

سوء هاضمه غیر اولسری و اولسر پپتیک در آندوسکوپی*

دکتر حمید کلانتری^۱، سیدمحمد نوریان^۲

خلاصه

مقدمه: زخم معده و اثنی عشر جزء بیماریهای مزمن می‌باشد که امروزه با ماشینی شدن زندگی انسانها، هر روز بر تعداد آنها افزوده می‌شود. نوع دیگری از سوء هاضمه وجود دارد که رابطه‌ای با زخم پپتیک ندارد و به آن سوء هاضمه بدون زخم می‌گویند. هدف از این مطالعه تعیین توزیع فراوانی و ریسک فاکتورهای این دو بیماری در بیماران مراجعه‌کننده جهت آندوسکوپی بود.

روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی بیماران که از تاریخ ۱۳۸۸/۶/۱ لغایت ۱۳۸۹/۶/۱ با علائم سوء هاضمه (درد، تهوع، استفراغ، سیری زودرس و به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان...) مراجعه کرده بودند بررسی شدند. از میان این بیماران شرح حال ۳۰۰ بیمار که جهت تشخیص قطعی بیماری در آنها، آندوسکوپی بعمل آمده بود همراه با گزارش آندوسکوپی آنها مورد تحقیق واقع شدند.

یافته‌ها: بیماران مورد مطالعه شامل ۱۲۰ بیمار دچار زخم پپتیک و ۱۸۰ نفر با تشخیص سوء هاضمه بدون زخم بودند. مردان در گروه زخم پپتیک ۷۶ (۶۳/۳٪) نفر بودند و در گروه دیگر ۸۴ (۴۶/۶٪) نفر بودند ($P=0/004$). در گروه زخم پپتیک تعداد افراد سیگاری بیشتر بود (۴۴ (۳۶/۶٪) نفر در مقابل ۲۰ (۱۱/۱٪) سیگاری در سوء هاضمه بدون زخم، $P<0/001$). شایعترین علت مراجعه بیماران در هر دو گروه درد ناحیه اپی گاستر می‌باشد که دو سوم کل بیماران با این شکایت مراجعه کرده بودند.

نتیجه‌گیری: بیماری زخم پپتیک در مردان شایعتر از زنان است ولی بیماری سوء هاضمه بدون زخم در زنان شایعتر از مردان می‌باشد. مصرف سیگار در بیماران زخم پپتیک بیشتر از سوء هاضمه بدون زخم است. از طرفی تقریباً تمامی علائم و شکایات سوء هاضمه بدون زخم و زخم پپتیک مشابه یکدیگر می‌باشد و تشخیص قطعی هر کدام از این بیماریها بوسیله آندوسکوپی میسر است.

واژگان کلیدی: زخم معده، زخم دوازدهه، زخم پپتیک، سوء هاضمه بدون زخم، آندوسکوپی.

مقدمه

بیماریهای دستگاه گوارش که توسط آندوسکوپی مشخص می‌شوند (مخصوصاً زخم پپتیک) وجود ندارد. اکثر این بیماران بدلیل شباهت علائم این بیماری با بیماری زخم پپتیک مدتهای طولانی تحت درمان زخم پپتیک قرار می‌گیرند (۳) و ضمن صرف وقت و هزینه زیاد و اثرات روحی و روانی مختلف، بهبودی نیز در آنها حاصل نمی‌شود. از سوی دیگر درمان آنتی بیوتیکی نابجا منجر به افزایش مقاومت میکروبی می‌شود که معضلی بزرگ و رو به فزونی در

زخم معده و اثنی عشر جزء بیماریهای مزمن می‌باشد که امروزه با ماشینی شدن زندگی انسانها، هر روز بر تعداد آنها افزوده می‌شود. نوع دیگری از سوء هاضمه وجود دارد که رابطه‌ای با زخم پپتیک ندارد و به آن سوء هاضمه بدون زخم می‌گویند. سوء هاضمه بدون زخم (Non ulcer dyspepsia) شیوع فراوانی در کشورهای مختلف و از جمله ایران دارد (۲۰۱). اطلاعات چندانی از شیوع آن و مقایسه آن با سایر

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

^۱ دانشیار، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

بیمارانی مثبت تلقی می‌شود که حداقل یک سال روزی ۵ نخ سیگار کشیده باشند جهت تحلیل اطلاعات از آزمون مجذور خی و نرم‌افزار EPI info استفاده گردید.

یافته‌ها

بیماران مورد مطالعه شامل ۱۲۰ بیمار دچار زخم پپتیک و ۱۸۰ نفر با تشخیص سوء هاضمه بدون زخم بودند. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه ۳۵/۵۸ سال بود. در گروه زخم پپتیک بیماران میانگین سن ۲۷ سال داشتند ولی در گروه سوء هاضمه بدون زخم ۴۱/۳ سال بود. فراوانی بیماران با سن کمتر از ۲۹ سال، ۳۰-۳۹، ۴۰-۵۹ و بیشتر از ۶۰ سال در گروه زخم پپتیک به ترتیب ۲۶(۲۱/۷٪)، ۴۰(۳۳/۳٪)، ۳۶(۳۰/۰٪) و ۱۸(۱۵/۰٪) و در گروه سوء هاضمه بدون زخم به ترتیب ۴۶(۲۵/۶٪)، ۵۰(۲۷/۸٪)، ۵۶(۳۱/۱٪) و ۲۸(۱۵/۶٪) بود ولی تفاوت‌های مشاهده شده از نظر آماری معنی دار نبودند (P-value= ۰/۷۴۳). در حالی که مردان در گروه زخم پپتیک ۷۶(۶۳/۳٪) نفر بودند در گروه دیگر ۸۴(۴۶/۶٪) نفر بودند و تفاوت مشاهده شده از نظر آماری نیز معنی دار بود (P= ۰/۰۰۴). در گروه مبتلایان به زخم پپتیک نسبت مذکر به مؤنث ۱/۷ به ۱ بدست آمد در حالیکه در مبتلایان به سوء هاضمه بدون زخم این نسبت ۱ به ۱/۱۴ بود.

تعداد ۶۴(۲۱/۲٪) نفر سیگاری در نمونه موجود بودند ولی در گروه زخم پپتیک تعداد افراد سیگاری بیشتر بود بگونه ای که در مقابل ۴۴(۳۶/۶٪) سیگاری در این گروه تنها ۲۰(۱۱/۱٪) سیگاری در سوء هاضمه بدون زخم وجود داشت (P<۰/۰۰۱).

جهان محسوب می‌شود (۴). افتراق این دو بیماری از یکدیگر صرفاً بوسیله انجام آندوسکوپی و مشاهده مخاط معده و دئودنوم توسط یک آندوسکوپیست مجرب و کار آزموده امکان‌پذیر است (۵). در این مطالعه بیمارانی که جهت آندوسکوپی به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند بررسی شد.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی است که به روش نمونه‌گیری سرشماری کلیه بیمارانی که جهت آندوسکوپی در فاصله زمانی ۱۳۸۸/۶/۱ لغایت ۱۳۸۹/۶/۱ به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. پرسشنامه‌ای که به همین منظور طراحی شده بود برای هر بیمار تکمیل گردیده و پس از انجام آندوسکوپی نتیجه حاصله در پرسشنامه درج می‌شد. کلیه بیمارانی که پاسخ آندوسکوپی آنها زخم پپتیک یا سوء هاضمه بدون زخم بود جزء مطالعه قرار می‌گرفتند و بیمارانی که پاسخ آندوسکوپی آنها غیر از دو مورد فوق بود از مطالعه خارج می‌شدند.

بر اساس مطالعه‌ای که قبلاً انجام شده بود تعداد بیماران مراجعه‌کننده جهت انجام آندوسکوپی ۱۲ نفر در هفته برآورد گردید. پیش‌بینی شد در مدت ۶ ماه مطالعه حدود ۳۰۰ نفر بیمار جهت انجام آندوسکوپی به بیمارستانهای مذکور مراجعه کنند. پس از اتمام مدت مطالعه (۸۹/۶/۱) بدلیل اینکه پاسخ آندوسکوپی تعدادی از بیماران غیر از موارد مورد نظر گزارش شده بود، مطالعه تا اواسط بهمن ماه ادامه یافت تا تعداد بیماران و به ۳۰۰ نفر برسد. سابقه مصرف سیگار در

جدول ۲ توزيع فراوانى سابقه مصرف دارو بصورت طولانى مدت را نشان مى دهد. سابقه مثبت ناراحتى هاى معده در ۴۴ (٪۳۶/۶) نفر از گروه زخم پپتيك گزارش شد. اين ميزان در گروه ديگر ۶۴ (٪۳۵/۵) نفر بود كه از نظر آمارى معنى دار نبود ($P=0/843$).

شايعترين علت مراجعه بيماران در كل درد ناحيه ابي گاستر مى باشد كه دو سوم كل بيماران با اين شكايات مراجعه کرده بودند. جدول ۱ توزيع فراوانى شكايات اوليه در دو گروه را نشان مى دهد. از ۳۰۰ بيمار مورد مطالعه ۱۰۸ (٪۳۶) بيمار سابقه مصرف طولانى مدت داروى خاصى را متذكر بودند. همچنين

جدول ۱. توزيع فراوانى شكايات اوليه به تفكيك بيماران مبتلا به زخم پپتيك (P.U) و سوء هاضمه بدون زخم (N.U.D)

جنس	نوع بيمارى	P.U	N.U.D	جمع
	درد ابي گاستر	۹۲ (٪۷۶/۶)	۱۳۴ (٪۷۴/۴)	۲۲۶ (٪۷۵/۳)
	آروغ زدن	۷۶ (٪۶۳/۳)	۱۱۰ (٪۶۱/۶)	۱۸۶ (٪۶۲)
	سوزش سردل	۷۴ (٪۶۱/۶)	۱۳۴ (٪۷۴/۴)	۲۰۸ (٪۶۹/۳)
	نفخ شكم	۸۲ (٪۶۸/۳)	۱۳۲ (٪۷۳/۳)	۲۱۴ (٪۷۱/۳)
	تهوع	۶۲ (٪۵۱/۶)	۹۰ (٪۵۰)	۱۵۲ (٪۵۰/۶)
	سبرى زودرس	۵۲ (٪۴۳/۳)	۷۴ (٪۴۱/۱)	۱۲۶ (٪۴۲)
	كاهش اشتها	۴۲ (٪۳۵)	۶۸ (٪۵۶/۶)	۱۱۰ (٪۳۶/۶)
	استفراغ	۳۰ (٪۲۵)	۴۴ (٪۲۴/۴)	۷۴ (٪۲۴/۶)
	علائم متفرقه	۱۶ (٪۱۳/۳)	۲۴ (٪۱۳/۳)	۴۰ (٪۱۳/۳)

جدول ۲. توزيع فراوانى سابقه مصرف دارو بصورت طولانى مدت

جنس	نوع بيمارى	P.U	N.U.D	جمع
	NSAIDs	۲۲ (٪۱۸/۳)	۱۸ (٪۱۰)	۴۰ (٪۱۳/۳)
	اعصاب	۶ (٪۵)	۱۸ (٪۱۰)	۲۴ (٪۸)
	لووتيروكسين	۲ (٪۱/۶)	۱۰ (٪۵/۵)	۱۲ (٪۴)
	ضد فشار خون	۰ (٪۰)	۱۰ (٪۵/۵)	۱۰ (٪۳/۳)
	گلوکوكورتيكوئيد	۰ (٪۰)	۶ (٪۳/۳)	۶ (٪۲)
	غيره	۶ (٪۵)	۱۰ (٪۵/۵)	۱۶ (٪۵/۳)
	جمع	۳۶ (٪۳۰)	۷۲ (٪۴۰)	۱۰۸ (٪۳۶)

بحث

سوء هاضمه بدون زخم شيعوع نسبتاً زيادى دارد و از سوي ديگر علائم آن با زخم پپتيك شباهت زيادى دارد (۳)؛ به گونه اى كه در مطالعه حاضر درد اپى گاستر شايعترين شكايه در هر دو گروه بوده است. اكثر بيماران دچار سوء هاضمه بدون زخم سالها تحت درمان زخم پپتيك قرار مى گيرند و علاوه بر صرف وقت و هزينه زياد و تحمل فشار روحى و روانى ناشى از داشتن يك بيمارى مزمن و عودكننده، نهايتاً عدم حصول درمان باعث افزايش مشكلات اين بيماران مى شود (۶). در حاليكه فقط با انجام يك آندوسكوپى و مشاهده مخاط معده و دوازدهه توسط يك آندوسكوپيست مجرب، بيمارى سوء هاضمه بدون زخم از زخم پپتيك قابل تشخيص است (۵). اما بوسيله شرح حال و معاينه فزيكى بندرت مى توان اين دو بيمارى را از هم تشخيص داد (۷). بايد در نظر داشت كه اساساً سه چهارم بيماران دچار سوء هاضمه هيچ يافته اى در آندوسكوپى ندارند (۱۰). هدف از اين مطالعه تعيين توزيع فراوانى بيماران زخم پپتيك و سوء هاضمه بدون زخم و تعيين تعدادى از ريسك فاكترهاى اين دو بيمارى بود.

در اين مطالعه فراوانى سوء هاضمه بدون زخم نسبت به زخم پپتيك ۳ به ۲ بدست آمد در حاليكه اين نسبت در كتب رفرانس ۲ به ۱ عنوان شده است (۵). ميانگين سنى در بيماران سوء هاضمه بدون زخم خيلى بالاتر از ميانگين سنى در بيماران زخم پپتيك بود. اما در مطالعات قبلى رابطه اى بين سن و بروز علائم سوء هاضمه ديده نشده است و حتى در هر دو جنس در سنين بالا زخم پپتيك با شيعوع بيشترى ديده مى شده است (۸). همچنين در اين مطالعه زخم پپتيك

در آقاىان و سوء هاضمه بدون زخم در خانمها شايعتر بود در حالى كه در مطالعه ديگرى شيعوع سوء هاضمه بدون زخم چه بين دو جنس و چه در گروه هاى سنى يكسان بوده است اما مشابه مطالعه ما مردان شيعوع بالاترى از زخم پپتيك را نشان مى دادند (۸).

مصرف سيگار در بيماران زخم پپتيك بيشتر از ۳ برابر شايعتر از مصرف سيگار در بيماران سوء هاضمه بدون زخم بود.

كشيدن سيگار با افزايش شيعوع زخم دوازدهه، کاهش پاسخ به درمان و افزايش مرگ و مير به دليل زخم دوازدهه همراه بوده است ولى كشيدن سيگار ترشح اسيد معده را افزايش نمى دهد (۵). با توجه به اين موارد نمى توان رابطه بين مصرف سيگار و ابتلا به زخم پپتيك را توجيه كرد، ولى در مطالعات ديگر نيز سيگار چه براى زخم پپتيك چه براى سوء هاضمه بدون زخم به عنوان ريسك فاكتر شناخته شده است (۸ و ۱۲) و اين حتى شامل كسانى كه قبلاً سيگار مى كشيده اند (former smoker) نيز مى شود (۱۱).

مصرف داروهای NSAIDs در بروز زخم پپتيك موثر است (۱۳) حال آنكه درصد قابل توجهى از بيماران سوء هاضمه بدون زخم سابقه مصرف طولانى مدت داروهای اعصاب و روانپزشكى را متذكر بودند كه نشانگر مشكلات روحى، روانى بعنوان علتى براى ايجاد سوء هاضمه بدون زخم مى باشد.

سابقه فاميلى مثبت از نظر بيماريهائى معده در كل بيماران، بيماران زخم پپتيك و بيماران سوء هاضمه بدون زخم داراى توزيع يكسانى بود در حالى كه در مطالعه برن اشترن و همكاران (۸) سوء هاضمه بدون زخم با سابقه فاميلى زخم پپتيك ارتباط داشته است. تا آنجاى كه مى دانيم تا كنون فرضيه اى براى موروثى

زياد است، پيشنهاده مى شود در مورد بيماران سوء هاضمه بدون زخم بررسى هاى سايكولوژيك و درمانهاى روانپزشكى نيز صورت گيرد و سير بهبودى بيمار با توجه به اين درمانها مورد مطالعه قرار گيرد.

بودن اين عارضه مطرح نشده است ولى علائم سوء هاضمه ممكن است از طريق آموختن رفتارها و نحوه گزارش جنبه موروثى پيدا كنند (9).

با توجه به اينكه در بيماران سوء هاضمه بدون زخم مصرف داروهاى روانپزشكى و اعصاب نسبتاً

References

1. Hashemi MR, Rahnavardi M, Bikdeli B, Dehghani Zahedani M. H pylori infection among 1000 southern Iranian dyspeptic patients. *World J Gastroenterol*. 2006 Sep 14;12(34):5479-82.
2. Bernersen B, Johnsen R, Straume B, et al. Towards a true prevalence of peptic ulcer: the Sorreisa gastrointestinal disorder study. *Gut* 1990; 31: 989-92
3. Malfertheiner P, Chan FK, McColl KE. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2009 Oct 24;374 (9699): 1449-61. Epub 2009 Aug 13.
4. De Francesco V, Giorgio F, Hassan C, Manes G, Vannella L, Panella C, Ierardi E, Zullo A. Worldwide H. pylori antibiotic resistance: a systematic review. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2010 Dec;19(4):409-14.
5. Blumberg RS. Peptic Ulcer Disease and Related Disorders. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, Eds. *Harrison principle of Internal Medicine*. 17th Edition. McGraw-Hill, 2008. P. 991-98.
6. Khan J, Javed M. The incidence of non ulcer dyspepsia and its response to treatment. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2001 Oct-Dec;13(4):30-1.
7. Rana S. Non-ulcer dyspepsia. *J Assoc Physicians India*. 1998 Feb;46(2):221-6.
8. Bernersen B, Johnsen R, Straume B. Non-ulcer dyspepsia and peptic ulcer: the distribution in a population and their relation to risk factors. *Gut*. 1996 Jun;38(6):822-5.
9. Whitehead WE, Winget C, Fedoravicius AS, Wooley S, Blackwell B. Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. *Dig Dis Sci* 1982; 27: 202-8.
10. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Pozzato P, Forman D, Bazzoli F. Dyspeptic symptoms and endoscopic findings in the community: the Loiano-Monghidoro study. *Am J Gastroenterol*. 2010 Mar;105(3):565-71. Epub 2009 Dec 15.
11. Garrow D, Delegge MH. Risk factors for gastrointestinal ulcer disease in the US population. *Dig Dis Sci*. 2010 Jan;55(1):66-72. Epub 2009 Jan 22.
12. Pellicano R, Fagoonee S. Uninvestigated dyspepsia and its related factors in an Iranian community. *Saudi Med J*. 2009 Aug;30(8):1109; author reply 1109.
13. Leong RW. Differences in peptic ulcer between the East and the West. *Gastroenterol Clin North Am*. 2009 Jun;38(2):363-79.

Prevalance of Peptic Ulcer Versus Non Ulcer Dyspepsia in Patients which were Admitted for Endoscopy*

Hamid Kalantari MD¹, Seyed Mohammad Nourian²

Abstract

Background: The gastric and duodenal ulcers are chronic disease that their incidence increases with developed modern and machinery life. Clinical Manifestation of peptic ulcer (PU) are epigastric pain, nausea, vomiting but in endoscopy some patients are normal which is named non ulcer dyspepsia (NPU).

Methods: This prospective study performed on 300 patients that admitted due to dyspepsia and underwent endoscopy.

Finding: In study sample 120 PU and 180 NPU were diagnosed. In PU group there were 76(63.3%) male while it was 84(46.6%) in other group (P=0.004). Smoking was more in PU (44(36.6%) ver. 20(11.1%), P<0.001). The most prevalent symptom in both groups was epigastric pain.

Conclusion: While PU is more prevalent in women, NUD is the case in men. Smoking was more in PU rather than NUD. On the other hand all symptoms of these two disease are similar and definite diagnosis of each is possible only through endoscopy.

Keywords: Gastric ulcer, Duodenal ulcer, Peptic ulcer, Non ulcer dyspepsia, Endoscopy.

*This paper derived from a medical Doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Medical Student, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Hamid Kalantari MD, Email: kalantari@med.mui.ac.ir