Review

A Review in Fasting and Gastrointestinal Diseases

Tarang Taghvaei[1], Azita Sadough[2*], Iradj Maleki[1], Atieh Maklogh[1]

1. Department of Internal Medicine. Gut and Liver Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. General Practitioner, Gut and Liver Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
*.Corresponding Author: E-mail: Azitasadogh@yahoo.com

(Received 7 February 2015; Accepted 17 April 2015)

Abstract

Ramadan fasting is the implementation of a full and regular body and mental health care, which is considered both. It is scientifically proven that Ramadan fasting not only causes Mental Relaxation, But also Causes Increase in Endorphin hormones, which Helps Recovery Mental condition. These events Cause Relief and increase consciousness in fasting person. The question is fasting is good for health or not. Which patient is able to fast? To answer these questions we decided to review Gastro -intestinal diseases and effect of fasting with them.

Keywords: fasting, Gastrointestinal Diseases, Peptic ulcer, fatty liver, cholecystitis, Inflammatory bowel diseases, Irritable Bowel Syndrome

J Clin Exc 2015; 3(2): 71-84 (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

مجله تعالی بالینی
آموزشی- پژوهشی
دوره سوم شماره ۲ (۸۴-۷۱)

مروری بر روزه‌داری و بیماری‌های گوارش

ترنگ تقوایی[۱]، آزیتا صدوق[۲*]، ایرج ملکی[۱]، عطیه مخلوق[۱]

چکیده

روزه‌داری اجرای یک برنامه کامل و منظم بهداشتی که در آن بهداشت جسم و بهداشت روان هر دو مدنظر قرار دارد. امروزه از نظر علمی به اثبات رسیده است که روزه‌داری نه تنها به جهات معنوی موجبات آرامش روحی را در افراد روزه‌دار فراهم می‌کند، بلکه به واسطه افزایش هورمون‌هایی چون اندورفین‌ها که در زمان روزه‌داری سطح آن در خون بالا می‌رود، شرایط روحی ـ روانی بهتری برای فرد ایجاد می‌نماید. این موضوع همچنین موجب آرامش، آسایش خاطر و نیز افزایش سطح هوشیاری و تمرکز در فرد روزه‌دار می‌شود. پرسشی که برای بسیاری از مردم مطرح است این است که؛ روزه‌داری برای سلامت انسان خوب است یا خیر؟ و اینکه آیا افرادی که بیماری‌های مختلف دستگاه گوارش دارند می‌توانند روزه بگیرند یا خیر؟ لازمه پاسخ به این پرسش آن است که ابتدا مروری برآنچه در این زمینه تحقیق شده است داشته باشیم و اثرات روزه‌داری را در بیماری‌های مختلف گوارش بررسی نماییم.

واژه‌های کلیدی: روزه‌داری، بیماری‌های گوارشی، پپتیک اولسر،کبدچرب، کوله سیستیت، بیماری‌های التهابی روده، سندرم روده تحریک‌پذیر.

مقدمه

روزه‌داری یکی از ارکان عبادی است که از نظر اسلام باعث ارتقاء سلامت جسمی و روانی فرد می‌شود خداوند در قرآن می‌فرماید: اگر علم داشتید می‌دانستید که روزه گرفتن برای شما خیر است "وان تصومو خیر لکم ان کنتم تعلمون"(سوره بقره آیه ۱۸۴). تغذیه و رژیم غذایی در این ماه مبارک با سایر ماه‌ها متفاوت می‌باشد بطوریکه دریافت مواد اعم از مواد کربوهیدرات، پروتئین، چربی تغییر می‌کند امروزه تحقیقات زیادی در کشورهای اسلامی مبنی بر تاثیرات روزه‌داری بر سلامت جسمی انجام گرفته است که نتایج آنها تاثیر مثبت روزه‌داری را برکنترل وزن و کاهش فشارخون و سوخت‌وساز چربی‌ها نشان داده است(۲،۱). مطالعات مختلفی نیز در زمینه روزه‌داری و اثرات آن در بیماری‌های قلبی‌عروقی انجام گرفته است که تاثیرات مثبت روزه‌داری را بر شاخص‌های استرس اکسیداتیو وکاهش در نسبت تری‌گلیسرید به کلسترول لیپید با چگالی بالا نشان داده است(۳).

در مورد روزه‌داری و بیماری دیابت و برخی از اختلات گوارشی مطالعاتی انجام شده است(۴،۵) با توجه به این که مطالعات اندکی در مورد تاثیرات روزه‌داری بر بیماری‌های گوارشی انجام شده است و نتایج این مطالعات نیز تا حدودی با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

۱. گروه داخلی، مرکزتحقیقات گوارش و کبد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. پزشک عمومی، مرکزتحقیقات گوارش وکبد، مازندران، ساری، ایران.
*نویسنده مسئول: مازندران، مرکزآموزشی درمانی امام خمینی(ره)ساری E-mail: Azitasadogh@yahoo.com
تاریخ دریافت:۱۳۹۳/۱۱/۱۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات:۱۳۹۳/۱۲/۲۵ تاریخ پذیرش:۱۳۹۳/۱/۲۸

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

با در نظر گرفتن این مسئله که همواره پیش از آغاز ماه مبارک رمضان پزشکان با سوالات متعددی در این زمینه مواجه هستند در این مقاله سعی شده است ضمن بهره‌گیری از مستندات موجود در مورد بیماری‌های مختلف دستگاه گوارشی در مدت روزه‌داری از نظر صاحب‌نظران نیز استفاده نماید تا با توجه به آنها راهنمایی عملی و روزآمدی برای کلیه پزشکان در مواجه با این بیماران در سطوح مختلف تدوین گردد که البته این راهکار تنها به عنوان یک راهنما است و تصمیم نهایی براساس شرایط ویژه هر بیمار و بر پایه مهارت و تجربه پزشک اتخاذ خواهد شد.

پپتیک اولسر

بیماری پپتیک اولسر، نقص در موکوس معده روده‌ای است که می‌تواند به موسکولاریس موکوسا نیزگسترش یابد در این بیماری افزایش ترشح اسید وپپسین در ترشحات معده وجود دارد. بیماری پپتیک اولسر یک دلیل عمده عوارض پرهزینه در مراقبت‌های سلامتی می‌باشد که باعث از دست دادن کار، بستری شدن و افزایش درمان‌های سرپایی می‌گردد بطوریکه در ایالت متحده امریکا این هزینه در حدود ۶۵-۵ بیلیون دلار در سال برآورد می‌شود تظاهرات بالینی این بیماری از یک خونریزی ساده تا سوراخ شدن معده متغیر می‌باشد(۶).

پاتولوژی زخم معده اولین بار در سال ۱۸۳۵ شرح داده شد. زخم دئودنال تا سال ۱۹۰۰ نادر بود و سپس در طی اوایل قرن ۲۰ شایع شد. به هرحال در کشورهای توسعه‌یافته مرگ‌ومیر ناشی از پپتیک اولسر درگروه‌های متولدین بعد از قرن ۲۰ بطور چشمگیری کاهش پیدا کرد با توجه به مدارک، اپیدمیولوژی پپتیک اولسر به طور وسیعی تحت تاثیر فاکتورهای محیطی نظیر عفونت هلیکوباکترپیلوری، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی وسیگار کشیدن قرار دارد(۷).

کاهش شیوع هلیکو باکتر پیلوری اثر زیادی در کاهش بیماریهای زخم پپتیک در کشورهای توسعه یافته و غیرتوسعه یافته داشته است. در کشورهای توسعه یافته مانند ایالات متحده امریکا شیوع بیماری زخم در افراد جوان کاهش یافته است در حالی که زخم‌های ناشی از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی در افراد مسن چه به دلیل افزایش امید به زندگی و چه به دلیل استفاده از آسپرین افزایش یافته است(۷).

مطالعه‌ای که توسط مهدی و همکارانش بر روی ۵۷ بیمار مبتلا به زخم اثنی‌عشر تایید شده با آندوسکوپی انجام گرفت اعلام کردند که ناشتایی در بیماران مبتلا به زخم اثنی‌عشر تحت درمان با لانزوپرازول ممکن است بدون خطر و ریسک باشد در این مطالعه همه بیماران ۳۰ میلی‌گرم لانزوپرازول در طول روز برای ۴ هفته دریافت کردند بعد به صورت تصادفی بیماران به دوگروه ۲۷-۱ نفری بدون ناشتایی و۳۰-۲ نفر با ناشتایی تقسیم شدند و اندوسکوپی در انتهای ماه ناشتایی انجام گرفت. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که در هر دو گروه عوارض زخم وجود نداشت و درصد بهبودی با اندوسکوپی در گروه اول ۸۸/۸ درصد و در گروه دوم ۹۰ درصد بود و بدین ترتیب نتیجه گرفتند که ترمیم زخم اثنی‌عشر در گروه روزه‌دار و غیرروزه‌دار تفاوتی ندارد(۸).

در مطالعه گذشته نگری که توسط دوندریسی از سال ۱۹۹۲-۱۹۸۷ بر روی بیماران بستری شده در بیمارستان NUMUNE انکارا با شکایت زخم معده انجام گرفت نتایج نشان داده است که عوارض زخم در تمام سال‌های مطالعه در طی رمضان بالاتر از ماه‌های قبل و بعد از رمضان بوده است. قبل از رمضان $0/05 > P > 0/01$ و بعد از رمضان $0/1 > P > 0/05$ بوده است و زنان در ماه رمضان نسبت به مردان بیشتر دچار عوارض زخم معده(نظیر خونریزی و پرفوراسیون) می‌شدند و در گروه دچار پرفوراسیون میانگین سنی زنان از مردان بالاتر بوده است و بدین ترتیب اعلام کرد عوارض زخم در ماه رمضان بیشتر از سایر ماه‌ها می‌باشد(۹).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

در مطالعه‌ای که توسط الکعبی و همکارانش در بیماران مراجعه کننده به بخش حوادث و اورژانس بیمارستان العین امارات متحده عربی به صورت گذشته‌نگر با هدف بررسی اثر روزه‌داری ماه رمضان بر وقوع بیماری زخم معده و عوارض ناشی از آن انجام گرفت پرونده بیماران در طول دوره ده ساله از سال ۲۰۰۲ -۱۹۹۲ بررسی شد از ۴۷۰ بیمار شناخته شده تحت درمان با زخم اثنی‌عشر ۲۱۵ بیمار در ماه رمضان بستری شدند و ۲۵۵ بیمار در ماه‌های بعد از رمضان بستری شدند فراوانی بیماری زخم پپتیک بعد از ماه رمضان نسبت به ماه رمضان نظر آماری معنی‌دار نبود بیماری زخم پپتیک بیشتر در گروه سنی ۴۹-۳۰ سال بود سوراخ شدن زخم بیشتر در ماه‌های بعد از رمضان اتفاق افتاده بود اما اختلاف معنی‌دار وجود نداشت و در آنالیز رگراسیونی متغیرهایی مثل بی‌اشتهایی، درد، فشارخون بالا، سیگار کشیدن، درد اپی‌گاستر، دیابت و سابقه خانوادگی به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده زخم پپتیک شناخته شده بودند و بدین ترتیب باتوجه به عدم تفاوت قابل توجه مراجعین اعلام کرد که روزه اثر منفی بر ترمیم زخم پپتیک ندارد(۱۰).

در یک مطالعه کوهورت که توسط حسینی اصل بر روی بیماران با تشخیص اندوسکوپیک زخم دوازدهه انجام گرفت و در نهایت اثر ناشتایی را بر بهبود زخم اثنی‌عشر بررسی کرد، مشاهده کرد که میزان بهبودی در گروه ناشتا ۹۴/۴ درصد و در گروه غیر ناشتا ۹۵/۵ درصد بوده است و بدین ترتیب اعلام کرد روزه اثر سویی بر بیماران زخم پپتیک ندارد(۱۱).

مالک مبارک با مطالعه کوهورت بر روی۸۰ بیمار که با روش اندوسکوپی پپتیک اولسر شناخته شده داشتند اثر ناشتایی بر روی بهبود زخم پپتیک آنها بررسی کرد. در این مطالعه همه بیماران با زخم حاد دوازدهه(۴ نفر از ۴ نفر) علائم بهبودی داشتند و در گروهی از بیماران با زخم مزمن دئودنال(حدود ۱۶ نفر) ۶۲/۵ درصد(۱۰ نفر) خونریزی زخم مزمن دوازدهه در طی این مدت وجود داشت در صورتی که در بقیه یعنی ۶ بیمار دیگر در تکرار اندوسکوپی تغییراتی نداشتند. در بیماران با زخم دوازدهه بهبود یافته(۲۰ بیمار) حدود ۸۵ درصد(۱۷ بیمار) زخم دوازدهه هیچ تغییری نداشتند اما در بقیه، زخم حاد دوازدهه جدید توسعه یافت. یک بیمار زخم مزمن معده داشت و در طی دوره‌های ناشتایی دچار خونریزی شد، در بیمارانی که ناشتایی نداشتند هیچ تغییری گزارش نشد(۱۲).

در مطالعه گذشته‌نگری که توسط Kucuk و همکارانش به منظور اثر ناشتایی ماه رمضان در بروز سوراخ شدن زخم دوازدهه بر بیمارانی که طی سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۹۸ بستری شدند انجام گرفت بیماران به دو گروه براساس اطلاعات دموگرافیک و بیماری‌های همراه و عوامل مستعدکننده تقسیم شدند. بیمارانی که در طی ماه رمضان بستری شدند و بیمارانی که در سایر ماه‌ها بستری می‌شدند(۵ ماه در مقایسه با ۵۵ ماه در یک دوره ۵ ساله) حجم نمونه درگروه اول ۵۰ نفر ودر گروه دوم ۲۱۰ بیمار بود در آنالیز آماری شمارش بیماران منجر به جراحی در گروه اول نسبت به گروه دوم به طور معنی‌داری بالا بود ۱۰ بیمار در این ماه در مقابل ۳/۸ بیمار در ماه‌های دیگر($P<0/018$) البته ممکن است عوامل مستعدکننده علت این تفاوت باشند. مطالعه نشان داد که سوراخ شدن زخم اثنی‌عشر در ماه رمضان خصوصا در کسانی که ناشتا هستند و عوامل مستعدکننده دارند بسیار بالا می‌باشد(۱۳).

عباسعلی محرابیان و همکارانش در کارآزمایی بالینی یک سوکور، ۸۴ بیماری که زخم اثنی‌عشر آنها با آندوسکوپی مورد تأیید قرار گرفته بود، مورد مطالعه قرار دادند بیماران درد و گروه روزه‌دار و غیرروزه‌دار براساس تصمیم خودشان تقسیم شدند و تمامی آنها تحت درمان با امپرازول ۴۰ میلی‌گرم در شبانه‌روز قرار گرفتند. علایم آنها شامل؛ درد، تهوع، خونریزی و ترمیم زخم مورد مطالعه قرار گرفتند و نتایج حاصله در دو گروه، مقایسه شد. یافته‌ها نشان داد در ۷۹/۷۶ درصد زخم‌ها ترمیم ایجاد شد ترمیم زخم در

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

گروه غیرروزه‌دار و روزه‌دار به ترتیب ۷۵/۵ درصد و ۸۵/۷ درصد بود لذا تفاوت چشمگیری بین دوگروه مشاهده نشد میزان علائم و عوارض در دوگروه تقریبا یکسان بوده است($P=0/5$).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که علایم و عوارض ناشی از زخم اثنی‌عشر در دو گروه روزه‌دار و غیرروزه‌دار تفاوت آماری قابل توجهی ندارد و بیماران مبتلا به زخم اثنی‌عشر با مصرف دارو می‌توانند بدون نگرانی از عوارض روزه‌داری در ماه رمضان روزه بگیرند(۱۴).

ریفلاکس

بیماری ریفلاکس[1] به برگشت محتویات معده به مری که برای بیمار آزارنده باشد اطلاق می‌گردد. در صورتی که برگشت محتویات وجود داشته باشد، ولی از نظر شدت و دفعات برای بیمار آزاردهنده نباشد، تشخیص بیماری مطرح نمی‌شود و از اصطلاح GER[2] استفاده می‌شود(۱۵).

نشانه‌های ریفلاکس به دو دسته علائم مربوط به درگیری مری و علائم مربوط به درگیری خارج مری تقسیم می‌شود. از علائم خارج مری این بیماری می‌توان به سرفه‌ی مزمن، لارنژیت آسم و آسیب به دندان‌ها اشاره نمود. از نظر علائم ریفلاکس به دو نوع خفیف و شدید تقسیم می‌شود. ریفلاکس نوع خفیف به مواردی اطلاق می‌گردد که باعث اختلال در زندگی روزانه افراد نشود و نوع شدید به مواردی اطلاق می‌گردد که باعث بروز عوارض و اختلال در زندگی فرد شود علائم هشداردهنده که در صورت بروز آنها اقدامات تشخیصی از جمله اندوسکوپی انجام می‌گیرد. شامل: دیسفاژی، درد قفسه سینه، سابقه کانسر مری در خانواده، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ، آنمی و کاهش وزن غیرقابل توجیه می‌باشد.

روش تشخیصی استانداردی برای ریفلاکس وجود ندارد؛ اما معمول‌ترین روش تشخیصی اندازه‌گیری شبانه‌روزی PH انتهای مری است که اغلب برای بیماران مقاوم به درمان یا کاندیدای جراحی انجام می‌شود اصلاح شیوه‌ی زندگی در درمان ریفلاکس مؤثر است و شامل کاهش مایع مصرفی به همراه وعده‌ی غذایی، کاهش حجم هر وعده غذا و اجتناب از مصرف ادویه‌های محرک، غذاهای چرب و کاهش مقدار، دفعات و غلظت چای و Fast Foods و قهوه‌ی مصرفی، اجتناب از پوشیدن البسه‌ی تنگ، اجتناب از خوابیدن زودتر از سه ساعت پس از مصرف وعده‌ی غذایی و ترک مصرف دخانیات می‌باشد(۱۸-۱۵).

در مطالعه‌ای که توسط دکتر ملک‌زاده و همکاران انجام گرفت مشخص شد که نزدیک نصف جامعه ریفلاکس را در ماه رمضان ذکر می‌کنند که شیوع قابل توجهی است همچنین یک پنجم جامعه در این ماه اظهار داشتند که در این ماه بیشتر از ماه‌های قبل علامت‌دار بودند که در بین افراد علامت‌دار ۱۸ درصد نشانه‌های نسبتا شدیدی داشتند که به طور تقریبی معادل یک نفر از هر ۱۲ نفر در جامعه می‌باشد(۱۹).

کبد

در طول روزه‌داری میزان گلیکوژن کبد جهت تنظیم قندخون کاهش می‌یابد. قابل توجه است که میزان کالری از این فرآیند حداکثر ۱۲۰۰ کالری می‌باشد که باعث تنظیم قندخون تا ۲۴ ساعت می‌شود روزه همچنین باعث افزایش بیلی‌روبین غیرکونژوکه در خون می‌شودکه این حالت در افراد سالم نیز اتفاق می‌افتد اما به میزان بالاتری در بیماران ژیلبرت نیز دیده می‌شود سطح بیلی‌روبین سرم در عرض ۲۴-۱۲ ساعت از سرگیری وعده‌های غذایی به حالت نرمال در می‌آید مکانسیم هیپربیلی روبینمی روزه به چند عامل بستگی دارد کاهش کلیرانس بیلی‌روبین کبدی و افزایش کاتابولیسم هم تا حدی نقش ایفا می‌کنند. در طی

[1]- GERD:Gastroesophagial Reflux Disease

[2]- GER:Gastroesophagial Reflux

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

روزه‌داری بیلی روبین کونژوکه و حرکت روده کاهش می‌یابد در تعدادی مطالعات افزایش بیلی‌روبین سرم افراد بعد از ۱۰ روز ناشتایی نشان داده شده است اما در سایرین این‌گونه نبوده است. به هرحال تغییرات مهمی در ALT، AST، پروتئین و البومین افراد نرمال دیده نشده است. در مورد بیماری‌های مزمن کبد نظیر هپاتیت و روزه‌داری بستگی به شرایط بیمار دارد. در صورتیکه هپاتیت بیمار به سمت سیروز پیشرفت کرده باشد و از نوع جبران شده باشد بیمار می‌تواند ناشتا باشند و با داروهای معمول و رژیم‌های اصلاح شده نظیر محدودیت نمک به رژیم خود ادامه دهد ولی در صورتی که سیروز بیمار از نوع جبران نشده باشد. باید از روزه‌داری منع شود همچنین منعی جهت روزه‌داری بیمارانی که تحت درمان‌های استاندارد با اینترفرون، ریباورین، لامودین می‌باشند، وجود ندارد. در مورد پیوند کبد ناشتایی بلافاصله توصیه نمی‌شود اما بعد از پیوند کبد براساس شرایط شخصی بیمار تصمیم گرفته می‌شود(۲۰). بیماری کبد چرب نیز یکی از بیماری‌های مزمن کبد است که در جهان از جمله ایران شایع بوده و رو به افزایش است کبد چرب به دو دسته تقسیم می‌شود

۱-کبد چرب الکلی[3] در صورتی که عامل به وجود آورنده آن مصرف الکل باشد.

۲-کبد چرب غیر الکلی[4] در صورتی که بدون مصرف الکل بوجود آمده باشد.

بیماری کبد چرب غیرالکلی[5] زمانی ظهور می‌کند که بیش از ۱۰-۵ درصد وزن کبد را چربی تشکیل دهد این بیماری در مراحل اولیه به صورت کبدچرب ساده(استاتوز) و در مراحل پیشرفته به صورت استاتوهپاتیت غیرالکلی یا NASH تبدیل می‌شود و در نهایت به سمت سیروز کبدی پیش می‌رود(۲۳-۲۱). در مطالعه‌ای که در نواحی جنوبی ایران انجام گرفت شیوع کبد چرب غیرالکلی را ۳۱/۵ـ۲۱/۵ درصد گزارش کرده اند(۲۵،۲۴). متاسفانه علی رغم مصرف دارو در درمان این بیماری فواید آنها نامعلوم بوده است(۲۸-۲۶). در مطالعه‌ای که توسط قائمی وهمکارانش در مورد اثر رژیم غذایی وکاهش وزن بر کبد چرب غیر الکلی انجام دادند ۵۰ بیمار مبتلا به کبدچرب غیرالکلی تحت رژیم غذایی با انرژی ۱۰۰ـ۵۰ کیلوکالری کمتر از انرژی مورد نیاز شان(برحسب وزن تعدیل شده) به مدت ۶ ماه قرار گرفتند. شاخص‌های تن‌سنجی، دریافت تغذیه‌ای، آنزیم‌های کبدی و فعالیت‌های بدنی در ابتدای مطالعه و ماه‌های سوم وششم بررسی شدند. همچنین بیماران براساس میزان کاهش وزن بیشتر یا کمتر از ۵ درصد وزن اولیه به دوگروه پایبند و غیرپایبند به رژیم غذایی تقسیم شدند بعد از مداخله شاخص‌های تن‌سنجی وزن، نمایه توده بدنی و دور کمر در هر دو گروه کاهش یافت و علاوه بر این در گروه پایبند فشارخون دیاستولیک،کلسترول تام و آنزیم‌های کبدی کاهش معنی‌دار نشان دادند و در نهایت نتیجه گرفتند که مداخله انحصاری کاهش وزن گام اول مدیریت این بیماران می‌باشد(۲۹).

در مقاله مروری که دکتر پاک‌نهاد و همکارانش در ارتباط با سندرم متابولیک و کبدچرب غیرالکلی با رویکرد تغذیه ای و پیشگیری انجام دادند نقش اصلاح رژیم غذایی را بسیار موثر دانستند. همچنین نتیجه گرفتند که مصرف میوه‌جات و سبزیجات با شیوع کمتر سندرم متابولیک همراه است در حالی که دریافت زیاد گوشت با اختلال در تحمل گلوکز همراه می‌باشد. دریافت اسیدهای چرب ترانس از روغن‌های هیدروژنه را در افزایش مارکرهای التهابی موثر دانستند، همچنین رژیم غذایی حاوی مقادیر کم کربوهیدرات و اسیدچرب اشباع، مقدار بیشتر فیبر و اسیدهای چرب امگا ۳ را برای کنترل سندرم متابولیک مفید دانستند. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان دادند که دریافت قهوه می‌تواند خطر کبد چرب غیرالکلی را کاهش دهد.

[3]- Alcoholic Fatty Liver
[4]- Nonalcoholic Fatty Liverdisease
[5]- NAFLD

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

همچنین در بیماران کبدچرب غیرالکلی دریافت غذاها و نوشیدنی‌های سرشار از فروکتوز باید محدود گردد(۳۰).

در مطالعه دیگری که رشیدخانی در مورد اثر عوامل تاثیرگذار بر چاقی شکمی انجام داد چاقی شکمی را نسبت به نمایه توده بدنی عامل موثرتری در بروز کبدچرب عنوان کرد، گرچه عواملی مثل فعالیت بدنی و ژنوم خاص را در بروز چاقی شکمی موثر دانسته اند اما یکی از مهمترین و ساده‌ترین راهکارها جهت پیشگیری و درمان چاقی شکمی که تاکنون کمتر به آن توجه شده است، تغییر در رژیم غذایی می‌باشد. بنابراین شناسایی راهکارهایی بدون نیاز به تبعیت از رژیم‌های سخت و تنها با ایجاد تغییرات اندکی در سبد غذایی خانواده، یک امر حیاتی است(۳۱).

در مطالعه دیگری که در مورد اثر کاهش وزن دریافته‌های سونوگرافی افراد مبتلا به کبد چرب مراجعه کننده به بیمارستان دکتر شریعتی از سال ۸۳-۱۳۸۲ توسط دروگر و همکاران انجام گرفت، نتیجه گرفتند که از ۲۰ بیمار کبد چرب(دارای BMI بالاتر از ۲۵ و در فاصله سنی ۶۳-۲۸ سال) تشخیص داده شده با سونوگرافی، زمانی که تحت رژیم کاهش وزن تدریجی سه ماهه با پیگیری منظم ماهانه قرار گرفتند تمامی‌شان کاهش واضحی از لحاظ شاخص‌های تن‌سنجی و گرید کبد چرب در سونوگرافی مجدد داشتند و نتیجه گرفتند که کاهش وزن استاندارد تحت نظر کارشناسان تغذیه‌ای به عنوان یکی از روش‌های پایه‌ای درمان این بیماری می‌باشد(۳۲).

کیسه صفرا

در مطالعه مقطعی که توسط حسینی و همکاران در مورد اثرات فصل و ناشتایی ماه رمضان در شروع کوله‌سیستیت حاد بر روی همه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان نمازی و فقیهی شیراز از شهریور ۱۳۷۸ تا مرداد ۱۳۸۳ با تشخیص کوله‌سیستیت حاد ناشی از سنگ انجام گرفت در این مطالعه تمامی بیماران از نظر سن، جنس، تاریخ و نوع درمان در ارتباط با فصل و ناشتایی ماه رمضان بررسی شدند نتایج این بررسی نشان داد که اکثر بیماران زن و میانگین سنی آنها ۱۶/۱۸±۵۶/۳ بوده است تعداد دفعات کوله‌سیستیت در تابستان در مقایسه با سایر فصل‌ها بالا بود و تفاوتی از نظر تعداد دفعات کوله‌سیستیت در ماه رمضان نسبت به ماه‌های شعبان و شوال مشاهده نشد(۳۲).

بیماری‌های التهابی روده[6]

علی‌رغم اینکه بیشتر مطالعات همبستگی بین استرس و علائم بالینی بیماری‌های التهابی روده را نشان داده‌اند اما در برخی مطالعات این رابطه یافت نشده است(۳۴). در بعضی مطالعات بین تعداد روزهای ناشتایی(روزه‌داری) با شدت بیماری‌های التهابی روده و وضعیت روحی روانی وکیفیت زندگی بیماران ارتباطی وجود نداشته است. بیماران جوانتر مبتلا به کولیت اولسراتیو در مقایسه با افراد مسن تعداد روزهای بیشتری را توانستند روزه بگیرند میانگین نمره اضطراب در زنان با استفاده از نسخه اصلاح شده نمره دهی از ۱۲/۷ قبل از روزه‌داری به ۹/۸ بعد از روزه‌داری کاهش یافت همچنین در مردان نمره متوسط فعالیت کولیت از ۳/۵ قبل از رمضان به ۱/۷ بعد از روزه‌داری کاهش یافت و چنین به نظر می‌رسد که روزه‌داری ماه رمضان خطرات جدی برای بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده نداشته باشد(۳۵).

سندم روده تحریک پذیر[7]

در این بیماران داشتن برنامه غذایی مناسب در کنترل علائم بسیار موثر است دیده شده که در برخی از این بیماران افزایش مصرف مواد قندی ساده با افزایش علائم همراه بوده است در صورت تشدید علائم باید ماده

[6] - Inflammatory Bowel Disease
[7] - Irritable Bowel syndrome

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

غذایی یا به عبارتی عامل تشدید کننده بیماری در فرد مورد نظر حذف گردد(۳۶).

در مطالعه ای که در مورد اثر ماه رمضان در شیوه‌های زندگی سلامت و عملکرد ۲۶۵ دانشجو انجام گرفت تجزیه و تحلیل‌ها حاکی از کاهش استرس همراه با کاهش مصرف کافئین و سیگار در طی این ماه بوده است همچنین بخش بزرگی از بهبودی در این ماه مربوط به افراد مبتلا به سندرم تحریک پذیر، یبوست وکاهش فعالیت بوده است (۳۷).

نتیجه‌گیری

مطابق احکام دینی، چنانچه روزه‌داری منجر به وارد آمدن ضرر جسمی به فرد روزه‌دار شود، روزه گرفتن صحیح نیست. با توجه به اینکه بیماران اغلب پزشک را به عنوان مرجع تعیین ضرررسان بودن یا نبودن روزه‌داری برای خود در نظر می‌گیرند و همواره پیش از آغاز این ماه مبارک، پزشکان با سؤالات متعددی در این زمینه از سوی بیماران خود مواجه هستند، این راهکار با هدف تسهیل تصمیم توسط پزشکان در زمینه‌ی رویکرد به بیماری‌های دستگاه گوارش در روزه‌داری تدوین شده است. باتوجه به اینکه مطالعات اندکی در مورد تاثیر روزه‌داری بر بیماری‌های گوارشی انجام شده است و نتایج این مطالعات نیز تا حدودی با یکدیگر متفاوت بوده‌اند، در تدوین این راهکار در کنار بکارگیری از مستندات منتشر شده موجود، از نظرات صاحب‌نظران نیز استفاده شده است و نوشتار حاضر یک راهکار مبتنی بر شواهد و اجماع است.

از آنجا که اسلام برای تغذیه مناسب اهمیت ویژه‌ای قائل است. آیه مبارک فلینظرالانسان الی طعامه(آیه ۲۴ سوره عبس) به خوبی نمایانگر این مطلب است که غذای انسان باید حلال، پاکیزه و مناسب باشد، بنابراین تغذیه سالم یکی از عوامل مهم سلامتی انسان است و فردی می‌تواند سالم و شاداب باشد که تغذیه متعادل و متنوعی داشته باشد. روزه‌داری اگر با اصول صحیح تغذیه انجام شود پس از پایان ماه باعث کاهش کلسترول، کاهش وزن، بهبود فشارخون و کاهش اضطراب و افسردگی خواهد شد. اصول رژیم غذایی در این ماه مانند سایر ماه‌های سال است با این تفاوت که تعداد وعده‌های غذایی کاهش می یابد با رعایت اصول تغذیه مناسب در وعده‌های سحر و افطار می‌توان از برخی مشکلات شایع گوارشی نظیر خشکی دهان، تشنگی، نفخ، سنگینی وآروغ زدن، سوزش سر دل، یبوست و... پیشگیری کرد و از آنجایی که پیشگیری از بیماری‌ها بهتر از درمان است ابتدا سعی کردیم اصول پیشگیری از بیماری‌ها را توضیح و سپس به توصیه‌های لازم روزه‌داری در بیماران اشاره نماییم.

برای پیشگیری از خشکی دهان و یا کاهش تشنگی توصیه می‌شود همراه وعده‌های غذایی سحر و افطار و نیز در فواصل آنها از میوه‌جات و سبزیجات به میزان کافی استفاده شود همچنین از مصرف غذاهای چرب، سرخ کرده، شور و پرادویه خوداری شود چون این نوع مواد غذایی در تشدید تشنگی موثر می‌باشند. از آنجایی که از عوامل ایجاد سوءهاضمه و نفخ؛ پرخوری، مصرف غذاهای تند و چرب، مصرف غذاهای نفخ آور، مصرف آب به همراه وعده‌های غذایی و نیز مصرف مواد قندی زیاد می‌باشد، لذا برای پیشگیری از بروز اختلالات گوارشی نظیر نفخ، سنگینی و آروغ زدن باید از مصرف این مواد اجتناب شود.

مصرف غذا به مقدار زیاد خصوصا در وعده افطار سبب برگشت محتویات معده به مری و احساس سوزش سردل می‌گردد. با اجتناب از مصرف غذاهای تند، چرب، سرخ کرده، مصرف قهوه و چای پررنگ، نوشابه‌های گازدار، شکلات، سیگار و نیز کاهش دادن حجم غذا به گونه‌ای که افطار همانند یک صبحانه میل شود و مصرف شام همانند شام قبل از ماه رمضان مصرف گردد که در این صورت از سوزش سر دل پیشگیری خواهد شد. خودداری از دراز کشیدن پس از صرف غذا حداقل تا سه ساعت و عدم پوشیدن لباس‌های تنگ نیز بسیار

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

موثر خواهد بود همچنین به خانم‌های روزه‌دار در سنین باروری که از قرص‌های ضدبارداری استفاده می‌نمایند توصیه می‌گردد از مصرف این قرص‌ها با معده خالی خودداری نموده و حتما این قرص‌ها با وعده غذایی مصرف گردد.

اغلب به دلیل تغییر الگوی وعده‌های غذایی و تغییر خواب در ماه رمضان بی‌نظمی و کاهش حرکات روده دیده می‌شود. همچنین گرسنگی، کاهش کالری دریافتی و فعالیت فیزیکی خطر یبوست را افزایش می‌دهد لذا با دریافت کافی منابع فیبر رژیمی نظیر میوه، سالاد، استفاده از غلات سبوس دار، انجیر، آلوی خشک خیسانده، افزایش مصرف سبزیجات، افزایش تحرک و مصرف کم چای می‌توان از ایجاد یبوست و نفخ جلوگیری کرد همچنین نوشیدن آب فراوان حدود ۸-۷ لیوان در روز که بیشتر در فاصله بین افطار و سحر مصرف گردد به حفظ حرکات روده در ماه رمضان کمک می‌کند.

پس با رعایت روش صحیح تغذیه می‌توان از بسیاری مشکلات گوارشی؛ نظیر یبوست، نفخ، سنگینی و کولیت‌اسپاستیک(IBS) و حتی علائم بیماری‌های التهابی روده پیشگیری کرد. پس در مجموع در افراد سالم روزه‌دار در صورت رعایت روش صحیح تغذیه خطر بیماری‌های گوارشی نظیر سندرم روده تحریک‌پذیر، زخم گوارشی و ریفلاکس و بیماری‌های التهابی روده افزایش نمی‌یابد در ارتباط با بیماران مبتلا به بیماری‌های گوارشی نظیر زخم‌های فعال پپتیک اغلب از روزه‌داری منع می‌شوند در صورتی که در بیماران مبتلا به زخم‌های پپتیک درمان شده و ترمیم یافته فرد می‌تواند با کنترل دارو و رعایت تغییرات شیوه زندگی روزه بگیرد. در مورد بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس ضمن رعایت اصول تغذیه ذکر شده نظیر اجتناب از غذاهای پرچرب و ادیه‌دار و رعایت فاصله استراحت با غذا(حداقل ۳ ساعت) در صورتی که در سحر یا افطار دچار علائم شوند می‌توانند از داروهای متوقف کننده پمپ پروتون(PPI) استفاده نمایند(۹).

در مورد بیماری‌های مزمن کبدی نظیر هپاتیت B و C همانطوری که اشاره شد براساس شرایط بیمار تصمیم گرفته می‌شود که در صورت پیشرفت بیماری به سمت سیروز بخصوص از نوع جبران نشده باید از روزه‌داری منع شود(۲۰).

در مورد بیماران با بیماری‌های کیسه صفرا با توجه به مطالعه انجام شده در بروز کوله سیستیت حاد در ماه رمضان نسبت به ماه‌های قبل و بعد از رمضان بنظر نمی‌رسد که محدودیت دریافت مایعات به عنوان یک عامل مستعدکننده بروز کوله سیستیت حاد باشد(۳۳). گرچه با توجه به مطالعات محدود در این زمینه بیماران مبتلا به بیماری‌های سنگ کیسه صفرا پس از مشاوره با متخصص خود باید توصیه‌های لازم نظیر پرهیز از غذای پرچرب و مصرف مایعات به مقدار زیاد را رعایت نمایند تا دچار عوارضی نظیر کوله‌سیستیت نشوند. در مورد بیماران التهابی روده به دلیل مصرف مداوم داروهای مختلف توصیه می‌شود حتما این بیماران قبل از روزه‌داری با پزشک خود مشورت نمایند.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول شماره ۱: مطالعات کبد چرب و ناشتایی

سال مطالعه	نویسنده مقاله	عنوان مطالعه	نتایج مطالعه
۲۰۱۳	قائمی(۲۹)	Effect of weight reduction diet on non-alcoholic fatty liver disease	کاهش وزن به عنوان اولین گام در مدیریت بیماران مبتلا به بیماری کبدچرب غیرالکلی توصیه می گردد.
۲۰۱۳	پاک نهاد(۳۰)	Metabolic Syndrome and Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Nutritional Approach for prevention	نقش اصلاح رژیم غذایی را بسیار موثر دانسته و همچنین مصرف میوه‌جات و سبزیجات با شیوع کمتر سندرم متابولیک همراه بوده است.
۲۰۱۳	رشیدخانی(۳۱)	Evaluation of nutritional factors affecting abdominal obesity; A review of epidemiologic evidence	مهمترین و ساده‌ترین راهکارها جهت پیشگیری و درمان چاقی شکمی تغییر در رژیم غذایی می‌باشد.
۲۰۰۶	دروگر(۳۲)	Effects of weight loss in patients with fatty liver ultrasound findings hospital doctor Shariati 2003-2004	کاهش وزن استاندارد تحت نظر کارشناس تغذیه یکی از روش‌های پایه‌ای درمان کبدچرب می‌باشد.

جدول شماره ۲: مجموعه مطالعات در مورد اثر زخم پپتیک و ناشتایی

سال مطالعه	نویسنده مقاله	عنوان مطالعه	نتایج مطالعه
۱۹۹۴	دوندریسی(۹)	Effect of Ramadan on peptic ulcer complications	عوارض زخم اثنی عشر در ماه رمضان بیشتر از سایر ماه‌ها می‌باشد.
۱۹۹۵	مالک مبارک(۱۲)	Acid peptic disease in relation to Ramadan fasting: a preliminary endoscopic evaluation	همه بیماران با زخم حاد دوازده، علائم بهبودی داشتند و در گروهی از بیماران با زخم مزمن دوازدهه، خونریزی در طی این مدت وجود داشت در صورتی که در بقیه با تکرار اندوسکوپی تغییراتی نداشتند.
۱۹۹۷	مهدی(۸)	Effect of the observance of diurnal fast of Ramadan on duodenal ulcer healing with lansoprazole. Results of a prospective controlled study].	ترمیم زخم اثنی‌عشر در گروه روزه‌دار و غیرروزه‌دار تفاوتی ندارد.
۲۰۰۴	الکعبی(۱۰)	Effect of Ramadan fasting on peptic ulcer disease.	روزه اثر منفی بر ترمیم زخم پپتیک ندارد.
۲۰۰۵	Kucuk(13)	The effect of Ramadan fasting on duodenal ulcer perforation: a retrospective analysis	سوراخ شدن زخم اثنی‌عشر در ماه رمضان خصوصا در کسانی که ناشتا هستند و عوامل مستعد کننده دارند بسیار بالا می‌باشد.
۲۰۰۶	محرابیان(۱۴)	Does Fasting Month of Ramadan may delay healing of duodenal ulcer?	علایم و عوارض ناشی از زخم اثنی‌عشر در دو گروه روزه‌دار و غیرروزه‌دار تفاوت آماری قابل توجهی نداشت و بیماران مبتلا به زخم اثنی‌عشر با مصرف دارو می‌توانند بدون نگرانی از عوارض روزه‌داری در ماه رمضان روزه بگیرند.

References

1. Abdelfatah Saleh S, Elsharouni S A, Cherian B and Mourou M. Effects of Ramadan fasting on Waist Circumference, Blood Pressure, Lipid Profile, and Blood Sugar on a Sample of Healthy Kuwaiti Men and Women. Malaysian Journal of Nutrition. 2005; 11(2): 143-150.
2. Ziaee V, Razaei M, Ahmadinejad Z, Shaikh H, Yousefi R, Yarmohammadi L,. The changes of metabolicprofile and weight during Ramadan fasting. Singapore Medical Journal. 2006; 47(5):409.
3. Badalzadeh R, Kohansal koshki MH Yousefi B. Effects of the Islamic fasting on the health. Islam and Health Journal. 2014; 1(2): 27-31.
4. Hosseini SV, Torabijahromi M, Mosallaei M, Sabet B, Pourahmad S.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

The effect of season and Ramadanfasting on the on set of acute cholecystitis. Saudi Med J. 2006; 27(4):503-506.
5. KhaledBM,Bendahmane M,Belbraouet S. Ramadan fasting induces modifications of certain serumcomponents in obese women with type 2 diabetes. Saudi Medical Journal. 2006; 27(1): 23-26.
6. Sonnenberg A, Everhart JE. Health impact of peptic ulcer in the United States. Am J Gastroenterol. 1997; 92:614.
7. Andrew H Soll, Nimish B Vakil,Epidemiology and etiology of peptic ulcer disease.Available from www.up todate Apr 14,2014.
8. Mehdi A, Ajmi S.[Effect of the observance of diurnal fast of Ramadan on duodenal ulcer healing with lansoprazole. Resultsof a prospective controlled study]. Gastroenterol Clin Biol. 1997; 21(11):820-822.
9. Donderici O, Temizhan A, Kucukbas T, Eskioglu E. Effect of Ramadan on peptic ulcer complications. Scand J Gastroenterol. 1994; 29(7):603-606.
10. Al-Kaabi S, Bener A, Butt MT, Taweel M, Samson S, Al-Mosalamani Y, et al. Effect of Ramadan fasting on peptic ulcer disease. Indian J Gastroenterol. 2004; 23(1):35.
11. Hosseini-asl K, Rafieian-kopaei M. Can patients with active duodenal ulcer fast Ramadan? Am J Gastroenterol. 2002; 97(9):2471-2472.
12. 12. Mallk GM, Mubarik M, Hussain T. Acid peptic disease in relation to Ramadan fasting: a preliminary endoscopic evaluation. Am J Gastroenterol. 1995; 90(11):2076-2077.
13. Kucuk. H. F, Censure. Z, Kurt. N, Ozkan. z, Kement. M, kaptanoglu. L, Oncel. M, The effect of Ramadan fasting on duodenal ulcer perforation :a retrospective analysis,Indian J Surg. 2005;67(4):195-198.
14. Mehrabian. AA, Hashemi. R, Homayoni. SM, Moradi. A, Does Fasting Month of Ramadan may delay HEALING OF duodenal ulcer? Journal of semnan university of medical science. 2006; 8(2),67-71.
15. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J,Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006; 101(8): 1900-2000.
16. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Am JGastroenterol. 2005; 100(1): 190-200.
17. Moraes-Filho JP, Navarro-Rodriguez T, Barbuti R, Eisig J, Chinzon D, Bernardo W. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidencebased consensus. Arq astroenterol. 2010; 47(1): 99-115.
18. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, Enns R, Fallone CA, Fass R, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults - update 2004. Can J Gastroenterol. 2005; 9(1):15-35.
19. Adibi P, Daneshpajouhnejad P,Sadeghpour S, Hadizadeh F,Malekzadeh R.Fasting in Patients with Upper GI:Clinical guideline for family Physicians.Journal of Isfahan Medical School. 2013; 32(274):131-148.
20. Beshyah S.A, Fathalla W, Saleh A, Al Kaddour A, NoshiM, Al Hateethi .H, Mini-Symposium: Ramadan Fasting and The Medical Patient: An Overview for Clinicians, Ibnosina J Med BS. 2010; 240-257.
21. Festi D, Colecchia A, Sacco T, Bondi M, Roda E,Marchesini G. Hepatic steatosis in obese patients: clinical aspects and prognostic significance. Obes Rev. 004; 5(1):27-42.
22. Mensink RP, Plat J, Schrauwen P. Diet and nonalcoholic fatty liver disease. Curr Opin Lipidol. 2008; 19(1):25-29.
23. Zivkovic AM, German JB, Sanyal AJ. Comparative review of diets for the etabolic syndrome: implications for nonalcoholic fatty liver disease. Am J Clin Nutr. 2007; 86(2):285-300.
24. Lankarani KB, Ghaffarpasand F, Mahmoodi M,Lotfi M, Zamiri N, Heydari S.T, et al. Non Alcoholic Fatty Liver Disease in Southern Iran: APopulation Based Study. Hepat Mon. 2013; 13(5):e9248.
25. Sotoudehmanesh R, Sotoudeh M, Ali-Asgari A,Abedi-Ardakani B, Tavangar S-M, Khakinejad A,et al. Silent liver

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

diseases in autopsies from forensic medicine of Tehran. Arch Iran Med. 2006; 9(4):324-328.
26. Duvnjak M, Tomasic V, Gomercic M, Smircic-Duvnjak L, Barsic N, Lerotic I. Therapy of nonalcoholic fatty liver disease:current status.J Physiol Pharmacol. 2009. 57-66.
27. Promrat K, Kleiner DE, Niemeier HM, Jackvony E,Kearns M, Wands JR, et al. Randomized controlled trial testing the effects of weight loss on nonalcoholic steatohepatitis. Hepatology. 2010;51(1):121-129.
28. Zelber-Sagi S, Ratziu V, Oren R. Nutrition and physical activity in NAFLD: an overview of the epidemiological evidence. World J Gastroenterol. 2011; 17(29):3377-3389.
29. Ghaemi AR, Taleban FA, Fakheri H, Hekmatdoost A, Rafiei AR, Hosseini V .et al. Effect of weight reduction diet on non-alcoholic fatty liver disease. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2013; 8(2);123-134.
30. Paknahad Z,Zeraei B.H, Metabolic Syndrome and Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Nutritional Approach for Prevention, Journal of Isfahan Medical School. 2013:31(252);1461-1480.
31. Mirzaeian S, Rashidkhani B.Dietary determinants of abdominal obesity: A review of epidemiological evidence. JQUMS.2013; 17(1):76-86.
32. Drogar SR,Tahayy SA,Sdygg N,Tahagogy S,Marat SH,Malekzadeh R,Effects of weight loss in patients with fatty liver ultrasound finding doctor Shariati Hospital in 1382-83,Nutrition congress abstracts Iran Tabriz ,16-13 september 1385.tabriz university of medical sciences and health services .Available from http://congress.tbzmed.ac.ir/nutcon/Abstract/4972 April 6,2015.
33. Hosseini S V, Torabijahromi M, Mosallaei M, Sabet B, Pourahmad S. The effect of season and Ramadan fasting on the onset of acute cholecystitis, Saudi Med J. 2006; 27 (4); 503-506.
34. Niess JH, Monnikes H, Dignass AU, Klapp BF, Arck PC. Review on the influence of stress on immune mediators, neuropeptides and hormones with relevance for inflammatory bowel disease. Digestion. 2002;65(3):131-140.
35. Tavakkoli H, Haghdani S, Emami MH, Adilipoure H, Tavakkoli M. Ramadan fasting and inflammatory bowel disease .Indian J Gastroentral. 2008; 27(6)239-241.
36. Bery PL. Medical nutrition therapy for lower gastrointestinal tract disorders.12 ed. Mahan LK, Escott-stump S, editors. philadelphia: suanders,2008.
37. Afifi ZE. Dailypractices, study performance and health during the Ramadan fast. JRSoc Health. 1997; 117(4):231-235.
38. Khoshnyate SH, Shadman J, Larijani B. Scientific Evidences in Ramadan fasting and Health .1ed.Tehran: vista; 2012.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

سوالات

۱- پاتولوژی زخم معده اولین بار در چه سالی شرح داده شد؟

الف) ۱۸۳۵

ب) ۱۹۱۵

ج) ۲۰۰۰

د) ۲۰۰۵

۲- عامل مهم وموثر در کاهش بیماریهای زخم پپتیک در کشورهای توسعه یافته وغیر توسعه یافته چه بوده است؟

الف) کاهش مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی

ب) کاهش مصرف سیگار

ج) کاهش شیوع عفونت هلیکو باکتر پیلوری

د) تغییر رژیم غذایی

۳- تفاوت بیماری ریفلاکس با ریفلاکس چیست؟

الف) وجود یا عدم وجود ترش کردن

ب) وجود یا عدم وجود شکایت بالینی در بیمار

ج) مدت وجود ریفلاکس

د) هیچکدام

۴- معمولی‌ترین روش تشخیصی بیماری ریفلاکس چیست ؟

الف) آندوسکوپی

ب) باریم سوالو

ج) اندازه گیری PH انتهای مری

د) تشخیص بالینی

۵- در طول روزه‌داری تنظیم قندخون و تهیه کالری در طی ۲۴ ساعت از چیست؟

الف) چربی‌ها

ب) پروتئین‌ها

ج) گلیکوژن کبدی

د) هیچکدام

۶- در کدام نوع از بیماری کبدی روزه‌داری منع شده است؟

الف) کبد چرب

ب) سیروز کبدی جبران شده

ج) سیروز کبدی جبران نشده

د) هیچکدام

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

۷- کدام گزینه درمورد بیماری استاتوهپاتیت غیرالکلی یا NASH صحیح است؟

الف) مراحل ابتدایی کبدچرب است.

ب) مراحل پیشرفته‌تر کبدچرب است.

ج) در نهایت می‌تواند به سمت سیروز پیشرفت کند.

د) ب وج هردو صحیح است.

۸- گام اصلی درمان در بیماری کبدچرب چیست؟

الف) استفاده از داروها

ب) رعایت رژیم غذایی و کاهش وزن

ج) الف و ب

د) هیچکدام

۹- در مورد بیماران ریفلاکس علامت‌دار روزه‌داری چگونه است ؟

الف) روزه گرفتن ممنوع است.

ب) فقط رعایت رژیم غذایی کافی است.

ج) در صورت استفاده از داروهای PPI در سحر یا افطار می‌توانند روزه بگیرند.

د) بدون استفاده از دارو می‌توانند روزه بگیرند.

۱۰) در مورد بیماران سوء هاضمه عملکردی روزه‌داری به چه صورت است؟

الف) ممنوع است.

ب) می‌توانند روزه بگیرند.

ج) در صورت بروز علائم می توانند از داروهای PPI و همچنین داروهای ضداسپاسم نظیر کلینیدیوم استفاده کنند.

د) ب وج

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]