

## سوءهاضمه، بیماری برگشت محتویات معده به مری و سندرم روده تحریک پذیر در اهداکنندگان خون

دکتر خدیجه حاتمی، دکتر اکرم پورشمس\*، دکتر کوروش عظیمی، دکتر مهدی صرافی

مریم مهربانی، دکتر پردیس مستجابی، دکتر محمدرضا اکبری

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

سوءهاضمه، بیماری برگشت محتویات معده به مری (GERD)<sup>1</sup> و سندرم روده تحریک پذیر (IBS)<sup>2</sup> جزو شایعترین بیماریهای دستگاه گوارش می‌باشند. این بیماریها باعث کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شوند و بار اقتصادی سنگینی بر دوش جامعه تحمیل می‌کنند. شیوع سوءهاضمه، GERD و IBS در کشورهای غربی به ترتیب ۱۸-۳۰٪، ۲۵-۳۰٪ و ۱۰-۱۵٪ و در کشورهای آسیایی به ترتیب ۸-۱۴٪، ۳-۷٪ و ۳-۵٪ است. شیوع این بیماریها در کشور ما مشخص نیست. هدف این مطالعه تعیین شیوع نشانه‌های بیماریهای فوق در اهداکنندگان خون در تهران بود.

۳۵۱۷ نفر (۳۱۱۵ مرد، ۴۰۲ زن) از اهداکنندگان خون در سال ۱۳۸۰ به‌طور تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. ده پزشک عمومی آموزش دیده با شرکت‌کنندگان در مطالعه مصاحبه نمودند و پرسشنامه‌ای را که براساس وجود نشانه‌های اصلی ریفلاکس (سوزش سردل و یا رگورژیتاسیون)، سوءهاضمه و نیز وجود معیارهای Rome I جهت تشخیص IBS در طی یک سال گذشته تنظیم شده بود کامل کردند.

فراوانی نسبی سوءهاضمه مشابه زخم ۷/۳٪ (۲۵۹ نفر) [۷/۳٪ مردان (۲۲۷ نفر)، ۸٪ زنان (۳۲ نفر)]،  $P=0/1$  و سوءهاضمه مشابه اختلال حرکتی ۲/۸٪ (۹۸ نفر) [۲/۴٪ مردان (۷۵ نفر)، ۵/۸٪ زنان (۲۳ نفر)]،  $P<0/001$  بود. فراوانی نسبی GERD به‌صورت حداقل یک بار در هفته ۱۱/۳٪ و حداقل یک بار در ماه ۸/۸٪ بود و اختلافی بین گروههای جنسی وجود نداشت. فراوانی نسبی IBS ۵/۶٪ (۱۹۸ نفر) [۴/۹٪ مردان (۱۵۲ نفر)، ۱۱/۳٪ زنان (۴۵ نفر)]،  $P<0/001$  بود.

هر سه بیماری فوق در اهداکنندگان خون شایع است. شیوع سوءهاضمه در این جمعیت کمتر از کشورهای غربی و مشابه جوامع آسیایی می‌باشد، درحالی‌که شیوع IBS و ریفلاکس در آنان بیش از کشورهای آسیایی و مشابه کشورهای غربی است. انتظار می‌رود شیوع این بیماریها در جامعه بیشتر از میزان به دست آمده در این مطالعه باشد، زیرا اهداکنندگان خون سالمتر از افراد جامعه هستند. گوارش، ۱۳۸۲؛ سال هشتم: ۴۶-۱۳۸

**واژه‌های کلیدی:** سوءهاضمه مشابه زخم (Ulcer-like dyspepsia)، سوءهاضمه مشابه اختلال حرکتی (Dysmotility-like dyspepsia)، سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)، بیماری برگشت محتویات معده به مری (GERD)، معیار Rome I، سوزش سردل (Heartburn)، بازگشت اسید معده به حلق (Regurgitation)

1. Gastroesophageal Reflux Disease
2. Irritable Bowel Syndrome

\* نویسنده مسئول: دکتر اکرم پورشمس - تهران، خیابان کارگر شمالی،

بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد

تلفن و نمابر: ۸۰۱۲۹۹۲

E-mail: pourshams@ams.ac.ir

## مقدمه

عملکرد جنسی، فیبرومیالژی، سردرد، هیپرتانسیون، خستگی، اختلال تمرکز، افسردگی، اضطراب و نیز سوءهاضمه و GERD در این بیماران شایعتر از افراد سالم جامعه است<sup>(۱۸،۱۹)</sup>. پاتوژنز IBS به درستی مشخص نشده است؛ اما نقش احتمالی فعالیت غیرطبیعی اعصاب حسی و حرکتی روده، ناکارایی سیستم اعصاب مرکزی، اختلالات روانی، استرس و عوامل داخل روده‌ای مطرح می‌باشد<sup>(۲۰)</sup>. شیوع IBS در جوامع غربی با استفاده از معیارهای بالینی Manning یا Rome حدود ۱۵-۱۰٪ است<sup>(۲۱-۲۳)</sup>. آسیایی‌ها کمتر از سایر نژادها به IBS مبتلا می‌شوند<sup>(۲۴،۲۵)</sup>. شیوع IBS در اکثر مطالعات در زنان بیشتر از مردان است<sup>(۱۹)</sup>. چون تست استاندارد جهت تشخیص این بیماری وجود ندارد، تشخیص این بیماری با توجه به شرح حال، معاینه بالینی طبیعی، نداشتن علائم هشدار و حداقل آزمایشهای لازم جهت رد بیماریهای ارگانیک داده می‌شود. معیارهای تشخیصی مختلفی مانند Manning، Rome I، و Rome II برای تشخیص IBS مطرح شده که معیار Rome I حساسیت کمتری دارد ولی اختصاصیت بیشتری می‌باشد<sup>(۲۶-۲۸)</sup> (جدول ۲). هدف این مطالعه بررسی فراوانی نسبی انواع سوءهاضمه، GERD و IBS در اهداکنندگان خون در تهران بود.

## مواد و روشها

۳۵۱۷ نفر به‌طور تصادفی از بین ۲۵۰۰۰۰ نفر اهداکننده خون که به واحد مرکزی سازمان انتقال خون تهران در طی سال ۱۳۸۰ مراجعه نموده بودند انتخاب گردیدند. حجم نمونه براساس فرمول:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

محاسبه گردید که در آن سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ و دقت آزمون ۰/۰۱ بود. با در نظر گرفتن حداقل شیوع این بیماریها که مربوط به IBS و تقریباً ۱۰٪ می‌باشد، حجم نمونه به‌طور تقریبی ۳۵۰۰ نفر برآورد شد.

ده پزشک عمومی آموزش‌دیده با شرکت‌کنندگان در مطالعه جهت بررسی علائم بیماریهای سوءهاضمه، GERD و IBS مصاحبه نمودند. روزهای انجام مطالعه به فواصل ۳ و ۵ روز بود و همه افرادی که در طی روزهای حضور محققین خون اهدا می‌کردند، در مطالعه وارد می‌شدند. در مورد مطالعه و اهداف آن به اهداکنندگان خون توضیح داده می‌شد و در صورت تمایل داشتن با آنان مصاحبه می‌شد که تقریباً همه آنان همکاری کردند.

جهت تشخیص سوءهاضمه از نشانه‌های مربوط (جدول ۱)، و برای تشخیص ریفلاکس نیز از نشانه‌های اصلی آن یعنی سوزش سردل

سوءهاضمه به احساس ناراحتی یا درد مداوم یا راجعه در قسمت فوقانی شکم اطلاق می‌شود و با نشانه‌هایی مثل سیری زودرس، احساس پری، نفخ و آروغ زدن بعد از صرف غذا همراه است. در ۶۰-۳۰٪ از موارد سوءهاضمه، علت ارگانیکی یافت نمی‌شود و به آن سوءهاضمه کارکردی گفته می‌شود<sup>(۱)</sup>. سوءهاضمه با دوره‌هایی از تشدید و بهبود نشانه‌ها همراه است. شیوع سوءهاضمه در کشورهای غربی ۱۸-۳۰٪<sup>(۲-۵)</sup> و در کشورهای آسیایی ۸-۱۴٪<sup>(۶،۷)</sup> می‌باشد. بروز سالانه سوءهاضمه حدود ۱۰٪ است و در این مدت، علائم یک سوم از بیماران خودبه‌خود برطرف می‌گردد<sup>(۸)</sup>. ۲۵٪ از مراجعات بیماران به مراکز درمانی اولیه در کشورهای غربی به علت سوءهاضمه می‌باشد. فقط یک چهارم از مبتلایان به سوءهاضمه به پزشک مراجعه می‌کنند و علت مراجعه اغلب آنان ترس از وجود سرطان است<sup>(۱)</sup>. کیفیت زندگی این افراد نیز مختل می‌باشد<sup>(۹)</sup>. براساس الگوی نشانه‌ها، سوءهاضمه به دو گروه عمده سوءهاضمه مشابه زخم و سوءهاضمه مشابه اختلال حرکتی تقسیم می‌شود (جدول ۱).

**بیماری ریفلاکس (GERD)** شایعترین بیماری مری است. نشانه اصلی GERD سوزش سردل (Heartburn) و بازگشت اسید به حلق (Acid Regurgitation) می‌باشد. مهمترین عارضه GERD ازوفازیت و متاپلازی بارت است که در ۲۰-۸٪ از مبتلایان اتفاق می‌افتد و ریسک ابتلا به آدنوکارسینوم مری را ۱۰۰-۳۰ برابر افزایش می‌دهد. از سایر عوارض ازوفازیت ناشی از ریفلاکس می‌توان به تنگی پپتیک، زخم و خونریزی گوارشی اشاره کرد<sup>(۱۰)</sup>. شیوع GERD در کشورهای اروپایی و آمریکایی ۲۹-۲۰٪<sup>(۱۱-۱۴)</sup> و در کشورهای آسیایی ۳-۷/۵٪<sup>(۱۵،۱۶)</sup> می‌باشد. شیوع ریفلاکس در جامعه ایرانی مشخص نیست؛ اما با توجه به مطالعات آندوسکوپی انجام شده به‌نظر می‌رسد شیوع آن در حال افزایش باشد<sup>(۱۶،۱۷)</sup>.

**سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)** ناراحتی مزمن مداوم یا راجعه دستگاه گوارش است که با نشانه‌هایی مثل درد شکم، نفخ، اختلالات اجابت مزاج مانند اسهال یا یبوست یا هر دو به‌صورت متناوب همراه است. اکثر مردم گاهگاهی این نشانه‌ها را تجربه می‌کنند، اما در بیش از ۴۰-۳۰٪ از بیماران مبتلا به IBS این نشانه‌ها به‌قدری شدید است که باعث غیبت از کار، اختلال در روابط اجتماعی و افسردگی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. IBS شایعترین بیماری دستگاه گوارش و علت ۱۲٪ از موارد مراجعه به پزشکان عمومی و ۲۸٪ از موارد ارجاع به متخصصین گوارش می‌باشد<sup>(۱۹)</sup>. نشانه‌های خارج‌گوارشی مانند دیسمنوره، تکرر ادرار، شب‌اداری، احساس تخلیه ناکامل ادرار، اختلال

در نظر گرفته شد. از معیار Rome I نیز برای تشخیص IBS استفاده گردید (جدول ۲). دفعات اجابت مزاج کمتر از ۳ بار در هفته به عنوان یبوست و بیش از ۳ بار در روز اسهال محسوب گردید. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای که براساس معیارهای ذکر شده و اطلاعات زمینه‌ای افراد مانند سن، جنس، تحصیلات و مراجعه به پزشک تنظیم شده بود، استفاده شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS 10.0 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت مقایسه فراوانی نسبی بیماریها و یا علائم آن در بین گروههای مختلف از تست مجذور کای و تست T با  $P = 0.05$  به عنوان میزان معنی دار استفاده شد.

(Heartburn) و بازگشت اسید به حلق (Acid Regurgitation) استفاده شد.

سوزش سردل به حالتی اطلاق می‌شد که فرد از درد سوزشی با کیفیت پاشیدن نمک روی زخم یا ترش شدن یا احساس ریختن اسید در ناحیه اپی‌گاستر و پشت جناغ شاکمی بود. Acid Regurgitation به حالتی اطلاق می‌شد که فرد از تلخی یا شوری حلق، دهان و یا احساس بالا آمدن مایعی داغ از معده به حلق شاکمی بود. وجود هر یک از شکایات سوزش سردل یا Acid Regurgitation به عنوان تشخیص ریفلاکس معده به مری

:

(Dysmotility-like Dyspepsia)
احساس ناراحتی مزمن در قسمت فوقانی شکم به مدت بیش از ۳ ماه در طی یک سال اخیر (درد نشانه غالب نیست) به اضافه وجود ۳ یا بیشتر از موارد زیر:
<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ احساس سیری زودرس</li> <li>◀ احساس پری بعد از صرف غذا</li> <li>◀ تهوع</li> <li>◀ اوغ زدن یا استفراغ مکرر</li> <li>◀ نفخ در قسمت فوقانی شکم که قابل مشاهده نیست.</li> <li>◀ تشدید ناراحتی اپی‌گاستر با غذا</li> </ul>
(Ulcer-like Dyspepsia)
درد موضعی اپی‌گاستر و ۲ یا بیشتر از موارد زیر:
<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ برطرف شدن درد با غذا (بیش از ۲۵٪ مواقع)</li> <li>◀ برطرف شدن درد با آنتی‌اسید یا مهارکننده‌های گیرنده <math>H_2</math> (اغلب اوقات)</li> <li>◀ تشدید درد هنگام گرسنگی</li> <li>◀ درد گاهی بیمار را از خواب بیدار کند.</li> <li>◀ درد تشدید و بهبود دوره‌ای دارد.</li> </ul>

Rome I :

<p><b>معیار Rome I:</b> وجود درد یا احساس ناراحتی شکم در طی یک سال اخیر که حداقل ۳ ماه از سال طول کشیده باشد و با اجابت مزاج برطرف شود و یا همراه با تغییرات دفعات و یا قوام مدفوع باشد، به اضافه ۲ یا بیشتر از موارد زیر که حداقل در ۲۵٪ اوقات یا روزها وجود داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ تغییر دفعات مدفوع (بیش از ۳ بار در روز یا کمتر از ۳ بار در هفته)</li> <li>◀ تغییر قوام مدفوع (تکه‌تکه و سفت یا شل و آبکی)</li> <li>◀ تغییر در وضعیت اجابت مزاج مثل احساس فوریت یا زور زدن یا احساس تخلیه ناکامل و درد هنگام دفع</li> <li>◀ دفع موکوس</li> <li>◀ نفخ یا احساس اتساع شکم</li> </ul>
--



علامت مورد نیاز برای تشخیص IBS برحسب معیارهای Rome I می‌باشد. تغییر نحوه دفع (زور زدن، احساس عدم تخلیه کافی) و سپس نفخ یا احساس اتساع شکم به ترتیب در ۷۷/۳٪ و ۷۳/۷٪ از مبتلایان به IBS، شایعترین نشانه‌ها بودند. در ۲/۱٪ (۴۰ نفر) از افراد مبتلا به IBS، اسهال و در ۱/۵٪ (۳۰ نفر) از آنان یبوست، الگوی غالب اجابت مزاج بود. ۷/۲٪ (۱۴ نفر) از مبتلایان به IBS نیز اجابت مزاج متغیر داشتند. اسهال در مردان و یبوست در زنان مبتلا به IBS شایعتر بود. مراجعه به پزشک در مبتلایان به IBS در زنان ۳۵/۶٪ (۱۶ نفر) و در مردان ۲۰/۹٪ (۳۲ نفر) (P=۰/۰۴) بود.

پزشک مراجعه کرده بودند و احتمال مراجعه به پزشک در افرادی که روزانه یا یک روز در میان علائم GERD را داشتند، نسبت به کسانی که هرچند ماه یک بار علائم را ذکر می‌کردند به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (P<۰/۰۰۱)؛ ولی تحت تأثیر سن و جنس و سطح تحصیلات قرار نداشت (P>۰/۰۵).

شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) در اهداکنندگان خون ۵/۶٪ (۱۹۸ نفر) برآورد شد که به‌طور معنی‌داری در زنان ۱۱/۳٪ (۴۵ نفر) بیش از مردان ۴/۹٪ (۱۵۳ نفر) بود و ارتباطی با گروه سنی و تحصیلی افراد نداشت. جدول ۵ فراوانی نسبی سایر علائم IBS را به جز درد شکم برحسب معیارهای Rome I و جنس نشان می‌دهد. درد شکم

(% )		(% )		(% )	
% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /

IBS :

% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /
% /	% /	% /	% /	% /	% /

۲۷/۸٪ (۵۵ نفر) از مبتلایان به IBS به ترتیب از GERD و سوءهاضمه رنج می‌بردند. ۱۷/۳٪ (۱۹۴ نفر) و ۱۰/۰٪ (۱۱۵ نفر) از

۶۱/۲٪ (۱۹۴ نفر) و ۱۷/۴٪ (۵۵ نفر) از مبتلایان به سوءهاضمه به ترتیب از GERD و IBS رنج می‌بردند. ۵۷/۱٪ (۱۱۵ نفر) و

فرد می‌شود در آنان شایع نیست و ممکن است با استفاده از معیار سخت‌گیرانه Rome I تشخیص داده نشود.

شیوع IBS با استفاده از معیارهای Rome در کشورهای غربی ۱۵-۱۰٪<sup>(۲۳)</sup>، در سنگاپور ۳٪<sup>(۲۷)</sup>، در بنگلادش ۵٪<sup>(۳۱)</sup> و در چین ۶٪<sup>(۲۵)</sup> است و به نظر می‌رسد در واقع شیوع IBS در جامعه ایرانی بیشتر از کشورهای آسیایی و نزدیک به جوامع غربی باشد.

شیوع بیماری ریفلاکس و سوءهاضمه و IBS همپوشانی زیادی با یکدیگر دارد. به خصوص ریفلاکس در افراد مبتلا به سوءهاضمه مشابه زخم و IBS در افرادی که سوءهاضمه اختلال حرکتی داشتند شایعتر بود؛ که ارتباط ریفلاکس با سوءهاضمه مشابه زخم می‌تواند به علت داشتن زمینه پاتوفیزیولوژیک یکسان (افزایش ترشح اسید) باشد و ارتباط IBS با سوءهاضمه اختلال حرکتی نیز وجود زمینه پاتوفیزیولوژیک مشابه را مطرح می‌کند. نتایج مشابهی در مطالعات سایر کشورها نیز به دست آمده است<sup>(۲۴،۳۳)</sup>.

حال این سؤال مطرح است که یافته‌های فوق که با استفاده از شرح حال و معیارها و نداشتن علائم هشدار به دست آمده، تا چه حد قابل اعتماد است و چگونه باید تفسیر شود؟ واقعیت این است که هیچ تست تشخیصی استاندارد که براساس آن بتوان تشخیص قطعی ریفلاکس را مطرح نمود وجود ندارد. آندوسکوپی فوقانی در بهترین شرایط فقط نیمی از موارد ریفلاکس را تشخیص می‌دهد. تست پایش ۲۴ ساعته pH مری نیز در ۳۰٪ از بیماران مبتلا به NERD<sup>3</sup> و ۲۵٪ از بیماران مبتلا به Erosive GERD نتایج منفی کاذب به دست می‌دهد. تست PPI نیز حساسیت ۷۵٪ و ویژگی ۵۵٪ دارد، نشانه‌های کلاسیک ریفلاکس، سوزش پشت جناغ و یا رگورژیتاسیون اسید یعنی احساس مایع تلخ یا شور در حلق و دهان می‌باشد. ریفلاکس می‌تواند با نشانه‌های غیراختصاصی مثل سرفه مزمن، خشونت مزمن صدا، درد سینه غیرقلبی، افزایش بزاق دهان و یا تهوع صبحگاهی تظاهر کند که در این موارد تشخیص ریفلاکس بعد از ارزیابیهای تشخیصی متعدد و رد سایر بیماریها مطرح می‌شود و اغلب درمان آنها نیز مشکل است. حساسیت نشانه‌های کلاسیک ریفلاکس در تشخیص آن ۷۰-۶۰٪ می‌باشد و هیچ ارتباطی بین نشانه‌های ریفلاکس، یافته‌های آندوسکوپی و بافت‌شناسی وجود ندارد<sup>(۳۲)</sup>. بیمار ممکن است شواهد آندوسکوپیک ازوفاژیت ریفلاکس یا مری بارت داشته باشد اما هیچ‌گاه نشانه‌های کلاسیک ریفلاکس را تجربه نکرده باشد، که این امر به علت تفاوت در حساسیت مری نسبت به اسید

مبتلایان به GERD به ترتیب از سوءهاضمه و IBS رنج می‌برند. ۱/۱٪ (۴۰ نفر) از شرکت‌کنندگان نشانه‌های هر سه بیماری را داشتند که در زنان شایعتر بود (P=۰/۰۴).

## بحث

شیوع سوءهاضمه مشابه زخم در اهداکنندگان خون شایعتر از سوءهاضمه مشابه اختلال حرکتی (۷/۴٪ در برابر ۲/۸٪) و تقریباً مشابه نتایج مطالعات ژاپن (سوءهاضمه اختلال حرکتی ۸/۶٪ و سوءهاضمه مشابه زخم ۵/۲٪)<sup>(۶)</sup> و سنگاپور (۷/۹٪)<sup>(۷)</sup> و کانادا (۸٪) اختلال حرکتی و ۲٪ مشابه زخم<sup>(۲۹)</sup> بود. در سایر مطالعاتی که در کشورهای غربی انجام شده است شیوع سوءهاضمه از ۳۰-۱۸٪ متغیر بوده است<sup>(۲۵)</sup>. در این مطالعه شیوع سوءهاضمه مشابه اختلال حرکتی در زنان بیشتر از مردان است و مشابه نتایج به دست آمده در ژاپن و بسیاری از کشورهای اروپایی می‌باشد<sup>(۳۰)</sup>.

شیوع ریفلاکس حداقل یک بار در ماه در اهداکنندگان خون ۱۹/۱٪ است که به نتایج مطالعات کشورهای غربی با شیوع ۲۹-۲۰٪ نزدیک است<sup>(۱۴)</sup>. شیوع ریفلاکس در کشورهای آسیایی بسیار کم و از ۳-۷/۵٪ متغیر بوده است<sup>(۵)</sup>. با توجه به اینکه حساسیت شرح حال در تشخیص ریفلاکس ۷۰-۶۰٪ می‌باشد<sup>(۸)</sup> انتظار می‌رود شیوع واقعی GERD بیشتر از ارقام به دست آمده باشد. اختلاف شیوع در کشورهای مختلف می‌تواند به علت اختلاف در تعریف بیماری، سبک زندگی متفاوت آنها و نیز اختلافات مربوط به نژادهای مختلف باشد<sup>(۳)</sup>. ایران روی کمر بند سرطان مری قرار دارد که اغلب موارد از ازوفاژیت و مری بارت ناشی از ریفلاکس منشاء می‌گیرد. بنابراین انتظار می‌رود شیوع ریفلاکس در ایرانیان بیشتر باشد. از طرفی گرایش به زندگی ماشینی و افزایش مصرف غذاهای آماده و قابل پخت سریع که اغلب حاوی ادویه و فلفل و سس می‌باشد و نیز وجود عادات بد غذا خوردن، مانند سریع خوردن غذا و ... در این افزایش شیوع نقش دارد. سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان‌دهنده شیوع بالای موارد فوق است<sup>(۳۳)</sup>.

شیوع IBS در مردان ۴/۹٪ و در زنان ۱۱/۳٪ و در کل ۵/۶٪ می‌باشد و شیوع در زنان تقریباً ۲ برابر مردان است. با توجه به اینکه تعداد زنان در این مطالعه بسیار کمتر از مردان است، میزان شیوع کل به دست آمده کمتر از میزان واقعی می‌باشد و انتظار می‌رود در صورت مساوی بودن تعداد زن و مرد این میزان شیوع به حدود ۸٪ برسد. از طرفی با توجه به اینکه افراد شرکت‌کننده در این مطالعه افراد سالم و فعال جامعه هستند موارد شدید IBS که باعث کاهش کیفیت زندگی

### 3. Non-erosive Reflux Disease

ریفلاکس مطرح شده است، و در کل نیمی از بیماران مبتلا به زخم پپتیک و ریفلاکس به طور اشتباه دسته‌بندی شده بودند<sup>(۳۸)</sup>.

بیش از ۵۰٪ از بیماران مبتلا به ریفلاکس اثبات شده علاوه بر سوزش سردل، سوءهاضمه نیز دارند و ۲۰٪ از آنان سوءهاضمه بدون نشانه‌های تیپیک ریفلاکس وجود دارد.

تخمین شیوع ریفلاکس در بیماران مبتلا به سوءهاضمه مشکل است. شواهد آندوسکوپی از وفازیت در ۱۵٪ از بیماران مبتلا به سوءهاضمه با یا بدون سوزش پشت جناغ دیده می‌شود که با احتساب موارد NERD، شیوع واقعی ریفلاکس در این بیماران بیش از رقم فوق است. در بیمارانی که تنها نشانه‌های سوءهاضمه بدون سوزش پشت جناغ دارند شیوع از وفازیت ۵٪ می‌باشد. به علاوه ۳۳٪ از بیماران مبتلا به سوءهاضمه که سوزش سردل ندارند در تست پایش ۲۴ ساعته pH مری، ریفلاکس غیرطبیعی اسید دارند. به علاوه تعدادی از بیماران که نشانه‌های مربوط به ریفلاکس دارند، به داروهای مربوط پاسخ نمی‌دهند و در نهایت به عنوان سوءهاضمه کارکردی تشخیص داده می‌شوند<sup>(۸)</sup>.

سرانجام باید گفت دسته‌بندی بیماران در گروه‌هایی با عنوان ریفلاکس، سوءهاضمه مشابه زخم یا سوءهاضمه مشابه اختلال حرکتی براساس شرح حال ارزش واقعی ندارد، ولی جهت مقایسه بین مطالعات اپیدمیولوژیک که در مناطق مختلف دنیا انجام می‌گیرد مفید است.

در مورد IBS نیز باید گفت که دارا بودن معیارهای Rome همراه با نداشتن علائم هشدار در تشخیص IBS حساسیت ۶۳٪، ویژگی ۱۰۰٪، ارزش اخباری مثبت ۱۰۰٪ و ارزش اخباری منفی ۷۶٪ دارد. بنابراین تشخیص IBS با استفاده از معیارهای Rome قابل اعتماد است اما با توجه به حساسیت آن، شیوع واقعی بیماری بیش از میزان به دست آمده با استفاده از این معیار می‌باشد.

در مورد این مطالعه نیز همان‌طور که گفته شد به علت اینکه افراد شرکت کننده افراد سالم جامعه هستند و نمایانگر جامعه نمی‌باشند، و از طرفی تعداد زنان، که شیوع IBS در آنان ۲ برابر مردان است، حدود ۱/۳ تعداد مردان می‌باشند و نیز با توجه به کم بودن حساسیت معیارهای Rome I، مسلماً میزان واقعی بیماری بیش از میزان ذکر شده است.

می‌باشد. از طرفی ممکن است بیمار مدتها از آسم یا سرفه مزمن ناشی از ریفلاکس رنج ببرد ولی در آندوسکوپی شواهدی به نفع ریفلاکس به دست نیاید.

بنابراین با توجه به اینکه تست استاندارد طلایی جهت تشخیص بیماری وجود ندارد حساسیت و ویژگی تست‌های مختلفی که ذکر شد نیز تقریبی است و نمی‌تواند دقیق باشد<sup>(۴) و (۸)</sup>.

با توجه به تمام موارد فوق، اکنون توصیه می‌شود تشخیص ریفلاکس در کلینیک براساس شرح حال و تست امپرازول و انجام آندوسکوپی (در صورت نیاز) باشد، با این حال در مطالعات اپیدمیولوژیک جهت تشخیص و مقایسه شیوع بیماری از نشانه‌های کلاسیک بیمای (سوزش سردل و ریگورژیتاسیون اسید) استفاده می‌شود.

در مورد سوءهاضمه نیز وضعیت به همین صورت است. در مطالعات مختلف، استفاده از شرح حال و سیستم امتیازدهی متغیرها در افتراق سوءهاضمه ارگانیک و کارکردی، حساسیت ۷۰-۵۰٪ و ویژگی ۹۵-۲۳٪ و PPV ۴۲٪ داشته است<sup>(۳۵-۳۷)</sup>.

در مطالعات اپیدمیولوژیک دیگر نیز مشخص شده است که ۸٪ از افراد جامعه که سوءهاضمه دارند و ۴٪ از افراد جامعه که نشانه‌های سوءهاضمه ندارند، دچار PUD هستند<sup>(۸)</sup>.

بنابراین انتظار می‌رود درصدی از بیماران مبتلا به سوءهاضمه در این مطالعه بیماری ارگانیک از جمله PUD و یا سرطان معده نیز داشته باشند، ولی هدف این مطالعه تعیین شیوع نشانه‌های سوءهاضمه در جامعه است و هدف تشخیص بیماری نمی‌باشد.

دسته‌بندی سوءهاضمه براساس نشانه‌ها نیز ارزش چندانی در افتراق بیماریها جهت اهداف تشخیصی و درمانی ندارد؛ هرچند احتمال وجود زخم پپتیک در افرادی که نشانه‌های سوءهاضمه مشابه زخم دارند بیشتر است.

از طرفی همپوشانی زیادی بین علائم ریفلاکس و سوءهاضمه وجود دارد و همان‌طور که قبلاً نیز ذکر شد افتراق این دو با توجه به نشانه‌های بیماریها مشکل است و دقت کافی ندارد. در مطالعاتی که جهت بررسی ارزش تشخیصی بیماری سوءهاضمه و ریفلاکس با استفاده از شرح حال توسط پزشکان انجام گردید، مشخص شد که در ۱/۳ بیماران مبتلا به ازوفازیت ریفلاکس، تشخیص اولیه (قبل از آندوسکوپی) درست نبوده است و در مواردی از PUD به اشتباه تشخیص

1. Talley NJ, Holtman G. Approach to the patient with dyspepsia and related functional gastrointestinal complaints. In: Yamada T, Alpers D.H, Laine L *et al.*, editors. Text book of gastroenterology. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999. p. 660-82.
2. Meineche-Schmidt V, Kray E. Dyspepsia in general practice in Denmark. A 1-year analysis consultants in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1998; **16**: 216-21.
3. 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; **38**: 822-5.
4. Haque M, Wyeth JW, Stance NH *et al.* Prevalence, severity and associated features of gastroesophageal reflux and dyspepsia: a population-based study. *NZ med J* 2000; **113**: 178-81.
5. Stanghellin V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors. Result from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol* 1999; **231**: 20-8.
6. Hirakawa K, Adachi K, Amano K *et al.* Prevalence of non-ulcer dyspepsia in the Japanese Population. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; **14**: 1083-7.
7. Ho KY, Kang JY, Seow A. Prevalence of gastrointestinal symptoms in a multiracial Asian population with particular reference to reflux-type symptom. *Am J Gastroenterol* 1998; **93**: 1816-22.
8. McQuaid Kenneth R. Dyspepsia. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger M.H, editors. Sleisenger & Forthman's gastrointestinal and liver disease. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 102-18.
9. Enck P, Dubois D, Marquis P. Quality of life in patients with upper gastroenterology surveillance study (DIGST). *Scand J Gastroenterol* 1999; **231**: 48-54.
10. Kahrilas PJ, Pandolfino JE. Gastroesophageal reflux disease and its complication. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger M.H, editors. Sleisenger & Forthman's gastrointestinal and liver disease. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 499-538.
11. Kennedy T, Jones R. The prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in a UK population and the consultation behavior of patients with these symptoms. *Aliment pharmacol Ther* 2000; **14**: 1589-94.
12. Valle C, Broglia F, Pirtoria A *et al.* Prevalence and impact of symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis Sci* 1999; **44**: 1848-52.
13. Isolauri J, Laippala P. Prevalence of symptoms suggestive of gastro-oesophageal reflux disease in an adult population. *Ann Med* 1995; **27**: 67-70.
14. Voutilainen M, Sipponen P, Mecklin JP *et al.* Gastroesophageal reflux disease: prevalence, clinical, endoscopic and histopathological findings in 1128 consecutive patient's referred for endoscopy due to dyspeptic and reflux symptoms. *Digestion* 2000; **61**(1): 6-13.
15. Kang JY, Ho KY. Different prevalence of reflux esophagitis and Hiatus hernia among dyspeptic patients in England and Singapore. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; **11**: 845-90.
16. Sotoudeh manesh R, Nasserri-Moghaddam S, Shirazian N *et al.* Prevalence of endoscopic gastroesophageal reflux disease in a 6 years period. *Endoscopy* 2000; **32**: 33.
17. Saidi F, Malekzadeh M, Sotoudeh M *et al.* Endoscopic esophageal cancer survey in the western part of the caspian littoral. *Dis Esophagus* 2002; **15**: 214-8.
18. Hasler Williams L, Owyang Chung. Irritable bowel syndrome. In: Yamada text book of gastroenterology. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999.
19. Read Nicholas W. Irritable bowel syndrome. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger M.H, editors. Sleisenger & Forthman's gastrointestinal and liver disease. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 1794-803.
20. Owyang C. Irritable bowel syndrome. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL *et al.*, editors. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw Hill; 2001. p. 1692-4.
21. Saito YA, Locke GR, Talley NG *et al.* A comparison of the Rome and Manning Criteria for case identification in epidemiological investigation of Irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; **95**: 2816-24.
22. Icks A, Haastert B, Enck P *et al.* Prevalence of functional bowel disorders and related health care seeking: a population-based study. *Z Gastroenterol* 2002; **40**: 177-83.
23. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P *et al.* Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestion for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci* 2002; **47**: 225-35.
24. Lau Em, Chan FK, Ziea ET *et al.* Epidemiology of irritable bowel syndrome in Chinese. *Dig Dis Sci* 2002; **47**: 2621-4.
25. Wei X, Chen M, Wang J. The epidemiology of irritable bowel Syndrome and Functional



- constipation of Guangzhou residents. *Zhonghua Nei Za Zhi* 2001; **40**: 517-20.
26. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG *et al.* Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; **94**: 283-7.
  27. Hamm LR, Sorrells SC, Harding JP *et al.* Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome criteria. *Am J Gastroenterol* 1999; **94**: 1279-82.
  28. Boyce PM, Koloski NA, Talley NG. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol* 2000; **95**: 3176-83.
  29. Tougas G, Chen Y, Hwang P *et al.* Prevalence and impact of upper gastrointestinal symptoms in Canadian population. *Am J Gastroenterol* 1999; **94**: 2845-54.
  30. Kawamura A, Adachi K, Takashima T *et al.* Prevalence of functional dyspepsia and its relationship with Helicobacter Pylori infection in a Japanese population. *J Gastroenterol Hepatol* 2001; **16**: 384-8.
  31. Masud MA, Hasan M, Khan AK. Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh: prevalence, symptom pattern, and health care seeking behavior. *Am J Gastroenterol* 2001; **95**: 1547-52.
  32. Nasseri-Moghaddam S, Malekzadeh R, Sotoudeh M *et al.* Lower esophagus in dyspeptic Iranian Patients. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; **18**: 315-21.
  33. Cobellero-Plasencia AM, Sofos-Kontoyannis S. Irritable bowel syndrome in patients with dyspepsia: a community-based study in southern Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; **11**: 517-22.
  34. Pimentel M, Rossi F, Chow EJ *et al.* Increased prevalence of irritable bowel syndrome in patients with gastroesophageal reflux. *J Clin Gastroenterol* 2002; **34**: 221-4.
  35. Johannessen T, Peterson H. The predictive value of history in dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1990; **25**: 689-97.
  36. Talley NJ, Mc Neil D, Piper DW. Discriminant value of dyspeptic symptom: a study of the clinical presentation of 221 patients with dyspepsia of unknown cause, peptic ulceration, and cholelithiasis. *Gut* 1987; **28**: 40-60.
  37. Kudva MV, Zawawi M, Rafee N *et al.* Discriminant value of dyspeptic symptoms in peptic ulcer and non-ulcer dyspepsia. *Med J Malaysia* 1989; **44**: 336-42.
  38. Value of the unaided clinical diagnosis in dyspeptic patients in primary care. *Am J Gastroenterol* 2001; **96**: 1417-21.

Archive of SID