

بررسی بیماران با دیس پپسی

ترجمه از: دکتر عبدالحسین پورخواجه *

غیرطبیعی بودن فعالیت‌های حرکتی معده (Gastric Motor Abnormalities)

نیمی از بیماران NUD یا دچار اختلال تخلیه‌ای معدی مواد جامد هستند (در بررسی با روش سنتی گرافی هسته‌ای) و یا به اختلال موتیلیتی ناحیه آنتر بعد از خوردن غذا دچارند (در بررسی با روش مانومتري)، البته ارتباط این اختلالات با علائم نامشخص است، به عبارتی نمی‌توان با این یافته‌ها علائم را توجیه کرد. از این رو وجود اختلال تخلیه‌ای سنتی گرافی اهمیت اندکی در درمان NUD دارد.

پژوهش‌های اخیر مطرح کننده آنند که فونکسیون «سفت ماندن Stiff» و به عبارتی شل نشدن ناحیه فاندوس می‌تواند عامل ایجاد علائم در برخی بیماران باشد. در حالت معمول هنگام خوردن غذا و هنگام اتساع دوازدهه (در اثر ورود غذا به داخل آن) ناحیه فاندوس شل می‌شود. این وضعیت رفلکسی است و حاصل عمل آن، تخلیه تدریجی مواد جامد (Solid) از بدنه معده به فاندوس و دئودنوم است (هنگامی که ناحیه فاندوس شل می‌شود، با فضای کم فشاری که به وجود می‌آورد، مانع از پر شدن نابهنگام آنتر و تخلیه سریع مواد جامد می‌شود، این شل شدن رفلکسی نقشی تنظیمی در موتیلیتی معدی دارد^۲) در برخی از افراد این رفلکس به طور صحیحی صورت نمی‌گیرد، که نتیجه آن پر شدن زود هنگام ناحیه آنتر است.

غیرطبیعی بودن درک حسی معده

بیش از نیمی از بیماران دچار NUD حساسیت بیش از معمول در مقابل اتساع معدی (افزایش کشش یا Tension در دیواره) دارند، در همین زمینه برخی موارد آزارنده (Noxious) که در حالت معمول ناراحتی ایجاد نمی‌کنند ممکن است سبب‌ساز درد شوند. این موارد عبارتند از: غذاهای تند، اتساع ناشی از گاز، انقباضات غیرطبیعی معدی یا روده‌ای یا اتساع زود هنگام ناحیه آنتر.

عوامل روانی - اجتماعی (پسیکوسوسیال)

نقش عوامل روانی - اجتماعی در NUD مورد بحث و اختلاف نظر است. چهره شخصیتی بیماران NUD همانند بیماران IBS (سندروم روده تحریک پذیر) است و بیشتر دلالت بر مواردی نظیر نوروز (Neurosis) اضطراب و افسردگی می‌کند. در یک گروه از بیماران NUD،

دیس پپسی با علائمی مربوط به نواحی فوقانی شکم شناخته می‌شود، این علائم عبارتند از: درد یا احساس ناراحتی^۱، نفخ، احساس پُری، آروغ زدن و سیری زود هنگام. این علائم می‌توانند حاد، متناوب و یا مزمن باشند. واژه‌هایی مانند سوءهاضمه (indigestion) و گاستریت که برای توصیف این علائم به کار می‌روند، واژه‌هایی «غیردقیق» (و بی‌ارتباط - مترجم) هستند که بایستی از کاربرد آنها امتناع شود.

دیس پپسی بی‌نهایت شایع است و تا یک چهارم جمعیت بالغ (adult population) ممکن است به آن گرفتار باشند و حدود ۲ تا ۳ درصد ویژگی‌های اولیه پزشکان عمومی را تشکیل می‌دهد. البته تنها حدود یک چهارم بیماران دچار دیس پپسی جهت درمان به پزشکان مراجعه می‌کنند.

با شناخته شدن نقش اج-پایلوری در زخم پپتیک این انگیزش ایجاد شده است که با بررسی‌های دقیق و بهینه بالینی نقش آن نیز در دیس پپسی مورد ارزیابی قرار گیرد.

گروه وسیعی از اختلالات می‌توانند سبب دیس پپسی شوند که از آنجمله‌اند: عدم تحمل به غذا یا برخی داروها، اختلالات متابولیک یا اختلالات مربوط به غدد مترشحه داخلی (آندوکراین)، بیماری‌های دیگر داخلی، بیماری‌های پانکراسی - صفراوی، و بیماری‌های مربوط به لومن دستگاه گوارش.

بیماران دچار دیس پپسی بدون علت واضح، هنگامی که آندوسکوپی می‌شوند در ۵ تا ۱۵ درصد موارد شواهدی از بیماری ریفلاکس معدی - مروی (GERD)^۲ و در ۱۵ تا ۲۵ درصد موارد شواهدی از زخم پپتیک و در کمتر از یک درصد (۱٪) موارد تومر بدخیم معدی وجود دارد (سرطان معده در زیر سن ۴۵ سالگی نادر است اما اگر دیس پپسی در فرد مسنی به تازگی شروع شده باشد، بایستی از این نظر بیشتر به آن توجه شود). در بقیه بیماران که آندوسکوپی می‌شوند، یا آندوسکوپی طبیعی است و یا یافته‌ها غیراختصاصی اند که این گروه را تحت عنوان دیس پپسی غیراولسری (NUD = Non Ulcer Dyspepsia) نامگذاری و طبقه‌بندی می‌کنند. NUD شایعترین علت دیس پپسی مزمن است.

سبب‌شناسی (اتیولوژی) NUD

پاتوفیزیولوژی NUD روشن نشده است، اما عوامل زیر می‌توانند با اهمیت باشند:

۱ - Discomfort

۲ - Gastro Esophageal Reflux Disease

۲ - توضیح آنکه پائین آمدن آستانه تحریک پذیری در اثر اتساع (در معده حساس به اتساع) ممکن است سبب‌ساز ایجاد درد در مقابل محرک‌هایی که در حالت عادی ایجاد درد نمی‌کنند، شود.

استراحت‌های پزشکی و به کار نپرداختن به خاطر بیماری، خیلی بیش از معمول است که اغلب به علت شکایت‌های غیرگوارشی از قبیل دردهای عضلانی - استخوانی، سردرد و خستگی است. اینها همچنین تمایل بیشتری به رها کردن فعالیت معمول و روزمره خود به علت درد دارند و عملکرد اجتماعی آنها پائین‌تر از بیماران دچار بیماری‌های ارگانیک دستگاه گوارش است.

بسیاری از بیماران دچار NUD می‌گویند که تنش‌های روانی (استرس‌ها) باعث تشدید علائم آنها می‌شود. برخی از پژوهش‌ها مؤید این نکته‌اند که: تنش‌های دیرپای زندگی (chronic life stress) که باعث تغییر در فعالیت واگ می‌شوند می‌توانند تطابق معدی را بهم بریزند و با اختلالات موتیلیتی همراه شوند. در مجموع میانگین تنش‌های زندگی در بیماران دچار NUD با افراد عادی فرقی نمی‌کند، اما در این بیماران موارد بیشتری از سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی وجود دارد.

گاستریت ناشی از اج - پیلوری

نقش اج-پیلوری در گاستریت‌ها و زخم پپتیک کاملاً مشخص شده است. اما اینکه آیا عفونت اج-پیلوری می‌تواند سبب‌ساز NUD بشود یا نه، مورد اختلاف نظر است. بیماران دچار NUD شیوع بیشتری از ابتلاء به عفونت اج - پیلوری را نشان نمی‌دهند. بهترین دلیل، در دخالت اج - پیلوری در NUD برطرف شدن علائم بیماران بعد از ریشه‌کنی میکروب است. این نکته هنوز مشخص نشده است و بررسی‌های دقیق علمی هنوز نتوانسته‌اند آنرا مورد تأیید قرار دهند. بسیاری از مبتلایان به NUD بهبود بسیار چشمگیر و کوتاه‌مدت حتی با پلاسبو (دارونما) داشته‌اند. نتایج پیگیری طولانی‌مدت این بیماران که اکنون دارد مشخص می‌شود، از این حکایت دارد که تنها در برخی از این بیماران برطرف شدن علائم تداوم پیدا می‌کند.

اختلالات کار (فونکسیونل) دستگاه گوارش

NUD به عنوان بخشی از اختلالات به هم پیوسته فونکسیونل (کاری) دستگاه گوارش مورد پذیرش روزافزونی قرار گرفته است. در واقع، این اختلالات همکاسه و به هم پیوسته که شامل: سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS)، دردهای غیرقلبی قفسه سینه، سوزش پشت جناغ فونکسیونل هستند، NUD را نیز دربرمی‌گیرند. بیش از ۸۰ درصد بیماران IBS ای دچار دیس‌پپسی و نزدیک به یکسوم بیماران مبتلا به دیس‌پپسی مزمن، علائم IBS دارند. بیماری‌هایی که این اختلالات را دارند همچنین تظاهرات غیرگوارشی‌ای از قبیل: سردردهای میگرنی، دردهای عضلانی (myalgias) و اختلالات کاری دستگاه ادراری یا زنانگی^۴ نشان می‌دهند. هنگامی که پزشک با بیمار دچار دیس‌پپسی نخستین بار برخورد می‌کند بایستی بررسی‌ای از دستگاه‌های مختلف و مسائل مربوط

به آنها را انجام دهد. توجه به علائم IBS از جمله این بررسی‌هاست. درد شکمی که با اجابت مزاج تسکین می‌یابد، تغییر در دفعات و قوام و شکل مدفوع، احساس فشار و زور زدن بیش از حد جهت دفع^۵، احساس دفع فوری (اورژانسی) و نفخ شکم از علائم IBS هستند. برخی بیماران ممکن است دچار هوابلی (آئروفازی) باشند که پی‌آمد آن نفخ و آروغ زدن است و همین آروغ زدن حلقه معیوبی را با نفخ ایجاد می‌کند (خود آروغ زدن، هم باعث دفع گاز و هوا و هم سبب کشیده شدن هوا به داخل معده و تداوم عمل آروغ زدن و نفخ می‌شود) این وضعیت را می‌توان با رفتار درمانی (توضیح برای بیمار و کمک به او جهت رفع این رفتار) برطرف کرد.

راهبرد (استراتژی) تشخیصی در بیماران دچار دیس‌پپسی

در بررسی بیماران دچار دیس‌پپسی، پزشک بایستی با روش‌هایی از قبیل آندوسکوپی و رادیولوژی و نیز آزمایشگاهی، علت ارگانیک را از غیرارگانیک مشخص سازد. سطح برآورد بستگی به عوامل گوناگونی دارد که از آنجمله‌اند: مزمن بودن علائم، احتمال داشتن بیماری ارگانیک بااهمیت، پاسخ بیمار به درمان‌های گمانی یا نظری (امپریک) و میزان اضطراب و نگرانی بیمار.

ارزیابی اولیه

شرح حال بایستی روشن‌گر مدت، محل، و کیفیت و چگونگی علائم و آثار دیس‌پپسی باشد (مثلاً توجه به ماهیت و چگونگی درد و ناراحتی شبیه به آن و نیز نفخ و تهوع)

به علائمی خاص، توجه خاص بایستی مبذول شود، دیسفاژی، کاهش

جدول ۱ - داروهایی که باعث دیس‌پپسی می‌شوند

آنتی‌بیوتیک‌ها (ماکرولیدها - مترونیدازول)
آسپیرین و دیگر NSAIDها
کلشسین
کورتیکواستروئیدها
دیجیتالین
استروژن‌ها
اتانول
آهن - کلراید پتاسیم
لوادوپا
نیاسین - ژمفیبروزیل
نارکوتیک
کونیدین
تئوفیلین

^۵ - straining

^۶ - urgency

^۴ - gynecologic

وزن، دردهای ثابت یا شدید، دردهائی که به پشت انتشار پیدا می‌کنند، استفراغ‌های راجعه، استفراغ خونی، ملنا و یرقان می‌توانند مطرح کننده بیماری‌های بسیار جدی زمینه‌ای باشند. وجود هر کدام از این علائم هشدار (Alarm symptoms) بایستی توجه را به انجام سریع بررسی‌هایی نظیر آندوسکوپی به تنهایی یا همراه با سونوگرافی و سی تی اسکن معطوف دارند تا: تنگی‌های پپتیک، آدنوکارسینوماهای معدی یا مروی، زخم‌های پپتیک مشکل‌ساز، پانکراتیت مزمن و یا بدخیمی‌های پانکراسی، صفرای، بهنگام و بموقع، تشخیص داده شوند.

داروهائی که می‌توانند زینبار باشند و مصرف مقادیر زیاد الکل بایستی مورد نظر قرار گیرند، و منع شوند (جدول ۱). از جمله مسائلی که حائز اهمیت است توجه به مصرف بدون نسخه آسپیرین و نیز داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) است که به طور گسترده‌ای در جمعیت بزرگسال استفاده می‌شوند.

از نکات بااهمیت، آگاهی یافتن از زمینه‌های نگرانی و علائق بیمار است، بسیاری از بیماران ماه‌ها و سال‌ها قبل از مراجعه به پزشک علائم را داشته‌اند، اما تنها بعد از این که یکی از دوستان و یا خویشاوندان از سرطان می‌میرد، بیمار از ترس به پزشک مراجعه می‌کند، اگر بتوان از نگرانی بیمار زود هنگام و به درستی مطلع شد، طبعاً نتایج درمانی خیلی بهتری گرفته خواهد شد.

مسائل روحی - اجتماعی بایستی شناسائی شوند. تغییرات جدید در مسائل کاری و استخدامی بیمار، مسائل مالی و رفتاری‌های ناشی از آن، دلواپسی‌ها و افسردگی‌ها تماماً می‌توانند موجب تنش‌هایی شوند که دیس‌پپسی را در برخی بیماران تشدید می‌کند. بیمارانی که نشانه‌هایی از افسردگی عمیق و عمده دارند و آنهایی که نشانه‌های ناراحتی مربوط به خوردن غذا (Eating disorder) را نشان می‌دهند، که اغلب به مسائل روانی - اجتماعی یا به تنش‌های بیمار مربوط می‌شود، بایستی جهت بررسی‌های روانی به روانپزشک معرفی شوند.

برخی از خصوصیات شرح حال بیمار می‌توانند به صورت نکات ظریفی در شناسائی علت دیس‌پپسی کمک کنند. بیماران دچار زخم پپتیک معمولاً در شنین بالاتری هستند (بیشتر از ۴۵ سال)، سیگار می‌کشند و هنگامی که غذاهای خاص و یا آنتی‌اسید می‌خورند دردشان بهبود می‌یابد. بیماران دچار دیس‌پپسی کارکردی (فونکسیونل) اغلب از انواع ناراحتی گوارشی و غیرگوارشی شکایت می‌کنند و نشانه‌های اضطراب و افسردگی را دارند و یا این که سابقه‌ای از مصرف داروهای روانگرا (پسیکوتروپ) را نشان می‌دهند. دیس‌پپسی را برپایه علائم، به زیرگروه‌هایی تقسیم کرده‌اند که می‌تواند در برخورد بالینی به پزشک در ارزیابی و بررسی‌های اولیه‌اش کمک کند.

۱ - دیس‌پپسی اولسرگونه (Ulcer Like Dyspepsia)

مشخص می‌شود با حملات دوره‌ای دردی که در ناحیه اپی‌گاستر ایجاد می‌شود و با غذا و آنتی‌اسید تسکین می‌یابد و قبل از غذا و شب‌هنگام رخ می‌دهد.

۲ - دیس‌پپسی دیس‌موتیلیتی‌گونه

مشخص می‌شود با دردی که جای خیلی مشخصی در ناحیه فوقانی شکم ندارد. این درد با خوردن غذاها بدتر می‌شود و همراه با نفخ، اتساع شکم، سیری زود هنگام، احساس پری بعد از غذا، بی‌اشتهایی و تهوع یا استفراغ‌های راجعه همراه است.

۳ - دیس‌پپسی ریفلاکس‌گونه

مشخص می‌شود با سوزش پشت جناغ سینه یا رگورژیتاسیون. متأسفانه سوای دیس‌پپسی ریفلاکس‌گونه، در این زیرگروه‌ها نمی‌توان بین بیماری ارگانیک و فونکسیونل تمایز قائل شد. بیماران دچار سوزش پشت جناغ سینه و رگورژیتاسیون اغلب شواهدی از ریفلاکس را در آندوسکوپی و یا در pH متری هنگام فعالیت روزمره (Ambulatory pH monitoring) ندارند، ولی اینها را بایستی با احتمال وجود GERD (بیماری‌های ناشی از ریفلاکس مروی) تحت درمان قرار داد.

در این راستا گفتنی است که گاهی بیمار دچار دیس‌پپسی که علائم اصلی‌اش آروغ و نفخ است، زخم دوازدهه دارد (در آندوسکوپی - م) ولی بیمار با دیس‌پپسی زخم‌گونه چیزی را (در آندوسکوپی - م) نمایان نمی‌سازد. لهذا، این گروه‌بندی‌ها از نظر تشخیصی قابلیت استناد آنچنانی ندارند.

اما به هر صورت امتحانات فیزیکی ارزشمند است. چه، در مواردی یافته‌های غیرطبیعی نظیر بزرگ شدن یکی از اعضای داخل شکم (ارگانومکالی)، توده شکمی و آسیت ممکن است دیده شود، بنابراین جهت اطمینان خاطر بایستی معاینه فیزیکی صورت گیرد، جستجوی خون ناشکار در مدفوع نیز بایستی صورت بگیرد.

آزمایش‌هایی که در بیماران بالای ۴۵ سال بایستی انجام شود عبارتند از: CBC - اندازه‌گیری الکترولیت‌ها، کالسیم، همچنین آزمایش‌های بیوشیمیایی کبد و آزمایش‌های مربوط به کار تیروئید. اندازه‌گیری آمیلاز سرم نیز بایستی صورت گیرد.

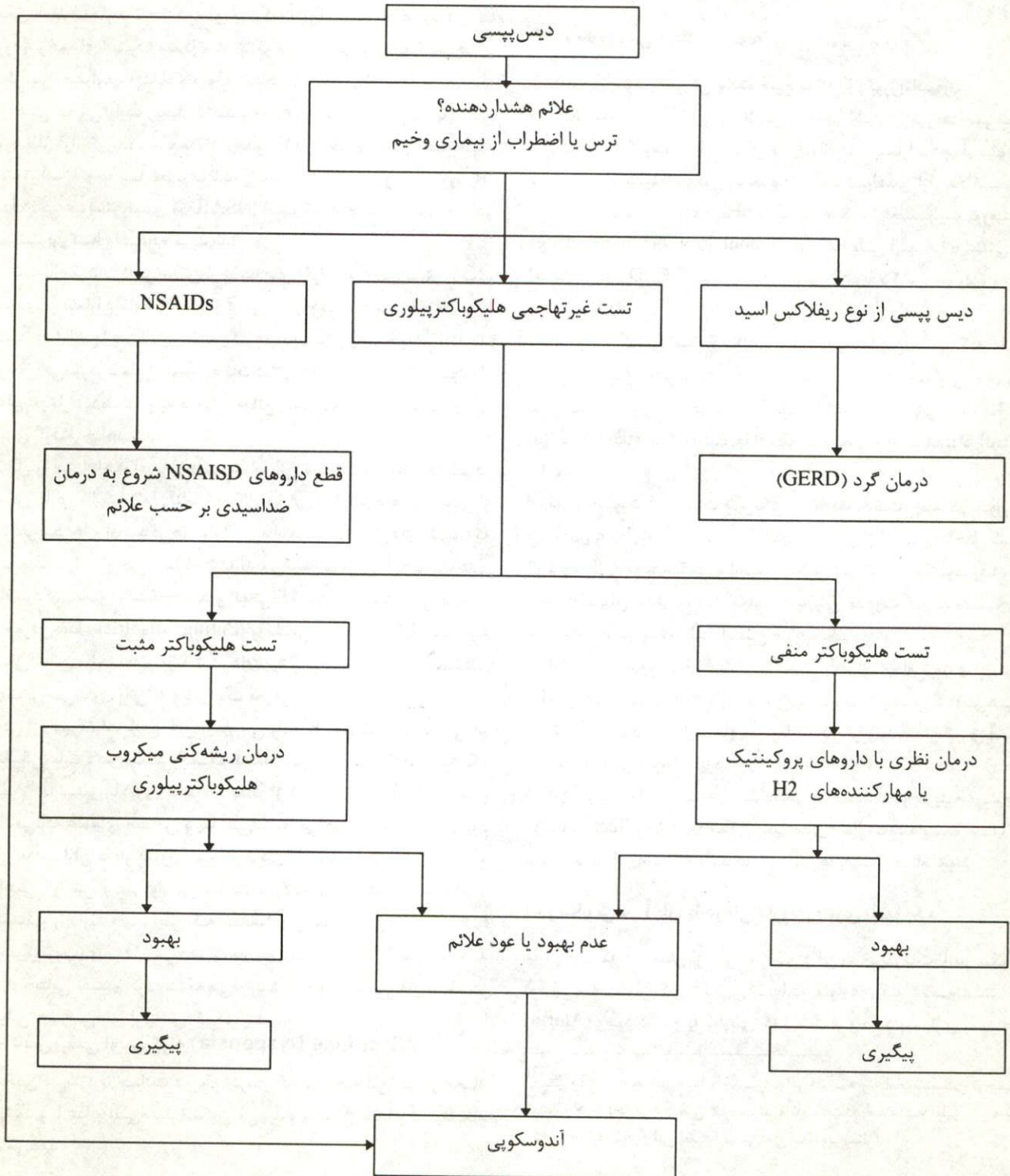
در فرد جوان انجام چنین آزمایش‌هایی از نقطه نظر هزینه - نتیجه (Cost - effectiveness) ممکن است جای سؤال داشته باشد، اما اگر بیمار علائم راجعه داشته باشد این آزمایش‌ها بایستی انجام شوند.

آندوسکوپی در آغاز، یا درمان داروئی نظری (امپریک)^۲

همان طور که در پیش از این، در مورد آن سخن رفت، آندوسکوپی فوقانی به عنوان کار آغازین تنها در مواردی که علائم هشدار (Alarm) وجود دارد و یا مواردی که بیمار از وجود بیماری زمینه‌ای

^۲ - امپریک را «تجربی» یا «اختیاری» در فلسفه و جامعه‌شناسی ترجمه کرده‌اند. در اینجا مراد درمان غیرمستند و تأیید نشده است، به نظر بنده واژه «گمانی» یا «نظری» این نظر را تأمین می‌کند. (ویراستار)

الگوریتم روش درمان بیماران که با علائم دیس پپسی به پزشک اولیه مراجعه می کنند



هراس و نگرانی شدید دارد، انجام می‌شود. در دیگر بیماران، که دیس‌پپسی معمول و بدون عارضه‌ای وجود دارد، پزشک می‌تواند مابین آندوسکوپی و یا درمان دارویی نظری (امپریک) یک کدام را انتخاب کند. رادیوگرافی سریال دستگاه گوارش (Upper GI Series) دقت کمتری از آندوسکوپی در تشخیص زخم پپتیک و ازوفازیت ریفلاکسی دارد.

با شناسائی اخیر نقش اچ - پیلوری در زخم پپتیک، کشش عجیبی به ریشه‌کنی این میکروب جهت درمان زخم پیدا شده است و به همین شکل این گرایش به دیس‌پپسی نیز سرایت کرده و عده‌ای به عنوان کار آغازین، رو به این درمان می‌آورند. طبق پیشنهاد یک الگوریتم تشخیصی، آزمایش‌های بی‌آزار (Noninvasive) در مورد اچ - پیلوری (یعنی تست سرولوژیک و تست اوره‌آز تنفسی) بایستی انجام شود. (الگوریتم ۱) هر دوی این تست‌ها حساسیت و اختصاصیت بیش از ۹۰ درصد در تشخیص اچ - پیلوری دارند. در بیماری که با این تست‌ها اچ - پیلوری مثبت شد یک دوره درمان نظری (امپریک) با آنتی‌بیوتیک جهت ریشه‌کنی اچ - پیلوری داده می‌شود.

بعد از ریشه‌کنی اچ - پیلوری می‌توان انتظار داشت که علائم بیمار از بین برود. در واقع در عده‌ای از بیماران با ریشه‌کنی اچ - پیلوری بهبود صورت می‌گیرد، اما بایستی قید شود که کاربرد این نوع درمان هنوز «اثبات‌شده» و «تأیید شده» نیست.

بیمارانی را که اچ - پیلوری منفی هستند مطابق این الگوریتم (الگوریتم ۱) می‌توان تحت درمان با H₂ بلوکر یا داروهای پروکینتیک قرار داد. البته این نوع درمان غیرمستند و نظری (امپریک) است.

سه تجزیه و تحلیل در سه مقاله از فندریک (Fendrick)، سیلوراشتاین (Silverstein) و افمان (Ofman) چاپ شده است. در این تجزیه و تحلیل‌ها، مصنفین بر این عقیده‌اند که انجام تست‌های بی‌آزار (Noninvasive) و درمان نظری (امپریک) جهت ریشه‌کنی اچ - پیلوری از نظر هزینه - نتیجه (Cost-effect) مقرون به صرفه‌تر از دیگر راهبردهای (استراتژی‌های) درمانی است.

اما با همه اینها، هنوز از نظر بصره بودن، پژوهشی صورت نگرفته است که نتایج این درمان (درمان ریشه‌کنی اچ - پیلوری) را با روش‌های دیگر که در زیر می‌آیند مقایسه کرده باشد:

درمان تمام بیماران دچار دیس‌پپسی با H₂ بلوکر، آندوسکوپی تمام بیماران دچار دیس‌پپسی در ابتدای بررسی و آندوسکوپی در بیماران اچ - پیلوری مثبت، یا بیمارانی که NSAIDs مصرف می‌کنند (زیرا این افراد با احتمال بالاتری دچار بیماری اولسری هستند).

جهت تعیین بهترین نحوه برخورد و درمان با بیماران دچار دیس‌پپسی نبایستی ساده‌اندیشی داشت و به هزینه مستقیم پزشکی توجه کرد، (یعنی تنها به ویزیت پزشکان، آزمایش‌های تشخیصی و هزینه‌های دارویی توجه کرد) بلکه هزینه‌های غیرمستقیم نیز هستند که واجد ارزشند از آنجمله‌اند: روزهایی که بیمار نمی‌تواند سر کار برود، کاهش بازدهی و ثمردهی بیمار. همچنین مسائل دیگر نظیر احساس رضایت و

سلامت و چگونگی احساسی که بیمار از سلامت خود دارد نیز از اهمیت برخوردارند.

اما با همه اینها، و این که نتایج مشخص پژوهش‌های آینده‌نگر هنوز وجود ندارد و به تأیید نرسیده است، می‌توان گفت پزشک می‌تواند در برخورد با این بیماران یکی از دو روش یعنی یا آندوسکوپی در ابتدای کار و یا درمان نظری (امپریک) را برگزیند. این انتخاب بایستی براساس یافته‌های کلینیکی پزشک و نیز خواسته‌های بیمار صورت بگیرد. در بیمارانی که بالاتر از ۴۵ سال دارند (که در آنها بیماری‌های ارگانیک شایعتر است) و در بیمارانی که دلواپسی زیادی دارند (و انجام آندوسکوپی می‌تواند به آنها اطمینان خاطر دهد)، انجام آندوسکوپی در ابتدا، بر دیگر شیوه‌ها برتری دارد. اما در بیماران جوانتر که علائم مزمن و پایداری وجود دارد بیمه هم نیستند، تست‌های بی‌آزار (Noninvasive) جهت اچ - پیلوری و درمان نظری (امپریک) می‌تواند روش ارجح باشد.

روش‌های دیگر تشخیصی در دیس‌پپسی

تنها اگر معاینه و شرح حال بیمار یا آزمایش‌های بیمار احتمال بیماری کبدی - پانکراسی را مطرح کنند بایستی از سونوگرافی یا سی‌تی‌اسکن شکم استفاده شود. مانیتورینگ pH مری در هنگام زندگی روزمره^۸ می‌تواند در تشخیص GERD در بیماری که دیس‌پپسی دارد و آندوسکوپی او طبیعی است مفید باشد. البته شاید عملی‌تر آن باشد که این بیماران را تحت درمان‌های ضدریفلاکسی به طور نظری (امپریک) قرار دهیم.

تدابیر درمانی در NUD

بعد از این که بررسی‌های پزشکی صورت می‌گیرد و آندوسکوپی انجام می‌شود، در نزدیک به نیمی از بیماران علتی ارگانیک یافت نمی‌شود. برای این گروه تشخیص NUD داده می‌شود (به اصطلاح تحت این نام شناخته می‌شوند). اکثر بیماران علائمی متناوب و خفیف دارند که به درمان محافظه‌کارانه به راحتی پاسخ می‌دهند. البته گروه کوچکی از این بیماران علائم‌شان برگشت می‌کند و مشکلی درمانی را به وجود می‌آورند. به هر صورت نکته بااهمیت در این بیماران آن است که به آنان اطمینان خاطر داده شود که بیماری‌شان خطری ندارد و به سمت بیماری خطیری نمی‌رود. البته به بیماران نبایستی گفته شود «در شما نتوانستیم چیزی غیرطبیعی بیابیم» زیرا ممکن است بیمار فکر کند که دچار بیماری پسیکوسوماتیک است. بایستی NUD را تا آنجا که می‌شود برای بیمار شکافت و توضیحات را تا آنجا که می‌شود داد.

تغییر در شیوه زندگی

بیماران بایستی دریابند که علائم ممکن است برگشت کند، اما با تغییر در شیوه زندگی و رژیم غذایی و اگر لازم شد مصرف دارو می‌توان وضعیت را در حد مطلوب تغییر داد. برخی از بیماران دچار ناراحتی بعد

^۸ Ambulatory esophageal pH monitoring

جدول ۲ - سفارش برای رژیم درمانی ریشه‌کن شدن هلیکوباکتر پیلوری

دارو	مقدار	مدت زمان	درصد میزان ریشه‌کنی
رژیم ۱			
بیسموت ساب سالیسیلات	۲ قرص روزی ۴ مرتبه	۱۴ روز	۸۸ تا ۹۵ درصد
مترونیدازول	۲۵۰ میلی گرم روزی ۴ مرتبه	۱۴ روز	
تتراسایکلین	۵۰۰ میلی گرم روزی ۴ مرتبه	۱۴ روز	
رژیم ۲ و ۳			
۱- امپرازول	یک کپسول روزی ۲ بار	۱۰ تا ۱۴ روز	۸۶ تا ۹۱ درصد
یا لانزوپرازول	۳۰ میلی گرم روزی ۲ بار		
۲- کلاریترومایسین	۵۰۰ میلی گرم روزی ۲ بار		
۳- آموکسی سیلین	۱ گرم روزی ۲ بار		
یا مترونیدازول	۵۰۰ میلی گرم روزی ۲ بار		

از غذا می‌شوند، این عده ممکن است با مصرف غذای کم حجم‌تر و با چربی اندک بهتر شوند و بهبود یابند. قهوه و مشروبات زیاد بایستی منع شود و آن غذاهایی که در بیمار درد را برمی‌انگیزند بهتر است خوردن نشوند. تمام داروهایی که می‌توانند ایجاد ناراحتی گوارشی کنند از جمله آسپیرین و NSAID بایستی قطع شوند و بایستی توجه شود که آیا قطع آنها در برطرف شدن ناراحتی اثری دارد یا ندارد. بر این امر که تنش‌ها، و

تحریکات عاطفی و هیجانی می‌توانند سبب‌ساز شروع مجدد ناراحتی باشند باید تأکید شود و اگر لازم شد مشاوره و یا ارجاع به روانپزشک بایستی صورت بگیرد.^۱

درمان‌های دارویی

هنگامی که تشخیص NUD داده شد، بسیاری از بیماران نیازی به مصرف دارو ندارند. البته در برخی از موارد کاربرد مناسب دارو ممکن است کمک کند. FDA^۱ هیچ نوع دارویی را در NUD تأیید نکرده است و نتایج مصرف داروها اغلب دلگرم کننده نیست. مضافاً این که ۶۰ درصد بیماران به دارونما (پلاسبو) جواب می‌دهند. بنابراین نمی‌توان گفت که تأثیر داروها از دارونما بیشتر است و ممکن است تأثیرات دارویی یا ناشی از اثر دارونمایی آنها و یا ناشی از ارتباط بین پزشک و بیمار باشد.

داروهای ضد اسید و ضد ترشح اسید

مؤثر بودن آنتی اسید در درمان NUD در پژوهش‌های «باکنترل» نشان داده نشده است. اما با این وجود از آنجائی که این داروها ارزانقیمت و بی‌ضرر هستند، به نظر می‌رسد در مواقعی که بیمار به آنها جواب می‌دهد، بهتر است درمان با آنها را ادامه داد.

یکی از مهمترین موارد استفاده H₂ - بلوکرها کاربرد آنها در بیماران دچار دیس‌پپسی مزمن است. البته در این مورد هم مدارک مستندی که حکایت از مؤثر بودن این داروها بکند وجود ندارد. برخی پژوهش‌ها، بیمارانی را که تیپ دیس‌پپسی ریفلکسی هستند، بیشترین بیمارانی

می‌دانند که به این نوع داروها پاسخ می‌دهند. به هر صورت قیمت پائین این داروها و عوارض جانبی اندک آنها، یک دوره تجربه این داروها را کاملاً منطقی جلوه می‌دهد. در بیماری که پاسخ مناسب دیده شد، می‌توان در هنگام تشدید علائم بیمار یک دوره ۲ تا ۴ هفته‌ای از این داروها را مصرف کرد. مصرف طولانی مدت H₂ - بلوکرها نتایج مناسبی ندارد و نباید مورد استفاده قرار گیرد، مگر در بیمارانی که قطع این داروها باعث برگشت ناراحتی می‌شود. دست‌آوردهای (Data) محدودی در مورد کاربرد بازدارنده‌های پمپ پروتون (مانند اومپرازول و لنسوپرازول) در دیس‌پپسی وجود دارد، در این پژوهش‌ها نتایج داروها در برطرف کردن علائم بیشتر از H₂ - بلوکرها (در حد چشمگیر^{۱۱}) نبوده است. بنابراین با قیمت بالائی که این داروها دارند، نمی‌توان آنها توصیه کرد.

داروهای مؤثر بر موتیلیتی^{۱۲}

پژوهش‌های متعدد و کنترل شده‌ای در مورد متوکلوپراماید، سیسپراید (Propulsid)^R و دومپریدون صورت گرفته است، که مؤثر بودن این داروها را در این موارد تأیید می‌کند. البته این داروها در پژوهش‌های چندمرکزی در امریکا مورد پژوهش قرار نگرفته‌اند.

متوکلوپراماید و دومپریدون داروهای آنتاگونیست دوپامین (D2- Receptor Antagonists) هستند. این داروها سبب تحریک و افزایش موتیلیتی و نیز باعث جلوگیری از تهوع می‌شوند. متوکلوپراماید از سد

۱۱ - significantly

۱۲ - برخی به جای موتیلیتی واژه «قابلیت حرکتی» یا «مسائل حرکتی» گذاشته‌اند، که به نظر صحیح نمی‌آید. موتیلیتی شمول زیادی دارد، از تونوس عضلاتی تا تغییرات ایجاد شده در آن، تا مسائل اسپاستیک و تغییرات فشار داخل لومنی و... همه را دربرمی‌گیرد بهتر است خود این واژه گذاشته شود و ترجمه نشود. (ویراستار)

۱ - ظریفی می‌گفت به بیمار می‌گویم هزار جور درد است: درد کار و یار و مال و آب و خاک و ملت و دولت، این یکی هم بر بالای ناف اضافه می‌شود. بیشتر باد است، می‌رود و می‌آید. خاطر آزاده مدار. مونس دل است. (ویراستار)

۱ - FDA = Food and Drug Administration

خونی - مغزی (Blood-Brain barrier) گذر می‌کند و عوارض جانبی «ضد دوپامینرژیک» را ظاهر می‌سازد که از جمله آنها: اضطراب، خواب‌آلودگی، ناآرامی (اُتیتاسیون) عوارض اکستراپیرامیدال و حرکت پریشی دیررس (Tardive dyskinesia) هستند. این عوارض در ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران بروز می‌کند. بنابراین، مصرف طولانی‌مدت این دارو، به ویژه در افراد مسن، نتایج خوبی نخواهد داشت. دومپریدون از سد خونی مغز عبور نمی‌کند و عوارض مرکزی متوکلوپراماید را ندارد، این دارو هنوز در ایالات متحده آمریکا در دسترس قرار ندارد. سیسپراید داروی همساز سروتونینی (Serotonin 5-HT₄ agonist) باعث افزایش موتیلیتی مری و معده می‌شود. مقدار تجویز (دواز) دارو ۱۰ میلی‌گرم سه بار در روز و پیش از غذاست^{۱۳}. این دارو به خوبی تحمل می‌شود و عوارض دارویی اندکی دارد.

با این همه، به پژوهش‌های بیشتری برای به کار گرفتن این داروها در NUD نیاز است. اما با در نظر گرفتن دستاوردهای موجود می‌شود گفت: اگر بیمار دچار NUD به درمان‌های ارزاقیمت پاسخ نداد می‌توان یک دوره ۲ تا ۴ هفته‌ای سیسپراید را در بیمار تجربه کرد. در بیمارانی که این دارو در کوتاه مدت مؤثر واقع می‌شود، معمولاً نتایج مصرف دیرپای دارو دلگرم کننده نیست، البته گاه مصرف طولانی‌مدت و دیرپای دارو نیز مؤثر و مفید است.

ریشه‌کنی اج - پیلوری

همان طور که در بحث‌های پیشین به آن اشاره شد، مطابق دست‌آوردهای حاصل از پژوهش‌ها، ریشه‌کنی اج - پیلوری باعث بهبود علائم NUD در رقم چشمگیری از بیماران می‌شود. البته این احتمال وجود دارد که تعداد کمی از بیماران بعد از ریشه‌کنی اج - پیلوری بهبود یابند و این امر در بیشتر بیماران صورت نمی‌گیرد. جدول ۲ رژیم‌های دارویی که در ریشه‌کنی اج - پیلوری مورد استفاده قرار گرفته‌اند را نشان می‌دهد. آنتی بیوتیک درمانی باعث بروز عوارض دارویی در برخی بیماران و نیز سبب‌ساز «مقاوم شدن میکروب در مقابل دارو»، در موارد درمان نشده می‌شود. پزشکان، پیش از کاربرد این دوره درمانی، بایستی با بیماران در مورد نتایج و عوارض این دوره درمانی صحبت کنند و آنوقت اگر مناسب دیدند آن را به کار بگیرند.

درمان علائم مقاوم

در تعداد اندکی از بیماران، علائم بدون پاسخ به درمان، که فعالیت‌های روزمره بیمار را مختل می‌کنند وجود دارد. این بیماران ممکن است از چک‌آپ‌های مکرر جهت علائم‌شان نتیجه بگیرند و به اصطلاح بهتر شوند (به خاطر اطمینان پیدا کردن - م) در این بیماران اگر وضعیت بالینی بیمار دچار تغییر نشود نبایستی بررسی‌های بیشتری صورت گیرد، چراکه

^{۱۳} - متوکلوپراماید یک ساعت طول می‌کشد تا به دواز مناسب در خون برسد بنابراین زمان مناسب آن نیم ساعت تا یک ساعت قبل از غذاست، این وضعیت تقریباً در مورد سیسپراید و دومپریدون نیز وجود دارد. (ویراستار)

گران هستند و در ضمن باعث بی‌اطمینانی بیمار به تشخیص و نگرانی بیشتر او می‌شوند. بایستی توجه بیمار را از این موضوع دور کرد که: با راهبردهای (استراتژی‌های) پیشرفته‌تر می‌توان «علتی» برای علائم مزمن او پیدا کرد. ارجاع بیمار به روانپزشک در مواقعی که بیماری آشکار روانی و یا سابقه سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی در شرح حال بیمار وجود دارد ضروری است، بیماران دیگر را می‌توان با درمان تنش‌ها، آموزش‌های آرام‌سازی (Relaxation Training)، خواب‌درمانی و درمان‌هایی بر اساس شناخت رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapies) درمان کرد.

همان طور که می‌دانیم مقادیر کم داروهای ضد افسردگی به طور فزاینده‌ای در بیماران دچار درد مزمن، مورد مصرف قرار می‌گیرد^{۱۴} و از این رو در این بیماران نیز به کار گرفته می‌شود، و این در حالی است که شواهد کافی که حکایت از مؤثر بودن این داروها در این بیماران (بیماران NUD) و یا در بیماران IBS ی بکند وجود ندارد. به هر صورت، ترکیبات تری‌سیکلیک در این بیماران توصیه نمی‌شود چرا که تخلیه معده را آهسته می‌کند، و در بیماری که اختلال تخلیه‌ای در او دخالت دارد علائم را تشدید می‌کند، سوای این اثر ممانعتی این داروها در جذب دوباره سروتونین (Serotonin reuptake inhibitors) ممکن است سبب‌ساز تهوع در برخی بیماران بشود.

نتیجه‌گیری

دیس‌پپسی یکی از گرفتاری‌های شایع است و شایع‌ترین نوع آن، ایدیوپاتیک یا NUD است. بعد از این که علل بالقوه خطرناک و یا علل درمان‌پذیر درد رد شدند، آنگاه بایستی پزشک و بیمار یا آندوسکوپی را به عنوان کار آغازین برای بیمار برگزینند و یا این که یک دوره درمان علامتی را انتخاب کنند. آنتی‌اسید، H₂ - بلوکرها و ترکیبات تحریک کننده موتیلیتی در برخی از بیماران مؤثرند، نقش اج - پیلوری در NUD در دست پژوهش و بررسی است. درمان تنش‌ها و ارتباط بین پزشک و بیمار نیز در درمان بیماران، به ویژه آنانی که علائم مزمن دارند، نقش مهمی دارد.

گوشزدها:

(Commentary)

از دکتر رزماری - ال - فیشر (دانشگاه یل Yale)

آیا تشخیص دیس‌پپسی و یا دیس‌پپسی غیر اولسری^{۱۵} (NUD) از اعتبار ارزش برخوردار است؟ آیا می‌توان آنها را (IBS) دستگاه گوارش فوقانی دانست؟ در باره علائم دیس‌پپسی که عبارتند از: سیری زود هنگام،

^{۱۴} - می‌شود گفت: امروزه متداول شده است که به بیماران دچار درد مزمن داروهای ضد افسردگی با دوز پائین داده شود. (ویراستار)

^{۱۵} - گفتنی است که واژه‌های پارسی مناسبی برای دیس‌پپسی آورده شده‌اند، از جمله: «بدگوار» و برای دیس‌پپسی غیر اولسری «بدگوار غیر زخمی» اما به علت متداول بودن واژه لاتین، ما واژه لاتین را به کار برده‌ایم.

علائم بیمار باشند، مثلاً ممکن است بیمار دچار دیس‌پپسی، دچار سنگ کیسه صفرا نیز باشد. در این بیماران بعد از کله‌سیستکتومی نیز علائم دیس‌پپسی همان طور پایدار در بیمار باقی می‌ماند. در واقع علائم دیس‌پپسی ممکن است ربطی با یافته‌های دیگر نداشته باشد و پزشک بایستی به این موضوع توجه نکند. صحبت بیشتر با بیمار و حتی بررسی روانی نیز ممکن است ضروری باشد. نبایستی در هنگامی که بیمار تحت فشارهای ناشی از این بررسی‌هاست، مرتب نسخه‌های بیش از حد و متعدد نظری (امریک) جهت علائم دیس‌پپسی به او داده شود.

پزشک بایستی صلاح‌دید خود را در مورد درمان عفونت اچ - پیلوری به کار بندد. اطلاع از عفونت اچ - پیلوری و ارتباط آن با زخم دوازدهه در سطح وسیعی از مردم رو به گسترش است و این امر می‌تواند سبب شود که بیمار جهت وجود یا عدم وجود اچ - پیلوری و ارتباط آن با علائم دیس‌پپسی‌اش تقاضای آزمایش‌های مربوطه را بکند. دکتر مک کوئید بر این امر پافشاری می‌کند که دست‌آوردهای متقاعدکننده‌ای دال بر این موضوع که اچ - پیلوری در ایجاد NUD دخالت دارد، و با ریشه‌کنی آن دیس‌پپسی به طور موفقیت‌آمیزی درمان می‌شود، وجود ندارد. برحسب سن و وضعیت اجتماعی - اقتصادی نامناسب جمعیت بیماران، افزایش شیوع اچ - پیلوری دیده می‌شود، ممکن است هنگامی که بیمار علائم دیس‌پپسی دارد، اچ - پیلوری مثبت نیز باشد، بدون این که این دو با هم ارتباطی داشته باشند. درمان عفونت اچ - پیلوری در بیمار دچار NUD ممکن است تنها باعث بروز عوارض آنتی‌بیوتیک درمانی و نیز ایجاد اچ - پیلوری‌های مقاوم به درمان، در مواردی که میکروب به طور ناکامل ریشه‌کن شده، بشود. درمان نظری (امریک) با H_2 - بلوکرها و داروهای افزایشنده موتیلیتی به جای درمان ریشه‌کنی ممکن است موفقیت‌آمیز یا غیرموفقیت‌آمیز باشد، اما عوارض جانبی کمتری دارد. در واقع نیاز به پاسخ قطعی‌تری در مورد ارتباط اچ - پیلوری و NUD وجود دارد. فعلاً در هر فرد بیمار امتحانات ویژه آن فرد، همراه با درمان‌های گزینشی (Selected therapies) در مورد آن فرد و اطمینان‌بخشی به او، اساس طرح درمانی را تشکیل می‌دهد. با پژوهش‌های پی‌گیری که در این مورد جریان دارد، در چند سال آینده ممکن است درمان‌های مشخص‌تر و قطعی‌تری برای دیس‌پپسی شناخته شود.

احساس پری، تهوع، استفراغ، ناراحتی و درد شکم، آروغ زیاد، چه می‌دانیم؟ این علائم شایع‌ترین علائمی هستند که نخستین پزشکان معاینه‌کننده گزارش می‌کنند. این علائم در نزد حدود ۲۰ درصد از جمعیت ایالات متحده وجود دارند.

آنچه که می‌شود گفت این است که واقعا آگاهی چندانی در مورد علت، تعریف، چگونگی ایجاد بیماری (پاتوژنز) و درمان دیس‌پپسی نداریم.

در ۱۹۲۲ یک گروه پژوهشگر بین‌المللی، دیس‌پپسی را بر پایه علائم به بخش‌هایی (کاتاگوری‌هایی)^{۱۶} تقسیم کردند، اما چون این بخش‌ها (کاتاگوری‌ها) ساختاری تعریفی داشتند و به این عنوان به کار می‌رفتند که اتیولوژی‌ها را مشخص سازند و راهبردی درمانی را به کار بگیرند و نیز به این علت که برهم افتادگی (Overlap) بین بخش‌ها (کاتاگوری‌ها) پیش می‌آمد از ارزش تهی گردیدند.

تکرر علائم، ناتوانی در تعیین علت، یا درمان دیس‌پپسی باعث برانگیختن پژوهشگران به پژوهش در این زمینه شده است به این امید که بتوانند چگونگی ایجاد (پاتوژنز) علائم را بشناسند.

آیا همانند IBS یک مسئله نوروموسکولار (عصبی - عضلانی) می‌تواند سبب‌ساز علائم باشد؟ آقای دکتر مک کوئید (McQuaid) در این زمینه اظهار می‌دارد که: تخلیه غیرطبیعی معده، شل شدن غیرطبیعی فاندوس، فقدان هماهنگی مابین آنتر و دنودنوم، اسپاسم پیلور، تخلیه سریع آنتر. دیس ریتمی معدی، افزایش تحریک‌پذیری حسی احشائی (Visceral hypersensitivity) و فشارهای (تنش‌های) روانی، همگی در بیماران دچار دیس‌پپسی مشاهده می‌شود. برخی از این بیماران از درمان‌های طبی سود می‌برند.

دکتر مک کوئید تاکید می‌کند که برخی از این بیماران دچار دیس‌پپسی، در واقع به گرفتاری‌های دیگری مانند بیماری زخم پپتیک، ریفلاکس معدی - مری، اختلالات متابولیک (دیابت قندی، اورمی، هیپرکالسمی) بیماری‌های پانکراسی و یا بیماری‌های صفاوی دچار هستند.

پزشکی که در ابتدا پی‌گیری بیمار را به عهده می‌گیرد، بایستی نیاز به انجام بررسی‌های بیشتر را تشخیص بدهد. این بررسی‌ها عبارتند از: بررسی تهجمی و آزارنده (مانند آندوسکوپی) و بررسی‌های تشخیصی بی‌آزار (مانند اولتراسون). البته این کارها باید بعد از بررسی‌های اولیه صورت گیرد.

پزشک بایستی هوشیار و مراقب باشد، توجه داشته باشد که بررسی‌ها تا چه حدود صورت گرفته، و بررسی‌ها تا چه حدود می‌توانند روشنگر وضع بیمار و رسیدن به تشخیص در او باشند و تا چه میزانی درمان‌ها بر روی بیماری که علائم دیس‌پپسی را دارد مؤثر واقع می‌شوند. گاه بررسی‌های تشخیصی یافته‌هایی را به دست می‌دهد که می‌توانند بدون ارتباط با

* - استادیار و فلو بخش گوارش بیمارستان دکتر شریعتی تهران

منبع:

HC Guid K.R. "Evolving approach to dyspepsia and nonulcer dyspepsia"
Gastrointestinal Dis. Today 1997;6:8-9

۱۶ - در فلسفه کاتاگوری را «مقوله» ترجمه کرده‌اند، که اینجا مصداق ندارد، مراد از کاتاگوری در اینجا «بخش» است (ویراستاری مجله)