

# بررسی علل ۵۰۰ مورد درد مزمن شکم

دکتر همایون واحدی\* - دکتر رضا ملک‌زاده\*\* - دکتر فریدون بهنیا\*\*\*

## خلاصه:

هدف از این بررسی، تعیین علت درد مزمن شکم در ۵۰۰ بیمار است که به درمانگاه گوارش بیمارستان شریعتی مراجعه کرده بودند و درد آنها حداقل سه ماه سابقه داشت. چگونگی استفاده از علائم بالینی بیماران برای تعیین لزوم یا عدم لزوم انجام بررسی‌های تشخیصی و با توجه به مشکلات اقتصادی و ارزان نبودن مخارج پزشکی در ایران، در این مطالعه شرح داده شده است.

بررسی‌های تشخیصی کلینیکی و پاراکلینیکی این مطالعه، نشان می‌دهد که ۳۶ درصد از بیماران، بیماری‌های عضوی (ارگانیکی) و ۶۴ درصد علت فونکسیونل (غیرعضوی) داشتند. در بین بیماران با علت ارگانیکی، زخم اثنی‌عشر با تعداد ۱۰۶ مورد (۲۱ درصد) بیشترین سهم را داشت که ۹۳ درصد آنها از نظر هلیکوباکتریلوری مثبت بودند.

۱۵ نفر (۳ درصد) دچار کانسره‌های لوله گوارش بودند که شامل ۷ مورد آدنوکارسینومای معده، ۳ نفر IPSID، ۲ نفر آدنوکارسینوم کولون، یک نفر لنفوم معده، یک نفر کلانژیوکارسینوما و یک نفر کانسر پانکراس بود. بیماری‌های انگلی ۳ مورد و سایر بیماری‌ها ۱۶ مورد بودند.

از ۳۳۱ بیمار فونکسیونل، ۱۵۶ نفر مبتلا به سوءهاضمه بدون زخم (۴۸ درصد موارد فونکسیونل)، ۱۲۹ نفر مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (۴۰ درصد موارد فونکسیونل) و ۳۶ بیمار مبتلا به علائم سوماتیفرم (۱۱ درصد موارد فونکسیونل) بودند.

مقدمه: درد شکم شایع‌ترین علامتی است که بیماران را مجبور به مراجعه به پزشک میکند (۱ و ۲) و بزرگترین علت عدم حضور فعال در کار روزانه است (۳ و ۴). درد شکم طیف گسترده‌ای دارد که از دردهای شدید تا دردهای نامحسوس را در برمی‌گیرد. به عنوان مثال، زخم اثنی‌عشر ممکن است درد اپی‌گاستر ایجاد کند در حالی که زخم اثنی‌عشر خونریزی دهنده ممکن است کاملاً بدون درد باشد. محل و شدت درد نیز مهم است. (۵)

در غرب بیماری‌های غیرعضوی شایع‌ترین علل درد شکم است. مثلاً هر سال در ایالات متحده آمریکا، یک‌چهارم بیماران مبتلا به درد یا ناراحتی بالای شکم، سوءهاضمه بدون زخم (NUD) دارند. (۶) در انگلیس و اسکاتلندیناوی، شیوع این ناراحتی ۷ تا ۴۱ درصد است (۶)، گرچه فقط ۱۰ تا ۲۰ درصد این اشخاص به پزشک مراجعه می‌کنند.

بیماری دیگر، سندرم روده تحریک‌پذیر است که ۱۵ تا ۲۰ درصد مراجعان به مراکز گوارش را تشکیل می‌دهد. (۷)

بیماری‌های عضوی در غرب از نظر شیوع شامل ازوفازیت، رفلو و زخم پپتیک و بیماری‌های التهابی روده و سلیاک است. (۸)

با توجه به این که در ایران بررسی‌های آینده‌نگر منتشر نشده است، هدف این مطالعه آینده‌نگر، تعیین و تشخیص بیماری‌ها و علائم آن در بیماران

ایرانی است که به درمانگاه گوارش مراجعه می‌کنند.

## روش مطالعه:

بیمارانی که از ۷۲/۷/۱۵ تا پایان ۷۴/۱۰/۱۵ به علت درد مزمن شکم با سابقه بیشتر از سه ماه مورد مطالعه قرار گرفتند، کسانی هستند که از طریق درمانگاه‌ها یا بیمارستان‌های سراسر کشور و احتمالاً به علت عدم تشخیص قطعی معرفی شدند و یا این که به صورت اولیه به درمانگاه فوق تخصصی گوارش مراجعه کردند. تمام بیماران مورد بررسی آینده‌نگر قرار گرفتند. پرسشنامه‌ای با حدود ۵۰ سؤال در مورد نوع و کیفیت درد، محل بروز و مدت و ارتباط درد با خوردن غذا، اجابت مزاج و انتشار درد گرفته شد و بیماران توسط دو نفر فوق تخصص گوارش معاینه کامل بالینی شدند. بررسی آزمایشگاهی کامل شامل آزمایش‌های فرمول شمارش خون، قند، اوره، کراتین، کلسترول، تری‌گلیسیرید، تست‌های کبدی، ادرار و مدفوع از بیماران به عمل آمد و از کسانی که با علائم درد بالای شکم یا سوزش اپی‌گاستر و استفراغ مراجعه کردند، گاستروسکوپی و بیوپسی مخاط معده و تست اوره‌آز یا رادیوگرافی با ماده حاجب معده و اثنی‌عشر و سونوگرافی شکم تهیه شد. همچنین بیمارانی که با اسهال و یا اسهال و یبوست متناوب و یا یبوست با یا بدون خونریزی از مقعد مراجعه کردند، کولونوسکوپی و بیوپسی کولون و یا باریم اتما و ترانزیت روده باریک شدند. در بیماران مبتلا به کلستاز با یا بدون ایکتر، ERCP انجام شد.

بیمارانی که با علائم سوماتیفرم مراجعه کردند، یعنی کسانی که علائمی مثل دردهای پراکنده، تهوع و منگی با منشاء روحی و روانی، درد شکم و سردرد و استفراغ و تهوع و یبوست و گاهی اسهال داشتند، توسط روانپزشک مورد معاینه و مشاوره روانپزشکی قرار گرفتند و از این جهت مورد تأیید واقع شدند. بررسی کامل این بیماران نشان داد که علل ارگانیک نداشتند و لزوماً علت عضوی نیز در آنها وجود نداشت.

در تعریف، بیماران مبتلا به سوءهاضمه بدون زخم (NUD) کسانی هستند که بیش از سه ماه، درد شکم و احساس سنگینی بعد از غذا، سیری زودرس، تهوع و نفخ بالای شکم داشته باشند. علت‌هایی مثل زخم پپتیک، ازوفازیت کانسره‌های معده و مری و پانکراس، سنگ‌های مجاری صفراوی، تومورهای مجاری صفراوی و سنگ کیسه صفرا و پانکراتیت مزمن باید قبلاً رد شده باشد (۱۸ و ۱۹) و علائم هشدار دهنده نیز نداشته باشند (جدول ۱۰ و ۱۳)

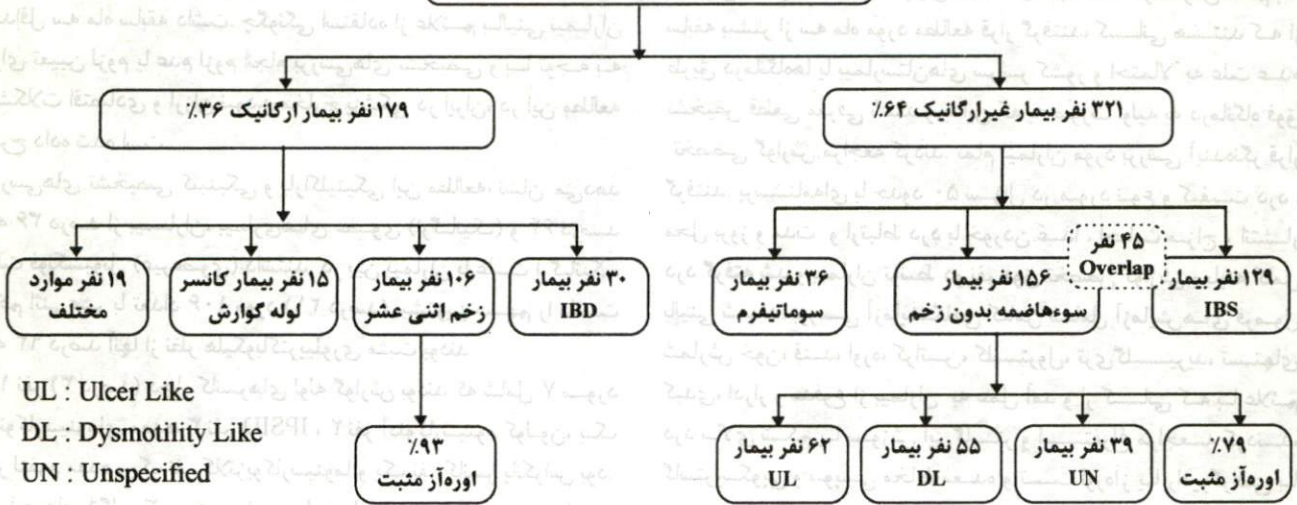
تعریف روده تحریک‌پذیر (جدول ۸) نیز بیمارانی را شامل می‌شود که درد شکم بیش از سه ماه، همراه با مدفوع شل یا با دفع زیادتر مدفوع و یا بهبودی با دفع داشته باشند که علائم دیگر این عارضه مثل نفخ شکم، دفع بلغم و احساس ناقص به دفع وجود دارد، ضمن این که علل ارگانیک باید رد شده و علائم هشداردهنده نیز نداشته باشند (جدول ۸ و ۱۲)

نتیجه:

از بین ۵۸۳ بیمار مراجعه کننده، ۵۰۰ نفر (۲۵۵ نفر زن و ۲۴۵ نفر مرد) برای پیگیری و انجام بررسی‌ها تا آخرین مراحل مراجعه کردند. بقیه افراد که ۸۳ نفر بودند به دلیل عدم سکونت در تهران و یا حتی زیاد بودن مسافت در تهران تا پایان بررسی حاضر نبودند. ۴۲۶ نفر گاستروسکوپي و ۱۶۲ نفر کولونوسکوپي و سیگموئیدوسکوپي شدند (جدول ۴ و ۵) ۱۷۹ نفر از ۵۰۰ نفر (۳۶ درصد) بیماری عضوی و ۳۲۶ نفر (۶۴ درصد) علت غیرعضوی داشتند. (جدول ۱ و ۲)

علل مختلف دردهای شکمی در ۵۰۰ نفر

جدول ۱



UL : Ulcer Like  
DL : Dysmotility Like  
UN : Unspecified

جدول ۲: فراوانی و خصوصیات سن و جنس بیماران

سوماتیفرم n = ۳۶	NUD + IBS n = ۴۵	NUD n = ۱۵۶	IBS n = ۱۲۹	سایر کانسرها n = ۸	کانسر معده n = ۷	زخم معده n = ۸	زخم اثنی عشر n = ۱۰۶
۶۱	۳۹	۳۷	۴۲	۶۰	۴۷	۴۰	۵۱
۳/۷	۴/۵	۱/۱	۲/۳	۴/۰	۳/۱	۵/۲	۳/۲

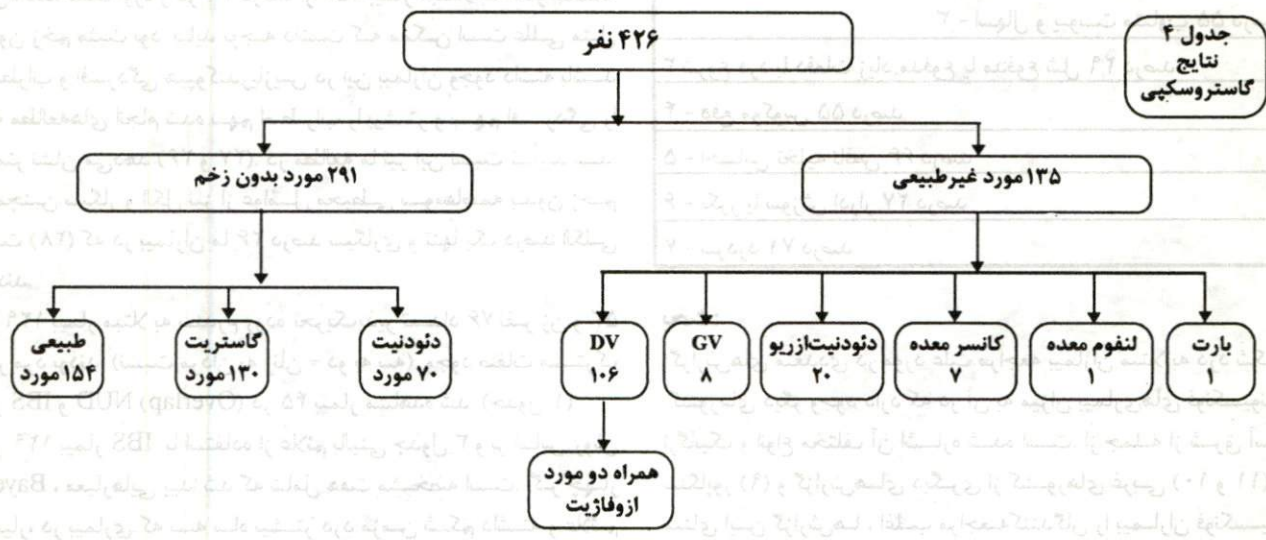
جدول ۳: علائم گوناگونی که در بیماری‌های غیرارگانیک و ارگانیک خوش‌خیم دیده شده اند (%)

علائم	DU n = ۱۰۶	GU n = ۸	IBD n = ۳۰	NVD n = ۱۵۶	سوماتیفرم n = ۳۶	IBS n = ۱۲۹	Post. P IBS
استفراغ	٪۸	-	-	٪۶	٪۳	-	-
اتساع شکم	٪۲۳	-	٪۳۰	٪۴۸	٪۵۸	٪۵۵	٪۳۱
احساس عدم تخلیه کامل مدفوع	٪۱۰	٪۱۲	٪۳۳	٪۲۲	٪۳۹	٪۶۶	٪۴۸
درد بعد از غذا	٪۱۹	٪۲۵	٪۸۰	٪۳۸	٪۷۰	٪۷۵	٪۴۰
بهبود درد بعد از اجابت مزاج	٪۴۲	٪۱۲	٪۸۳	٪۳۸	٪۳۹	٪۸۴	٪۴۰
بهبود درد بعد از غذا	٪۷۶	٪۵۰	-	٪۳۸	٪۲۷	٪۱۷	٪۱۰
دفع موکوس	٪۲	-	٪۸۷	٪۶	٪۱۷	٪۴۰	٪۵۵
دفع مدفوع باریک	٪۹	-	٪۲۰	٪۲۰	٪۱۷	٪۳۹	٪۴۱
اسهال و بیبوست متناوب	٪۶	-	٪۴۷	٪۱۵	٪۱۷	٪۵۵	٪۵۲
بیبوست	٪۱۰	-	٪۳	٪۱۵	٪۲۰	٪۳۲	٪۵۱

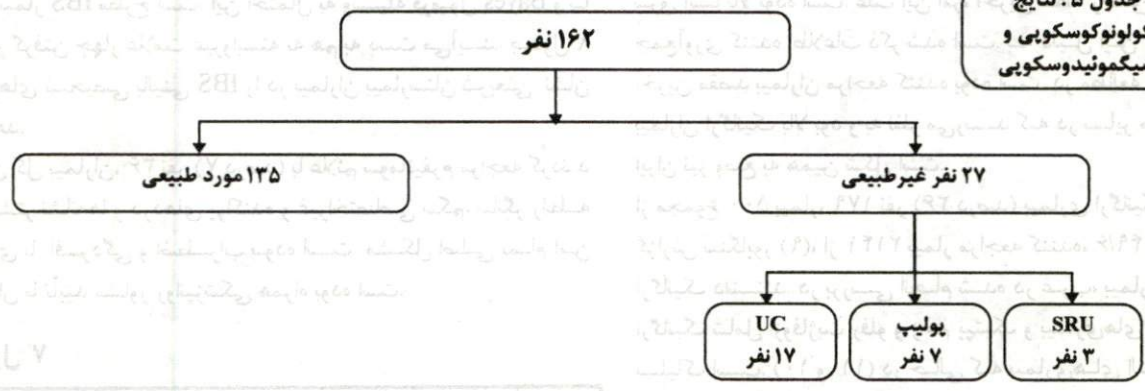
در بیمارانی که در آنها کانسر دستگاه گوارش تشخیص داده شد در هفت مورد که آدنوکارسینومای معده داشتند، علائمی مثل کاهش وزن بیش از ۶ کیلوگرم در سه ماه اخیر همراه با آنمی و سیری زودرس و بی‌اشتهایی به درجات مختلف دیده شد. یک بیمار با لنفوم معده دچار کاهش وزن و درد شکم و آنمی بود. دو نفر با آدنوکارسینومای کولون، هماتوشیزی و

درد شکم و هم آنمی داشتند. در بیمار با کانسر پانکراس، درد شکم و کاهش وزن ملاحظه شد. یک نفر کلانژیوکارسینوما، ایکتر و آلکالین فسفاتاز بالا داشت. بیماران IPSID با درد شکم، اسهال و آنمی مراجعه کرده بودند. (جدول ۷)

جدول ۴  
نتایج  
گاستروسکوپی



جدول ۵: نتایج  
کولونوسکوپی و  
سیگموئیدوسکوپی



جدول ۶ - بیماری‌های شایع ارگانیک در ۱۷۹ بیمار و سایر موارد نادر به علت درد مزمن شکم

زخم اثنی عشر	۱۰۶	کانسر کولون	۲
زخم معده	۸	ژیاردیا	۲
کولیت اولسروز	۱۷	استئاتوهایتیت	۱
بیماری کرون	۱۳	کانسر پانکراس	۱
آدنوکارسینومای معده	۷	پسودوکیسیت پانکراس	۱
سنگ کیسه صفرا	۴	کلانژیوکارسینوما	۱
IPSID	۳	لنفوم معده	۱
هیپرتیروئیدیسم	۳	سایر موارد	۷

در ۱۷۹ بیمار ارگانیک ۱۰۶ مورد زخم اثنی عشر داشتند (۹۳٪ از نظر هلیکوباکتر با تست اوره‌از مثبت بودند) و ۸ نفر زخم معده و ۱۷ نفر کولیت اولسروز و ۱۳ نفر بیماری کرون داشتند (جدول ۶). جدول یک نشان می‌دهد که از ۱۵۶ بیمار NUD، ۶۲ نفر در دسته سوءهاضمه شبه زخم (۴۰ درصد) قرار داشتند. شکایت اصلی این گروه درد شکم بود و به مسدود کننده‌های H2 جواب دادند. (۲۳) در دسته سوءهاضمه ۵۵ نفر فقط با اختلال حرکتی قرار داشتند (۲۵ درصد) شکایت اصلی این گروه، درد شکم نبود و بیشتر با علائم نفخ بالای شکم و دفع فراوان گاز مراجعه کرده بودند. (۲۴) ۷۵ درصد این گروه سنگینی

جدول ۸: معیارهای تشخیص بالینی IBS در بیماران بیمارستان دکتر شریعتی تهران (تعداد بیمار = ۱۲۹)

۱ - درد هیپوگاستر ۴۷ درصد
۱ - اسهال ۲۷ درصد
۲ - تغییر در اجابت مزاج
۲ - یبوست ۳۲ درصد
۳ - اسهال و یبوست متناوب ۵۵ درصد
۳ شروع درد با دفعات زیاد مدفوع یا مدفوع شل ۲۹ درصد
۴ - دفع موکوس ۵۵ درصد
۵ - احساس تخلیه ناقص ۶۶ درصد
۶ - تکرر یا سوزش ادرار ۲۷ درصد
۷ - سردرد ۷۱ درصد

#### بحث:

گزارش‌های متعددی در مورد علت مراجعه بیماران مبتلا به درد شکم از کشورهای دیگر وجود دارد که در آن به میزان بیماری‌های فونکسیونل و ارگانیک و انواع مختلف آن اشاره شده است. از جمله از شرق آسیا، سنگاپور (۹) و گزارش‌های دیگری از کشورهای غربی (۱۰ و ۱۱) بر مبنای این گزارش‌ها، اغلب مراجعه‌کنندگان را بیماران فونکسیونل تشکیل داده‌اند ولی نسبت بیماری‌های ارگانیک هم در غرب و هم در شرق آسیا بالا بوده است. علت این امر، آخرین نقطه رجوع بودن مرکز جمع‌آوری کننده اطلاعات ذکر شده است. به دلیل این که مرکز ما، آخرین مقصد بیماران مراجعه کننده بوده است. در مطالعه ما نیز نسبت بیماران ارگانیک بالا بود و به نظر می‌رسد که در سایر مراکز گوارش ایران نیز وضع به همین شکل است.

از مجموع ۵۰۰ بیمار، ۱۷۹ نفر (۳۶ درصد) بیماری ارگانیک داشتند. در گزارش سنگاپور (۹)، از ۲۱۴۱ بیمار مراجعه کننده، ۴۹/۶ درصد بیماری ارگانیک داشتند. در بررسی انجام شده در غرب، بیماری‌های شایع ارگانیک شامل ازوفازیت رفلو و زخم پپتیک و بیماری‌های التهابی روده و سلیاک است. (۱۰ و ۱۱) در حالی که بیماری‌های التهابی روده و ازوفازیت در آسیا کمتر از غرب است. (۱۲ و ۱۳) در مطالعه ما بیماری‌های التهابی از غرب کمتر ولی از سنگاپور بیشتر است.

از ۱۷۹ بیمار ارگانیک، زخم اثنی عشر با تعداد ۱۰۶ مورد بیشترین علت بود در حالی که فقط ۸ مورد زخم معده مشاهده شد. این نسبت، فراوانی زخم اثنی عشر را نسبت به زخم معده نشان می‌دهد. در مقالات و کتاب‌های مرجع این نسبت حدود ۳ تا ۴ در مقابل یک است. در ضمن باید توجه داشت که این آمار در جوامع گوناگون، متفاوت است. مثلاً در ژاپن زخم معده ۱/۵ مرتبه بیشتر از زخم اثنی عشر است. (۱۴) در گزارش سنگاپور (۹)، از ۲۱۴۱ بیمار، ۱۹۸ نفر زخم پپتیک داشتند که ۱۴۶ نفرشان زخم اثنی عشر، ۳۹ نفر زخم معده و ۱۳ نفر سایر موارد زخم‌ها را داشتند. (جدول ۹)

بعد از صرف غذا داشتند. درد شبانه در ۳۸ درصد از موارد سوءهاضمه شبه زخم وجود داشت. بیماری‌هایی که دردهای شکمی آنها نه به سوءهاضمه شبه زخم و نه به سوءهاضمه شبه اختلالات حرکتی شبیه است، ۳۹ نفر بودند. این گونه بیماران را Unspecified Dyspepsia می‌گویند. که ۲۵ درصد از موارد سوءهاضمه بدون زخم را تشکیل می‌دادند. تست اوره‌آز در ۷۹ درصد از ۱۵۶ بیمار مبتلا به سوءهاضمه بدون زخم مثبت بود. باید توجه داشت که ممکن است عللی مثل اضطراب و افسردگی هیپوکندریازیس در این بیماران وجود داشته باشد که مطالعه‌های انجام شده سهم اضطراب را بیشتر و سهم افسردگی را کمتر نشان می‌دهد (۲۶ و ۲۷). در مطالعه ما نیز این نسبت تأیید شد. همچنین سیگار و الکل نیز از عوامل محیطی سوءهاضمه بدون زخم است (۲۸) که در بیماران ما ۲۶ درصد سیگاری و تنها یک درصد الکلی بودند.

از ۱۲۹ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تعداد ۷۶ نفر زن و ۵۳ نفر مرد بودند. (نسبت مردان به زنان = دو به سه). وجود صفات مشترک در IBS و (Overlap) NUD در ۴۵ بیمار مشاهده شد. (جدول ۱)

در ۱۲۹ بیمار IBS با استفاده از علائم بالینی جدول ۳ و بر اساس روش Bayes، معیارهایی پیدا شد که شامل هفت مشخصه است. اگر چهار معیار، در بیماری که سه ماه بیشتر درد مزمن شکم داشته و علائم هشدار دهنده نداشته باشد موجود باشد، با احتمال حداقل ۹۴ درصد، برای بیمار IBS مطرح است. این احتمال به وسیله فرمول Bayes و با در نظر گرفتن چهار علامت غیروابسته به هم به دست می‌آید. جدول ۸ معیارهای تشخیصی بالینی IBS را در بیماران بیمارستان شریعتی نشان می‌دهد.

از بین کل بیماران، ۳۶ نفر (۷ درصد) با علائم سوماتیفرم مراجعه کردند که بیشتر نشانه‌ها و دردهای پراکنده و غیراختصاصی شکم، بیانگر رابطه بیماری با افسردگی و اضطراب بوده است مشکل اصلی تمام این بیماران با تأیید مشاور روانپزشکی همراه بوده است.

#### جدول ۷

علائم	سرطان معده	سرطان روده بزرگ	سرطان لوزالمعده	سرطان صفراوی	IPSID
	n = ۷	n = ۲	n = ۱	-	n = ۳
کاهش وزن	۷	۲	۱	-	۳
استفراغ	۲	-	-	-	-
سیری زودرس	۴	-	۱	-	۱
خونریزی گوارشی	-	۲	-	-	-
آنمی	۵	۱	-	-	۲
توده شکمی	۳	-	-	-	-
ایکتز	-	-	-	۱	-

۱۵ مورد کانسر لوله گوارش در ۵۰۰ بیمار وجود داشت که ۳ درصد از کل بیماران مبتلا به درد مزمن شکم را تشکیل می‌دهد. در گزارش سنگاپور (۹) فقط ۳/۵ درصد از کل بیماران بدخیمی داشتند. (جدول ۹) نزد بیماران ما، بیشترین بدخیمی کانسر معده با ۷ مورد بود که همگی علائم هشداردهنده داشتند (جدول ۱۰) که لزوم بررسی بیشتر را ایجاب می‌کند. هیچکدام از بیماران ما در مرحله کانسر اولیه معده نبودند (Early Gastric Cancer) در ۸۰ درصد از کل بیماران گاستروسکوپی شده برای هلیکوباکتریلوری، آزمایش اوره‌آز مثبت بود. در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر، ۹۳ درصد جواب‌ها مثبت بود در حالی که در بیماران مبتلا به سوءهاضمه بدون زخم این رقم ۷۹ درصد بود. در گزارش مارشال در غرب، هلیکوباکتریلوری در ۲۰ درصد بیماران زیر چهل سال و ۵۰ درصد بیماران بالای شصت سال، وجود دارد. این عارضه در بچه‌های کم سن و سال شایع نیست ولی به طور کلی در مناطق دچار فقر اقتصادی - اجتماعی، هلیکوباکتریلوری بیشتر دیده می‌شود. (۱۵) هلیکوباکتریلوری در کشورهای در حال توسعه از دو تا هشت سالگی شروع می‌شود (۱۶ و ۱۷)

بررسی‌های گراهام در سال ۱۹۹۱ و موگراد در سال ۱۹۸۹، سن شروع آلودگی را در کشورهای در حال توسعه بین دو تا هشت سالگی ذکر کرده‌اند. (در برزیل، آفریقا، کشورهای آسیایی و شرق اروپا) در بیماران مبتلا به آدنوکارسینوم معده در مطالعه ما، در ۶ مورد از ۷ مورد آزمایش اوره‌آز، مثبت بود. یک مورد لنفوم معده از نوع Maltoma در مطالعه ما دیده شد که آزمایش اوره‌آز آن مثبت بود.

جدول ۹: شیوع نسبی بیماری‌های ارگانیک شایع در ایران، سنگاپور و غرب

	سنگاپور	هاروی (اروپا)	بررسی حاضر
تعداد	n = ۲۱۴۱	n = ۱۸۶۸	n = ۵۰۰
کل بیماران فونکسیونل	% ۵۰	% ۵۲	% ۶۴
کل بیماران ارگانیک	% ۴۹	% ۴۷	% ۳۶
زخم پپتیک DU	% ۶	(PUD) % ۱۰	% ۲۱
زخم پپتیک GU	% ۱/۸	-	% ۱/۶
بیماری‌های التهابی روده UC	% ۷	(IBD) % ۹	% ۳/۴
بیماری‌های التهابی روده CD	% ۲	-	% ۲/۶
کانسر کولون	% ۱/۵	% ۱/۵	% ۰/۴
کانسر معده	% ۰/۶	% ۰/۷	% ۱/۴

در مجموع ۳۰ نفر از بیماران ما دچار بیماری التهابی روده بودند که ۱۷ نفر آنها کولیت اولسروز و ۱۳ نفر بیماری کرون داشتند. این رقم ۶ درصد از کل بیماران ارگانیک را تشکیل می‌دهد که نسبت به بیماران ارگانیک مراکز دیگر بالاست. (جدول ۹). نسبت شیوع بیشتر در این

مقایسه را نمی‌توان گویای شیوع در سطح جامعه ایران دانست و این آمار را از نظر شیوع نسبی نمی‌توان با آمارهای نقاط دیگر مقایسه کرد. علت این است که بیماران ما یا از طرف مراکز درمانی دیگر معرفی شده‌اند و یا خود به دلایل مختلف به ما مراجعه کرده‌اند.

در گروه بیماران فونکسیونل، ۳۲۱ نفر (۶۴ درصد) وجود دارند که در سه زیرگروه: سوءهاضمه بدون زخم (NUD)، سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) و بیماران سوماتیفرم قرار دارند.

### سوءهاضمه بدون زخم

قبلاً گفته شد که سوءهاضمه بدون زخم نباید علت ارگانیک داشته باشد. (جدول ۱) به طور کلی در سطح جهان، سوءهاضمه شیوع بالایی دارد. در آمریکا از هر چهار بیمار مبتلا به درد شکم به ویژه درد بالای شکم که به پزشک مراجعه می‌کند یک نفر NUD دارد. (۶) در انگلستان و اسکانیدیناوی، شیوع ۷ تا ۴۹ درصد دارد. (۶) از نظر میزان بروز، آمار سوءهاضمه سالانه یک تا ۸ درصد است. (۲۰) حداکثر ۳۰ درصد از اشخاص مبتلا به سوءهاضمه، بعد از مدتی علائم بیماری را از دست می‌دهند. سوءهاضمه دو تا سه برابر شایعتر از زخم اثنی عشر است. در بیماران ما این رقم ۱۵۶ به ۱۰۶ نفر بوده است. با توجه به علائم بالینی، در صورتی که بعد از آندوسکوپی و سایر آزمایش‌ها، از زخم معده یا اثنی عشر - دئودونیت اریزو - ازوفازیت - کانسر مری، معده و پانکراس - پانکراتیت و سنگ مجاری صفراوی (۲۱ و ۲۲) نشانه‌هایی نباشد، با توجه به علائم بالینی، تشخیص در سه گروه زیر قرار می‌گیرد:

۱ - سوءهاضمه شبه زخم فونکسیونل (Ulcer Like Dyspepsia)

۲ - سوءهاضمه با اختلال حرکتی (Dysmotility Like Dyspepsia)

که مکانیسم آن هیپوموتیلیتی آنترال بعد از غذا و تأخیر تخلیه معده است. (۲۵) و علامت اصلی نفخ و سنگینی بعد از صرف غذا است (۲۴)

۳ - سوءهاضمه نامشخص (Unspecified) است که دردهای نامشخص دارد.

### تشخیص بالینی

از نظر تشخیصی، بهترین متخصصان گوارش، فقط ۵۰ درصد دقت تشخیص تنها از روی علائم بالینی را در سوءهاضمه دارند. (۲۹) در بررسی بیماران سوءهاضمه‌ای، سن، یک نشانه خوب برای بررسی است. در یک درصد از تمام بیماران مبتلا به سوءهاضمه، ممکن است بدخیمی‌های معده یا مری پیدا شود. در ۶ نفر از هر ۱۰ هزار نفر بیمار مبتلا به سوءهاضمه که آندوسکوپی می‌شوند، کانسر اولیه معده را می‌توان یافت. (۳۰)

در بین بیماران ما، یک نفر با لنفوم معده و ۷ نفر با آدنوکارسینوم معده یافت شدند. همگی آنها علائم هشداردهنده داشتند و کانسر اولیه معده در بیماران ما مشاهده نشد. (جدول ۱۰)

جدول ۱۰: علائمی که نشانگر افزایش خطر بیماری ارگانیک است (۲۱)

۱ - سن بالای ۴۵ سال.
۲ - شواهد بالینی بیماری‌های ارگانیک مثل کاهش وزن - استفراغ مکرر - آنمی - توده شکمی.
۳ - مصرف زیاد الکل و سیگار یا مصرف NSAID.
۴ - سابقه قبلی یا فامیلی کانسر معده.
۵ - عدم پاسخ به درمان مسدودکننده‌های H <sub>2</sub> .

جدول ۱۱: علائم مختلف بیماران سندروم روده تحریک پذیر

P. Value	مطالعه ما	Kruis	
-	۵۰۰	۳۹۹	کل بیماران دردهای شکمی
۰/۸	(/۲۶) ۱۲۹	(/۲۷) ۱۰۸	تعداد بیماران IBS
۰/۳	/۸۰	/۸۵	نفخ و دفع گاز
۰/۲	/۵۵	/۶۵	اسهال و یبوست متناوب
<۰/۰۲	/۵۶	/۷۰	علائم بیشتر از دو سال
/۷۲	/۸۵	/۸۱	تغییر در نوع دفع مدفوع
۰/۲	/۵۹	/۶۸	جنس مؤنث

بررسی Kruis و همکاران از آلمان (۲۴) در ۳۹۹ بیمار مبتلا به درد مزمن شکم و مقایسه آن با مطالعه ما در جدول ۱۱ دیده می‌شود. در سال ۱۹۹۱ Talley از ۲۵۱ بیمار از مایوکلینیک گزارشی ارائه کرد. (۲۵) در این بررسی، ۸۲ نفر (۳۳ درصد) IBS داشتند که از آنها، ۲۰ درصد سردرد و ۹۰ درصد دیسمنوره داشتند. در جدول ۳ فراوانی نسبی علائمی که باید در چهار گروه اصلی بیماری‌ها مورد مطالعه قرار گیرند و احتمال بعدی (Posterior Probability) وجود IBS مربوط به هر علامت مشاهده می‌شود. به این ترتیب می‌توان فهمید که کدامیک از علائم، احتمال وجود IBS را بالاتر می‌برد و اهمیت بیشتری در تشخیص بالینی IBS دارد. در جدول ۸ اگر چهار معیار از هفت معیار وجود داشته باشد تا ۹۴ درصد بیماری IBS قابل پیش‌بینی است. علائم دیگری که در تشخیص IBS مؤثرند در جدول ۱۲ مشاهده می‌شود.

در صورتی که اهمیت این علائم در بررسی آینده‌نگر دیگری تأیید شود، بدون انجام کارهای تشخیصی پرهزینه برای بیمار و با یک شرح حال و معاینه خوب و داشتن حداقل چهار معیار از جدول ۸ با احتمال قوی می‌توان تا ۹۴ درصد IBS را تشخیص داد. البته نداشتن علائم هشداردهنده بالینی و انجام آزمایش‌های حداقل، مثل آزمایش‌های روتین، تست‌های کبدی و آزمایش مدفوع نیز لازم است. (جدول ۱۳)

جدول ۱۲: علائم دیگری که در تشخیص IBS مؤثر است

۱ - دفع گاز فراوان	۴ - اتساع شکم به طور عینی
۲ - دفع مدفوع باریک	۵ - درد بعد از غذا خوردن
۳ - بهبودی درد بعد از دفع مدفوع	۶ - دیسمنوره (Dysmenorrhea)

جدول ۱۳: علائم هشدار دهنده

۱ - درد شدید شکم	۵ - هماتومولنا
۲ - استفراغ‌های شدید	۶ - آنمی
۳ - هماتوئوزی	۷ - لمس توده در شکم
۴ - اسهال شبانه	

در مواردی که بیماران علائم هشدار دهنده ندارند، ۳ تا ۴ هفته درمان آزمایشی با مسدودکننده‌های H<sub>2</sub> از طرف انجمن گوارش توصیه می‌شود. در صورت عدم پاسخ مناسب، بررسی‌های دیگر به همراه آندوسکوپی توصیه می‌شود. (۳۰)

در آمریکا گاستریت ناشی از هلیکوباکتریلوری ۵۰ درصد در NUD مشاهده می‌شود. (۳۲ و ۳۳) در بیماران مبتلا به NUD در ایران و این مطالعه ۷۹ درصد بوده است.

در مورد عفونت‌های ناشی از باکتری هلیکوباکتریلوری و به وجود آمدن NUD تا به حال دلیل مشخصی ارائه نشده است. گزارش‌های گوناگونی که از بیماران مبتلا به این عفونت منتشر شده و معالجه با داروهای آنتی‌بیوتیک، نتایج ضد و نقیضی داشته است به طوری که اهمیت عفونت را در مورد ایجاد NUD زیر سؤال می‌برد.

پاتوژن‌های بیماری‌هایی که امروزه پره‌پیلوریک یا دنودیت روزیو دارند مثل زخم اثنی عشر است، بنابراین در دسته بیماری‌های ارگانیک قرار می‌گیرد.

### سندروم روده تحریک پذیر

دسته دیگر از بیماری‌های فونکسیونل سندروم روده تحریک‌پذیر است. (IBS) این بیماری، یک اختلال در عملکرد روده، بدون وجود ضایعه عضوی است و شایعترین علت مراجعه به متخصصان گوارش شمرده می‌شود. برای تشخیص IBS باید یک سری کارهای پاراکلینیکی دشوار و پرخارج از جمله آندوسکوپی یا رادیوگرافی‌های با ماده حاجب از دستگاه گوارش انجام داد تا امکان رد علت‌های عضوی درد مزمن شکم میسر شود. این مجموعه کارها که البته برای تشخیص بیماری لازم است ممکن است برای بیماران این تصور را پیش آورد که روی آنها کار اضافی انجام می‌شود و گاهی منجر به سلب اعتماد بیمار از پزشک می‌شود. بنابراین باید راهی برای کاهش هزینه و افزایش اعتماد بیمار به پزشک پیدا کرد.

- ۱ - درد شکم همراه با مدفوع شل یا دفع زیادتر مدفوع و بهبودی با دفع  
 ۲ - نفخ شکم  
 ۳ - دفع بلغم  
 ۴ - احساس دفع ناقص

- ← وجود علائم بیش از ۳ ماه  
 ← حداقل دو یا بیشتر علائم زیر به مدت یکچهارم اوقات موجود باشد
- ۱ - تغییر تعداد دفع مدفوع  
 ۲ - تغییر در شکل مدفوع  
 ۳ - مشکل در دفع مدفوع
- ← علائم فوق همراه موارد زیر:
- ناراحتی یا درد شکم که
- ۱ - با دفع مدفوع بهتر شود و یا  
 ۲ - تغییر تعداد دفع مدفوع و یا  
 ۳ - تغییر قوام مدفوع

**Factitious** نمی‌شوند.

پنج بیماری اختصاصی سوماتیفرم شناخته شده است (۳۷) که عبارتند از:

۱ - بیماری‌های Somatization: این بیماران با شکایت از دردهای پراکنده در قسمت‌های مختلف بدن که همراه با شکایت از بعضی از ارگان‌ها است به پزشک مراجعه می‌کنند.

۲ - بیماری‌های Conversion که به وسیله یک یا دو شکایت نروژنیک مشخص می‌شود.

۳ - هیپوکندریازیس

۴ - بیماری‌های دیس مورفیک بدنی (Body Dysmorphic Disorders)

۵ - اختلالات ناشی از اغتشاشات بدون جهت یا Panic disorders  
 به نظر می‌رسد که بیماران ما در دسته پنجم قرار می‌گیرند. آنها شکایت‌هایی مثل دردهای پراکنده، کمر درد، سردرد و دردهای مزمن شکمی و لگنی داشتند. در بیماران ما افسردگی و اضطراب، طپش قلب، سردرد، اختلال خواب و احساس سیری زودرس بعد از شروع به خوردن غذا بیشترین علائم را تشکیل می‌دهند. میزان بروز آن در مجموع حدود ۰/۱ تا ۰/۲ درصد در طول عمر است. در زن‌ها ۵ تا ۲۰ بار شایعتر از مردهاست ولی به طور متوسط نسبت بیمارهای زن به مرد یک به پنج است. (۳۷)

**نتیجه نهایی:**

۱ - تعیین علت در ۵۰۰ بیمار مراجعه کننده با دردهای مزمن شکم که ۴۲۶ نفر آنها آندوسکوپی فوقانی و ۱۶۲ نفر آنها سیگموئیدوسکوپی و کولونوسکوپی شدند.

۲ - بیماران ارگانیک در این مجموعه ۳۶ درصد است که بیشترین آنها زخم اثنی عشر داشتند. (۱۰۶ نفر DU و ۸ نفر GU به نسبت هفت به نیم درصد) تنها ۱/۴ درصد از کل بیماران مراجعه کننده کاتسر معده داشتند که همگی علائم هشداردهنده داشتند.

۳ - ۲۶ درصد از کل بیماران IBS داشتند که حداقل چهار معیار از علائم هفت گانه: ۱ - درد هیپوگاستر ۲ - تغییر در وضعیت اجابت مزاج ۳ - شروع درد با دفعات زیاد مدفوع ۴ - دفع بلغم ۵ - احساس تخلیه ناقص ۶ - تکرر یا سوزش ادرار ۷ - سردرد نزد آنها موجود بود. این گونه بیماران در صورتی که علائم هشداردهنده نداشته باشند با احتمال ۹۴ درصد بیماری IBS آنها مطرح میشود. (جدول ۸)

۴ - ۲۱ درصد از بیماران سوءهاضمه بدون زخم داشتند که در بین این بیماران سوءهاضمه شبه زخم (Ulcer Like Dyspepsia) با ۴۰ درصد بیشتر از سایر علل سوءهاضمه بودند.

۵ - بیماران سوماتیفرم ۷ درصد بیماران را تشکیل می‌دادند.

۶ - چهار مورد ERCP شد که یک مورد کاتسر پانکراس، یک مورد کلاتریوکارسینوما و دو مورد سنگ کیسه صفرا داشتند.

۷ - بررسی کلینیکی و پاراکلینیکی در بیماران بالای ۴۵ سال و همراه با

در گزارش کلاسر Klausner (۳۶)، ۱۳۴ بیمار که به علت درد شکم و تغییر اجابت مزاج مراجعه کرده بودند در دو مرحله بررسی شدند. در مرحله اول تست‌های تشخیصی معمول مثل آزمایش‌های روتین و تست‌های کبدی، کولونوکوسکوپی و در صورت لزوم گاستروسکوپی و بیوپسی و دیگر تست‌های تشخیصی اختصاصی تر (مثل دفکوگرافی و زمان ترانزیت کولونی و مانومتری آنورکتال و تست تحمل لاکتوز) در صورتی که به نتیجه نرسیده باشد انجام شد. از ۱۳۴ بیمار ۱۵ نفر در مرحله اول مشخص شدند که از این تعداد، ۳ نفر بیماری سلیاک، ۲ نفر کولیت کلاژنوز و ۲ نفر کولیت اولسروز داشتند. بقیه ۱۵ نفر هرکدام یکی از بیماری‌های کرون، دیورتیکولیت، تیروتوکسیکوز، تروپاتی دیابتی، آنتریت ایسلیک، کاتسر کولون، زخم منفرد رکتوم و کاتسر پانکراس داشتند. بقیه بیماران با تست‌های تشخیصی اختصاصی تر بررسی شدند که مشخص شد بیماری فونکسیونل دارند پس می‌توان گفت ۱۵ نفر ذکر شده در تشخیص افتراقی IBS قرار دارند.

گروه سوم بیماری‌های فونکسیونل در مطالعه ما، ۳۶ بیمار با اختلالات روحی روانی سوماتیفرم (Somatiform) بودند. متوسط سن این گروه ۳۵ سال و نسبت زن به مرد ۲ به ۷ بود.

اساساً بیماری‌های سوماتیفرم گروهی از بیماری‌ها هستند که علائمی مثل دردهای پراکنده، تهوع و منگی دارند. تشخیص این بیماری‌ها بر اساس بررسی معیارهای روحی و روانی و شروع علائم و شدت آن و طول مدت آن است. بیماری‌های سوماتیفرم منجر به تمارض و بیماری‌های

علائم هشداردهنده الزامی است.

۸ - شیوع بالای هلیکوباکتریلوری با ۹۳ درصد در زخم اثنی عشر و ۷۹ درصد در سوءهاضمه بدون زخم قابل توجه است.

\* - استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان دکتر شریعتی

\*\* - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان دکتر شریعتی

\*\*\* - انترن بخش داخلی بیمارستان دکتر شریعتی

## References:

- 1- Sandler RS Drossman DA Nathan H-Petal "Symptom Complaints and Health Care Seeking Behavior in Subjects with bowel Dysfunction" *Gastroenterology* 1984, 87 : 314
- 2- Vonkroff M. Dworkin SF, Le Reschel, et al. "An Epidemiologic Comparison of Pain Complaints" *Pain* 1988, 32 : 173
- 3- Switz DM. "What Gastroenterologist Does All Day, a Survey of a State Society Practice" *Gastroenterology* 1976, 70 : 1048
- 4- Schapper SM. "National Ambulatory Medical Care Survey 1991" *Vital Health Stat* 1994, 1 : 110
- 5- Edwards FC: Caghill NF. "Clinical Manifestation Inpatient with Chronic Atrophic Gastritis, Gastric Ulcer and Duodenal Ulcer" *Q J Med* 1968, 37 : 337
- 6- Talley NJ Zinsmeister AR Sehleck D. Melton LJ III, "Dyspepsia and Dyspepsia Subgroups" : A Population Based Study *Gastroenterology* 1992, 102 : 1259
- 7- Welch G W Hillman L. C and Pomare EW "Psychoneurotic Symptomatology in Irritable Bowel Syndrome" A Study of Reports an Nonreportes *Br Med. J.* 1985, 291 : 1382
- 8- J.Y. Kang I. YAP "The Pathern of Functional and Organic Disorders in an Asian Gastroenterological Clinic" *J. of Gastroentrol and Hepatol* 1994, 9 : 124-127
- 9- J.Y. Kang I. YAP "The Pathern of Functional and Organic Disorders in an Asian Gastroenterological Clinic" *J. of Gastroentrol and Hepatol* 1994, 9 : 124-127
- 10- Switz D.M. "What The Gastroentrolgist Does All Day" *Gastroentrolgy* 1976, 70 : 1048-50
- 11- Harvey R.F. Saleh S.Y and Read AE "Organic and Functional Disorders in 2000 Gastroentrolgy out Patients" *Lancet* 1983, 1:632-4
- 12- Tanc. C. Kang J.Y Guan R. Yap Lancl Tay H.H. "Inflammatory Bowel Disease" : An Uncommon Problem in Singapore. *J. Gastroentrol. Hepatol.* 1994, 7: 360-2
- 13- Kang J.Y. Tavh H. Yap L. Guan R. Lim K. P and Math M.V. "Low, Prevalence of Endoscopic Esophigitis in Asian Patient" *J. Clinic Gastroentrol* 1993, 16 : 70 - 3
- 14- Watanabe y. Kuratu JH Kawamoto K Kaveai K. "Epidemiological Study of Peptic Ulcer Disease Among Japanese and Koreans in Japan" *J. Clin. Gastroentrol.* 1992, 15 : 68
- 15- Barry J. Marshall "Helicobacter Pylori" *The Am.J of Gastroenteral* 1994, V;89 No 8
- 16- Graham Dy Adam E. Reddy Gt et al "Seroepidemiology of HP Infection in India Comparison of Developing and Developed Countries" *Dig Dis Sci* 1991, 36 : 1084-8
- 17- Megraud F. Brassens Rabbe MP Denis F. et al "Seroepidemiology of Compilo Bacter Pylori Infection in Various Populations" *J Clin Microbiol* 1989, 27 : 1870-3
- 18- Office of Population Censuses and Surveys Morbidity Statistics from General Practice 1971, 2 London HM Stationery Office No. 36 - 1979
- 19- Heatley R. V. and Rathban B. J Dyspepsia : "A Dilemma for Doctors" *Lancet* 1987, 2 : 779
- 20- Talley NJ. Weaver AL. Zinsmeister AR. Metton L j III on set and Disappearance of Gastrointestinal Symptoms and Functional Gastrointestinal Disorders. *Am J Epidemiol* 1992, 2 : 136-165
- 21- Talley NJ. Colin - Jones D, Kochkl et al. *Functional Dyspepsia a Classification with Guidelines for Diagnosis and Management* , *Gastroenterol Int.* 1991, 4 : 145
- 22- Talley NJ. Piper DW. "The Association Between Non-Ulcer Dyspepsia and Other Gastrointestinal Disorders" *Scan J Gastroenterol* 1985, 20 : 896-...
- 23- Drossman D.A. Thompson WG Talley, N, J. Funch Jensen. P. Janssen J and Whitehead W. "Identification of Subgroups of Functional Gastrointestinal Disorders" *Gastroentrol Int.* 1990, 3 : 159
- 24- Watson R.G.P Younge R.J. Lewis S.A. and Low A. H G. "Psychological Aspects of Flatulent Dyspepsia" *Scan J. Gastroentrol* 1987, 22 : 821
- 25- Malagelada J. R. "Gastrointestinal Motor Disturbance in Functional Dyspepsia" *Scan J Gastroentrol* 1991, 26 (Suppl 182) : 29
- 26- Talley N.J. and Piper D.W. "A prospective Study of Social Factors and Major Life Stress in Patient with Dyspepsia of Unknown Cause" *Scan. J. Gastroentrol* 1987, 22 : 268
- 27- Talley N.J. Jones M. and Piper D.W. "Psychosocial and Childhood Factors in Essential Dyspepsia" *Scan J. Gastroentrol* 1988, 23 : 341
- 28- Talley N.J. MC Neil D. and Piper D.W. "Environmental Factors and Chronic Unexplained Dyspepsia, Association with Acetaminophen but no Other Analgesics, Alcohol, Coffee or Tea" *Dig, Dis, Sci* 1988, 33 : 641
- 29- Davenport P.M. Morgan AG. Darborough, A . et al . "Can Preliminary Screening of Dyspeptic Patients Alloy More Effective Use of Investigational Techniques" *Br. Med. J.* 1985, 290 : 217
- 30- Hallsisey M.T. Allum W.H. Jewkes A.J. Ellis D. H and Fielding J. W. L. "Early Detection of Gastric Cancer" *Br. Med. J.* 1990, 30 : 513
- 31- Richter J. E. "Dyspepsia Organic Causes and Differential Characteristics from Functional Dyspepsia" *Scan. J. Gastroentrol* 1991, 26(Suppl, 182) : 43
- 32- Talley N.J "The Role of Helicobacter Pylori in NonUlcer Dyspepsia a Debate Against" *Gastroentrol Clin North Am* 1993, 22 : 133
- 33- Talley N.J. Ormand JE Frie Cazinsmeister AR "Stability of PH Gradients In Vivo Across The Stomach in Helicobacter Pylori Gastritis Dyspepsia and Health" *AMJ Gastroentrol* 1992, 87 : 590
- 34- Kruis Thieme Ch Halle J. "A Digonostic Scor for the IBS" *Gastroentrolgy* 1984, 87 : 1-7
- 35- Talley N.J. Philips SF "Multisystem Complaints in Patient with IBS Functional Dyspepsia" *EUR J of Gastroentrolgy and Hepatology* 1991, 3 : 71-77
- 36- Klausner A.G. Voderhalzer et al "Functional Diagnostic Workup in Patients with Irritable Bowel Syndrome" *Z. Gastroentrol* 1996, 34 : 273-278
- 37- Synopsis of Psychiatry 7th edition 1994, P : 617
- 38- Manning A.P Thompson WG. Heaton KW, Morris AF : "Towards Positive Diagnosis of IBS" *Br Med. J.* 1978, 2 : 653-654
- 39- Thompson WC. Cress F. Drossman D.A Heaton Kw Mazzacca G "Functional Bowel Disorders and Chronic Functional Abdominal Pain" *Gastroentrolgy International* 1992, 5 : 75-91