



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الباطنة

شروع القلق والاكتئاب عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن والعلاقة ما بين شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن ونوعية الحياة

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في الأمراض الباطنة العامة

إعداد طالبة الدراسات العليا

د. هلبست صاروخان إبراهيم

بإشراف:

أ. د. يوسف لطيفة

أستاذ في قسم الأمراض الباطنة-كلية الطب البشري

جامعة دمشق

٢٠٢٣ م

شكر وتقدير

لا يسعني في نهاية هذه المرحلة الدراسية إلا أن أتقدم بجزيل الشكر، وعظيم الامتنان إلى أساتذتي ومعلمي، وإلى كل من ساندني، وكان عونًا لي في مسيرتي العلمية على مدى سنوات دراستي. تلك القامات العلمية الجلية الذين كان لملاحظاتهم وتوجيهاتهم خلال مدة الإقامة الفضل الكبير في السعي الدائم للتطور والمثابرة، والمضي قدمًا نحو الأفضل جزاهم الله عنا كل خير ...
أساتذتي الكرام جميعًا ...

وأخص بالذكر:

الأستاذ الدكتور يوسف لطيفة

الذي تكرم مشكورًا بالإشراف على هذه الرسالة وأعانني على إتمامها، الذي كان داعمًا وراعيًا لنا في طريقنا العلمي والعملية. لك منا أسمى آيات الشكر والتقدير والامتنان.

كما أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى جميع الاختصاصيين في قسم الأمراض الباطنة وإلى زملائي المقيمين.

وأتقدم بعظيم الشكر والعرفان إلى والدي (أمي وأبي) على تضحياتهما، ووقوفهما إلى جانبي في مسيرة حياتي العلمية.

فهرس المحتويات

	الملخص باللغة العربية
1-3	الجزء التمهيدي
	المشكلة العلمية لمشروع البحث
	هدف مشروع البحث
	مكان البحث وزمانه
	المعايير الأخلاقية
	الموافقة المستنيرة
	الباب الأول - الدراسة النظرية
5	الفصل الأول: الداء الرئوي الانسدادي المزمن (آليته الإيمراضية-أنماطه)
9	الفصل الثاني: الداء الرئوي الانسدادي المزمن (التظاهرات السريرية-الفحص والتقييم)
16	الفصل الثالث: الداء الرئوي الانسدادي المزمن (التشخيص-التدبير)
20	الفصل الرابع: الاضطرابات النفسية الناجمة عن حالة مرضية عامة
	الباب الثاني - الدراسة العملية
30	الفصل الأول: أهمية البحث وأهدافه
31	الفصل الثاني: المرضى وطرائق البحث
33	الفصل الثالث: الاستبيان
38	الفصل الرابع: الدراسة الإحصائية
53	الفصل الخامس: المناقشة وتحليل النتائج

55	الفصل السادس: المقارنة بالدراسات العالمية
62	الاستنتاجات والتوصيات
63	الملخص ABSTRACT باللغة الانكليزية
الباب الثالث - المراجع	

جدول الأشكال والمخططات والجداول

الصفحة	الأشكال
6	الشكل (١): آلية COPD الإمراضية
7	الشكل (٢): مريض التهاب القصبات المزمن صدر برميللي الشكل (Blue Bloater)
8	الشكل (٣): مريض النفاخ الرئوي بالصدر المتطاوول (Pink Puffer)
12	الشكل (٤): مقياس سعة انتشار غاز أول أكسيد الكربون
13	الشكل (٥): صورة صدر بسيطة (نفاخ رئوي) على اليمين-و(صدر طبيعي) على اليسار
14	الشكل (٦): طبقي محوري يُظهر نفاخ شامل في الرئة
الصفحة	المخططات
38	المخطط (١): توزع الحالات بحسب الجنس
39	المخطط (٢): توزع الحالات بحسب الفئة العمرية
40	المخطط (٣): التوزع بحسب متوسط مشعر كتلة (كغ/م ^٢) الجسم ومدة الإصابة (سنة)
٤١	المخطط (٤): توزع بالحالات بحسب وجود التدخين
42	المخطط (٥): توزع بالحالات بحسب درجات الزلة التنفسية

43	المخطط (٦): توزيع بالحالات بحسب عدد سورات COPD في آخر ١٢ شهر
44	المخطط (٧): توزيع بالحالات بحسب متوسط قيم وظائف الرئة
45	المخطط (٨): توزيع بالحالات بحسب شدة الداء الرئوي الانسدادي وفق GOLD
46	المخطط (٩): علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بجنس المريض
47	المخطط (١٠): توزيع الحالات بحسب وجود الاكتئاب/القلق
48	المخطط (١١): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بشدة الداء الرئوي الانسدادي
49	المخطط (١٢): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بجنس المريض
50	المخطط (١٣): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بشدة الداء الرئوي الانسدادي
51	المخطط (١٤): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بجنس المريض
52	المخطط (١٥): علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بنوعية الحياة
الصفحة	الجدول
38	الجدول (١): توزيع الحالات بحسب الجنس
39	الجدول (٢): توزيع الحالات بحسب الفئة العمرية
40	الجدول (٣): التوزيع بحسب متوسط مشعر كتلة الجسم ومدة الإصابة
40	الجدول (٤): توزيع الحالات بحسب وجود التدخين
41	الجدول (٥): توزيع بالحالات بحسب درجات الزلة التنفسية ومتوسط الإشباع الأوكسجيني
42	الجدول (٦): توزيع بالحالات بحسب عدد سورات COPD في آخر ١٢ شهر
43	الجدول (٧): توزيع بالحالات بحسب متوسط قيم وظائف الرئة
44	الجدول (٨): توزيع بالحالات بحسب شدة الداء الرئوي الانسدادي وفق GOLD

45	الجدول (٩): علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بجنس المريض
46	الجدول (١٠): توزع الحالات بحسب وجود الاكتئاب والقلق
47	الجدول (١١): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بشدة الداء الرئوي الانسدادي
48	الجدول (١٢): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بجنس المريض
49	الجدول (١٣): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بشدة الداء الرئوي الانسدادي
50	الجدول (١٤): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بجنس المريض
51	الجدول (١٥): علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بنوعية الحياة
56	الجدول (١٦): المقارنة بحسب عدد مرضى الدراسة
56	الجدول (١٧): المقارنة بحسب متوسط العمر الحملي والجنس
57	الجدول (١٨): المقارنة بحسب متوسط وظائف الرئة
57	الجدول (١٩): المقارنة بحسب شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن
58	الجدول (٢٠): المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب
58	الجدول (٢١): المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب تبعاً لجنس المريض
59	الجدول (٢٢): المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب تبعاً لشدة المرض
59	الجدول (٢٣): المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق
60	الجدول (٢٤): المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق تبعاً لجنس المريض
60	الجدول (٢٥): المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق تبعاً لشدة المرض
61	الجدول (٢٦): المقارنة بحسب علاقة شدة COPD بنوعية الحياة وفق مقياس (SGRQ-C)

الملخص

مقدمة:

هناك اختلاطات نفسية تؤثر في نوعية الحياة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي كالاكتئاب والقلق، وهذا يُدخل المريض ضمن حلقة مفرغة تؤثر كل عناصرها في بعضها البعض، وتُظهر الدراسات أن الصحة النفسية الجيدة تؤثر إيجاباً في الصحة الرئوية واستجابة وظائف الرئة إذ أن القلق والاكتئاب يُعدّان إِمراضية مشاركة مهمة في الداء الرئوي الانسدادي المزمن، ومن المعلوم أن الحالات النفسية المصاحبة للداء الرئوي الانسدادي المزمن لا تُشخص ولا تُعالج جيداً، وإن الوعي بوجود الاضطرابات النفسية وشدّتها عند هؤلاء المرضى يُشجع المريض على الالتزام بالعلاج في الداء الرئوي الانسدادي المزمن، وتؤثر الاضطرابات النفسية سلّماً في شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

هدف البحث وأهميته:

لتقويم نسبة حدوث الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن وعلاقة هذه الاضطرابات بوظائف الرئة، فضلاً على تقويم نوعية الحياة عندهم، وعلاقة نوعية الحياة بشدة المرض.

طريقة البحث:

جُمعت بيانات المرضى المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن المستقر، والمُشخص بوظائف الرئة من خلال القصة والفحص السريري الشامل، فضلاً على إجراء صورة صدر بسيطة بوضعين، وإجراء اختبار وظائف الرئة، جرى تصنيف الشدة وفق معايير GOLD 2010، وحُسِبَ مقياس المشافي للاكتئاب والقلق، كما أُجرى استطلاع سانت جورج التنفسي.

النتائج:

- ✓ كانت نسبة حدوث الحالات الخفيفة والمعتدلة من الداء الرئوي الانسدادي المزمن أعلى لدى الإناث من الذكور، في حين أن نسبة حدوث الحالات الشديدة، والشديدة جداً، كانت أعلى لدى الذكور من الإناث، مع وجود فارق إحصائي مهم.
- ✓ تراكمت معظم حالات الإصابة بالقلق والاكتئاب مع الحالات الشديدة، والشديدة جداً من المرض، مع وجود فارق إحصائي مهم.
- ✓ كانت نسبة الإصابة بالقلق والاكتئاب أعلى لدى الذكور المصابين بالداء الرئوي الانسدادي من الإناث المُصابات، مع وجود فارق إحصائي مهم بالنسبة إلى القلق فقط.

شيوخ القلق والاكتئاب عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن والعلاقة ما بين شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن ونوعية الحياة-هـ. إبراهيم

✓ وجود علاقة عكسية بين شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن ونوعية الحياة، مع وجود فارق إحصائي مهم.

الخاتمة:

عمومًا، من الشائع ترافق الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، فضلاً على تراجع نوعية الحياة مع الحالات الشديدة من الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

الكلمات المفتاحية: القلق، الاكتئاب، الداء، الرئوي، الانسدادي، المزمن، شدة، نوعية، الحياة.

التمهيد

المشكلة العلمية لمشروع البحث:

إن مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن يمثلون غالبية المرضى المراجعين للعيادات بشكاية صدرية والأكثر تردداً إلى المشافي والعيادات، ويُعد الداء الرئوي الانسدادي المزمن مرضاً شائعاً يمكن الوقاية منه وعلاجه، ويتميز بوجود التهاب مستمر ومتزق في الطرائق الهوائية، وتوجد اختلاطات نفسية تؤثر في نوعية الحياة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي كالاكتئاب والقلق وهذا يُدخل المريض ضمن حلقة مفرغة تؤثر كل عناصرها في بعضها البعض، وتُظهر دراسات أخرى أن الصحة النفسية الجيدة تؤثر إيجاباً في الصحة الرئوية، واستجابة وظائف الرئة حيث إن القلق والاكتئاب يُعدّان إمراضية مشاركة مهمة في الداء الرئوي الانسدادي المزمن، ومن المعلوم أن الحالات النفسية المُصاحبة للداء الرئوي الانسدادي المزمن لا تُشخص ولا تُعالج جيداً، وإن الوعي بوجود الاضطرابات النفسية وشدها عند هؤلاء المرضى يُشجع المريض على الالتزام بالعلاج في الداء الرئوي الانسدادي المزمن، كما تؤثر الاضطرابات النفسية سلباً في شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

تساؤلات البحث:

هل هناك علاقة بين الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن، وبين وظائف الرئة، وهل هنالك علاقة بين نوعية الحياة وشدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن؟

هدف مشروع البحث:

لتقويم نسبة حدوث الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن وعلاقة هذه الاضطرابات بوظائف الرئة، فضلاً على تقويم نوعية الحياة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن وعلاقة نوعية الحياة مع شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

تصميم البحث وطرائقه:

تصميم الدراسة:

دراسة مقطعية عرضية مستقبلية (Prospective study).

طريقة البحث:

✓ جُمعت بيانات المرضى المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن المستقر والمُشخص بوظائف الرئة من خلال القصة والفحص السريري الشامل، فضلاً على إجراء صورة صدر بسيطة بوضعين، وإجراء اختبار

وظائف الرئة، وصُنِّفت الشدة وفق معايير GOLD 2010، وحُسِبَ مقياس المشافي للاكتئاب والقلق، وأُجري استطلاع سانت جورج التنفسي.

جمهرة الدراسة:

المرضى المراجعون للعيادة الصدرية والمرضى المقبولون في الشعبة الصدرية في مشافي جامعة دمشق (المواساة والأسد الجامعيين) الذين لديهم داء رئوي انسدادى مزمن مُشخص بوظائف الرئة.

مكان الدراسة:

مكان دراسة البحث: العيادة الصدرية والشعبة الصدرية في مشافي جامعة دمشق (مشفى المواساة والأسد الجامعيين).

الموارد المتاحة:

من موارد مشفى المواساة والأسد الجامعيين.

الاعتبارات الأخلاقية:

تقتضي أخلاقيات البحث العلمي احترام حقوق الآخرين وآرائهم وكرامتهم سواء أكانوا من الزملاء الباحثين أم من المشاركين في البحث، أو من المستهدفين من البحث. وتتبنى مبادئ أخلاقيات البحث العلمي عامة قيمتي العمل الإيجابي وتجنب الضرر، وهاتان القيمتان يجب أن تكونا ركيزتي الدوافع الأخلاقية في عملية البحث. وفي بحثنا سيجري الالتزام بالدوافع الأخلاقية من المصادقية، الثقة، وسرية المعلومات.

وتم أخذ موافقة مستنيرة وفق النموذج الآتى:

الموافقة المستنيرة

نحن بصدد إجراء بحث علمي عن (شيوخ القلق والاكتئاب عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن والعلاقة ما بين شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن ونوعية الحياة) في مستشفى المواساة والأسد الجامعيين بدمشق.

بناء على ذلك ندعوكم إلى المشاركة في هذا البحث، ولكم مطلق الحرية في قبول أو رفضه.

لكن قبل اتخاذ قراركم نرجو منكم قراءة المعلومات الآتية:

سيُطَّلَع الأطباء والباحثون المشاركون في هذه الدراسة على المعلومات من ملفكم الطبي، وذلك بعلم إدارة المشفى.

لن تُنشر أية معلومات متعلقة بكم ذات طابع شخصي.

في حال الموافقة على الدخول في الدراسة ستتابع حالتكم وتستخدم المعلومات الموجودة في الملف الطبي ضمن الدراسة أو سؤالكم عن بعض المعلومات إن لم تكن واردة في الملف.

إن اللاموافقة على الدخول في الدراسة لن يؤثر في تدبير المرض في أثناء إقامتكم في المشفى وستُعمد الخطة العلاجية المتبعة تقليدياً في المشفى.

لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه وكانت لدي الفرصة لأطرح الأسئلة وحصلت على إجابات مقنعة لذلك أعلن موافقتي على الدخول في الدراسة.

اسم الطبيب وتوقيعه:

اسم المشترك وتوقيعه:

الباب الأول : القسم

النظري

الفصل الأول

الداء الرئوي الانسدادي المزمن (آليته الأمراض-أنماطه)

مقدمة:

يُعد الداء الرئوي الانسدادي المزمن مرضًا شائعًا قابلاً للوقاية، والعلاج مع بعض التظاهرات خارج الرئوية التي تسهم في تحديد إنذار المرض وشدته، وهو يتميز بتحدد غير عكوس كامل للجريان الزفيري، وبترافق مع استجابة التهابية شاذة^(١).

الوبائية:

يصيب عادة ٥% من الأشخاص مترافقًا مع نسبة عالية من الأمراض والوفيات، إذ إن الأشخاص المُصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن غير المُكتشف عادة يكون لديهم تدهور خفيفًا في وظائف الرئة وبالتالي فإن الكشف المبكر عنه له صلة وثيقة بالفائدة من إيقاف التدخين لدى هؤلاء المرضى في المراحل الباكرة من COPD، ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية فإن COPD كان السبب الخامس للوفيات العالمية عام ٢٠٠٢ ومن المتوقع أن يصبح السبب الثالث للوفيات حول العالم بحلول عام ٢٠٣٠، وتكون إصابة الإناث أبكر، وأشد من إصابة الرجال^(١,٢).

الآلية المرضية للداء الرئوي الانسدادي المزمن:

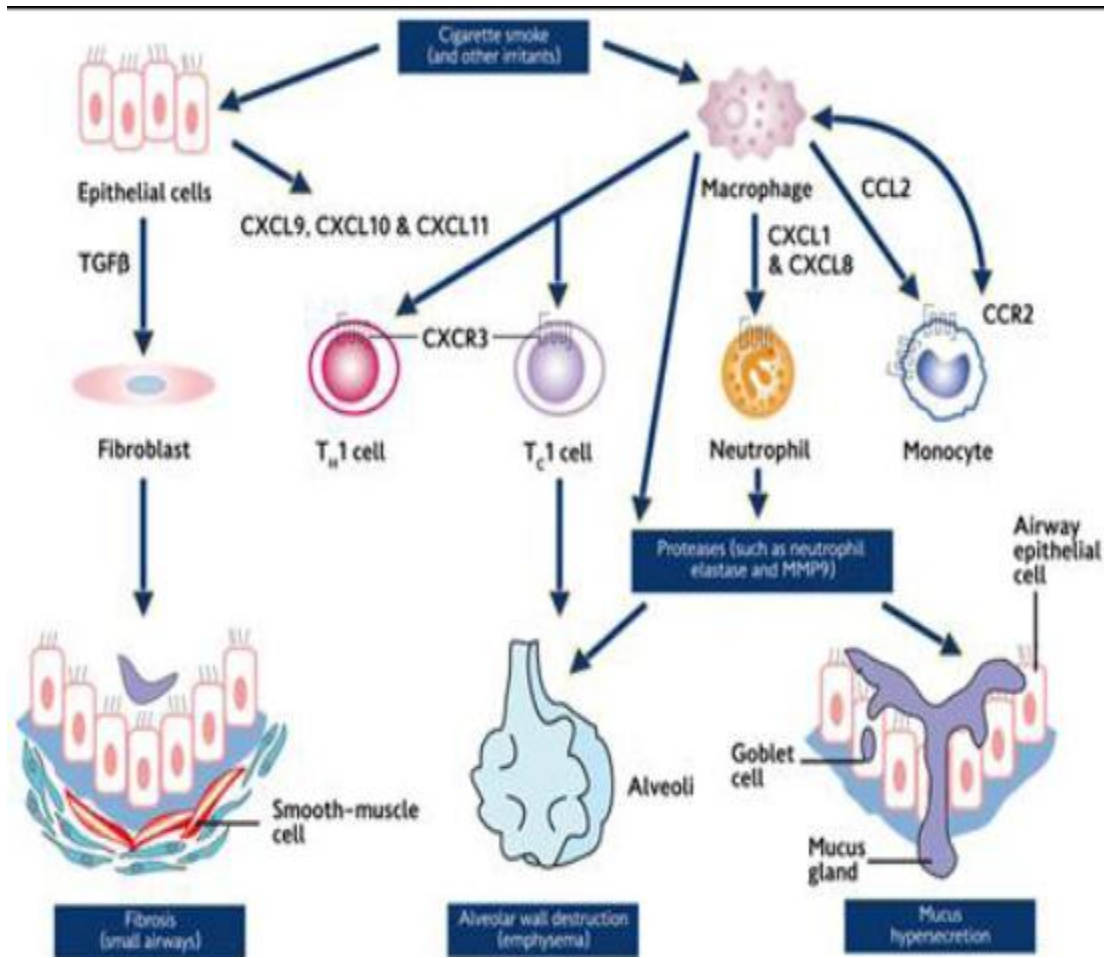
تحصل معظم التغيرات المرضية الموجودة في الداء الرئوي الانسدادي المزمن في الطرق الهوائية كما تحصل تغيرات على مستوى البرانشيم والأوعية أيضًا.

فالاستنشاق المزمن للهواء الملوث (دخان التبغ لاسيما) يؤدي إلى تخريش الشجرة القصيبية، وحدوث زيادة في إفراز المخاط محاولةً لتنظيف القصبات، لذا يحدث في التهاب القصبات المزمن ضخامة في الغدد المفرزة للمخاط فتتسع قنواتها المفرغة ويزداد عدد الخلايا الكاسية (goblet cell) التي تُفرز المخاط، لترتشح جدران القصبات والقصيبات بالخلايا الالتهابية كالعدلات واللمفاويات التائية والبالعات الكبيرة^(٣).

ردًا على أية أذية التهابية يزداد بالنتيجة إنتاج العدلات، والخلايا الالتهابية الأخرى من الأنزيمات الهاضمة للبروتين (protease, elastase)، والتي تؤدي بدورها إلى تحطم ألياف الإيلاستين، والبروتينات، والألياف الأخرى في البرانشيم الرئوي، ويؤدي الأنزيم (α 1-anti trypsin) دور المثبط الرئيس لعمل هذه الأنزيمات الهاضمة^(١,٣).

لذلك من الملحوظ حدوث النفاخ الرئوي في أعمار مبكرة قبل سن الأربعين عند مرضى عوز خميرة ($\alpha 1$ -anti trypsin)، وفي الحالات المتقدمة تمتلئ الشجرة القصيبية بالمخاط اللزج وتُصبح مكانًا مناسبًا لتكاثر الجراثيم والفيروسات التي تؤدي بدورها إلى حدوث الهجمات الحادة للمرض وتكرارها.

فضلاً على ذلك فقد وُجد أن الوراثة يمكن أن تؤدي دورًا في حدوث الداء الرئوي الانسدادي المزمن إذ لوحظت زيادة نسبة حدوث هذا الداء، وكذلك سرطان الرئة عند المدخنين الحاملين لعدد من المورثات (6q21, 4q31) ويحدث فرط تصنيع للبطانة، والخلايا العضلية الملساء للأوعية الرئوية وتضخمها وذلك بسبب تقبض الأوعية الناتج عن نقص الأكسجة المزمن^(١٠٣).



الشكل (١): آلية COPD الإمبراضية

أنماط الداء الرئوي الانسدادي المزمن:

التهاب القصبات المزمن:

وهو يعتمد على القصة السريرية، ويتصف أنه سعال منتج مزمن مدة ٣ أشهر في السنة على الأقل في سنتين متتاليتين على الأقل بعد نفي الأسباب الأخرى للسعال المنتج جميعها كالتوسع القضيبي^(٤).



الشكل (٢): مريض التهاب القصبات المزمن بالصدر برميلي الشكل (Blue Bloater المنفوخ الأزرق)

وعادة يكون المريض بدينًا مع زرقة مركزية في حال القصور التنفسي، والزلة التنفسية على الراحة غير شائعة عادة، ويكون الصدر برميلي الشكل (Blue Bloater المنفوخ الأزرق)، ويُسمع بالإصغاء الصدري وزيز مترافق مع تطاول زمن الزفير مع خراخر قصبية، ويتميز شعاعيًا بارتشاحات خلالية في الساحتين الرئويتين ولاسيما في القاعدتين وفي الحالات المتقدمة يحدث ضخامة في البطن الأيمن في سياق القلب الرئوي مع في المشعر القلبي الصدري أو من دونه مع احتقان الأوعية الرئوية في السرتين دليلًا على فرط التوتر الشرياني الرئوي المرافق^(٤).

النفخ الرئوي:

ويرتكز تعريفه على التشريح المرضي فهو تخرب وتوسع دائم في النسيج الرئوي ما بعد القصبية الانتهائية من دون وجود آفة تليفية واضحة^(٤).



الشكل (٣): مريض النفاخ الرئوي بالصدر المتطاوّل (Pink Puffer النفاخ الزهري)

ويكون المريض نحيلًا يشكو من زلة تنفسية على الراحة مع استعمال العضلات التنفسية المساعدة في أثناء الشهيق، ويكون الصدر متطاوّلًا (Pink Puffer النفاخ الزهري) ويُميز بالإصغاء الصدري خفوت في أصوات التنفس مع تطاول زمن الزفير، أما شعاعيًا فيتظاهر بقلّة التفرعات الوعائية في النصف الوحشي من الساحتين الرئويتين مع علامات فرط التهوية والانتفاخ في الرئتين كتسطح الحجاب الحاجز، وتباعد الأضلاع، ويبدو ظل القلب ضيقًا متطاوّلًا مع احتمال وجود الفقاعات الهوائية التي قد تكون وحيدة أو متعددة^(٤).

ويمكن مشاهدة أنماط ظاهرية عدة في COPD^(٤): كالتهوّر السريع لقيمة FEV1، ووجود هجمات متكررة، والالتهاب الجهازي، والأمراض المرافقة، والمنفوخ الأزرق، والنفاخ الزهري.

الفصل الثاني

الداء الرئوي الانسدادي المزمن (التظاهرات السريرية-والفحص والتقييم)

تُعد الزلة التنفسية، والسعال المزمن، والقشع الأعراض الثلاثة الأشيع للداء الرئوي الانسدادي المزمن (COPD)، أما الزلة الجهدية فهي تُعد أشيع الأعراض المبكرة، وعلى نحو أقل يُشاهد الوزيز والضيق الصدري (chest tightness)^(١,٢).

الأشكال النموذجية للمريض للمراجع بقصة COPD:

☒ المرضى الذين لديهم شكايات قليلة ونمط حياة خامل يجب الانتباه إلى التفاصيل لديهم، وتكون الشكاية القليلة لديهم ناتجة عن تقادي المرضى للزلة الجهدية بالحد من نشاطهم الحركي، إذ إنهم قد يكونون غافلين عن وجود سبب تنفسي وراء تحدد نشاطهم الحركي.

☒ المرضى الذين يُراجعون بأعراض تنفسية، غالبًا ما تكون لديهم زلة تنفسية وسعال مزمنًا، فقد تكون الزلة التنفسية عند الجهد فقط بداية، لتترقى لاحقًا لتصبح ملحوظة أكثر على الجهود الخفيفة أو حتى على الراحة، أما السعال المزمن فيتميز ببدايته المخاتلة بإنتاج قشع صباحي ليترقى لاحقًا لينتَظهر في النهار ونادرًا ما تتجاوز كميته ٦٠ مل وهو مخاطي غالبًا، ويُصبح قيحيًا في أثناء الهجمات الحادة.

☒ المرضى الذين يأتون بشكاية صدرية حادة تتظاهر سعالًا متزايدًا، وقشعًا قيحيًا، ووزيزًا، وزلة تنفسية، تحدث منقطعة مع أو من دون الحمى، ويكون التشخيص في هذه الحالة أكثر صعوبة، إذ إن الزلة المترافقة مع الوزيز قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ للربو، كما وإن بعض الأمراض الأخرى ذات التظاهرات المشابهة قد تلتبس مع التشخيص (كقصور القلب، وتوسع القصبات، والتهاب القصبيات).

ومعظم المرضى ذوي الدرجة الشديدة أو المتوسطة من المرض يعانون من تفاوت بشدة الأعراض في اليوم والأسبوع وعادة تسوء الأعراض صباحًا، كما قد تُشاهد أعراض جهازية للمرض كفقْدان الوزن (نظرًا إلى الزلة في أثناء تناول الطعام) أو زيادة الوزن (لتحدد النشاط البدني)، الغشي بسبب السعال، والضعف الجنسي، والاكتئاب والقلق.

وقد تترافق أمراض أخرى مع الداء الرئوي الانسدادي المزمن كسرطان الرئة، والداء الشرياني الإكليلي، وهشاشة العظام، وضعف العضلات الهيكلية، والمتلازمة الاستقلابية، وضعف الوظائف المعرفية والاكتئاب.

ويُعد التدخين عامل الخطر الأهم في تطور الداء الرئوي الانسدادي المزمن وحدوثه، وهو يُسهم في تحديد شدة المرض اعتمادًا على عدد السجائر المدخنة، ومدة التدخين بالسنوات، ويمكن حساب كمية السجائر المستهلكة في عدد معين

من السنوات مقدراً بباكيت/سنة وفق العلاقة: (عدد علب السجائر (باكيت) المستهلكة يوميًا مضروبًا بعدد سنوات التدخين).

هذا وإن معظم مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن لديهم قصة تدخين، أو تعرض لعامل استنشاق آخر إذ يُقدر أن ٨٠% من مرضى COPD لديهم قصة تدخين^(١,٢).

الفحص والتقييم:

تختلف موجودات الفحص السريري بحسب شدة المرض فُميز:

- في المراحل الباكرة من المرض قد يكون الفحص طبيعيًا وقد يُشاهد زفيرٌ متطاوُلٌ ووزيرٌ عند إجراء الزفير الجهدى.
- مع تزايد شدة انسداد الطرق الهوائية قد يُظهر الفحص فرط انتفاخ وخفوت في الأصوات التنفسية ووزير مع تباعد أصوات القلب أو من دونها، فضلاً على ذلك قد يكون الحجاب الحاجز مضغوطاً، مُحدد الحركة وقد يزداد القطر الأمامي الخلفي للصدر (الصدر البرميلي)، ويمكن لهذه الموجودات أن تدل على مرض شديد نسبياً.
- في المراحل النهائية للمرض قد يُظهر المريض تقيفاً مع وضعيات معينة لتخفيف الزلة التنفسية كالانحناء للأمام مع بسط الذراعين، والضغط بالراحتين لحمل الوزن، فضلاً على الاستخدام الكامل للعضلات التنفسية الإضافية، والزفير بشفاه مزمومة، والسحب العجائبي للمسافات الوريبة السفلية في أثناء الشهيق (Hoover Sign)، الزرقة، اللاتباتية نتيجة فرط الكريمة الشديد، وضخامة الكبد الممضة نتيجة قصور القلب الأيمن، وأخيراً يمكن أن يُلاحظ التوسع في أوردة العنق نتيجة ارتفاع الضغط في جوف الصدر ولاسيما في أثناء الزفير.
- وجود شرائط النيكوتين الصفراء على الأصابع تدل على التدخين المستمر والكثيف.

ولا يُمثل التبقير مظهرًا نموذجيًا لدى مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن مع هبوط الأكسجة، وإن ظهور التبقير (Clubbing) قد يُشير إلى وجود أمراض مرافقة كسرطان الرئة الخلالية، والتوسع القصبي، وداء كرون أو التهاب الكولون التقرحي^(١,٢).

استقصاءات التقييم والتشخيص:

لابد من تقييم مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن جميعهم بإجراء اختبارات وظائف الرئة، فضلاً على الاستقصاءات الشعاعية والمخبرية الباقية.

اختبارات وظائف الرئة:

وتُعد الاستقصاء الرئيس لتشخيص المرضى المُشتبه بإصابتهم بالداء الرئوي الانسدادي المزمن وتقويمهم، فضلاً على دورها في تحديد شدة الانسداد في الطرق الهوائية، وتقويم الاستجابة للعلاج ومتابعة تطور المرض وترقيته، وتحديد الإنذار وتتضمن^(٢):

- ✓ قياس التنفس (Spirometer).
- ✓ الجريان الزفيري الأقصى (Peak Expiratory Flow).
- ✓ قياس الحجوم الرئوية (Lung Volumes).
- ✓ قياس سعة انتشار غاز أول أكسيد الكربون (Diffusing Capacity of Carbon monoxide).
- ✓ قياس غازات الدم الشرياني (Atrial Blood Gases).

قياس التنفس Spirometry:

يُستخدم مقياس التنفس عادة عند تقويم مريض يُحتمل إصابته بالداء الرئوي الانسدادي المزمن وذلك قبل إعطاء موسع القصبات، وذلك بُغية تحديد درجة العكسية، فتكون نتيجة اختبار مقياس التنفس عند مرضى COPD غير عكوسة أو عكوسة جزئياً على نقيض مرضى الربو، وإن أهم القيم المستخدمة هي^(٢):

- حجم الزفير الأقصى في الثانية الأولى (FEV1).
- السعة الحيوية الجهدية (FVC).

الجريان الزفيري الأقصى Peak Expiratory Flow:

ويُستخدم مقياس الجريان الزفيري الأقصى؛ لتحديد درجة التحدد في الجريان الهوائي في الربو، لكن استخدامه عند مرضى COPD يُسبب نقصاً في تقدير درجة تحدد جريان الهواء وهو منخفض النوعية لتحديد جريان الهواء إذ يتطلب مشاركته مع قياس التنفس^(٢).

قياس الحجوم الرئوية:

ولا يُستطب قياس الحجوم روتينياً لتشخيص المرض، لكن ما نلاحظ وجود نقص في قيمة السعة الحيوية الجهدية (FVC) على جهاز مقياس النفس فيُستحسن إجراء قياس للحجوم الرئوية على جهاز تخطيط التحجم؛ وذلك لتحديد سبب النقص (احتباس الهواء، وفرط الانتفاخ، ووجود داء تحدد مرافق)، ويُلاحظ عند مرضى COPD بقاء السعة الرئوية الكلية (Total Lung Capacity) طبيعية أو أن تزداد قليلاً بسبب زيادة حجم الهواء الباقي (Residual Volume)^(٢).

قياس سعة انتشار غاز أول أوكسيد الكربون:

وهو مُشعر مهم لتحديد درجة النفاخ التشريحي عند المدخنين مع تحدد جريان الهواء لكنه لا يُستطب روتينيًا لتقويم مرضى الانسداد الرئوي المزمن لكن يُستطب عند انخفاض الأكسجة المُقاسة عن ٩٢% أو خضوع المرضى إلى الجراحة استئصال الرئة، وإنقاص حجمها.

وعموماً تنخفض سعة الانتشار عند مرضى النفاخ الرئوي وفي أمراض الرئة الخلالية وفي حالات استئصال الرئة، ولدى مرضى الصمة الرئوية^(٢).



الشكل (٤): مقياس سعة انتشار غاز أول أوكسيد الكربون

غازات الدم الشرياني:

ويظهر في الحالات الخفيفة من الداء الرئوي الانسدادي المزمن نقص أكسجة خفيف إلى متوسط من دون فرط كبرمية، وعند تطور المرض تزداد شدة نقص الأكسجة وتظهر فرط الكبرمية، وهما يدخلان في طور متزايد عند نقص حجم الزفير الأقصى في الثانية الأولى (FEV1) إلى أقل من (١ لتر)، وتزداد تغيرات غازات الدم الشرياني سوءًا في أثناء الهجمات الحادة أم في أثناء الجهد والنوم^(٢).

وتتضمن استطبابات قياس غازات الدم الشرياني ABG:

- انخفاض قيمة FEV1 عن ٥٠% من المتوقع.
- انخفاض درجة إشباع الخضاب بالأكسجين (SPO2) على جهاز قياس التأكسج والنبض (Pulse oximetry) عن ٩٢%.
- تدني مستويات الوعي عند المريض.
- وجود هجمة COPD حادة.

■ تقويم فرط الكريمية بعد وضع المريض على علاج داعم بالأكسجين.

ولا يزود جهاز قياس التأكسج والنبض (Pulse oximetry) بمعلومات عن التهوية السنخية أو فرط الكريمية وقد يُعطي قيمًا غير دقيقة عن درجة الأكسجة عند مرضى الهجمة الحادة من COPD^(٢).

الدراسة الشعاعية:

صورة الصدر البسيطة (CXR):

إن السبب الرئيس لإجراء صورة الصدر البسيطة عند مريض COPD عندما لا يكون سبب الزلة أو السعال المزمن واضحًا أو في أثناء الهجمة الحادة لنفي وجود أمراض أو اختلاطات مرافقة كسرطان الرئة، والتوسع القصبي، وأمراض الجنب، وأمراض الرئة الخلالية، وقصور القلب، وذات الرئة، واسترواح الصدر.

وتمتلك صورة الصدر البسيطة حساسية ضعيفة لتشخيص COPD، إذ إن ربع مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن متوسط الشدة فقط يُشخص لديهم المرض بصورة الصدر البسيطة^(٣).

ومن المظاهر الموجهة للداء الرئوي الانسدادي المزمن على صورة الصدر البسيطة (غالبًا في المراحل المتقدمة):

✗ تناقص تدريجي شديد في ظلال الأوعية، وزيادة وضاحة الرئة، وتسطح الحجاب الحاجز، وتطاول ظل القلب وضيقه على الصورة الخلفية الأمامية مترافقًا مع زيادة حجم الفراغ خلف القص على الصورة الجانبية، وتكون هذه الموجودات بسبب فرط الانتفاخ.



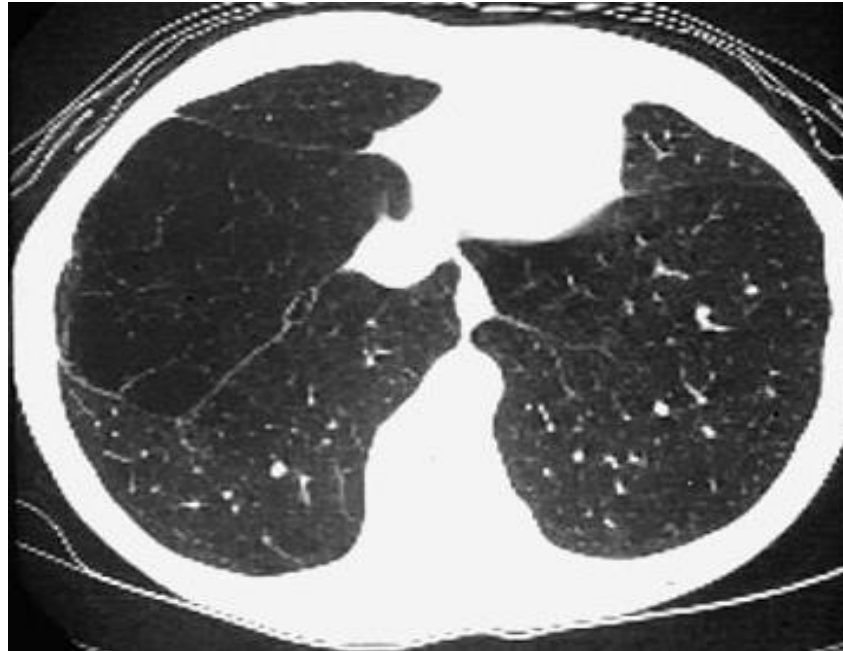
الشكل (٥): صورة صدر بسيطة (نفاخ رئوي) على اليمين - و (صدر طبيعي) على اليسار

- ✗ الفقاعات الرئوية وهي مناطق شفافة بقطر أكبر من ١ سم لا يوجد لها جدار وتكون محددة بظلال خطية دقيقة مقوسة، سببها عادة مرض موسع شديد، وقد تترافق مع النفاخ المنتشر أو لا تترافق.
- ✗ ظلال وعائية سرية بارزة وتجاوز ظل القلب حدوده على حساب الفراغ خلف القص، ويمكن لهذه الضخامة القلبية أن تكون دليلاً على الداء الرئوي الانسدادي المزمن فقط عند مقارنة الصورة الحديثة بصورة أقدم، وهذه الموجودات تتجم عن ارتفاع التوتر الرئوي والقلب الرئوي الذين ينتجان عن COPD.

التصوير الطبقي المحوري:

ويملك التصوير الطبقي المحوري حساسية ونوعية أعلى من الصورة البسيطة في تشخيص النفاخ وليس الربو أو التهاب القصيبات المزمن، ويمكن للتصوير الطبقي المحوري ولاسيما عالي الدقة أن يُحدد إذا كان النفاخ مركزياً أو شاملاً، فالنفاخ المركزي يُفضل عادة الفصوص الرئوية العلوية وينتج حفراً مركزية في الفصيصات الثانوية، في حين يُفضل النفاخ الشامل المناطق القاعدية في الرئة ويشمل الفصيصات الثانوية كاملة، قد يؤدي النفاخ الشامل إلى نقص معمّم في بنية الأوعية.

وتتملك أجهزة الطبقي المحوري الحديثة ذات الدقة العالية نظام تحليل قادر على حساب أبعاد الطرق الهوائية مع أن الأهمية السريرية لهذه القياسات غير واضحة، وعموماً يؤدي الطبقي المحوري دوراً مهماً في تقييم مرضى النفاخ قبل جراحة إنقاص حجم الرئة^(٧).



الشكل (٦): طبقي محوري يُظهر نفاخ شامل في الرئة

الدراسة المخبرية:

لا يوجد أي فحص مخبري نوعي لتشخيص الداء الرئوي الانسدادي المزمن، لكن هناك بعض الاختبارات التي تُمكن من نفي الأسباب الأخرى للزلة التنفسية والأعراض المرافقة لدى المريض منها:

- تقويم فقر الدم في حال وجوده لأنه أحد الأسباب المهمة للزلة التنفسية.
- المعايرة المصلية للبيتيد الأذيني الطارح للصوديوم مفيدة في تقويم قصور القلب عند وجوده.
- يمكن معايرة سكر الدم، والبولية، والكرياتينين، والشوارد، والهرمونات الدرقية، والبيكربونات.
- معايرة (alpha-1 antitrypsin) عند المرضى الذي يُبدون علامات الانسداد في الطرق الهوائية جميعهم باختبارات وظائف الرئة ولديهم^(٥):
- ✓ عمر أقل من ٤٥ سنة.
- ✓ علامات نفاخ رئوي والمريض غير مدخن أو مدخن خفيف.
- ✓ علامات نفاخ رئوي في أسفل الساحتين الرئويتين على صورة الصدر البسيطة.
- ✓ قصة عائلية للنفاخ الرئوي.

الفصل الثالث:

الداء الرئوي الانسدادي المزمن (التشخيص-والتدبير)

التشخيص:

يجب الاشتباه بالداء الرئوي الانسدادي المزمن عند المرضى الذين يُعانون من الأعراض الآتية جميعهم:

- ✓ سعال مزمن منتج.
- ✓ زلة تنفسية في أثناء الراحة أو الجهد.
- ✓ قصة تدخين أو استنشاق مادة أخرى مترافقة مع أعراض رئوية مزمنة.
- ✓ التعرض لغبار مهني أو مواد كيميائية.

وقد تكون الزلة الجهدية غير واضحة نظرًا إلى ميل المرضى وميلًا لا إراديًا لتحديد نشاطهم الحركي، وتترقى الزلة التنفسية على نحوٍ بطيء ومستمر، وتعرض بالإنذانات التنفسية عادة، وإن المرضى الذين لديهم هذه الأعراض ينبغي تقييمهم بإجراء اختبارات وظائف الرئة ولاسيما عند وجود قصة تعرض لمواد مستنشقة^(١,٢).

ويُستخدم اختبار وظائف الرئة لتشخيص COPD وتحديد مرحلته، ومتابعة تطوره، والتنبؤ بالإنذار، ويُعد الحجم الزفيري الأقصى في الثانية الأولى FEV1 من أهم القيم التي ينبغي قياسها فضلًا على السعة الحيوية الجهدية FVC، وإن نسبة FEV1/FVC التي تكون أقل من ٧٠% تدل على انسداد في الطرق الهوائية^(١,٢).

ويُشكل التشخيص التفريقي للمرضى مع أعراض الزلة، والسعال المنتج للقصع أمرًا واسعًا ويضم مثلًا قصور القلب، COPD، وأمراض الرئة الخلالية، والأمراض الصمية الخثرية، لكن عند وجود تحدد في الجريان الهوائي على اختبار وظائف الرئة مع غياب المظاهر الشعاعية للقصور القلبي والأمراض الرئوية الخلالية، فإن ذلك يوجه بتضييق التشخيص التفريقي نحو COPD والربو المزمن الانسدادي، التوسع القصبي، التهاب القصبيات الحاصر، والتهاب القصبيات الشامل^(١,٢).

تصنيف شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن:

يُصنّف شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن وفق معايير GOLD التي تعتمد على درجة الانسداد في الطرق الهوائية والتي تقاس بوظائف الرئة، وكذلك على شدة الأعراض السريرية ولاسيما شدة الزلة التنفسية، وهو يُفيد في تقييم شدة المرض، ووضع خطة العلاج.

و تأكيد التشخيص عند وجود تحدد في الجريان الزفيري (نسبة FEV1/FVC تكون أقل من ٧٠%)، وإن حجم الزفير الأقصى في الثانية الأولى (FEV1 نسبة مئوية من المتوقع) غالباً ما تُستخدم، لتحديد شدة الانسداد في الجريان الزفيري ومن ثمّ شدة المرض^(٧).

معايير GOLD 2010⁽⁸⁾:

☒ مرحلة I: داء رئوي انسدادى مزمن خفيف (تفوق $> ٧٠\%$ و FEV1 بعد الموسع القصى $\leq ٨٠\%$ من المتوقع).

☒ مرحلة II: داء رئوي انسدادى مزمن معتدل (تفوق $> ٧٠\%$ و FEV1 بعد الموسع القصى $> ٨٠\%$ و $\leq ٥٠\%$ من المتوقع).

☒ مرحلة III: داء رئوي انسدادى مزمن شديد (تفوق $> ٧٠\%$ و FEV1 بعد الموسع القصى $> ٥٠\%$ و $\leq ٣٠\%$ من المتوقع).

☒ مرحلة IV: داء رئوي انسدادى مزمن شديد جداً (تفوق $> ٧٠\%$ و FEV1 بعد الموسع القصى $> ٣٠\%$ من المتوقع).

التدبير:

يعتمد التدبير على كل من:

إنقاص التخريش القصى:

إذ إن إيقاف التدخين الكامل والدائم يُعدّ أمراً في غاية الأهمية، وتؤدي المشاركة في البرامج الفاعلة إلى إيقاف التدخين فضلاً على استعمال المعالجة ببدائل النيكوتين إلى معدلات أعلى من الإقلاع عن التدخين، وينبغي تجنب الأجواء المغبرة، والمحملة بالدخان وهذا يمتد ليشمل تغيير المهنة⁽⁹⁾.

علاج الخمج التنفسي:

ينبغي معالجة الخمج التنفسي فوراً لأنه يُفاقم الزلة التنفسية وقد يُحدث قصوراً تنفسياً من النمط II في المرضى الذين لديهم انسداد شديد في الطرق الهوائية، ويُعالج القشع القحي باستخدام (الأموكسيسيلين أو الكلاريثرومايسين في حال الحساسية للبنسلين) ريثما تظهر نتائج زرع القشع، وعادة ما تكون العقديات الرئوية أو المستدميات النزلية هي العضيات المسببة للخمج التنفسي، وغالباً ما يكون شوط علاجي مدة ٥-١٠ أيام فعالاً، ولا يُنصح عادة بالمعالجة المستمرة

الوقائية بالمضادات الحيوية لأنها تحمل خطرَ تشكل ذراري جرثومية مقاومة على المضادات الحيوية، ويُنصح بإجراء تمنيع سنوي ضد الإنفلونزا لدى كل المرضى⁽⁹⁾.

المعالجة الموسعة للقصبات والمضادة للالتهاب:

تُعدّ المعالجة الموسعة للقصبات بالأدوية الانشاقية المضادة للكولين والتي تؤخذ بانتظام وبشادات B2 قصيرة الفعل والتي تؤخذ عند الحاجة معالجة عرضية مفيدة لدى معظم المرضى، وينبغي استعمال هذه الأدوية استعمالاً مشتركاً ومنتظماً في حالة COPD المعتدل والشديد، أما في حال مرضى COPD الشديد والذين تحدث لديهم سورات متكررة تتطلب الإقامة في المشفى فإنه يؤخذ بالحسبان استعمال الستيروئيدات الانشاقية منخفضة الجرعة، أما الثيوفيلينات وشادات مستقبلات B2 الأدرينالية طويلة التأثير فهي محدودة القيمة في COPD، لكن يمكن أن تزيد تحمل الجهد قليلاً وتحسن نوعية الحياة، ولا يوجد دور للأدوية المضادة للالتهاب الأخرى⁽⁹⁾.

الإجراءات الأخرى:

التشجيع على التمرين وبرامج إعادة التأهيل الرئوي على أساس عدّ المريض مريضاً خارجياً، بينما لا تؤثر هذه الإجراءات في FEV1 إلا أنها يمكن أن تحسن القدرة على أداء التمارين، وتنقص الزلة التنفسية، ولا بد من تحديد وجود كل من البدانة، وسوء التغذية، والاكتئاب، والعزلة الاجتماعية ومحاولة تحسينها إذا كان ذلك ممكناً، أما الأدوية المقشعة ومثبطات السعال والحالة للمخاط فهي ليست ذات فائدة مثبتة، في حين تُعدّ المركبات والمستحضرات المسكنة ذات الأساس الأفيوني مضاد استطباب⁽⁹⁾.

المعالجة المنزلية بالأوكسجين طويلة الأمد:

تُنقص المعالجة طويلة الأمد بالأوكسجين منخفض التركيز (٢ لترادقيقة بواسطة الشوكة الأنفية) ارتفاع التوتر الشرياني الرئوي، وتُنقص كثرة الحمر الثانوية، وتحسن الصحة العصبية النفسية وتُطيل من حياة مرضى COPD الذين يُعانون من نقص الأكسجة الدموية، وينبغي إعطاء الأوكسجين منخفض التركيز ١٥ ساعة أو أكثر كل ٢٤ ساعة⁽⁹⁾.

العلاج الجراحي:

تكون مجموعة محدودة من المرضى مرشحة للمداخلة الجراحية وهم المرضى الأكثر شباباً لاسيما هؤلاء الذين لديهم عوز ألفا ١ أنتي ترسين، ومرضهم شديد، وينبغي عندها الزراعة الرئوية وكذلك قد يستطب الاستئصال الجراحي للفقاعات المتوسعة أو الكبيرة جداً في بعض المرضى، وماتزال الجراحة المنقصة للحجم الرئوي قيد الدراسة والتقويم

وبواسطتها يمكن استئصال معظم المناطق المتأثرة بشدة في الرئة المصابة بالنفاخ بهدف تحسين حركية الرئة ووظائفها، ولاسيما تعزيز وظيفة الحجاب الحاجز⁽⁹⁾.

الإنذار:

إن الموجه الأفضل لسير COPD هو الهبوط في FEV1 مع الوقت (الطبيعي ٣٠ مل/سنة) ويتعلق الإنذار عكسيًا بالعمر، ويتعلق مباشرة مع FEV1 التالي لإعطاء الموسعات القصبية، ويكون لدى المرضى الذين لديهم فرط حساسة (بنية تأتبية) بقيا أفضل على نحو مهم لكن حتى الآن لم يثبت أن المعالجة الدوائية تؤثر في نتيجة المرض وحصيلته، ويُشير ارتفاع التوتر الشرياني الرئوي في COPD إلى إنذار سيء⁽⁹⁾.

الفصل الرابع

الاضطرابات النفسية الناجمة عن حالة مرضية عامة:

مقدمة:

عندما تظهر أعراض اكتئابية أو هوسية عند مريض لديه حالة طبية عامة، فإن ربط هذه الأعراض بالحالة الطبية العامة أو إلى اضطراب مزاجي يكون صعباً، وتبدي العديد من الحالات الطبية العامة أعراضاً اكتئابية كقلة النوم، والهياج، والقلق، ونقص الشهية، وزيادة الشهية، والتعب.

وتُرافق اضطرابات المزاج ولاسيما الاكتئاب عدداً كبيراً من المشاكل الكيية والأمراض المزمنة، وتُشخص اضطرابات المزاج الثانوية بتغير مزاج بارز إذ يُعتقد أنه التأثير الفيزيولوجي المباشر لمرض طبي محدد أو عامل طبي محدد، ويصعب غالباً تحديد سبب هذه الاضطرابات، وعلى أية حال فإن المظاهر المفتاحية لها هي البروز، والاستمرارية، وإحداث الكرب والضيق، وانخفاض المزاج وارتفاعه، وتعكر المزاج، مع الاعتقاد أن هذه الأعراض ناجمة عن مرض طبي أو جراحي^(١٠).

الوبائيات:

إن اضطرابات المزاج المحدثة بسبب حالة طبية عامة مع مظاهر اكتئابية تُصيب الرجال والنساء على نحوٍ متساوٍ، وذلك على العكس من الاضطراب الاكتئابي الكبير الذي يميل إلى إصابة النساء أكثر، ويمكن أن يُظهر ٥٠% من مرضى السكتة الدماغية اضطراباً اكتئابياً، وكذلك الأمر بالنسبة إلى مرضى سرطان البنكرياس، وإن ٤٠% من مرضى داء باركنسون لديه اكتئاب^(١٠).

وتكون الهجمات الاكتئابية الكبيرة والصغيرة شائعة بعد الإصابة بأمراض محددة كداء هنتغنتون، وفيروس عوز المناعة المكتسب HIV، والتصلب العديدي، وتحمل الاضطرابات الاكتئابية المرافقة لحالات طبية مؤلمة أو نهائية الخطر الأكبر لحدوث الانتحار^(١٠).

السببيات:

الأورام:

✓ الجهازية، الدماغية.

الرضوض:

✓ الرضوض الدماغية، ونزف تحت الجافية.

الأخماج:

✓ الدماغية (التهاب السحايا، والتهاب الدماغ، والسفلس).

✓ جهازية (كالتهاب الرئوي).

الجهاز الوعائي:

✓ دماغي وعائي (احتشاءات، ونزوف، والتهاب الأوعية).

✓ قلبي وعائي (انخفاض الحصيل القلبي، وقصور القلب الاحتقاني، والصدمة).

فيزيولوجي أو استقلابي:

✓ نقص أكسجة الدم، اضطراب الشوارد، وقصور الكبد أو الكلية، وزيادة أو نقص سكر الدم، والنشبات، COPD.

غدي صماوي:

✓ اضطرابات الغدة الدرقية، وقشر الكظر.

غذائي:

✓ عوز الفيتامين B12 وعوز الفولات.

الآفات المزيلة للنخاعين:

✓ التصلب المتعدد.

عصبي تنكسي:

✓ داء باركنسون وداء هنتنغتون.

التظاهرات السريرية: قد يُظهر مرضى الاكتئاب الثانوي أعراضًا نفسية (كتقلبات المزاج، ونقص الرغبة والاهتمام في النشاطات المعتادة، والبكاء، وصعوبة التركيز، وأفكار انتحارية)، فضلًا على الأعراض الجسدية (كالتعب، واضطرابات النوم، واضطرابات الشهية)، وقد يكون التشخيص محيرًا عند ظهور أعراض جسدية مقترنة بالمرض الطبي وليس بالاكتئاب^(١٠).

ويمكن استخدام مقياس المشافي للاكتئاب والقلق^(١١) (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale في تشخيص حالات الاكتئاب والقلق الأتية للمرضى المرافق:

هذا الاستبيان يساعد الطبيب لمعرفة مشاعرك وقراءة أحاسيسك ، لذا يرجى إحاطة الرقم الموازي لأفضل اختيار يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. ليس من المطلوب الاستغراق في التفكير لإختيار الإجابة، وإنما تفضل الإجابات العفوية التلقائية.

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS):			من فضلك، ثم إختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة عليها:		
A	أشعر بالتوتر الشديد:		D	أحس بأنني هامد (فاقد للطاقة) :	
	• أكثر الوقت • عدة مرات • أحياناً • لا أشعر بذلك مطلقاً	3 2 1 0		• تقريباً في كل وقت • في كثير من الأحيان • في بعض الأوقات • لا أشعر بذلك مطلقاً	3 2 1 0
D	أنا لازلت أتمتع بالأشياء التي اعتدت أن أستمع بها:		A	يتناهي شعور بالخوف:	
	• بالتأكيد، كما كنت • ليس تماماً • قليلاً • بالكاد، على الإطلاق	0 1 2 3		• لا، على الإطلاق • أحياناً • كثيراً • في أغلب الأوقات	0 1 2 3
A	أشعر بنوع من الخوف، وكان شيئاً مروعاً علي وشك الحدوث:		D	لقد فقدت الإهتمام بمظهري:	
	• بالتأكيد، وبشكل مزعج • نعم، ولكن أقل سوءاً • قليلاً، لكنه لا يقلقني • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0		• بالتأكيد فقدت كل الاهتمام • أنا لا أهتم بمظهري كما يجب أن أهتم • قد لا أعني بمظهري كما يجب • أعني بمظهري بشكل جيد كما كنت سابقاً	3 2 1 0
D	أستطيع الضحك و رؤية الجوانب الممتعة في الأشياء:		A	الإحساس بضيق الصدر دون مجهود جسدي:	
	• كما كنت سابقاً • أقل مما كنت سابقاً • بالتأكيد، ليس كثيراً الآن • لا أشعر بذلك على الإطلاق	0 1 2 3		• في الواقع، كثيراً جداً • كثيراً، لأبأس به • أشعر بذلك قليلاً • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0
A	تأتيني دائماً الأفكار مقلقة:		D	أنا أطلع للأشياء من حولي باستمتاع:	
	• أغلب الأوقات • معظم الأوقات • من وقت لآخر، ولكن ليس كثيراً • أحياناً	3 2 1 0		• بقدر ما يمكنني فعله • نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله • بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله • لا، على الإطلاق	0 1 2 3
D	أشعر بالبهجة:		A	يتناهي إحساس مفاجئ بالملح:	
	• لا، على الإطلاق • ليس كثيراً • في بعض الأحيان • في أغلب الأوقات	3 2 1 0		• في الواقع، في كثير من الأحيان • غالباً • ليس كثيراً • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0
A	يمكنني الجلوس براحة و الشعور بالاسترخاء:		D	يمكنني الإستمتاع بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة البرامج التلفزيونية أو الإستماع إلى الإذاعة:	
	• بكل التاكيد • عادة ما • ليس كثيراً • لا يمكنني ذلك على الإطلاق	0 1 2 3		• غالباً • في بعض الأحيان • ليس كثيراً • نادراً جداً	0 1 2 3

إذ تُجمعُ النقاط بحسب المجموع النهائي لكل من الاكتئاب (D) والقلق (A)، وتكون النتيجة إما طبيعي، وإما غير طبيعي (حدي) وإما غير طبيعي (مصاب)، إذ إن: ٠-٧ طبيعي، ٨-١٠ غير طبيعي (حدي)، ١١-٢١: غير طبيعي (مُصاب).

التشخيص التفريقي:

إن تغيرات المزاج التي تحدث في أثناء المسار لهذين تكون حادة ومتقلبة ويجب أن تُعزى إلى ذلك الاضطراب وليس إلى اضطراب مزاج بسبب حالة طبية عامة أو بسبب مادة.

يمكن أن تُعد الشكايات الجسدية كاضطرابات النوم، والقهم، والتعب ضمن تشخيص هجمة اكتئاب كبير أو اضطراب مزاج بسبب حالة طبية عامة إلا إذا كانت هذه الشكايات تُعزى بشكل محض إلى المرض الطبي.

يمكن تفريق اضطراب المزاج بسبب حالة طبية عامة وتمييزه من اضطراب المزاج المحدث بسبب مادة عن طريق فحص وقت سير الأعراض والاستجابة لعلاج الحالة الطبية العامة أو إيقاف المواد المعطاة وأحياناً بفحوص السمية في الدم والبول.

السير والإنذار:

يعتمد سير اضطراب المزاج بسبب حالة طبية عامة اعتماداً كبيراً على سير الحالة الطبية المستبطنة.

ويكون إنذار الأعراض المزاجية أفضل عندما تكون الحالة الطبية أو تعاطي المواد قابلاً للعلاج أكثر (كقصور الدرق وإيقاف استهلاك الكحول)، أما عندما تكون المداخلات غير ممكنة أو عند إخفاق المداخلات في الوصول إلى هجوع فوري للأعراض الاكتئابية فيكون العلاج النفسي المنهجي مستطباً^(١٠).

التدبير:

إن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، ومثبطات المونوأمينوأوكسידاز، ومثبطات عودة قبط السيروتونين النوعية، والمنشطات النفسية جميعها فعالة في العديد من المرضى المكتئبين مع وجود أمراض عصبية أو طبية عامة، ويمكن للعلاج بالتخليج الكهربائي أن يكون مفيداً عند المرضى غير المستجيبين على العلاج الدوائي.

ويجب على الطبيب المعالج لمرضى الاكتئاب الثانوي علاج السبب الطبي المستبطن بقدر الإمكان.

يجب استخدام التدابير العلاجية القياسية كما في الاكتئاب الأولي مع أن خطر التأثيرات السمية للأدوية النفسية قد يتطلب رفعاً للجرعة تدريجياً أكثر^(١٠).

يجب أن يركز العلاج النفسي بالحد الأدنى على التنقيف الطبي لأن مفهوم الاضطراب النفسي السلوكي الناجم عن مرض طبي قد يكون جديدًا، ويصعب على كثير من المرضى وذويهم فهمه^(١٠).

التأثير في نمط الحياة:

يمكن للداء الرئوي الانسدادي المزمن أن يؤثر سلبًا في نوعية الحياة بوساطة الحد من قدرة المرضى ولاسيما في الحالات الشديدة من التفاعل الاجتماعي، وتقييد النشاطات الحياتية الخاصة بهم، فضلًا على أنه يثير مشاعر الإحباط والغضب نتيجة تحدد النشاط الفيزيائي، وفقدان القدرة على القيام بما يرغب به المريض^(١٢).

يُعد كل من القلق والاكتئاب من أشيع الاضطرابات النفسية التي قد ترافق مرضى COPD فضلًا على العديد من الحالات الحادة والمزمنة من الأمراض الرئوية عمومًا^(١٣).

مع أن القلق يظهر بأكبر عادة مقارنة مع الاكتئاب إلا أن الاكتئاب يرتبط ارتباطًا أوثق بشدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن، ودرجة الضعف الوظيفي.

وتؤثر كلا الحالتين تأثيرًا ملحوظًا في إنذار COPD، ولسوء الحظ فإن الاضطرابات النفسية غالبًا لا تُقَوَّم جهازيًا ولا تُشخص لدى مرضى COPD، ومن ثم فإنهم لا يتلقون الرعاية المناسبة، وهذا قد ينعكس سلبًا على الحالة المرضية لديهم، ونمط حياتهم^(١٤).

وتُعد نوعية الحياة مشعرًا مهمًا لقياس تأثير المرض المزمن في الشخص المُصاب، وتستخدم مقاييس عامة، ونوعية، لقياس نوعية الحياة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن منها استبيان نوعي يُدعى استبيان سانت جورج التنفسي^(١٥) (SGRQ) St. George's Respiratory Questionnaire وهناك نسخة لاسيما منه لمرضى COPD يُدعى (SGRQ-C)، ويعتمد على تقديم مجموعة من الأسئلة للمريض في جو هادئ تمامًا بعيدًا عن وسائل الإلهاء مع الشرح للمريض الهدف من هذا الاستبيان، ومدى أهميته لفهم المرض، وكيفية تأثيره على حياتهم، والتأكيد على أهمية إعطاء المعلومات الدقيقة وأهمية الإجابات ولا وجود لإجابات صحيحة أو خاطئة وأن الجواب يكون ببساطة هو أفضل جواب يتناسب ويتوافق مع حالته.

العلامات: يوضع بجانب كل إجابة عن سؤال قيمة weight وعادة تتراوح هذه القيمة بين ٠ و ١٠٠.

مصفوفة النتائج: تُحسب نتائج المكونات الثلاثة والتي هي الأعراض، والنشاط، والتأثير وكل مكون يُحسب منفصلًا.

مكون الأعراض:

وهي تتضمن كل الأسئلة في الجزء الأول حيث تُجمع القيم في الأسئلة من ١ إلى ٧، وإن كل سؤال من الأسئلة هذه له إجابة واحدة فقط.

مكون النشاط:

يُحسب من جمع القيم للإجابات عن السؤالين ٩ و ١٢ في الجزء الثاني من الاستبيان.

مكون التأثير:

ويُحسب من الأسئلة (٨،١٠،١١،١٣،١٤) من الجزء الثاني للاستبيان، وإن قيم الإجابة عن الأسئلة جميعها (١٠،١١،١٣) التي هي أسئلة متعددة الإجابات تُجمع مع بعضها مع قيم الإجابة للجواب الوحيد في السؤالين (٨ و ١٤) أي يجب اختيار إجابة واحدة فقط في هذين السؤالين، وفي حال وجود إجابات متعددة لكل من هذه الأسئلة (١٠،١١،١٣) فإنه يُحسب متوسط القيم لكل سؤال على حدة (أي يُحسب متوسط قيمة كل سؤال على حدة في حال وجود إجابات متعددة لهذا السؤال).

حساب النتيجة:

إن نتيجة كل مكون تُحسب حساباً منفصلاً بتقسيم مجموعة القيم على القيم الممكنة العظمى لكل مكون والتعبير عن النتيجة بوضعها نسبة مئوية.

مجموع المكون = ١٠٠ X (القيم المجموعة لكل الإجابات في المكون) / مجموع القيم الممكنة العظمى لكل مكون.

المجموع النهائي للاستبيان = ١٠٠ X (مجموعة القيم للمكونات في الاستبيان) / مجموع القيم العظمى لمكون الاستبيان.

إذ إن مجموع القيم العظمى المحتملة لكل مكون هي:

$$\boxed{\times} \text{ مكون الأعراض} = ٥٦٦,٢$$

$$\boxed{\times} \text{ مكون النشاط} = ٩٨٢,٩$$

$$\boxed{\times} \text{ مكون التأثير} = ١٦٥٢,٨$$

$$\boxed{\times} \text{ والمجموع الكلي للقيم العظمى للمكونات الثلاثة} = ٣٢٠١,٩$$

وفيما يأتي الأسئلة المستخدمة في تقويم نوعية الحياة لمرضى COPD:

السؤال	القيمة
الجزء الأول	
السؤال 1: لدي سعال: إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	80.6
☐ أيام متعددة.	46.3
☐ وجود إنتان صدري.	28.1
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 2: لدي قُشع: إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	76.8
☐ أيام متعددة.	47.0
☐ وجود إنتان صدري.	30.2
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 3: يوجد لدي زلة تنفسية (قصر نفس): إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	87.2
☐ أيام متعددة.	50.3
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 4: لدي هجمات وزيز: إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	86.2
☐ أيام متعددة.	71.0
☐ أيام قليلة.	45.6
☐ وجود إنتان صدري.	36.4
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 5: كم هجمة صدرية عانيت منها: إجابة واحدة فقط	
☐ 3 أو أكثر.	80.1
☐ واحدة أو إثنين.	52.3
☐ ولا واحدة.	0.0
السؤال 6: كم عدد الأيام الجيدة لدي (مع مشاكل صدرية بالحد الأدنى): إجابة واحدة فقط	
☐ ولا واحد.	93.3
☐ عدد قليل.	76.6
☐ كل يوم.	0.0
السؤال 7: إذا كان لديك وزيز، هل يسوء صباحاً؟ إجابة واحدة فقط	
☐ لا.	0.0
☐ نعم.	62.0

الجزء الثاني:	
82.9 34.6 0.0	السؤال 8: كيف توصف حالتك الصدرية؟ (إجابة واحدة فقط) ☐ هي المشكلة الرئيسية لدي. ☐ تسبب لي مشاكل قليلة. ☐ لا تسبب لي أية مشكلة.
82.8 80.2 81.4 76.1 75.1	السؤال 9: أسئلة حول نشاطاتك التي تجعلك عادةً لاهئاً: (إجابة واحدة فقط) ☐ الاستحمام أو ارتداء الملابس. ☐ المشي حول المنزل. ☐ المشي خارجاً على سطح مستوي. ☐ صعود الدرج. ☐ صعود هضبة.
81.1 79.1 84.5 76.8 87.9 0	السؤال 10: أسئلة أكثر حول السعال والزلة: (إجابة واحدة أو أكثر من إجابة) ☐ معالي مؤلم. ☐ معالي يتعبني. ☐ أشعر باللهثة عند الكلام. ☐ أشعر باللهثة عند الإحتناء. ☐ معالي أو تنفسي يسبب اضطراب نوم لدي. ☐ أنا أتعب بسهولة.
74.1 79.1 87.7 90.1 89.9 75.7 84.5	السؤال 11: أسئلة حول تأثيرات أخرى لمشعلتك الصدرية على حياتك: (إجابة واحدة أو أكثر من إجابة) ☐ إن السعال أو التنفس يحرجنني أمام العامة. ☐ إن مشكلتي الصدرية مزعجة لعائلتي وأصدقائي وجيرانني. ☐ أنا أخاف عندما لا أستطيع التنفس بشكل جيد. ☐ أنا لا أشعر بأنني مسيطر على مرضي الصدري. ☐ أنا أصبح عاجزاً بسبب مرضي الصدري. ☐ الجهود ليست آمنة بالنسبة لي. ☐ أي شيء يبدو بأنه بحاجة إلى بزل مجهود كبير.
74.2 81.0 71.7 70.6 71.6 72.3 74.5 71.4	السؤال 12: أسئلة حول كيفية تأثر نشاطاتك بسبب مشعلتك التنفسية: (إجابة واحدة فقط) ☐ أستغرق وقتاً طويلاً للاستحمام وارتداء الملابس. ☐ أنا لا أستطيع الاستحمام، أو أن الاستحمام يستغرق وقتاً طويلاً. ☐ أنا أمشي أبطأ من بقية الناس، أو أتوقف لأجل الراحة. ☐ إن الأعمال مثل الأعمال المنزلية تستغرق وقتاً طويلاً، أو أنني بحاجة للتوقف من أجل الراحة. ☐ عند صعود الدرج، أنا بحاجة للصعود ببطء أو التوقف للراحة. ☐ إذا أسرعت أو مشيت بسرعة، فأنا بحاجة للتوقف أو الإبطاء. ☐ تنفسي يجعل القيام بالأشياء صعباً مثل صعود هضبة، حمل أشياء عند صعود الدرج، أعمال البساتين الخفيفة مثل قص الأعشاب الضارة بألة الأعشاب، الرقص، لعب الغولف أو لعب كرة البولينغ. ☐ تنفسي يجعل القيام بالأشياء صعباً مثل حمل الأشياء الثقيلة، الحفر في الحديقة أو جرف الثلوج، الهرولة أو المشي لمسافة 5 أميال/ساعة، لعب التنس أو السباحة.

64.8 79.8 81.0 79.1 94.0	السؤال 13: نود أن نعلم مقدار تأثير مشعلتك الصدرية على حياتك اليومية: إجابة واحدة أو أكثر من <u>إجابة</u> ☐ أنا لا أستطيع لعب الرياضة. ☐ أنا لا أستطيع الخروج للاستحمام خارج المنزل. ☐ أنا لا أستطيع الخروج من المنزل للتسوق. ☐ أنا لا أستطيع القيام بالأعمال المنزلية. ☐ أنا لا أستطيع الانتقال بعيداً عن الكرسي أو السرير.
0.0 42.0 84.2 96.7	السؤال 14: اختر العبارة التي تعتقد أنها تُوصف كيف يؤثر مرضك الصدري عليك: إجابة واحدة فقط ☐ مرضي الصدري لا يمنعني من القيام بأي شيء أود القيام به. ☐ مرضي الصدري يمنعني من القيام بشيء واحد أو اثنين. ☐ مرضي الصدري يمنعني من القيام بمعظم الأشياء التي أود عملها. ☐ مرضي الصدري يمنعني من القيام بكل الأشياء التي أود عملها.

الباب الثاني : القسم

العملية

الفصل الأول: أهمية البحث، وأهدافه:

❖ المقدمة:

هناك اختلالات نفسية تؤثر في نوعية الحياة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي كالاكتئاب، والقلق وهذا يُدخل المريض ضمن حلقة مفرغة تؤثر كل عناصرها في بعضها، وتُظهر الدراسات أن الصحة النفسية الجيدة تؤثر إيجاباً في الصحة الرئوية واستجابة وظائف الرئة إذ إن القلق والاكتئاب يُعدّان إمراضية مشاركة مهمة في الداء الرئوي الانسدادي المزمن، ومن المعلوم أن الحالات النفسية المصاحبة للداء الرئوي الانسدادي المزمن لا تُشخص ولا تُعالج جيداً، وأن الوعي بوجود وشدة الاضطرابات النفسية عند هؤلاء المرضى يُشجع المريض على الالتزام بالعلاج في الداء الرئوي الانسدادي المزمن، وتؤثر الاضطرابات النفسية سلباً في شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

وصُمم مقياس المشافي للاكتئاب والقلق (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS أداة بسيطة يمكن الاعتماد عليها؛ لكي يُستخدم ببساطة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن ومن الممكن استخدامه عند مرضى المشافي، ومرضى العيادات الخارجية، وفي دور الرعاية الصحية الأولية. قد يظهر القلق مبكراً أكثر من الاكتئاب إذ إن الاكتئاب يرتبط بشدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن وبدرجة اضطراب الوظيفة التنفسية، وفي كلا الحالتين فإن القلق والاكتئاب لهما تأثير على إنذار الداء الرئوي الانسدادي المزمن ولسوء الحظ لا يُشخص الاضطرابات النفسية جيداً عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن ومن ثم فإن ذلك يؤدي إلى نقص في العلاج وهذا يؤثر سلباً في تطور الداء الرئوي الانسدادي المزمن ويؤثر على نوعية الحياة ويزيد من التكلفة الاقتصادية والاجتماعية.

وتُعد نوعية الحياة مشعراً مهماً لقياس تأثير المرض المزمن في الشخص المُصاب، وتُستخدم مقاييس عامة ونوعية، لقياس نوعية الحياة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن منها استبيان نوعي يُدعى استبيان سانت جورج التنفسي (St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ وهناك نسخة لاسيما منه لمرضى COPD يُدعى (SGRQ-C).

❖ هدف البحث، وأهميته:

لتقويم نسبة حدوث الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن وعلاقة هذه الاضطرابات بوظائف الرئة، فضلاً على تقويم نوعية الحياة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن وعلاقة نوعية الحياة مع شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

الفصل الثاني: المرضى وطرائق البحث

نمط الدراسة:

دراسة مقطعية عرضية مستقبلية (Prospective study)، للمرضى المراجعين للعيادة الصدرية، والمرضى المقبولين في الشعبة الصدرية في مشافي جامعة دمشق (المواساة والأسد الجامعيين)، والذين لديهم داء رئوي انسدادى مزمن مُشخص بوظائف الرئة، وذلك مدة سنة كاملة بعد أخذ الموافقة الرسمية للبدء بالبحث.

طريقة البحث:

تم جمع بيانات المرضى المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن المستقر والمُشخص بوظائف الرئة وإجراء ما يلي:

- أخذ قصة سريرية كاملة مع فحص سريري شامل.
- إجراء صورة صدر خلفية أمامية مع صورة صدر جانبية.
- إجراء وظائف رئة قبل وبعد إعطاء المريض موسعات قصيبية كشادات بيتا الانشاقية (سالبوتامول ٢٠٠ ميكروغرام) وقياس كل من:

✓ FEV1 (الحجم الزفيري القسري في الثانية الاولى) قبل وبعد إعطاء الموسعات القصيبية.

✓ FVC (السعة الحيوية الكاملة).

✓ علاقة تفنو (FEV1/FVC).

✓ PEFR (معدل سرعة الزفير القمي).

✓ FEF 25-75% (سرعة الزفير القسري عند ٢٥-٧٥% من حجوم الرئة العظمى).

وتم تصنيف شدة المرض وفق معايير **GOLD 2010**.

وتم حساب مقياس المشافي للاكتئاب والقلق وفق ما يلي:

تم إجراؤه على جميع مرضى الدراسة، حيث تم سؤال جميع المرضى الأسئلة الموجودة في هذا المقياس، حيث أنه يقيس القلق والاكتئاب عند مرضى العيادات الخارجية ومرضى المشافي، وهو يحتوي ١٤ سؤالاً تصف أعراض القلق والاكتئاب (٧ لكل منهما)، وإن خيارات الاستجابة لكل سؤال تتراوح ما بين ٠ و ٣، وتتراوح النتائج النهائية بين ٠ و ٢١ لكل من الاكتئاب أو القلق، ويُشار إلى الاكتئاب في الجدول بحرف D فيما يُشار إلى القلق في الجدول بحرف A، وإن النتائج بالنسبة (للقلق أو الاكتئاب) والتي تكون ≤ 11 قد تُشير إلى وجود القلق أو الاكتئاب أما النتائج بين ٧ أو أقل فتُعتبر طبيعية، أما النتائج بين ٨ و ١٠ فتُشير إلى احتمال وجود اضطراب.

وأُجري استطلاع سانت جورج التنفسي لكل مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن المستقرين.

جُمِعت البيانات وأدخلت باستخدام برنامج Microsoft Office Excel 2013، وأُجريت الدراسة الإحصائية بالاختبار الملائم للبيانات المدروسة وعُدَّ الفارق مهماً إحصائياً عند قيمة P أصغر من ٠,٠٥.

استمارة البحث: أُعتمدت استمارة البحث المرفقة مع هيكل البحث؛ لجمع البيانات.

معايير الإدخال والاستبعاد:

شملت معايير الإدخال:

- مرضى بعمر أكبر من ١٨ سنة.
- المرضى الذين لديهم داء رئوي انسدادى مزمن مستقر مُشخص بوظائف الرئة.

وشملت معايير الاستبعاد:

- المرضى الذين لديهم سورات حادة من الداء الرئوي الانسدادي المزمن أو قصور تنفسي.
- المرضى الذين لديهم مرض مستبطن مرافق للداء الرئوي الانسدادي المزمن.
- المرضى الذين لديهم مرض قلبي مستبطن مرافق للداء الرئوي الانسدادي المزمن.
-

الفصل الثالث: استبيان البحث:

البيانات الشخصية		
الاسم:	العمر:	الجنس:
الطول:	الوزن:	BMI:
التدخين		
نعم (باكيت السنة):		لا
درجات الزلة التنفسية		
عدد سورات COPD آخر ١٢ شهر		
قياس إشباع الدم المحيطي (Pulse Oxymetry)		
وظائف الرئة		
:FEV1		
:FVC		
:FEV1/FVC Ratio		
:PEFR		
:FEF 25-75%		
شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن بحسب GOLD		

مقياس المشافي للاكتئاب والقلق (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

هذا الاستبيان يساعد الطبيب لمعرفة مشاعرك وقراءة أحاسيسك ، لذا يرجى إحاطة الرقم الموازي لأفضل اختيار يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. ليس من المطلوب الاستغراق في التفكير لإختيار الإجابة، وإنما تفضل الإجابات العفوية الطلقانية.

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS):				من فضلك، م إختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة عليها:			
A	أشعر بالهزات الشديدة:			D	أحس بأنني هامد (فاقده للطاقة) :		
	• أكثر الوقت	3			• تقريباً في كل وقت	3	
	• عدة مرات	2			• في كثير من الأحيان	2	
	• أحياناً	1			• في بعض الأوقات	1	
	• لا أشعر بذلك مطلقاً	0			• لا أشعر بذلك مطلقاً	0	
D	أنا لازلت أتمتع بالأشياء التي اعتدت أن أستمع بها:			A	يتتابني شعور بالخوف:		
	• بالتأكيد، كما كنت	0			• لا، على الإطلاق	0	
	• ليس تماماً	1			• أحياناً	1	
	• قليلاً	2			• كثيراً	2	
	• بالكاد، على الإطلاق	3			• في أغلب الأوقات	3	
A	أشعر بنوع من الخوف، وكان شيئاً مروعاً علي وشك الحدوث:			D	لقد فقدت الإهتمام بمظهري:		
	• بالتأكيد، وبشكل مزعج	3			• بالتأكيد فقدت كل الاهتمام	3	
	• نعم، ولكن أقل سوءاً	2			• أنا لا أهتم بمظهري كما يجب أن أهتم	2	
	• قليلاً، لكنه لا يقلقني	1			• قد لا أعني بمظهري كما يجب	1	
	• لا أشعر بذلك على الإطلاق	0			• أعني بمظهري بشكل جيد كما كنت سابقاً	0	
D	أستطيع الضحك و رؤية الجوانب الممتعة في الأشياء:			A	الإحساس بضيق الصدر دون مجهود جسدي:		
	• كما كنت سابقاً	0			• في الواقع، كثيراً جداً	3	
	• أقل مما كنت سابقاً	1			• كثيراً، لأبأس به	2	
	• بالتأكيد، ليس كثيراً الآن	2			• أشعر بذلك قليلاً	1	
	• لا أشعر بذلك على الإطلاق	3			• لا أشعر بذلك على الإطلاق	0	
A	تأتيني دائماً أفكار مقلقة:			D	أنا أطلع للأشياء من حولي باستمتاع:		
	• أغلب الأوقات	3			• بقدر ما يمكنني فعله	0	
	• معظم الأوقات	2			• نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله	1	
	• من وقت لآخر، ولكن ليس كثيراً	1			• بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله	2	
	• أحياناً	0			• لا، على الإطلاق	3	
D	أشعر بالهجة:			A	يتتابني إحساس مفاجئ بالغث:		
	• لا، على الإطلاق	3			• في الواقع، في كثير من الأحيان	3	
	• ليس كثيراً	2			• غالباً	2	
	• في بعض الأحيان	1			• ليس كثيراً	1	
	• في أغلب الأوقات	0			• لا أشعر بذلك على الإطلاق	0	
A	يمكنني الجلوس براحة و الشعور بالاسترخاء:			D	يمكنني الإستمتاع بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة البرامج التلفزيونية أو الإستماع إلى الإذاعة:		
	• بكل التأكيد	0			• غالباً	0	
	• عادة ما	1			• في بعض الأحيان	1	
	• ليس كثيراً	2			• ليس كثيراً	2	
	• لا يمكنني ذلك على الإطلاق	3			• نادراً جداً	3	

المجموع النهائي: الاكتئاب (D) و Depression = القلق (A) و Anxiety =

طبيعي غير طبيعي (حدي) غير طبيعي

إذ إن: ٧-٠ طبيعي، ٨-١٠ غير طبيعي حدي، ١١-٢١: غير طبيعي.

استبيان سانت جورج التنفسي للداء الرئوي الانسدادي المزمن SGRQ-C

السؤال	القيمة
الجزء الأول	
السؤال 1: لديّ سعال: إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	80.6
☐ أيام متعددة.	46.3
☐ وجود إنتان صدري.	28.1
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 2: لديّ قُشْع: إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	76.8
☐ أيام متعددة.	47.0
☐ وجود إنتان صدري.	30.2
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 3: يوجد لديّ زلة تنفسية (قصر نفس): إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	87.2
☐ أيام متعددة.	50.3
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 4: لديّ هجمات وزيز: إجابة واحدة فقط	
☐ معظم الأيام.	86.2
☐ أيام متعددة.	71.0
☐ أيام قليلة.	45.6
☐ وجود إنتان صدري.	36.4
☐ كلا على الإطلاق.	0.0
السؤال 5: كم هجمة صدرية عانيت منها: إجابة واحدة فقط	
☐ 3 أو أكثر.	80.1
☐ واحدة أو إثنين.	52.3
☐ ولا واحدة.	0.0
السؤال 6: كم عدد الأيام الجيدة لديّ (مع مشاكل صدرية بالحد الأدنى): إجابة واحدة فقط	
☐ ولا واحد.	93.3
☐ عدد قليل.	76.6
☐ كل يوم.	0.0
السؤال 7: إذا كان لديك وزيز، هل يسوء صباحاً؟ إجابة واحدة فقط	
☐ لا.	0.0
☐ نعم.	62.0

الجزء الثاني:	
82.9 34.6 0.0	السؤال 8: كيف توصف حالتك الصدرية؟ (إجابة واحدة فقط) ☐ هي المشكلة الرئيسية لدي. ☐ تسبب لي مشاكل قليلة. ☐ لا تسبب لي أية مشكلة.
82.8 80.2 81.4 76.1 75.1	السؤال 9: أسئلة حول نشاطاتك التي تجعلك عادةً لاهئاً: (إجابة واحدة فقط) ☐ الاستحمام أو ارتداء الملابس. ☐ المشي حول المنزل. ☐ المشي خارجاً على سطح مستوي. ☐ صعود الدرج. ☐ صعود هضبة.
81.1 79.1 84.5 76.8 87.9 0	السؤال 10: أسئلة أكثر حول السعال والزلة: (إجابة واحدة أو أكثر من إجابة) ☐ معالي مؤلم. ☐ معالي يتعبني. ☐ أشعر باللهثة عند الكلام. ☐ أشعر باللهثة عند الإحتناء. ☐ معالي أو تنفسي يسبب اضطراب نوم لدي. ☐ أنا أتعب بسهولة.
74.1 79.1 87.7 90.1 89.9 75.7 84.5	السؤال 11: أسئلة حول تأثيرات أخرى لمشعلتك الصدرية على حياتك: (إجابة واحدة أو أكثر من إجابة) ☐ إن السعال أو التنفس يحرمني أمام العامة. ☐ إن مشكلتي الصدرية مزعجة لعائلتي وأصدقائي وجيرانني. ☐ أنا أخاف عندما لا أستطيع التنفس بشكل جيد. ☐ أنا لا أشعر بأنني مسيطر على مرضي الصدري. ☐ أنا أصبح عاجزاً بسبب مرضي الصدري. ☐ الجهود ليست آمنة بالنسبة لي. ☐ أي شيء يبدو بأنه بحاجة إلى بزل مجهود كبير.
74.2 81.0 71.7 70.6 71.6 72.3 74.5 71.4	السؤال 12: أسئلة حول كيفية تأثر نشاطاتك بسبب مشعلتك التنفسية: (إجابة واحدة فقط) ☐ أستغرق وقتاً طويلاً للاستحمام وارتداء الملابس. ☐ أنا لا أستطيع الاستحمام، أو أن الاستحمام يستغرق وقتاً طويلاً. ☐ أنا أمشي أبطأ من بقية الناس، أو أتوقف لأجل الراحة. ☐ إن الأعمال مثل الأعمال المنزلية تستغرق وقتاً طويلاً، أو أنني بحاجة للتوقف من أجل الراحة. ☐ عند صعود الدرج، أنا بحاجة للصعود ببطء أو التوقف للراحة. ☐ إذا أسرعت أو مشيت بسرعة، فأنا بحاجة للتوقف أو الإبطاء. ☐ تنفسي يجعل القيام بالأشياء صعباً مثل صعود هضبة، حمل أشياء عند صعود الدرج، أعمال البساتين الخفيفة مثل قص الأعشاب الضارة بألة الأعشاب، الرقص، لعب الغولف أو لعب كرة البولينغ. ☐ تنفسي يجعل القيام بالأشياء صعباً مثل حمل الأشياء الثقيلة، الحفر في الحديقة أو جرف الثلوج، الهرولة أو المشي لمسافة 5 أميال/ساعة، لعب التنس أو السباحة.

السؤال 13: نود أن نعلم مقدار تأثير مشعلتك الصدرية على حياتك اليومية: إجابة واحدة أو أكثر من إجابة	
64.8	☐ أنا لا أستطيع لعب الرياضة.
79.8	☐ أنا لا أستطيع الخروج للاستحمام خارج المنزل.
81.0	☐ أنا لا أستطيع الخروج من المنزل للتسوق.
79.1	☐ أنا لا أستطيع القيام بالأعمال المنزلية.
94.0	☐ أنا لا أستطيع الانتقال بعيداً عن الكرسي أو السرير.
السؤال 14: اختر العبارة التي تعتقد أنها تُوصف كيف يؤثر مرضك الصدري عليك: إجابة واحدة فقط	
0.0	☐ مرضي الصدري لا يمنعني من القيام بأي شيء أود القيام به.
42.0	☐ مرضي الصدري يمنعني من القيام بشيء واحد أو إثنين.
84.2	☐ مرضي الصدري يمنعني من القيام بمعظم الأشياء التي أود عملها.
96.7	☐ مرضي الصدري يمنعني من القيام بكل الأشياء التي أود عملها.

- مكون الأعراض = Symptoms component
- مجموع مكون الأعراض = Score of Symptoms component
- مكون النشاط = Activity component
- مجموع مكون النشاط = Score of Activity component
- مكون التأثير = Impacts component
- مجموع مكون التأثير = Score of Impacts component
- المجموع النهائي لاستبيان سانت جورج التنفسي للداء الرئوي الانسدادي المزمن =SGRQ-C

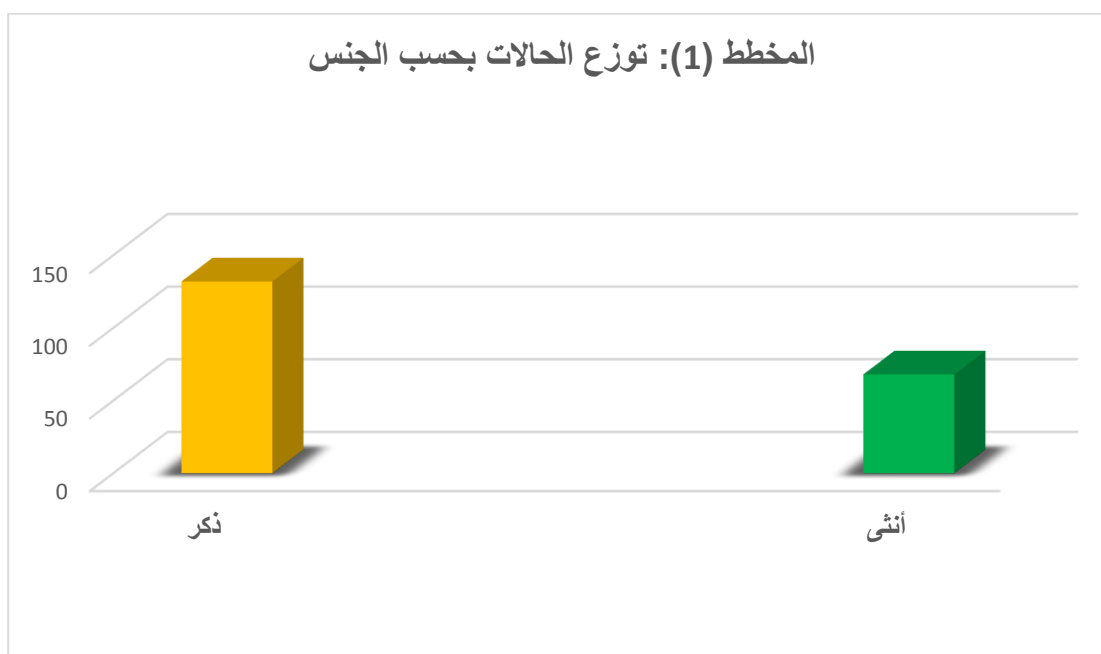
الفصل الرابع: الدراسة الإحصائية

بلغ عدد مرضى الدراسة ٢٠٠ مريضاً من المُصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن والمُشخص بوظائف الرئة.

١-توزع الحالات بحسب الجنس:

كانت نسبة الذكور المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن أعلى من الإناث وبوضوح، إذ بلغت نسبتهم ٦٦% من مجمل مرضى الدراسة.

الجدول (١): توزع الحالات بحسب الجنس	
الجنس	العدد والنسبة
ذكر	132 (66%)
أنثى	68 (34%)
المجموع	200 (100%)

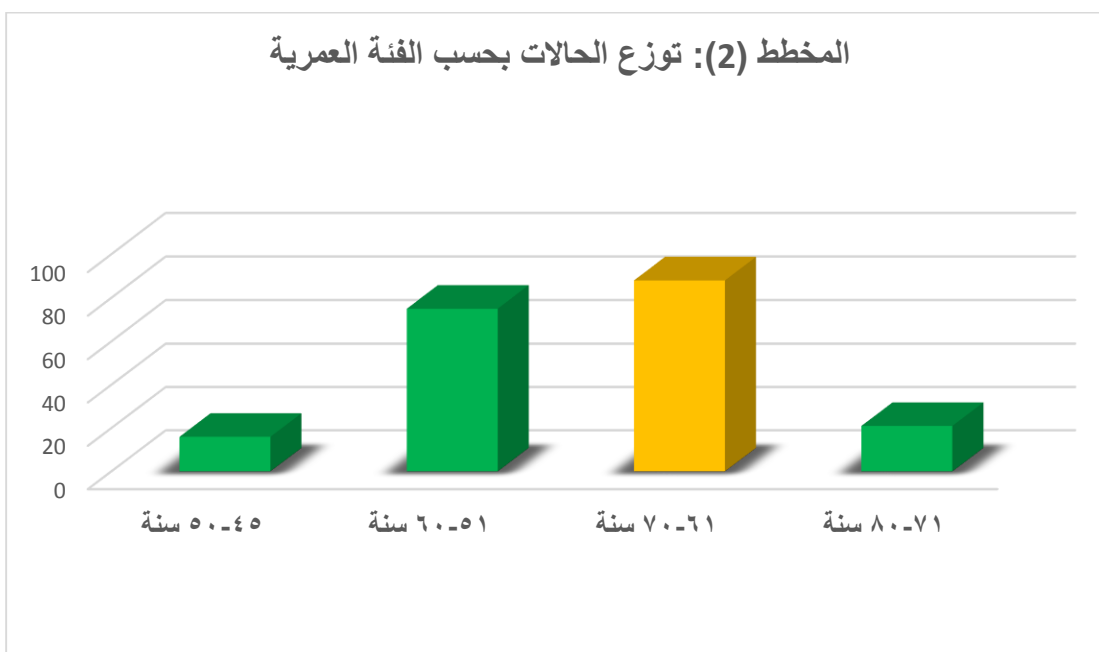


٢-توزع الحالات بحسب الفئة العمرية:

تراوحت أعمار مرضى الدراسة بين ٤٥ و ٨٠ سنة، وبلغ المتوسط 66.8 سنة، وكان معظم المرضى ضمن الفئة العمرية (٦١-٧٠ سنة) إذ بلغت نسبتهم 44%، تلاها الفئة العمرية (٥١-٦٠ سنة) وذلك بنسبة 37,٥%، في حين كانت الفئة العمرية (٤٥-٥٠ سنة) الأقل شيوعًا بنسبة ٨% من مجمل الحالات.

الجدول (٢): توزع الحالات بحسب الفئة العمرية	
الفئة العمرية	العدد والنسبة
٥٠-٤٥ سنة	16 (8%)
٦٠-٥١ سنة	75 (37.5%)
٧٠-٦١ سنة	88 (44%)
٨٠-٧١ سنة	21 (10.5%)
المجموع	200 (100%)
SD\المتوسط (سنة)	66.8±4.7

SD: الانحراف المعياري

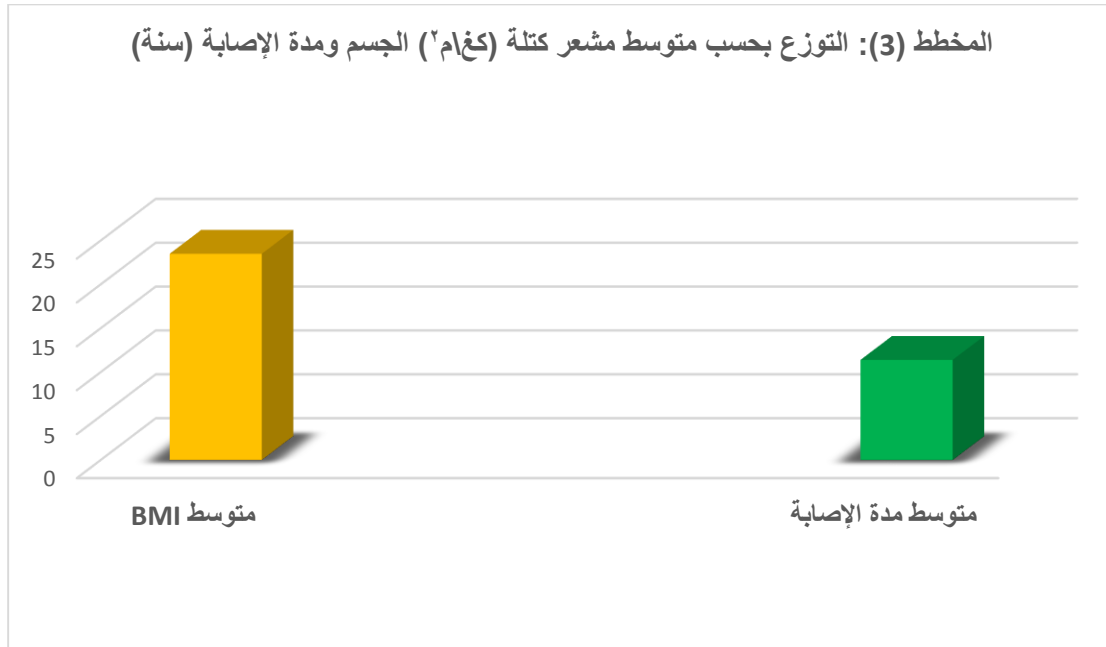


٣-التوزع بحسب متوسط مشعر كتلة الجسم ومدة الإصابة:

بلغ متوسط مشعر كتلة الجسم لدى مرضى الدراسة ٢٣,٥ كغم/م^٢، في حين بلغ متوسط مدة الإصابة بالداء الرئوي الانسدادي المزمن ١١,٤ سنة لدى مرضى الدراسة.

الجدول (٣): التوزيع بحسب متوسط مشعر كتلة الجسم ومدة الإصابة	
SDمتوسط BMI (كغم/م ^٢)	23.5±1.06
SDمتوسط مدة الإصابة (سنة)	11.4±2.1

SD: الانحراف المعياري

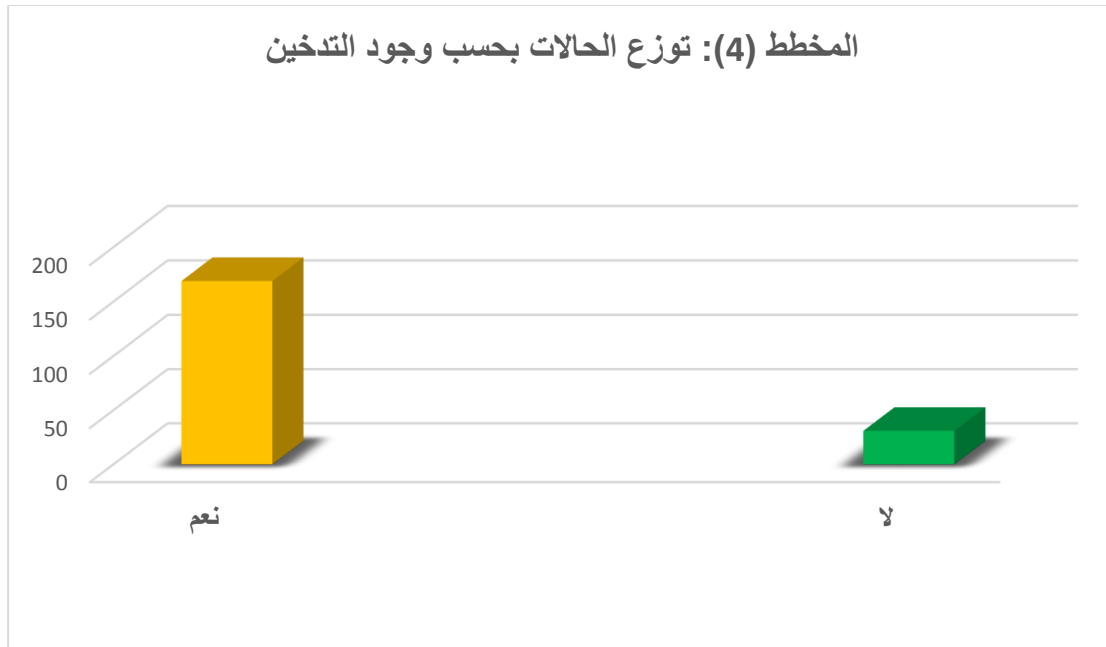


٤- توزيع الحالات بحسب وجود التدخين:

كان التدخين موجوداً لدى معظم الحالات وذلك بنسبة ٨٤,٥% من مجمل مرضى الدراسة، وبلغ متوسط الاستهلاك اليومي ١,٥ باكيثاً/يومياً.

الجدول (٤): توزيع الحالات بحسب وجود التدخين	
وجود التدخين	العدد والنسبة
نعم	169 (84.5%)
لا	31 (15.5%)
SDمتوسط الاستهلاك (باكيثاً/يوم)	1.5±0.5

SD: الانحراف المعياري

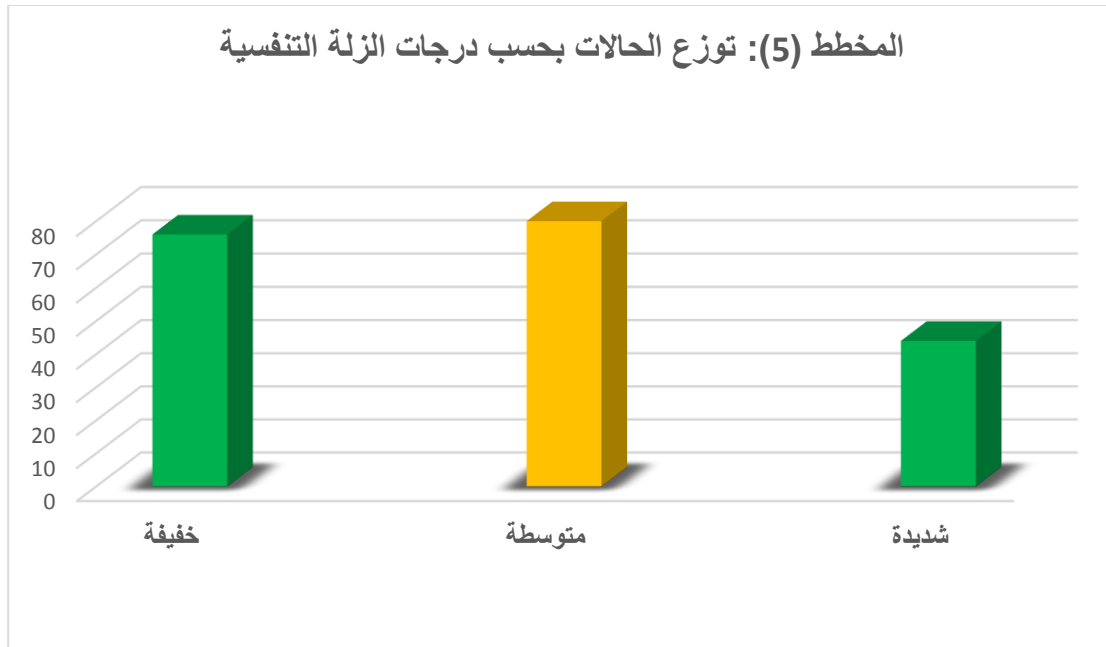


٥- توزيع الحالات بحسب درجات الزلة التنفسية ومتوسط الإشباع الأوكسجيني:

كانت الزلة التنفسية متوسطة الشدة (معرضة بالجهد الخفيف) في معظم الحالات وذلك بنسبة ٤٠% مقابل ٣٨% للحالات التي كانت فيها الزلة التنفسية خفيفة الشدة (معرضة بالجهد الزائد)، في حين كانت الزلة التنفسية شديدة (على الراحة) بنسبة ٢٢% من مجمل الحالات، وبلغ متوسط نسبة الإشباع الأوكسجيني لدى المرضى ٨١,٣%.

الجدول (٥): توزيع الحالات بحسب درجات الزلة التنفسية ومتوسط الإشباع الأوكسجيني	
درجات الزلة التنفسية	العدد والنسبة
خفيفة	76 (38%)
متوسطة	80 (40%)
شديدة	44 (22%)
المجموع	200 (100%)
SDمتوسط الإشباع الأوكسجيني %	81.3±3.6

SD: الانحراف المعياري

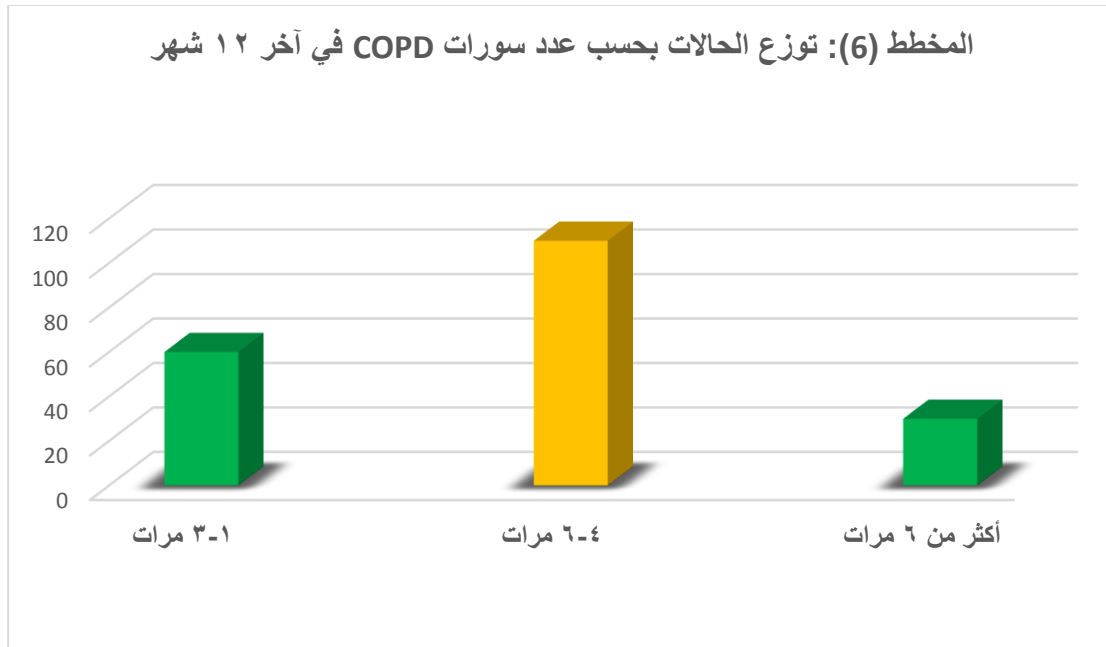


٦- توزيع الحالات بحسب عدد سورات COPD في آخر ١٢ شهر:

كان عدد السورات السنوية في معظم الحالات (٤-٦ مرات) وذلك بنسبة ٥٥%، وكانت (١-٣ مرات) بنسبة ٣٠%، في حين كانت (أكثر من ٦ مرات) بنسبة ١٥%، وبلغ متوسط عدد السورات في السنة ٥,٨ مرة/سنة.

الجدول (٦): توزيع الحالات بحسب عدد سورات COPD في آخر ١٢ شهر	
عدد السورات	العدد والنسبة
١-٣	60 (30%)
٤-٦	110 (55%)
أكثر من ٦	30 (15%)
المجموع	200 (100%)
SD\متوسط عدد السورات في السنة	5.8±1.4

SD: الانحراف المعياري

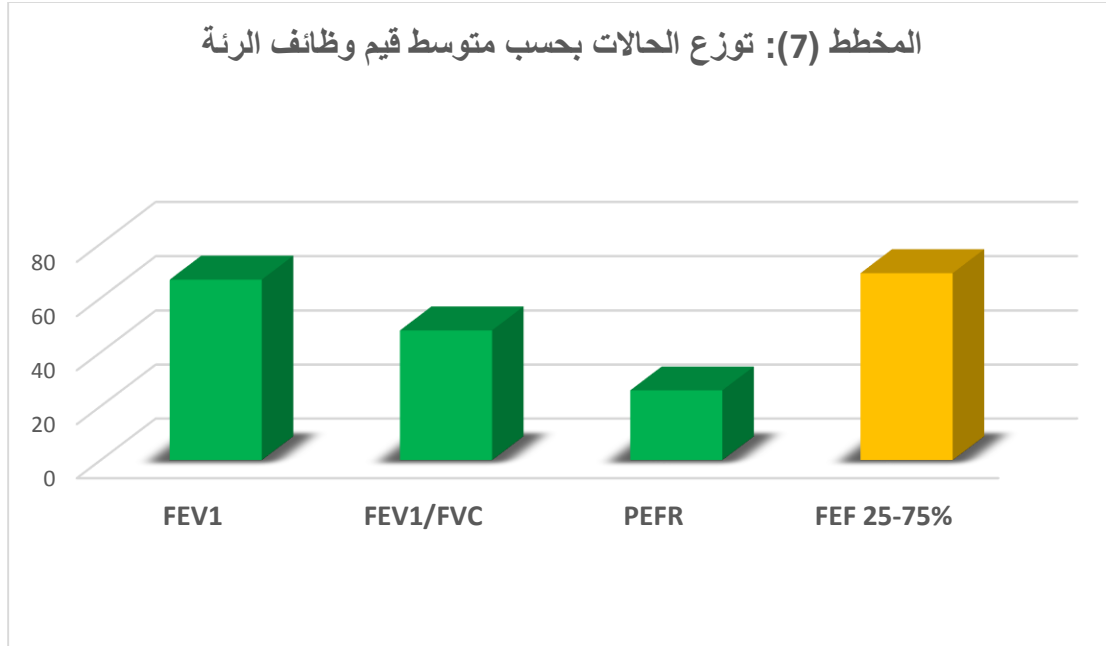


٧-توزيع الحالات بحسب متوسط قيم وظائف الرئة:

كان متوسط قيم وظائف الرئة لدى المرضى وفق الجدول الآتي:

الجدول (٧): توزيع الحالات بحسب متوسط قيم وظائف الرئة	
المتوسط\SD	وظائف الرئة
1.01±0.2	FEV1 (لتر)
66.8±7.9	FEV1 (% من التوقع)
2.1±0.4	FVC (لتر)
48.1±4.4	FEV1/FVC Ratio (% من التوقع)
25.9±7.3	PEFR (% من التوقع)
69.2±8.1	FEF 25-75%

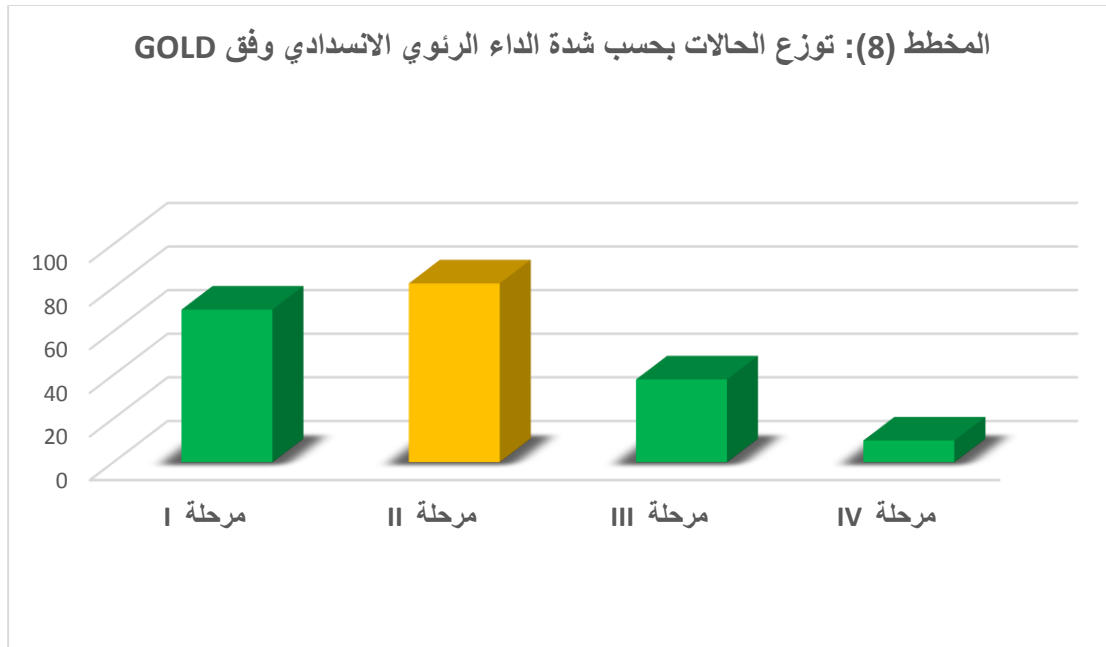
الانحراف المعياري: SD



٨- توزيع الحالات بحسب شدة الداء الرئوي الانسدادي وفق GOLD:

كان الداء الرئوي الانسدادي المزمن معتدل الشدة (مرحلة II) في معظم الحالات، وذلك بنسبة ٤١%، وكان خفيف الشدة (مرحلة I) بنسبة ٣٥%، في حين كان شديداً جداً (مرحلة IV) لدى ٥% من مجمل الحالات.

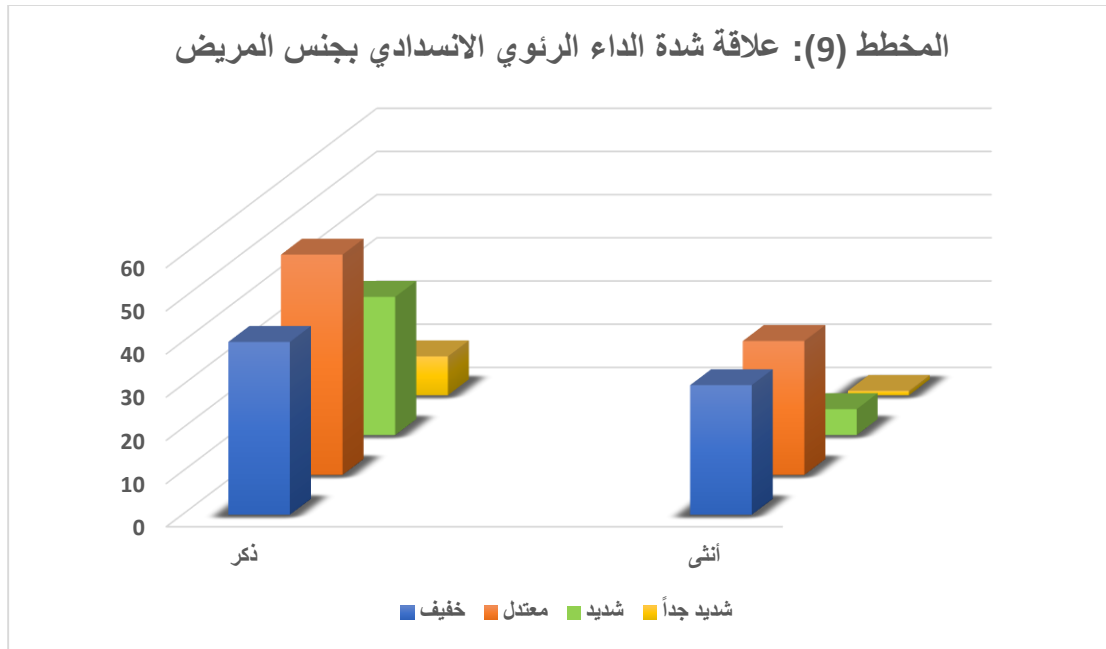
الجدول (٨): توزيع الحالات بحسب شدة الداء الرئوي الانسدادي وفق GOLD	
الشدة	العدد والنسبة
مرحلة I (خفيف)	70 (35%)
مرحلة II (معتدل)	82 (41%)
مرحلة III (شديد)	38 (19%)
مرحلة IV (شديد جداً)	10 (5%)
المجموع	200 (100%)



٩- علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بجنس المريض:

كانت نسبة حدوث الحالات الخفيفة والمعتدلة من الداء الرئوي الانسدادي المزمن أعلى لدى الإناث من الذكور، في حين أن نسبة حدوث الحالات الشديدة والشديدة جداً كانت أعلى لدى الذكور من الإناث، مع وجود فارق إحصائي مهم.

الجدول (٩): علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بجنس المريض				
الجنس	مرحلة I (خفيف)	مرحلة II (معتدل)	مرحلة III (شديد)	مرحلة IV (شديد جداً)
ذكر	40 (30.3%)	51 (38.6%)	32 (24.2%)	9 (6.8%)
أنثى	30 (44.1%)	31 (45.6%)	6 (8.8%)	1 (1.5%)
P-Value	0.01			

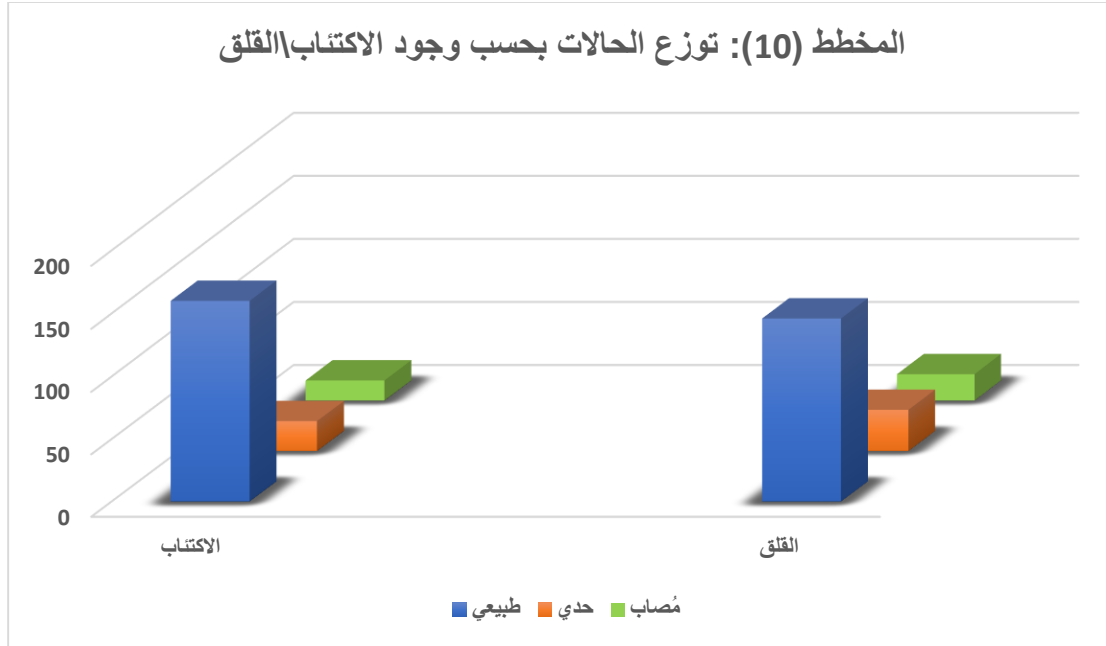


١٠-توزع الحالات بحسب وجود الاكتئاب والقلق:

كان معظم المرضى سليمين (غير مصابين بالقلق والاكتئاب)، وكانت نسبة الإصابة الحدية والإصابة الفعلية بالقلق أعلى من الاكتئاب، من دون وجود فارق إحصائي مهم.

الجدول (١٠): توزع الحالات بحسب وجود الاكتئاب والقلق		
القلق	الاكتئاب	تشخيص الحالة
146 (73%)	160 (80%)	طبيعي
33 (16.5%)	24 (12%)	غير طبيعي (حدي)
21 (10.5%)	16 (8%)	غير طبيعي (مُصاب)
200 (100%)	200 (100%)	المجموع
0.25		P-Value
6.2±1.1	5.8±1.8	SD\المعدل النهائي لمقياس المشافي

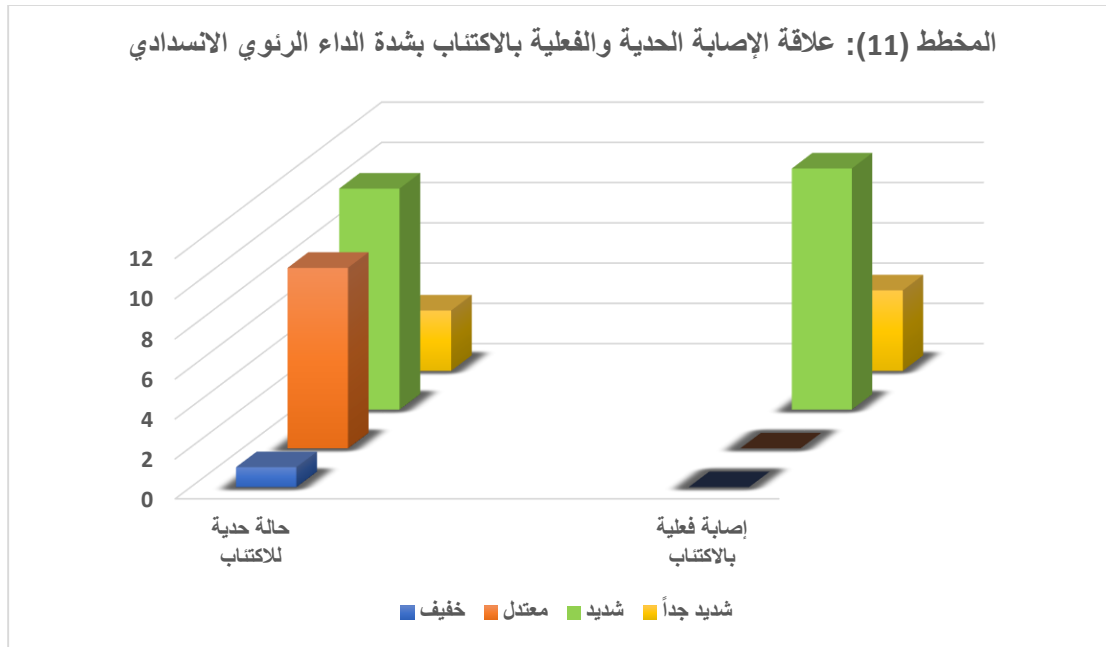
SD: الانحراف المعياري



١١- علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بشدة الداء الرئوي الانسدادي:

ترافقت الإصابة الفعلية بالاكتئاب مع الحالات الشديدة والشديدة جداً من المرض وبنسبة أعلى مما هي عليه في الحالات الحدية للاكتئاب وغابت عن الحالات الخفيفة والمعتدلة على عكس الحالات الحدية للاكتئاب التي شوهدت في درجات الداء الرئوي الانسدادي جميعها، مع وجود فارق إحصائي مهم.

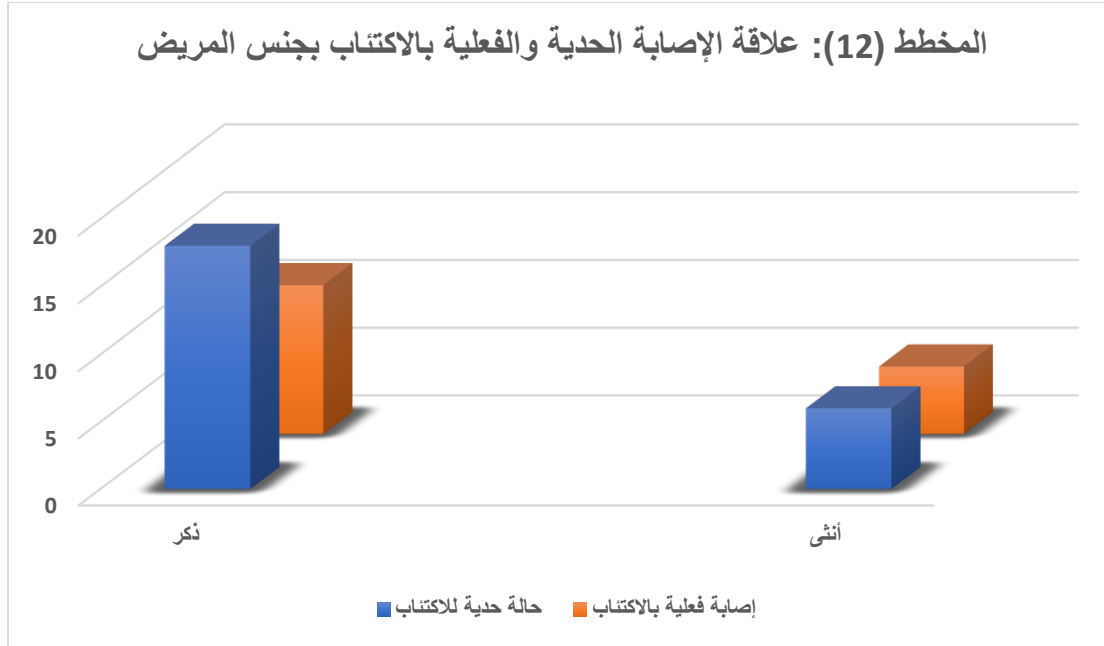
الجدول (١١): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بشدة الداء الرئوي الانسدادي		
شدة الداء الانسدادي	حالة حدية للاكتئاب	إصابة فعلية بالاكتئاب
مرحلة I (خفيف)	1 (4.2%)	0 (0%)
مرحلة II (معتدل)	9 (37.5%)	0 (0%)
مرحلة III (شديد)	11 (45.8%)	12 (75%)
مرحلة IV (شديد جداً)	3 (12.5%)	4 (25%)
P-Value	0.03	



١٢- علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بجنس المريض:

كانت نسبة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب أعلى لدى الذكور المصابين بالداء الرئوي الانسدادي من الإناث المصابات، من دون وجود فارق إحصائي مهم.

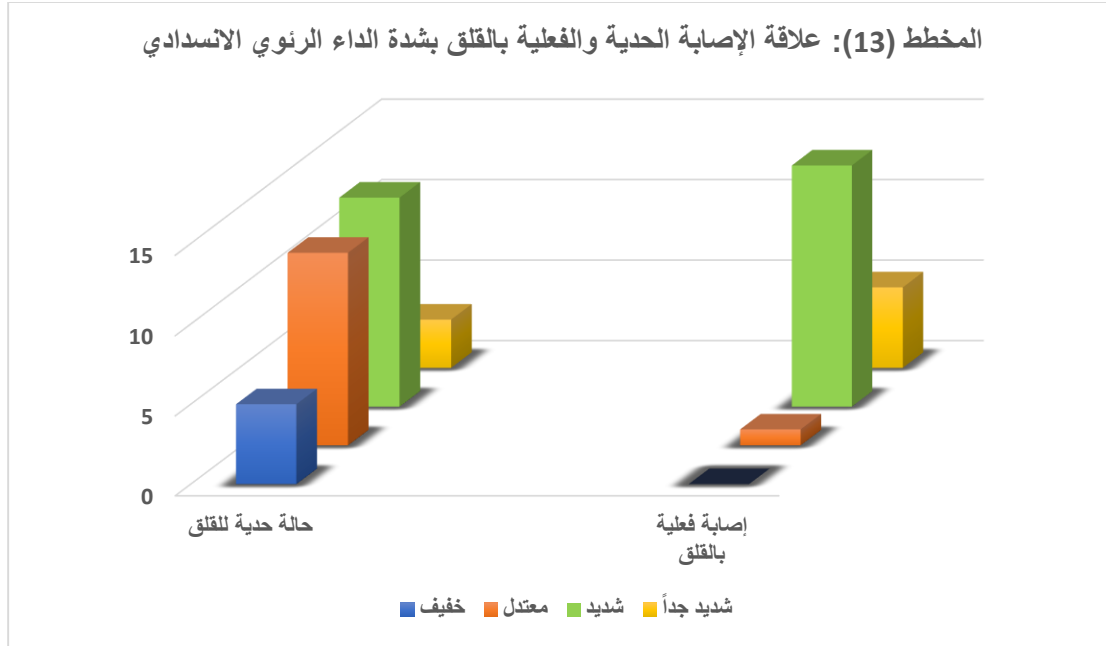
الجدول (١٢): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب بجنس المريض		
جنس المريض	حالة حدية للاكتئاب	إصابة فعلية بالاكتئاب
ذكر	18 (13.6%)	11 (8.3%)
أنثى	6 (8.8%)	5 (7.4%)
P-Value	0.66	



١٣- علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بشدة الداء الرئوي الانسدادي:

ترافقت معظم حالات الإصابة الفعلية بالقلق مع الحالات الشديدة والشديدة جداً من المرض وبنسبة أعلى مما هي عليه في الحالات الحدية للقلق، وغابت عن الحالات الخفيفة على عكس الحالات الحدية للقلق التي شوهدت في درجات الداء الرئوي الانسدادي جميعها، مع وجود فارق إحصائي مهم.

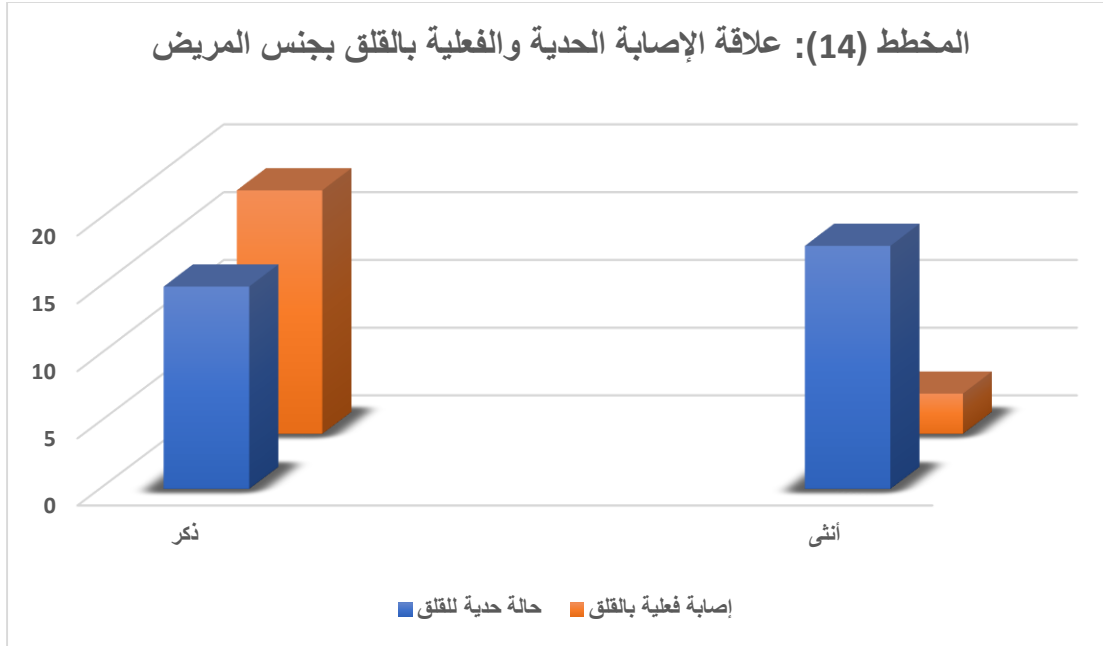
الجدول (١٣): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بشدة الداء الرئوي الانسدادي		
شدة الداء الانسدادي	حالة حدية للقلق	إصابة فعلية بالقلق
مرحلة I (خفيف)	5 (15.1%)	0 (0%)
مرحلة II (معتدل)	12 (36.4%)	1 (4.8%)
مرحلة III (شديد)	13 (39.4%)	15 (71.4%)
مرحلة IV (شديد جداً)	3 (9.1%)	5 (23.8%)
P-Value	0.004	



١٤- علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بجنس المريض:

كانت نسبة الإصابة الفعلية بالقلق أعلى لدى الذكور المصابين بالداء الرئوي الانسدادي من الإناث المصابات في حين كانت نسبة الإصابة الحدية بالقلق أعلى لدى الإناث، مع وجود فارق إحصائي مهم.

الجدول (١٤): علاقة الإصابة الحدية والفعلية بالقلق بجنس المريض		
جنس المريض	حالة حدية للقلق	إصابة فعلية بالقلق
ذكر	15 (11.4%)	18 (13.6%)
أنثى	18 (26.5%)	3 (4.4%)
P-Value	0.0027	

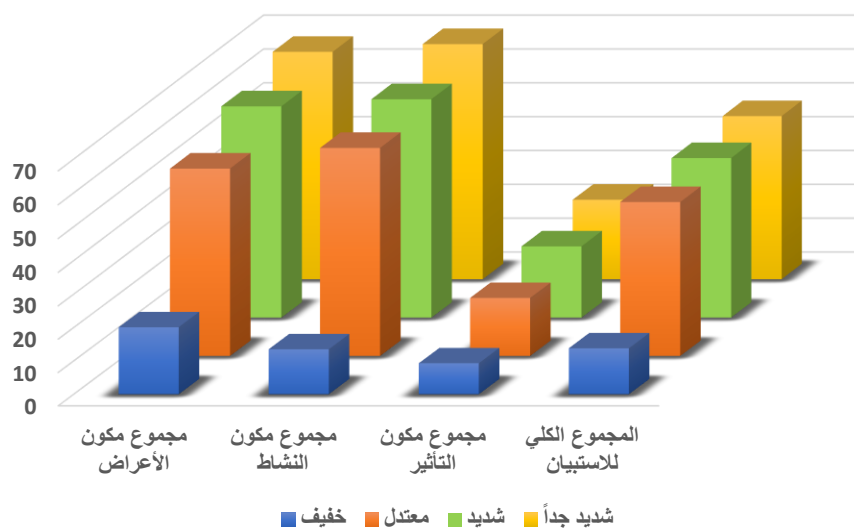


١٥- علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بنوعية الحياة وفق مقياس (SGRQ-C):

لوحظ وجود تناسب طردي بين عناصر استبيان سانت جورج التنفسي للداء الرئوي الانسدادي المزمن جميعها مع شدة الداء الرئوي الانسدادي بحيث ازدادت القيمة مع ازدياد الشدة، مع وجود فارق إحصائي مهم.

الجدول (١٥): علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بنوعية الحياة					
P-Value	شديد جداً	شديد	معتدل	خفيف	SGRQ-C score
0.001	67.2±10.1	62.6±9.8	55.7±8.9	20.1±3.4	مجموع مكون الأعراض
0.001	69.5±10.6	64.7±11.2	61.8±10.4	13.5±9.2	مجموع مكون النشاط
0.001	23.5±3.5	21.2±3.4	17.4±2.8	9.3±1.22	مجموع مكون التأثير
0.001	48.2±8.7	47.3±7.6	45.8±3.6	13.8±4.5	المجموع الكلي للاستبيان

المخطط (15): علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بنوعية الحياة



الفصل الخامس: المناقشة، وتحليل النتائج:

- بلغ عدد مرضى الدراسة ٢٠٠ مريضاً من المُصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن والمُشخص بوظائف الرئة، وكانت نسبة الذكور المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن أعلى من الإناث ويوضح إذ بلغت نسبتهم ٦٦% من مجمل مرضى الدراسة.
- تراوحت أعمار مرضى الدراسة بين ٤٥ و ٨٠ سنة، وبلغ المتوسط ٦٦,٨ سنة، وكان معظم المرضى ضمن الفئة العمرية (٦١-٧٠ سنة) إذ بلغت نسبتهم ٤٤%، تلاها الفئة العمرية (٥١-٦٠ سنة) وذلك بنسبة ٣٧,٥%، في حين كانت الفئة العمرية (٤٥-٥٠ سنة) الأقل شيوعاً بنسبة ٨% من مجمل الحالات.
- بلغ متوسط مشعر كتلة الجسم لدى مرضى الدراسة ٢٣,٥ كغم/م^٢، في حين بلغ متوسط مدة الإصابة بالداء الرئوي الانسدادي المزمن ١١,٤ سنة لدى مرضى الدراسة، وكان التدخين موجوداً لدى معظم الحالات، وذلك بنسبة ٨٤,٥% من مجمل مرضى الدراسة، وبلغ متوسط الاستهلاك اليومي ١,٥ باكيت/يوم.
- كانت الزلة التنفسية متوسطة الشدة (محرضة بالجهد الخفيف) في معظم الحالات، وذلك بنسبة ٤٠% مقابل ٣٨% للحالات التي كانت فيها الزلة التنفسية خفيفة الشدة (محرضة بالجهد الزائد)، في حين كانت الزلة التنفسية شديدة (على الراحة) بنسبة ٢٢% من مجمل الحالات، وبلغ متوسط نسبة الإشباع الأوكسجيني لدى المرضى ٨١,٣%.
- كان عدد السورات السنوية في معظم الحالات (٤-٦ مرات) وذلك بنسبة ٥٥%، وكانت (١-٣ مرات) بنسبة ٣٠%، في حين كانت (أكثر من ٦ مرات) بنسبة ١٥%، وبلغ متوسط عدد السورات في السنة ٥,٨ مرة/سنة.
- كان الداء الرئوي الانسدادي المزمن معتدل الشدة (مرحلة II) في معظم الحالات، وذلك بنسبة ٤١%، وكان خفيف الشدة (مرحلة I) بنسبة ٣٥%، في حين كان شديداً جداً (مرحلة IV) لدى ٥% من مجمل الحالات.
- كانت نسبة حدوث الحالات الخفيفة والمعتدلة من الداء الرئوي الانسدادي المزمن أعلى لدى الإناث من الذكور، في حين أن نسبة حدوث الحالات الشديدة والشديدة جداً كانت أعلى لدى الذكور من الإناث، مع وجود فارق إحصائي مهم.
- كان معظم المرضى سليمين (غير مصابين بالقلق والاكتئاب)، وكانت نسبة الإصابة الحدية والإصابة الفعلية بالقلق أعلى من الاكتئاب، من دون وجود فارق إحصائي مهم.
- توافقت الإصابة الفعلية بالاكتئاب مع الحالات الشديدة والشديدة جداً من المرض وبنسبة أعلى مما هي عليه في الحالات الحدية للاكتئاب، وغابت عن الحالات الخفيفة والمعتدلة على عكس الحالات الحدية للاكتئاب التي شوهدت في درجات الداء الرئوي الانسدادي جميعها، مع وجود فارق إحصائي مهم.

- كانت نسبة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب أعلى لدى الذكور المصابين بالداء الرئوي الانسدادي من الإناث المصابات، من دون وجود فارق إحصائي مهم.
- ترافقت معظم حالات الإصابة الفعلية بالقلق مع الحالات الشديدة والشديدة جداً من المرض، وبنسبة أعلى مما هي عليه في الحالات الحدية للقلق، وغابت عن الحالات الخفيفة على عكس الحالات الحدية للقلق التي شوهدت في درجات الداء الرئوي الانسدادي جميعها، مع وجود فارق إحصائي مهم.
- كانت نسبة الإصابة الفعلية بالقلق أعلى لدى الذكور المصابين بالداء الرئوي الانسدادي من الإناث المصابات في حين كانت نسبة الإصابة الحدية بالقلق أعلى لدى الإناث، مع وجود فارق إحصائي مهم.
- لوحظ وجود تناسب طردي بين عناصر استبيان سانت جورج التنفسي للداء الرئوي الانسدادي المزمن جميعها مع شدة الداء الرئوي الانسدادي بحيث ازدادت القيمة مع ازدياد الشدة، ومن ثمَّ وجود علاقة عكسية بين شدة الداء، ونوعية الحياة، مع وجود فارق إحصائي مهم.

الفصل السادس: المقارنة مع الدراسات العالمية

قُورِنت دراستنا مع نتائج ٣ دراسات عالمية.

الدراسة الأولى: وهي دراسة مصرية أجرتها Amira H. Allam⁽¹⁴⁾ وزملاؤها في مصر، ونُشرت في مجلة Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis عام 2017 بعنوان:

Prevalence of anxiety and depression in patients with airway obstruction using hospital anxiety and depression scale (HADS) in different localities of Saudi Arabia

الدراسة الثانية: وهي دراسة مصرية أجراها Mohammed A. Zamzam⁽¹⁵⁾ وزملاؤه في مصر، ونُشرت في مجلة Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis عام 2012 بعنوان:

Quality of life in COPD patients

الدراسة الثالثة: وهي دراسة إيطالية أجراها Fabiano Di Marco⁽¹⁶⁾ وزملاؤه في إيطاليا، ونُشرت في مجلة Respiratory Medicine عام 2006 بعنوان:

Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity

١-المقارنة بحسب عدد مرضى الدراسة:

كانت دراسة Amira تضم أكبر عدد من المرضى إذ اشتملت على ٤٢٠ مريضاً (منهم ١٥٠ مريضاً مصاباً بالداء الرئوي الانسدادي المزمن)، مقابل ٢٠٢ مريضاً في دراسة Fabiano، و ٢٠٠ مريضاً في دراستنا، في حين كانت دراسة Zamzam بأقل عدد من المرضى إذ اشتملت على ٤٠ مريضاً.

الجدول (١٦): المقارنة بحسب عدد مرضى الدراسة				
عدد المرضى	دراستنا	Amira	Zamzam	Fabiano
	٢٠٠	420	40	202

٢-المقارنة بحسب متوسط العمر والجنس:

تقارب متوسط العمر بين دراستنا ودراسة Fabiano مع رجحان لدراسة Fabiano إذ بلغ ٦٨ سنة مقابل ٦٦,٨ سنة في دراستنا، وبلغ متوسط العمر في دراسة Zamzam قيمة ٥٩,٩ سنة، في حين كان متوسط العمر الأقل في دراسة Amira إذ بلغ ٥٠,٣ سنة.

وتشابهت الدراسات جميعها من حيث غلبة الإصابة بالداء الرئوي الانسدادي المزمن لدى الذكور أكثر من الإناث مع رجحان لدراسة Zamzam إذ بلغت نسبة الذكور لديهم ٩٧,٥% مقابل ٧٦,٧% للذكور في دراسة Fabiano ونسبة ٧٤,٧% للذكور في دراسة Amira، ونسبة ٦٦% للذكور في دراستنا.

الجدول (١٧): المقارنة بحسب متوسط العمر الحملي والجنس				
المقارنة بحسب	دراستنا	Amira	Zamzam	Fabiano
متوسط العمر (سنة)	66.8±4.7	50.3±13	59.9±4.7	68±1
الجنس	دراستنا	Amira	Zamzam	Fabiano
ذكر	132 (66%)	112 (74.7%)	39 (97.5%)	155 (76.7%)
أنثى	68 (34%)	38 (25.3%)	1 (2.5%)	47 (23.3%)

٣-المقارنة بحسب متوسط وظائف الرئة:

كان متوسط قيمة (FEV1) الأقل في دراسة Zamzam إذ بلغ ٤٦,٥% مقابل ٧٦,٦% في دراسة Amira ونسبة ٦٦,٨% في دراستنا ونسبة ٥٤% في دراسة Fabiano، في حين كان متوسط (FEV1/FVC) الأقل في دراستنا وبلغ ٤٨,١ مقابل ٦٨,٨ في دراسة Amira، وبلغ ٥٧,٩ في دراسة Zamzam.

الجدول (١٨): المقارنة بحسب متوسط وظائف الرئة				
وظائف الرئة	دراستنا	Amira	Zamzam	Fabiano
FEV1 (% من التوقع)	66.8±7.9	76.6±18.8	46.5±22.5	54±1
FVC (لتر)	2.1±0.4	-	-	-
FEV1/FVC Ratio (% من التوقع)	48.1±4.4	68.8±4.9	57.9±10.1	-
PEFR (% من التوقع)	25.9±7.3	-	28.7±16.1	-
FEF 25-75%	69.2±8.1	73.4±21.2	-	-

٤- المقارنة بحسب شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن:

تشابهت دراستنا ودراسة Fabiano من حيث أن الإصابة بالداء الرئوي الانسدادي المزمن كانت أشيع في المرحلة II (معتدل الشدة) مع تقارب النسب، ورجحان بسيط لدراسة Fabiano إذ بلغت النسبة ٤٣,١% مقابل ٤١% في دراستنا، في حين كانت المرحلة III (الإصابة شديدة) هي الأشيع في دراسة Zamzam وذلك بنسبة ٣٢,٥% من مجمل مرضى الدراسة.

الجدول (١٩): المقارنة بحسب شدة الداء الرئوي الانسدادي المزمن				
الشدة	دراستنا	Amira	Zamzam	Fabiano
مرحلة I (خفيف)	70 (35%)	-	6 (15%)	27 (13.4%)
مرحلة II (معتدل)	82 (41%)	-	11 (27.5%)	87 (43.1%)
مرحلة III (شديد)	38 (19%)	-	13 (32.5%)	59 (29.2%)
مرحلة IV (شديد جدًا)	10 (5%)	-	10 (25%)	29 (14.4%)

٥- المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب:

كانت نسبة الحالات الطبيعية غير المصابة بالاكتئاب أعلى في دراستنا، وبلغت ٨٠% مقابل ٧٤% في دراسة Amira، وتساوت نسبة الإصابة بالشكل الحدي للاكتئاب، وبلغت ١٢% في دراستنا ودراسة Amira، وكانت نسبة الإصابة الأعلى بالاكتئاب في دراسة Fabiano إذ بلغت ١٨,٨% مقابل ١٤% في دراسة Amira، ونسبة ٨% في دراستنا.

الجدول (٢٠): المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب				
الاكتئاب	دراستنا	Amira	Zamzam	Fabiano
طبيعي	160 (80%)	111 (74%)	-	-
غير طبيعي (حدي)	24 (12%)	18 (12%)	-	-
غير طبيعي (مُصاب)	16 (8%)	21 (14%)	-	38 (18.8%)

٦-المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب تبعاً لجنس المريض:

تشابهت دراستنا ودراسة Amira من حيث أن نسبة الإصابة الحدية والفعلية بالاكتئاب كانت أعلى لدى الذكور من الإناث من دون وجود فارق إحصائي مهم، أما في دراسة Fabiano فكانت نسبة الإصابة الفعلية بالاكتئاب أعلى لدى الإناث من الذكور مع وجود فارق إحصائي مهم، (ويمكن لهذا الاختلاف في النتيجة مع دراسة Fabiano أن يُعزى إلى الصدفة لغياب الفارق الإحصائي المهم في دراستنا، ودراسة Amira).

الجدول (٢١): المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب تبعاً لجنس المريض						
الاكتئاب	دراستنا		Amira		Zamzam	Fabiano
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	-	ذكر أنثى
غير طبيعي (حدي)	18 (13.6%)	6 (8.8%)	17 (15.2%)	1 (2.6%)	-	-
غير طبيعي (مُصاب)	11 (8.3%)	5 (7.4%)	16 (14.3%)	5 (13.2%)	-	20 (12.9%) 18 (38.3%)
P-Value	0.66		0.11		-	< 0.001

٧-المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب تبعاً لشدة المرض:

اختلفت دراستنا مع دراسة Fabiano إذ كانت نسبة الإصابة بالاكتئاب أعلى في الحالات الشديدة والشديدة جداً من المرض في دراستنا (نظراً إلى غياب حالات الإصابة الخفيفة والمعتدلة في دراستنا ومن ثم غياب القدرة على التحري عن شيوخ الاكتئاب ضمنها)، في حين كانت نسبة الإصابة بالاكتئاب أعلى في الحالات المعتدلة ثم الحالات الخفيفة ثم الشديدة من المرض في دراسة Fabiano.

الجدول (٢٢): المقارنة بحسب نسبة حدوث الاكتئاب تبعاً لشدة المرض						
Fabiano		Zamzam	Amira	دراستنا		الاكتئاب
مصاب	حدي	-	-	مصاب	حدي	
4 (14.8%)	-	-	-	0 (0%)	1 (4.2%)	خفيف
16 (18.4%)	-	-	-	0 (0%)	9 (37.5%)	معتدل
7 (11.9%)	-	-	-	12 (75%)	11 (45.8%)	شديد
3 (10.9%)	-	-	-	4 (25%)	3 (12.5%)	شديد جداً

٨- المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق:

كانت نسبة الحالات الطبيعية غير المصابة بالقلق أعلى في دراستنا، وبلغت ٧٣% مقابل ٦٨% في دراسة Amira، وكانت نسبة الإصابة بالشكل الحدي للقلق أعلى في دراستنا، وبلغت ١٦,٥% مقابل ١٠% في دراسة Amira، وكانت نسبة الإصابة الأعلى بالقلق في دراسة Fabiano إذ بلغت ٢٨,٢% مقابل ٢٢% في دراسة Amira، ونسبة ١٠,٥% في دراستنا.

الجدول (٢٣): المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق				
Fabiano	Zamzam	Amira	دراستنا	القلق
-	-	102 (68%)	146 (73%)	طبيعي
-	-	15 (10%)	33 (16.5%)	غير طبيعي (حدي)
57 (28.2%)	-	33 (22%)	21 (10.5%)	غير طبيعي (مُصاب)

٩- المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق تبعاً لجنس المريض:

تشابهت دراستنا ودراسة Amira من حيث أن نسبة الإصابة الحدية بالقلق كانت أعلى لدى الإناث وأن نسبة الإصابة بالقلق كانت أعلى لدى الذكور من الإناث مع وجود فارق إحصائي مهم، أما في دراسة Fabiano فكانت نسبة الإصابة بالقلق أعلى لدى الإناث من الذكور من دون وجود فارق إحصائي مهم، (ويمكن لهذا الاختلاف في النتيجة لدراسة Fabiano مع دراستنا ودراسة Amira أن يُعزى إلى الصدفة لغياب الفارق الإحصائي المهم في دراسة Fabiano).

القلق	دراستنا		Amira		Zamzam	Fabiano	
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	-	ذكر	أنثى
غير طبيعي (حدي)	15 (11.4%)	18 (26.5%)	7 (6.3%)	8 (21.1%)	-	-	-
غير طبيعي (مُصاب)	18 (13.6%)	3 (4.4%)	30 (78.9%)	3 (7.9%)	-	39 (25.2%)	18 (38.3%)
P-Value	0.0027		0.004		-	0.08	

١٠-المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق تبعاً لشدة المرض:

كانت أعلى نسبة للإصابة بالقلق في الحالات الشديدة من الداء الرئوي الانسدادي المزمن في دراستنا، وبلغت ٧١,٤%، في حين في دراسة Fabiano كانت في الحالات الشديدة جداً من الداء الرئوي الانسدادي المزمن وبلغت النسبة ٣٤,٥%.

الجدول (٢٥): المقارنة بحسب نسبة حدوث القلق تبعاً لشدة المرض						
القلق	دراستنا		Amira	Zamzam	Fabiano	
	حدي	مصاب	-	-	حدي	مصاب
خفيف	5 (15.1%)	0 (0%)	-	-	-	5 (18.5%)
معتدل	12 (36.4%)	1 (4.8%)	-	-	-	29 (33.3%)
شديد	13 (39.4%)	15 (71.4%)	-	-	-	13 (22%)
شديد جداً	3 (9.1%)	5 (23.8%)	-	-	-	10 (34.5%)

١١-المقارنة بحسب علاقة شدة الداء الرئوي الانسدادي بنوعية الحياة وفق مقياس (SGRQ-C):

تشابهت الدراسات جميعها من حيث وجود تناسب طردي بين عناصر استبيان سانت جورج التنفسي للداء الرئوي الانسدادي المزمن جميعها مع شدة الداء الرئوي الانسدادي، إذ ازدادت القيمة مع ازدياد الشدة، مع وجود فارق إحصائي مهم.

الجدول (٢٦): المقارنة بحسب علاقة شدة الداء الرنوي الانسدادي بنوعية الحياة وفق مقياس (SGRQ-C)					
دراستنا					
P-Value	شديد جدًا	شديد	معتدل	خفيف	SGRQ-C score
0.001	67.2±10.1	62.6±9.8	55.7±8.9	20.1±3.4	مجموع مكون الأعراض
0.001	69.5±10.6	64.7±11.2	61.8±10.4	13.5±9.2	مجموع مكون النشاط
0.001	23.5±3.5	21.2±3.4	17.4±2.8	9.3±1.22	مجموع مكون التأثير
0.001	48.2±8.7	47.3±7.6	45.8±3.6	13.8±4.5	المجموع الكلي للاستبيان
Zamzam					
P-Value	شديد جدًا	شديد	معتدل	خفيف	SGRQ-C score
< 0.001	65.4±16.8	67.6±14.6	60.7±9.5	23.1±6.6	مجموع مكون الأعراض
< 0.001	71.8±21	67.9±16.3	65.9±9.4	15.7±15.4	مجموع مكون النشاط
< 0.001	21.6±3.1	20.9±3.1	20.7±3.3	8.7±1.5	مجموع مكون التأثير
< 0.001	44.8±10.5	44.3±10	42±4.9	14.2±5.6	المجموع الكلي للاستبيان
Fabiano					
P-Value	شديد جدًا	شديد	معتدل	خفيف	SGRQ-C score
< 0.001	74.9±3.4	65±2.9	50.3±2.9	44±5	مجموع مكون الأعراض
< 0.001	44.4±3.3	39.5±2.7	31±2.4	16.9±1.9	مجموع مكون النشاط
< 0.001	55.7±3.2	48.6±2.5	39.1±2.3	27.6±2.6	مجموع مكون التأثير
0.008	53.5±1.7	46.6±2.9	45.2±2.8	32.3±3.3	المجموع الكلي للاستبيان

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات:

- شيع الإصابة بالداء الرئوي الانسدادي المزمن لدى الذكور أكثر من الإناث.
- وجود التدخين في القصة المرضية لدى معظم المرضى المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن.
- من الشائع وجود انخفاض في نسبة الإشباع الأوكسجيني لدى المرضى المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن.
- تعدد سورات COPD السنوية لدى معظم المرضى المصابين بالداء الرئوي الانسدادي المزمن.
- ارتفاع نسبة حدوث الحالات الشديدة والشديدة جداً من الداء الرئوي الانسدادي المزمن لدى الذكور أكثر من الإناث.
- نسبة ترافق القلق مع الداء الرئوي الانسدادي المزمن أعلى عموماً من الاكتئاب.
- ارتفاع نسبة الإصابة الفعلية بالاكتئاب القلق مع ازدياد شدة لداء الرئوي الانسدادي المزمن.
- وجود تناسب عكسي بين شدة الإصابة بالداء الرئوي الانسدادي المزمن، ونوعية الحياة.

التوصيات:

ضمن ظروف دراستنا ومعطياتها فإننا نوصي بما يأتي:

- العمل على ضبط عوامل الخطر للإصابة بالداء الرئوي الانسدادي المزمن وتعديلها، لاسيما التدخين؛ للتقليل من الأمراض والاختلاطات.
- العمل على ضبط السورات الحادة للداء الرئوي الانسدادي المزمن وتديرها؛ لخفض الحاجة للاستشفاء والعقارب التالية.
- تقديم الدعم والرعاية الصحية والنفسية لمرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن لاسيما المراحل المتقدمة لأنهم أكثر عرضة للاكتئاب، والقلق.
- العمل على تحسين نوعية الحياة بضبط الأعراض، وتحسين الوظيفة التنفسية، والدعم بالأكسجين المستمر عند اللزوم فضلاً على الدعم النفسي الملائم.

Abstract

Aim & Importance:

To evaluate the incidence of mental disorders (anxiety and depression) among patients with chronic obstructive pulmonary disease and the relationship of these disorders with lung function, in addition to evaluating their quality of life and the relationship of quality of life with the severity of the disease.

Patients and methods:

Data were collected for patients with stable chronic obstructive pulmonary disease diagnosed by pulmonary function through medical history and comprehensive clinical examination, in addition to conducting two-position chest x-ray and performing a pulmonary function test. Severity was classified according to GOLD 2010 standards, Hospital Anxiety and Depression Scale was calculated, also (SGRQ-C) was done.

Results:

- ✓ The incidence of mild and moderate cases of chronic obstructive pulmonary disease was higher in females than males, while the incidence of severe and very severe cases was higher in males than females, with statistical significant.
- ✓ Most of the cases with anxiety/depression were associated with severe and very severe cases of the COPD, with statistical significant.
- ✓ The incidence of anxiety and depression was higher in males with obstructive pulmonary disease than females, with statistical significant for anxiety only.
- ✓ There is an inverse relationship between the severity of chronic obstructive pulmonary disease and quality of life, with statistical significant.

Conclusion:

In general, Mental disorders such as anxiety and depression, as well as a decline in quality of life, are common with severe cases of chronic obstructive pulmonary disease.

Key words: Anxiety, Depression, Chronic, Obstructive, Pulmonary, Disease, Quality, of Life.

REFERENCES

المراجع

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chronic obstructive pulmonary disease among adults- United States, 2022. MMWR Morb Mortal Weekly Rep 2022; 71 (49), P:1550-1554.
2. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD UPDATED 2020. Am J Respir Crit Care Med 176(6):8–110.
3. Osio MG, Majo J. Inflammation of the airways and lung parenchyma in COPD: role of T cells. Chest 2002;121(5 Suppl):160S5S.
4. Meilan K, Han, and et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Phenotypes. The Future of COPD. Originally Published in Press as DOI: 10.1164/rccm.200912-1843CC on June 3, 2010. Internet address: www.atsjournals.org.
5. American Thoracic Society, European Respiratory Society. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Standards for the diagnosis and management of individuals with alpha-1 antitrypsin deficiency. Am J Respir Crit Care Med 2020; 168:818.
6. Grydeland TB, Dirksen A, Coxson HO, et al. Quantitative computed tomography: emphysema and airway wall thickness by sex, age and smoking. Eur Respir J 2009; 34:858.
7. K. S. Phaneendra Kumar, et al. Assessment of Severity of COPD Based on “BODE” INDEX Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences 2015; (4). 530-538.
8. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease (GOLD). Available from . <<http://www.goldcopd.org>>, 2020.
9. Nicholas A. Boon, Sir Stanley Davidson, Nicki R. Colledge. Davidson's Principles & Practice of Medicine. 2006.
10. Saddock BJ, Saddock. VA: Mood Disorders: Kaplan & Saddock synopsis of psychiatry: twelfth edition 2022.
11. R. Philip Snaith, The hospital anxiety and depression scale, Health Qual. Life Outcomes 1 (2003) 29, <<https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>>.
12. Mohammed A. Zamzam, Nourane Y. Azab, Rabab A. El Wahsh, et al. 2012-Quality of life in COPD patients. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 61, P: 281-282.
13. P. Jones, St. George's respiratory questionnaire for COPD patients (SGRQ-C) manual. Retrieved from <<http://www.researchgate.net>>, 2020.

14. Amira H. Allam, Abeer M. Rawy, et al. 2017-Prevalence of anxiety and depression in patients with airway obstruction using hospital anxiety and depression scale (HADS) in different localities of Saudi Arabia. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis. P: 1-6.
15. Mohammed A. Zamzam, Nourane Y. Azab, Rabab A. El Wahsh, et al. 2012-Quality of life in COPD patients. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 61, P: 281-289.
16. Fabiano Di Marco, Massimo Verga, Manuela Reggente, et al. 2006-Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. Respiratory Medicine, 100, P: 1767-1774.

Syrian Arab Republic
Ministry Of High Education
Damascus University
Faculty Of Medicine



Department Of Internal Medicine

Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the Relationship between Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Quality of Life

Thesis for Master Degree in Internal Medicine

Submitted by:

Dr. Helbist Saroukhan Ibrahim

Supervisor:

Prof. Dr. Yousef Latifa

Professor in Department of Internal Medicine
Faculty of Medicine-Damascus University

2023