

تأثير السلوكيات الصحية على وظائف الكبد عند مرضى التهاب الكبد C

الدكتورة فاطمة حلاج*

الدكتور حسان زيزفون**

دارين يوسف***

(تاريخ الإيداع 11 / 10 / 2016. قُبِلَ للنشر في 29 / 11 / 2016)

□ ملخص □

يتأثر التهاب الكبد C إلى حد كبير بالسلوكيات البشرية ، ولا سيما تعاطي المخدرات والتدخين والنظام الغذائي و النشاط وتناول الكحول و السلوك الجنسي ، لذلك فإن تغيير السلوكيات المتبعة من قبل المريض يحد من تطور المرض ويمنع حدوث المضاعفات .

الهدف: تقييم تأثير السلوكيات الصحية على وظائف الكبد عند مرضى التهاب الكبد C، المكان : أجريت هذه الدراسة في مركز التهابات الكبد الفيروسيّة المزمنة الملحق بالمشفى الوطني في محافظة اللاذقية . **العينة :** شملت الدراسة 40 مريضاً . من المرضى المراجعين للمركز المذكور أثناء فترة إجراء الدراسة بين 2015 / 10 / 30 وحتى 2016 / 6 / 1 . الأدوات : تمت مقابلة المرضى بشكل مستقل لجمع البيانات المطلوبة باستخدام استمارة البيانات الديموغرافية و الحيوية و معلومات المريض عن المرض وطبق دليل سريري على مرضى المجموعة الضابطة على ثلاث جلسات بالأسبوع يشمل الدليل السريري على الحمية و النظام العلاجي و النشاط والعادات ، ثم تم تقييم وظائف الكبد باستخدام معايير تشايد باغ بعد شهر وبعد ثلاثة أشهر وبعد ستة أشهر من الجلسة الثالثة. وتم تقييم التزامهم بالدليل السريري مرة واحدة أسبوعياً على مدى ستة أشهر . **النتائج:** تحسنت وظائف الكبد عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة ، ويعود هذا التحسن إلى التزام المجموعة التجريبية بتطبيق الدليل السريري . التوصيات : تزويد مراكز التهاب الكبد الفيروسيّة بكتيبات توضيحية مزودة برسوم توضح كيفية تطبيق الدليل السريري (الحمية والنظام العلاجي و النشاط والعادات) وأهمية الالتزام بها .

الكلمات المفتاحية: الدليل السريري - تشايد باغ - المجموعة التجريبية - المجموعة الضابطة - تحسن

وظائف الكبد .

* أستاذ مساعد - قسم تمييز البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ - قسم أمراض الداخلية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم تمييز البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

Effects of healthy behaviors on liver function among hepatitis C patients

Dr. Fatima Hallaj^{*}
Dr. Hassan Zaizafoon^{**}
Darine Yousef^{***}

(Received 11 / 10 / 2016. Accepted 29 / 11 / 2016)

□ ABSTRACT □

Hepatitis C is affected by human behaviors especially drugs , diets ,activities smoking , sexy behaviors and alcohol , so it is very important to change health behaviors by patient to control of disease and avoid complications .

Objective : to assess the effects of health behaviors on liver function among hepatitis C patients .**Setting** :The study was carried out in the Chronic Liver Hepatitis Center in Alwatany hospitalization in Lattakia province.**Subjects** :Thesample comprised 40 patients chosen randomly from the two genders who have hepatitis C out in the chronic liver hepatitis center in Alwatany hospitalization in Lattakia province during the research time. **Tool** :Data were collected using the following tools:**Tool I Questionnaire**: It was developed by the researcher and include items related to: demographic patients data , clinical data , questions about (patients , information of disease , risk factors, healthy behaviors : (diet – treatment regimens – activities and habits)) **Tool II** : Liver function assessment sheet by using **Child Pugh** scale.**Tool III** :Patient compliance check list which include questions about complianceGuidanceProshor.guide line has been developed by the researcherThe patients participated in 3 sessions .Each session (45minutes).**Results**: liver function were advanced of patient at the experimental group which applied the guide line more than patient at the control group because of Appling guide line .**Recommendations** : Chronic Liver Hepatitis Centers have been containing proshorshow the impact of these health behaviors on the liver work and performing their functions as normal.

Key Words : Guide Line - Chide Pugh –experimental group - control group - advancing of liver function .

* Assistant Professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Professor, Medical Diseases Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate Student, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

يعد التهاب الكبد C مشكلة صحية تؤثر بشكل مباشر على المريض من جميع النواحي الشخصية و الاجتماعية و الاقتصادية ، و هو أحد الأسباب التي تؤدي إلى تغيرات في وظائف الكبد ، تتجلى في تراجع هذه الوظائف لتصل في مراحل متقدمة إلى تشمع و قصور الكبد وفي بعض الحالات تسبب سرطان الكبد (1). إن الحد من تراجع هذه الوظائف أساسي للمحافظة على حياة المريض ومنع حدوث المضاعفات و الاختلاطات الناتجة عن الإصابة بفيروس التهاب الكبد C، وهذا يتطلب توحيد الجهود من الكادر الطبي والتمريضي لمساعدة المريض للعيش بأفضل جودة حياة ممكنة ، وذلك من خلال توجيه المريض لإتباع مجموعة من السلوكيات الصحية وتشمل الحماية والنظام العلاجي والعادات والنشاط (2). لذلك أجريت هذه الدراسة لتبين مدى تأثير هذه السلوكيات الصحية على عمل الكبد وتأديته لوظائفه بشكل طبيعي .

أهمية البحث وأهدافه :

يهدف هذا البحث إلى تقييم تأثير السلوكيات الصحية على وظائف الكبد عند مرضى التهاب الكبد C نظراً لما للسلوكيات التي يقوم بها المريض من تأثير مباشر على عمل الكبد وجودة أدائه لوظائفه والتي تساهم في تحسين هذه الوظائف او في تراجعها ، ومن هنا تأتي أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على السلوكيات الصحية عند مرضى التهاب الكبد C التي تحسن عمل الكبد وتمنع التراجع المترقي في وظائفه .

هدف البحث : تهدف هذه الدراسة إلى تقييم تأثير السلوكيات الصحية على وظائف الكبد عند مرضى

التهاب الكبد C.

طرائق البحث ومواده:

العينة : شملت 40 مريض من كلا الجنسين و الذين لديهم إيجابية أضداد التهاب الكبد C ومشخص لديهم التهاب الكبد C منذ أقل من سنة .

أدوات الدراسة : تم جمع العينة باستخدام الأدوات التالية :

الأداة الأولى (أداة I): استبيان : تم تطويره من قبل الباحثة بالاعتماد على المراجع والأدبيات ذات الصلة بموضوع البحث ويتألف من ثلاث أجزاء: **الجزء الأول:** تضمن بيانات المرضى الديموغرافية ، **الجزء الثاني :** يتضمن البيانات الحيوية ، **الجزء الثالث :** يتضمن مجموعة أسئلة يقيم من خلالها : معلومات المرضى عن المرض ، معلومات المرضى عن عوامل الخطورة ، معلومات المرضى عن طرق انتقال العدوى ، السلوكيات الصحية لمرضى التهاب الكبد C تشمل: (الحماية - النظام العلاجي - النشاط والعادات).

II- الأداة الثانية: استمارة تقييم وظائف الكبد باستخدام معايير تشايد باغ لتقييم قصور الكبد طور من قبل

تشايد وتوركوت عام (1964)

III الأداة الثالثة : قائمة التحقق من مدى التزام المريض : استمارة تحوي أسئلة تشمل التزامه بالحماية - النظام

العلاجي - النشاط والعادات .

تطوير الدليل السريري :

تم تطوير الدليل السريري من قبل الباحث وقد طبق على مدى ثلاثة جلسات مدة الجلسة (45 دقيقة) بفواصل 3 أيام بين الجلسات .

الطرق :

- تم الحصول على الموافقات الرسمية لإجراء من الجهات المسؤولة .
- تم تطوير أدوات البحث والدليل السريري من قبل الباحثة بعد استعراض المراجع والأدبيات ذات الصلة بموضوع البحث.
- تم اختبار مصداقية وثبات الأدوات بعد عرضها على خمسة خبراء في مجال الاختصاص .
- تم إجراء دراسة دلالية إرشادية على 5 مرضى وتم إجراء التعديلات اللازمة على الأدوات والدليل السريري .
- تم مسح جميع المرضى المراجعين لمركز التهابات الكبد الفيروسيّة المزمّنة الملحق بالمشفى الوطني في محافظة اللاذقية خلال فترة إجراء البحث لتحديد أولئك الذين تنطبق عليهم معايير الدراسة .
- تم مقابلة كل مريض بشكل منفرد لجمع المعلومات الديموغرافية والحيوية وتقييم معلومات المريض عن التهاب الكبد C وعوامل الخطورة وطرق انتقال العدوى والسلوكيات الصحية وتقييم وظائف الكبد قبل تطبيق الدليل السريري باستخدام أدوات .
- طبق الدليل السريري لكل مريض من المجموعة التجريبية بشكل منفرد على ثلاث جلسات بالأسبوع تراوحت مدة الجلسة (45 دقيقة) وكان الفاصل بين الجلسات ثلاثة أيام .
- بعد اللقاء الثالث تم متابعة كل مريض من المجموعة التجريبية بمعدل مرة واحدة أسبوعيا طول فترة إجراء الدراسة على مدى ستة أشهر وتقييمه باستخدام الأداة III لتقييم مدى التزام المريض بالدليل السريري.
- تم مراجعة اصابة جميع المرضى للمجموعتين التجريبية والضابطة على مدى ستة أشهر لتقييم وظائف الكبد وذلك : بعد شهر من الجلسة الثالثة - ثم بعد ثلاثة أشهر - ثم بعد ستة أشهر .

النتائج والمناقشة :**جدول (1) توزيع المرضى حسب المواصفات الديموغرافية :**

P Value	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المواصفات الديموغرافية
	%	N=20	%	N=20	
P=0.342					• العمر :
	45.0	9	60.0	12	- أقل من 40 سنة
	55.0	11	40.0	8	- من 40-أقل من 65 سنة
P=0.892					• الجنس
	55.0	11	55.0	11	- إناث
	45.0	9	45.0	9	- ذكور
P=1					• الحالة الاجتماعية :
	50.0	10	45.0	9	- متزوج
	30.0	6	25.0	5	- عازب

	15.0	3	20.0	4	- مطلق
	5.0	1	10.0	2	- أرمل
P=0.088	65.0	13	60.0	12	• المستوى التعليمي :
	30.0	6	20.0	4	- إعدادي وما دون
	5.0	1	20.0	4	- ثانوي
					- جامعي وما فوق
P=0.972	30.0	6	30.0	6	• العمل الحالي :
	30.0	6	25.0	5	- عامل بدوي
	10.0	2	5.0	1	- موظف
	15.0	3	20.0	4	- عاطل عن العمل
	15.0	3	20.0	4	- ربة منزل
					- عمل تجاري
P=0.865	60.0	12	60.0	12	• الدخل الشهري :
	30.0	6	25.0	5	- متوسط
	10.0	2	15.0	3	- ضعيف
					- عالي

*P≤0.05 ذات دلالة احصائية هامة

يظهر الجدول (1) توزع المرضى حسب المواصفات الديموغرافية . لم نلاحظ وجود فروق هامة من الناحية الإحصائية بين المجموعتين المدروستين فيما يخص المواصفات الديموغرافية .
شكلت الإناث أكثر من نصف العينة (55.0%) في كلا المجموعتين التجريبية والضابطة . وكانت الحالة الاجتماعية متزوج لنصف المرضى في المجموعتين (45.0%) و (50.0%) للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على التوالي .

بالنسبة للمستوى التعليمي تبين أن ما يقارب ثلثي العينة في كلا المجموعتين كان مستوى التعليم لديهم إعدادي فما دون (60.0%) و (65.0%) للمجموعة التجريبية و الضابطة على التوالي ، بينما شكل الذين حصلوا على تعليم ثانوي (20.0%) و (35.0%) للمجموعة التجريبية والضابطة على التوالي ، في حين كانت نسبة المرضى الذين حصلوا على تعليم جامعي فما فوق (20.0%) و (5.0%) للمجموعة التجريبية والضابطة على التوالي .
فيما يخص العمل الحالي شكل العمال اليدويون النسبة الأكبر (30.0%) في كلا المجموعتين التجريبية والضابطة ، تلاها الموظفون بنسبة (25.0%) و (30.0%) في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على التوالي ، وكانت نسبة الذين يمتنون عمل تجاري (20.0%) و (15.0%) في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على التوالي. فيما يتعلق بالدخل الشهري فتلثي العينة (60.0%) كان دخلها الشهريمتوسط في حين قلة كان لديهم دخل شهري عالي (15.0%) و (10.0%) للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على التوالي .

جدول (2) توزيع المرضى حسب الحالة الصحية :

P Value	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الحالة الصحية
	%	N=20	%	N=20	
P=	85.0	17	90.0	18	• أمراض أخرى #: لا
P=0.311	10.0	2	5.0	1	- اضطرابات الجهاز الهضمي
P=0.548	0.0	0	5.0	1	- أمراض القلب والأوعية الدموية
P=0.311	5.0	1	0.0	0	- اعتلال الأعصاب

					• الأدوية التي يتناولها #: #
P=1	100.0	20	100.0	20	- انترفيرون
P=1	100.0	20	100.0	20	- ريبافيرين
P=1	100.0	20	100.0	20	- فيتامينات
P=0.548	10.0	2	5.0	1	- مدرات
P=0.548	10.0	2	5.0	1	- ملينات ومسهلات
P=0.311	0.0	5	5.0	1	- مسكنات

* $p \leq 0.05$ ذات دلالة احصائية هامة .

أكثر من جواب

احتلت اضطرابات الجهاز الهضمي النسبة الأعلى للأمراض الأخرى التي يعاني منها المريض (5.0 %) للمجموعة التجريبية و (10.0 %) للمجموعة الضابطة على التوالي ، تلاها أمراض القلب والأوعية بنسبة (5.0 %) للمجموعة التجريبية ، و اعتلال الأعصاب بنسبة (5.0 %) للمجموعة الضابطة .
فيما يخص الأدوية التي يتناولها المرضى ، جميع المرضى في المجموعتين كانوا يتناولون الريبافيرين و الانترفيرون و الفيتامينات .

جدول (3) مدى التزام مرضى المجموعة التجريبية بالحمية و النظام العلاجي و السلوكيات الصحية المسموحة والممنوعة :

P Value	غير ملتزم		ملتزم		السلوكيات الصحية
	%	N=20	%	N=20	
P=0.102	25.0	5	75.0	15	• الحمية
P=0.197	30.0	6	70.0	14	• النشاط والعادات
P=0.337	35.0	7	65.0	13	• النظام العلاجي

* $p \leq 0.05$ ذات دلالة احصائية هامة .

الجدول رقم (3) يبين مدى التزام مرضى المجموعة التجريبية بالحمية والنظام العلاجي والنشاط والعادات .
غالبية المرضى كانوا ملتزمين بالدليل السريري حيث كانت نسبة الالتزام (75.0 %) و (70.0 %) و (65.0 %) للحمية والنشاط والعادات والنظام الغذائي على التوالي .

جدول (4) وظائف الكبد للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق الدليل السريري :

P Value	المجموعة الضابطة MEAN±SD	المجموعة التجريبية MEAN±SD	القيم المخبرية لوظائف الكبد
P=0.5137 P=0.501 P=0.5644 P=0.6248	27.96±75.24 27.78±74.60 27.17±72.71 26.74±72.56	26.36±80.91 24.03±80.18 21.94±77.25 20.28±77.25	• الفوسفاتاز القلوية : - قبل التطبيق - بعد شهر - بعد 3 شهور - بعد 6 شهور
P=0.0153 *	-2.68 P=0.0660	-12.05 P=0.008*	# Mean ± SD التغيير
P=0.2552 P=0.1083 P=0.1937 P=0.5253	0.53±7.43 0.54±7.38 0.47±7.23 0.39±7.21	0.55±77.25 0.52±7.11 0.34±7.41 0.58±7.31	• البروتين الكلي : - قبل التطبيق - بعد شهر - بعد 3 شهور - بعد 6 شهور
P=0.0827	0.22- P=0.0821	0.08 P=0.6752	# Mean ± SD التغيير
P=0.0337 * P=0.049 * P=0.0256 * P=0.0199 *	99.65±138.10 99.38±137.70 98.45±134.75 98.65±126.65	102.33±80.75 167.31±96.60 92.52±74.15 79.95±63.35	• AST - قبل التطبيق - بعد شهر - بعد 3 شهور - بعد 6 شهور
P=0.0854	-11.45 P=0.0030	-17.40 P=0.0074 *	# Mean ± SD التغيير
P=0.0438 * P=0.0601 * P=0.0411 * P=0.0222 *	99.9±138 99.70±136.6 99.88±135.3 99.82±133.6	102.20±81.75 101.16±81.6 99.99±77.9 100.32±73.2	• ALT - قبل التطبيق - بعد شهر - بعد 3 شهور - بعد 6 شهور
P=0.0942	-404 P=0.0001	-8.65 P=0.0023 *	# Mean ± SD التغيير
P=0.5337 P=0.8391 P=0.8392 P=0.9892	24.31±43.58 24.15±43.11 24.34±42.02 22.99±40.66	26.67±47.18 26.60±47.18 22.72±43.33 20.85±39.99	• GGT - قبل التطبيق - بعد شهر - بعد 3 شهور - بعد 6 شهور
P=0.1504	-2.93 P=0.0135	-7.20 P=0.0154 *	# Mean ± SD التغيير
P=0.6552 P=0.3369 P=0.7048 P=0.766	73.34±315.55 73.38±314.35 72.27±312.75 71.42±307.75	51.99±309.65 52.43±294.45 60.95±311.75 67.07±302.90	• LDH - قبل التطبيق - بعد شهر - بعد 3 شهور - بعد 6 شهور
P=0.9461	-7.80 P=0.0267	-6.75 P=0.6596	# Mean ± SD التغيير

*P≤0.05 ذات دلالة احصائية هامة

متوسط التغيير (القيمة بعد 6 شهور - القيمة قبل التطبيق)

يظهر الجدول 4 وظائف الكبد للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق الدليل السريري ، لوحظ

من الجدول أنه ولدى تقييم وظائف الكبد لأفراد المجموعتين بعد شهر وبعد ثلاثة أشهر وبعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري تناقصت قيمة الفوسفاتاز القلوية بشكل ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية وكان متوسط النقصان

- (12.05-) في حين لم يحدث تغير يذكر بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة ، والتغيرات ذات دلالة احصائية هامة ($P = 0.0153$)
- بالنسبة للبروتين الكلي لم يكن هناك فروق في كل مجموعة على حدا لدى تقييم البروتين الكلي بعد شهر وبعد ثلاثة أشهر وبعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري ، وكذلك لم يكن هناك فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق الدليل السريري والتغيرات ليست ذات دلالة احصائية هامة ($P=0.0827$).
- وكذلك وجد تناقص ملحوظ في قيم أسبارتات أمينو ترانسفيراس AST لدى أفراد المجموعة التجريبية . بعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري و كان متوسط النقصان (- 17.40) و التغيرات ذات دلالة احصائية هامة ($P= 0.0074$) ، في حين لم يحدث تغير يذكر عند أفراد المجموعة الضابطة . ولدى مقارنة الفروق بين المجموعتين في التغير الذي حصل لم يكن هناك فروق ذات دلالة احصائية هامة ($P= 0.0854$) .
- أما بالنسبة لقيمة ناقلة الأمين ALT لوحظ تناقص طفيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري وكان متوسط النقصان (- 8.65) والتغيرات ذات دلالة احصائية هامة ($P= 0.0023$) . ولدى مقارنة الفروق بين المجموعتين في التغير الذي حصل لم تكن التغيرات ذات دلالة احصائية هامة ($P=0.0942$) .
- وكذلك تناقصت قيمة غاما غلوبين GGT بشكل ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري وكان متوسط النقصان (- 7.20) والتغيرات ذات دلالة احصائية هامة ($P= 0.0154$) . والفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التغير الذي حصل لم تكن ذات دلالة احصائية هامة ($P= 0.1504$) .
- بالنسبة لقيم الكولسترول منخفض الكثافة (نازعة هيدروجين اللاكتات) LDH لدى مقارنة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري كانت التغيرات ليست ذات دلالة احصائية هامة ($P=0.96461$) .

جدول 5تقييم تطور حالة المريض باستخدام معايير تشايد باغ لتقييم حدوث قصور كبد للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق الدليل السريري :

P Value	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	القيم المخبرية
	Mean ± SD	Mean ± SD	
P=0.0989	0.79±1.18	1.08±1.65	• البيليروبين : - قبل التطبيق
P=0.0934	0.94±1.20	1.08±1.66	- بعد شهر
P=0.1368	0.87±1.16	1.07±1.063	- بعد 3 شهور
P=0.2976	0.85±1.10	1.04±1.43	- بعد 6 شهور
	-0.08 P=0.4007	-0.23 P=0.0786	Mean ± SD التغير
P=0.0786	23.06±56.18	18.27±49.33	• ألبومين : - قبل التطبيق
P=0.1181	23.05±56.29	18.16±51.06	- بعد شهر

P=0.1891	22.62±57.10	18.24±52.37	- بعد 3 شهور
P=0.2892	22.67±57.40	18.29±53.23	- بعد 6 شهور
	1.22	3.91	Mean ± SD التغيير
	P=0.0575	P=0.0005	
P=0.9624	0.57±12.25	0.14±12.25	• زمن البروتروميين
P=0.7911	0.49±12.23	0.047±12.19	- قبل التطبيق
P=0.1932	0.55±12.11	0.46±11.90	- بعد شهر
P=0.0229	0.25±12.06	0.26±11.63	- بعد 3 شهور
	-0.19	-0.62	- بعد 6 شهور
	P=0.0171	P=0.0001	Mean ± SD التغيير

* P ≤ 0.05 ذات دلالة احصائية هامة .

متوسط التغيير (القيمة بعد 6 شهور - القيمة قبل التطبيق) .

يظهر الجدول 5 تقييم تطور حالة المريض باستخدام معايير تشايد باغ لتقييم حدوث قصور الكبد للمجموعة

التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق الدليل السريري . لوحظ من الجدول أنه ولدى تقييم المرضى في المجموعتين باستخدام معايير تشايد باغ بعد شهر وبعد ثلاثة أشهر وبعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري تناقصت قيمة البليوبروميين عند أفراد المجموعة التجريبية وكان متوسط النقصان (- 0.23) والتغيرات ليست ذات دلالة احصائية هامة (P = 0.0786) . ولدى مقارنة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة كان التغيرات ليست ذات دلالة احصائية هامة .

بالنسبة للألبومين لوحظ زيادة في قيمته عند أفراد المجموعة التجريبية بعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري وكان متوسط الزيادة (3.91) والتغيرات ذات دلالة احصائية هامة (P = 0.0005) . ولدى مقارنة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التغيير الذي حصل كانت التغيرات ذات دلالة احصائية هامة . أما بالنسبة لزمن البروتروميين فقد تناقصت قيمته بشكل ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد ستة أشهر من تطبيق الدليل السريري وكان متوسط النقصان (- 0.62) والتغيرات ذات دلالة احصائية هامة (P = 0.0001) . ولدى مقارنة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التغيير الحاصل كانت التغيرات ذات دلالة احصائية هامة.

المناقشة :

يعد التهاب الكبد C مشكلة صحية تؤثر بشكل مباشر على المريض من جميع النواحي الشخصية والاجتماعية والصحية ، و ذلك لما يحدثه من تغيرات في الخلية الكبدية مسبباً خلل في أداء الكبد لوظائفه و قد يتطور إلى تشمع و قصور الكبد و في بعض الحالات قد يحدث سرطان الكبد⁽³⁾.

إن الحد من تراجع هذه الوظائف أساسي للمحافظة على حياة المريض و منع حدوث المضاعفات و الاختلاطات الناجمة عن الإصابة بفيروس التهاب الكبد C ، و هذا يتطلب توحيد الجهود من الكادر الطبي والتمريضي لمساعدة المريض للعيش بأفضل جودة حياة ممكنة⁽⁴⁾، و ذلك من خلال توجيه المريض لإتباع مجموعة

من السلوكيات الصحية التي تشمل الحمية و الالتزام بالنظام العلاجي الموصوف و العادات و النشاط (5). و من هنا كان هدف هذه الدراسة تقييم تأثير السلوكيات الصحية على وظائف الكبد عند مرضى التهاب الكبد C .

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن مرضى أفراد المجموعة التجريبية الذين طبقوا الدليل السريري قد تحسنت لديهم وظائف الكبد بشكل هام احصائياً مقارنة بمرضى المجموعة الضابطة وذلك عند تقييم هذه الوظائف بشكل دوري على مدى ستة أشهر بعد تطبيق الدليل السريري حيث أن مرضى المجموعة التجريبية قد تناقصت لديهم قيمة الفوسفاتاز القلوية ALP و الغاما غلوتاميل GGT و أسبارتات أمينو ترانسفيراس AST و ناقلة الأمين ALT بشكل أفضل مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم نلاحظ لديها تحسن يذكر (الجدول 4) ، و هذا قد يكون بسبب تأثير التزامهم بالحمية و النظام العلاجي و النشاط و العادات التي شرحت لهم في الدليل السريري ، حيث تظهر نتائج فعالية الالتزام بالعلاج الموصوف و خاصة الانتزفيرون ما بين ثلاثة إلى أربعة أشهر وذلك لأنه يساعد الجهاز المناعي لجسم المريض على محاربة و طرد الفيروسات من خلال تعديل استجابة الجهاز المناعي للفيروسات و البكتيريا و السرطان و غيرها من المواد الغريبة التي تغزو الجسم، و هذا يساهم في عودة أنزيمات الكبد إلى معدلها الطبيعي و تطهير الدم من الفيروسات و بالتالي رفع نسبة الشفاء، كما أن الحمية المضبوطة تزود الجسم بالطاقة دون الاحتفاظ بالسموم التي تسبب كسل الخلايا الكبدية مما يحافظ على مناعة الجسم و يمنع انتشار الفيروس و تكاثره ، كما تساعد الأنشطة الترفيهية في محاربة الاكتئاب و الإرهاق و التوتر لدى المرضى وذلك بسبب تأثير ممارسة الرياضة كالمشي و تمارين الاسترخاء في انخفاض عدد ضربات القلب و سرعة التنفس و ضغط الدم و الشد العضلي و تحسين استهلاك الأوكسجين و الاستقلاب . في حين أن أفراد المجموعة الضابطة لم يكونوا مدركين لأهمية الالتزام بتناول الأدوية الموصوفة كما أن أغلبهم ليس لديهم معلومات كافية عن الحمية المناسبة و لا يدركون أن ممارسة بعض العادات و الأنشطة قد يساهم في زيادة تراجع وظائف الكبد . هذه النتائج متوافقة مع ما أبلغ عنه في دراسة أجريت في أمريكا (2009) (6) و في مصر (2010) (7) و في أمريكا (2012) (8) والتي أظهرت أهمية الالتزام بالعلاج الموصوف (الريبافيرين و الانتزفيرون) و الحمية الغذائية الخاصة في زيادة كفاءة عمل الكبد المصاب بفيروس التهاب الكبد C ، و دور الأنشطة و التمارين الرياضية و الاسترخاء في تحسين عمل الأعضاء الحيوية لجسم المريض . في حين تختلف مع ما جاء في دراسة أجريت في المكسيك (2010) (9) التي أظهرت حدوث تراجع في وظائف الكبد و قد يكون هذا بسبب عدم التزام مرضى هذه الدراسة بالعلاج الموصوف ، حيث أن الريبافيرين و الانتزفيرون في المكسيك لا يقدم للمرضى بالمجان و تكلفته مرتفعة جداً ، كما أن غالبية المرضى المشمولين بالدراسة كانوا من الطبقة المتوسطة ، و بعضهم كان من نزلاء السجون الذين لم يتوقفوا عن تعاطي المخدرات بشكل كامل ، في حين أن المرضى في دراستنا قدم لهم الدواء مجاناً من قبل المركز

ولدى تقييم تطور حالة المريض باستخدام معايير تشايد باغ لتقييم حدوث قصور كبد لوحظ أن مرضى المجموعة التجريبية لم يكون لديهم قصور كبد و ذلك عند تقييمهم بشكل دوري على مدى 6 أشهر بعد تطبيق الدليل السريري ، حيث لم يوجد لديهم علامات اعتلال الدماغ الكبدي أو حبن أو ارتفاع في قيم البيليروبين و حدث لديهم تراجع ملحوظ بشكل هام احصائياً في زمن البروترومبين و في قيمة ألبومين المصل مقارنة بمرضى المجموعة الضابطة ، حيث أن بعضهم حدث لديهم تراجع في وظائف الكبد و حققوا الدرجة B ، أي أن هؤلاء المرضى في طريقهم للإصابة بقصور الكبد (جدول 5) و هذا قد يكون بسبب التزام المرضى بتناول الريبافيرين و الانتزفيرون و الحصول على الجرعة اللازمة من الفيتامينات الداعمة ، كما أن التزامهم بالامتناع عن العادات التي تزيد وظيفة الكبد

سوءاً مثل امتناعهم بشكل كامل عن تناول الكحول مما حد من تأثيره المخرب لخلايا الكبد ومنع حدوث مرض الكبد الدهني الكحولي الذي يؤدي الى تراكم الدهون في الكبد و بالتالي حدوث التهاب بأنسجة الكبد ، و كذلك لم يتعاطى أي منهم للمخدرات التي تعمل على تخريب خلايا الكبد واحتباس العصارة الصفراوية و استرجاعها إلى الكبد ، و هذا يسير في نفس سياق دراسات أخرى أجريت و في مصر (2014)⁽¹⁰⁾ و في بريطانية (2013)⁽¹¹⁾ و في إيطاليا (2010)⁽¹²⁾ و في مصر (2009)⁽¹³⁾ حيث بينت هذه الدراسات الآثار الإيجابية لالتزام المرضى بالعلاج الدوائي (الريبافيرين والانتريفرون) وتحقق الحاجة اليومية من الفيتامينات الداعمة وإيقاف تناول الكحول بشكل تدريجي وإيقاف تعاطي المخدرات وبالتالي عدم ظهور حالات قصور الكبد عند هؤلاء المرضى . في حين تختلف مع دراسة أجريت في أمريكا عام (2005)⁽¹⁴⁾ و التي بينت ظهور علامات الحبن و ارتفاع نسبة الألبومين بشكل مضاعف عند بعض المرضى، هذا الارتفاع قد يكون بسبب عدم التزام أولئك المرضى بالعلاج الموصوف لإصابتهم بالاكنتاب و الفصام مما شكل عائقاً حال دون تكيفهم مع المرض .

الاستنتاجات والتوصيات:

يمكننا أن نستخلص من النتائج هذه الدراسة بأن تطبيق الدليل السريري المتضمن الحماية والنظام العلاجي والعادات والنشاط ساهم في تحسين وظائف الكبد عند مرضى المجموعة التجريبية حيث كان مقدار التحسن في وظائف الكبد أكبر بشكل ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأولئك في المجموعة الضابطة . لذلك يجب التنويه إلى أهمية تزويد مراكز التهاب الكبد الفيروسيه بكتيبات توضيحية مزودة برسوم توضح كيفية تطبيق الدليل السريري (الحماية والنظام العلاجي و النشاط والعادات) وضرورة الالتزام بها .

المراجع:

- 1- PACHARD. L. *Anatomy and Function of the Liver* .Journal of Stanford's Children 2013; 9(15):10.
- 2-SCHWARZINER M, MOHAMAD M. *Risk perception and priority setting for intervention among hepatitis C virus and environmental risks: a cross-sectional survey in the Cairo community*. BMC Public Health, 2010; 10:773.
- 3- SNOW K, MALATE P. *Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis* . Hepatol, 2007; 46(3): 420-4
- 4-FORD J, LEE C. *The role of the hepatology nurse in the difficult-to-treat hepatitis C population* . Gastroenterol ,2007; 21 (6) : 353-4.
- 5-FOSTER G. *Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C*. Journal of Viral Hepatitis, 2009; 16: 605-11.
- 6-LUE M, PORTE I. *Aging and hepatitis3rd*. USA, San Francisco: Hepatitis Advocate Center, 2009; 1-15
- 7-IBRAHIM E, MADIAN A. *Impact of Hepatitis C on Health-Related Quality of Life In Egypt*. Journal of American Science, 2010;7(11) : 430-9 .
- 8- BASAL A, KAMEL E. *Studying the quality of life of chronic hepatitis c patients and the associated factors*. Journal of American science, 2012; 7(12): 649-55.
- 9- LINDAU S, SCHUMM F. *A study of sexuality and health among older adults in the United States*. nengljmed, 2007; 357(8): 762-74 .

- 10- HASSAN S, EL-GHITANY E. *Knowledge, Attitude and Lifestyle Changes among Chronic Hepatitis C Patients in Alexandria, Egypt: A Fear-Appeal Intervention.* Journal of American Science, 2014; 8(2): 73-79.
- 11- ELLIS H. *Clinical anatomy.* UK, Blackwell Publishing co, 2013; 93-8 .
- 12- FRIED M. *Side effects of therapy of chronic hepatitis and their management.* Hepatology, 2002; 36: 237-44.
- 13-LEHMAN E, *Dynamics of liver diseases in Egypt. Published doctorate dissertation.* USA, Michigan University : 2009 .
- 14-EKERDT E. APPLEPUM R . *Encyclopedia of aging (1)* , USA Macmillan Reference ,2005; 1158-61.