

علائم غیر روده ای و ارتباط آن با علائم روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

علی غلامرضایی^۱، محمد میناکاری^۳، کیانوش نعمتی^۴، حامد دقاق زاده^۲، حمید توکلی^۲، محمد حسن امامی^۳

^۱ پژوهشگر، مرکز پژوهش های دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

^۲ پژوهشگر، موسسه تحقیقاتی - درمانی پورسینای حکیم، اصفهان، ایران

^۳ دانشیار، گروه بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

^۴ پژوهشگر، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر (IBS) از شایع ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است. درصد قابل توجهی از بیماران سندرم روده تحریک پذیر دچار علائم غیر روده ای هستند، اما علت وجود همراهی سندرم روده تحریک پذیر با این علائم بطور کامل شناخته نشده است. هدف مطالعه حاضر، بررسی ارتباط علائم غیر روده ای با علائم روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بوده است.

روش بررسی:

این مطالعه چند مرکزی و مقطعی بر روی بیماران ۱۸ الی ۶۵ سال مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (بر اساس معیار ROME III) که به چهار کلینیک گوارش در شهر اصفهان مراجعه کردند بین سال های ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۸ انجام شد. بیماران پرسشنامه های شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر، تواتر علائم غیر روده ای، و اضطراب و افسردگی را تکمیل کردند. از آزمون رگرسیون خطی جهت بررسی ارتباط علائم روانشناختی با علائم غیر روده ای با کنترل سایر متغیرها استفاده شد.

یافته ها:

طی مطالعه، ۱۴۲ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (میانگین سنی = 30.9 ± 7.1 سال، 81.7% مونث) وارد مطالعه شدند. ارتباط معناداری بین نمره کلی تواتر علائم غیر روده ای با نمره شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر ($r=0.534$)، شدت اضطراب ($r=0.551$) و شدت افسردگی ($r=0.407$) وجود داشت ($P<0.001$). طبق آزمون رگرسیون، جنس مؤنث ($P=0.028$)، شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر ($P<0.001$)، و شدت اضطراب ($P=0.001$) با نمره کلی تواتر علائم غیر روده ای در ارتباط بود.

نتیجه گیری:

طبق نتایج این مطالعه، در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، علائم روانشناختی با علائم غیر روده ای در ارتباط هستند، گرچه جهت بررسی رابطه علت- معلولی نیاز به انجام مطالعات آینده نگر است. در عین حال، متخصصین می بایست در روند درمانی این بیماران به همراهی علائم روانشناختی و علائم غیر روده ای توجه و جهت درمان مناسب بیماران را راهنمایی کنند.

کلید واژه: سندرم روده تحریک پذیر، علائم غیر روده ای، علائم روانشناختی، اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی

گوارش/ دوره ۱۵، شماره ۲/ تابستان ۱۳۸۹/ ۸۸-۹۴

نویسنده مسئول:

اصفهان، موسسه تحقیقاتی - درمانی پورسینای حکیم،

صندوق پستی: ۸۱۴۶۵-۱۷۹۸

تلفن: ۰۳۱۱-۲۶۸۲۸۹۷

نمبر: ۰۳۱۱-۲۶۶۷۵۴۲

پست الکترونیک: gholamrezaei@med.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۹/۵/۶

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۹/۷/۲۸

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱

زمینه و هدف

سندرم روده تحریک پذیر (IBS) یکی از شایع ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش^۲ (FGIDs) است که با علائم درد یا احساس ناراحتی در شکم به همراه اختلال در دفع (تواتر دفع/قوام مدفوع) تظاهر پیدا می کند. (۱)، شیوع سندرم روده تحریک پذیر در جوامع غربی به طور متوسط ۱۵٪ و بیشتر از جوامع آسیایی گزارش شده است. (۲)، شیوع سندرم روده تحریک پذیر در ایران

1- Irritable Bowel Syndrome

2- Functional Gastrointestinal Disorders

سندرم روده تحریک پذیر انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه چند مرکزی و مقطعی بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی گوارش (چهار کلینیک) در شهر اصفهان بین سال های ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۸ اجرا شد. معیارهای ورود شامل سن ۱۸ الی ۶۵ سال، تشخیص سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیار ROME III و تمایل برای شرکت در مطالعه بود. نمونه گیری به روش پی در پی بود و با در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰٪ و هم چنین با قرار دادن انحراف معیار نمره کلی تواتر علائم برابر ۱۱، انحراف معیار خطای رگرسیون برابر ۸، و شیب مورد انتظار به دست آمده از آزمون رگرسیون خطی برابر ۰/۲ (طبق مطالعه پایلوت)، حجم نمونه ۱۰۶ نفر در نظر گرفته شد. مطالعه پایلوت، با حجم نمونه ۳۰ نفر، طی بررسی های اولیه نسخه فارسی پرسشنامه های مورد استفاده انجام شد. (۱۳)

بیماران به صورت خود ایفا یا با کمک مصاحبه پرسشنامه های زیر را تکمیل کردند: جهت سنجش شدت علائم اضطراب و افسردگی از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS)^۵ استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال چهار گزینه ای می باشد که شدت اضطراب و افسردگی را به صورت عددی (بیشترین نمره ۲۱ برای هر کدام) نشان می دهد. این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران در ایران استاندارد و در مطالعات مشابه استفاده شده است (آلفای کرونباخ=۰/۷۸ تا ۰/۸۶). (۱۴)، هم چنین، جهت تعیین شدت علائم غیر روده ای از ابزار سنجش شدت علائم غیر روده ای سندرم روده تحریک پذیر (EISS)^۶ استفاده شد. این ابزار شامل ۱۵ سؤال هفت گزینه ای است (هرگز= ۰ تا همیشه= ۶) که علائم غیر روده ای همراه با سندرم روده تحریک پذیر را بررسی می کند؛ استفراغ/ تهوع، سیری زودرس، سر درد، کمر درد، خستگی، باد گلو بیش از حد، باد روده بیش از حد، سوزش سر دل، عجله برای دفع مدفوع، زور زدن برای دفع مدفوع، احساس عدم دفع کامل مدفوع، عجله برای دفع ادرار، درد در ناحیه ران پاها، درد در عضلات و یا مفاصل، و احساس پُری بعد از غذا. گزینه های "گاهی اوقات=۳" تا "همیشه=۶" به عنوان وجود علامت در نظر گرفته می شوند. نمره نهایی پرسشنامه به ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شده که نمره بیشتر نشان دهنده شدت علائم بیشتر است. نسخه فارسی پرسشنامه دارای اعتبار و پایایی قابل قبولی بوده و در مطالعات مشابه مورد استفاده قرار گرفته است (آلفای کرونباخ=۰/۸۴). (۱۵)، با توجه به این که علائم باد روده بیش از حد، عجله برای دفع مدفوع، زور زدن برای دفع مدفوع، و احساس عدم دفع کامل مدفوع علائم روده ای هستند، جهت محاسبه نمره کلی تواتر علائم غیر روده ای در مطالعه حاضر این موارد حذف شدند. در نهایت، آنالیز داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های کای-دو، ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، و رگرسیون خطی صورت گرفت.

حدود ۶٪ گزارش شده (۳، ۴) و طبق یک مطالعه در شهر تهران، سندرم روده تحریک پذیر پس از ریفلاکس شایع ترین تشخیص در بیماران سرپایی مراجعه کننده به کلینیک های گوارش بوده است. (۵)، سندرم روده تحریک پذیر یک بیماری مزمن است و حدود ۱۰٪ از بیماران دارای علائم شدید و معمولاً مقاوم به درمان هستند و با توجه به این که سن اکثر بیماران بین ۳۰ تا ۵۰ سال می باشد ناتوانی ناشی از بیماری بار مالی و کاری زیادی را بر سیستم بهداشتی متحمل می سازند. (۲ و ۶)

گرچه علائم غیر روده ای^۳ (گوارشی و غیر گوارشی) از قبیل کمر درد، سر درد، علائم دستگاه ادراری، و علائم دستگاه گوارش فوقانی جزء شاخص تشخیصی سندرم روده تحریک پذیر نیستند، این علائم در درصد قابل توجهی از بیماران سندرم روده تحریک پذیر وجود دارد و طبق برخی مطالعات تاثیر علائم غیر روده ای بر کیفیت زندگی بیماران حتی از تاثیر علائم سندرم روده تحریک پذیر نیز بیشتر بوده است. (۷)، گزارش های اندکی در مورد علت شناسی و پاتوفیزیولوژی علائم غیر روده ای در بیماران سندرم روده تحریک پذیر در دست است و علت وجود بسیاری از این علائم هنوز کاملاً مشخص نیست. (۸) سندرم روده تحریک پذیر اغلب با علائم/اختلالات روانشناختی و به طور عمده با اضطراب، افسردگی، و اختلال جسمانی گون (سوماتوفرم)^۴ همراه است. (۹)، علائم روانشناختی گرچه به خودی خود بخشی از سندرم روده تحریک پذیر نمی باشند، نقش مهمی در سیر بیماری و پیامدهای بالینی سندرم روده تحریک پذیر دارند. استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع است و با شروع و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر ارتباط قابل توجهی دارند. (۱۰)، بنابراین این امکان وجود دارد که علائم روانشناختی حداقل در ایجاد برخی علائم غیر روده ای نقش داشته باشند. هم چنین، وجود یک رابطه متقابل بین علائم روانشناختی و علائم خارج روده ای به طوری که هر یک باعث ایجاد/تشدید دیگری شود دور از ذهن نیست. مطالعات کمی به بررسی نقش علائم/اختلالات روانشناختی در سبب شناسی علائم غیر روده ای در بیماران سندرم روده تحریک پذیر انجام شده است. (۸)، در مطالعه لمبو و همکاران در شهر بوستون بر روی ۳۰۴۸ نفر در سطح جامعه، ۱۲/۲٪ افراد به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا بودند و ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر و اختلالات روانشناختی بطور مستقل با تعداد علائم غیر روده ای در ارتباط بود و ارتباط مستقیمی نیز بین ابتلا به اختلالات روانشناختی و نمره کلی علائم غیر روده ای وجود داشت به این معنی که همراهی علائم روانشناختی با سندرم روده تحریک پذیر هم انواع و هم شدت (تواتر) علائم غیر روده ای را افزایش می دهد. (۱۱)، با توجه به تاثیر قابل توجه علائم غیر روده ای بر کیفیت زندگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر، یک بسته درمانی می بایست کنترل این علائم را نیز مد نظر داشته باشد و بدین منظور سبب شناسی این علائم و شناخت عوامل موثر بر آن اهمیت بسزایی دارد. با در نظر گرفتن مطالعات اندک انجام شده در این خصوص، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط علائم غیر روده ای با علائم روانشناختی در بیماران مبتلا به

5- Hospital anxiety and depression scale
6- Extra-intestinal symptoms severity scale

3- Extra-intestinal
4- Somatoform Disorder

یافته ها

طی زمان مطالعه، ۱۵۷ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که معیارهای ورود را داشتند پرسشنامه های مذکور را تکمیل کردند. از این تعداد اطلاعات مربوط به ۱۵ پرسشنامه ناقص بود که از مطالعه حذف شدند (نسبت پاسخ = ۹۰/۴٪). در نهایت، اطلاعات ۱۴۲ بیمار (میانگین سنی = ۳۰/۹ ± ۷/۱ سال، ۸۱/۷٪ مؤنث) مورد آنالیز قرار گرفت. مشخصات دموگرافیک و خصوصیات بیماری در جدول ۱ نشان داده شده است. با در نظر گرفتن گزینه های «گاهی اوقات» تا «همیشه» در ابزار سنجش شدت علائم غیرروده ای به عنوان وجود علائم، فراوانی نسبی هر کدام از علائم غیر روده ای به تفکیک جنس در جدول ۲ گزارش شده است. همان طور که مشاهده می شود، فراوانی نسبی علائم سر درد، کمر درد، و درد ران در جنس مؤنث به طور معناداری بیشتر از جنس مذکر بود در حالی که فراوانی نسبی بادگلو در جنس مذکر بیشتر بود (P < ۰/۰۵). اما، بین دو جنس در نمره شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر، نمره کلی تواتر علائم غیر روده ای، نمره کیفیت زندگی، یا نمره شدت اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری مشاهده نشد (P > ۰/۰۵).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و خصوصیات بیماری در افراد مورد مطالعه

سن (سال)		۳۰/۹ ± ۷/۱ (۱۹ تا ۴۸ سال)	
مذکر / مؤنث		۱۱۶ (۱۸/۳٪) / ۲۶ (۸۱/۷٪)	
مدت زمان ابتلا به IBS (ماه)		۶۱/۸ ± ۶۲/۵ (۳ ماه تا ۲۰ سال)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۳ (۱۶/۵٪)	
	دیپلم	۶۶ (۴۷/۵٪)	
	کارشناسی	۴۵ (۳۲/۴٪)	
	ارشد و بالاتر	۵ (۳/۶٪)	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۳ (۷۲/۵٪)	
	مجرد	۳۴ (۲۳/۹٪)	
	طلاق	۲ (۱/۴٪)	
	بیوه	۳ (۲/۱٪)	
نوع IBS	IBS-C	۴۶ (۳۲/۴٪)	
	IBS-D	۳۳ (۱۶/۳٪)	
	IBS-M	۶۸ (۴۷/۹٪)	
	IBS-U	۵ (۳/۵٪)	
شدت علائم	خفیف	۳۲ (۲۲/۵٪)	
	متوسط	۶۹ (۴۸/۶٪)	
	شدید	۴۱ (۲۸/۹٪)	

داده ها به صورت میانگین ± انحراف معیار یا عدد (درصد) بیان شده است.

IBS: Irritable bowel syndrome
 IBS-C: IBS-Constipation predominant
 IBS-D: IBS-Diarrhea predominant
 IBS-M: IBS-Mixed type
 IBS-U: IBS-Undefined type

طبق آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط معناداری بین نمره کلی تواتر علائم غیر روده ای با نمره شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (I = ۰/۵۳۴)، کیفیت زندگی (I = -۰/۵۶۹)، شدت اضطراب (I = ۰/۵۵۱) و شدت افسردگی (I = ۰/۴۰۷) وجود داشت (P < ۰/۰۰۱). با توجه به اثرات متقابل شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر، علائم غیر روده ای، و علائم روانشناختی بر هم، آنالیز چند متغیره برای یافتن عوامل مؤثر بر نمره کلی تواتر علائم غیر روده ای انجام شد که در جدول ۳ نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می شود جنس مؤنث (P = ۰/۰۳۷)، شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (P < ۰/۰۰۱)، و شدت اضطراب (P = ۰/۰۰۳) پیشگویی کننده نمره بالاتر تواتر علائم غیر روده ای بود.

بحث

هدف از مطالعه حاضر، بررسی ارتباط علائم غیر روده ای با علائم روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود. طبق نتایج این مطالعه، علائم مختلف غیر روده ای شیوع قابل توجهی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارند و ارتباط قوی با شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر و شدت علائم روانشناختی دارند. باید به این نکته اشاره کرد که از نتایج مطالعه حاضر ارتباط علت-معلولی بین علائم غیر روده ای و علائم روانشناختی را نمی توان به طور دقیق بررسی کرد، گرچه احتمال می رود ارتباط مشاهده شده در مطالعه حاضر بیشتر به صورت یک ارتباط متقابل باشد. همراهی^۷ علائم و بیماری های مختلف گوارشی و غیر گوارشی با سندرم روده تحریک پذیر و عوامل مؤثر در این همراهی موضوعی است که از چندین جهت قابل اهمیت است: ۱- این همراهی بر کیفیت زندگی اثر منفی دارد و باعث مراجعه بیشتر به پزشک و در نهایت افزایش هزینه های درمانی می شود، به طوری که بیش از ۶۵٪ هزینه های این بیماران مربوط به درمان علائم غیر گوارشی است. (۱۶)، ۲- این همراهی می تواند در شناخت بهتر پاتوفیزیولوژی و علت شناسی سندرم روده تحریک پذیر و سایر اختلالات عملکردی دستگاه گوارش کمک کننده باشد. ۳- پزشکان در درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر باید به همراهی سایر بیماری ها و اختلالات جسمی این بیماران توجه کافی داشته باشند و درمان مناسب را به این بیماران پیشنهاد دهند. (۸)

IBS و همراهی های گوارشی:

علائم و بیماری های همراه با سندرم روده تحریک پذیر به دو دسته کلی گوارشی و غیر گوارشی تقسیم می شوند. (۸)، از میان علائم و بیماری های گوارشی می توان به دیس پپسی فانکشنال، ریفلاکس، یبوست فانکشنال، بی اختیاری مدفوع، سوء جذب کربوهیدرات ها، و بیماری های التهابی روده اشاره کرد. از این بین، بیشترین ارتباط با دیس پپسی فانکشنال و ریفلاکس دیده شده است به طوری که احساس پری بعد از غذا، درد اپی گاستر، تهوع/

جدول ۲: مقایسه فراوانی نسبی و تواتر علائم بین دو جنس در افراد مورد مطالعه

علائم	فراوانی (%)		* P	میان (SE)		** P
	مرد	زن		مرد	زن	
استفراغ/ تهوع	۳۰/۷	۲۴/۱	۰/۳۱۸	۱ (۰/۲۷)	۱ (۰/۲۷)	۰/۹۴۷
سیری زودرس	۵۳/۵	۶۲/۰	۰/۲۸۸	۳ (۰/۲۴)	۳ (۰/۲۴)	۰/۳۷۰
سر درد	۳۰/۷	۵۰/۸	۰/۰۴۷	۲ (۰/۲۲)	۳ (۰/۲۲)	۰/۰۰۶
کمر درد	۳۰/۷	۵۷/۷	۰/۰۱۱	۲ (۰/۲۵)	۳ (۰/۲۴)	۰/۰۰۷
خستگی	۸۰/۷	۸۰/۱	۰/۵۹۴	۳ (۰/۲۰)	۳ (۰/۲۰)	۰/۶۳۸
باد گلو بیش از حد	۶۹/۲	۴۵/۶	۰/۰۲۵	۳ (۰/۲۰)	۳ (۰/۲۰)	۰/۲۴۷
باد روده بیش از حد	۸۸/۴	۸۱/۰	۰/۲۷۹	۴ (۰/۲۶)	۲ (۰/۲۱)	۰/۵۶۱
سوزش سر دل	۵۷/۶	۴۸/۲	۰/۲۵۸	۳ (۰/۲۲)	۴ (۰/۲۲)	۰/۱۲۳
عجله برای دفع مدفوع	۵۷/۶	۶۴/۶	۰/۳۲۶	۳ (۰/۲۷)	۲ (۰/۲۱)	۰/۴۵۴
زور زدن برای دفع مدفوع	۶۱/۵	۶۴/۶	۰/۴۶۵	۳ (۰/۳۱)	۳ (۰/۲۳)	۰/۶۰۶
احساس عدم دفع کامل مدفوع	۶۵/۳	۷۰/۶	۰/۳۷۷	۳ (۰/۲۴)	۳ (۰/۲۴)	۰/۶۶۹
عجله برای دفع ادرار	۳۸/۴	۴۸/۲	۰/۲۶۴	۲ (۰/۲۳)	۲ (۰/۲۳)	۰/۴۸۱
درد در ناحیه ران یا پاها	۱۵/۳	۳۶/۲	۰/۰۳۰	۱/۵ (۰/۲۳)	۲ (۰/۲۳)	۰/۰۳۶
درد در عضلات و یا مفاصل	۳۴/۶	۵۴/۳	۰/۰۵۴	۲ (۰/۲۴)	۳ (۰/۲۳)	۰/۵۵۹
احساس پُری بعد از غذا	۶۱/۵	۷۷/۵	۰/۰۷۶	۳ (۰/۲۸)	۳ (۰/۲۸)	۰/۱۶۳

* Chi-Square Test

** Mann-Whitney U Test

داده ها بصورت عدد (درصد) یا میان (SE) بیان شده است.

که شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر با علائم فوقانی دستگاه گوارش به طور مستقل در ارتباط است و بیشتر مطرح کننده یک پاتوفیزیولوژی مشترک مانند اختلالات حرکتی، حساسیت بیش از حد^۸ یا اختلالات محور مغز- روده است^۹. (۸)

روده تحریک پذیر و همراهی های غیر گوارشی:

سندرم های درد:

نه تنها بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، بلکه بیماران مبتلا به سایر اختلالات عملکردی دستگاه گوارش نیز به طور مشخصی بیشتر از بیماران مبتلا به بیماری های ارگانیک دستگاه گوارش از همراهی بیماری های غیر گوارشی رنج می برند. سردرد مزمن در ۳۴٪ تا ۵۰٪ بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر گزارش شده است که با بهبود علائم سندرم روده تحریک پذیر طی ۵ تا ۷ سال بروز سردرد نیز کاهش داشته است. (۸)، بروز سردرد در آن دسته از بیماران سندرم روده تحریک پذیر که برای اولین بار به پزشک مراجعه کرده اند ۴۰٪ در مقابل ۵۹٪ در بیمارانی است که مکرر به پزشک مراجعه کرده اند که نشان دهنده روند شدیدتر بیماری سندرم روده تحریک پذیر در همراهی سردرد با سندرم روده تحریک پذیر است. (۱۸)، در مطالعه ما اضطراب، سطح تحصیلات پایین تر، جنس مونث، و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر به طور معناداری پیشگویی کننده تواتر سردرد بود. که به طور قابل انتظاری نشان می دهد اضطراب مستقل از سندرم روده تحریک پذیر بر تواتر سردرد اثر دارد و هم چنین شدت بیشتر علائم سندرم روده تحریک پذیر با تواتر بیشتر سردرد همراه است. ارتباط میگردن با سندرم

8- Hypersensitivity

9- Brain-Gut Axis

جدول ۳: آنالیز چند متغیره عوامل موثر بر تواتر علائم غیر روده ای در افراد مورد مطالعه

ضریب بتا	P	محدوده اطمینان ۹۵٪	
		Upper Bound	Lower Bound
جنس (مؤنث)	۰/۱۳۹	۰/۰۳۷	۷/۸۲۹
سن	۰/۰۲۲	۰/۷۷۷	۰/۲۸۵
سطح تحصیلات	-۰/۰۸۸	۰/۲۳۳	۰/۸۵۸
وضعیت تأهل (مجرد)	۰/۱۳۸	۰/۰۷۲	۷/۶۱۱
نوع IBS	۰/۱۵۰	۰/۸۸۱	۱/۶۹۱
شدت علائم IBS	۰/۴۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۰
شدت افسردگی	۰/۲۷۲	۰/۰۰۳	۱/۳۶۵
شدت اضطراب	۰/۱۳۲	۰/۱۱۹	۰/۹۴۳

استفراغ، سیری زودرس، و نفخ به عنوان علائم دیس پپسی فانکشنال و ریفلاکس در حدود ۴۰٪ تا ۶۰٪ بیماران IBS دیده می شود. (۱۷)، در مطالعه ما نیز علائم فوقانی دستگاه گوارش در بیش از ۵۰٪ بیماران دیده شد. با توجه به اینکه اختلالات حرکتی دستگاه گوارش در پاتوفیزیولوژی سندرم روده تحریک پذیر، دیس پپسی فانکشنال، و ریفلاکس مطرح شده است، این فرضیه بیان شده که این بیماری ها احتمالاً از یک اختلال عصبی-عضلانی مشترک ناشی می شوند. (۸)، آنالیزهای تکمیلی (چند متغیره) در مطالعه ما نشان داد که علائم روانشناختی با هیچ کدام از علائم فوقانی دستگاه گوارش در ارتباط نیستند در حالی که شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر با سوزش سر دل و سیری زودرس در ارتباط است. این مطلب نشان می دهد که احتمالاً علائم روانشناختی در همراهی علائم فوقانی دستگاه گوارش با سندرم روده تحریک پذیر، حداقل به طور مستقل، تاثیر گزار نیستند در حالی

مطالعه بررسی شده است که طبق نتایج نیمی از بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن دچار سندرم روده تحریک پذیر هستند و از طرف دیگر حدود ۱۴٪ بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا به سندرم خستگی مزمن هستند (۲۱) و اختلال در سیستم ایمنی به عنوان یک مکانیسم در این همراهی مطرح شده است. (۸)، در مطالعه ما طبق آنالیز چند متغیره، شدت اضطراب و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر به طور معناداری پیشگویی کننده تواتر احساس رخوت/خستگی بود. این مطلب نشان می دهد علاوه بر پاتوفیزیولوژی مطرح شده در مورد اختلال سیستم ایمنی، علائم روانشناختی نیز در همراهی سندرم روده تحریک پذیر با سندرم خستگی مزمن نقش دارند.

همراهی سندرم روده تحریک پذیر با تعداد زیادی از بیماری ها و علائم گوارشی و غیر گوارشی نشان می دهد که احتمالاً مکانیسم های پاتوفیزیولوژیک مسئول این همراهی ها محدود به ارگان های درگیر نمی شود بلکه سایر سیستم ها در سطوح بالاتر مانند سیستم عصبی اتونوم یا محور مغز - روده در این همراهی دخیل هستند. (۸)، در فیبرومیالژی، سندرم خستگی مزمن، و درد مزمن لگنی که به طور واضح با سندرم روده تحریک پذیر همراهی دارند جنس مونث غالب است و علائم با استرس، اضطراب، و اختلالات خواب تشدید می شود. در عین حال، آنالیز فاکتورها در مطالعات نشان داده است که گرچه سندرم روده تحریک پذیر، علائم فیبرومیالژی، و علائم سندرم خستگی مزمن با هم همراهی قابل توجهی دارند اما بیماری هایی کاملاً جدا از هم هستند. (۸)

در نهایت، تلاش برای یافتن یک مکانیسم ساده و قابل تعمیم جهت توجیه همراهی سندرم روده تحریک پذیر با تعداد زیادی از علائم/بیماری های گوارشی و غیر گوارشی احتمالاً نتیجه ای نخواهد داشت. نتایج مطالعات مختلف در این خصوص متفاوت بوده است که تفاوت های مشاهده شده بین نتایج مطالعات به دلیل تفاوت در تعریف سندرم روده تحریک پذیر (شاخص های Rome I، Rome II، Rome III، Manning)، تفاوت در نمونه مورد مطالعه (سطوح یک، دو، و سه درمان)، و تفاوت در تعریف و ابزار سنجش علائم غیر روده ای/بیماری غیر گوارشی بوده است. به نظر می رسد که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که به طور هم زمان به بیماری های دیگر نیز مبتلا هستند گروهی مجزا از این بیماران را تشکیل می دهند، هر چند مطالعات بیشتر در این خصوص نیاز است. (۸)

مطالعه حاضر دارای محدودیت های مهم زیر بود: ۱- این مطالعه گرچه چند مرکزی بود فقط در سطح سه درمان و در کلینیک های خصوصی انجام شد که در بیماران مراجعه کننده به سطح سه درمان معمولاً علائم سندرم روده تحریک پذیر شدیدتر و علائم روانشناختی شایع تر است. هم چنین، با توجه به اینکه افراد مراجعه کننده به کلینیک های خصوصی و مراکز دانشگاهی ممکن است از نظر عوامل اقتصادی - اجتماعی متفاوت باشند نتایج قابل تعمیم به همه کلینیک های گوارش نیست. ۲- در این مطالعه گروه کنترل مناسب استفاده نشد. هم چنین، ارتباط علت - معلولی بین علائم روانشناختی با علائم غیر روده ای از طریق این مطالعه ممکن نیست و در این خصوص نیاز

روده تحریک پذیر نیز در مطالعات دیگر به طور کاملاً مشخصی نشان داده شده است؛ طی یک مطالعه با ۹۷۵۹۳ نفر حجم نمونه شیوع میگرن در بیماران سندرم روده تحریک پذیر ۶٪ در مقابل ۲/۲٪ در افراد جامعه بود. (۱۹)، ارتباط انواع سردرد با سندرم روده تحریک پذیر را می توان با در نظر گرفتن نقش محور مغز - روده، و ارتباط نورواپمپون و نورواندوکرین توجیه کرد و البته طبق مطالعه حاضر، احتمالاً علائم روانشناختی نیز در این ارتباط تاثیر گذارند. لازم به ذکر است که داروهای ضد افسردگی هم در درمان سندرم روده تحریک پذیر و هم در سندرم های درد مانند میگرن مؤثر بوده اند. (۸) از بین سندرم های درد عضلانی - اسکلتی و در واقع از بین تمامی علائم و بیماری های جسمی، بیشتر بررسی ها بر روی همراهی فیبرومیالژی با سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفته است. نتایج مطالعات مختلف نشان داده اند که فیبرومیالژی به طور متوسط در ۳۲/۵٪ بیماران سندرم روده تحریک پذیر وجود دارد. (۸)، مکانیسم های مطرح شده برای این همراهی اختلالات سیستم اتونوم و افزایش احساس درد سوماتیک است، گرچه نتایج مطالعات در این زمینه یکسان نبوده است. (۸)، در مطالعه ما فیبرومیالژی بطور دقیق بررسی نشد، اما طبق آنالیز چند متغیره اضطراب و سطح تحصیلات پائین تر به طور معناداری پیشگویی کننده تواتر درد ران بود. هم چنین اضطراب، جنس مونث، و سطح تحصیلات پایین تر به طور معناداری پیشگویی کننده تواتر کم درد بود، در حالی که شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر با درد ران یا کم درد ارتباط نداشت. این مطلب نشان می دهد که احتمالاً علائم روانشناختی یکی دیگر از عوامل تاثیر گذار در همراهی سندرم روده تحریک پذیر با فیبرومیالژی است.

علائم دستگاہ اداری تناسلی:

علائم اداری مانند شب اداری^{۱۰}، تکرر اداری^{۱۱}، اضطراب برای اداری^{۱۲}، و احساس تخلیه ناکامل مثانه از دیگر علائم شایع غیر گوارشی در بیماران سندرم روده تحریک پذیر است که در حدود ۵۰٪ بیماران سندرم روده تحریک پذیر و مستقل از اختلالات روانپزشکی گزارش شده است. (۸)، این امکان مطرح شده است که این همراهی به دلیل اختلال ژنرالیزه در عضلات صاف است که هم در ایجاد سندرم روده تحریک پذیر و هم در ایجاد علائم اداری دخیل است. به طوری که، طبق مطالعات یورو-دینامیک اختلال عملکرد عضله دترسور (اختلال عملکرد مثانه) در حدود ۵۰٪ بیماران سندرم روده تحریک پذیر گزارش شده است. (۲۰)، در مطالعه ما نیز اضطراب و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر با تواتر تکرر اداری و اضطراب برای اداری در ارتباط بود که نشان می دهد علاوه بر احتمال وجود پاتوفیزیولوژی مشترک بین علائم تحریکی اداری و سندرم روده تحریک پذیر، علائم روانشناختی نیز در این همراهی دخیل است.

همراهی با سایر سندرم ها:

همراهی سندرم خستگی مزمن^{۱۳} با سندرم روده تحریک پذیر در چندین

- 10- Nocturia
- 11- Frequency
- 12- Urgency
- 13- Chronic Fatigue Syndrome

نتیجه گیری

طبق نتایج این مطالعه، علائم غیر روده ای شیوع بالایی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارد و ارتباط قوی با شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر، شدت اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی دارد. علائم روانشناختی مانند اضطراب با علائم غیر روده ای در این بیماران در ارتباط هستند. در بسیاری از انواع علائم غیر روده ای نه تنها شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر بلکه علائم روانشناختی مانند اضطراب نیز به طور مستقل با علائم غیر روده ای در ارتباط است. در نهایت، متخصصین در روند درمانی این بیماران می بایست به بیماری ها و علائم گوارشی و غیر گوارشی همراه و هم چنین همراهی علائم روانشناختی با علائم غیر گوارشی در این بیماران توجه و جهت درمان آن ها بیماران را به طور مناسب راهنمایی کنند.

سپاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر حمایت مالی مطالعه حاضر و از پرسنل درمانگاه گوارش بیمارستان خورشید و موسسه تحقیقاتی - درمانی پورسینای حکیم (اصفهان) جهت همکاری ایشان در اجرای این مطالعه سپاسگزاریم.

REFERENCES

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Meir F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- Cremonini F, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. *Gastroenterol Clin North Am* 2005;34:189-204.
- Solhpour A, Pourhoseingholi MA, Soltani F, Zarghi A, Solhpour A, Habibi M, et al. Gastro-oesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: a significant association in an Iranian population. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008;20:719-25.
- Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. *Indian J Gastroenterol* 2003;22:215-6.
- Ganji A, Safavi M, Nouraei SM, Nasserri-Moghadam S, Merat Sh, Vahedi H, et al. Digestive and Liver Diseases Statistics in Several Referral Centers in Tehran, 2000-2004. *Govaresh* 2006;11:33-8.
- Roshandel D, Rezailashkajani M, Shafaei S, Zali MR. A cost analysis of functional bowel disorders in Iran. *Int J Colorectal Dis* 2007;22:791-9.
- Luscombe FA. Health-related quality of life and associated psychosocial factors in irritable bowel syndrome: a review. *Qual Life Res* 2000;9:161-76.
- Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser AS, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* 2008;64:573-82.
- North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World J Gastroenterol* 2007;13:2020-7.
- Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychother Psychosom* 1994;61:4-24.
- Lembo AJ, Zaman M, Krueger RF, Tomenson BM, Creed FH. Psychiatric disorder, irritable bowel syndrome, and extra-intestinal symptoms in a population-based sample of twins. *Am J Gastroenterol* 2009;104:686-94.
- Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998;43:400-11.
- Gholamrezaei A, Nemati K, Minakari M, Daghighzadeh H, Tavakkoli H, Emami MH. Evaluation of treatment outcome measures in irritable bowel syndrome clinical trials. *Govaresh* 2010;14:219-25.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:14-9.
- Nemati K, Bagherian R, Kheir-Abadi Gh, Daghighzadeh H, Davazdah-Emami MH, Gholamrezaei A. Coping strategies training in the management of irritable bowel syndrome. *Journal of Isfahan Medical School* 2010;28:225-35.
- Levy RL, Von KM, Whitehead WE, Stang P, Saunders K, Jhingan P, et al. Costs of care for irritable bowel syndrome patients in a health maintenance organization. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3122-9.
- Yarandi SS, Nasserri-Moghaddam S, Mostajabi P, Malekzadeh R. Overlapping gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: increased dysfunctional symptoms. *World J Gastroenterol* 2010;16:1232-8.
- Guthrie EA, Creed FH, Whorwell PJ, Tomenson B. Outpatients with irritable bowel syndrome: a comparison of first time and chronic attenders. *Gut* 1992;33:361-3.
- Cole JA, Rothman KJ, Cabral HJ, Zhang Y, Farraye FA. Migraine, fibromyalgia, and depression among people with IBS: a prevalence study. *BMC Gastroenterol* 2006;6:26.
- Whorwell PJ, Lupton EW, Erduran D, Wilson K. Bladder smooth muscle dysfunction in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 1986;27:1014-7.
- Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.

Extra-intestinal Symptoms and their Relationship to Psychological Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Gholamrezaei A^{1,2}, **Minakari M**³, **Nemati K**⁴, **Daghaghzadeh H**^{2,3}, **Tavakkoli H**^{2,3}, **Emami MH**^{2,3}

¹ Researcher, Medical Students Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Researcher, Poursina Hakim Research Institute, Isfahan, Iran

³ Associate Professor, Department of Gastroenterology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Researcher, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Background: Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional gastrointestinal disorders. A significant number of IBS patients have extra-intestinal symptoms (EIS), but the etiology of co-morbidity of IBS with these symptoms is unclear. The aim of this study was to evaluate the relationship of EIS with psychological symptoms in IBS patients.

Materials and Methods: This multicenter, cross-sectional study was conducted on 18 to 65 year old IBS patients (Rome III criteria) referred to four gastroenterology outpatient clinics in the city of Isfahan from 2008-2009. Patients completed the IBS symptom severity scale, EIS severity scale, and anxiety and depression scale. Linear regression analysis was applied to evaluate the relationship of psychological symptoms with EIS, controlling for other variables.

Results: During the study period, 142 IBS patients (mean age=30.9±.1 years, 81.7% female) were included. ESI score was significantly correlated to IBS severity score ($r=0.534$), anxiety ($r=0.551$) and depression scores ($r=0.407$); $P<0.001$. With linear regression analysis, female gender ($P=0.028$), IBS severity ($P<0.001$), and severity of anxiety ($P=0.001$) were related to ESI scores.

Conclusion: According to these results, psychological symptoms are associated with EIS in IBS patients, though prospective studies are needed to evaluate a causative association. Thus, gastroenterologists must pay attention to the association of psychological symptoms with EIS in the treatment of IBS patients and refer them for appropriate therapies.

Keywords: Irritable bowel syndrome, Extra-intestinal symptoms, Psychological, Anxiety, Depression, Quality of life

Govaresh/ Vol.15, No.2, Summer 2010; 88-94

Corresponding author:

Poursina Hakim Research Center, P.O. Box: 81465-1798,
Isfahan, Iran

E-mail: gholamrezaei@med.mui.ac.ir

Tel: +98 311 2682897

Fax: +98 311 2667542

Received: 28 Aug. 2010

Edited: 20 Oct. 2010

Accepted: 23 Oct. 2010