

## روزهداری در مبتلایان به بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی: راهکار بالینی برای پزشک خانواده

دکتر پیمان ادیبی<sup>۱</sup>، دکتر پرناز دانش پژوه‌نژاد<sup>۲</sup>، دکتر شیرین صادقیپور<sup>۳</sup>، دکتر فاطمه هادی‌زاده<sup>۴</sup>،  
دکتر رضا ملک‌زاده<sup>۴</sup>

### مقاله بازآموزی

#### چکیده

گروه هدف: پزشکان خانواده

#### اهداف آموزشی

فراگیر باید در پایان مطالعه‌ی این خودآموز:

- ۱- انواع سوءهاضمه و تعاریف آن‌ها را بداند.
- ۲- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج در مورد انواع سوءهاضمه را بداند.
- ۳- نحوه‌ی رویکرد به انواع مختلف سوءهاضمه در روزهداری را فراگرفته باشد.
- ۴- تعریف زخم اثنی عشر و انواع آن را بداند.
- ۵- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج در مورد انواع زخم‌اثنی عشر را بداند.
- ۶- نحوه‌ی رویکرد به زخم اثنی عشر در روزهداری را فراگرفته باشد.
- ۷- تعریف بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیال و انواع آن را بداند.
- ۸- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج در مورد بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیال را بداند.
- ۹- نحوه‌ی رویکرد به بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیال در روزهداری را فراگرفته باشد.

مطابق احکام دینی مسلمانان، چنانچه روزهداری منجر به وارد آمدن ضرر جسمی به فرد روزه‌دار شود، روزه گرفتن صحیح نیست و با توجه به این که بیماران اغلب پزشک را به عنوان مرجع تعیین ضرررسان بودن یا نبودن روزهداری برای خود در نظر می‌گیرند، این راهکار با هدف تسهیل اتخاذ تصمیم توسط پزشکان در زمینه‌ی رویکرد به بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی در روزهداری تدوین شده است. در این راهکار، سعی شده است به توصیف حالت‌های مختلف بالینی بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی، با محوریت سوء هاضمه و ریفلاکس پرداخته شود و با توجه به شواهد موجود و نظرات متخصصین، راهنمایی عملی و روزآمد برای پزشکان خانواده جهت مواجهه با این بیماری‌ها تدوین گردد.

**واژگان کلیدی:** روزهداری، راهکار بالینی، سوء هاضمه، زخم اثنی عشر، ریفلاکس

**ارجاع:** ادیبی پیمان، دانش پژوه‌نژاد پرناز، صادقیپور شیرین، هادی‌زاده فاطمه، ملک‌زاده رضا. روزهداری در مبتلایان به بیماری‌های دستگاه

گوارش فوقانی: راهکار بالینی برای پزشک خانواده. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۳؛ ۳۲ (۲۷۴): ۱۴۸-۱۳۱

۱- استاد، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پزشک و پژوهشگر، گروه علوم زیستی و تغذیه، موسسه‌ی کارولینسکا، استکهلم، سوئد

۴- استاد، پژوهشکده‌ی بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

ماه رمضان، نهمین ماه قمری است و در آن مسلمانان باید در طی ساعات روز شرعی از خوردن و آشامیدن خودداری کنند. بسته به این که این ماه در کدام فصل از سال واقع شود، افراد باید هر روز بین ۱۸-۱۱ ساعت روزه‌داری نمایند. در این مدت، الگوی تغذیه ای افراد تغییر می‌کند و بیشتر روزه‌دار هستند و وعده‌ی غذایی حجیم (سحر و افطار) را در برنامه‌ی غذایی خود قرار می‌دهند. علاوه بر این، برنامه‌ی شبانه‌روزی زندگی افراد نیز تغییر می‌کند و ممکن است فعالیت آن‌ها در طول شب افزایش یابد و تعداد ساعات خواب کمتر شود. همچنین بیش از ۷۰ درصد افراد، بعد از صرف وعده‌ی غذایی سحری دوباره به بستر می‌روند. همه‌ی این موارد ممکن است عامل ایجاد یا تشدید کننده‌ی برخی از بیماری‌ها و اختلالات گوارشی باشد.

بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی جزء بیماری‌هایی هستند که روزه‌داری بر آن‌ها بسیار اثرگذار است. سوء هاضمه، شایع‌ترین علامت دسته‌ی مهمی از بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی می‌باشد که با درد و احساس ناراحتی مبهم در قسمت فوقانی شکم همراه است و ممکن است علت ساختاری (بدخیم یا خوش‌خیم) و یا عملکردی داشته باشد (۱) (شکل ۱). همچنین یکی از بیماری‌های گوارشی شایع که به نظر می‌رسد تحت تأثیر روزه‌داری واقع شود و تاکنون نیز مطالعه‌ای در ماه رمضان در مورد آن انجام نشده است، بیماری ریفلاکس گاستروازوفاجیال است.

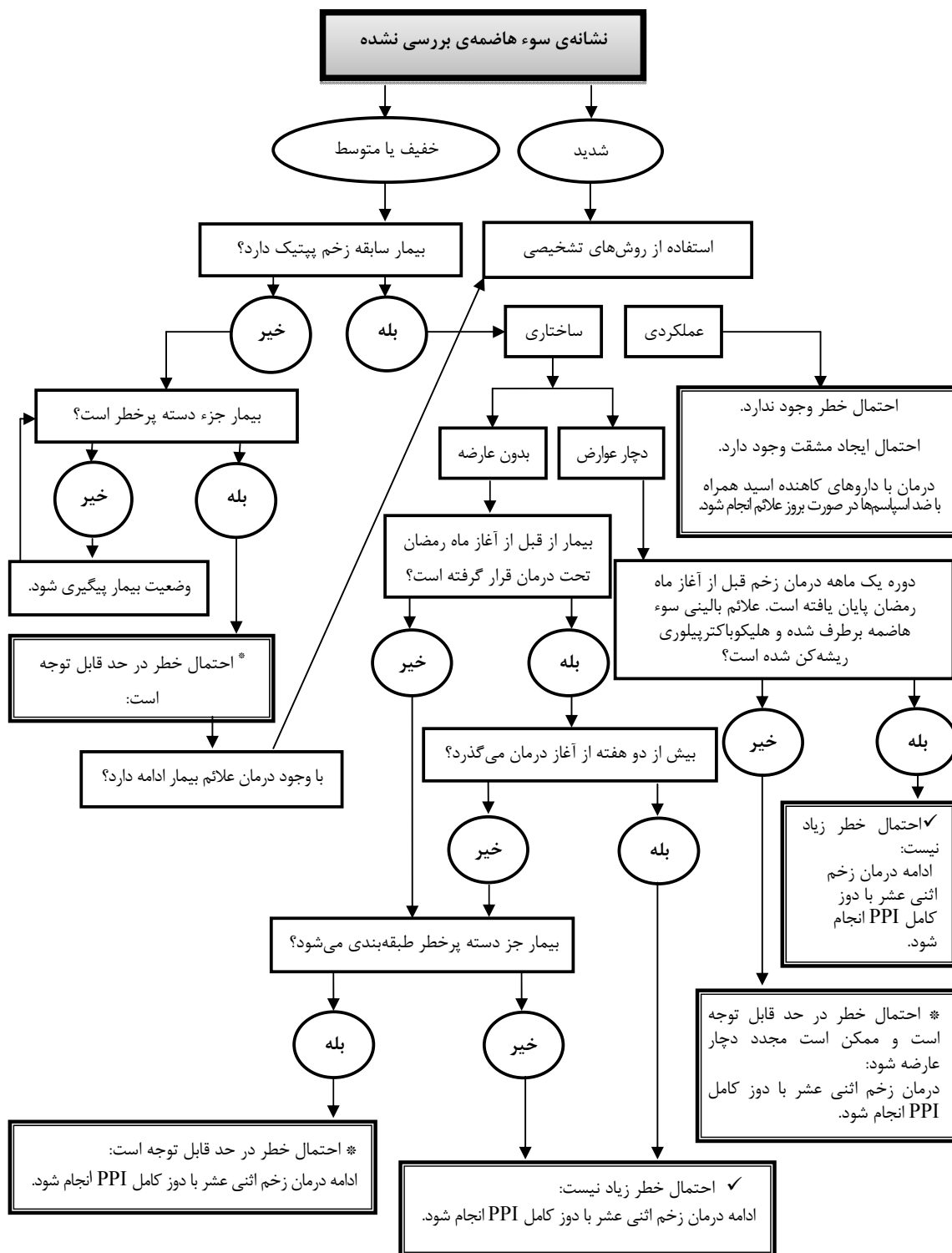
از آن جا که مطابق احکام دینی، چنانچه روزه‌داری منجر به وارد آمدن ضرر جسمی به فرد روزه‌دار شود، روزه گرفتن صحیح نیست (۲) و با توجه به این

که بیماران اغلب پزشک را به عنوان مرجع تعیین ضرر رسان بودن یا نبودن روزه‌داری برای خود در نظر می‌گیرند و همواره پیش از آغاز این ماه مبارک، پزشکان با سؤالات متعددی در این زمینه از سوی بیماران خود مواجه هستند، این راهکار با هدف تسهیل اتخاذ تصمیم توسط پزشکان در زمینه‌ی رویکرد به بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی در روزه‌داری تدوین شده است.

با توجه به این که مطالعات اندکی در مورد تأثیراتی که روزه‌داری می‌تواند بر بیماری‌های گوارشی داشته باشد، انجام شده است و نتایج این مطالعات نیز تا حدودی با یکدیگر متفاوت بوده اند، در تدوین این راهکار در کنار بهره‌گیری از تمامی مستندات منتشر شده‌ی موجود، از نظرات صاحب نظران نیز استفاده شده است و نوشتار حاضر یک راهکار مبتنی بر شواهد و اجماع است.

در این راهکار، سعی شده است با در نظر گرفتن احکام دینی موجود برای اجزای ترک روزه‌داری در صورت احتمال ضرر جسمی یا مشقت قابل توجه حاصل از بیماری، به توصیف حالت‌های مختلف بالینی بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی، با محوریت سوء هاضمه و ریفلاکس پرداخته شود و با توجه به شواهد موجود و نظرات متخصصین، راهنمایی عملی و روزآمد برای کلیه‌ی پزشکان جهت مواجهه با این بیماری‌ها در سطوح مختلف نظام سلامت تدوین گردد.

بدیهی است که این راهکار تنها یک راهنما است و تصمیم نهایی بر اساس شرایط ویژه‌ی هر بیمار و بر پایه‌ی مهارت و تجربه‌ی پزشک اتخاذ خواهد شد.



شکل ۱. رویکرد به روزه‌داری در سوء هاضمه بررسی نشده

درصد، استفراغ مکرر و مقاوم، استفراغ خون، دفع مدفوع سیاه شل چسبنده (ملنا)، لمس توده در شکم و دیسفاژی می‌باشند (۳).

۵. فردی پرخطر (High risk) در نظر گرفته می‌شود که به بیماری قابل توجه (مانند بیماری عروق کرونر درمان نشده، نارسایی قلب یا اختلال تنفسی با کلاس عملکردی بالا و کورپولمونل) مبتلا باشد؛ چرا که در صورت ابتلا به این بیماری‌ها، عارضه‌دار شدن فرد از یک بیماری گوارشی می‌تواند باعث بروز خطراتی گردد (۶-۷).

### اقدامات تشخیصی و درمانی رایج

۱. در مرحله‌ی اول باید از بیمار شرح حال مناسبی گرفته شود. در اخذ شرح حال، لازم است درمورد علائم هشدار، موارد پرخطر و مصرف داروهایی که می‌توانند علت بالقوه‌ی بروز سوء هاضمه باشند (مانند آنتاگونیست‌های کلسیم، نیترات‌ها، تئوفیلین، بیس فسفونات‌ها، استروئیدها، NSAIDs (Non-steroidal anti-inflammatory drugs)، مهار کننده‌های اختصاصی Cox-II، آسپیرین، کلپیدوگرل و اریستات)، از بیمار سؤال شود (۷، ۳).

۲. یک گام درمان این بیماران باید معطوف به اصلاح سبک زندگی باشد: مصرف وعده‌های غذایی کم حجم، مصرف حداقل چای و مصرف چای کم‌رنگ، فاصله‌گذاری مناسب میان مصرف چای و سایر مایعات با غذا، خودداری از مصرف مایعات زیاد همراه وعده‌ی غذایی، ترک سیگار و الکل، اجتناب از مصرف غذاهای پرچرب، اجتناب از مصرف قهوه و کاکائو و اجتناب از مصرف مواد غذایی تشدید کننده‌ی بیماری بر اساس تجربه‌ی قبلی فرد (۸، ۳).

اگر بیمار تنها با تغییر رژیم غذایی، مصرف غذای

در مورد حالات مختلف بیماری، در ابتدا تعریف رایج شده است و پس از معرفی درمان‌های رایج در مواقع غیر روزه‌داری، بر شواهد پژوهشی موجود مروری صورت گرفته است. توصیه و تدبیر، آخرین بخش راهکار و مرتبط با شرایط روزه‌داری است. زیر موارد بیماری که با احتمال ضرر و مشقت جسمی قابل توجه یعنی مصادیق حکم شرعی مرتبط بودند، در بخش توصیه و تدبیر هر بیماری خط کشیده شده است.

### سوء هاضمه‌ی بررسی نشده

#### تعاریف

۱. سوء هاضمه‌ی حاد (Acute dyspepsia) علامت شایعی است که در ۲۵-۴۰ درصد از افراد در سال به صورت گذرا و موقت دیده می‌شود و برخی ویژگی‌های زیر را دارد: تهوع، سوزش سردل، نفخ، آروغ، احساس پری معده و درد یا احساس ناراحتی در قسمت فوقانی شکم (۳، ۱).

۲. سوء هاضمه‌ی مزمن (Chronic dyspepsia) زمانی است که علائم ذکر شده، حداقل به مدت یک ماه ادامه یابد و در هفته حداقل دوبار ایجاد شود (۴).

۳. نشانه‌های سوء هاضمه چه حاد و چه مزمن اغلب به علت‌هایی غیر از زخم پپتیک ایجاد می‌شوند. تا زمانی که بیمار تحت بررسی‌های تشخیصی قرار نگرفته است و علت بیماری (ساختاری یا عملکردی) مشخص نشده باشد، وی مبتلا به سوء هاضمه‌ی بررسی نشده (Uninvestigated dyspepsia) در نظر گرفته می‌شود (۵).

۴. نشانه‌های هشدار (Alarm sign) در سوء

هاضمه عبارت از کاهش وزن اخیر بیش از ۱۰

۴. رویکرد به سوء هاضمه در افراد با علائم هشدار نسبت به جمعیت عادی متفاوت است؛ در این افراد، معاینه‌ی آندوسکوپی برای رد علل مهم ضروری است. در سوء هاضمه‌ی مزمن غیر از علائم هشدار کلی ذکر شده در بالا (بند الف-۱، شماره‌ی ۴)، موارد دیگری را نیز باید در نظر گرفت: سن بالای ۵۰ سال، زردی اخیر، آنمی فقر آهن غیر قابل توجیه، کاهش وزن، سیری زودرس، سابقه‌ی قبلی بدخیمی گوارشی درمان شده و سابقه‌ی فامیلی بدخیمی مری، معده، دوازدهه و یا کولون (۹، ۳).

#### شواهد پژوهشی

مطالعه‌ی مجزایی در این زمینه (تأثیر روزه‌داری بر سوء هاضمه‌ی بررسی نشده) انجام نشده است. اما در یک مطالعه، سابقه‌ی سوء هاضمه، احتمال پارگی زخم اثنی عشر را در گروه روزه‌داران نسبت به گروهی که روزه نبوده‌اند، بیشتر افزایش داده است (۱۰). در مطالعه‌ی دیگری نیز بیان شده است که علائم سوء هاضمه در روزه‌داران، علامت هشدار دهنده محسوب می‌شود و در این افراد، روزه‌داری با تجویز PPI (Proton-pump inhibitor) بلامانع است (۱۱).

خاص یا تنش روحی دچار علائم سوء هاضمه‌ی حاد شده است، ارایه‌ی توصیه‌های غیر دارویی، تجویز آنتی اسید (برای تسکین درد)، داروهای کاهنده‌ی اسید (حداکثر برای یک هفته) و داروهای پروکیتیک (برای کنترل تهوع و سنگینی سردل) و اسپاسمولیتیک (برای کاهش درد و سر و صدا) کافی است (۹).

به غیر از امپرازول که در گروه C است، سایر موارد از نظر طبقه‌بندی مصرف در حاملگی در گروه B قرار دارند.

۳. در صورتی که سوء هاضمه‌ی حاد بیمار به دنبال مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) ایجاد شده است، اقدامات زیر انجام شود: قطع NSAIDs و استفاده از داروهای کم ضررتر برای دستگاه گوارش مانند: استامینوفن، مصرف منقطع و در صورت نیاز (PRN یا Pro re nata) این داروها به جای استفاده‌ی مداوم، درمان دارویی با مهار کننده‌های پمپ پروتون (جدول ۱) دوبار در روز و ادامه‌ی آن تا زمانی که بیمار NSAIDs مصرف می‌کند. پس از قطع دارو، ادامه‌ی درمان سوء هاضمه برای حداکثر یک ماه کافی است (۶، ۳).

جدول ۱. مهار کننده‌های پمپ پروتون

نام دارو	شکل و دوز دارو	زمان مصرف
اومپرازول	کپسول ۲۰ میلی گرم	نیم تا یک ساعت قبل از غذا
لانسوپرازول	کپسول ۳۰ میلی گرم	نیم تا یک ساعت قبل از غذا
رابپرازول	قرص ۲۰ میلی گرم	همراه غذا یا قبل از آن
پانتوپرازول	قرص ۲۰ و ۴۰ میلی گرم	همراه غذا یا بدون آن
	کپسول ۲۰ و ۴۰ میلی گرم	
	تزریقی ۴۰ میلی گرم	
ازومپرازول	کپسول ۲۰ و ۴۰ میلی گرم	
	سوسپانسیون خوراکی ۲۰ و ۴۰ میلی گرم	قبل از غذا
	تزریقی ۲۰ و ۴۰ میلی گرم	

**توصیه و تدبیر****الف- سوءهاضمه‌ی حاد بررسی نشده**

▶ در صورت وجود علائم خفیف تا متوسط:  
 ■ در صورتی که بیمار سابقه‌ی زخم پپتیک داشته باشد، درمان جهت زخم پپتیک انجام شود.  
 ■ در صورتی که بیمار سابقه‌ی زخم پپتیک نداشته باشد و در گروه پرخطر قرار نگیرد، پیگیری علائم صورت گیرد و در صورت ادامه و یا تشدید علائم، با بیمار مانند بیماران مبتلا به علائم شدید برخورد شود.

■ در صورتی که بیمار سابقه‌ی زخم پپتیک نداشته باشد، اما در گروه پرخطر قرار گیرد، احتمال خطر در روزه‌داری بالا است. درمان تجربی سوءهاضمه جهت بیمار آغاز و بیمار از نظر علائم پیگیری شود. در صورت ادامه و یا شدت یافتن علائم، با بیمار مانند بیماران دارای علائم شدید برخورد شود.

▶ در صورت وجود علائم شدید:

■ بیمار جهت انجام بررسی‌های تشخیصی (اندوسکوپی یا سونوگرافی)، با هدف پیدا کردن علت علائم (ساختاری و یا عملکردی) ارجاع داده شود.

**ب- سوءهاضمه‌ی مزمن بررسی نشده**

• در صورتی که بیمار مدت زیادی پیش از ماه مبارک رمضان مراجعه کرده است، بررسی‌های تشخیصی و درمانی جهت وی انجام شود. در صورت بهبود علائم تا ماه رمضان، فرد می‌تواند مانند افراد سالم روزه بگیرد.

• در صورتی که بیمار در دسته‌ی بیماران پرخطر قرار ندارد و به بیماری‌های زمینه‌ای که در صورت بروز زخم تشدید می‌شوند، مبتلا نیست، صرف نظر

از زمان مراجعه، احتمال بروز خطر در صورت روزه‌داری برای فرد زیاد نیست و درمان علامتی با دوز کامل جهت سوءهاضمه انجام شود.

• در صورتی که بیمار مدت کوتاهی قبل از ماه رمضان یا در طول ماه مبارک مراجعه کرده است و در گروه مبتلا به علائم هشدار قرار دارد و یا دچار بیماری زمینه‌ای است که وی را در گروه بیماران پرخطر قرار می‌دهد، احتمال بروز خطر در صورت روزه‌داری در وی قابل توجه است و لازم است بیمار جهت انجام بررسی‌های تشخیصی تکمیلی (سونوگرافی و یا اندوسکوپی جهت رد علل پانکراتیکودونال) ارجاع داده شود.

**زخم اثنی عشر تازه تشخیص داده شده****الف- تعریف**

زخم اثنی عشر یک ضایعه‌ی مخاطی است که عواملی چون اسید و پپسین معده، هلیکوباکتریلوری و داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی در ایجاد آن نقش دارند و حدود ۱۰ درصد افراد در طول عمر خود به آن مبتلا می‌شوند (۱۲-۱۳). شایع‌ترین علامت زخم اثنی عشر، درد اپی‌گاستر است. البته برای تشخیص زخم اثنی عشر، وجود این علامت نه لازم و نه کافی است و نیاز به ارزیابی همه جانبه وجود دارد (۱۲). تشخیص قطعی زخم اثنی عشر اغلب بر اساس نتایج اندوسکوپی صورت می‌گیرد. رادیوگرافی با باریوم نیز یکی دیگر از اقدامات تشخیصی برای این بیماری است (۱۴)، اما کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. در صورت گزارش زخم اثنی عشر در رادیوگرافی، اندوسکوپی انجام نمی‌شود.

**ب- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج**

۱. در بیمارانی که اولسر پپتیک دوازدهه تشخیص داده شده است، در صورت امکان باید مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) قطع شود (۳).

۲. جهت درمان زخم اثنی عشر بلاک‌های پمپ پروتون (PPIs) یا آنتاگونیست‌های گیرنده‌ی ۲ هیستامین (H<sub>2</sub>-Blockers) با دوز کامل (جدول ۲) برای دو ماه تجویز شود (۱۵، ۱۳).

جدول ۲. آنتاگونیست‌های گیرنده‌ی ۲

نام دارو	شکل و دوز دارو
سایمتیدین	قرص ۲۰۰ میلی‌گرم
	شربت ۲۰۰ میلی‌گرم در ۵ میلی‌لیتر
	تزریقی ۱۰۰ میلی‌گرم در ۲ میلی‌لیتر
رانیتیدین	قرص ۱۵۰ میلی‌گرم
	شربت ۷۵ میلی‌گرم در ۲ میلی‌لیتر
	تزریقی ۲۵-۵۰ میلی‌گرم در ۲ میلی‌لیتر
فاموتیدین	قرص ۲۰-۴۰ میلی‌گرم

همه‌ی داروهای این گروه از نظر طبقه‌بندی حاملگی در گروه B قرار دارند.

۳. در افراد با آزمایش مثبت از نظر هلیکوباکتری‌پیلوری همراه با درمان کاهنده‌ی اسید، درمان برای ریشه‌کنی این ارگانیسم نیز انجام شود. با توجه به این که ریشه‌کنی بدون توجیه H. Pylori دارای ضررهای متعددی (از جمله بروز عوارض جانبی داروها، تحمیل هزینه بر بیمار و نظام سلامت و پیدایش سوش‌های مقاوم در جامعه) است، توصیه می‌شود تنها در صورتی که بیمار اندیکاسیون درمان برای ریشه‌کنی H. Pylori را دارد، درمان مربوط برای وی تجویز شود و از ریشه‌کنی در موارد بدون

اندیکاسیون پرهیز گردد (۱۷-۱۶). در ایران، برای ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری، رژیم ۴ دارویی به مدت ۱۴ روز و به صورت زیر پیشنهاد می‌شود (۱۸):

- امپرازول: ۲۰ میلی‌گرم دوبار در روز
- آموکسی‌سیلین: ۱گرم دوبار در روز با غذا
- فورازولیدون: ۲۰۰-۱۰۰ میلی‌گرم دوبار در روز با غذا
- بیسموت ساب‌سیترات: ۲۴۰ میلی‌گرم دوبار در روز با غذا

۴. در بیمارانی که جزء دسته‌ی پرخطر از نظر بیماری زمینه‌ای (Coronary artery disease یا CHF، CAD یا Congestive heart failure) هستند و یا از نظر زخم عارضه‌دار (Cor pulmonale) هستند و یا از نظر زخم عارضه‌دار (زخمی که از قبل خونریزی داده یا سوراخ شده است) در معرض خطر قرار دارند و یا در خطر ابتلا به سرطان معده (سابقه‌ی خانوادگی سرطان معده در بستگان درجه‌ی اول) می‌باشند، باید ریشه‌کن شدن هلیکوباکتر پیلوری ارزیابی و تأیید شود.

۵. در افرادی که با وجود درمان هلیکوباکتر پیلوری، همچنان دارای علامت هستند نیز باید ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری ارزیابی شود. در صورت منفی بودن آزمایش هلیکوباکتر پیلوری و استمرار علائم، باید برای بیمار اندوسکوپی مجدد انجام گیرد.

**ج- شواهد پژوهشی**

در یک مطالعه، مبتلایان به زخم اثنی عشر تازه تشخیص داده شده در ماه رمضان در دو گروه افراد روزه‌دار و بیمارانی که روزه نمی‌گرفتند، تحت درمان با امپرازول (به صورت دو بار در روز، BID یا Bis in die) قرار گرفتند. نتیجه‌ی این مطالعه حاکی از

تشخیص بیماری مطرح می‌شود. سایر عوارض زخم اثنی عشر شامل سوراخ شدن محل زخم، بروز چسبندگی و انسداد خروجی معده است که گاه در اندوسکوپی تأیید می‌گردد و گاه در صورت شک به بروز آن‌ها، به مداخله‌ی جراحی اورژانسی نیاز می‌شود (۲۱).

#### ب- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج

تشخیص بیماری بعد از اقدامات اولیه‌ی درمانی و ثبات حال عمومی بیمار اغلب با کمک اندوسکوپی صورت می‌گیرد. اقدامات درمانی جهت درمان زخم پپتیک مشابه سایر زخم‌های اثنی عشر الزامی است، اما به علت بروز عوارض، نیاز به مداخلات اضافه نظیر آندوتراپی یا جراحی بسته به نوع عارضه وجود دارد (۲۱-۲۲).

#### ج- شواهد پژوهشی

هر چند در میان نتایج مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است اختلافاتی وجود دارد، اما اغلب مطالعات نشان داده‌اند که احتمال بروز پرفوراسیون زخم در این بیماران در بین مراجعین به بخش فوریت‌ها در ماه رمضان ممکن است تا دو برابر افزایش یابد (۲۳-۲۶، ۱۰). هر چند برخی از مطالعات هیچ افزایشی را در بروز پرفوراسیون زخم، در ماه رمضان گزارش ننموده‌اند (۲۷).

افزایش بروز سایر عوارض زخم اثنی عشر مانند خونریزی نیز با روزه‌داری گزارش شده است (۲۸).

#### د- توصیه و تدبیر

• در زخمی که دچار عارضه شده است، در صورتی که قبل از آغاز ماه رمضان تحت درمان قرار گرفته باشد و دوره‌ی درمانی کامل شده باشد، خطر بروز مجدد عوارض کاهش می‌یابد. تجویز درمان پیشگیرانه با دوز

بهبودی بیشتر زخم اثنی عشر در افراد روزه‌دار در مقایسه با گروه شاهد بود. تفاوت بین دو گروه معنی‌دار گزارش شده است (۱۹).

در مطالعات دیگری، بیماران دچار زخم اثنی عشر حاد و فعال در ماه رمضان تحت درمان با رانیتیدین قرار گرفتند که همه‌ی آن‌ها بهبود یافتند (۲۰).

#### د- توصیه و تدبیر

• برای بیماری که مبتلا به زخم اثنی عشر تازه تشخیص داده شده باشد و از پیش از ماه رمضان، تحت درمان قرار گرفته باشد و بیش از دو هفته از شروع درمانش گذشته باشد، احتمال خطر در صورت روزه‌داری زیاد نیست و درمان زخم اثنی عشر با دوز کامل PPI که در هنگام سحر و افطار مصرف می‌شود، باید ادامه یابد.

• در صورتی که درمان پیش از ماه رمضان آغاز نشده باشد یا شروع شده باشد اما کمتر از دو هفته از شروع آن گذشته باشد، برای بیماری که در دسته‌ی پرخطر از نظر بیماری زمینه‌ای قرار دارد، احتمال خطر در صورت روزه‌داری قابل توجه است. اما اگر بیمار در دسته‌ی پرخطر نباشد، احتمال خطر در صورت روزه‌داری زیاد نیست. در هر صورت، درمان در هر دو گروه ادامه یابد.

### زخم اثنی عشر تازه تشخیص داده شده و دچار عوارض

#### الف- تعریف

زخم‌های پپتیک عامل بخش قابل توجهی از موارد خونریزی دستگاه گوارش فوقانی به صورت هماتمز و ملنا می‌باشند. بسیاری از مبتلایان به زخم فعال اثنی عشر نشانه‌های زخم را ندارند. این افراد به پزشک مراجعه نمی‌کنند و در آن‌ها با بروز عوارض زخم،



**ج- توصیه و تدبیر**

• اگر دوره‌ی درمان زخم و ریشه‌کنی هلیکوباکتر پایان یافته است و بیمار علامتی ندارد: خطر عمده‌ای بیمار را تهدید نمی‌کند؛ اما چنانچه بیمار در گروه پرخطر قلبی-ریوی قرار دارد، دوز کامل PPI برای پیشگیری تجویز شود.

• اگر دوره‌ی درمان زخم و ریشه‌کنی هلیکوباکتر از قبل به صورت کامل انجام نشده است، اما بیمار علامتی ندارد: بیمار تحت درمان با دوز کامل PPI دو نوبت در روز (وعده‌های غذایی سحر و افطار) قرار گیرد و وضعیت ریشه‌کنی هلیکوباکتر تأیید شود.

• اگر دوره‌ی درمان زخم و ریشه‌کنی هلیکوباکتر از قبل به طور کامل انجام نشده است و بیمار علامت دارد: باید بررسی تشخیصی انجام شود. چنانچه بیمار دچار عود زخم شده است، باید مطابق رویکرد به زخم تازه تشخیص داده شده، عمل شود و اگر زخم جدیدی مشاهده نشود، مطابق رویکرد به سوء هاضمه‌ی عملکردی، برخورد شود.

کامل PPI دو نوبت در روز (همراه با وعده‌های غذایی سحر و افطار) در این بیماران مناسب است.

• در زخمی که دچار عارضه شده است، در صورتی که دوره‌ی درمان بیمار به صورت کامل به پایان نرسیده باشد، خطر بروز مجدد عوارض در صورت اقدام به روزه‌داری زیاد است، بنابراین درمان باید با دوز کامل PPI انجام شود.

**زخم اثنی عشر درمان شده****الف- تعریف**

منظور از زخم اثنی عشر درمان شده، زخمی است که با روش‌های تشخیصی (رادیولوژی یا اندوسکوپی) تشخیص داده شده است و بیمار علاوه بر این که حداقل به مدت ۴ هفته تحت درمان دارویی مربوط قرار گرفته است، در صورت لزوم درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری نیز به مدت دو هفته برای وی انجام شده است. در صورتی که بیمار بعد از تکمیل دوره‌ی درمان علامتی نداشته باشد، به طور معمول زخم درمان شده در نظر گرفته می‌شود.

**ب- شواهد پژوهشی**

در دو مطالعه‌ی موجود در این زمینه، در اندوسکوپی حدود ۸۰ درصد از افرادی که زخم اثنی عشر درمان شده و التیام یافته داشتند، بعد از ماه رمضان تغییری مشاهده نشده است، اما در بقیه‌ی این بیماران (۲۰ درصد)، زخم حاد جدیدی بعد از ماه رمضان در اثنی عشر دیده شده است. در هر دو مطالعه، بیماران در مدت روزه‌داری تحت درمان با رانیتیدین (دو بار در روز در وعده‌های سحر و افطار) قرار داشتند، اما وضعیت بیماران از نظر هلیکوباکتر پیلوری بررسی نشده بود (۲۹، ۲۰).

**زخم اثنی عشر مزمن****الف- تعریف**

منظور از زخم اثنی عشر مزمن، زخم اثنی عشر «مقاوم» یا «عود کننده» است. در صورتی که علائم اندوسکوپی زخم اثنی عشر، پس از ۸ هفته درمان بهبود نیابد، زخم مقاوم در نظر گرفته می‌شود (۳۱-۳۰).

عود زخم در زخم‌های ناشی از هلیکوباکتر پیلوری که تحت درمان ریشه‌کنی قرار نمی‌گیرند، با شیوع بالایی دیده می‌شود (۳۲). مطالعات نشان داده‌اند که در تعداد زیادی از بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر،

عود زخم بدون بروز علائم ایجاد می‌شود. تشخیص عود زخم زمانی تأیید می‌شود که بیمار علاوه بر علائم بالینی، از نظر نشانه‌های رادیولوژیک یا اندوسکوپی نیز مثبت باشد.

### ب- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج

۱. در صورتی که پس از کامل شدن درمان، علائم زخم اثنی عشر ادامه پیدا کند، باید درمان نگهدارنده با PPI با پایین‌ترین دوز لازم برای کنترل علائم شروع شود و ادامه یابد. اگر پاسخ بیمار به PPI مطلوب نبود، تجویز H<sub>2</sub>-Blocker آغاز گردد (۳۳).

۲. در صورتی که آزمایش هلیکوباکتریلوری مثبت باشد، ریشه‌کنی هلیکوباکتر انجام شود.

۳. اگر بیمار پس از بهبود زخم مجبور به ادامه‌ی مصرف NSAID است، استفاده از حداقل دوز NSAID، و جایگزینی آن با استامینوفن و یا یک مسکن با عوارض کمتر به بیمار توصیه شود.

### ج- شواهد پژوهشی

در دو مطالعه‌ی موجود در این زمینه، بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر مزمن تحت بررسی قرار گرفته‌اند که بیشتر این بیماران (بیش از ۶۰ درصد) در طی ماه رمضان دچار خونریزی گوارشی شدند. در سایر افراد با زخم اثنی عشر مزمن، اندوسکوپی پس از ماه رمضان تغییری را نشان نداد. در این دو مطالعه، بیماران در طول ماه رمضان تحت درمان با H<sub>2</sub>-Blocker قرار داشتند، اما وضعیت آن‌ها از نظر عفونت با H.pylori در هیچ یک از این مطالعات تحت بررسی قرار نگرفته بود (۲۹، ۲۰).

### د- توصیه و تدبیر

• با توجه به شواهد پژوهشی ذکر شده احتمال خطر بروز عوارض در صورت روزه‌داری در این

بیماران زیاد است.

• در صورتی که بیمار با وجود توصیه‌های ارایه شده، تصمیم به روزه‌داری بگیرد، درمان تجربی با دوز کامل PPI به صورت BID (مصرف دارو در وعده‌های غذایی سحر و افطار) توصیه می‌شود. لازم است علائم هشدار به صورت دقیق و واضح برای بیمار توضیح داده شود.

### سوء هاضمه‌ی عملکردی

#### الف- تعریف

سوء هاضمه‌ی عملکردی عبارت از درد یا احساس ناراحتی است در ناحیه‌ی اپی‌گاستر بدون حضور هر گونه بیماری ساختاری مهم که توضیحی برای نشانه‌ی ذکر شده باشد، احساس شود (۸). سوء هاضمه‌ی عملکردی بر حسب علائم غالب به دو دسته‌ی سندرم درد سردل (Epigastric pain syndrome) و ناخوشی بعد از غذا (Postprandial distress syndrome) تقسیم‌بندی می‌شود. در مورد اول، غلبه‌ی علامت با درد و در مورد دوم سنگینی و پری است (۳۴-۳۶).

### ب- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج

۱. درمان دارویی به صورت دائمی برای تمام بیماران دچار دیس‌پپسی عملکردی لازم نیست. به نظر می‌رسد در صورت لزوم تجویز دارو، درمان کوتاه مدت و منقطع، متناسب با تشدید و تخفیف علائم مناسب‌تر از درمان طولانی مدت و مداوم باشد (۸).

۲. در درمان سندرم درد سردل درمان با تجویز PPI یا H<sub>2</sub>-Blocker (به طور جایگزین) انجام شود و در صورت وجود درد گاهگاهی با وجود درمان، شربت آنتی‌اسید ۳-۵ قاشق غذاخوری نیز تجویز

علایم به نسبت شدیدی داشتند که این تعداد (افراد با سوء هاضمه‌ی تشدید یافته و با علایم شدید) معادل یک نفر از هر ۱۵ نفر در جامعه است (۳۹).

#### د- توصیه و تدبیر

- به نظر می‌رسد روزه‌داری در بیماران مبتلا به سوء هاضمه‌ی عملکردی با افزایش خطر جسمی همراه نیست.
- در گروه کوچکی از کل جامعه، ممکن است روزه باعث افزایش شدید علایم شود؛ در حدی که مصداق مشقت باشد.
- افراد با تشدید علایم سوء هاضمه با روزه‌داری بهتر است در صورت درد شدید، ترکیبی از یک داروی کاهنده‌ی اسید (PPI یا H<sub>2</sub>-Blocker) و یک داروی ضد اسپاسم مانند کلینیدیوم یا مبورین استفاده کنند. در صورت سابقه‌ی قبلی در روزه‌داری، تجویز پیشگیرانه توصیه می‌شود.
- در بیمارانی که به طور دایم در ماه رمضان با روزه‌داری علامت‌دار هستند، ادامه‌ی مداخلات طبی و غیر طبی که از قبل در فرد مؤثر بوده‌اند، پیشنهاد می‌شود.

گردد. برای تسکین درد می‌توان از آنتی‌اسپاسمودیک‌ها نیز استفاده کرد (۳۶-۳۷).

۳. یک دوره‌ی درمان کاهش اسید ممکن است در دیس‌پپسی عملکردی با ناخوشی بعد از غذا لازم باشد. درمان با H<sub>2</sub>-Blocker و PPI برای این بیماران نتیجه‌ی مشابهی دارد. در صورت غلبه‌ی نفخ یا تهوع، یک پروکیتیک نیم ساعت قبل از هر وعده‌ی غذایی حداقل برای یک هفته تا ۱۰ روز باید تجویز شود تا اثر درمانی مناسب ظاهر گردد. ریشه‌کنی H.pylori در درمان دیس‌پپسی عملکردی عود کننده یا مقاوم به درمان باید مورد توجه واقع شود (۳۴-۳۸).

۴. از نظر اصلاح سبک زندگی، لازم است بیماران به رعایت موارد زیر ترغیب شوند: اجتناب از مصرف غذاهایی که موجب تشدید علایم می‌شوند مانند غذاهای پرچرب و پر ادویه و مصرف زیاد چای پررنگ، اجتناب از پرخوری و سریع خوردن غذا، داشتن الگوی منظم غذا خوردن، کاهش استرس، اجتناب از مصرف کافئین، الکل و سیگار (۳۸).

۵. مداخلات روان‌پزشکی دارویی یا غیر دارویی نیز در برخی از این بیماران ممکن است کمک کننده باشد (۸).

#### ج- شواهد پژوهشی

نویسندگان، موفق به یافتن مطالعه‌ای چاپ شده در مورد تأثیر روزه‌داری بر سوء هاضمه‌ی عملکردی نشدند. نتایج مطالعه‌ی SEPAHAN توسط نگارندگان نشان داده است که نزدیک به نیمی از بیماران با سوء هاضمه‌ی عملکردی در ماه رمضان تشدید علایم را تجربه می‌کنند. جالب توجه است که به طور تقریبی با همین شیوع، بیماران دیگری کاهش سوء هاضمه را گزارش کردند. از بین مبتلایان به سوء هاضمه، حدود ۱۵ درصد

#### بیماری ریفلکس گاستروازوفاژیال

##### الف- تعریف

۱. بیماری ریفلاکس مری به معده به (GERD یا Gastroesophageal reflux disease) وضعیتی اطلاق می‌شود که بازگشت محتویات معده به مری برای بیمار رنج‌آور و آزارنده باشد و یا منجر به بروز عوارضی برای وی شود. در صورتی که بازگشت محتویات وجود داشته باشد، ولی از نظر شدت و تواتر برای بیمار آزارنده نباشد، تشخیص بیماری مطرح

نمی‌شود و از اصطلاح GER (Gastro esophageal reflux) استفاده می‌شود (۴۰).

۲. نشانه‌ها و عوارض ریفلاکس را می‌توان در دو دسته سندرم‌های مروی و خارج مروی تقسیم‌بندی نمود. نشانه‌های مروی این بیماری اغلب شامل درد یا سوزش سردل (Heartburn)، ترش کردن (Pyrosis)، تندر نس اپی‌گاستر، پر آب شدن دهان (Water brash) و دیسفاژی است. از علائم خارج مروی این بیماری می‌توان به سرفه مزمن، لارنژیت، آسم و آسیب به دندان‌ها اشاره نمود (۴۰-۴۲).

۳. بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیال می‌تواند خفیف یا شدید باشد:

- ریفلاکس خفیف (Mild): بیمار در تعریف بیماری بازگشت اسید از معده به مری می‌گنجد، علائم آزارنده است؛ اما مختل کننده‌ی زندگی نیست و تواتر بیماری روزانه نمی‌باشد.

- ریفلاکس شدید (Severe): بیمار در تعریف بیماری بازگشت اسید از معده به مری قرار دارد و حداقل یکی از موارد زیر در مورد وی صادق است: تواتر حملات روزانه یا چند بار در روز است، یا بیمار دچار عوارض بیماری مانند تنگی، مری بارت، زخم یا خونریزی شده است، یا بیمار دچار علائم خارج مروی مثل سرفه مزمن شده است، یا شدت علائم بیمار در هر حمله زیاد است و باعث اختلال در زندگی روزمره‌ی وی می‌شود (۴۳).

### ب- اقدامات تشخیصی و درمانی رایج

۱. در صورتی که بیمار دچار علائم واضح ریفلاکس (مانند سوزش سردل، ترش کردن و تشدید علائم با عواملی چون مصرف وعده‌های غذایی و یا افزایش فشار داخل شکم برای مثال به دنبال حالت خم شدن

و یا زور زدن) باشد، اما نشانه‌های هشدار (Alarm sign) را نداشته باشد، نیازی به اقدام تشخیصی بیشتر نیست و می‌توان درمان را آغاز نمود (۴۲-۴۳).

توجه: نشانه‌های هشدار در بیماران مبتلا به ریفلاکس گاستروازوفازیال شامل دیسفاژی، اذینوفاژی، کاهش وزن غیر قابل توجیه، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ، آنمی، درد قفسه‌ی صدری و سابقه‌ی خانوادگی سرطان است (۴۳-۴۱).

۲. اگر نشانه‌های هشدار (Alarm sign) وجود دارد، بیمار جهت بررسی‌های بیشتر و انجام اندوسکوپی ارجاع داده شود (۴۳، ۴۱)

۳. هیچ روش تشخیصی به عنوان استاندارد طلایی برای ریفلاکس وجود ندارد؛ اما معمول ترین روش تشخیصی موجود، اندازه‌گیری شبانه‌ی روزی pH انتهای مری است که اغلب برای بیماران مقاوم به درمان یا کاندیدای جراحی انجام می‌شود (۴۲، ۴۰).

۴. اصلاح شیوه‌ی زندگی در درمان ریفلاکس مؤثر است و شامل کاهش مایع مصرفی به همراه وعده‌ی غذایی، کاهش حجم هر وعده‌ی غذا و اجتناب از مصرف ادویه‌های محرک، غذاهای چرب و Fast foods، کاهش مقدار، دفعات و غلظت چای و قهوه‌ی مصرفی، اجتناب از پوشیدن البسه‌ی تنگ، اجتناب از خوابیدن زودتر از سه ساعت پس از مصرف وعده‌ی غذایی و ترک مصرف دخانیات می‌باشد. این توصیه‌ها به خصوص در درمان ریفلاکس با شدت متوسط، به منظور کاهش علائم و کاهش نیاز به دارو مهم هستند. تأکید بر هر توصیه تا حدودی وابسته به تجربه‌ی قبلی بیمار از تأثیر آن بر کاهش و افزایش علائم است (۴۴).

ریفلاکس در روزه‌داری نشدند. در مطالعه‌ی SEPAHAN توسط نگارندگان مشخص شد که نزدیک به نیمی از جامعه، علائم ریفلاکس را در ماه رمضان ذکر می‌کنند که شیوعی قابل توجه است. حدود یک پنجم جامعه اظهار داشتند که در این ماه بیش از قبل علامت‌دار بوده‌اند. در بین افراد علامت‌دار، ۱۸ درصد افراد نشانه‌های به نسبت شدیدی داشتند که به طور تقریبی معادل یک نفر از هر ۱۲ نفر در جامعه است.

#### د- توصیه و تدبیر

- به نظر می‌رسد روزه‌داری در بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیتال در صورتی که تحت کنترل درمانی باشد، باعث افزایش خطر جسمی برای بیمار نمی‌شود؛ اما لازم است کلیه‌ی موارد ذکر شده از نظر شیوه‌ی زندگی و روش تغذیه رعایت شود.
- اگر بیمار بیشتر در طول روز دچار علائم می‌شود، بهتر است داروها در وعده‌ی سحر مصرف شوند. اما اگر بیمار علائم شبانه دارد، مناسب است که دارو در موقع خواب تجویز گردد.
- بیمارانی که سابقه‌ی ریفلاکس شدید عود کننده دارند و یا سابقه‌ی تشدید ریفلاکس در طی روزه‌داری داشته‌اند، باید تحت درمان با PPI یک یا دو بار در روز (قبل از وعده‌ی غذایی سحری و افطار) قرار گیرند.
- چنانچه بیماری باعث ایجاد مشقت قابل توجه برای بیمار در طول روزه‌داری می‌شود، می‌توان فرم‌های تزریقی داروها را برای وی تجویز نمود.
- مناسب است در صورت ادامه‌ی مستمر داروها توسط بیمار، در پایان ماه رمضان (۱ ماه پس از شروع دارو) علائم بیمار دوباره مورد بررسی قرار گیرد.

۵. داروی مناسب در درمان ریفلاکس با شدت متوسط استفاده‌ی یک بار در روز از H<sub>2</sub>-Blockerها (رانیتیدین ۱۵۰ میلی‌گرم ۲ عدد، سایمتیدین ۲۰۰ میلی‌گرم ۴ عدد و یا فاموتیدین ۴۰ میلی‌گرم) است (۴۱، ۴۳).

۶. درمان دارویی مناسب برای بیماران با ریفلاکس شدید با توجه به لزوم تأثیر بلافاصله بعد از مصرف غذا (در وعده‌ی سحر)، PPIها به ویژه انواع سریع‌الاثرا آنها (راپرازول، پانتوپرازول و ازومپرازول) است (۴۵).

۷. همچنین در صورت بروز حملات گهگاهی سوزش سر دل در حین مصرف دارو، بیمار می‌تواند ضمن ادامه‌ی مصرف داروی PPI خود، از قرص یا شربت آنتی اسید برای تسکین موقتی سوزش در حین شب استفاده کند. داروی مناسب در شرایط معمول، ۲-۵ قاشق غذاخوری از شربت آلومینیوم منیزیم هیدروکسید یا ۲-۵ قرص از همین ترکیب است (۴۰، ۴۲).

۸. اگر فردی که تحت درمان نیست، دچار ترش کردن حاد همراه با دیس‌پپسی شدید شده است، می‌تواند ۴۰ میلی‌گرم PPI خوراکی با ۳۰ میلی‌لیتر آنتی اسید مصرف کند. در صورتی که بیمار روزه‌دار است و یا نسبت به داروهای خوراکی دچار عدم تحمل شده است، فرم تزریقی H<sub>2</sub>-Blocker یا PPIها تجویز شود.

۹. در مواردی که بازگشت اسید به معده با تظاهرات خارج مروی مانند آسم، لارنژیت و درد سینه‌ی غیر قلبی همراه است، PPI به میزان ۲ برابر دوز معمول، به مدت ۲ تا ۶ ماه تجویز گردد (۴۲، ۴۵).

#### ج- شواهد پژوهشی

نویسندگان موفق به یافتن مقاله‌ای چاپ شده مرتبط با

## References

- Moayyedi P. Dyspepsia. *Curr Opin Gastroenterol* 2012; 28(6): 602-7.
- Rashedi L, Rashidi S. *Tozih-Al-Masael nine Marja*. 4<sup>th</sup> ed. Tehran, Iran: Payam-e-Edalat; 2008. p. 97. [In Persian].
- North of England Dyspepsia Guideline Development Group (UK). *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care*. Newcastle upon Tyne, UK: University of Newcastle upon Tyne; 2004.
- Agreus L. Natural history of dyspepsia. *Gut* 2002; 50(Suppl 4): iv2-iv9.
- Jones RH. Approaches to uninvestigated dyspepsia. *Gut* 2002; 50(Suppl 4): iv42-iv46.
- Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996; 38(3): 316-21.
- Harmon RC, Peura DA. Evaluation and management of dyspepsia. *Therap Adv Gastroenterol* 2010; 3(2): 87-98.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Dyspepsia; A national clinical guideline* [Online]. 2003 March. [Cited 2012 July 20]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign68.pdf>
- Talley NJ, Vakil N. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(10): 2324-37.
- Kucuk H, Censur Z, Kurt N, Ozkan Z, Kement M, Kaptanoglu L, et al. The effect of Ramadan fasting on duodenal ulcer perforation: a retrospective analysis. *Indian J Surg* 2005; 67(4): 195-8.
- Emami M, Rahimi H. Effects of Ramadan fasting on acute upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer. *J Res Med Sci* 2006; 11(3): 170-5.
- Snowden FM. Emerging and reemerging diseases: a historical perspective. *Immunol Rev* 2008; 225: 9-26.
- Malferteiner P, Chan FK, McColl KE. Peptic ulcer disease. *Lancet* 2009; 374(9699): 1449-61.
- Rosenstock S, Jorgensen T, Bonnevie O, Andersen L. Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. *Gut* 2003; 52(2): 186-93.
- Louw JA. Peptic ulcer disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2006; 22(6): 607-11.
- Ebrahimi Daryani N, Taher M, Shirzad S. *Helicobacter pylori* infection: A review. *Iran J Infect Dis Trop Med* 2011; 6(1): 56-64.
- Hunt RH, Xiao SD, Megraud F, Leon-Barua R, Bazzoli F, van der Merwe S, et al. *Helicobacter pylori* in developing countries. *World Gastroenterology Organisation Global Guideline. J Gastrointest Liver Dis* 2011; 20(3): 299-304.
- Barazandeh F, Moradi GH, Malekzadeh R. Evaluation of efficacy of *H. pylori* eradication regimens in Iran: a systematic review. *Govaresh* 2011; 16(4): 215-22. [In Persian].
- Mehrabian A, Homayouni R, Hashemi M, Moradi A. Is healing of duodenal ulcer delayed by Ramadan fasting? *Koomesh* 2007; 8(2): 67-72. [In Persian].
- Mallk GM, Mubarak M, Hussain T. Acid peptic disease in relation to Ramadan fasting: a preliminary endoscopic evaluation. *Am J Gastroenterol* 1995; 90(11): 2076-7.
- Milosavljevic T, Kostic-Milosavljevic M, Jovanovic I, Krstic M. Complications of peptic ulcer disease. *Dig Dis* 2011; 29(5): 491-3.
- Peter S, Wilcox CM. Modern endoscopic therapy of peptic ulcer bleeding. *Dig Dis* 2008; 26(4): 291-9.
- Bener A, Derbala MF, Al-Kaabi S, Taryam LO, Al-Ameri MM, Al-Muraikhi NM, et al. Frequency of peptic ulcer disease during and after Ramadan in a United Arab Emirates hospital. *East Mediterr Health J* 2006; 12(1-2): 105-11.
- Elnagib E, Mahadi S, Mohamed E, Ahmed M. Perforated peptic ulcer in Khartoum. *Khartoum Medical Journal* 2008; 1(2): 62-4.
- Gocmen E, Koc M, Tez M, Yoldas O, Bilgin A, Keskek M. Effect of Ramadan on surgical emergencies. *Ann Emerg Med* 2004; 44(3): 283-5.
- Torab FC, Amer M, Abu-Zidan FM, Branicki FJ. Perforated peptic ulcer: different ethnic, climatic and fasting risk factors for morbidity in Al-ain medical district, United Arab Emirates. *Asian J Surg* 2009; 32(2): 95-101.
- Jastaniah S, Al Naami MY, Malatani TM. Perforated duodenal ulcer in Asir central hospital. *Saudi J Gastroenterol* 1997; 3(2): 90-3.
- Donderici O, Temizhan A, Kucukbas T, Eskioglu E. Effect of Ramadan on peptic ulcer complications. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29(7): 603-6.
- Malik GM, Mubarak M, Jeelani G, Tajamul H, Kadla SA, Lone BA, et al. Endoscopic evaluation of peptic ulcer disease during Ramadan fasting. *Diagn Ther Endosc* 1996; 2(4): 219-21.
- Bardhan KD, Naesdal J, Bianchi Porro G, Lazzaroni M, Hinchliffe RFC, Thompson M, et al. Omeprazole in the treatment of refractory peptic ulcer. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24(s166): 178.

31. Bardhan KD, Naesdal J, Bianchi PG, Petrillo M, Lazzaroni M, Hinchliffe RF, et al. Treatment of refractory peptic ulcer with omeprazole or continued H2 receptor antagonists: a controlled clinical trial. *Gut* 1991; 32(4): 435-8.
32. Asaka M, Ohtaki T, Kato M, Kudo M, Kimura T, Meguro T, et al. Causal role of *Helicobacter pylori* in peptic ulcer relapse. *J Gastroenterol* 1994; 29(Suppl 7): 134-8.
33. Rodrigo JM, Ponce J. Therapeutic approach to peptic ulcer relapse. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 1989; 11(Suppl 1): 131-5.
34. Geeraerts B, Tack J. Functional dyspepsia: past, present, and future. *J Gastroenterol* 2008; 43(4): 251-5.
35. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15(3): 237-41.
36. Tack J, Janssen P. Emerging drugs for functional dyspepsia. *Expert Opin Emerg Drugs* 2011; 16(2): 283-92.
37. Tack J, Lee KJ. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39(5 Suppl 3): S211-S216.
38. Lacy BE, Talley NJ, Locke GR, III, Bouras EP, DiBaise JK, El-Serag HB, et al. Review article: current treatment options and management of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36(1): 3-15.
39. Sadeghpour S, Daneshpajouhnejad P, Hasanzadeh A, Adibi P. Evaluation of self-perceived changes in gastrointestinal symptoms after Ramadan fasting. 2012. [Unpublished].
40. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(8): 1900-20.
41. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(1): 190-200.
42. Moraes-Filho JP, Navarro-Rodriguez T, Barbuti R, Eisig J, Chinzon D, Bernardo W. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. *Arq Gastroenterol* 2010; 47(1): 99-115.
43. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, Enns R, Fallone CA, Fass R, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults - update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005; 19(1): 15-35.
44. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, Hiltz SW, Black E, Modlin IM, et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008; 135(4): 1383-91, 1391.
45. Gastroesophageal reflux disease: drug therapy. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(6): 617-28.

## پرسش‌ها جهت کسب امتیاز بازآموزی

۱. خانم جوانی با سابقه‌ی ابتلا به ریفلاکس، از بروز سرفه به ویژه در هنگام دراز کشیدن شاکی است. رویکرد شما چیست؟
  - الف- بهتر است که بیمار به متخصص بیماری‌های آسم و آلرژی ارجاع داده شود.
  - ب- بهتر است که داروهای بیمار برای مدتی قطع شود.
  - ج- بهتر است که دوز داروی بیمار (PPI) دو برابر شود.
  - د- الف و ب
  
۲. بیماری با شکایت از ترش کردن و سوزش سردل به شما مراجعه نموده است. علایم بیمار پس از مصرف غذا و در هنگام خم شدن، تشدید می‌شود. کدام اقدام در اولین گام، مناسب‌تر است؟
  - الف- باید بیمار را از نظر نشانه‌های هشدار (Alarm sign) مورد بررسی قرار داد.
  - ب- بهتر است بیمار جهت بررسی از نظر وجود عوارض و بیماری‌های همراه، تحت اندوسکوپی و یا رادیوگرافی با باریم قرار گیرد.
  - ج- هیچ اقدام خاصی لازم نیست و می‌توان درمان را آغاز نمود.
  - د- لازم است بیمار از نظر وجود نشانه‌های خارج مری مورد بررسی قرار گیرد.
  
۳. بیماری با زخم اثنی عشر تأیید شده با اندوسکوپی به مدت ۱۰ هفته تحت درمان قرار گرفته است، اما همچنان دچار علایم بالینی است. قدم بعدی شما چیست؟
  - الف- لازم است که تشخیص عود زخم با روش‌های پاراکلینیک تأیید شود.
  - ب- با توجه به این که بیمار به درمان قبلی پاسخ نداده است، باید با دو برابر دوز قبلی تحت درمان قرار گیرد.
  - ج- بهتر است درمان مجدد بیمار ابتدا با یک H<sub>2</sub>-Blocker آغاز شود و در صورت عدم پاسخ مطلوب، یک PPI به آن اضافه شود.
  - د- همه‌ی موارد
  
۴. بیماری مبتلا به زخم اثنی عشر درمان شده، جهت مشاوره پیش از ماه مبارک رمضان، مراجعه نموده است. بیمار از علامتی شکایت ندارد اما به خاطر کامل نکردن دوره‌ی درمان زخم، نگران است. رویکرد شما به این بیمار چیست؟
  - الف- چون بیمار در حال حاضر علامتی ندارد، خطر عمده‌ای وی را تهدید نمی‌کند ولی بهتر است از نظر حضور در گروه پرخطر قلبی-ریوی بررسی شود.
  - ب- در این بیمار تجویز یک دوره‌ی درمان با PPI برای پیشگیری کافی است.
  - ج- لازم است بیمار تحت درمان قرار گیرد و وضعیت ریشه‌کنی هلیکوباکتر در وی بررسی شود.



د- لازم است که بیمار برای بررسی وضعیت زخم، جهت اندوسکوپی تشخیصی ارجاع داده شود.

۵. در کدام یک از بیماران زیر لازم نیست که ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری را ارزیابی و تأیید نمایید؟

الف- بیماری که با وجود درمان هلیکوباکتر، همچنان دارای علامت است.

ب- بیماری که پدرش را در سن ۶۶ سالگی در اثر سرطان معده از دست داده است.

ج- بیماری که با سابقه‌ی بیماری قلبی زمینه‌ای، دچار اولسر پپتیک شده است.

د- در همه‌ی بیماران مبتلا به اولسر پپتیک لازم است که هلیکوباکتریلوری ریشه‌کن شود و موفقیت ریشه‌کنی ارزیابی و تأیید گردد.

۶. آقای ۵۳ ساله جهت مشاوره پیش از آغاز ماه مبارک رمضان به شما مراجعه نموده است. بیمار از ۱۱ روز پیش با تشخیص زخم اثنی عشر تحت درمان دارویی قرار گرفته است. زخم بیمار تا کنون بدون عارضه بوده است. در رویکرد به این بیمار:

الف- در این بیمار احتمال خطر زیاد نیست؛ ادامه‌ی درمان با دوز کامل PPI انجام شود.

ب- احتمال خطر در این بیمار قابل توجه است و ممکن است دچار عارضه شود؛ ادامه‌ی درمان با دوز کامل PPI انجام شود.

ج- این بیمار ابتدا باید از نظر وجود علائم خطر مورد بررسی قرار گیرد و رویکرد بعدی به بیمار باید بر این اساس (حضور یا عدم حضور در دسته‌ی بیماران پرخطر) صورت گیرد.

د- در این بیمار تنها احتمال بروز مشقت وجود دارد که در صورت بروز، درمان باید با داروهای کاهنده‌ی اسید انجام گیرد.

۷. بیماری با درد اپی‌گاستر مراجعه نموده است. در رادیو گرافی با باریوم زخم اثنی عشر مشاهده شده است. کدام اقدام بعدی نامناسب است؟

الف- وجود زخم توسط اندوسکوپی تأیید شود.

ب- NSAIDs بیمار قطع شود.

ج- برای بیمار H<sub>2</sub>-Blocker تجویز شود.

د- بیمار از نظر وجود اندیکاسیون‌های ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری بررسی شود.

۸. بیماری مبتلا به نارسای قلبی جهت مشاوره قبل از ماه مبارک رمضان مراجعه نموده است. بیمار سابقه‌ی زخم پپتیک ندارد اما شما می‌دانید که احتمال خطر در روزهداری در این بیمار بالا است. اولین اقدام شما چیست؟

الف- برای بیمار توضیح می‌دهیم که به علت احتمال خطر بالا، روزهداری برای او ممنوع است.

- ب- درمان تجربی سوء هاضمه را برای او تجویز می‌کنیم.
- ج- با این بیمار با توجه به حساسیت‌های موجود باید از ابتدا مانند بیماران مبتلا به علایم شدید برخوردار شود.
- د- در این بیمار بهتر است که در اولین اقدام، یک اندوسکوپی تشخیصی انجام شود.

۹. در بیمار مبتلا به سوء هاضمه، کدام یک از موارد زیر نشانه‌ی هشدار محسوب نمی‌شود؟

الف- هماتمز

ب- ملنا

ج- آنمی

د- همهی موارد فوق نشانه‌ی هشدار هستند.

۱۰. بیماری با تشخیص قبلی ریفلاکس گاستروازوفازیال قبل از شروع ماه مبارک رمضان جهت انجام مشاوره مراجعه می‌کند. بیمار از تشدید علایم خود در طی روزه‌داری در سال‌های قبل شاکی است. در مورد این بیمار:
- الف- بهتر است که بیمار قبل از وعده‌های غذایی سحری و افطاری تحت درمان با PPI قرار گیرد.
- ب- چنانچه بیماری باعث ایجاد مشقت قابل توجه برای بیمار در طول روزه‌داری شود، می‌توان از فرم‌های تزریقی داروها برای کاهش علایم وی استفاده نمود.
- ج- از بیمار خواسته شود که پس از اتمام ماه مبارک رمضان جهت بررسی مجدد علایم، مراجعه نماید.
- د- همهی موارد