

بررسی نحوه تشخیص و درمان نشانگان روده تحریک پذیر (IBS)^۱ توسط پزشکان عمومی شهر شیراز

دکتر کامران باقری لنکرانی^۱، دکتر لیلا ملک‌مکانی^۲، دکتر نسیم نامی^۳، دکتر محمدرضا پنجه‌شاهین^۳

۱ - دانشیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و عضو مرکز تحقیقات گوارش و کبد شیراز

۲ - پزشک عمومی

۳ - استاد گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده:

زمینه:

نشانگان (سندرم) روده تحریک‌پذیر از بیماری‌های شایع در مراجعان به پزشکان عمومی است.

هدف:

بررسی کارکرد پزشکان عمومی شهرستان شیراز در شناخت، بررسی و درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر.

روش:

دانشجویان پزشکی که نقش بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر را ایفا می‌کردند به تعدادی از پزشکان عمومی شهرستان شیراز که بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده بودند مراجعه و کارکرد آنها را در اخذ تاریخچه، انجام معاینه بالینی و درخواست آزمایش و درمان ثبت کردند.

نتایج:

از مجموع ۶۰۰ نفر پزشک عمومی شاغل، ۸۰ نفر (۱۳/۳٪) انتخاب شدند. از این تعداد فقط ۲۵٪ به تشخیص این نشانگان دربرخورد با این بیماران رسیدند که به طور عمده از گروه فارغ‌التحصیلان با سابقه کار کمتر از ۶ سال بودند ($p < 0.05$). ۶۳/۷٪ از پزشکان، بیماران را معاینه و ۵۸/۷٪ از آنان برای آنها درخواست آزمایش کردند. بیشترین داروی تجویز شده آنتی‌کولینرژیک‌ها بودند (۷۵٪) و ۴۱/۲٪ از پزشکان داروهای آنتی‌بیوتیک را به تنهایی یا همراه با سایر داروها تجویز کرده بودند. در این بررسی، اغلب پزشکان عمومی نشانگان روده تحریک‌پذیر را تشخیص نداده و به طور مناسب درمان نکردند. لازم است با توجه به شیوع این نشانگان، در برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی و نیز برنامه‌های آموزش مداوم بر و درمان این نشانگان تأکید بیشتری شود.

کلواژگان:

روده تحریک‌پذیر، IBS، پزشکان عمومی، آموزش مداوم پزشکان، درمان

مقدمه:

نشانگان روده تحریک‌پذیر یکی از شایعترین بیماری‌های گوارشی است که توسط پزشکان عمومی مورد درمان قرار می‌گیرد^(۱).

علی‌رغم گزارش‌های اولیه مبنی بر عدم شیوع این نشانگان در ایران، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که این نشانگان در ایران نیز شایع است^(۲،۳).

این بیماری از موارد شایع اشتباهات پزشکان هم در مرحله تشخیص و هم در مرحله درمان است به نحوی که بسیاری از مبتلایان به این عارضه به خوبی تشخیص داده نمی‌شوند و به درستی نیز درمان نمی‌گردند^(۴). از سوی دیگر این عارضه از موارد شایع تشخیص اشتباه در تشخیص افتراقی با بیماری‌های ارگانیک است. به عبارت دیگر در بسیاری از مواقع پزشکان بیماری‌های ارگانیک نظیر بیماری‌های التهابی

1- IBS = Irritable bowel syndrome

روده، سرطان‌های گوارشی و بیماری سیلیاک را به غلط به عنوان نشانگان روده تحریک‌پذیر تشخیص می‌دهند^(۴). این مطالعه به منظور آگاهی از وضعیت کارکرد پزشکان عمومی در سطح شهر شیراز در خصوص تشخیص و درمان این نشانگان طرح‌ریزی شد تا بر مبنای نتایج آن نیازهای پزشکان در برنامه‌های آموزش مداوم تعیین و کفایت آموزش‌های دوره‌های تحصیلی در خصوص این بیماری مشخص شود.

روش کار

۸۰ پزشک عمومی به صورت تصادفی خوشه‌ای از بین ۶۰۰ پزشک عمومی شاغل در شهر شیراز انتخاب شدند. چهار نفر از دانشجویان سال آخر پزشکی طبق یک سناریوی از پیش طراحی شده که قبلاً در اجرای آن هماهنگی شده بود، به پزشکان مراجعه و شکایت خود را به عنوان درد شکم مطرح کردند. سؤال‌های

Abstract:

Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Bagheri Lankarani K. MD, Malakmakani L. MD,

Nami N. MD, Panjehshain M R MD

Background : Irritable bowel syndrome (IBS) in one of the most common disorders in daily practice of general physicians (GPs)

Aim: To evaluate the competency of GPs in Shiraz in the management of IBS.

Method: Medical students simulating patients with IBS were referred to a cluster random sample of GPs in Shiraz city, Fars, Province Iran, and recorded their practice in taking history, performing physical examination, requesting paraclinical workups, making diagnosis and ordering management of IBS.

Results: 13.3% of practicing GPs in Shiraz were enrolled. Only 25% of them could make the diagnosis of IBS. This was mainly in those who were graduated recently (<6 yrs, $p < 0.05$). 63.7% of GPs performed physical examination and 58.7% of them requested paraclinical workup for their patients. The most common prescribed drugs were anticholinergics (75%) but 41.2% of GPs prescribed antibiotics either alone or in combination with other drugs.

Conclusion: IBS was under-recognized and mismanaged by the majority of GPs in this series. There should be much more emphasis on this common disorder in both undergraduate teaching curriculum and in continuous medical education programs.

Keywords:

Irritable bowel syndrome, Treatment, General physician, Continuous medical education

پزشکان بر اساس تعداد سال‌هایی که از فارغ‌التحصیلی آنها می‌گذشت به سه گروه زیر تقسیم شدند.

گروه اول: پزشکانی که از فارغ‌التحصیلی‌شان بیشتر از ۲۰ سال گذشته بود.

گروه دوم: پزشکانی که از فارغ‌التحصیلی‌شان کمتر از ۲۰ سال و بیشتر از ۶ سال گذشته بود.

گروه سوم: پزشکانی که از فارغ‌التحصیلی‌شان کمتر از ۶ سال گذشته بود. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

طرح این پژوهش از نظر تطابق با اصول اخلاقی در کمیته پژوهشی دانشگاه مورد بررسی و تصویب قرار گرفت.

نتایج:

در این مطالعه ۸۰ پزشک عمومی از مجموع ۶۰۰ نفر پزشک عمومی شاغل در شهر شیراز انتخاب شدند. گروه‌بندی پزشکان بر

پزشکان در اخذ تاریخچه، عملکرد آنها در معاینه بالینی، درخواست آزمایش و پرتونگاری و مشاوره و در نهایت نسخه‌درمانی و همچنین نوبت ویزیت بعدی، بلافاصله پس از پایان مراجعه توسط پژوهشگران ثبت می‌شد.

برای جلوگیری از تورش جنسیت، پژوهشگران به پزشکان هم‌جنس خود مراجعه می‌کردند.

نحوه ارائه تاریخچه بیماری به پزشکان در تمامی موارد دارای فرم ثابتی به شرح زیر بود:

بیمار، مرد یا زن، مجرد، ۲۵ ساله و دانشجوی رشته مهندسی است که مبتلا به نوعی درد متناوب شکم به صورت مزمن و غیراختصاصی است. این درد از حدود سه یا چهار ماه پیش او را رنج می‌دهد. این درد شکم همراه با اسهال می‌باشد. البته این درد، درد شدیدی نیست که او را از کارهای روزمره زندگی باز دارد.

بقیه شکایات بیمار در جواب به پرسش‌های پزشک مطرح می‌شد، یعنی با توجه به پرسش‌های پزشکان پاسخ‌های زیر از پیش مد نظر قرار داده شده بود:

بیماری زمینه‌ای خاصی وجود ندارد؛ علائم زخم معده وجود ندارد؛ بیمار تب نمی‌کند؛ در مدفوع خون وجود ندارد؛ درد شکم بیمار را از خواب بیدار نمی‌کند؛ داروی خاصی استفاده نمی‌کند؛ درد شکم با تغییرات اجابت مزاج (شامل قوام و شکل مدفوع و دفعات اجابت مزاج) همراه است. بعد از دفع مدفوع، درد شکم کمتر می‌شود. سابقه انگل روده‌ای یا خونریزی گوارشی در بیمار و خانواده او موجود نیست؛ ترشحات دستگاه تناسلی وجود ندارد؛ درد به جای خاصی تیر نمی‌کشد؛ با خوردن غذا و خالی بودن معده ارتباط زیادی ندارد؛ علائم ادراری (عفونت یا سنگ) وجود ندارد؛ کاهش وزن وجود ندارد؛ علامت همراه خاصی نیز وجود ندارد. در ضمن برای جلوگیری از انحراف ذهن پزشک، تنها تاریخچه تپیک شکایات نشانگان روده تحریک‌پذیر ذکر می‌شد و از بیان علائمی که گاه به صورت ناشایع در این نشانگان نیز مشاهده می‌شود خودداری می‌گردید. در معاینه فیزیکی بیمار تنها از حساسیت مختصری در قسمت پایین شکم اظهار ناراحتی می‌کرد. در صورت درخواست پزشک برای انجام آزمایش، از قبیل شمارش کامل سلول‌های خونی، سرعت رسوب گلبول قرمز، قند، الکتروولیت و آزمایش مدفوع، بیمار جواب آزمایش‌ها با نتایج طبیعی را که از قبل تهیه کرده بود به پزشک ارائه می‌داد تا پزشک بر آن اساس برای بیمار تصمیم بگیرد. در انتها در صورتی که پزشک تشخیص بیماری را ذکر نمی‌کرد، پژوهشگر از او می‌خواست تا تشخیص بیماری وی را بیان کند.

شکایات نشانگان روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای Rome II به سه دسته تقسیم شد^(۶) و میزان پرس و جوی پزشکان از آنها جداگانه بررسی شد (جدول ۱).

اساس زمان فارغ التحصیلی و جنسیت آنان در جدول شماره ۲ آورده شده است.

۲۵ درصد از پزشکان تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر، ۳۷/۵ درصد تشخیص بیماری‌های انگلی و میکروبی روده‌ای و ۱۲/۵ درصد نیز به نحوی احتمال بیماری‌های بدخیمی و سرطانی را مطرح کردند. ۲۶ درصد دیگر نیز تشخیص معینی نداشتند.

تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر در گروه پزشکانی که از فارغ التحصیلی آنها کمتر از ۶ سال می‌گذشت (گروه سوم) بیشترین میزان را داشت. کمترین میزان آن در پزشکانی بود که از فارغ التحصیلی آنها بیشتر از ۲۰ سال می‌گذشت (گروه اول) به نحوی که ۴۱ درصد از پزشکان گروه سوم و ۲۶ درصد پزشکان گروه دوم و ۵ درصد پزشکان گروه اول تشخیص درست دادند (p: ۰/۰۵).

درصد تشخیص در خانم‌های پزشک در تمامی گروه‌های مورد مطالعه بالاتر بود، به طوری که ۴۲ درصد از کل پزشکان زن تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر را به درستی مطرح کردند. در مقابل تنها ۱۵ درصد از پزشکان مرد به تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر رسیدند. ولی p از نظر آماری در حد معتبر نبود (p: ۰/۰۱۶).

نحوه توزیع درصد تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر توسط پزشکان در نمودار شماره ۱ به تفکیک گروه‌ها ذکر شده است.

۸۲/۵ درصد از پزشکان مورد مطالعه یک یا بیشتر از یک مورد از معیارهای تشخیصی نشانگان روده تحریک پذیر را جویا شدند. ۹۰ درصد سؤالاتی را به منظور رد سایر تشخیص‌ها مطرح کردند و فقط ۶۳/۷ درصد از ایشان به معاینه بیمار خود پرداختند. ۶۰ درصد از پزشکان بررسی‌های آزمایشگاهی و پرتونگاری را برای بیماران خود خواستار شدند. ۱۳/۷ درصد از پزشکان بیمار را به پزشک متخصص ارجاع دادند. ۵۵ درصد از پزشکان خواستار ویزیت بعدی شدند. ۹۵ درصد از ایشان به درمان بیمار خود پرداختند.

تنها ۱ نفر تمام معیارهای تشخیصی نشانگان روده تحریک پذیر را بر اساس معیارهای رم دو جویا شد. این پزشک تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر را نیز مطرح کرد ولی با وجود تشخیص درست، درمان صحیح را تجویز نکرد و بیمار را با مترونیدازول درمان کرد. لازم به ذکر است این پزشک در گروه پزشکان مرد با سابقه کاری بین ۶ تا ۲۰ سال قرار داشت.

تنها ۳ نفر از پزشکان مرد گروه دوم و ۲ نفر از پزشکان زن گروه سوم که جمعاً ۶/۳ درصد از کل پزشکان را تشکیل می‌دادند، معیارهای تشخیصی گروه الف - ۱ را به طور کامل پرسیدند.

پزشکانی که یکی از معیارهای تشخیصی الف - ۱، حداقل ۲ معیار تشخیصی الف - ۲ و حداقل ۱ مورد از علائم ناسازگار با نشانگان روده تحریک پذیر را پرسیده بودند، جمعاً ۳۰/۵ درصد بودند.

بیشترین پرسش در مورد معیارهای الف - ۱ و الف - ۲ و ب از طرف پزشکان گروه سوم و بعد از آن از طرف پزشکان گروه دوم و کمترین

جدول ۱

معیارهای تشخیصی نشانگان روده تحریک پذیر

الف: معیارهای تشخیصی

وجود علائم زیر حداقل به مدت سه ماه به صورت مداوم یا عودکننده	الف - ۱	درد یا ناراحتی شکم که:
الف - ۱ - ۱ با دفع مدفوع برطرف شود.	الف - ۱ - ۱	
الف - ۱ - ۲ همراه با تغییراتی در قوام مدفوع باشد.	الف - ۱ - ۲	
الف - ۲ وجود دو یا بیشتر از دو مورد از موارد زیر در حداقل ۲۵٪ مواقع	الف - ۲	
الف - ۲ - ۱ تغییر دفعات اجابت مزاج (بیش از ۲ بار در روز یا کمتر از ۳ بار در هفته)	الف - ۲ - ۱	
الف - ۲ - ۲ تغییر در قوام مدفوع (مدفوع توده‌ای - سفت یا شل یا آبکی)	الف - ۲ - ۲	
الف - ۲ - ۳ تغییر در کیفیت دفع (همراه با زور زدن - احساس فوریت در دفع یا احساس دفع ناکامل)	الف - ۲ - ۳	
الف - ۲ - ۴ دفع بلغم	الف - ۲ - ۴	
الف - ۲ - ۵ نفخ یا احساس اتساع شکم	الف - ۲ - ۵	
ب: شرح حال‌های ناسازگار با تشخیص		
ب - ۱ - ۱ علائم ناسازگار	ب - ۱ - ۱	
ب - ۱ - ۱ - ۱ خون آشکار یا مخفی در مدفوع	ب - ۱ - ۱ - ۱	
ب - ۱ - ۱ - ۲ کاهش وزن	ب - ۱ - ۱ - ۲	
ب - ۱ - ۱ - ۳ تب	ب - ۱ - ۱ - ۳	
ب - ۱ - ۱ - ۴ درد یا اسهال شبانه که بیمار را از خواب بیدار کند.	ب - ۱ - ۱ - ۴	
ب - ۱ - ۲ سابقه رژیم غذایی به منظور رد کردن عدم تحمل لاکتوز یا مصرف زیاد از حد سوربیتول، فروکتوز، کافئین	ب - ۱ - ۲	
ب - ۱ - ۳ مرور تاریخچه مصرف داروها به منظور رد کردن عوامل دارویی که دارای عوارض جانبی احتمالی بر دستگاه گوارش هستند.	ب - ۱ - ۳	
ب - ۱ - ۴ رد کردن افسردگی یا اضطراب	ب - ۱ - ۴	

میزان پرسش از طرف پزشکان گروه اول صورت گرفت. در این مورد از تست دقیق فیشر استفاده شد که ارزش p کمتر از ۰/۰۳ برآورد شد که بیانگر معنادار بودن این اختلاف از لحاظ آماری است.

برای رد سایر علل اسهال و درد شکم ۹۲٪ سؤالی را مطرح کردند. از این تعداد ۷۱/۲٪ یک یا بیشتر از یک علامت ناسازگار با نشانگان روده تحریک پذیر را مورد پرسش قرار دادند که در این میان بیشترین سؤال مورد پرسش وجود خون آشکار یا مخفی در مدفوع بود که ۵۶/۲٪ از کل پزشکان این مورد را جویا شدند. این سؤال بیشتر توسط ۶۹٪ از پزشکان گروه سوم انجام شد و کمترین مورد توسط

جدول شماره ۲

طبقه‌بندی پزشکان مورد مطالعه بر اساس سال‌های کاری و به تفکیک جنسیت

تعداد پزشکان زن	تعداد پزشکان مرد	درصد افراد	تعداد افراد	گروه‌های مورد مطالعه
۴	۱۳	۲۱/۲٪	۱۷	گروه اول
۱۳	۳۳	۲۱/۲٪	۴۶	گروه دوم
۴	۱۳	۵۷/۵۵٪	۱۷	گروه سوم
۲۱	۵۹	۱۰۰٪	۸۰	کل

پرتونگاری روده بزرگ، ۳/۵۷٪ سونوگرافی و ۲/۵٪ از ایشان کولونوسکوپی را برای بیمار خود خواستار شدند.

نحوه ارجاع بیماران

۱۳/۷٪ از پزشکان به نحوی بیمار را به مراکز بالاتر ارجاع دادند: ۸/۷٪ بیمار خود را به فوق تخصص گوارش، ۲/۵٪ بیمار خود را به متخصص داخلی، ۱/۲۵٪ بیمار خود را به جراح عمومی و ۱/۲۵٪ بیمار را هم به روانپزشک و هم به فوق تخصص گوارش ارجاع دادند. ۵۵٪ از پزشکان به بیماران خود نوبت بعدی جهت معاینه دادند و خواستار آمدن مجدد بیمار به نزد خود شدند: ۴۳/۷٪ از پزشکان نوبت مراجعه مجدد بیمار را یک هفته بعد و ۶/۲٪ نوبت دوهفته بعد را دادند. ۲۵٪ مراجعه مجدد بیمار را به یک ماه آینده موکول کردند. ۱۵٪ نیز متذکر شدند در صورت عدم بهبود علائم زودتر از نوبت مقرر شده مراجعه کنند.

نحوه درمان بیماران

۹۵٪ از پزشکان بیماران خود را تحت درمان قرار دادند و ۵٪ دیگر نیز که بیمار خود را درمان نکردند آنها را به متخصصین ارجاع دادند. از میان این ۹۵٪ که درمان دارویی را برای بیمار خود برگزیده بودند ۲۸/۸ درصد برای بیمار رژیم غذایی را نیز توصیه کردند. از میان داروهایی که در پروتکل درمانی نشانگان روده تحریک‌پذیر قرار دارد بیشترین مورد تجویز را داروهای ضداسپاسمی و آنتی‌کولینرژیکی به خود اختصاص می‌داد.

نکته قابل ذکر آن که داروهای آنتی‌بیوتیک در ۴۱/۲٪ موارد توسط پزشکان تجویز شد: ۳۱/۲٪ مترونیدازول را برای بیمار خود انتخاب

پزشکان گروه اول (۳۹٪) صورت گرفت (۶۹٪ در مقابل ۳۹٪ با ارزش p کمتر از ۰/۰۴). کمترین علامت مورد پرسش قرار گرفته وجود درد یا اسهالی بود که باعث بیدار شدن مکرر از خواب می‌شود به طوری که ۱۶/۲ درصد از کل پزشکان این سؤال را مطرح کردند و این سؤال بیشتر توسط پزشکان خانم گروه اول پرسیده شد، به طوری که ۷۵٪ از پزشکان زن که در این گروه قرار داشتند این پرسش را مطرح کردند و کمترین پرسش در این مورد توسط پزشکان مرد گروه دوم انجام گرفت. در این مورد نیز ارزش p مورد مطالعه قرار گرفت که ۰/۰۲ بود ($p < 0.02$) که نشاندهنده معنادار بودن این اختلاف از لحاظ آماری است.

پرسش در مورد تاریخچه مصرف دارو تنها توسط ۲/۵٪ از پزشکان مطرح شد که این مورد تنها توسط پزشکان گروه سوم پرسیده شد. پرسش در مورد اضطراب یا افسردگی توسط ۴۳/۷٪ از پزشکان مطرح شد که بیشترین مورد از طرف پزشکان مرد گروه دوم بود، به طوری که ۷۶/۹٪ از پزشکان مرد گروه دوم و ۱۵٪ از پزشکان مرد گروه اول این پرسش را مطرح کردند. ارزش p در این مورد کمتر از ۰/۰۱ ارزیابی شد که از نظر آماری این اختلاف معنادار است.

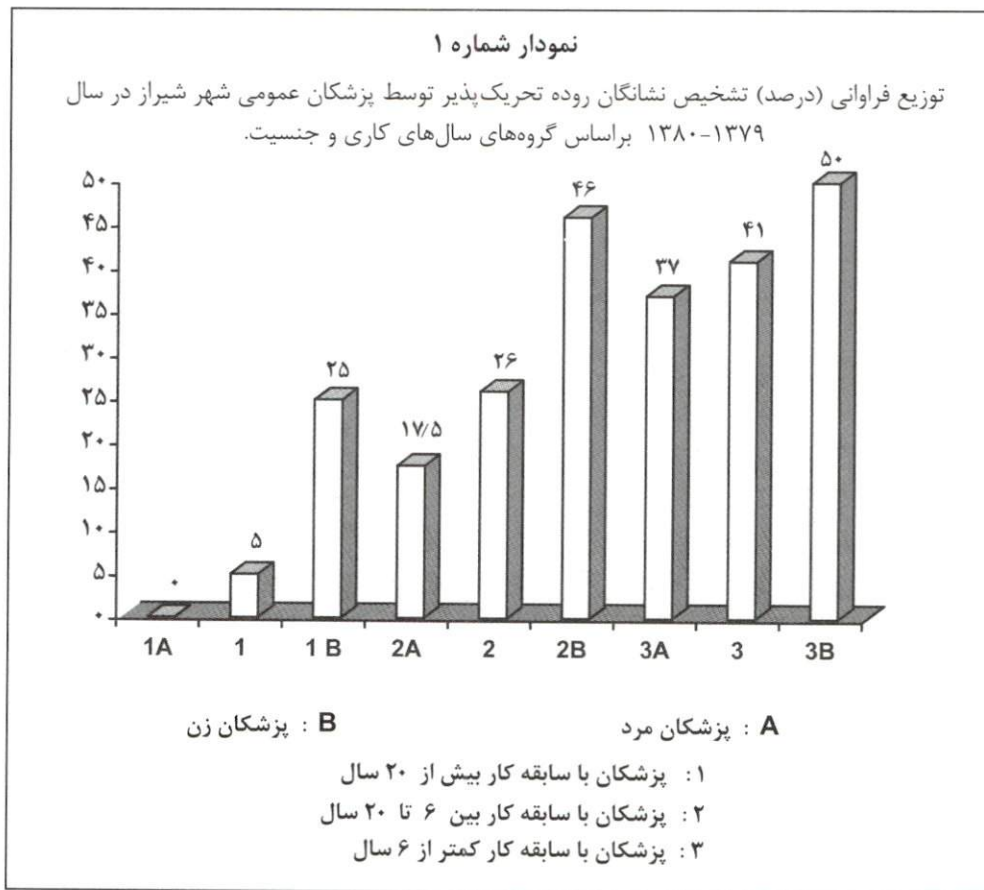
معاینه فیزیکی

۶۳/۷٪ از پزشکان به نحوی به معاینه بالینی پرداختند. ۶۰٪ ارزیابی فشار خون با یا بدون لمس نبض را انجام دادند. تنها ۱ پزشک دمای بدن بیمار را اندازه گرفت. بیشترین توجه به علائم حیاتی، در پزشکانی که در گروه اول قرار داشتند صورت گرفت به طوری که ۸۸٪ این گروه از پزشکان به بررسی فشار با یا بدون لمس نبض پرداختند. کمترین مورد از طرف پزشکان گروه سوم (۵۲٪) انجام گرفت. ارزش p در این مورد معادل ۰/۰۴ بود که از نظر آماری معنادار است. بررسی ملتحمه توسط ۱۷/۵٪ از کل پزشکان انجام شد که کمترین مقدار آن در پزشکان گروه دوم بود (۱۰/۸٪). معاینه شکم توسط ۵۲/۵٪ از پزشکان انجام گرفت که بیشترین مورد در پزشکان گروه اول انجام پذیرفت به نحوی که ۹۰/۷٪ از این گروه به معاینه شکم پرداختند و کمترین مورد معاینه شکم در گروه سوم بود که حدود ۵۰٪ از این گروه را شامل می‌شد، ولی ارزش p در این مورد معادل ۰/۰۷ بود. لازم به ذکر است که تنها ۸/۷٪ از کل پزشکان معاینه شکم را به طور کامل و صحیح انجام دادند.

درخواست آزمون‌های آزمایشگاهی

۵۸/۷٪ از پزشکان خواستار انجام آزمون‌های آزمایشگاهی شدند: که از این میان ۵۶/۲٪ انجام آزمایش را برای بیمار خود مد نظر قرار دادند (۵۶/۲٪ آزمایش مدفوع از نظر خون و الکل، ۲/۵٪ آزمایش‌های بیوشیمیایی و ۲/۵٪ آزمایش CBC). هیچیک از پزشکان سرعت رسوب گلبول قرمز را درخواست نکردند.

۱۱٪ از پزشکان خواستار انجام نوعی تصویربرداری شدند به نحوی که ۲/۵٪ از ایشان پرتونگاری قسمت فوقانی لوله گوارش، ۱/۲۵٪



دو» به پزشکان عمومی کمک بیشتری می‌کرد تا به تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر برسند، با استفاده از تست آماری Fisher's exact test مقدار ارزش P برای تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر و پرسش در مورد معیارهای تشخیصی الف- ۱ و حداقل دو معیار از معیارهای الف-۲ و حداقل یکی از معیارهای ب محاسبه شد و در این میان پرسش در مورد معیارهای الف-۱ و الف-۲ رابطه معناداری با تشخیص بیماری داشت، در صورتی که برای پرسش در مورد حداقل یکی از معیارهای ب این ارتباط معنادار نبود.

در مورد معیارهای تشخیصی الف-۱ نکته مهم و کلیدی پرسش در مورد برطرف شدن علائم با دفع مدفوع است. ۱۰۰ درصد پزشکانی که از بهبود درد با دفع مدفوع سؤال کرده بودند به تشخیص رسیدند ولی بین سؤال از همراهی درد شکم با تغییراتی در مدفوع و تشخیص صحیح بیماری رابطه معناداری وجود نداشت.

در مورد شرح حال‌هایی که به منظور رد سایر علل برای تشخیص افتراقی نشانگان روده تحریک پذیر صورت می‌گرفت درد یا اسهالی که باعث بیدار شدن بیمار از خواب می‌شود، وجود تب، کاهش وزن، خون آشکار در مدفوع و رابطه آن با تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر با استفاده از تست آماری Fisher's exact test نشان داده شد که بین

کردند و ۱۰٪ دیگر نیز آموکسی‌سیلین، نگرام و یا یدوکینون را برای بیمار خود تجویز کردند.

بین تشخیص یا عدم تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر و تجویز آنتی‌بیوتیک رابطه‌ای وجود نداشت.

همچنین بین تجویز داروهای ضد افسردگی یا ضد اضطراب و توجه به افسردگی یا اضطراب در گرفتن تاریخچه ارتباطی دیده نشد.

در جدول شماره ۳، درصد داروهای تجویزی نشان داده شده اند. از داروهای ضداسپاسمی یا آنتی‌کولینرژیک بلادونا بیشترین داروی تجویزی بود: ۳۰٪ بلادونا، ۲۵٪ کلیدینیوم سی، ۱۲/۵٪ هیوسین و ۷/۵٪ دی‌سیکلومین توسط پزشکان تجویز شد. در مورد ضداسهال‌ها در تمام موارد از دی‌فنوکسیلات استفاده شده بود.

نکته قابل ذکر تجویز داروهای افزایشنده حرکتی لوله گوارش بود که در هیچکدام از ۲ موردی که تجویز شد برای بیمار توضیح داده نشد که از این دارو در مواردی که اسهال دارد استفاده نکند چرا که ممکن است اسهال او را تشدید کند.

معیارهای تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر

برای تعیین این که توجه به کدام یک از معیارهای تشخیصی «رم

جدول شماره ۳:

توزیع فراوانی (درصد) داروهای تجویز شده در درمان بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر توسط پزشکان عمومی شهر شیراز در سال ۱۳۸۰ - ۱۳۷۹

نوع دارو	درصد تجویز	
ضد اسپاسم یا آنتی کولینرژیکها	٪۷۵	۱
آنتی بیوتیک	٪۴۱/۲	۲
بلوکه کننده های H2	٪۱۶/۲	۳
ضد اسهالها	٪۱۲/۵	۴
ضد اسفردگی های سه حلقه ای	٪۱۲/۵	۵
دایمتیکون	٪۱۲/۵	۶
آنتی اسید	۱۰	۷
ضد اضطرابی بنزودیازپین	٪۸/۷	۸
مکمل های فیبری	٪۵	۹
داروهای افزایشنده حرکات لوله گوارش	٪۲/۵	۱۰

پزشکان عمومی در سراسر دنیا اطلاعات کافی در این خصوص ندارند و همین امر باعث نارضایتی بیماران می شود.

به عنوان مثال در بررسی به عمل آمده از نمونه تصادفی پزشکان عمومی در انگلستان، هیچیک اطلاعی از معیارهای رم برای تشخیص روده تحریک پذیر نداشتند^(۵). در آمریکا نیز فقط ٪۱۵ از پزشکان با این معیارها آشنایی داشتند^(۹).

در مطالعات انجام شده تنها ٪۲۹ از پزشکان عمومی جوابگوی ترس و وحشت این بیماران از عدم اطمینان در تشخیص بیماری شان یا احتمال وجود بدخیمی در آنان بودند^(۱).

در مطالعه ما نیز فقط ٪۲۵ از پزشکان آن هم عمدتاً در برابر سؤال مستقیم بیماران منتخب به این تشخیص اشاره کردند و این در حالی است که عمده توجه این گروه از پزشکان به بیماری های انگلی و میکروبی روده بود و ٪۱۲/۵ آنها حتی احتمال سرطان را برای این بیماران جوان مطرح کردند.

این نتایج تأسفبار ضرورت بازنگری در نحوه آموزش، هم در دوره های تحصیلی پزشکان عمومی و هم در دوره های آموزش مداوم را مطرح می سازد. لازم است به جای تأکید بر بیماری های ناشیایی که به ندرت توسط پزشکان عمومی دیده می شوند بر این بیماری شایع که عمدتاً نیز توسط پزشکان عمومی باید معالجه گردد، تأکید شود. خوشبختانه در گروه فارغ التحصیلان جوانتر، درصد بیشتری به این تشخیص توجه داشتند.

یکی از نتایج تأسفبار دیگر این مطالعه، عدم انجام معاینه شکم در ٪۴۷/۵ موارد بود. متأسفانه در این زمینه پزشکان جوانتر بدتر عمل کردند و کمتر به معاینه بیمار خود پرداختند که این امر بسیار هشداردهنده است.

در خصوص آگاهی از معیارهای تشخیصی و توجه به علائم هشداردهنده که با تشخیص این نشانگان سازگار نیست نیز هرچند نتایج این بررسی از آمارهای ارائه شده از انگلستان بهتر است اما به هر حال حاکی از عدم آگاهی اغلب پزشکان است و ضرورت برنامه ریزی در این زمینه را دو چندان می کند.

در خصوص بررسی های ضروری در بیماران با درد شکم مشکوک به نشانگان روده تحریک پذیر به ویژه در سطح اولیه مراقبت که توسط پزشکان عمومی انجام می شود توافق جمعی وجود ندارد^(۱). تأکید اصلی در بررسی اولیه این بیماران جستجو برای علائم هشداردهنده است. در گروه کم خطر نظیر بیماران منتخب این تحقیق، بررسی های غیرضروری خود می تواند باعث ایجاد نگرانی و تشدید علائم شود^(۱).

در غرب حدود ٪۴۰ از پزشکان عمومی در بررسی بیماران نشانگان روده تحریک پذیر اصولاً آزمایش تشخیصی را درخواست نکرده بودند^(۱). این درصد با مطالعه ما تقریباً برابر است. اما در مطالعه ما اغلب کسانی که آزمایش درخواست کرده بودند به آزمایش مدفوع بسنده کردند و از انجام آزمایش های دیگر نظیر شمارش سلول های خون و سرعت رسوب

پرسش در مورد تمامی معیارها غیر از وجود تب و تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0.01$).

در مورد معاینه بالینی رابطه آماری معناداری بین انجام صحیح معاینه شکم و تشخیص بیماری وجود داشت ($p: 0.019$) ولی بین انجام سایر مراحل معاینه بالینی با رسیدن به تشخیص درست ارتباطی وجود نداشت.

بحث:

علی رغم این که نشانگان روده تحریک پذیر عارضه بدخیمی نیست اما کیفیت زندگی مبتلایان را تا حد زیادی تنزل می دهد^(۱).

یکی از علل عمده این کاهش کیفیت زندگی، صرف نظر از علائم آزاردهنده بیماری، عدم اطمینان بیمار از تشخیص بیماری خود و احساس سردرگمی و ترس او از بیماری های بدخیم است^(۱).

هرچند بسیاری از مبتلایان به این نشانگان اصولاً به پزشک مراجعه نمی کنند و با علائم خود نوعی مدارا می کنند، اما در گروه مراجعه کنندگان این ترس و احساس سردرگمی بیشتر است به نحوی که یکی از مهمترین علل مراجعه آنها به پزشک همین احساس ترس است^(۸).

از آنجا که بیشترین ارجاع این بیماران به پزشکان عمومی صورت می پذیرد باید پزشکان عمومی به خوبی با این عارضه و تشخیص آن آشنا باشند و بتوانند اطلاعات لازم را به بیماران ارائه دهند. متأسفانه اغلب

بلادونا که دارای عوارض جانبی به مراتب بیشتری از سایر داروهای این دسته است، بیشترین درصد مصرف را به خود اختصاص داده بود که این امر نیز حاکی از عدم آگاهی پزشکان در زمینه این داروهاست.

در این مطالعه، تجویز داروهای ضداسهال و ضداضطراب به ویژه با توجه به این که ارتباطی بین گرفتن سابقه در تاریخچه و تجویز آنها وجود نداشت نیز می‌تواند حاکی از نوعی سوءتجویز این داروها بدون توجه به ضرورت آنها باشد، هرچند استفاده از داروهای ضداسهال به مقدار کم در درمان این نشانگان با افزایش آستانه تحریک‌پذیری روده‌ها جایگاه درخور توجهی دارد اما این درمان نیز به عنوان درمان خط اول قابل قبول نیست^(۱۱). استفاده از این درمان در بیماران مقاوم به داروهای خط اول نظیر آنتی‌اسپاسمودیک‌ها و فیبر و یا کسانی که علایم همراه روانی دارند یا علائم آنها از ابتدا شدید ارزیابی می‌شود توصیه شده است^(۱۲).

داروهای ضداضطراب نیز در درمان اولیه این نشانگان جایگاهی ندارند و استفاده از آنها قابل توجیه نیست و تنها در گروهی که همزمان دچار اضطراب هستند آن هم به مدت کوتاه توصیه شده است^(۱۳). در مجموع این مطالعه نشان می‌دهد که کاستی‌های فراوانی در دانش و عملکرد پزشکان عمومی در مواجهه با بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر وجود دارد که لازم است در برنامه ریزی‌های آموزشی به ویژه در برگزاری دوره‌های آموزش مداوم به آنها توجه شود.

گلوبول‌های قرمز خون که هر دو به همراه آزمایش مدفوع در بررسی اولیه بیماران مشکوک به داشتن این نشانگان حائز اهمیت هستند غفلت ورزیدند. البته چون بیماران این مطالعه در سنین جوانی و بدون علائم هشداردهنده بودند به نظر نمی‌رسد انجام سیگموئیدوسکوپی یا عکس‌برداری از روده بزرگ در آنها ضرورتی داشته باشد ولی برای حدود ۵٪ از بیماران این درخواست‌ها شده بود.

در مطالعات غربی حدود ۳۰٪ از بیماران با این نشانگان که توسط پزشکان عمومی ویزیت می‌شوند به متخصصان ارجاع شده‌اند^(۸). این ارجاع عمدتاً در زمان مراجعه اول نبوده بلکه در طی ۶ ماه انجام شده بوده است. در مطالعه ما ۱۳/۷٪ از همان ابتدا بیماران خود را ارجاع داده‌اند. این ارجاع اولیه ممکن است حاکی از عدم اعتماد به تشخیص در این تعداد از پزشکان در برخورد با چنین بیمارانی باشد. از سوی دیگر ارجاع اولیه به روانپزشک یا جراح عمومی نیز هیچ مبنای علمی ندارد که خوشبختانه در درصد کمی از گروه مطالعه رخ داد.

در خصوص نحوه درمان، استفاده ۴۱/۲٪ پزشکان از داروهای آنتی‌بیوتیک که عمدتاً مترونیدازول بود نیز هشداردهنده است. این نحوه طبابت که حاکی از باور به شیوع بیماری‌های انگلی و ضرورت درمان بدون اثبات آنهاست، چندان منطقی به نظر نمی‌رسد و عوارض درازمدت فراوانی به ویژه از نظر مقاومت آنتی‌بیوتیکی در جامعه به بار خواهد آورد. در خصوص استفاده از داروهای آنتی‌کولینرژیک نیز متأسفانه داروی

سیاسگزاری:

بخشی از هزینه این مطالعه توسط معاون پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تأمین شده است.

مراجع:

- 1) Thompson. WG, Heaton KW, Smyth T, Smyth C, Irritable bowel syndrome in general practice, prevalence management and referral, GUT 2000; 46: 78-82
- 2) Massarrat S, Saberi-Firoozi M, Soleimani A, et al: Peptic ulcer disease, irritable bowel syndrome and constipation in two populations in Iran. Eur J Gastroenterol Hepatol 1995; 7:427-33
- 3) Lankarani KB, Kodjori J, Agah S, et al : Irritable bowel syndrome clinical manifestations and relation to lactase deficiency. Iran J Med Sci 1997; 22: 20-25
- 4) Lankarani KB, Afarid M, Tavakolli AR, et al: Prevalence of irritable bowel syndrome in a rural community in south of Iran. GUT 2001, 49 (suppl III): A-1795
- 5) Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C, Irritable bowel syndrome: the view from general practice Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 689-692
- 6) Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DM et al : Functional bowel disorders and functional abdominal pain GUT1999; 45 (suppl II): II43-II47
- 7) Bijkak CJ, de Wit NJ, Muris JWM et al : outcome measures in irritable bowel syndrome comparison of psychometric and methodological characteristic, Gastroenterology 2001; 20 (suppl I): A 640
- 8) Kettell J, Jones R, Lydeard S. Reasons for consultation in irritable bowel syndrome: symptoms and patient characteristics Br. J Gen Pract 1992; 42: 459-61
- 9) Rosenblatt ML, Roth L, Michaels T, et al: A survey of family practitioners on practice patterns of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 1999; 94 (A431): 2685
- 10) Jone R. Managing IBS: The perspectives from primary care in Camilleri M, Spiller RC. Irritable bowel syndrome diagnosis and treatment. W.B. Saunders 2002,3: 133-140
- 11) Clouse RE, Lostyman PJ Antidepressant, for IBS in Camilleri M, Spiller RC, Irritable bowel syndrome diagnosis and treatment W.B. Saunders 2002: P: 161-171
- 12) Camilleri M, Management of the irritable bowel syndrome Gastroenterology 2001 ; 120: 652-668