



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
قسم الأمراض الباطنة

**العلاقة بين نمط النظام الغذائي وأعراض القلس المعدي المريئي –
دراسة مقطعية عرضية.**

**PATTERNS OF DIET -RELATED PRACTICES AND THE SYMPTOMS
OF GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD):
A CROSS-SECTIONAL STUDY.**

بحث علمي أعدّ لنيل شهادة الدراسات العليا في الأمراض الداخلية

إعداد د. رزان يوسف

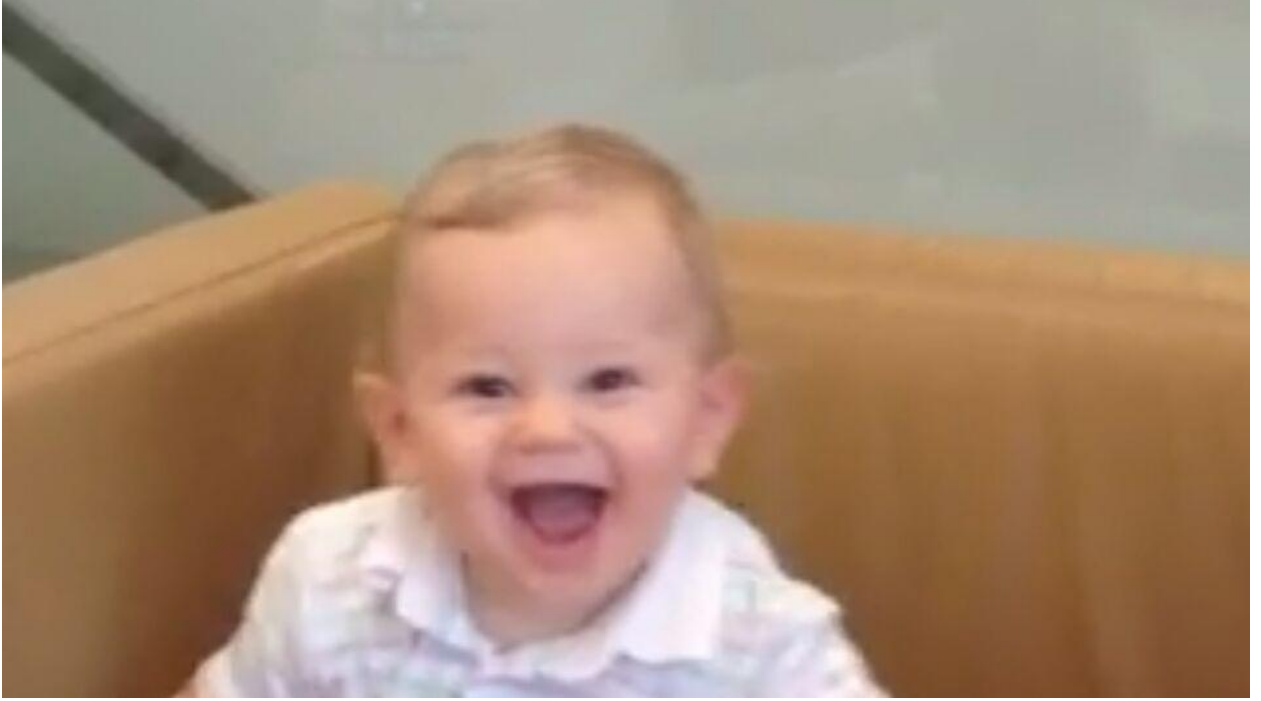
برئاسة أ.د. حسام الدين شبلي

إشراف الدكتور المدرس: ميلاد نعمة

العام الدراسي: ٢٠١٥م/١٤٣٦هـ

الإهداء

إليك ميشيل.



ليس لأختصر، بل على العكس لأنك تجمع وتضاعف كل الحب الذي أعطيتَه عرفته شعرتَه قدّسته وتبادلته بعمق مع الذين أحبههم كثيراً.

شكراً لضحكك الساحرة، وجهك الجميل، قلبك الحنون، روحك المرحّة الرضيّة، عينيك اللتين تشعان ذكاءً، ملامحك التي تجمع جمال من أحبههم..... شكراً لك عمتو، أنك تجعلني أجد شمسي متألقة كل يوم تدفئني وتنير دربي رغم البرد والغيوم.

إنني على يقين أن الحياة ستعطيكَ كل السعادة الخير النجاح الأمان الحنان النقاء الجمال وكل القيم والمرادفات التي ترافق الحب لأنك تُمثله. وهكذا نكون جميعاً سعداء معك.

كلمة شكر

شكراً لكل من علّمني.....أقدّر كل معلومة وحرف تعلّمته منكم.
وأخص بالشكر الدكتور ميلاد نعمة الذي أشرف مشكوراً على هذا البحث.

المحتويات

الإهداء

كلمة شكر

المحتويات

١. القسم النظري:

- ١.١. الملخص: خلفية البحث وأهميته.
- ٢.١. تعريف داء القلس المعدي المريئي.
- ٣.١. المظاهر السريرية لهذا الداء.
- ٤.١. الموجودات التنظيرية التي يشملها هذا الداء.
- ٥.١. الباثيات وتأثيره على نوعية حياة.
- ٦.١. الفيزيولوجية المرضية .
- ٧.١. كيفية تشخيص هذا الداء.
- ٨.١. العلاج : ١.٨.١ تعديل نمط الحياة.
- ٢.٨.١. العلاج الدوائي: دور مثبطات مضخات البرتون PPI، الاستخدام الطويل لها، الأنواع العديدة لها.

٣.٨.١. العلاج الجراحي.

٤.٨.١. العلاج التنظيري غير الجراحي.

٢. القسم العملي:

- ١.٢. هدف البحث
- ٢.٢. المواد والطرائق ومكان الدراسة
- ٣.٢. الدراسة الإحصائية: ١.٣.٢ وصف العينة
- ٢.٣.٢ الدراسة الإحصائية التحليلية والنتائج.
- ٤.٢. الفرضية البحثية.
- ٥.٢. تفسير النتائج ومقارنتها مع الدراسات العالمية.
- ٦.٢. التوصيات والاقتراحات.
- ٣. المراجع.

١. القسم النظري



١.١ : خلفية البحث وأهميته:

يشغل داء القلب المعدي المريئي مساحة واسعة من ممارسة أمراض جهاز الهضم والداخلية، فهو مرض شائع، إذ بيّنت الإحصائيات الغربية نسبة انتشار عالية لهذا المرض وتبلغ حوالي ١٠-٢٠% من البالغين (١).

يعرّف هذا الداء بأنه اضطراب يحدث فيه مرور أو ارتجاع محتوى المعدة إلى المري، ينجم عنه حسّ انزعاج واختلاطات عديدة كتقرحات المري وتضيقاته، وكذلك مري باريت (١). ينتج عن هذا المرض تظاهرات خارج هضمية منها الألم الصدري، السعال، بحة الصوت ونخور الأسنان (٢,١). يعتبر داء القلب المعدي المريئي أيضاً عامل خطورة مؤهّب ومثبت لحدوث سرطان المري الغدي (٣).

يشخص داء القلب المعدي المريئي سريرياً بناءً على شكوى المريض من عرض القلب أو حرقّة الفؤاد مرة أسبوعياً على الأقل، غالباً تتلو الأعراض تناول الطعام بنصف الساعة إلى الساعة، وتخفّ هذه الأعراض بتناول الأدوية المضادة للحموضة. يحقق هذا التشخيص السريري حساسية كبيرة ٨٠% ونوعية ٧٠% (٤).

يعبر عن شدة الداء بشدّة الأعراض وتواترها وليس فقط بالموجودات التنظيرية التي قد لا تتناسب مع شدة الأعراض.

يعد داء القلب المعدي المريئي مرضاً مزمنًا، لذا وجب فهم العوامل المحرّضة له وتعديل نمط الحياة للسيطرة على أعراضه. يتأثر هذا الداء بعدة عوامل جينية وبيئية يأتي النظام الغذائي في مقدمتها (٥). وحيث يشكو معظم المصابين بهذا الداء من زيادة الأعراض بعد تناول الطعام، تأتي أهمية دراسة النظام الغذائي المؤثر في هذا الداء.

أجريت دراسات سابقة عديدة حددت أنواع وأصناف الأطعمة المحرّضة لأعراض القلب، كالأطعمة الغنية بالدهن والحلويات والمشروبات الكحولية.....(١١).

بالمقابل هناك دراسات سابقة قليلة غير كافية وذات نتائج متضاربة أحياناً، درست العلاقة بين نمط الغذائي والممارسة الأنسب لتحسين أعراض القلب المعدي المريئي لدى المصابين بهذا الداء. ومن هنا جاءت فكرة وأهمية إجراء هذا البحث، وذلك بدراسة النظام الغذائي من خلال دراسة أربع ممارسات يقوم بها المريض المصاب بداء القلب المعدي المريئي ودراسة علاقتها مع شدة أعراض القلب لديه.

هدف هذا البحث إلى تحديد نمط النظام الغذائي الممارس: (*انتظام الوجبات الطعامية،

*سرعة تناولها،

*ترافقها مع المشروبات،

*الاستلقاء بعد الطعام)،

ودراسة علاقة هذه الممارسات مع شدة أعراض داء القلس المعدي المريئي لدى المرضى المصابين بهذا الداء.

يعد هذا الداء مشكلة صحية مهمة ومرض معقد نظراً لعدة أسباب وسألخص فيما يلي النقاط التي يجب أن تُستعرض ويُفصل فيها لاحقاً لفهم هذا الداء وأهميته قبل الانتقال للدراسة العملية:

أولاً: تعريف هذا الداء والتمييز بين القلس الفيزيولوجي والمرضي.

ثانياً: التعرف للطيف الواسع لأعراض هذا الداء الوصفية وغير الوصفية. وكذلك التعرف لعلامات وأعراض سوء الإنذار.

ثالثاً: تمييز الاختلاطات والموجودات التنظيرية التي يشملها هذا الداء. والتي قد لا تتناسب مع شدة الأعراض.

رابعاً: كيفية تشخيص هذا الداء ودور التنظير فيه.

خامساً: شيوع هذا الداء، فهو من أكثر الأمراض توارداً في عيادات أمراض الهضم والداخلية.

سادساً: التأثير السلبي لهذا الداء على نوعية حياة المرضى بسبب (سوء الأعراض، النكس، الإلزام وإمكانية تطوره لشكل خبيث) وما يتبع ذلك من مشاكل وأعباء اقتصادية.

سابعاً: الفيزيولوجية المرضية المعقدة لهذا الداء.

ثامناً: العلاج : تعديل نمط الحياة: ما المثبت وغير المثبت علاقته مع GERD ؟!

العلاج الدوائي: دور مثبطات مضخات البروتون PPI، الاستخدام الطويل لها،

الأنواع العديدة لها.

العلاج الجراحي .

العلاج التنظيري غير الجراحي.

٢.١. تعريف داء القلس المعدي المريئي (GERD):

هو اضطراب يحدث فيه ارتجاع محتوى المعدة إلى المري، ينجم عنه حسّ انزعاج مع/ أو بدون أذية لمخاطية المري كالتهاب المري القلسي ومري باريت. (تعريف مونتريال)

(The Montreal definition)(٣)

يظهر الأنبوب الذي يقيس الحموضة ph عندما يوضع في المري أن كل شخص يحدث عنده فترات قصيرة من القلس، تدوم لمدة قصيرة تقدر بدقيقة أو دقيقتين، بوقت كلي يقدر بأقل من نصف ساعة خلال الأربع وعشرين ساعة. وهذا ما يسمى بالقلس الفيزيولوجي.

يحدث الالتهاب وأعراض الانزعاج عندما يطول تأثير المحتوى المعدي وعندما تحتوي العصارة المعدية الراجعة على كمية عالية من الحمض و الببسين أو العصارة العفجية أو الصفراوية أحياناً.

القلس الفيزيولوجي	القلس المرضي
تالٍ للطعام	تواتر الأعراض
فترة قصيرة	أذية المخاطية
غير عرضي	أعراض ليلية
لا أعراض ليلاً	

وهكذا يعرف القلس المعدي المريئي (كداء) (GERD) عندما يسبب القلس:

١ - أعراض مزعجة (حس حرقه الفؤاد...) تحدث مرة أسبوعياً على الأقل.

٢ - أذية بمخاطية المري كالتهاب المري القلسي القرصي ومري باريت حتى وإن

كان المريض غير عرضي.

٣.١.المظاهر السريرية:

يُعتبر حسب التعريف المذكور سابقاً أن توصيف المريض لأعراضه هو الحجر الأساس في تشخيص هذا الداء.

- يمكن أن يتظاهر بأعراض نوعية (٧٠%) أو أعراض غير نوعية.(١٣)

- الأعراض النوعية تشمل:

(١)- الألم الصدري الحارق (وهو الأشيع) يحدث بعد تناول الطعام أو الانحناء أو الاستلقاء و هو ألم موضّع خلف القص(حرقة الفؤاد heartburn).

(٢)- الشعور بالطعم الحمضي اللاذع (Acid regurgitation).

- الأعراض غير النوعية الهضمية تشمل:

- الغثيان والإقياء.
- ألم شرسوفي.

-الأعراض والتظاهرات الخارج الهضمية:

١. أعراض قصبية رئوية : كالسعال المزمن Chronic cough أو الربو Asthma أو ذات رئة استنشاقية Aspiration pneumonia.

بسبب دخول المواد القالسة للقصبات فتحدث نوبة تشنج قصبي ونوب سعال واختناق، خاصةً في وضعية الاستلقاء أثناء النوم حيث يستيقظ المريض بنوبة تشنج وسعال واختناق مترافق بوزيز بسبب التشنج الذي تسببه المواد القالسة وهذا قد يختلط مع نوبة ربو أو وذمة رئة. وقد تكون سبب هذه الأعراض هو تنبيه النهايات المبهمة في المري فيحدث منعكس عن طريق نواة المبهم يشنج القصبات وتحدث أعراض مشابهة للربو.

٢. أعراض بلعومية وحنجرية : فإذا وصلت المواد القالسة للبلعوم تخرش البلعوم والحنجرة فتسبب أعراضاً بلعومية وحنجرية. قد تظهر الأعراض البلعومية والحنجرية بدون الأعراض المريئية، حيث يشكو المريض من حس حرقة في البلعوم أو جفاف أو الشعور بجسم أجنبي. كذلك قد يشكو المريض من التهابات متكررة أو بحة صوت..
٣. التآكلات والنخور السنية Dental Erosions.
٤. التهاب جيوب Sinusitis.
٥. أعراض قلبية تماثل آلام خناق الصدر chest pain:

يوجد تعصيب مشترك بين القسم السفلي للمري والأوعية الإكليلية للقلب فعندما يحدث القلس عند بعض الأشخاص يحدث تشنج إكليلي حقيقي مرافق، وهو ناجم عن المنعكس الذي من المفترض أن يقوم بتشنج عضلة المري. وعند إجراء ECG مرافق للقلس نشاهد علامات نقص التروية الناجم عن تقبض الأوعية الإكليلية (يجب تمييز هذه الحالة عن الخناق المريئي الذي نشاهد فيه أعراض تشبه الأعراض القلبية ولكن منشأها ليس قلوباً حيث لا تظهر تغيرات في تخطيط القلب، أما في القلس فتحدث الأعراض القلبية بسبب تشنج إكليلي حقيقي ثانوي تالي لقلس مريئي معدي).

يجب نفي الألم الصدري القلبي المنشأ أولاً قبل أن يُعزى للقلس طبعاً.

أعراض وعلامات سوء الإنذار لدى المريض المصاب بداء القلس المعدي المريئي والتي تستدعي إجراء تنظير هضمي علوي ودراسة كاملة لحالة المريض ثم التدبير اللازم (١٧):

- i. صعوبة البلع Dysphagia.
- ii. ألم أثناء البلع Odynophagia.
- iii. قمه Anorexia أو إحساس مبكر بالشبع أو التخممة Early Satiety.
- iv. فقدان الوزن weight loss.
- v. فقر دم Anemia.
- vi. إقياء دموي وتغوط زفتي Hematemesis\coffee ground emesis.

٤.١. الموجودات التنظيرية التي يشملها هذا الداء:

نلاحظ كما ذكر سابقاً في تعريف داء القلس (GERD) أنه يمتد ليشمل كذلك المرضى (العرضيين أو الغير العرضيين) ولديهم موجودات تنظيرية مثل التهاب المري القلبي EE ومري باريت BE.

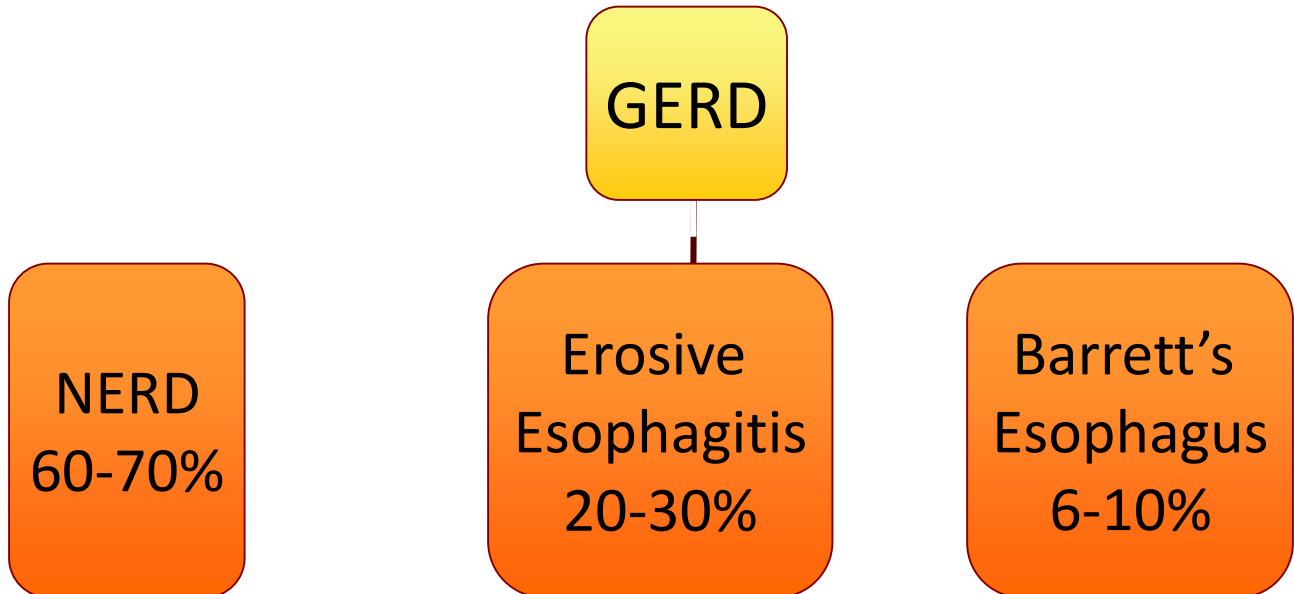
يُصنف المرضى العرضيون-يشكون من أعراض القلس مرة أسبوعياً على الأقل-ممن يجرى لهم تنظير هضمي علوي ويتبين عدم وجود أي تقرح عياني لديهم باسم (المرضى المصابون بالقلس غير المقروح)

(NERD) Non-erosive reflux disease وهذا التصنيف يقسم إلى قسمين أيضاً حسب المعطيات النسيجية (التشريح المرضي) لخزعات المخاطية السليمة عيانياً (١٥):

- النمط الأول: NERD يتوافق مع تبدلات التهابية بالتشريح المرضي.
- والنمط الثاني: NERD من دون تبدلات التهابية نسيجية وهذا النمط يسمى عندها حرقة فؤاد وظيفية (Functional Heartburn).

وهكذا نكون أمام تصنيف حسب الموجودات التنظيرية لهذا الداء يشمل ثلاث أشكال:

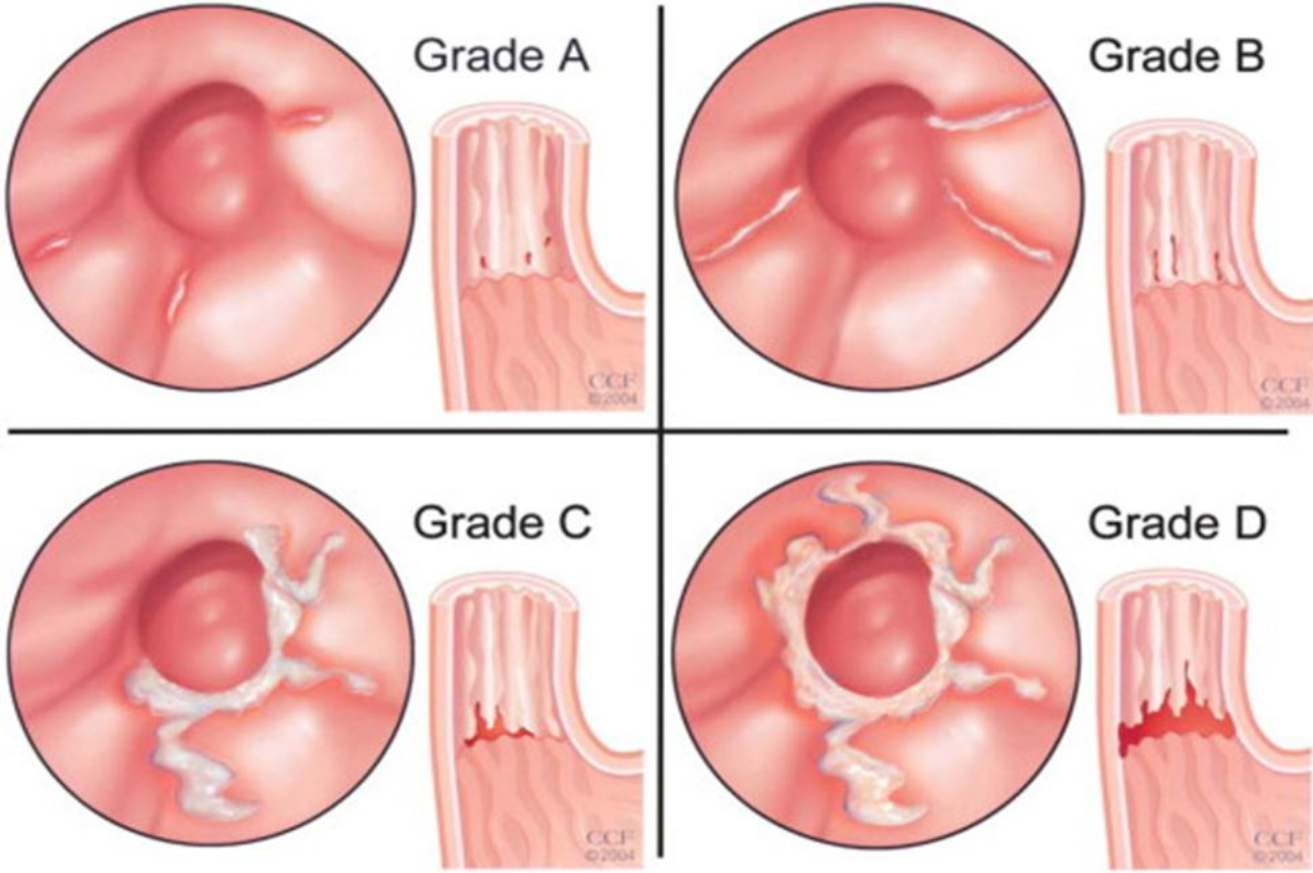
- (١) NERD : الأشيع ويشمل ٦٠-٧٠% من المرضى المصابين بهذا الداء.
- (٢) EE : ٢٠-٣٠%
- (٣) BE : ٦-١٠%



ما هو التهاب المري القرحي القلبي؟ (Erosive Esophagitis)(EE):

هو إصابة مخاطية المري الناتجة عن القلس وكما ترى عيانياً في التنظير الهضمي العلوي وتصنف حسب تصنيف (لوس أنجلوس) Los-Angeles Classification إلى الدرجات التالية:

- (a) تقرح لا يتجاوز ارتفاعه ٥ ملم قد يكون وحيداً أو متعدد ولكن التقرحات غير متلاقية مع بعضها.
- (b) طول التقرح يتجاوز الـ ٥ ملم وحيد أو متعدد وغير متلاقية مع بعضها.
- (c) تقرحات يوجد تماس بينها فهي متلاقية مع بعضها ولكن لا تشمل أكثر من ٧٥% من محيط اللمعة.
- (d) شاملة لكل اللمعة (أكثر من ٧٥%)



ملاحظة: تُعرف إذا كانت البنية أكبر من ٥ ملم أو أصغر ذلك بمقارنتها مع فتحة ملقط الخزعات التي يبلغ اتساعها ٥ ملم.

نسيجياً: التبدلات المخاطية المريئية الناتجة عن التهاب المري القلبي:

- ١- رقة الطبقة البشروية لقلة الطبقات السطحية.
- ٢- تطاول الثنيات الإصبعية لحليمات الأدمة.
- ٣- ضخامة الطبقة القاعدية البشروية وذلك لتعويض الطبقات المتخرية.
- ٤- رشاحة التهابية لمفاوية كثيفة بالطبقة تحت المخاطية وبالمراحل التالية نشاهد تقرحات سطحية وارتشاح تليفي بالأدمة.
- ٥- توسع الفواصل بين الخلوية.

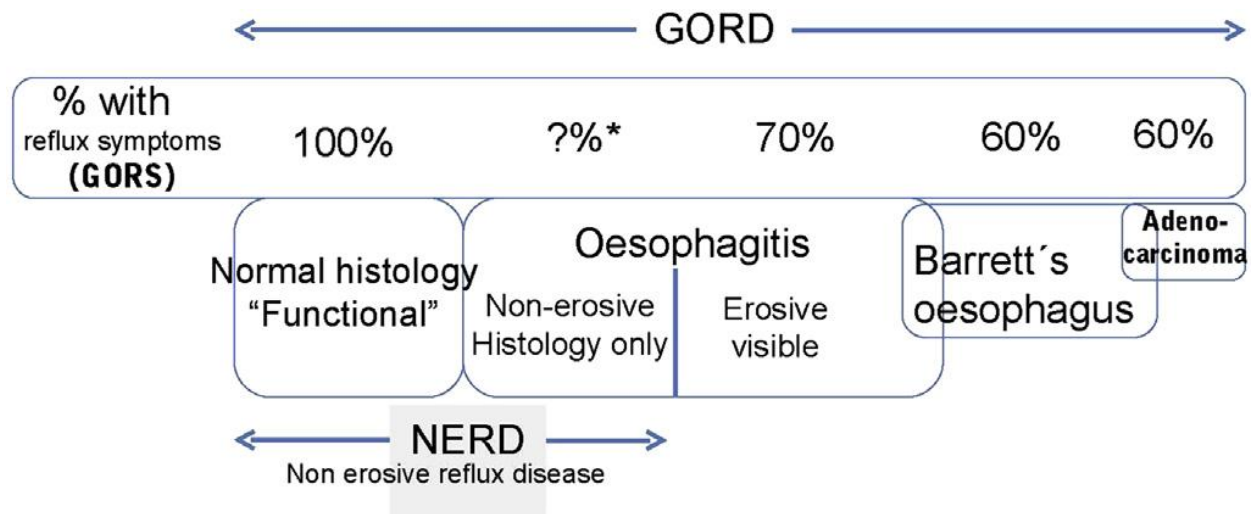
ما هو مري باريت؟ (BE)(BARRETT'S ESOPHEGUS)

هو تندب المخاطية التي تأتت أسفل المري حيث تتحول إلى مخاطية مقاومة للمادة المؤذية وتشكل طبقة مخاطية اسطوانية من نمط معوي وليس معدي (أما إذا كانت اسطوانية معدية فهي ليست مري باريت) فنحن نقصد بمري باريت حؤول معوي. تكمن أهمية مري باريت بأنها آفة مؤهبة للسرطان adenocarcinoma. فهو تشخيص يُشتبه فيه عيانياً ولكن يجب إثباته نسيجياً بالتشريح المرضي.

ما علاقة الموجودات التنظيرية بشدة أعراض داء القلس المعدي المريئي؟(١٧)

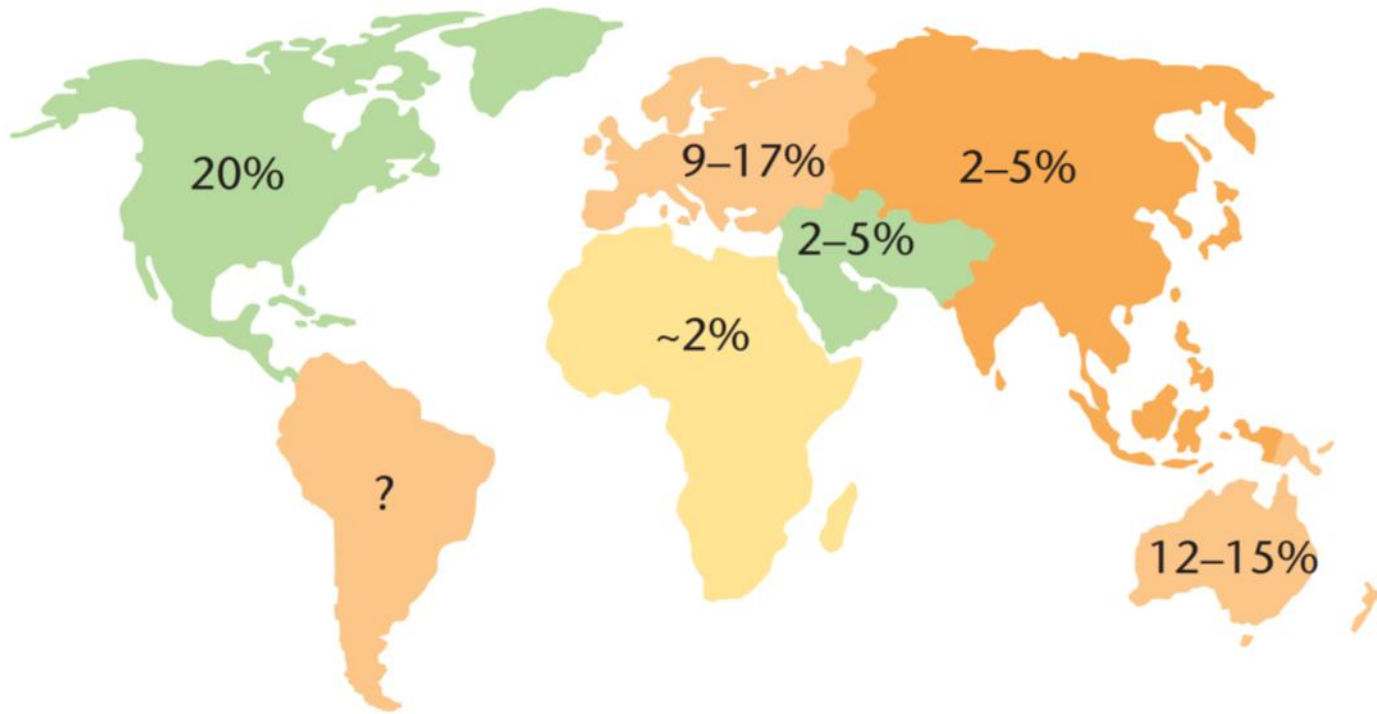
من المثير للاهتمام أنه قد بينت الدراسات والإحصائيات أنه ليس بالضرورة أن تزداد شدة الأعراض (حرقه الفؤاد مثلاً) مع شدة الإصابة التنظيرية العيانية أو النسيجية وربما العكس.

والجدول التالي يوضح ذلك بوضوح:



حيث يبين الجدول أن أعراض القلس موجودة بنسبة ١٠٠% عند مرضى NERD، وبنسبة ٧٠% عند مرضى EE، بينما تنقص إلى ٦٠% عند مرضى مري باريت BE، أو مرضى سرطان المري الغدي.

٥.١. الوبائيات وتأثيره على نمط الحياة:

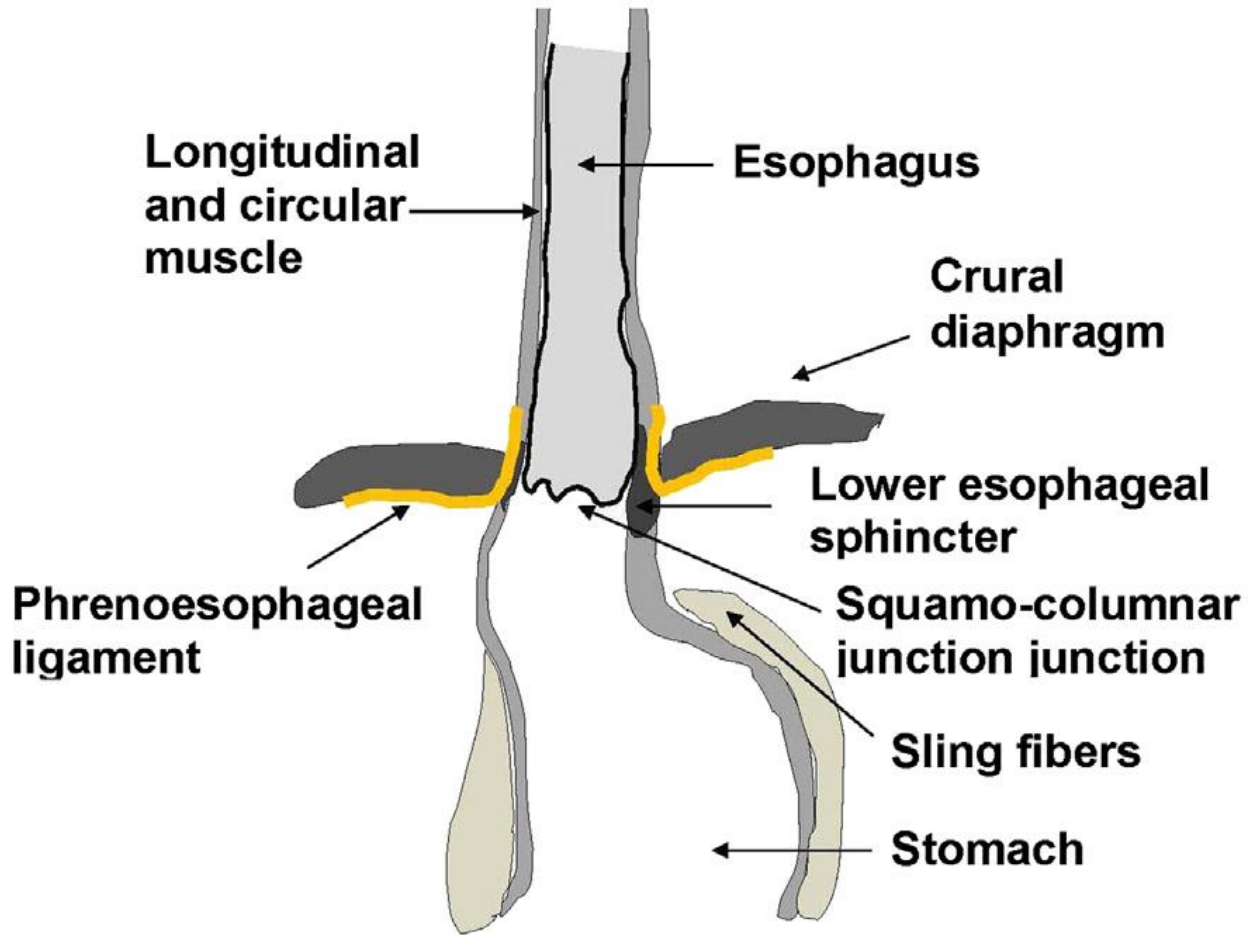


Very common clinical problem
Most common indication for upper endoscopy

- نلاحظ من الشكل شيوع هذا الداء في البلدان الغربية أكثر، والمشكلة أنه في ازدياد في دول آسيا. (١٨)
- نسبة تفاوت انتشاره تُفسر بعوامل بيئية كنمط الحياة والنظام الغذائي بالإضافة لعوامل جينية.
- القلس المعدي المريئي يحدث بنسب متساوية عند الرجال و النساء.
- يمكن أن يحدث في أي عمر ولكن معدل انتشار مري باريت والتهاب المري القلبي يزداد بازدياد العمر.
- تعد الدراسات و الإحصائيات غير كافية رغم شيوع هذا المرض، بسبب عدم وجود تعريف واضح سابقاً ويُتوقع أن نحصل على نتائج ومعلومات أفضل في السنين القادمة بعد اعتماد تعريف مونتريال عالمياً.

- بينت الدراسات التأثير السلبي لداء القلس المعدي المريئي على نوعية الحياة وخاصةً إن كانت الأعراض الليلية شديدة مؤثرة على نوم المريض. وتبين تأثيره السلبي على عمل المريض.

٦.١. الفيزيولوجيا المرضية:



في نهاية المري تتسمك العضلات الملساء المشكلة للطبقة العضلية الدائرية الداخلية لجدار المري مشكلة المصرة المريئية السفلية Lower esophagus sphincter وذلك في المستوى الذي يدخل فيه المري إلى البطن ماراً عبر الحجاب الحاجز. (١٤)

عادةً ما يتراوح الضغط في السنتيمترات الثلاث إلى الخمس الأخيرة من المريء بين ١٢ إلى ٢٠ ملم زئبق، ويسهم في إحداث هذا الضغط التقلص التوتري tonic contraction للعضلات الدائرية الملساء، الألياف العضلية المحيطة بالمريء (والتي تشكل سويقتا الحجاب الحاجز)، الضغط المرتفع داخل جوف البطن، بالإضافة إلى عوامل هرمونية وعصبية (١٥).

هذا الضغط يمنع ارتداد العصارة من المعدة إلى المريء، ويساهم أيضاً في منع الارتداد الزاوية الحادة التي يشكلها المريء عند دخوله إلى المعدة والتي تعرف بزاوية هيس Angle of His .

إذاً تبقى المصرة المريئية السفلية مغلقة معظم الوقت حمايةً للمريء من ارتداد العصارة المعدية أو العصارة الصفراوية إليه، حيث تكون النتيجة حينها أذية جداره والتهابه (١٦).

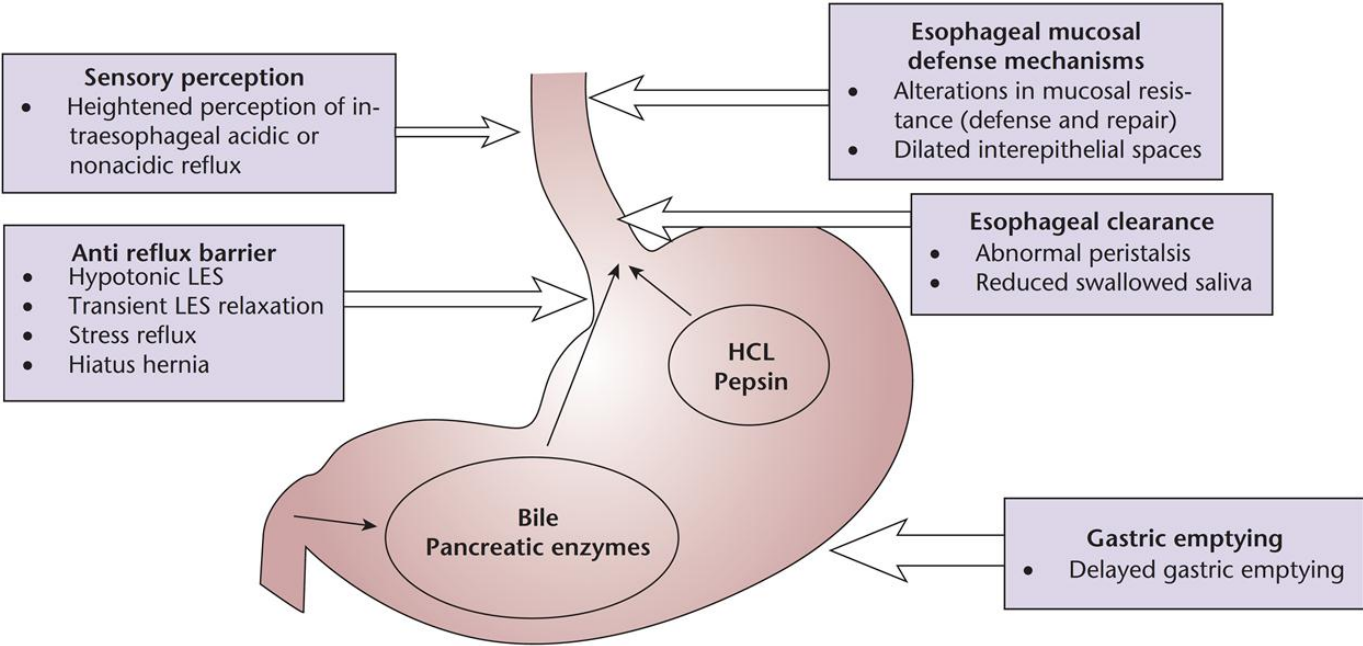
تزداد قوة هذا الحاجز الحامي عند ارتفاع ضغط المصرة المريئية السفلية، وبالعكس فإن العوامل التي ترخي المصرة تسمح للعصارة بالارتداد إلى المريء.

هناك العديد من العوامل التي تسهم في زيادة ضغط المصرة أو في إنقاصه، وقد تكون عوامل هرمونية أو نواقل عصبية أو عوامل ميكانيكية أو حتى قد تكون نوعية الطعام المتناول.

هناك حالات فيزيولوجية طبيعية تترد فيها العصارة المعدية إلى المريء يومياً بشكل متقطع Sporadic reflux. تحدث هذه الحالات مثلاً عند تعرض المعدة ممتلئة لضغط غير متوقع، أو عند انفتاح المصرة المريئية السفلية أثناء عملية البلع، أو بسبب حدوث انفتاح عابر transient للمصرة عند تمدد جدار المعدة تمديداً ملحوظاً، ويستمر عادةً هذا الانفتاح العابر لمدة نصف دقيقة، ويرجح أن تكون هذه الانفتاحات العابرة جزءاً من منعكس يحدث لطرد غاز ثاني أكسيد الكربون والهواء الذي تم بلعه من المعدة. (١٧)

تقوم آليات رئيسية بحماية المريء من آثار ارتداد العصارة أو ما يسمى بالقلنس المريئي المعدي ، هذه الآليات هي:

- الحركات الحوية للمريء.
- اللعاب المبلوع الذي يعمل كمحلول دارئ لما تبقى من العصارة.
- ظاهرة المري ذات الطبقات المتعددة التي تعمل كحاجز تمنع اختراق العصارة المؤذية.



يحدث القلس المعدي المريئي عندما تضعف آليات الحماية أو تصاب بخلل ما و تشمل هذه

الآليات :

(١)- سويقات الحجاب الحاجز.

(٢)- زاوية هيس.

(٣)- دسام غوريوف.

(٤)- الغشاء الحجابي المريئي.

(٥)- الحركة الحويّة للمري.

(٦)- المصرة المريئية السفلية.

(٧)- المري البطني.

(٨) - الإفراغ المعدي.

والأسباب المحتملة المؤدية إلى القلس المعدي المريئي يمكن أن تشمل مايلي:

(١) - اضطراب وظيفي بحركة المصرّة المريئية السفلية نتيجة تصلب الأدمة مثلاً.

(٢) - زيادة الضغط ضمن البطن كما هو الحال في الحمل مثلاً.

(٣) - زيادة إفراز الحمض المعدي.

(٤) - تأخر الإفراغ المعدي عند مرضى السكري مثلاً.

(٥) - وجود فتق حجابي انزلاقي.

(٦) - عدم استمساك الفؤاد.

(٧) - استخدام الأنبوب الأنفي المعدي.

(٨) - وجود تشوه تشريحي كالجنف مثلاً.

(٩) - العمليات الجراحية المجراة على القطب العلوي للمعدة كالمعالجة اللاإرتهائية جراحياً.

(١٠) - أسباب أخرى.

لماذا يلتهب المري دون المعدة ؟

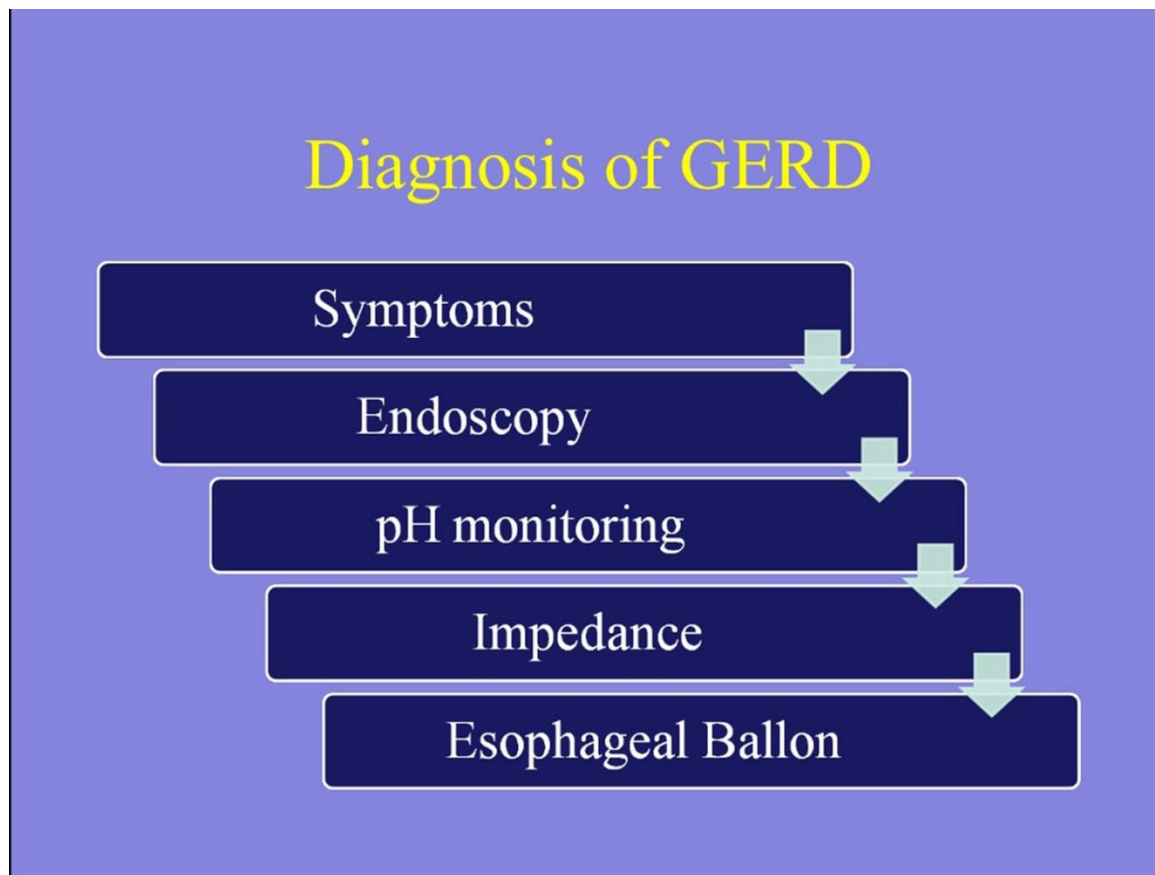
- إن الوظيفة الهامة للمعدة هي إنتاج وخزن الحموض (حمض كلور الماء)، حيث يفيد هذا الحمض في قتل العضويات المعدية الممرضة غير المرغوب بها. كما أن المعدة وبالإضافة لدورها في خزن العصارة والتي بإمكانها هضم الأنسجة والأعضاء الأخرى تشكل طبقة مانعة فعالة تحميها. ورغم الطبقة الواقية اللافتة للنظر لحماية المعدة فإنها ما تزال قادرة على امتصاص المواد الغذائية التي يحتاجها الجسم.

- إن الطبقة الواقية المغطية للمري هي أضعف، ولم تصمم لتقاوم التأثير العدائي للعصارة المعدية الحمضية حيث تكفي لتقوم بدور الحماية المؤقتة ولكن عندما تطول فترة القلس يحدث الالتهاب مع التورم والاحمرار والألم في بعض الأحيان (علامات التهاب المري).

GERD is a complex multifactorial disease

Transient LES relaxations are prolonged relaxations of the LES and are the main mechanism

٧.١. التشخيص:



- غالباً ما يتم تشخيص المرض اعتماداً على القصة المرضية الجيدة فقط، وتبقى الاستقصاءات الأخرى مفيدة في تقييم شدة المرض و كشف اختلاطات (١٩).

-يعتبر التنظير الداخلي معيار هام للتشخيص، فهو يفيد في أخذ صور للمظهر الداخلي للمري إضافة لأخذ خزعة أيضاً وخاصة في حال وجود التهاب مري أو مري باريت أو كارسينوما غدية.
-ولأن الأعراض في هذا المرض وصفية فيمكن الاعتماد على القصة السريرية فقط لكن بشرط استبعاد السبب القلبي لهذا الألم. وإذا لم تتحسن الأعراض على المعالجة فينصح بإجراء تنظير هضمي.

-قياس الحموضة في المري خلال ٢٤ ساعة و هو يعتبر المعيار الذهبي في التشخيص(١٩). في حال عدم توصل إلى التشخيص وعدم استجابة المريض للعلاج.

-اختبار المقاومة أو المعاوقة IMPEDANCE. وهو غير متوفر في سوريا.

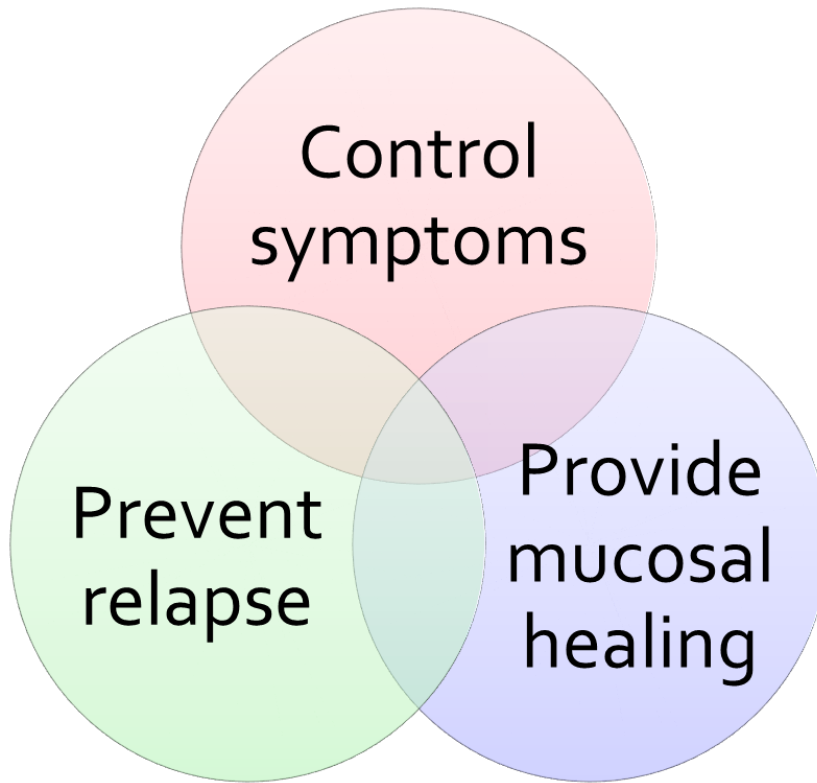
-تصوير المري بالباريوم يفيد في كشف التضيقات في المري والتي تجعل المريض يعاني من عسرة بلع ولم يعد لها دور حديثاً.

-قياس ضغوط المري لتقدير وظيفة المصرة المريئية السفلية وذلك عندما لا تنفع بقية الاستقصاءات ولها دور قبل وبعد العلاج الجراحي لهذا الداء.

٨.١.التدبير و المعالجة:

تهدف المعالجة في هذا الداء لتحقيق :

١. السيطرة على الأعراض المزعجة.
٢. شفاء تقرحات مخاطية المري الناجمة عن القلس في حال وجدت.
٣. تجنب النكس.



وتشمل المعالجة: المعالجة المحافظة

المعالجة الدوائية

المعالجة الجراحية

المعالجة التنظيرية.

١.٨.١. المعالجة المحافظة وتعديل نمط الحياة:

أجريت دراسات عديدة حددت أنواع الأطعمة والمشروبات والأدوية التي تحرض وتساهم في إحداث أعراض القلس المعدي المريئي. وتم ذكرها في الجداول التالية:

الأطعمة التي تحرض أعراض القلس:

- الحمضيات citrus fruits .
- الشوكولا chocolate .
- المشروبات التي تحوي كحول أو كافيين drinks with caffeine or alcohol .
- الأطعمة الدسمة والمقلية fatty and fried foods .
- الثوم والبصل garlic and onions .
- النعنع والمنكهات بطعم النعنع mint flavorings .
- التوابل spicy foods .
- الصلصات التي تحوي البندورة ومشتقاتها tomato-based foods, like spaghetti sauce, salsa, chili, and pizza .

الأدوية التي تفاقم أعراض وأذيات القلس:

Impairment of LES function:

beta-adrenergic agonists
theophylline
anticholinergic
tricyclic antidepressants
progesterone
alpha-adrenergic antagonists
diazepam
calcium channel blockers

Damage to the esophageal mucosa:

acetylsalicylic acid and other NSAIDs
tetracycline
quinidine
Bisphosphates.

ولكن التوصيات الأحدث توصي الأطباء بنصح المريض تجنب ما يحدّده كل مريض مما يزعجه من أطعمة على حدى وألا نملي عليه قائمة من الممنوعات (٢٠).

(Should be individualized and tailored for each patient)

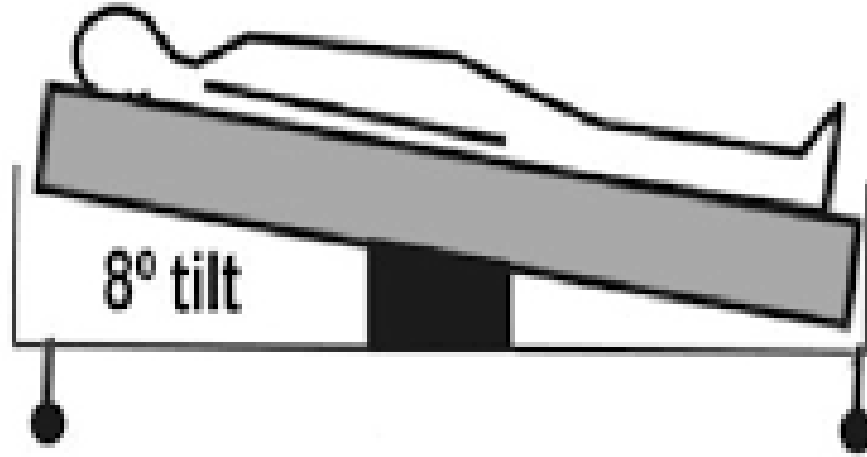
(Routine global elimination of food that can trigger reflux is not recommended in the treatment of GERD).

• ويبين الجدول التالي التوصيات وتأثيرها على القلب
:for GERD

Lifestyle intervention	Effect of intervention on GERD parameters	Sources of data	Recommendation
Weight loss (46,47,48)	Improvement of GERD symptoms and esophageal pH	Case–Control	Strong recommendation for patients with BMI>25 or patients with recent weight gain
Head of bed elevation (50–52)	Improved esophageal pH and symptoms	Randomized Controlled Trial	Head of bed elevation with foam wedge or blocks in patients with nocturnal GERD
Avoidance of late evening meals (180, 181)	Improved nocturnal gastric acidity but not symptoms	Case–Control	Avoid eating meals with high fat content within 2–3 h of reclining
Tobacco and alcohol cessation (182–184)	No change in symptoms or esophageal pH	Case–Control	Not recommended to improve GERD symptoms
Cessation of chocolate, caffeine, spicy foods, citrus, carbonated beverages	No studies performed	No evidence	Not routinely recommended for GERD patients. Selective elimination could be considered if patients note correlation with GERD symptoms and improvement with elimination

ولذلك اقتصرَت التوصيات الأحدث بعد إجراء مراجعة لكل الدراسات المتعلقة بتعديل نمط الحياة لدى مرضى القلس المعدي المريئي إلى (٢١):

١. إنقاص الوزن لدى مرضى GERD الذين لديهم زيادة وزن (مشعر كتلة الجسم لديهم BMI أكثر من ٢٥ كغ/م^٢) أو الذين اكتسبوا بعض الوزن مؤخراً وإن لم يصنفوا كزائدي الوزن. حيث أثبتت فعالية هذا التعديل بتحسين أعراض المرضى.
٢. رفع الرأس عند النوم :



٣. أن يكون الفاصل بين وجبات الطعام الليلية والاستلقاء ما لا يقل عن ساعتين إلى ثلاث ساعات.
- أما عن جميع التعديلات الأخرى المدروسة سابقاً وتأثيرها على أعراض القلس المعدي المريئي فكانت ليست كافية لتكون توصيات يُطلب إتباعها.
- وكما ذكر سابقاً أنه من المتوقع أن تتقدم دراسات كافية أكثر في السنين القادمة بعد اعتماد تعريف GERD حسب مونتريال عالمياً.

٢. المعالجة الدوائية :

أولاً: تعديل الحموضة ويوجد ثلاث زمر دوائية (٢٢):

- (١) مضادات الحموضة (ANTACIDS) (هيدروكسيد الألمنيوم ، هيدروكسيد المغنسيوم ،
الألجينات) مفعولها قصير الأمد، تخفف الأعراض بشكل مؤقت ولا تعالج.
- (٢) حاصرات مستقبلات الهستامين ٢ : Histamine-2 receptor antagonist
(H2RAS) (سيميديتين ، رانتدين ، فاموتيدين) : لها دور كجرعة صيانة عند
مرضى (NERD) وليس لها دور في العلاج عند وجود تقرحات بالمخاطية كما أنها تساعد
في تحسين الأعراض الليلية ممكن أن تعطى قبل النوم.
- (٣) مثبطات مضخة البروتون (Proton Pump Inhibitors (PPIs) وهناك أصناف عديدة
أقدمها (أمبيرازول) ووجدت هذه الزمرة في الثمانينات وأحدثت نقلة نوعية في علاج
ال (GERD).

Over the Counter	By Prescription
Omeprazole	Rabeprazole
Lansoprazole	Pantoprazole
Omeprazole-Sodium bicarbonate	Esomeprazole
	Dexlansoprazole

هناك فروقات بسيطة بين كل هذه الأصناف. التوصيات الأحدث ما زالت لا تفرق بين هذه الأصناف كمردود علاجي ومن حيث الفائدة السريرية.

وبالمقارنة بين مضادات الهيستامين و مثبطات مضخات البروتون نجد أن مثبطات مضخات البروتون أكثر فعالية من مضادات الهيستامين

PPIs are more effective than H2RAs :

(١) الشفاء من التهاب المري القلبي القرصي: (Healing esophagitis and) (maintenance of healing).

(٢) القضاء على الأعراض: Providing symptomatic relief.

(٣) أسرع وأكثر فعالية على المدى الطويل في السيطرة على أعراض GERD.

Faster, more complete heartburn relief.

يجب أن تؤخذ الـ (PPI) بطريقة صحيحة لنحصل على الفائدة المرجوة (٢٣):

(١) يجب أن تؤخذ صباحاً على الريق، وجبة طعامية بعد ساعة إلى نصف ساعة (فعالية هذه الزمرة أفضل بعد صيام طويل وبالضرورة تناول وجبة طعامية بعدها).

Upon meal stimulation: intracellular structural changes to increase the surface area of the cell to enable the active transport of H⁺.

(٢) هناك فائدة كبيرة للجرعة الوحيدة إن أخذت بشكل مستمر أفضل من التقطع، الفعالية تكون أكبر في اليوم الخامس من بدء الاستعمال.

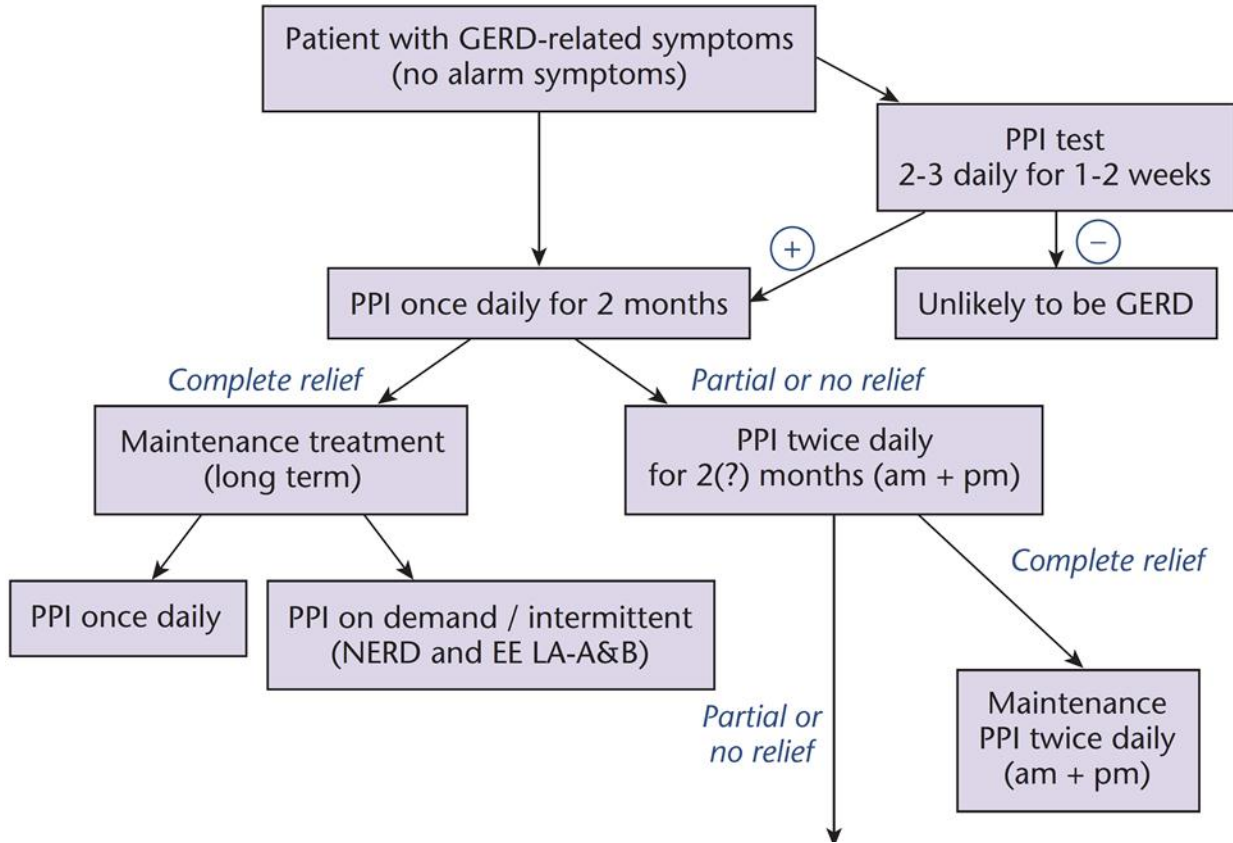
(٣) عندما نحتاج لجرعة إضافية تؤخذ ليلاً قبل وجبة العشاء.

(٤) يفضل عدم المشاركة بين هذه الزمرة مع الزمر الأخرى.

لقد أثبتت الدراسات أن الاستخدام الطويل الأمد لهذه الزمرة آمن.

وإن استخدام هذه الزمرة (PPI) هو الخط العلاجي الأول للسيطرة على أعراض GERD واختلاطاته و لمعالجة التهاب المري القرصي القلبي ومري باريت في المراحل الأولى.

ويعطى لمدة ٨ أسابيع بدايةً.



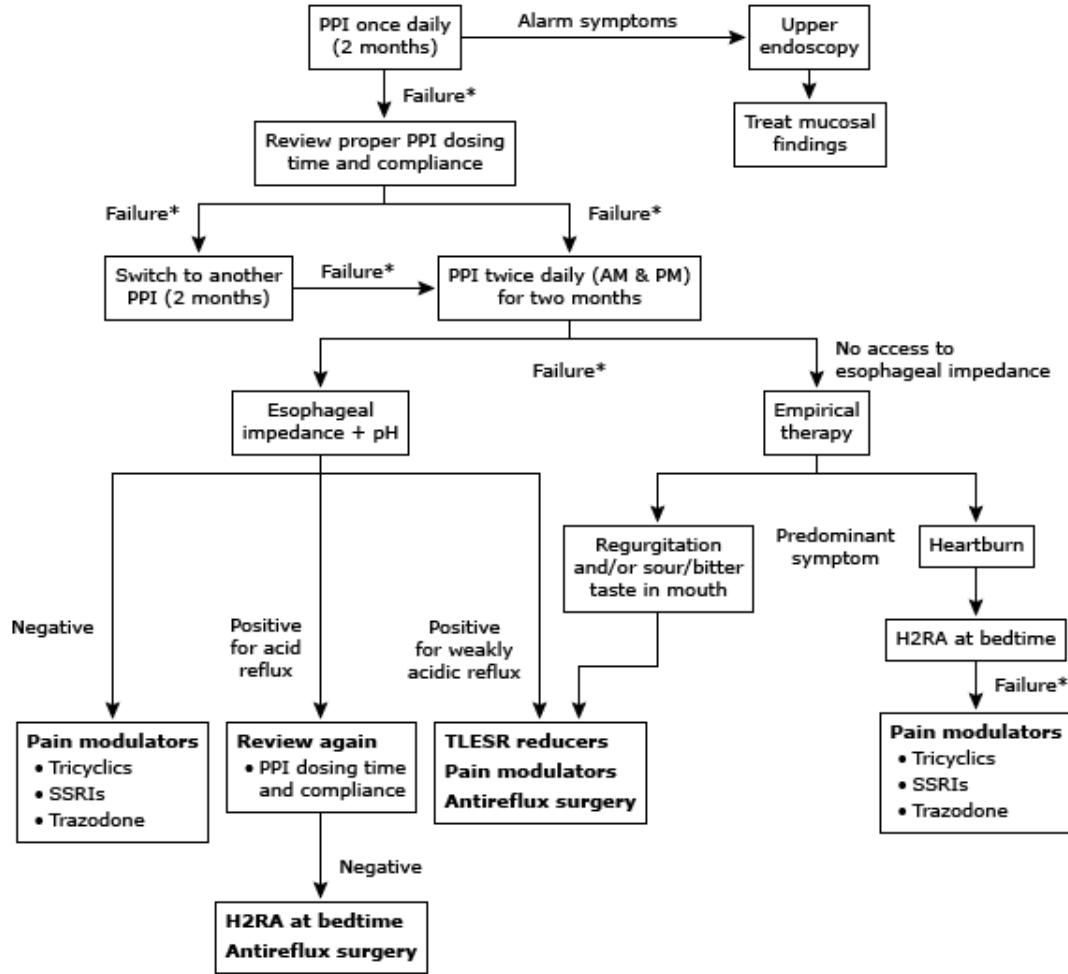
ثانياً: أدوية تؤثر في حركية المري **Prokinetics** مثل (سيسابرايد ، ميتوكلوراميد ، دومبيريدون) .
ولكن أثبتت الدراسات أنه ليس لها دور في العلاج.

ثالثاً: **GABA-B agonists (Baclofen)**

وتستخدم هذه الزمرة بعد عدم نجاعة الأدوية الأخرى وتأكيـد التشخيص.

رابعاً: السيطرة على الألم في حال عدم نجاعة العلاجات **Modulating Sensation**:
كمضادات الاكتئاب.

ويختصر الشكل التالي الخوارزمية المتبعة للتدرج بين العلاجات المختلفة:



٣. المعالجة الجراحية (٢٤):

في حال لم تكن المعالجات السابقة كافية أو كان هناك اختلاطات مثل مري باريت درجة متقدمة أو تضيقات في المري ناجمة عن التهاب المري القلبي أو في حال وجود فتق حجابي مع عدم استجابة على العلاج الدوائي أو عدم تقبل المريض للعلاج الدوائي الطويل نلجأ عندها لعلاج الجراحي (عملية نيسن) وتطورت أصبحت تجرى بالجراحة التنظيرية حيث يقوم الجراح بلف قاع المعدة وربطه على الجزء الفلي للمري مما يقوي المصرة السفلية.

٤. المعالجة التنظيرية (٢٥):

ما زالت حديثة وواعدة.

من محاسنها سرعة التعافي و تقليل فترة الاستشفاء مقارنة مع الجراحة ولكن ما زالت غالية الثمن خاصة في بلادنا وذلك عند توفرها.

A). Endoluminal gastroplasty:

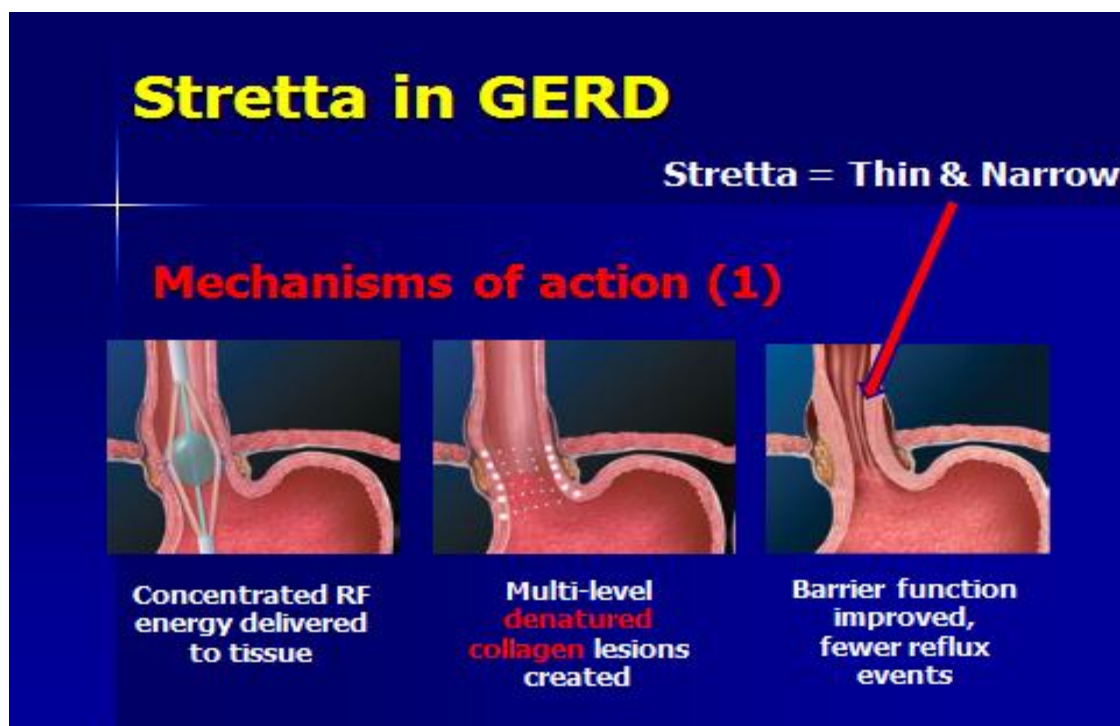
“Endocinch” & “Plicator” 2005

B). Poplymer Injection : “Enteryx” 2009

تم إيقاف هذين الطريقتين بسبب اختلاطات خطيرة. والآن تطبق الطريقة الحديثة التالية:

C). Radio Frequency : “Stretta” 2005 → 2011

وتقوم باستخدام الكترود لتطبيق طاقة ذات تردد لاسلكي على مستوى المصرة السفلية المريئية لتقوية المصرة.



٢. القسم العملي

١.٢. هدف البحث:

يهدف البحث إلى تعرف العلاقة بين (نمط النظام الغذائي) و(شدة أعراض القلس المعدي المريئي)، ومعرفة إن كان نمط النظام الغذائي بأربعة محاور له (انتظام وجبات الطعام، تناول المشروبات أثناء الوجبات، الاستلقاء بعد الوجبات، سرعة تناول الوجبات) يتناسب مع شدة أعراض القلس المعدي المريئي.

٢.٢. المواد والطرائق ومكان الدراسة:

نمط الدراسة:

مقطعية عرضية.

مكان الدراسة:

مشفى المواساة ومشفى الأسد الجامعيين.

زمن الدراسة:

مدة عام: (٢٠١٤/٠٢_٢٠١٥/٠٢).

٣.٢. الدراسة الإحصائية:

١.٣.٢. وصف العينة:

حجم العينة: ٣٠٠ مريض.

لقد تم جمع حالات المرضى المصابين بداء القلس المعدي المريئي (سريراً) المراجعين للعيادات الهضمية والداخلية في مشفى المواساة ومشفى الأسد الجامعيين في دمشق.

وأخذت الموافقة المستنيرة من قبلهم للمشاركة في هذا البحث. تلاها الخطوات التالية:

- أخذت قصة المريض المفصلة والتأكد من أنه مصاب بداء القلس المعدي المريئي (التشخيص سريري).

- فحص المريض.

- تقييم شدة أعراض المريض من خلال إجابته وتوثيقها بالاستبيان.
- مُلئت استمارة استبيان من قبل المرضى بالاستعانة وتوجيه الطبيب الفاحص، أجاب المرضى المشاركون فيها عن أسئلة محددة مفصلة كما هو موضح بالاستبيان التالي، وحيث هناك تقييم لنمط النظام الغذائي بأربعة محاور:

- انتظام وجبات الطعام.
- تناول المشروبات أثناء الوجبات.
- الاستلقاء بعد الوجبات.
- سرعة تناول الوجبات.

وفيما يلي الاستبيان المستخدم:

الاستبيان

عنوان البحث:

العلاقة بين نمط النظام الغذائي وأعراض القلس المعدي المريئي - دراسة مقطعية عرضية.

اسم الباحث:

رزان يوسف، طبيبة بشرية، طالبة دراسات عليا، اختصاص داخلية عامة.

المدرس المشرف: الدكتور ميلاد نعمة.

- يهدف البحث إلى تحديد العلاقة بين نمط النظام الغذائي وأعراض القلس المعدي المريئي .
- أرجو منك زميلي الكريم المساعدة في جمع المرضى الذين يقبلون المشاركة بالبحث والطلب منهم الاطلاع والتوقيع على الموافقة المستنيرة في حال موافقتهم في الصفحة التالية، عندها أرجو منك زميلي العزيز مساعدة المريض في ملء الاستبيان، وذلك بعد التأكد من أنّ المريض يشكو من أعراض القلس المعدي المريئي (أعراض قلس أو حرقة فؤاد مرة أسبوعياً على الأقل).

الشكر الجزيل لتعاونكم

الموافقة المستنيرة:

عنوان البحث:

العلاقة بين نمط النظام الغذائي وأعراض القلس المعدي المريئي _دراسة مقطعية عرضية.

اسم الباحث:

رزان يوسف، طبيبة بشرية، طالبة دراسات عليا، اختصاص داخلية عامة.

يرجى الاطلاع على ما يلي قبل ملء الاستبيان حرصاً على معرفتك لإجراءات البحث
وموافقتك عليها:

- إنَّ هذا البحث يهدف إلى فهم العلاقة بين نمط النظام الغذائي وداء القلس المعدي المريئي المصاب به حضرتك.
- سيُطلب منك بعد الموافقة ملء الاستبيان (الإجابة على بعض الأسئلة).
- لن يكون هناك أي إزعاج أو ضرر.
- كل المعلومات التي ستُجمع في البحث ستبقى سرية، لن يطلع عليها إلا القائمون على البحث.
- لا يوجد أي تكاليف مادية مطلوبة ولا أية مكافآت مادية مقابل المشاركة.
- إن المشاركة في هذا البحث طوعية، مع إمكانية رفض المشاركة أو الانسحاب في أية مرحلة من البحث دون أن يترتب على ذلك أي نوع من العقوبات.

بعد الاطلاع على ما سبق، يرجى منك التوقيع، و ملء الاستبيان مشكوراً.

توقيع المشارك:

اسم المشارك:

توقيع الباحث:

التاريخ:

العمر: الوزن: الطول: التدخين:

السكن: العمل: تناول الكحول:

رقم الهاتف:

الأمراض السابقة:

الأدوية المتناولة:

يرجى وضع الإجابة المناسبة لحالة المريض بالنسبة لما يشعر به مؤخراً خلال الثلاثة أشهر الماضية من الآن.

الأعراض

ما تواتر القلس (ارتجاع الطعام) أو الشعور بحرقة الفؤاد؟.

- غالباً. (من ثلاث مرات إلى سبع مرات أسبوعياً)
- أحياناً. (من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً)
- دائماً. (بشكل يومي)

نموذج الوجبة:

ما عدد الوجبات المتناولة في اليوم؟.

- ١ .
- ٢ .
- ٣ .

ما مدى انتظام الوجبات لديك؟.

- أبداً غير منتظمة.
- أحياناً.
- غالباً.
- دائماً.

ما عدد مرات تناول وجبة الفطور أسبوعياً؟

- مرة أسبوعياً أو لا أتناول.
- ٢ - ٤ مرات أسبوعياً.
- ٥ - ٦ مرات أسبوعياً.
- يومياً.

ما عدد مرات تناول وجبة الغذاء أسبوعياً؟

- مرة أسبوعياً أو لا أتناول.
- ٢-٤ مرات أسبوعياً.
- ٥-٦ مرات أسبوعياً.
- يومياً.

ما عدد مرات تناول وجبة العشاء أسبوعياً؟

- مرة أسبوعياً أو لا أتناول.
- ٢-٤ مرات أسبوعياً.
- ٥-٦ مرات أسبوعياً.
- يومياً.

معدل سرعة تناول الوجبة

ما المدة التي تستغرقها في تناول الوجبة ؟.

- أكثر من ٢٠ دقيقة.
- ١٠-٢٠ دقيقة.
- أقل من عشر دقائق.

تناول السوائل خلال الوجبة

ما المشروب الذي تتناوله خلال الوجبة؟.

- مياه الشرب.
- مشروبات كحولية.
- مشروبات غازية.
- عصائر.
- مشروبات ساخنة.
- لا شيء

ما درجة حرارة المشروب الذي تتناوله خلال الوجبة؟.

- بارد جداً.
- ساخن.
- معتدل.

ما تواتر تناولك السوائل خلال الوجبة أو بعدها أو قبلها فوراً؟.

- دائماً.
- أبداً.
- أحياناً.
- غالباً.

ما عدد الكؤوس التي تتناولها؟

- واحد أو أقل.
- ٢-٣ كؤوس.
- ٣-٤ كؤوس.
- أكثر من أربعة كؤوس.

الاستلقاء بعد تناول الوجبة

ما المدة التي تستغرقها قبل الذهاب إلى (ال قيلولة أو الاستلقاء) بعد الغذاء؟

- لا أستلقي أبداً.
- أقل من نصف ساعة.
- من نصف ساعة إلى ساعتين.
- من ساعتين إلى أربع ساعات.
- أكثر من أربع ساعات.

ما المدة التي تستغرقها قبل الذهاب إلى (النوم أو الاستلقاء) بعد العشاء؟.

- أقل من نصف ساعة.
- من نصف ساعة إلى ساعتين.
- من ساعتين إلى أربع ساعات.
- أكثر من أربع ساعات.

ما المدة التي تفصل بين آخر وجبة صغيرة بعد العشاء وموعد الاستلقاء للنوم ليلاً؟.

- لا أتناول أي طعام بعد العشاء.
- أقل من نصف ساعة.
- من نصف ساعة إلى ساعتين.
- أكثر من ساعتين.

شكراً لتعاونكم

التاريخ:

اسم الطبيب الفاحص:

مع الشكر الجزيل

- تم إدراج الاستبيانات السابقة (٣٠٠) استبيان، بكل مكوناتها على برنامج EXCEL ثم استخدم الإحصاء الوصفي لوصف العينة .
- جمعت الاستبيانات وحلّلت إحصائياً باستخدام البرنامج (SPSS) الإصدار ٢١ .
- تم تطبيق تحليل التباين الكامن (Latent Class Analysis –LCA) لتحليل الصفوف (الأسئلة المتعددة في كل محور من محاور النظام الغذائي).
- كما تم حساب كل من معاملات الارتباط واختبار كاي مربع (chi-squared) و(ANOVA) كاختبارات مناسبة لتحديد الاختلافات بين المحددات (الصفوف) في محاور النظام الغذائي.
- ثم استخدم الانحدار اللوجستي المتعدد لدراسة العلاقة بين المحاور الأربعة للنظام الغذائي (كمتغيرات المستقلة) وبين شدة أعراض القلس المعدي المريئي (كمتغير التابع).
- واعتبرت قيمة P أقل من ٠,٠٥ ذات دلالة إحصائية هامة.

الإحصاء الوصفي:

تم استخراج الإحصاء الوصفي الذي يبين توزع العينة حسب العمر والجنس وحالة التدخين وتناول الكحول والطول والوزن.

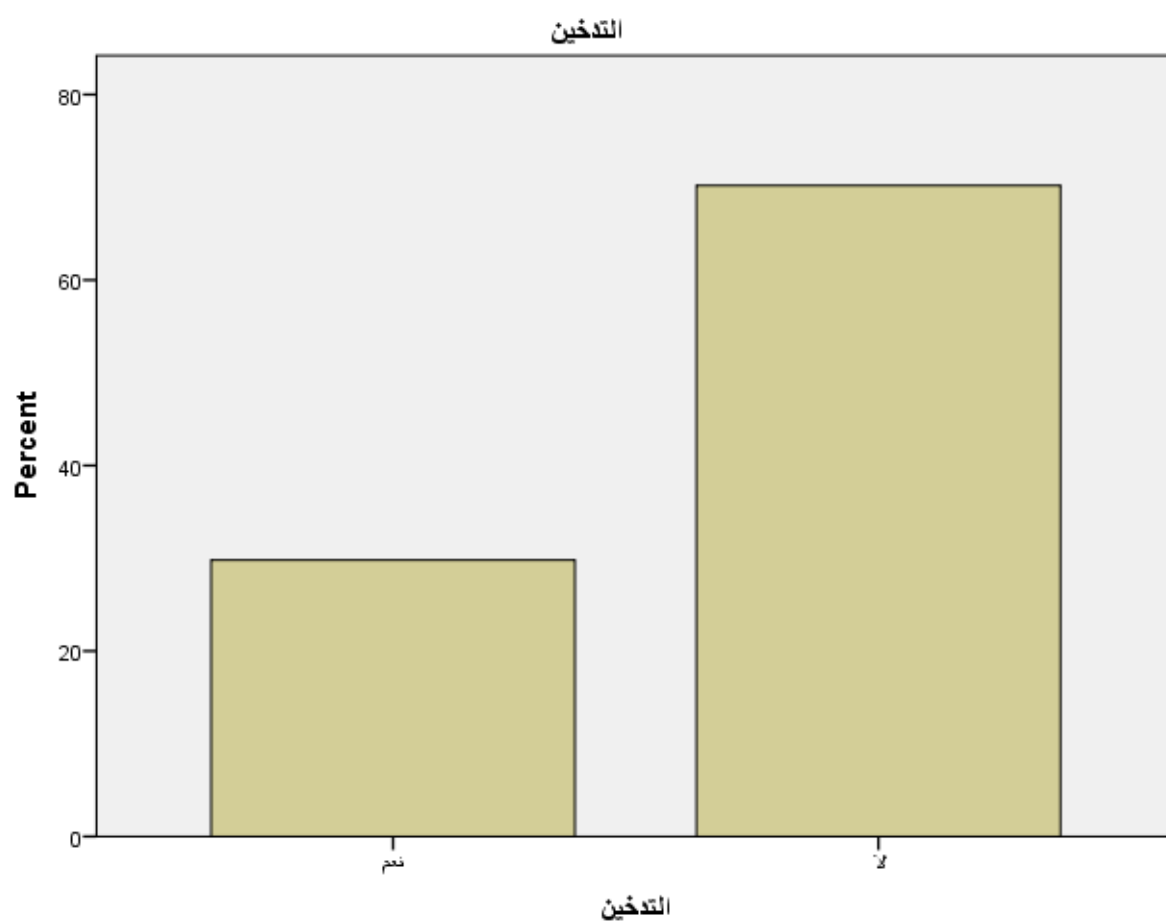
العمر:

حيث بلغ متوسط العمر (١٥±٤١) سنة

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
العمر	٣٠٠	15.00	90.00	4١.0794	15.53795

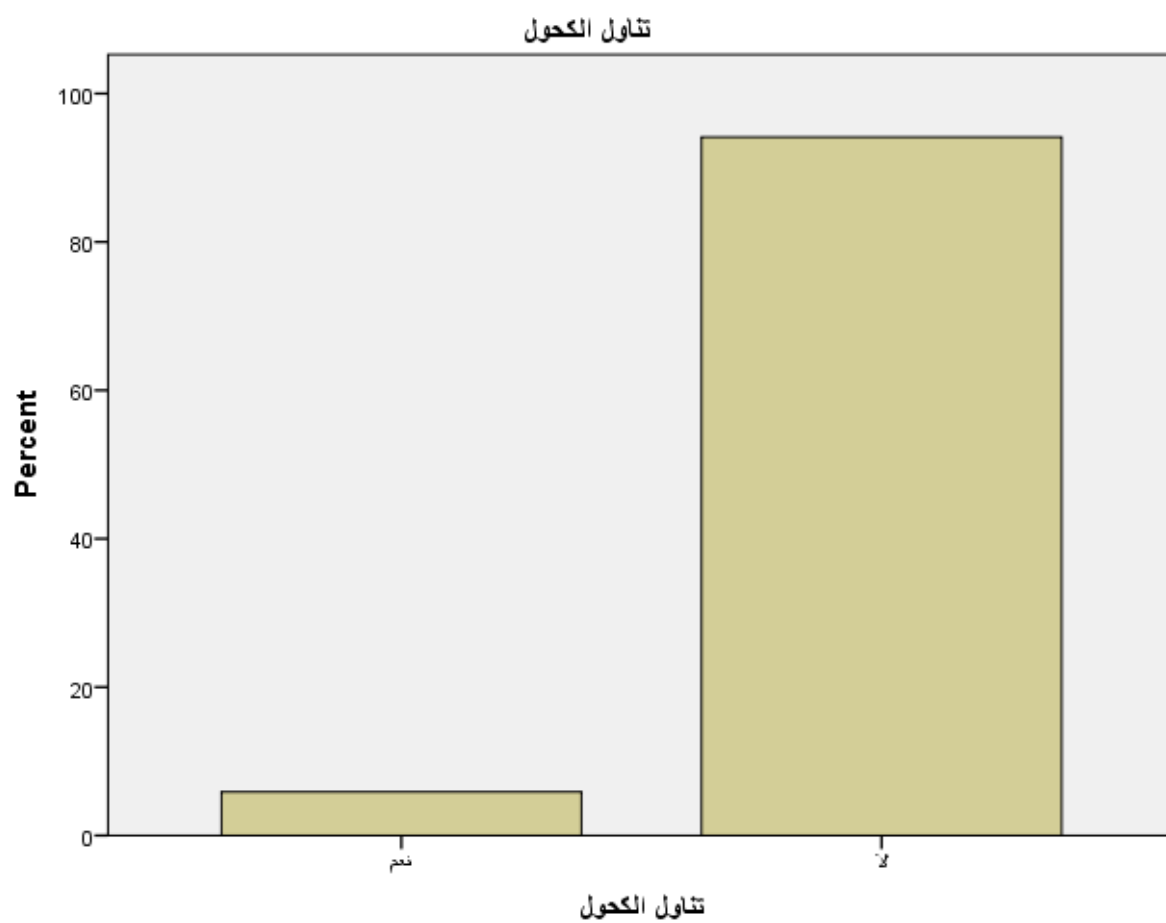
التدخين:

تبين أن نسبة المدخنين في العينة ٣٠%.

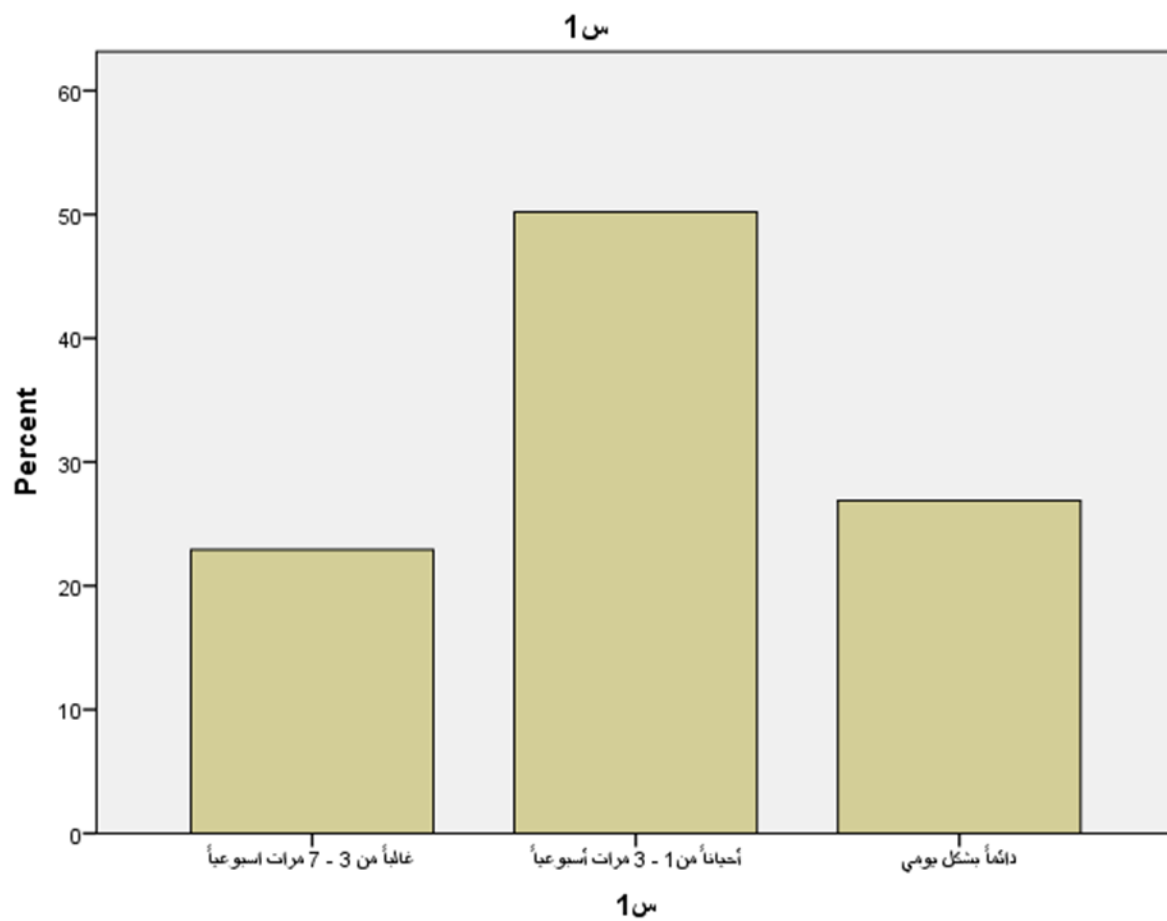


تناول الكحول:

تبين أن نسبة متناولي الكحول في العينة لا يتجاوز العشرة بالمئة.

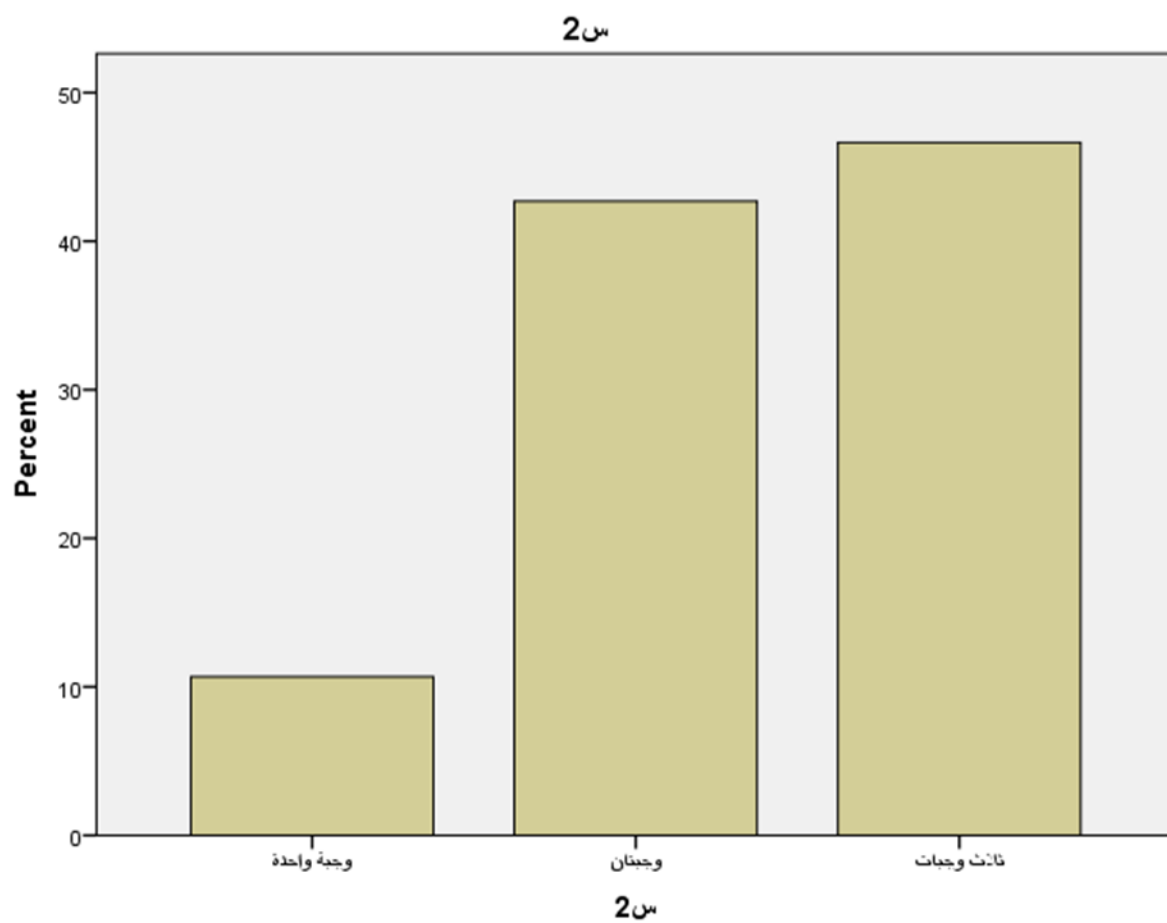


و الجدول التالي يوضح توزع المرضى بحسب شدة أعراض القلس:

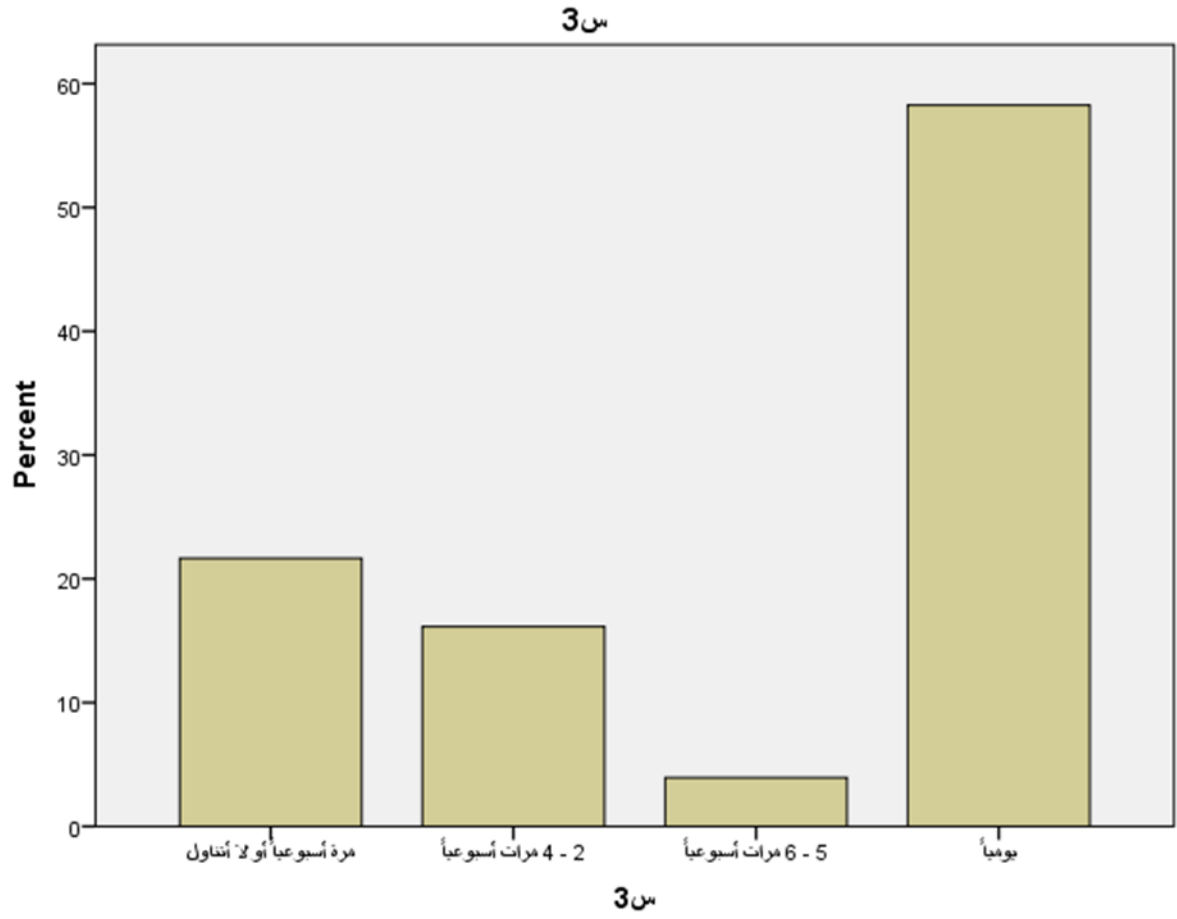


وتم توضيح نسبة توزع المرضى حسب الإجابات بالأشكال التالية:

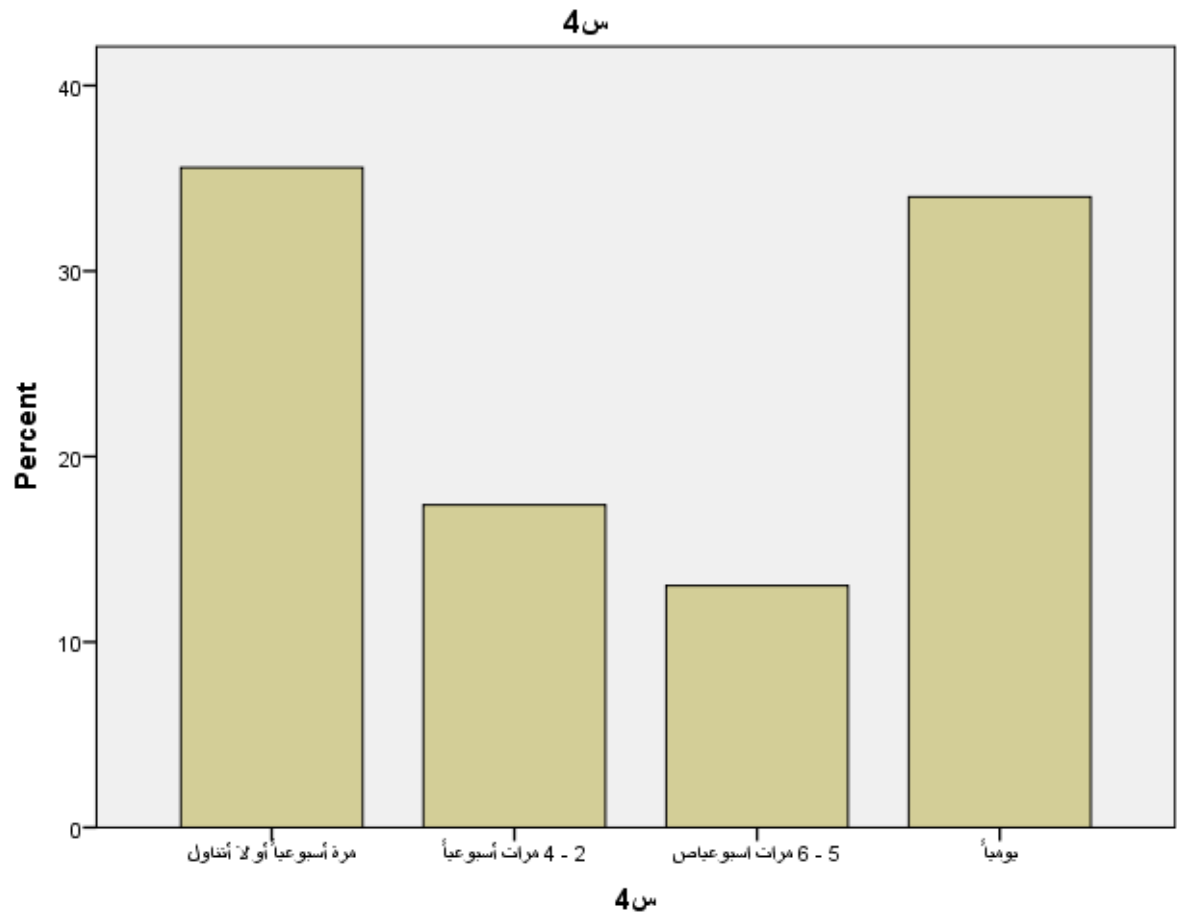
عدد الوجبات اليومية:



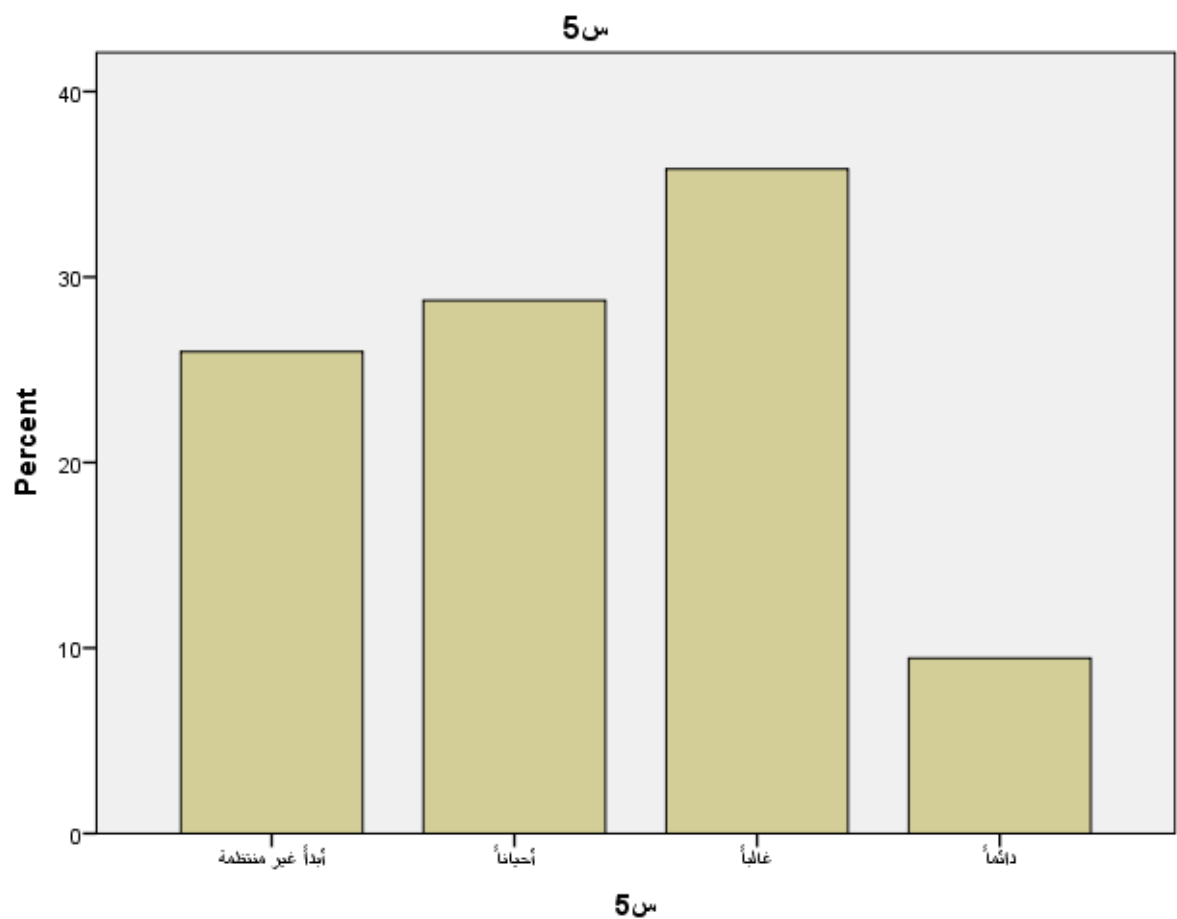
عدد مرات تناول الفطور أسبوعياً:



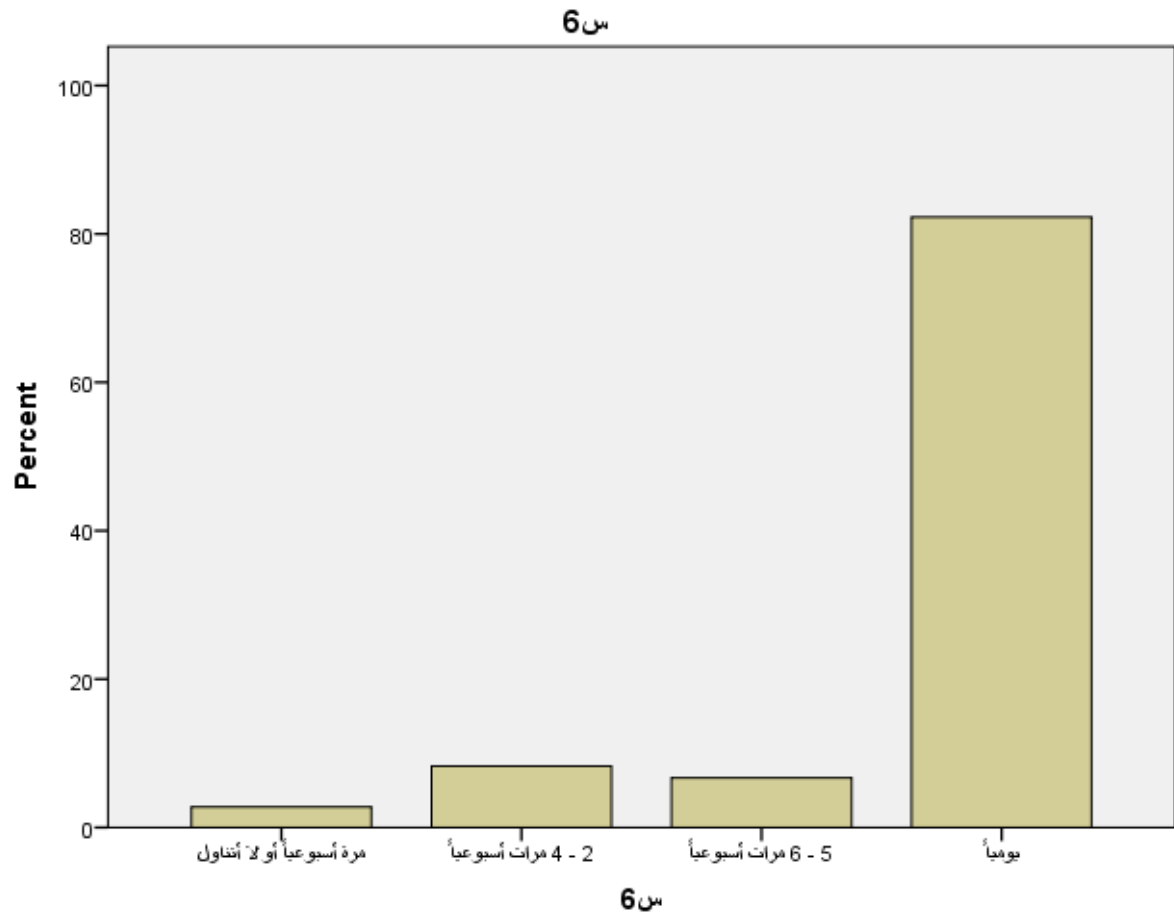
عدد مرات تناول الغذاء أسبوعياً:



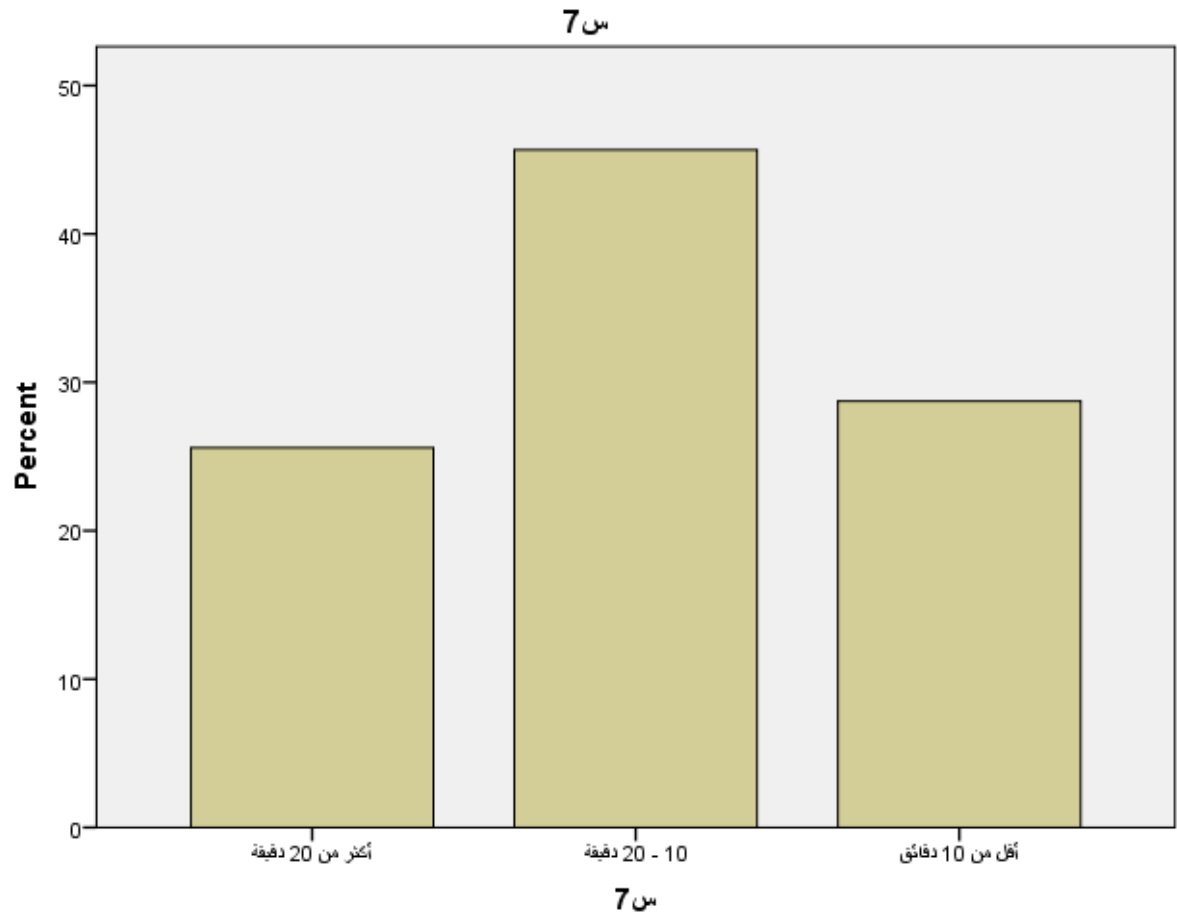
مدى انتظام الوجبات:



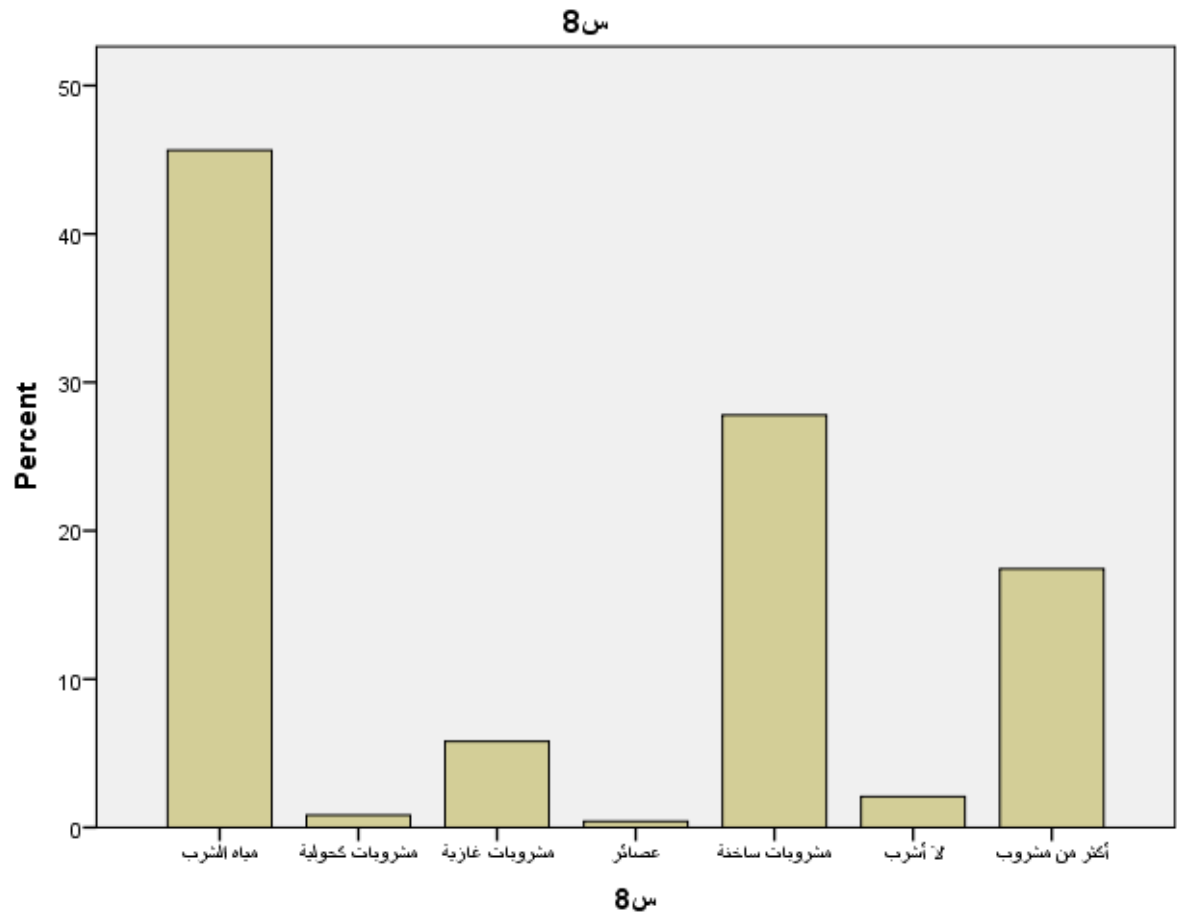
عدد مرات تناول وجبة العشاء أسبوعياً:



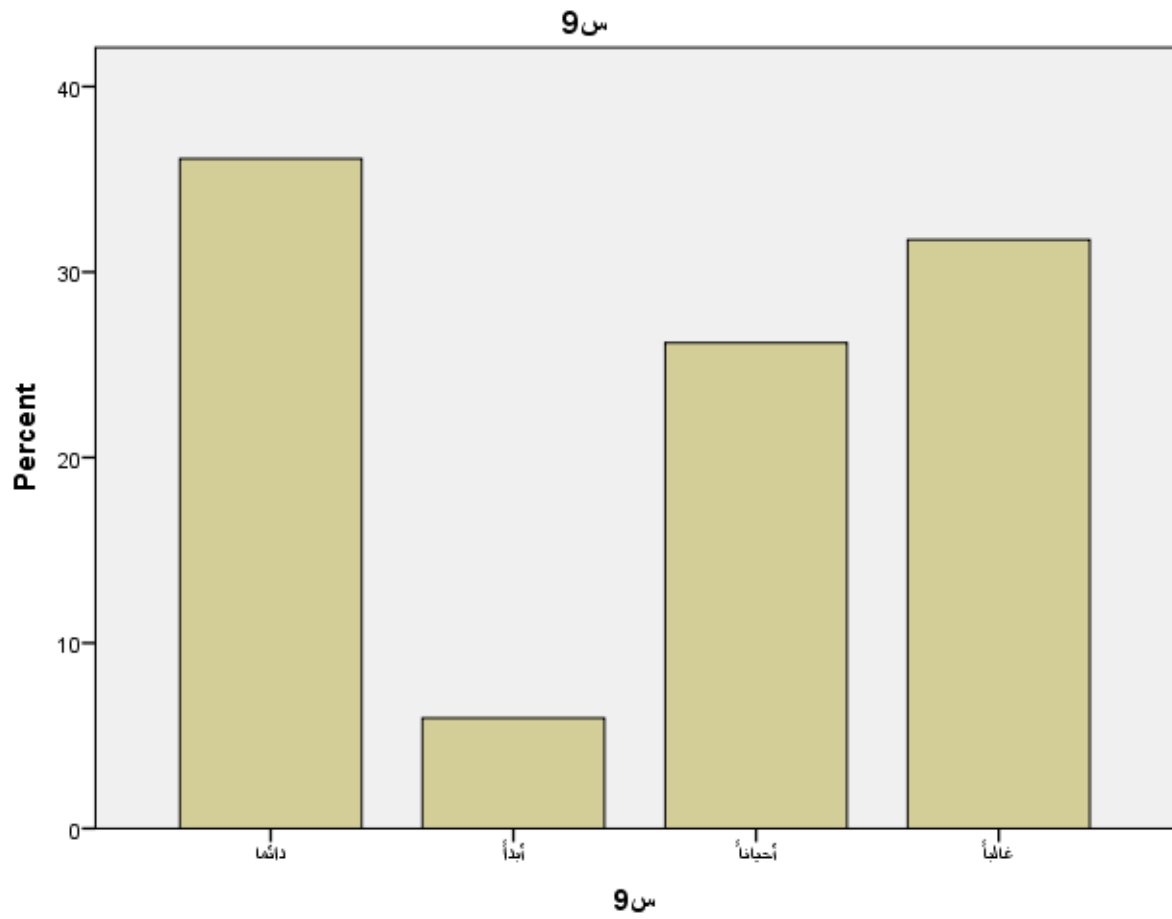
سرعة تناول الوجبة:



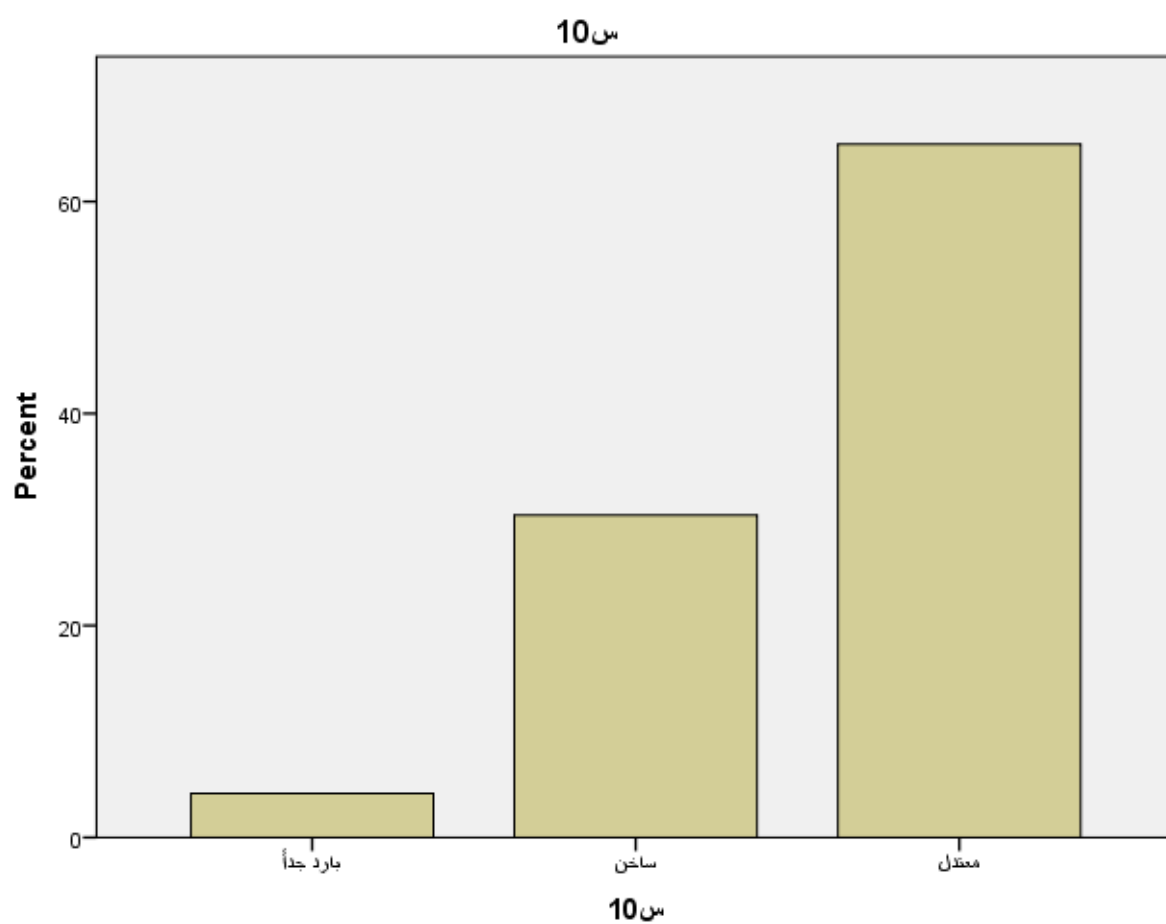
السوائل والمشروبات المتناولة:



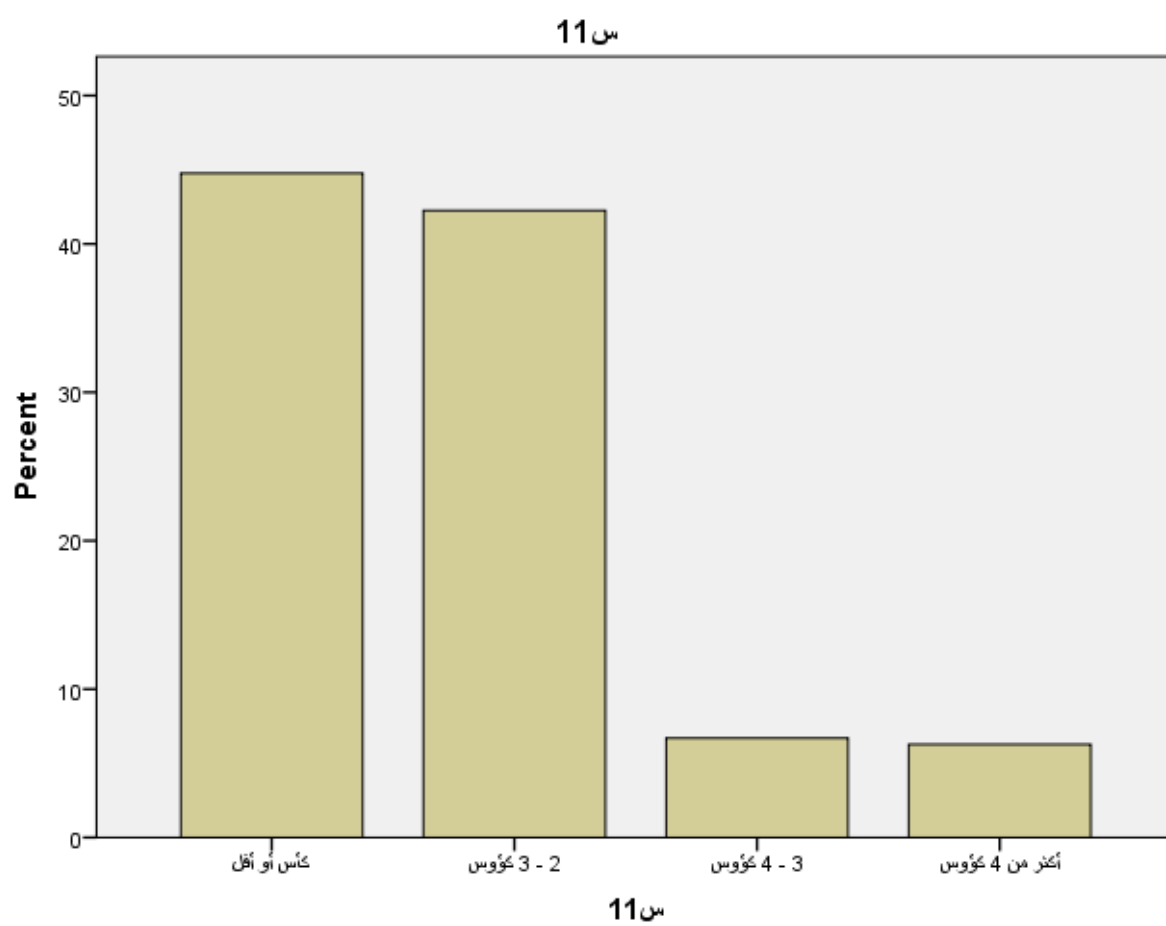
تواتر تناول السوائل مع الوجبات:



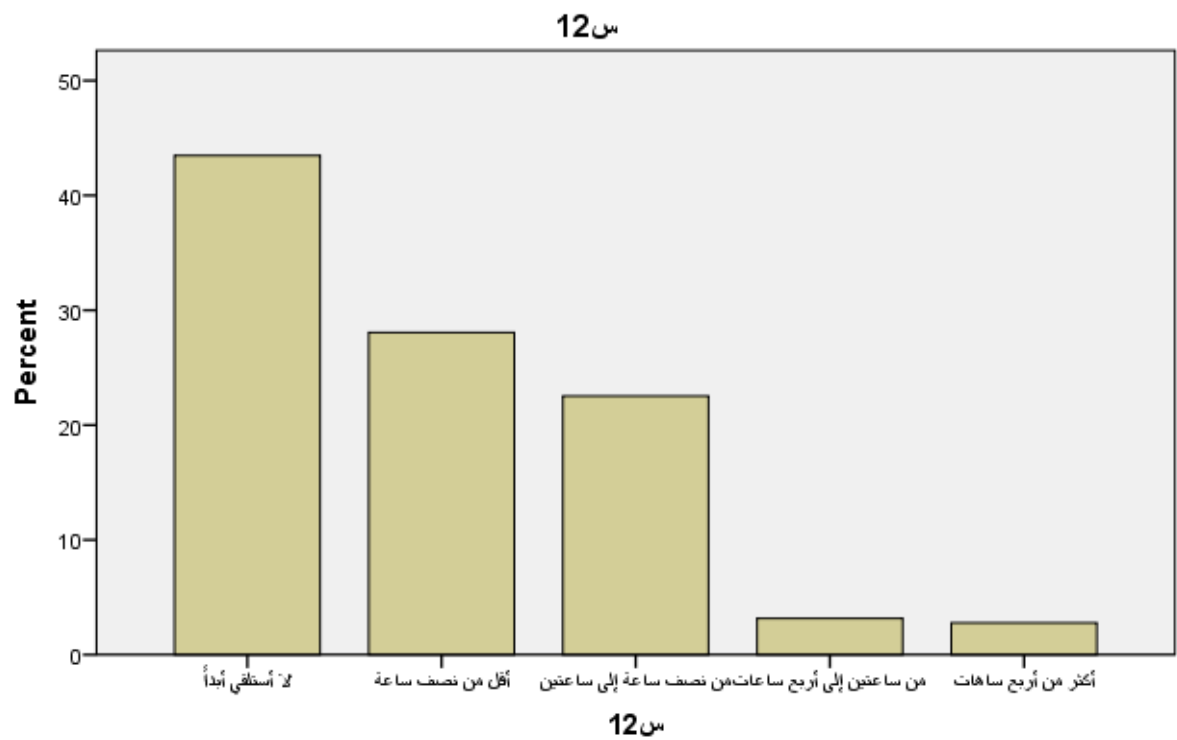
درجة حرارة السوائل:



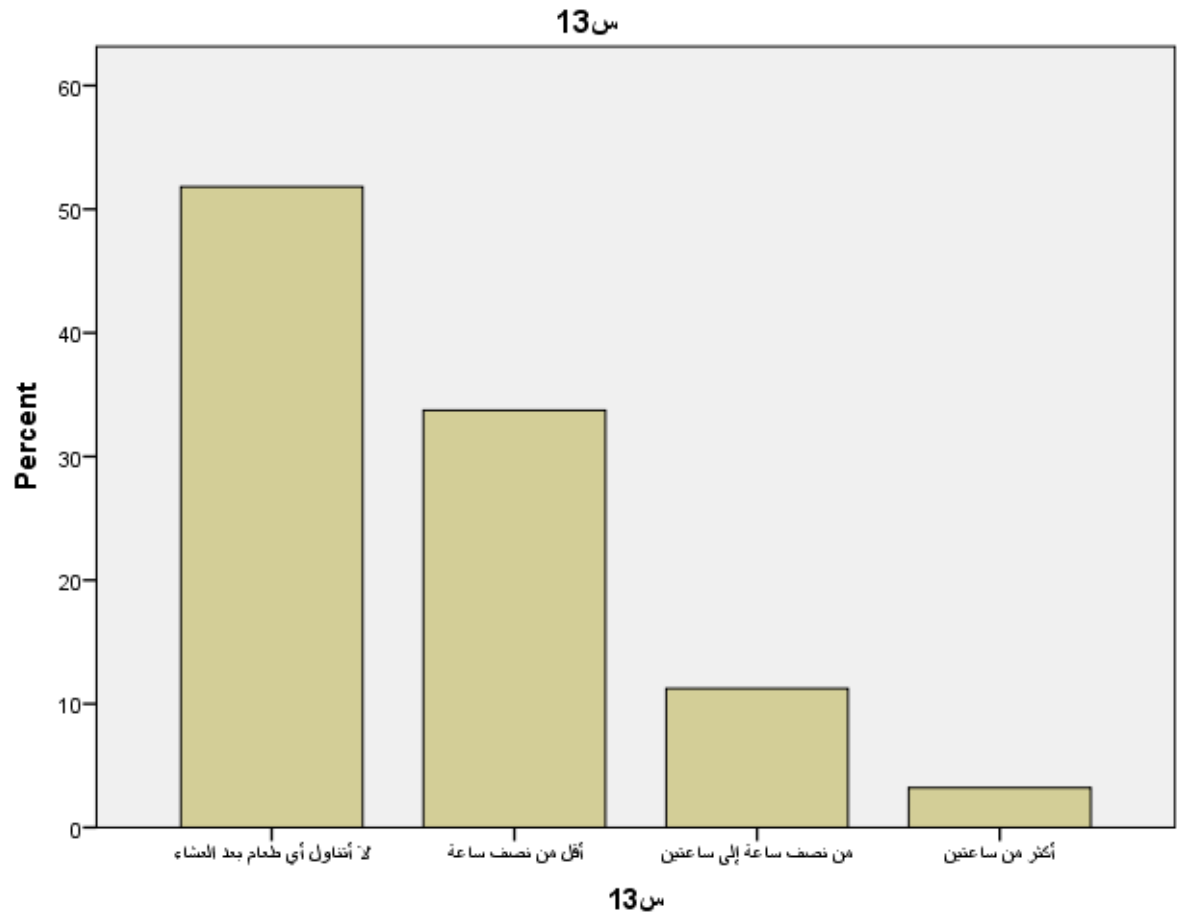
عدد الكؤوس المتناولة:



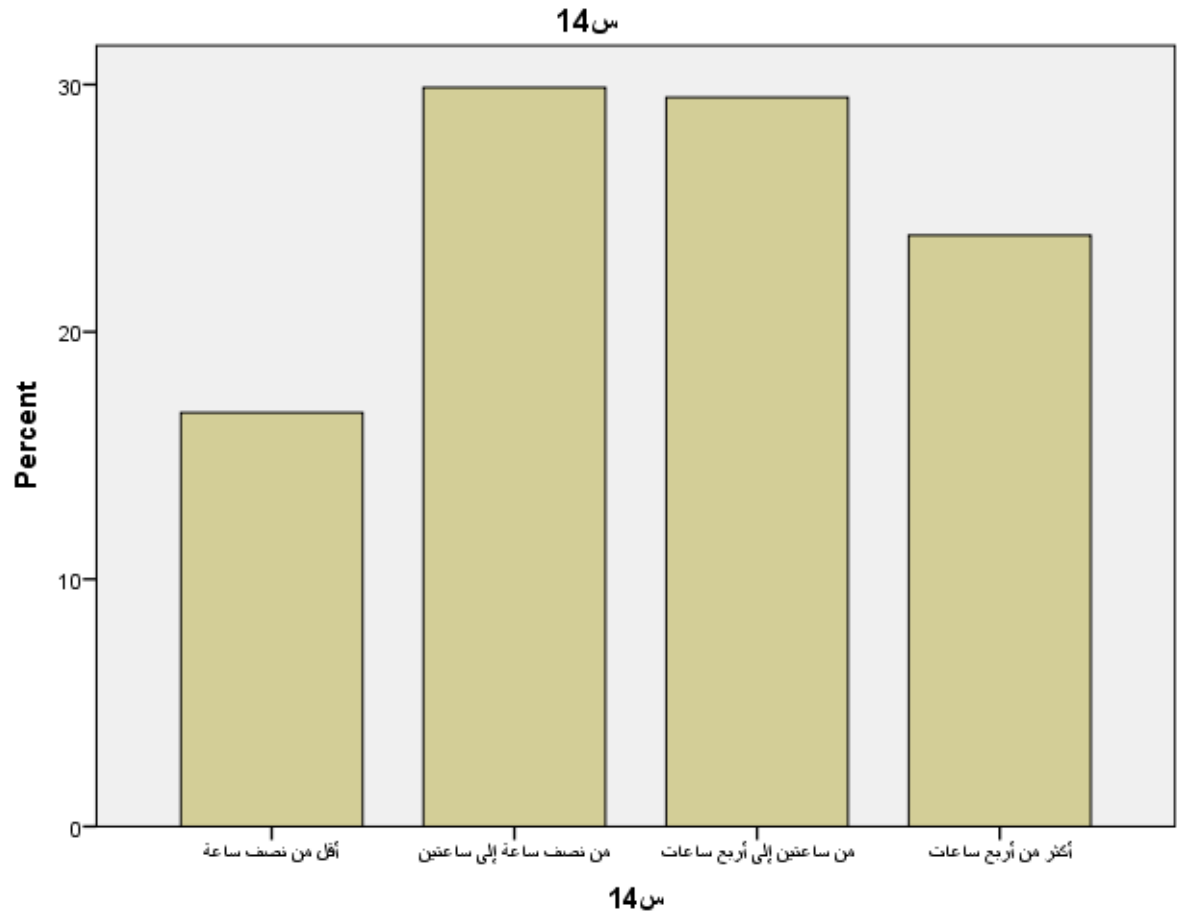
الفصل بين وجبة الغذاء والاستلقاء:



الفاصل بين آخر وجبة صغيرة قبل النوم وبين الاستلقاء للنوم ليلاً:



الفاصل بين وجبة العشاء والاستلقاء بعد الوجبة:



٢.٣.٢. الدراسة الإحصائية التحليلية والنتائج:

لإجراء هذا البحث تم استخدام البرنامج SPSS 21 لاستخراج النتائج الإحصائية، فقد تم إدخال البيانات إلى الحاسب بالصيغة المناسبة لاستخراج النتائج، وكان حجم العينة كافياً ومناسباً لعدد المتغيرات المستقلة ودراسة أثرها على المتغير التابع وهو (شدة تواتر القلس). أعطيت المتغيرات الفئوية الدرجات صفر وواحد لتناسب التحليل المراد إجراءه.

وكانت النتائج كما يلي :

أولاً : الانحدار المتعدد لمعرفة المتغيرات المستقلة المؤثرة بشكل هام على المتغير التابع (شدة القلس) وما الأكثر تأثيراً ؟

تم التحقق من الارتباطات الداخلية وأن المتغيرات المستقلة غير مرتبطة ببعضها بشكل كبير لملائمة النموذج وقد بلغت نسبة السماحية أكبر من ٠.١٠ وهو الحد المطلوب لاستخدام هذا الاختبار .

تم إدخال التغيرات المستقلة (العمر - الجنس - التدخين - تناول الكحول) على التسلسل وكانت النتائج غير دالة إحصائياً من حيث تأثيرها على شدة القلس بقيم احتمالية (0.613 - 0.41 - 0.21 - 0.817) على التسلسل وجميعها أكبر من مستوى الدلالة $P(0.05)$.

ثانياً: تم تحليل الأجوبة في كل محور عن نمط النظام الغذائي باستخدام التحليل الكامن (LCA) وكانت النتائج كما يلي:

• المحور الأول انتظام الوجبة: تم تحليل الأجوبة الخمسة في هذا المحور والوصول إلى صفتين:

١. وجبات منتظمة: وبلغت نسبة المرضى: ٧٠%

٢. وجبات غير منتظمة: وبلغت النسبة ٣٠ %

• المحور الثاني سرعة تناول المرضى للطعام قسمت إلى ثلاثة صفوف:

١. سريعون: ١٠%

٢. متوسطو السرعة: ٦٦%

٣. بطيئو السرعة: ٢٤%

- المحور الثالث تناول السوائل والمشروبات أثناء الوجبات تم تحليل الأجوبة الأربعة والوصول إلى صفيين من المرضى:

١. متوسطو الإدخال: ٥٥%

٢. كثيرو الإدخال: ٤٥%

- المحور الرابع الفاصل بين الطعام والاستلقاء وبعد تحليل الأجوبة الثلاثة قُسم إلى صفيين:

١. فاصل قصير: ٧٣%

٢. فاصل طويل: ٢٧%

ثالثاً: تم دراسة كل صف من الصفوف كمتغيرات مستقلة وعلاقتها مع المتغير التابع (شدة القلس):

١. انتظام الوجبات: كان أثره هاماً على شدة القلس بقيمة احتمالية ٠,٠٠١ . ومعامل ارتباط ٠,٢٢٧

٢. السرعة في تناول الطعام : كانت النتيجة وجود علاقة غير دالة إحصائياً مع السرعة في تناول

الطعام بقيمة احتمالية P : ٠,٣٢ ومعامل ارتباط ٠,١٢٤ .

٣. تخلل السوائل للوجبات:

بلغ معامل ارتباط تواتر شرب السوائل مع شدة القلس ٠,٠٣٤ بقيمة احتمالية ٠,٥٥٤ وهو أثر غير

هام إحصائياً .

٤. الفاصل الزمني بين تناول الوجبة والاستلقاء:

بلغ معامل الارتباط مع الفترة الفاصلة ٠,٣٠٦ بقيمة احتمالية ٠,٠٣ وهي دالة إحصائياً.

رابعاً: تم استخدام الاختبارات لدراسة الفروقات بين الصفوف:

هذا وقد أظهر النموذج حسن مطابقة حيث بلغت قيمة كاي مربع للمطابقة ٤,٠٥٢ ومستوى دلالة ٠,٥٨٩

وهي غير دالة إحصائياً ما يؤكد حسن مطابقة النموذج والاطمئنان للنتائج.

وقد بلغت النسبة المئوية للمجالات المصنفة بشكل صحيح ٧١,١% ارتفعت إلى ٩٤,٤% وهذا يعني أنه

لا يوجد خلل في الإجابات. وفي المرحلة التالية من الاختبار استطاع النموذج أن يحدد ٩٥,٧% من

الأشخاص الذين يتوقع أنهم يعانون من شدة القلق بشكل صحيح ، و ٩١,٢ من الأشخاص الذين لا يعانون من شدة القلق بشكل صحيح، كما بلغت قدرته على تفسير ٨٤,٢% من التباينات حسب معامل التحديد، أما عن أهمية أو إسهام كل متغير من المتغيرات التنبؤية المستخدمة في النموذج فقد تم تلخيصها في الجدول التالي :

المتغير المستقل	قيمة بيتا	القيمة الاحتمالية p	الدلالة الإحصائية	المساهمة في التنبؤ	نسبة التفرّد
العمر	0.077	0.526	غير دال	٠.٤٠١	١.٠٠٨
الجنس	0.021	0.752	غير دال	٠.٠٠٤	١.٠٢٢
التدخين	0.291	0.492	غير دال	٠.٥١٦	٠.٧٤٧
تناول الكحول	1.908	0.084	غير دال	٠.٩٨٢	٦.٢٤١
انتظام الوجبات	6.849	0.009	دال	٢.٩٥٩	٢.٦٠٩
سرعة تناول الوجبة	0.202	0.604	غير دال	٠.٢٦٩	٠.٨١٧
تواتر السوائل	0.15	0.691	غير دال	٠.١٥٨	٠.٨٦٠
عدد الكؤوس	0.088	0.86	غير دال	٠.٠٥١	١.٠٩٢
الفاصل	0.279	0.017	دال	٣.٢٢٦	٠.٩٣٤

يظهر الجدول السابق وجود متغيرين هامين إحصائياً من حيث الأثر على شدة القلس وتسهم بشكل ملحوظ في القدرة التنبؤية للنموذج هما : انتظام الوجبات بقيمة احتمالية أصغر من ٠,٠٠٩ وفاصل النوم بعد تناول الوجبة (غداء وعشاء) بقيمة احتمالية أصغر من ٠,٠١٧ وهذه هي العوامل الأساسية التي يخبرنا النموذج أنه يمكن الاعتماد عليها في تقرير ما إذا كان الشخص يعاني من شدة القلس .

تشير نسبة المساهمة في التنبؤ على الدور الذي يلعبه كل متغير مستقل في التنبؤ بوجود شدة القلس ، أما نسبة التفرّد فتعني هنا مثلاً أن الشخص غير منتظم في تناول وجبات الطعام قد يتعرض لشدة القلس ٢,٦٠٩ مرة قياساً بالشخص الذي تكون وجباته منتظمة .

كما تم إجراء اختبار (ANOVA) تحليل التباين لمعرفة الفروقات بين فئات المتغيرات في شدة القلس فكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي :

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
العمر فئات	Between Groups	2.735	1	2.735	1.343	.247
	Within Groups	606.932	298	2.037		
	Total	609.667	299			
كحول	Between Groups	.088	1	.088	1.844	.176
	Within Groups	9.412	198	.048		
	Total	9.500	199			
الكلبي الانتظام	Between Groups	3.700	1	3.700	15.608	.000
	Within Groups	70.647	298	.237		
	Total	74.347	299			
وجبات	Between Groups	.030	1	.030	.121	.728
	Within Groups	74.636	298	.250		
	Total	74.667	299			
فطور	Between Groups	.641	1	.641	2.738	.099
	Within Groups	69.795	298	.234		
	Total	70.437	299			
عشاء	Between Groups	.098	1	.098	.392	.532
	Within Groups	74.632	298	.250		
	Total	74.730	299			
الانتظام مدى	Between Groups	.404	1	.404	1.617	.204
	Within Groups	74.383	298	.250		
	Total	74.787	299			
الغداء	Between Groups	.884	1	.884	9.244	.003
	Within Groups	28.486	298	.096		
	Total	29.370	299			
الأكل سرعة	Between Groups	.175	1	.175	.844	.359
	Within Groups	61.595	298	.207		
	Total	61.770	299			

مشروب	Between Groups	.764	1	.764	.134	.715
	Within Groups	1623.725	284	5.717		
	Total	1624.490	285			
السوائل تتناول تواتر	Between Groups	.078	1	.078	.351	.554
	Within Groups	65.909	298	.221		
	Total	65.987	299			
حرارة	Between Groups	.819	1	.819	2.506	.115
	Within Groups	92.493	283	.327		
	Total	93.312	284			
كؤوس	Between Groups	.078	1	.078	.714	.399
	Within Groups	32.359	298	.109		
	Total	32.437	299			
الفاصل بعد الغذاء	Between Groups	.025	1	.025	.433	.511
	Within Groups	16.895	298	.057		
	Total	16.920	299			
الفاصل بعد العشاء	Between Groups	.104	1	.104	.782	.377
	Within Groups	39.533	298	.133		
	Total	39.637	299			
الفاصل بعد آخر وجبة	Between Groups	.037	1	.037	.146	.703
	Within Groups	74.950	298	.252		
	Total	74.987	299			
الوزن	Between Groups	104.415	1	104.415	.427	.514
	Within Groups	72942.132	298	244.772		
	Total	73046.547	299			
الطول	Between Groups	35.332	1	35.332	.408	.523
	Within Groups	25774.523	298	86.492		
	Total	25809.855	299			
BMI	Between Groups	4.778	1	4.778	.360	.549
	Within Groups	3950.090	298	13.255		
	Total	3954.867	299			
الجنس	Between Groups	.044	1	.044	.176	.675
	Within Groups	73.903	297	.249		
	Total	73.946	298			
التدخين	Between Groups	.006	1	.006	.030	.862
	Within Groups	59.819	285	.210		
	Total	59.826	286			

يلاحظ أن الفروق دالة إحصائياً فقط في انتظام الوجبات بقيمة احتمالية ٠,٠٠ والفاصل بين الوجبة والاستلقاء بين بقيمة احتمالية ٠,٠٣٧ .

٤.٢. الفرضية البحثية:

يفترض البحث وجود علاقة بين (نمط النظام الغذائي بكل محور من المحاور الأربعة) و(شدة أعراض القلس المعدي المريئي).

٥.٢. النتائج و تفسيرها و المقارنة مع الدراسات العالمية:

بينت الدراسة الإحصائية التحليلية المجرة والمذكورة بالتفصيل في الصفحة السابقة، أن هناك علاقة واضحة تربط بين المحور الأول انتظام الوجبات وبين شدة أعراض القلس، حيث تزداد شدة أعراض القلس عند المرضى الذين يتناولون وجبات غير منتظمة.

وكذلك تبين أن هناك علاقة عكسية واضحة بين الفاصل بين الوجبة والاستلقاء (المحور الرابع في نمط النظام الغذائي المدروس في هذا البحث) وبين شدة أعراض القلس المعدي المريئي. حيث تزداد شدة أعراض القلس عند المرضى الذين لديهم فاصل قصير بين وجبة الطعام والاستلقاء.

بينما لم يكن هناك علاقة واضحة بين شدة الأعراض وتخلل السوائل للوجبات (المحور الثالث) أو بسرعة تناول الطعام (المحور الثاني).

✓ بالمقارنة مع الدراسة العالمية الإيرانية (جامعة أصفهان) المجرة عام ٢٠١٣ والتي درست نفس العلاقات السابقة، ولكن بشكل مسحي، شملت العينة ٤٧٦٣ شخص وتبين نسبة المصابين بداء القلس المعدي المريئي في هذه العينة ٢٣,٥% وقد تبين تشابه بالنتائج مع البحث الحالي عدا أنه في الدراسة العالمية كان هناك علاقة واضحة أيضاً بين شدة أعراض القلس وبين سرعة تناول الطعام بينما لم تكن هذه العلاقة ذات دلالة إحصائية في هذا البحث.

و يلخص الجدول التالي الدراسات العالمية التي تناولت نفس الموضوع مع المقارنة مع البحث الحالي:

الدراسة	عام إجرائها	حجم العينة-نوع الدراسة	النتيجة
البحث الحالي - سوريا	٢٠١٤	٣٠٠-مقطعية عرضية	علاقة بين شدة أعراض القلس و انتظام الوجبة والفاصل بين الوجبة والاستلقاء و لا علاقة مع سرعة التناول أو تناول السوائل
الدراسة الإيرانية	٢٠١٣	٤٧٦٣-مقطعية عرضية	علاقة بين شدة أعراض القلس و الانتظام والفاصل كذلك سرعة التناول و لا علاقة مع تداخل السوائل
الدراسة اليابانية	٢٠١٤	٩,٦٤٣-مقطعية عرضية	علاقة بين شدة أعراض القلس والفاصل بين تناول الوجبة والنوم(وهو المحور الوحيد المدروس في هذه الدراسة)

لم أجد دراسات محلية أو عربية منشورة مشابهة لهذا البحث.

كما كانت الدراسات العالمية المنشورة التي تدرس النمط الغذائي بمحاوره المتعددة قليلة وخاصة بالنسبة للدراسات الكثيرة التي تناولت أصناف الاطعمة والمشروبات وعلاقتها مع داء القلس المعدي المريئي.

٦.٢. التوصيات والاقتراحات:

١. أن تعاد الدراسة لاحقاً على نفس عينة المرضى بعد أن يُطلب ممن لديهم تناول وجبات الطعام غير منتظمة ولديهم فاصل بين الطعام والاستلقاء قصير بتعديل نمط نظامهم الغذائي السابق، لنتأكد إن كان للتعديل تأثير إيجابي على تحسين الأعراض.
٢. أن توسع الدراسة على مراكز أكثر وعينات أكبر لتكون للدراسة أهمية إحصائية أكثر.
٣. أن توسع الدراسة لتمسح عينة سكانية أكبر ودراسة نسبة انتشار هذا الداء في سوريا طالما ليس لدينا نسبة انتشار مدروسة سابقاً.
٤. إجراء مراجعة منهجية - Systemic review للأبحاث التي تدرس العلاقة بين شدة القلس المعدي المريئي ونمط النظام الغذائي نظراً للنتائج المتضاربة أحياناً التي توصلت إليها الدراسات الوبائية التي تناولت هذا الموضوع.

٣. المراجع

References

- 1-Ruigomez A, Garcia Rodriguez L, Wallander MA, Johansson S, Graffner H, Dent J. Natural history of gastroesophageal reflux disease diagnosed in general practice. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 751–60.
- 2- Rey E, Elola-Olaso CM, Rodriguez-Artalejo F, Locke GR 3rd, Diaz-Rubio M. Prevalence of atypical symptoms and their association with typical symptoms of gastroesophageal reflux in Spain. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18: 969–75.
- 3- Lagergren J, Bergström R, Lindgren A, Nyrén O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *N Engl J Med* 1999; 340: 825–31.
- 4- Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. Global consensus group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900–20.
- 5- Eloubeidi MA, Provenzale D. Health-related quality of life and severity of symptoms in patients with Barrett's esophagus and gastroesophageal reflux disease patients without Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1881.
- 6- Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology* 2002; 122: 1500–11.
- 7- Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005; 54: 710–7.
- 8- Fock KM, Talley NJ, Fass R et al. Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: update. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: 8–22.
- 9- Jung HK. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia: a systematic review. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17: 14–27.

- 10-Fazel M, Keshteli AH, Jahangiri P, Daneshpajouhnejad P, Adibi P. Gastroesophageal reflux disease in Iran: SEPAHAN Systematic Review No. 2. *Int J Prev Med* 2012; 3: S10–7.
- 11-Belhocine K, Galmiche JP. Epidemiology of the complications of gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 2009; 27: 7–13.
- 12-Nocon M, Labenz J, Willich S. Lifestyle factors and symptoms of gastroesophageal reflux – a population based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 169–74.
- 13– IMS. IMS health report. In IMS health reports 2013.
- 14–Pham CQ, Regal RE, Bostwick TR, Knauf KS. Acid suppressive therapy use on an inpatient internal medicine service. *Ann Pharmacother* 2006 Jul;40(7–8):1261–6.
- 15–Grant K, Al-Adhami N, Tordoff J, Livesey J, Barbezat G, Reith D. Continuation of proton pump inhibitors from hospital to community. *Pharm World Sci* 2006 Aug;28(4):189–93.
- 16– Batuwitage BT, Kingham JG, Morgan NE, Bartlett RL. Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in primary care. *Postgrad Med J* 2007 Jan;83(975):66–8.
- 17– Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 27 (2013). ELSEVIER. Chen S; Jarboe MD; Teitlebaum DH.

[18] Herbella FA, Vicentine FP, Silva LC, Patti MG. Postprandial proximal gastric acid pocket and gastroesophageal reflux disease.

Dis Esophagus 2012;25:652–5.

18– Kwiatek MA, Roman S, Fareeduddin A, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. An alginate–antacid formulation (Gaviscon Double Action

Liquid) can eliminate or displace the postprandial ‘acid pocket’ in symptomatic GERD patients. Aliment Pharmacol Ther

2011;34:59–66.

19– Pouchain D, Bigard MA, Liard F, Childs M, Decaudin A, McVey D.

Gaviscon_ vs. omeprazole in symptomatic treatment of

moderate gastroesophageal reflux. A direct comparative randomized trial.

BMC Gastroenterol 2012;23:12–8.

20– Dent J. Reflux inhibitor drugs: an emerging novel therapy for

gastroesophageal reflux disease. J Dig Dis 2010;11:72–5.

21– Manabe N, Haruma K, Ito M, Takahashi N, Takasugi H, Wada Y, et al.

Efficacy of adding sodium alginate to omeprazole in

patients with nonerosive reflux disease: a randomized clinical trial. Dis

Esophagus 2012;25:373–80.

22– Tytgat GN, Nicolai JJ, Reman FC. Efficacy of different doses of cimetidine

in the treatment of reflux esophagitis. A review of

three large, double-blind, controlled trials. *Gastroenterology* 1990;99:629–34.

23– Khan M, Santana J, Donnellan C, Preston C, Moayyedi P. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Apr 18;(2):CD003244. [25] Rackoff A, Agrawal A, Hila A, Mainie I, Tutuian R, Castell DO.

24– Histamine-2 receptor antagonists at night improve gastroesophageal reflux disease symptoms for patients on proton pump inhibitor therapy. *Dis Esophagus* 2005;18:370–3.

25–transluminal endoscopic fundoplication for the treatment of pediatric gastroesophageal reflux disease. *Pediatr Surg Int.* 2012 28:229–234.