

## بررسی ارتباط علایم بالینی با یافته‌های آندوسکوپی زخم دوازدهه

دکتر حمید کلانتری<sup>۱</sup>، دکتر زهرا شهشهان<sup>۲</sup>، مجتبی اکبری<sup>۳</sup>، دکتر سید مرتضی حیدری طبایی زواره<sup>۴</sup>

### خلاصه

**مقدمه:** هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط علایم بالینی زخم پپتیک دوازدهه با یافته‌های آندوسکوپی زخم بود.

**روش‌ها:** مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی تحلیلی بود که در مرکز آندوسکوپی بیمارستان الزهرا (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر روی بیماران ارجاعی از چند کلینیک خصوصی به علت سوء هاضمه (Dyspepsia) انجام گردید. ۲۰۰ بیمار ۱۸ سال به بالا مبتلا به سوء هاضمه به صورت غیر تصادفی آسان و به ترتیب مراجعه مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد برای ۱۱۴ نفر با انجام آندوسکوپی، تشخیص زخم پپتیک فعال دوازدهه داده شد که اطلاعات آندوسکوپی آن‌ها به همراه اطلاعات مربوط به علایم بالینی جمع آوری و مورد آنالیز قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران  $46/5 \pm 10/4$  سال و ترکیب جنسی شامل ۷۰ نفر (۶۱/۴ درصد) مرد و ۴۴ نفر (۳۸/۶ درصد) زن و میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدنی افراد  $27/2 \pm 4/3$  بود. در بررسی ارتباط بین یافته‌های آندوسکوپی با علایم بالینی تنها بین محل، اندازه و تعداد زخم با کاهش وزن و سوزش سر دل ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید ( $P < 0/05$ ). در سایر موارد ارتباط معنی‌دار آماری بین یافته‌های آندوسکوپی با علایم بالینی در بیماران به دست نیامد ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که می‌توان کاهش وزن و سوزش سر دل را به عنوان نشانگرهایی برای تعیین تعداد، اندازه و محل زخم‌ها به کار برد، اما یافته‌های مطالعه حاضر به تنهایی در تأیید وجود و یا عدم وجود ارتباط بین یافته‌های آندوسکوپی با علایم بالینی کافی نیست.

**واژگان کلیدی:** زخم دوازدهه، آندوسکوپی، علایم بالینی.

### مقدمه

بردار امور بهداشتی و درمانی هستند (۲). هزینه‌های ناشی از این بیماری - کار نکردن، بستری شدن در بیمارستان، ویزیت و مراقبت بیماران سرپایی - در ایالات متحده بالغ بر ۵/۶ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. همچنین در سال بیش از نیم میلیون نفر در آمریکا دچار زخم می‌شوند و در بیش از چهار میلیون نفر زخم عود می‌کند (۱). فاکتورهای مختلفی مانند رژیم غذایی، استرس، سیگار کشیدن و ترشح زیاد اسید معده در ایجاد زخم دوازدهه مؤثر می‌باشند، اما دو علت مهم ایجاد زخم دوازدهه شامل مصرف

زخم‌های پپتیک نقص‌هایی در مخاط دستگاه گوارش هستند که تا لایه‌های زیر مخاطی گسترش می‌یابند، این زخم‌ها به علت ترشح مداوم اسید به راحتی التیام نمی‌یابند. شایع‌ترین نوع آن زخم دوازدهه در ۳ سانتی‌متر اول روده‌ی کوچک بعد از معده رخ می‌دهد (۱).

اگر چه بروز زخم دوازدهه در دهه‌های اخیر کاهش داشته است، اما هنوز به عنوان یک مشکل مطرح بوده است و از علت‌های مهم ناخوشی و هزینه

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

<sup>۴</sup> استادیار، گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

پاراکلینیکی پر هزینه‌ای نظیر گرافی و آندوسکوپی می‌باشد که با ارزش بودن انجام مطالعات در این خصوص را در راستای امکان تکیه‌ی بیشتر بر یافته‌های بالینی در تشخیص زخم و تعیین سیر احتمالی و بروز عوارض ناشی از آن نشان می‌دهد. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط علایم بالینی با یافته‌های آندوسکوپی اولسر پپتیک دوازدهه طراحی و انجام گردید.

### روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی تحلیلی بود که در مرکز آندوسکوپی بیمارستان الزهرا (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر روی بیماران ارجاعی از چند کلینیک خصوصی به علت سوء هاضمه (Dyspepsia) انجام گردید. ۲۰۰ بیمار ۱۸ سال به بالا به صورت غیر تصادفی آسان و به ترتیب مراجعه وارد مطالعه شدند. رضایت بیماران به انجام آندوسکوپی از معیارهای ورود به مطالعه بود که قبل از ورود بیماران به مطالعه و پس از توجیه آنان در خصوص اهداف طرح به صورت رضایت‌نامه‌ی کتبی از بیماران دریافت می‌شد.

در نهایت ۱۱۴ بیمار مبتلا به زخم پپتیک مورد بررسی قرار گرفتند. متغیرهای مورد سنجش علاوه بر خصوصیات دموگرافیک و اتروپومتریک شامل مشخصات آندوسکوپی زخم مانند محل زخم، موقعیت زخم، عمق زخم، وسعت و تعداد زخم و علایم بالینی چون وجود درد اپی گاستر، انتشار درد، تهوع، استفراغ، کاهش وزن، سوزش سر دل، کاهش یا افزایش اشتها، دفع گاز معده و سنگینی سر دل بود. جهت ثبت اطلاعات از فرم جمع آوری اطلاعات استفاده گردید که در آن اطلاعات دموگرافیک و

داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و عفونت هلیکوباکتر پیلوری می‌باشد. شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری در بیماران دارای زخم دوازدهه بیش از ۹۰ درصد گزارش شده است (۳-۴). تمامی بیماران دارای زخم دوازدهه در ارتباط با عفونت هلیکوباکتر پیلوری می‌بایست تحت درمان جهت از بین بردن هلیکوباکتر پیلوری قرار گیرند که مطالعات مختلفی تأثیر درمان هلیکوباکتر پیلوری را در کاهش زخم‌ها و عوارض آن نشان داده‌اند (۵-۷).

درد شکم از علایم شایع ناشی از زخم پپتیک می‌باشد ولی ممکن است همیشه وجود نداشته باشد. همچنین ممکن است در افراد گوناگون بسیار متفاوت باشد و با غذا خوردن بهتر یا بدتر شود. علایم شایع دیگر شامل تهوع، استفراغ، کاهش وزن، خستگی، سوزش سر دل، سوء هاضمه، آروغ زدن، درد سینه، استفراغ خونی و مدفوع خونی یا سیاه قیری می‌باشد. همچنین در زخم دوازدهه ممکن است افزایش وزن وجود داشته باشد؛ چرا که افراد بیشتر می‌خورند تا راحت‌تر شوند (۸).

جهت تشخیص زخم از بررسی‌های آزمایشگاهی خون و مدفوع، عکس‌برداری گوارشی فوقانی (Upper GI) یا آندوسکوپی (EGD) استفاده می‌شود. در واقع، تشخیص قطعی زخم با دیدن آن توسط رادیوگرافی و یا آندوسکوپی امکان‌پذیر است که نیازمند صرف هزینه‌ی زیاد و تحمل رنج و ناراحتی برای بیماران می‌باشد (۸).

زخم پپتیک علایم بالینی متغیری دارد که با سایر اختلالات دستگاه گوارش ممکن است اشتباه گردد؛ از این رو اثبات وجود زخم یا تأیید تشخیص آن جهت درمان و پی‌گیری مناسب نیازمند انجام اقدامات

## یافته‌ها

از ۱۱۴ بیمار مبتلا به زخم پپتیک دوازدهه ۷۰ نفر (۶۱/۴ درصد) مرد و ۴۴ نفر (۳۸/۶ درصد) زن بودند. میانگین سنی این بیماران  $40.5 \pm 10.4$  سال بود. جوان‌ترین بیمار ۱۹ سال و مسن‌ترین بیمار ۵۶ سال سن داشتند. میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدنی افراد  $27.2 \pm 4.3$  بود.

جدول ۱ توزیع فراوانی یافته‌های آندوسکوپی و علائم بالینی در بیمار تحت مطالعه را نشان می‌دهد.

انتروپومتریک بیماران، مشخصات آندوسکوپیک افراد به همراه اطلاعات و علائم بالینی توسط مجریان طرح از طریق مصاحبه و معاینه‌ی بیماران ثبت می‌گردید.

آنالیز اطلاعات توسط نرم‌افزار PASW-۱۸ انجام گرفت. متغیرهای کمی به صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار و متغیرهای کیفی به صورت تعداد (درصد) گزارش شدند. در بررسی ارتباط بین مشخصات آندوسکوپیک با علائم بالینی از آزمون  $\chi^2$  و تست دقیق فیشر به تناسب شرایط استفاده گردید. سطح معنی‌داری در کلیه‌ی موارد ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی یافته‌های آندوسکوپیک و علائم بالینی در ۱۱۴ بیمار مبتلا به زخم دوازدهه

| یافته‌های آندوسکوپیک |      |       |      |                |              |       |      |
|----------------------|------|-------|------|----------------|--------------|-------|------|
| تعداد                | درصد | تعداد | درصد | تعداد          | درصد         | تعداد | درصد |
| ۵۶                   | ۴۹/۱ | ۱۰۳   | ۹۰/۴ | bulbar         | محل زخم      |       |      |
| ۴                    | ۳/۵  | ۷     | ۶/۱  | Extra bulbar   |              |       |      |
| ۲۵                   | ۲۱/۹ | ۴     | ۳/۵  | هر دو          |              |       |      |
| ۱۳                   | ۱۱/۴ | ۶۶    | ۵۷/۹ | Anterior wall  | موقعیت زخم   |       |      |
| ۸                    | ۵/۶  | ۳۷    | ۳۲/۵ | Posterior wall |              |       |      |
| ۷۶                   | ۶۶/۷ | ۳     | ۲/۶  | Inferior wall  |              |       |      |
| ۵                    | ۴/۴  | ۸     | ۷    | سایر           |              |       |      |
| ۲۵                   | ۲۱/۹ | ۱۷    | ۱۴/۹ | < ۱ cm         | اندازه‌ی زخم |       |      |
| ۱۱                   | ۹/۶  | ۵۹    | ۵۱/۷ | ۱-۲/۵ cm       |              |       |      |
| ۲۹                   | ۲۵/۴ | ۳۱    | ۲۷/۲ | > ۲/۵ cm       |              |       |      |
| ۶                    | ۵/۳  | ۴۷    | ۴۱/۲ | سطحی           | عمق زخم      |       |      |
| ۵۴                   | ۴۷/۴ | ۵۹    | ۵۱/۷ | عمیق           |              |       |      |
| ۵۵                   | ۴۸/۲ | ۱۹    | ۱۴   | تورم معده      | تورم دوازدهه |       |      |
| علائم بالینی         |      |       |      |                |              |       |      |
| ۳۷                   | ۳۲/۴ | ۱۰۵   | ۹۲/۱ | درد اپی گاستر  | استفراغ      |       |      |
| ۳۹                   | ۳۴/۲ | ۲۱    | ۱۸/۴ | افزایش اشتها   | کاهش وزن     |       |      |
| ۶۵                   | ۵۷   | ۵۷    | ۵۰   | کاهش اشتها     | دفع گاز معده |       |      |
| ۷۱                   | ۶۲/۳ | ۶۵    | ۵۷   | تهوع           | سوزش سر دل   |       |      |
|                      |      | ۷۹    | ۶۹/۳ | سنگینی سر دل   |              |       |      |

جدول ۲. ارتباط یافته‌های آندوسکوپی با علایم بالینی در ۱۱۴ بیمار مبتلا به زخم دوازدهه

| علایم بالینی |           | یافته‌های آندوسکوپی |              |
|--------------|-----------|---------------------|--------------|
| سوزش سر دل   | کاهش وزن  | تعداد               | محل زخم      |
| ۵۳ (۵۱/۴)    | ۵۷ (۵۵/۳) | ۱۰۳                 | bulbar       |
| ۷ (۱۰۰)      | ۷ (۱۰۰)   | ۷                   | Extra bulbar |
| ۴ (۱۰۰)      | ۴ (۱۰۰)   | ۴                   | هر دو        |
| ۰/۰۳         | ۰/۰۲      |                     | P value      |
| ۷ (۴۱/۲)     | ۱۰ (۵۸/۸) | ۱۷                  | < ۱ cm       |
| ۳۰ (۵۰/۸)    | ۴۱ (۶۹/۵) | ۵۹                  | ۱-۲/۵ cm     |
| ۱۷ (۵۴/۸)    | ۱۲ (۳۸/۷) | ۳۱                  | > ۲/۵ cm     |
| ۰/۰۱         | ۰/۰۲      |                     | P value      |
| ۲۷ (۳۵/۵)    | ۲۲ (۲۸/۹) | ۷۶                  | Single       |
| ۴ (۸۰)       | ۳ (۶۰)    | ۵                   | Double       |
| ۱۹ (۷۶)      | ۱۷ (۶۸)   | ۲۵                  | Multiple     |
| ۰/۰۰۱        | ۰/۰۰۱     |                     | P value      |

نتایج به صورت تعداد (درصد) گزارش شده‌اند. جهت بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون  $\chi^2$  استفاده شده است. در این جدول نتایج متغیرهایی که دارای ارتباط معنی‌دار بوده‌اند، آورده شده است و بین سایر یافته‌های آندوسکوپی با علایم بالینی تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نگردید.

دست نیامد ( $P > ۰/۰۵$ ).

### بحث

اثبات وجود یا تأیید تشخیص زخم پپتیک دوازدهه جهت درمان و پی‌گیری مناسب، نیازمند انجام اقدامات پاراکلینیکی بر هزینه‌ای نظیر آندوسکوپی می‌باشد که تحمل رنج و ناراحتی برای بیماران را نیز در پی خواهد داشت. مطالعه‌ی حاضر با فرض وجود ارتباط بین علایم بالینی با یافته‌های آندوسکوپی اولسر پپتیک دوازدهه بر روی ۱۱۴ بیمار مبتلا به زخم پپتیک فعال دوازدهه در جهت تأکید بیشتر بر یافته‌های بالینی در تشخیص زخم انجام شد. بر اساس بررسی‌های

در بررسی ارتباط بین یافته‌های آندوسکوپی (محل زخم، موقعیت زخم، عمق زخم، اندازه و تعداد زخم) با علایم بالینی (درد اپی گاستر، انتشار درد، تهوع، استفراغ، کاهش وزن، سوزش سر دل، کاهش یا افزایش اشتها، دفع گاز معده و سنگینی سر دل) تنها بین محل، اندازه و تعداد زخم با کاهش وزن و سوزش سر دل ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید ( $P < ۰/۰۵$ ). در بیمارانی که اندازه‌ی زخم بزرگ‌تر و تعداد زخم بیشتر بود نسبت به سایر بیماران کاهش وزن بیشتر و همچنین سوزش سر دل بیشتری مشاهده شد (جدول ۲)، ولی در سایر موارد ارتباط معنی‌دار آماری بین یافته‌های آندوسکوپی با علایم بالینی در بیماران به

حجم نمونه با در نظر گرفتن پارامترهای مورد نیاز در ابتدای مطالعه برآورد شده بود، اما به دلیل عدم توزیع مناسب نمونه‌ها و کم بودن آن‌ها در سطوح مختلف برخی متغیرها، باعث گردید که نتایج به دست آمده از قدرت کافی جهت بررسی ارتباطات بین این متغیرها برخوردار نباشند.

با توجه به عدم انجام مطالعات مشابه، یافته‌های این مطالعه می‌تواند به عنوان شواهد اولیه برای ایجاد فرضیه‌های پژوهشی در سایر مطالعات به کار رود. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی به صورت مقطعی در سطح وسیع‌تر با حجم نمونه‌ی مناسب‌تر و با در نظر گرفتن سایر متغیرها مانند علت ایجاد زخم پپتیک، با توجه به شیوع بالای عفونت هلیکوباکتر پیلوری در ایران به عنوان یکی از مهم‌ترین علت‌های ایجاد زخم و یا سایر علل ایجاد کننده‌ی زخم، جهت تعیین ارتباط یافته‌های آندوسکوپی زخم با علائم بالینی بر اساس علت ایجاد بیماری اجرا گردد.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌توان فاکتورهای کاهش وزن و سوزش سر دل را به عنوان نشانگرهایی برای تعیین تعداد، اندازه و محل زخم‌های دوازدهه به کار برد.

انجام شده به نظر می‌رسد مطالعه‌ی ما، اولین مطالعه در این خصوص بوده است که نتایج آن بیانگر وجود ارتباط معنی‌دار بین یافته‌های آندوسکوپی محل، اندازه و تعداد زخم با علائم بالینی کاهش وزن و سوزش سر دل می‌باشد ( $P > 0/05$ )؛ بدین معنی که در بیمارانی که تعداد زخم دوازدهه بیشتر بوده است کاهش وزن و سوزش سر دل بیشتری داشته‌اند و اندازه‌ی زخم‌های بزرگ‌تر، سوزش سر دل بیشتری را نسبت به سایر بیماران به دنبال داشته است. همچنین کاهش وزن بیمارانی که اندازه‌ی زخم دوازدهه در آن‌ها ۱-۲/۵ سانتی‌متر بوده است نسبت به سایر بیماران بیشتر بوده است، ولی در سایر موارد ارتباط معنی‌دار آماری بین یافته‌های آندوسکوپی با علائم بالینی در بیماران به دست نیامد ( $P > 0/05$ ).

از جمله مشکلات این مطالعه می‌توان به عدم وجود مطالعات مشابه اشاره داشت که در این زمینه، سبب عدم مقایسه‌ی نتایج مطالعه‌ی ما با سایر مطالعات و جستجوی علل تشابه‌ها و تفاوت‌ها می‌گردد. امید است این مشکل به مرور با انجام مطالعات بیشتر مرتفع گردد و کلیه‌ی جنبه‌های مربوط به موضوع شفاف سازی شود. همچنین از جمله محدودیت‌های مطالعه را می‌توان کم بودن حجم نمونه نام برد. البته

## References

1. Baron JH. The relationship between basal and maximum acid output in normal subjects and patients with duodenal ulcer. Clin Sci 1963; 24: 357-70.
2. Munnangi S, Sonnenberg A. Time trends of physician visits and treatment patterns of peptic ulcer disease in the United States. Arch Intern Med 1997; 157(13): 1489-94.
3. Borody TJ, George LL, Brandl S, Andrews P, Ostapowicz N, Hyland L, et al. Helicobacter pylori-negative duodenal ulcer. Am J Gastroenterol 1991; 86(9): 1154-57.
4. Tytgat G, Langenberg W, Rauws E, Rietra P. Campylobacter-like organism (CLO) in the human stomach. Gastroenterology 1985; 88: 1620.
5. NIH Consensus Conference. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. NIH Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. JAMA 1994; 272(1): 65-9.
6. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El Omar E, Graham D, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report.

- Gut 2007; 56(6): 772-81.
7. Chey WD, Wong BC. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol 2007; 102(8): 1808-25.
  8. Zali MR, Mirastari D. Digestive system. In: Azizi F, Janghorbani M, Hatami H, editors. Epidemiology and Control of Common Disorders in Iran. Tehran: Khosravi Publication; 2010: 156.

## Relationship between Clinical Symptoms and Endoscopic Findings among Patients with Duodenal Ulcer

Hamid Kalantari MD<sup>1</sup>, Zahra Shahshahan MD<sup>2</sup>, Mojtaba Akbari MSc<sup>3</sup>,  
Sayed Morteza Heidari Tabaei Zavareh MD<sup>4</sup>

### Abstract

**Background:** The aim of this study was to evaluate the association between clinical symptoms and endoscopic findings among patients with duodenal ulcer.

**Methods:** This cross-sectional study was performed in endoscopic center of Al-Zahra Hospital in Isfahan. We selected 200 patients older than 18 year who had Dyspepsia by simple nonrandom sampling. Finally Endoscopic findings and clinical symptoms data were collected and analyzed for 114 patients with active peptic duodenal ulcer.

**Finding:** The mean age of the study sample was  $46.5 \pm 10.4$  years. There were 44 females (38.6%) and 70 males (61.4%). The average of BMI was  $27.2 \pm 4.3$ . There was a significant association between endoscopic findings (site, size and quantity of ulcer) with clinical symptoms (weight loss and heartburn) and there was no association between other endoscopic findings and clinical symptoms.

**Conclusion:** The results of present study showed that weight loss and heartburn can use as marker to determine site, size and quantity of duodenal ulcer. But these findings can not be enough and more study need to be done to determine the association between endoscopic findings and clinical symptoms.

**Keywords:** Duodenal ulcer, Endoscopic, Clinical symptoms.

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Internal Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>3</sup> Epidemiologist, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Corresponding Author:** Zahra Shahshahan MD, Email: shahshahan@med.mui.ac.ir