

انتشار ارتفاع التوتر الشرياني الأساسي وعوامل الخطورة المرتبطة به في مدينة دمشق

بركات شاهين*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يشكل ارتفاع التوتر الشرياني الأساسي تحدياً كبيراً لمختصي الصحة العامة في أنحاء العالم كله، كما يشكل عامل الخطورة القابل للتعديل الأكثر أهمية في أمراض القلب الإكليلية، وقصور القلب الاحتقاني، والسكتة الدماغية، والأمراض الكلوية، واعتلال الشبكية.

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد انتشار ارتفاع التوتر الشرياني بين المشاهدين من قبل طبيب مختص يمارس اختصاصه في عيادة خاصة، واثنين من مراكز الرعاية الصحية في مدينة دمشق في الجمهورية العربية السورية، والأهم من ذلك البحث عن عوامل الخطورة المرافقة.

مواد البحث وطرائقه: أجريت دراسة مقطعية مستعرضة في عيادة خاصة في منطقة ركن الدين، واثنين من مراكز الرعاية الصحية في مدينة دمشق في الجمهورية العربية السورية (مركز الجمعية الخيرية الشركسية الكائن في منطقة ركن الدين، وعيادة الجامعة الدولية الخاصة للعلوم والتكنولوجيا).

كان حجم العينة الكلي 905 بالغاً أعمارهم 20 سنة وأكثر، وتشكلت من الذين استوفوا معايير الدخول في الدراسة جمهرة من 905 أشخاص (من 660 أنثى ما يعادل نسبته 73%، و245 ذكراً أي 27%).

اختيرت العينة المذكورة أعلاه بطريقة عشوائية ممنهجة، كما ملأ المشاركون استبياناً ذاتياً يحوي مميزات اجتماعية ديموغرافية (سكانية)، عوامل الخطورة لارتفاع التوتر الشرياني، قياس التوتر الشرياني، وبيانات أخرى متعلقة بالتحاليل المخبرية لعوامل الخطورة القلبية، والعادات الاجتماعية، والسوابق العائلية للأمراض القلبية.

النتائج: في هذه الدراسة كان معدل انتشار ارتفاع التوتر الشرياني الأساسي 23.6% من بين المشاركين، مع انتشار أعلى بين الذكور بنسبة 63.6% للذكور، مقارنة بـ 36.4% للإناث، مع ملاحظة نسبة انتشار أكبر عند المتقاعدين والأرامل والأشخاص ذوي العائلات الكبرى، وذوي التعليم المتدني (أمية وأقل من الابتدائية)، وكذلك عند المدخنين، وذوي السوابق العائلية لارتفاع الضغط الشرياني، وأمراض القلب الأخرى، إذ لوحظ ارتباط مهم عند ذوي القصة العائلية الإيجابية لارتفاع الضغط الشرياني بقيمة تنبؤية أقل من 0,021، كما البدانة أيضاً التي لوحظ ارتباطها المهم بارتفاع التوتر الشرياني بقيمة تنبؤية أقل من 0,005.

الاستنتاج: وُجد أن ارتفاع التوتر الشرياني مشكلة صحية مهمة جداً في مدينة دمشق، وكانت العوامل المرتبطة بارتفاع التوتر الشرياني هي الجنس المذكر، والبدانة، وقصة عائلية إيجابية لارتفاع توتر شرياني، والتقدم بالعمر وتدني مستوى التعليم أيضاً مع ملاحظة زيادة لدى الأرامل والمنحدرين من عائلات كبيرة العدد.

سلطت هذه الدراسة الضوء على الحاجة لإجراء دراسات أكثر لكشف ارتفاع التوتر الشرياني، والكشف عن عوامل الخطر الأخرى المرتبطة به، كما شجعت مختصي الصحة العامة لإجراء حملات نوعية وبرامج وقاية.

كلمات مفتاحية: الانتشار، ارتفاع التوتر الشرياني الأساسي، عوامل الخطورة، دمشق.

* قسم العلوم الطبية - كلية الصيدلة - الجامعة الدولية الخاصة للعلوم والتكنولوجيا - قسم الفيزيولوجيا والأدوية - كلية الطب - جامعة دمشق.

Prevalence and related risk factors of Essential Hypertension in Damascus, Syria.

Barakat Shahin*

Abstract

Background: Hypertension is a leading cause of cardiovascular disease. There are very few studies dealing with the incidence of hypertension and changes in blood pressure (BP) over time. We aimed to evaluate the prevalence and incidence of hypertension within an adult population in Damascus Syria.

Methods: The sample included 905, of which 245 men and 660 women aged 20 to 80 years at baseline, 214 subjects completed follow-up 1 years. BP was measured according to a standardized protocol with oscillometric devices and hypertension was defined as mean systolic BP (SBP) ≥ 140 mmHg and/or diastolic BP (DBP) ≥ 90 mmHg and/or use of antihypertensive medication if hypertension was known. We examined prevalence and incidence of hypertension, by age, sex, Socio-demographic characteristic, risk factors for hypertension like obesity and high levels of LDL cholesterol. .

Results: In this study, the prevalence of essential hypertension was 23.6% among participants with a higher prevalence among males, 63.6% for males compared with 36.4% for females, with a higher prevalence among retirees and widows. Persons with large families, those with low education (level of education of less than primary school), as well as in smokers and persons with a family history of essential hypertension and other heart diseases, where an important correlation was observed in the family of positive history of essential hypertension with predictive value less than 0.021 as well as obesity, which was significantly associated with essential hypertension with less predictive value From 0.005.

Conclusion: Essential hypertension was found to be a very important health problem in Damascus. The factors associated with high arterial tension were male sex, obesity, positive family history of essential, age and low education.

The study highlighted the need for more studies to detect essential hypertension and other associated risk factors, and encouraged public health professionals to work more for the diagnosis and controlling this disease and to make more active preventive programs.

key words: Prevalence, Essential hypertension, Risk factors for cardiovascular diseases, Damascus.

*Department of Medical science, Faculty of pharmacy, the International University for science and technology (IUST), Department of Physiology, Faculty of Medicine, Damascus University.

المقدمة:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد انتشار ارتفاع التوتر الشرياني وعوامل الخطورة المرتبطة به في مدينة دمشق. كما هدفت فضلاً عن ذلك إلى تحديد ملف قاعدي لارتفاع التوتر الشرياني في المنطقة.

المواد والطرائق:

كانت الجمهرة المستهدفة هي عينة من البالغين من الجمهورية العربية السورية التي أعمارهم 20 سنة وأكثر الذين حضروا للمراكز المقصودة بالدراسة في مدينة دمشق خلال المدة من شهر تشرين الأول من عام 2016 وشهر تشرين الأول للعام 2017.

أجريت الدراسة في ثلاثة مراكز رعاية صحية في مدينة دمشق، ثم اختيرت انتقائياً حسب القدرة على متابعة المرضى، ونتائج تحاليلهم المخبرية عيادة خاصة للأمراض الداخلية والقلبية، وعيادة مجانية تابعة للجمعية الخيرية الشركسية في منطقة ركن الدين، وعيادة الجامعة الخاصة للعلوم والتكنولوجيا في مقرها المؤقت في منطقة كيوان.

كان نمط الدراسة مقطعية مستعرضة وقد تضمنت 905 أشخاص (245 ذكراً، و660 أنثى) أعمارهم 20 سنة وأكثر.

تم اختيار المشاركون بطريقة اعتيان عشوائية ممنهجة من قائمة مراجعي كل مركز من المراكز المقصودة بالدراسة.

جمعت البيانات من طبيب مختص بالأمراض الداخلية والقلبية يمارس مهنته في الأماكن المقصودة بالدراسة، واستُعين باثنين من طلاب كلية الصيدلة في الجامعة الدولية الخاصة في أثناء إجرائهم لمشروع تخرجهم مستخدمين استبياناً تضمن بيانات ديموغرافية (سكانية)، التدخين، والقصة العائلية لأمراض القلب وارتفاع الضغط الشرياني، وقياس التوتر الشرياني، وبيانات متعلقة بالقياسات البشرية، والنشاط الجسدي، والعادات الاجتماعية والمعرفة، والممارسة والسلوك تجاه ارتفاع التوتر الشرياني.

يشكل ارتفاع التوتر الشرياني تحدياً بالنسبة لمختصي الصحة العامة في أنحاء العالم كله¹، كما يشكل عامل الخطورة الأهم القابل للتعديل، والمؤدي إلى داء قلبي إكليلي، وقصور قلب احتقاني، وسكتة، وأمراض كلوية، واعتلال شبكية^{2,3}.

شهدت الجمهورية العربية السورية خلال السنوات العشرين الأخيرة تطورات اجتماعية واقتصادية كبيرة مؤدية إلى تبدلات مهمة في عادات النظام الغذائي والممارسات المجتمعية المرتبطة به التي لا يكون العديد منها صحياً بالضرورة؛ ومما زاد المشكلة قلة النشاط بين شرائح كبيرة من المجتمع، وزيادة الهموم الاجتماعية والاقتصادية لشريحة كبيرة من المجتمع.

أسهمت هذه العوامل فضلاً عن عوامل أخرى في بزوغ أمراض تنكسية في حياة البالغين مثل البدانة، والداء السكري وارتفاع التوتر الشرياني التي حلت فعلياً محل الأمراض السارية كسبب أساسي للمراضة والوفاة^{4,5}.

تقدر نسبة إصابة الأشخاص فوق ال 35 عاماً بارتفاع التوتر الشرياني في منطقة الشرق الأوسط ب 20% إلى 26%^{6,7}، في دراسة أجريت في مدينة حلب في الجمهورية العربية السورية¹⁵ لوحظ ارتفاع في نسبة حدوث ارتفاع الضغط الشرياني لتصل إلى 40.6% من مشتركى الدراسة، في حين قدرت الدراسات نسبة انتشاره عند البالغين في بلد مشابه للجمهورية العربية السورية كالمملكة العربية السعودية (جنوب شرقي المملكة) ب 4% إلى 15%⁸. وهناك دراسة أخرى شاملة لأنحاء المملكة العربية السعودية كلها⁹ اعتمدت قياس 140/90 كتعريف لارتفاع التوتر الشرياني كانت نسبة الانتشار 26,1% بين البالغين بعمر 30 إلى 70 سنة مع انتشار أعلى عند الذكور بنسبة 28,6%؛ في حين كانت أقل بشكل مهم عند الإناث بنسبة 23,9% بقيمة تنبؤية أقل من 0,001.

الدم الانبساطي عند غياب الأصوات المرتبطة به (الصوت الخامس من أصوات كورتكوف). تم الحصول على القيمة الوسطية من ثلاث قراءات لاستخدامها في التحليل.

اعتمدت معايير منظمة الصحة العالمية لتشخيص ارتفاع التوتر الشرياني، وهي ضغط شرياني انقباضي أقل من 139 ملم زئبقياً، و/أو ضغط شرياني انبساطي أقل 89 ملم زئبقياً، و/أو استخدام دواء خافض للضغط.

جمعت المعلومات من سجل ارتفاع التوتر الشرياني في مراكز إجراء الدراسة الموماً إليها سابقاً.

صنفت البيانات المجموعة التي أدخلت ومُسحت خلال أسبوع مع تحديد الأخطاء المحتملة، وأخذت الإجراءات التصحيحية اللازمة.

أجري إدخال البيانات وتحليلها باستخدام عملية إحصائية من برنامج Social Sciences Program (SPSS) الإصدار (15).

استخدمت طريقة المنحنى البياني (Chi-squared) لاختبار ارتباط ارتفاع التوتر الشرياني وبعض عوامل الخطورة المشاركة، مع الأخذ بالحسبان أي قيمة تنبؤية أقل من 0,05 لتكون ذات أهمية إحصائية.

أجريت مقابلة كل مشارك مدّة 15 إلى 20 دقيقة، وأخذت موافقتهم بمشاركة بياناتهم ونتائج تحاليلهم في الدراسة دون أن تؤثر عدم موافقتهم على المشاركة بالدراسة في علاجهم، أو طرائق متابعتهم بعد شرح هدف الدراسة لهم.

قيس الطول والوزن باستخدام طرائق معيارية، وحسب مشعر كتلة الجسم BMI باستخدام جداول معيار NIH، وكان المشاركون كلهم قد ارتدوا ملابس خفيفة مع أحذية خفيفة لا تؤثر بأخذ الوزن والطول للمشارك.

أجري قياس الضغط الشرياني من قبل الطبيب مختص القلبية حصراً، وللمرضى كلهم حسب المعايير القياسية لمنظمة الصحة العالمية WHO، باستخدام جهاز قياس الضغط الشرياني الزئبقي من نمط Raistar، وقيس الضغط الشرياني بوضعيتي الجلوس والاضطجاع بمعدل قياسين لكل مريض في كل زيارة.

قيس الضغط الشرياني مرتين بالذراعين الأيمن والأيسر بواسطة جهاز قياس ضغط شرياني ذي صفر عشوائي، وله كم 14سم بعد راحة المشاركين مدّة 10 دقائق.

سُجّلت قيم الضغط لتدرجة 2ملم زئبقياً الأقرب، وقد سُجّل ضغط الدم الانقباضي عند ظهور الصوت المرتبط به (الصوت الأول من أصوات كورتكوف) مع تسجيل ضغط

النتائج:

(الجدول: 1) المميزات الاجتماعية الديموغرافية للمشاركين (عدد 905)

النسبة المئوية	العدد	المميزات الاجتماعية الديموغرافية
		الجنس
%73	660	أنثى
%27	245	ذكر
	905	الكلية
		الفئة العمرية
%64,3	580	45 - 20
%17,0	154	60 - 46
%18,7	171	60 ≤
	905	الكلية
		المستوى التعليمي
%24,8	224	تحصيل علمي متدنٍ (أُمِّي وأقل من الابتدائية)
%28,2	255	تعليم مدرسي غير كامل (إعدادية)
%24,2	219	أتم المرحلة الثانوية
%22,8	206	متخرج من الجامعة
	905	الكلية
		المهنة
%16,5	149	موظف حكومي
%2,9	26	طالب
%4,0	36	موظف قطاع خاص
%26,9	243	أعمال حرة
%33,9	306	ربة منزل
%6,0	54	متقاعد
%9,8	89	عاطل عن العمل
	905	الكلية
		حجم العائلة
%5,8	52	< 3
%28,1	254	3 - 5
%22,5	203	6 - 8
%25,9	234	9 - 11
%17,7	160	12 - 14
	905	الكلية
		الحالة العائلية
%40,3	364	أعزب
%54,6	494	متزوج
%2,6	24	متعدد الزوجات
%0,4	4	مطلق
%2,1	19	أرمل
	905	الكلية

تألفت الجُمهرة من 660 أنثى، و245 ذكراً الذين استوفوا شكَّلت الإناث العدد الأكبر من الجُمهرة بنسبة 73% مقارنة معايير الدخول بالدراسة متوسط العمر الإجمالي كان ب 27% ذكور (الجدول 1).
 $49,9 \pm 11,7$ سنة.

شكل الأفراد ذوو التحصيل العلمي المتدني 24,8% من غالبية أفراد الجمهرة كانوا أفراداً من عائلات متوسطة (بين الجمهرة، في حين كانت نسبة الأفراد المتخرجين من 3-5 أفراد).
الجامعة 22,8% من المجموعة المدروسة. شكل المتزوجون أكثر من نصف الجمهرة المدروسة جزء كبير من المجموعة المدروسة كن من الناحية المهنية (الجدول 1). (56,7%).
ريات منزل (33,9%)، تلاه أصحاب الأعمال الحرة بنسبة (26,9%).

(الجدول:2) انتشار ارتفاع التوتر الشرياني في الجمهرة المدروسة (عدد 905)

المجموعة المدروسة	العدد	النسبة المئوية	%95 C.I.
سوي التوتر الشرياني	691	76.4%	
مصاحب ارتفاع توتر شرياني*	214	23.6%	13,2 - 10,4
الكلية	905	100	

* وفقاً لـ JNC7 (2003)².

كانت نسبة انتشار ارتفاع التوتر الشرياني في دراستنا كان ارتفاع التوتر الشرياني أكثر انتشاراً بين الأشخاص المسحية 23.6% (C.I. 95%: 10,38 - 13,20%).
الجدول 2) قليلي التحصيل العلمي والأشخاص المتقاعدين، وكذلك الأشخاص ذوي العائلات متوسطة الحجم، كما لدى الأرامل

وُجِدَت نسبة 33% لانتشار ارتفاع التوتر الشرياني في أيضاً. (الجدول 3).

المجموعة العمرية (20-45 سنة) مقارنة بـ 67% عند الأشخاص الأكبر سناً.

(الجدول: 3) المميزات الاجتماعية الديموغرافية عند المجموعة المدروسة حسب وجود ارتفاع التوتر الشرياني.

%95 C.I.	مصاحبون بارتفاع توتر شرياني (237 شخصاً)		المميزات الاجتماعية الديموغرافية
	العدد	النسبة المئوية	
41,09 - 28,95	71	33%	الفئة العمرية 45 - 20
41,97 - 29,75	79	36.9%	60 - 46
34,89 - 23,33	64	30.1%	60 ≤
	214		الكلية
53,62 - 61,99	145	67,9%	الجنس
38,01 - 26,13	69	32,1%	ذكر
	214		أنثى
			الكلية
53,62 - 40,90	101	47,3%	المستوى التعليمي
19,76 - 10,62	33	15,2%	تحصيل علمي متدنٍ (أمي وأقل من الابتدائية)
15,43 - 7,35	24	11,4%	تعليم مدرسي غير كامل (إعدادية)
31,76 - 20,56	56	26,2%	أتم المرحلة الثانوية
	214		متخرج من الجامعة

			الكلية
			المهنة
47,10 - 34,67	%40,9	89	موظف حكومي
4,53 - 00,53	%2,53	5	طالب
10,45 - 3,89	%7,17	15	أعمال حرة
8,39 - 2,59	%5,4	54	موظف قطاع خاص
30,86 - 19,78	%25,2	30	ربة منزل
18,33 - 9,51	%13,9	9	متقاعد
7,32 - 1,96	%4,4	214	عاطل عن العمل
			الكلية
			حجم العائلة
13,97 - 6,20	%10,1	22	< 3
20,70 - 11,36	%16,3	35	3 - 5
40,22 - 28,14	%43,2	92	6 - 8
32,65 - 21,35	%15,7	34	9 - 12
16,89 - 8,43	%14,7	31	12 ≤
			الكلية
			الحالة العائلية
13,47 - 5,93	%9,7	21	أعزب
83,33 - 72,79	%78,1	167	متزوج
7,32 - 1,96	%4,6	10	متعدد الزوجات
3,33 - 0,0	%1,6	3	مطلق
8,91 - 2,91	%5,9	13	أرمل
			الكلية

فيما يخص عوامل الخطورة لارتفاع التوتر الشرياني، وُجِدَ أن انتشار ارتفاع التوتر الشرياني كان أعلى عند المُدخّنين بنسبة 12,4% منه عند غير المُدخّنين 11,6% دون وجود فرق مهم إحصائياً. كان الارتباط مهم بين الأشخاص مرتفعي الكوليسترول منخفض الوزن الجزيئي LDL كوليسترول مع قيمة تنبؤية أقل من 0,021، كما وُجِدَ أن انتشار ارتفاع التوتر الشرياني أكثر عند الأشخاص البدينين (ارتباطات عالية الأهمية بقيمة تنبؤية أقل من 0,005).

هؤلاء الذين لديهم قصة عائلية إيجابية لارتفاع توتر شرياني أظهرها أيضاً ارتباطاً مهماً بارتفاع التوتر الشرياني، كما وُجِدَ أيضاً أن ارتفاع التوتر الشرياني أكثر انتشاراً بين أولئك الذين يعانون من داء قلبي إكليلي إلا أن اختبار المنحنى البياني لم يُظهر ارتباطاً مهماً من الناحية الإحصائية. (الجدول 4).

جزء كبير من المرضى المصابين بارتفاع توتر شرياني في دراستنا الذين تبلغ نسبتهم نحو (33,8%) لم يكونوا عارفين بالمشكلة الصحية التي اكتشفت في أثناء الدراسة.

(الجدول:4) توزع المجموعة المدروسة حسب عوامل الخطورة لارتفاع التوتر الشرياني

الأهمية	مصابون بارتفاع توتر شرياني (214 شخصاً)		أسواء التوتر الشرياني (691 شخص)		المجموعة المدروسة عوامل الخطورة
	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
$\div 2 = 0.237$ $P. Value = 0.62$	%28,3 %71,7	61 153 214	%26,8 %73,2	185 506 691	التدخين مدخن غير مدخن الكلي
$\div 2 = 0.021$ $P. Value = 0.884$	%32,5 %67,5	70 144 214	%32,0 %68,0	221 470 691	ارتفاع الكوليسترول LDL>130mg dl LDL <130 mg الكلي
$\div 2 = 35.77$ $P. Value = 0.0000$	%29,1 %35,4 %18,6 %11,4 %5,5	62 76 41 24 11 214	%48,5 %27,8 %14,5 %6,1 %3,1	335 192 101 42 21 691	مشعر كتلة الجسم منخفض أو طبيعي > 25 قبل بدانة 25- بدانة درجة I 30- بدانة درجة II 35- بدانة درجة III ≥ 40 الكلي
$\div 2 = 12.344$ $P. Value = 0.0004$	%54,9 %45,1	117 97 214	%42,8 %57,2	296 395 691	قصة عائلية لارتفاع توتر شرياني إيجابية سلبية الكلي
$\div 2 = 3.50$ $P. Value = 0.06$	%21,5 %78,5	46 168 214	%16,6 %83,4	115 576 691	قصة عائلية لقصور قلب احتقاني إيجابية سلبية الكلي

المناقشة:

شكل الأفراد ذوو التعليم المتدني 24,8% من الجمهور في

حين شكل المتخرجون من الجامعة نسبة 22,8% من المجموعة المدروسة.

جزء كبير من المجموعة المدروسة كن من ربات البيوت 33,9%، تلاهم أصحاب المهن الحرة بنسبة 26,9%. غالبية أفراد الجمهور المدروسة كانوا أفراداً في عائلات متوسطة (بين 3-5 أفراد)، كما شكل المتزوجون أكثر من نصف الجمهور المدروسة 56,7%.

كان انتشار ارتفاع التوتر الشرياني في دراستنا المسحية 23.6%، وهذا كان مشابهاً لدراسة (أجريت في

تألفت الجمهور من 660 أنثى، و245 ذكراً الذين استوفوا معايير الدخول بالدراسة.

كان متوسط العمر الإجمالي $49,9 \pm 11,7$ سنة، وشكل الإناث عدداً كبيراً من الجمهور بنسبة 73% مقارنة ب 27% للذكور.

العينة المستهدفة بهذه الدراسة تضمنت 64,3% بعمر بين 20-45 سنة في حين شكل الأشخاص الأكبر سناً نسبة 35,7%.

المُدخّنين، الشيء نفسه وُجِدَ أيضاً عند الأشخاص ذوي الكولسترول LDL المرتفع، كما وُجِدَ أن ارتفاع التوتر الشرياني أكثر انتشاراً عند البدنيين، وذوي القصة العائلية الإيجابية لارتفاع توتر شرياني، كذلك عند المصابين بداء قلبي إكليلي.

جزء كبير من المرضى المصابين بارتفاع التوتر الشرياني (36.4%) لم يكونوا عارفين بالمشكلة الصحية هذه لديهم، وهذا ما يتوافق مع نتيجة MOH في المملكة العربية السعودية في عام 2005 (10,14) التي تضمّنت تقريراً بأنّ نحو 27% من الأشخاص المصابين بارتفاع توتر شرياني كلّمهم لم يكونوا على دراية بمرضهم.

في دراسة أُجريت في المنطقة الجنوبية من المملكة العربية السعودية على 442 حالة ارتفاع توتر شرياني نحو 338 أي ما يعادل نسبة 76,5% كان ارتفاع التوتر الشرياني لديهم مُكتشفاً حديثاً خلال المسح، وكانوا غير مدركين لإصابتهم بالمرض قبلها⁷، مع أنّ انتشار ارتفاع التوتر الشرياني في المجموعات المفحوصة في الجمهورية العربية السورية في هذه الدراسة يشير إلى أنّ المرض ليس بالقر ذاته من الشيع في الدول الصناعية، إلاّ أنّه يشير إلى أنّ المرض يصيب نسبة كبيرة من الجمهرة إلى حدّ يكفي لتبرير الاهتمام والانتباه المُتخذ مستقبلاً، ويسلط الضوء على أهميّة واحتماليّة المردود المرتفع من إجراء مسح لارتفاع التوتر الشرياني.

أيضاً نظراً إلى لتطور الاجتماعي والاقتصادي الملحوظ والتغيّرات السريعة نحو التمدّن في مدينة دمشق وسائر الجمهورية العربية السورية خلال العقدين الماضيين، إلاّ أنّ الظروف التي تمر بها البلاد خلال الست سنوات السابقة للدراسة جعل ارتفاع الضغط الشرياني والأمراض القلبية الأخرى أكثر انتشاراً نوعاً ما ليقترّب من مثيلاته بين المجتمعات المُتمدّنة أو يتجاوزها أحياناً.

العام 2007)¹⁰ التي سجلت انتشاراً إجمالياً بنسبة 11,1% في جنوب غربي المملكة العربية السعودية.

وُجِدَ أن انتشار ارتفاع التوتر الشرياني يزداد مع العمر (39,2% بين الأشخاص الأكبر سنّاً مقارنة ب 5,6% فقط عند الأشخاص الأصغر).

كان هذا الاكتشاف متوافقاً مع دراسة عن الصحة القلبية الوعائية أُجريت في مدينة حلب في سوريا بالعام 2007¹⁵ إذ لوحظ في هذه الدراسة تركيز على مجمل الأمراض القلبية (احتشاء، وخنق صدر، وقصور قلب، ونسبة دماغية) وتناولت أشخاص بعمر يراوح بين 18 و65 سنة، وبنسبة ذكور نحو 49.5، إذ لوحظ ارتفاع في الضغط الشرياني بنسبة 40.6 (نسبة الذكور 47.7، والإناث 34.9)

ومع تناول الدراسة لعدد مرضى أكبر (2038 مريضاً) إلاّ أنّ محدوديتها تنبع من كونها ركزت على الأمراض القلبية كلّها وكون قياس الضغط الشرياني أُجري لعدّة أشخاص. كان ارتفاع التوتر الشرياني أكثر عند الرجال بنسبة 67,9% منه عند النساء بنسبة 32,1%.

(أي لا اختلاف مهم تمّ إيجاده في انتشار ارتفاع التوتر الشرياني بين الرجال والنساء، كما كان الاكتشاف ذاته قد وُجِدَ في دراسة المملكة العربية السعودية 2007).¹⁰ ودراسة حلب.¹⁵

ينسجم الانتشار المتزايد لارتفاع التوتر الشرياني مع التقدّم بالعمر مع الموجودات في الدراسات الأخرى، وبصورة مماثلة في جزر فارازان⁽¹³⁾.

وُجِدَ أيضاً في هذه الدراسة أنّ ارتفاع التوتر الشرياني أكثر انتشاراً بين الأشخاص ذوي التعليم المتدني، المتقاعد، وذوي الأسر الكبرى والأرامل أيضاً.

فيما يتعلّق بعوامل الخطورة المرتبطة بارتفاع التوتر الشرياني وُجِدَ أنّ ارتفاع التوتر الشرياني أعلى عند المُدخّنين بنسبة 12,4% مقارنة بنسبة 11,6% عند غير

الذي نزحوا منه، كما يجب أن يكون هناك اهتمام أكبر موجّهاً نحو ضبط أفضل للمرض ونحو دراسة وتشجيع المطاوعة.

نظراً إلى ارتفاع التوتر الشرياني مرض قابل للعلاج، برامج مسح مُنظمة مطلوبة لمعرفة المجموعات التي تعاني من المرض بهدف علاجهم في مراحل باكراً.

إذا اتخذت هذه الاستراتيجية فإنّ من شأنها أن تُخفّض الاختلاطات المرعبة المرافقة.

الخاتمة:

كشفت الدراسات المجراة في المنطقة العربية والعالم مؤخراً أن انتشار ارتفاع التوتر الشرياني بين البالغين متفاوت في المناطق المختلفة، ويتأثر بالعمر والجنس. على أي حال مستقصون مختلفون كشفوا معدّلات انتشار مختلفة في الأقطار العربية، لذا فإنّ دراسات أكثر مطلوبة لتسوية هذه الاختلافات.

هناك حاجة لضبط ارتفاع التوتر الشرياني والوقاية منه في الجمهورية العربية السورية، وهذا يتضمّن تدخّلات مجتمعيّة فاعلة من خلال مسح ارتفاع التوتر الشرياني عند البالغين باكراً للوقاية من عواقبه الضارة إذا تُرك دون علاج.

اعتراف:

أنا مُمتنٌّ لكلية الصيدلة في الجامعة الدولية الخاصة ممثلة بعميدها ومجلس كليتها الموقرين لدعمهم الدراسة.

إجراء هذه الدراسة غير ممكن دون دعم لوجستي ودون تسهيلات من إدارة الجامعة الدولية الخاصة ممثلة برئيسها ومجلس الجامعة والقائمين على الجمعية الخيرية الشركسية في منطقة ركن الدين.

أخيراً، لا بدّ من توجيه شكر أخير لطالبي كلية الصيدلة في الجامعة الدولية الخاصة لمساعدتهم في جمع البيانات الخاصة بالدراسة.

الدراسات عن انتشار ارتفاع الضغط الشرياني في منطقة الشرق الأوسط محدودة جداً رغم أهمية المرض، هناك دراسة راجعت هذه الدراسات كلّها¹⁶ فيما يتعلق بانتشار ارتفاع الضغط الشرياني والوعي والضبط للضغط الشرياني في الوطن العربي، شملت الدراسات التي أجريت بين 1980 وكانون الثاني 2011 إذ لم يوجد سوى 13 دراسة في الأدب الطبي بهذا الخصوص من 10 أقطار عربية، كان الانتشار بشكل عام نحو 29.5%، وهو ما يوحي بزيادة نسبة ارتفاع الضغط الشرياني مقارنة بالولايات المتحدة 28%، وأقطار جنوب صحراء أفريقية 27.6%.

اتضح أنّ الوعي لمخاطر ارتفاع الضغط الشرياني كان واضحاً في 46% من الدراسات مع اختلاف من 18% في الأردن إلى 78.8 في سوريا.

واختلف ضبط الضغط الشرياني ليرواح بين 56% في تونس إلى 92% في سوريا ومصر، وقد اتضحت زيادة الانتشار مع تقدم العمر، وكذلك كان أكثر تواتراً بين الإناث في الوطن العربي.

الميزة في الدراسة أنّها من أوائل الدراسات التي تسلط الضوء على انتشار مرض مهم كارتفاع التوتر الشرياني خلال مرحلة الأزمة التي حدثت في سوريا والمنطقة التي أُجريت فيها الدراسة يسكنها مواطنون من مختلف مناطق سوريا بسبب النزوح الاضطراري نحو مدينة دمشق من مناطق أخرى في سوريا خلال هذه المرحلة لتصبح هذه الجمهرة المنتقاة ممثلة لشريحة واسعة من أبناء سوريا كلّها، وكذلك كميزة أخرى هي أنّ الشخص الذي يقيس الضغط الشرياني كان نفسه بالنسبة إلى أفراد العينة كلّها وهي ميزة لا تتحقق في دراسات أخرى.

دراسات أخرى مطلوبة لتوضّح هل كان المرض ذو علاقة بالمناطق المختلفة من سوريا من خلال إمّا تنويع المراكز على المحافظات، أو سؤال المرضى عن المكان الأصلي

References

1. Kannel W.B., Elevated systolic blood pressure as a cardiovascular risk factor. *Am J Cardiol* 2000; 85:251–255. [PubMed]
2. Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A. et al., Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360:1347–1360. [PubMed]
3. Whelton P.K., He J., Muntner P., Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. *J Hum Hypertens* 2004; 18:545–551. [PubMed]
4. Lioyd-Jones D.M., Evans J.C., Levy D., Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community. *JAMA*. 2005; 294(4): 466-472.
5. Wang T.J., Vasan R.S., Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*. 2005; 112(11): 1651-1662.
6. Sadeghi M., Roohafza H.R., Kelishadi R., Blood pressure and associated cardiovascular risk factors in Iran: Isfahan Healthy Heart Programme. *Med J Malaysia*. 2004; 59(4): 460-467.
7. Al-Shahri M., Mandil A.M., Elzubier A.G., Hanif M., Epidemiological aspects and cost of managing hypertension in Saudi Arabian primary health care centres. *East Mediterr Health J*. 1998; 4(3): 493-501.
8. Abolfotouh M.A., Abu-Zeid H.A., Abdel Aziz M., Alakija W., Mahfouz A.A., Bassuni W.A., Prevalence of hypertension in south-western Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 1996; 2(2): 211-218.
9. El-Hazmi M.A., Warsy A.S., Hypertension in Saudi Arabia. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 1999; 10(3): 365-371.
10. Al-Nozha M.M., Abdullah M., Arafah M.R., Khalil M.Z., Khan N.B., Al-Mazrou Y.Y., et al., Hypertension in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2007; 28(1): 77-84.
11. Hu F.B., Willett W.C., Colditz G.A., Ascherio A., Speizer F.E., Rosner B., et al., Prospective study of snoring and risk of hypertension in women. *Am J Epidemiol*. 1999; 150(8): 806-816.
12. Lindenstrøm E., Boysen G., Nyboe J., Influence of systolic and diastolic blood pressure on stroke risk: a prospective observational study. *Am J Epidemiol*. 1995; 142(12): 1279-1290.
13. Fiebach N.H., Hebert P.R., Stampfer M.J., Colditz G.A., Willett W.C., Rosner B., et al., A prospective study of high blood pressure and cardiovascular disease in women. *Am J Epidemiol*. 1989; 130(4): 646-654.
14. Al-Shorbaji N., WHO EMRO's approach for supporting e-health in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2006;12(Suppl2): S238-S252.
15. Maziak W., Rasteman S., et al., Cardiovascular health among adults in Syria: a model from developing countries, *Ann Epidemiol*. 2007 Sep; 17 (9):713-720.
16. Tailak A.H., Eangelista L., et al., Hypertension prevalence, awareness and control in Arab countries : A systemic review, *Nurs. Healthsci*. 2014 Mars; 16 (1): 126-130.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2018/01/28
تاريخ قبوله للنشر 2018/08/14

