

بررسی یافته‌های آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی در بیمارستان فیروزآبادی شهر تهران در فاصله سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰

دکتر امیر حسین بقراطیان^۱، سید محمد فرشته نژاد^۲، هما محمدصادقی^۲، ندا عشایری^۲، دکتر لیلا زاهدی شولمی^۲، محبوبه محمدزاده^۲، فاطمه قلی‌پور^۲، دکتر معصومه اکبری^۲، دکتر آزاده زنگنه کاظمی^۲، مزده جلالی^۲
^۱ استادیار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران
^۲ پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران

چکیده

زمینه و هدف

آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی، بهترین راه برای معاینه مخاط بخش فوقانی دستگاه گوارش و بررسی وجود ضایعات آن، به‌ویژه در افراد دچار سوءهاضمه است. از سویی، انجام آندوسکوپی با مشکلات و ناراحتی برای بیمار همراه است و هزینه قابل توجهی را نیز به همراه دارد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی یافته‌های آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی در بیمارانی است که در سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ با شکایات متفاوتی، جهت آندوسکوپی به بیمارستان فیروزآبادی شهر تهران مراجعه کرده‌اند.

روش بررسی

در این مطالعه که به صورت تحلیلی-مقطعی (Analytical cross-sectional) انجام شده است، نتایج آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان فیروزآبادی شهر تهران در فاصله سالهای ۱۳۸۰-۱۳۷۰ به روش سرشماری مورد ارزیابی قرار گرفتند که مشتمل بر ۴۸۵۹ فرد می‌باشند. اطلاعات توسط نرم‌افزار آماری SPSS V.10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۴۸۵۹ فرد مورد بررسی، ۴۶/۷٪ مرد و ۵۳/۳٪ زن بودند. بیشترین علل مراجعه، درد اپیگاستر ۵۱/۹٪، سوزش سردل ۱۴/۲٪ و ملنا ۷/۱٪ بود. بیشترین فراوانی اختلالات مشاهده شده، پیشنهادکننده گاستریت ۲۳٪، ازوفاژیت ۱۴/۸٪ و زخم پپتیک ۱۳٪ بود. بیشترین فراوانی زخم دئودنوم در گروه سنی زیر ۳۵ سال (۱۰/۸٪) دیده شد؛ در حالی که بیشترین فراوانی زخم معده در گروه سنی بالای ۴۵ سال (۷/۵٪) مشاهده گردید؛ ضمن آنکه فراوانی اکثر یافته‌های آندوسکوپی به طور معنی‌داری در مردان بیش از زنان گزارش شد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با توجه به تعداد نمونه‌های زیاد و بررسی ده‌ساله داده‌ها، اطلاعات توصیفی مفیدی از یافته‌های آندوسکوپی در اختیار می‌گذارد؛ ضمن آنکه اختلافات آماری معنی‌دار به دست آمده نیز قابل تأمل می‌باشند.

کلید واژه: آندوسکوپی، دستگاه گوارش فوقانی، سوءهاضمه

گوارش / دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶، ۱۵۰-۱۵۴

تاریخ دریافت: ۸۶/۶/۲۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۶/۹/۸

تاریخ پذیرش: ۸۶/۹/۸

زمینه و هدف

علامتهای سوءهاضمه با شیوع بالایی در جامعه دیده می‌شود؛ (۱-۳)، به طوری که تقریباً ۲۵٪ تا ۴۰٪ افراد جامعه، درد متناوب شکمی یا علائم سوءهاضمه را تجربه کرده‌اند. (۴-۶)، از آنجایی که این علائم، عامل

نویسنده مسئول: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، مجتمع بیمارستانی حضرت رسول اکرم (ص)، طبقه ششم، بخش داخلی، گروه گوارش و کبد

تلفن: ۰۹۱۲۱۲۴۲۴۰۵

E-mail: Boghratianmd@yahoo.com

مهمی در مراجعه به پزشک، نیاز به خدمات درمانی و عدم حضور در محل کار می‌باشند، از نظر اجتماعی-اقتصادی حائز اهمیت خاصی هستند و بار بیماری (burden of disease) قابل توجهی را به همراه دارند. (۶-۸)

روشهای تشخیصی فراوانی جهت ارزیابی علائم سوءهاضمه وجود دارد، مانند آزمونهای تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری، رادیوگرافی دستگاه گوارش فوقانی و آندوسکوپی. آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی، ابزار اول تشخیصی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه است. بی‌خطر بودن آندوسکوپی و قابلیت نمونه‌برداری حین انجام آن، از

دلیل کم بودن تعداد بیماران در نمونه جمع‌آوری شده، در آنالیز وارد نشد. گفتنی است که تمامی تشخیص‌های احتمالی بر اساس یافته‌های مشاهده شده در آندوسکوپی گذاشته می‌شد و از این رو از آنها به عنوان تشخیص احتمالی و یا پیشنهادی یاد شده است.

در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS V.10 آنالیز شد. در آنالیز توصیفی داده‌ها شاخص‌های مرکزی همچون درصد فراوانی، میانگین، مد (mode) و نیز شاخص‌های پراکندگی انحراف معیار (SD) و خطای معیار (SEM) گزارش شد و در آنالیز تحلیلی داده‌ها از آزمونهای آماری χ^2 ، K.S، Independent T-test، Levens' test، همبستگی Pearson، Kendall، Spearman و استفاده شد.

حوزه‌های اطمینان با احتمال ۹۵ درصد محاسبه و سطوح معنی داری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. شایان ذکر است پایبندی به اصول اخلاقی عهدنامه هلسینکی در کلیه مراحل اجرای طرح رعایت شده و اطلاعات مربوط به افراد مورد مطالعه نزد مجریان طرح محفوظ بوده است.

یافته‌ها

از مجموع ۴۸۵۹ آندوسکوپی انجام شده، اطلاعات ۴۷۰۱ نفر مورد آنالیز قرار گرفت. از این تعداد بیماران، ۴۶/۷٪ مرد و ۵۳/۳٪ زن با میانگین سنی ۴۵/۴ سال ($SD=18/2$ ، سال، $range=1-100$) بودند. علائم سوءهاضمه، علت اصلی مراجعه بود. درد اپیگاستر شایع‌ترین شکایت اصلی بیمار و علت مراجعه بود (۵۱/۹٪). شکایات دیگر به ترتیب عبارت بودند از: سوزش سردل (۱۴/۲٪)، ملنا (۷/۱٪)، هماتمز (۶/۲٪)، استفراغ (۶/۲٪) و درد شکمی (۵/۶٪).

تعداد افراد در گروه سنی زیر ۳۵ سال ۱۷۱ نفر، ۴۰-۳۵ سال ۴۸۳ نفر، ۴۵-۴۰ سال ۳۵۲ نفر و بالای ۴۵ سال ۲۱۵۶ نفر می‌باشد.

در ۴۵۶۳ بیمار (۹۷/۱٪) ازوفاگوگاستروئودنوسکوپی کامل انجام شده بود. در ۴۶۹۴ بیمار (۹۹/۸٪) ازوفاگوگاستروئوسکوپی و در کل بیماران ازوفاگوگاستروئوسکوپی انجام شده بود. در ۳۴/۸ درصد افرادی که تحت آندوسکوپی کامل قرار گرفتند، نتایج آندوسکوپی نرمال گزارش شده است. درصد فراوانی یافته‌های آندوسکوپی در کل و به تفکیک گروه‌های سنی در جدول ۱ آورده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود، بیشترین فراوانی اختلالات مشاهده شده، پیشنهادکننده گاستریت (۲۳٪)، ازوفاژیت (۱۴/۸٪) و زخم پپتیک (۱۳٪) می‌باشد. ضمناً بیشترین فراوانی زخم دئودنوم در گروه سنی زیر ۳۵ سال (۱۰/۸٪) دیده می‌شود؛ در حالی که بیشترین فراوانی زخم معده در گروه سنی بالای ۴۵ سال (۷/۵٪) به چشم می‌خورد. فراوانی اکثریت یافته‌ها با افزایش سن افراد و در گروه‌های سنی بالاتر افزایش می‌یابد ولی فراوانی زخم دئودنوم و دئودنیت/بولبیت با افزایش سن بیماران کاهش یافته است.

استفاده از این روش به عنوان خط اول در تشخیص علل ناراحتیهای گوارشی، حمایت می‌کند. (۹-۱۵)

با وجودی که آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی، صحیح‌ترین روش در تشخیص اغلب وضعیت‌های مرتبط با سوءهاضمه، مانند سرطان معده، زخم‌های پپتیک، ازوفاژیت و گاستروئودنیت می‌باشد، ممکن است در نتایج آندوسکوپی بسیاری از بیماران مبتلا به سوءهاضمه هیچ یافته قابل توجهی مشاهده نشود. (۲، ۳، ۱۶)

در سال ۱۹۰۵، لرد مونیان اعلام کرد که اغلب بیماران مبتلا به سوءهاضمه، صرفاً به کمک علائمشان قابل تشخیص هستند. (۱۷)، اگر علائم بالینی سوءهاضمه برای تشخیص بیماران کافی باشد، می‌توان از این علائم به عنوان یک خط تشخیصی یا guideline جهت انتخاب بیمارانی که حقیقتاً نیاز به آندوسکوپی دارند، استفاده کرد. (۲۱-۱۸، ۸)

هدف از این مطالعه، تعیین فراوانی یافته‌های آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی، در بیمارانی است که در سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ با شکایات متفاوتی، جهت آندوسکوپی به بیمارستان فیروز آبادی شهر تهران مراجعه کرده‌اند. همچنین بررسی اختلافات و ارتباطات احتمالی موجود بین علائم و یافته‌های موجود نیز از اهداف این مطالعه است.

روش بررسی

این مطالعه به روش تحلیلی-مقطعی (analytical cross-sectional) و بر روی کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان فیروز آبادی شهر تهران در فاصله سالهای ۱۳۷۰-۱۳۸۰ که تحت آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی قرار گرفته بودند، انجام شد.

جمع‌آوری نمونه‌ها به روش سرشماری انجام شد که بر این اساس کلیه ۴۸۵۹ نفر وارد مطالعه شدند. اطلاعات مورد نیاز از فرم جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماران شامل متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، محل تولد، محل سکونت و شغل)، اطلاعات مربوط به شرح حال و تاریخچه بیمار (مصرف سیگار و الکل و شکایات بالینی اصلی بیمار که باعث مراجعه بیمار شده) و همچنین یافته‌های آندوسکوپی بیمار (به تفکیک سه بخش مربوط به مری، معده و دوازدهه) به دست آمد. شایان ذکر است که تشخیص سوءهاضمه در این مطالعه بر اساس معیارهای ROME انجام گرفت.

شکایات عمده بیماران که باعث مراجعه آنان شده بود عبارت بودند از: درد اپیگاستر، آنمی، درد شکم، هماتمز، ملنا (خونریزی گوارشی)، استفراغ، اسهال، یبوست، سوزش سردل، دیسفاژی، آسیت، نفخ، بی‌اشتهایی و کاهش وزن.

یافته‌های عفونت مری، تروما، پارگی مری، هماتوم مری، جسم خارجی در مری، جسم خارجی در معده و جسم خارجی در دئودنوم به

جدول ۱: درصد فراوانی یافته‌های آندوسکوپی به تفکیک گروه‌های سنی

یافته	زیر ۳۵ سال (۱۷۱۰ نفر)	۳۵-۴۰ سال (۴۸۳ نفر)	۴۰-۴۵ سال (۳۵۲ نفر)	بالای ۴۵ سال (۲۱۵۶ نفر)	درصد کل
زخم پپتیک	٪۱۱/۵	٪۱۱/۶	٪۱۱/۹	٪۱۴/۴	٪۱۳/۰
زخم معده	٪۱/۵	٪۱/۸	٪۲/۱	٪۷/۵	٪۴/۶
زخم دئودنوم	٪۱۰/۸	٪۱۰/۵	٪۱۰/۵	٪۸/۲	٪۹/۴
ازوفاژیت	٪۱۱/۶	٪۱۱/۹	٪۱۲/۱	٪۱۷/۵	٪۱۴/۸
سرطان معده	٪۰/۱	٪۰/۲	٪۰/۲	٪۳/۷	٪۱/۸
سرطان مری	٪۰/۱	٪۰/۲	٪۰/۲	٪۲/۹	٪۱/۵
سرطان دئودنوم	٪۰/۱	٪۰	٪۰	٪۰/۱	٪۰/۱
ریفلاکس مری	٪۲/۷	٪۳/۲	٪۳/۲	٪۴/۱	٪۳/۷
واریس مری	٪۱/۵	٪۱/۵	٪۱/۶	٪۴/۳	٪۳/۰
هرنی هیاتال	٪۱/۱	٪۱/۲	٪۱/۳	٪۷/۱	٪۴/۱
اروژن معده	٪۶/۱	٪۶/۳	٪۶/۴	٪۱۱/۹	٪۹/۰
ریفلاکس صفرا	٪۵/۱	٪۴/۸	٪۴/۷	٪۴/۹	٪۴/۸
گاستریت	٪۱۸/۷	٪۱۹/۸	٪۱۹/۸	٪۲۶/۷	٪۲۳
دئودنیت/بولیبیت	٪۶/۹	٪۶/۵	٪۶/۶	٪۵/۵	٪۶/۲
اروژن دئودنوم	٪۶/۰	٪۵/۵	٪۶/۰	٪۶/۳	٪۶/۳
واریس دئودنوم	٪۱/۳	٪۱/۴	٪۱/۶	٪۱/۹	٪۱/۷

مقایسه یافته‌های مختلف آندوسکوپی در دو جنس زن و مرد می‌پردازد. همان‌طور که مشاهده می‌شود به غیر از یافته‌های تومور دئودنوم، ریفلاکس مری، ریفلاکس صفرا و واریس دئودنوم، سایر یافته‌ها به طور معنی‌داری در بیماران مرد بیش از بیماران زن دیده می‌شود ($p < 0.05$).

بحث

فراوانی یافته‌های آندوسکوپی در بیماران که با شکایت اختلالات گوارشی مراجعه کرده‌اند، در مطالعات متفاوتی مورد بررسی قرار گرفته است. (۱۰-۱۴)، به عنوان مثال در مطالعه‌ای مشابه در هلند بر روی ۱۱۴۷ بیمار که با شکایات سوءهاضمه تحت آندوسکوپی قرار گرفته بودند، بیشترین فراوانی یافته‌های آندوسکوپی به ترتیب عبارت بودند از: هرنی هیاتال (۱۶/۴٪)، گاستریت (۱۴/۸٪)، دئودنیت/بولیبیت (۱۳/۶٪)، ازوفاژیت (۱۲/۵٪)، زخم دئودنوم (۷٪) و زخم معده (۵٪). نتیجه نرمال آندوسکوپی هم در ۳۴/۹٪ موارد دیده شد. (۱۰)، در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر، گاستریت ۱۰٪ کمتر، زخم دئودنوم ۷/۴٪ کمتر، هرنی هیاتال

آنالیز تحلیلی داده‌ها نشان می‌دهد که وجود زخم معده با متغیر جنس ($p < 0.001$) و شکایات درد اپی‌گاستر ($p < 0.001$)، هماتمز ($p < 0.001$)، ملنا ($p < 0.001$)، استفراغ ($p = 0.042$)، سوزش سردل ($p = 0.023$)، بی‌اشتهایی ($p = 0.039$) و از دست دادن وزن ($p = 0.003$) ارتباط آماری معنی‌داری دارد. همچنین ارتباط معنی‌دار آماری بین متغیرهای زیر مشاهده شد: وجود زخم دئودنوم با متغیر جنس ($p < 0.001$) و شکایات درد اپی‌گاستر ($p = 0.002$)، درد شکم ($p = 0.043$)، هماتمز ($p < 0.001$)، ملنا ($p < 0.001$) و سوزش سردل ($p = 0.032$)؛ وجود تومور معده با متغیر جنس ($p = 0.013$) و شکایات درد اپی‌گاستر ($p = 0.001$)، استفراغ ($p < 0.001$)، سوزش سردل ($p = 0.027$) و از دست دادن وزن ($p < 0.001$)؛ وجود ازوفاژیت با متغیر جنس ($p < 0.001$) و شکایات درد اپی‌گاستر ($p < 0.001$)، استفراغ ($p = 0.003$) و دیسفاژی ($p < 0.001$)؛ وجود تومور مری با متغیر جنس مرد ($p = 0.025$)، شکایات دیسفاژی ($p < 0.001$) و از دست دادن وزن ($p < 0.001$)؛ وجود هرنی هیاتال با متغیر جنس ($p < 0.001$) و شکایات درد اپی‌گاستر ($p = 0.001$) هماتمز ($p = 0.046$) و استفراغ ($p = 0.044$). جدول ۲ نیز به بررسی و

جدول ۲: درصد فراوانی یافته‌های آندوسکوپی به تفکیک جنسیت (p-value کمتر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده اختلاف آماری معنی‌دار می‌باشد.)

یافته	مرد (۲۱۹۶ نفر)	زن (۲۵۰۵ نفر)	p-value
زخم معده	٪۶/۷	٪۲/۸	<۰/۰۰۱
زخم دئودنوم	٪۱۳/۲	٪۶	<۰/۰۰۱
ازوفازیت	٪۱۸/۵	٪۱۱/۶	<۰/۰۰۱
سرطان معده	٪۲/۴	٪۱/۴	۰/۰۱۳
سرطان مری	٪۲	٪۱/۱	۰/۰۲۵
سرطان دئودنوم	٪۰/۱	٪۰/۰	۰/۵۲۷
ریفلاکس مری	٪۴/۲	٪۳/۲	۰/۰۵۸
واریس مری	٪۳/۹	٪۲/۲	۰/۰۰۱
هرنی هیاتال	٪۵/۶	٪۲/۸	<۰/۰۰۱
اروژن معده	٪۱۱/۳	٪۶/۹	<۰/۰۰۱
ریفلاکس صفرا	٪۴/۷	٪۴/۸	۰/۸۷۶
گاستریت	٪۱۸/۷	٪۱۵/۱	۰/۰۰۱
دئودنیت/بولبیت	٪۷/۹	٪۴/۸	<۰/۰۰۱
اروژن دئودنوم	٪۷/۶	٪۵/۲	۰/۰۰۱
واریس دئودنوم	٪۱/۳	٪۲	۰/۰۵۶

٪۱۲/۳ بیشتر و دئودنیت/بولبیت ٪۷/۴ بیشتر بوده است. البته در مطالعه حاضر نیز در ٪۳۴/۸ افرادی که تحت آندوسکوپی کامل قرار گرفتند، نتایج آندوسکوپی نرمال گزارش شده است که تا حدودی زیادی به مطالعه اشاره شده شبیه است؛ هر چند برخی دیگر از پژوهشها با جامعه مورد مطالعه مشابه، درصد کمتری از نتایج آندوسکوپی نرمال (٪۲۳) را گزارش کرده‌اند. (۲۲)

در مطالعه دیگری در سنگاپور که بر روی ۱۰۴۸۸ نتیجه آندوسکوپی بیماران مبتلا به اختلالات سوءهاضمه انجام شده بود، فراوانی زخم پپتیک (٪۱۴/۹)، ازوفازیت (٪۵/۰)، سرطان معده (٪۰/۴۷) و سرطان مری (٪۰/۰۶) گزارش شده است (۱۵) که با ارقام حاصل از مطالعه حاضر متفاوت است.

تاکنون در مورد ارزش تشخیصی علائم اختلالات گوارشی برای یافته‌های آندوسکوپی، نتایج ضد و نقیضی به دست آمده است. در برخی از مطالعات اهمیت تعداد محدودی از علائم در تشخیص سوءهاضمه و اندیکاسیون انجام آندوسکوپی مهم شناخته شده است (۲۷-۲۳ و ۲۰-۱۸) در حالی که در برخی دیگر، علائم بیشتری جهت این امر شناخته شده‌اند (۲۸-۲۳) و در برخی دیگر نیز علائم و شکایات بیماران توانایی قابل توجهی در پیشگویی یافته‌های آندوسکوپی نداشتند. (۳۴)

در مطالعه حاضر همچون مطالعات مشابه (۲۰۰۴، ۲۰۱۸، ۲۰۱۰)، عامل جنسیت متغیر مهم و مرتبط با بسیاری از یافته‌های آندوسکوپی بوده است، به طوری که زخمهای پپتیک (p<۰/۰۰۱)، هرنی هیاتال (p<۰/۰۰۱) و ازوفازیت (p<۰/۰۰۱) در مردان به طور معنی‌داری از زنان بیشتر است. در اکثر مطالعات، سن، مصرف سیگار و سابقه زخم پپتیک به عنوان عوامل پیشگویی‌کننده زخم معده شناخته شده‌اند؛ (۳۶، ۳۵، ۲۵-۲۳)، در حالی که در مطالعه حاضر، خونریزی از دستگاه گوارش و جنسیت هم به عنوان عوامل مؤثر به دست آمده‌اند و جنسیت (مذکر) عامل مهمی در ابتلا به زخم معده گزارش شده است (OR=۰/۴۴۶، ۹۵٪CI=۰/۳۲۴-۰/۶۱۳)، در مطالعات دیگر نیز (۱۰، ۳۷)، ارتباط مثبتی بین جنسیت با ابتلا به دئودنیت/بولبیت (OR=۱/۷۱۵، p<۰/۰۰۱) و زخم دئودنوم (OR=۲/۱۵۳، p<۰/۰۰۱) یافت شد.

شایان ذکر است که در مطالعه حاضر به دلیل وجود مشکلات تکنیکی در زمان جمع‌آوری برخی از داده‌ها و نیز مشکلات اقتصادی، امکان تأیید تشخیصهای احتمالی بر اساس یافته‌های آندوسکوپی وجود نداشت که می‌توان در مطالعات آینده به رفع این نقص نیز پرداخت. همچنین در بررسی نتایج مطالعاتی از این دست باید وجود خطای ارجاع (referral bias) را نیز مدنظر داشت؛ چراکه بیماران مراجعه‌کننده جهت انجام آندوسکوپی در چنین مراکز ارجاعی غالباً پس از دوره‌های ناموفق درمان تجربی، مراجعه می‌کنند و تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرند. لیکن با توجه به حجم نمونه بالای مطالعه حاضر، نتایج به دست آمده در افراد کاندید آندوسکوپی حائز اهمیت و ارزشمند است.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه ارتباط بین یک علامت و یک بیماری با بررسی بیماران که علامت و بیماری را تجربه کرده‌اند، قابل ارزیابی کمی است، با کاربردی کردن این ارتباطات می‌توان از آنها جهت تعیین بیماران که به درستی نیاز به انجام آندوسکوپی دارند، استفاده کرد و البته باید به این امر توجه کرد که مدل‌های مبتنی بر علامت، جز با تصحیح اختلافات موجود در جمعیت مورد بررسی، از یک واحد گاستروانترولوژی قابل انتقال به واحد دیگر نمی‌باشند. (۳۸)

سپاسگزاری

در پایان لازم است از همکاری دوستانمان در کمیته پژوهشی دانشجویی، خانم دکتر سمیرا آریاسپهر، آقایان دکتر علی مقیمی، دکتر پدram گلناری، دکتر نادر صدیق و دکتر مهدی منتظر تشکر نماییم.

References

1. Krag E. Non-ulcer dyspepsia. Introduction: epidemiological data. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17 (suppl 79): 6-8.
2. Jones R, Lydeard S. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *Br Med J* 1989; 298: 30-2.
3. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 1259-68.
4. Drossman DA, Li Z, Anduzzi E. US householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
5. Locke GR, Talley NJ, Fett SL. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 1997; 112: 1448-56.
6. Nyren O, Adami HO, Gustavsson S, Loof L, Nyberg A. Social and Economic effects of non-ulcer dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20 (suppl 109): 41-5.
7. Nyren O, Adami HO, Gustavsson S, Loof L. Excess sick-listing in non ulcer dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8: 339-45.
8. Crean GP, Holden RJ, Knill-Jones RP, Beattie AD, James WB, Marjoribanks FM, et al. A database on dyspepsia. *Gut* 1994; 35: 191-202.
9. Mellinger JD. Upper Gastrointestinal endoscopy: current status. *Semin Laparosc Surg.* 2003; 10: 3-12.
10. Adang RP, Ambergen AW, Talmon JL, Hasman A, Vismans JF, Stockbrugger RW. The discriminative value of patient characteristics and dyspeptic symptoms for upper gastrointestinal endoscopic findings: A study on the clinical presentation of 1147 patients. *Digestion* 1996; 57: 118-34.
11. Aanpreung P, Atisook K, Suwanagool P, Vajaradul C. Upper gastrointestinal endoscopy in children with recurrent abdominal pain. *J Med Assoc Thai* 1997; 80: 22-5.
12. Wafula JM, Lule GN, Otieno CF, Nyongo A, Sayed SM. Upper gastrointestinal findings in diabetic outpatients at Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East Afr Med J* 2002; 79: 232-6.
13. Van Kouwen MC, Drenth JP, Verhoeven HM, Bos LP, Engels LG. Upper gastrointestinal endoscopy in patients aged 85 years or more. Results of a feasibility study in a district general hospital. *Arch Gerontol geriatr* 2003; 37: 45-50.
14. Danbauchi SS, Keshinro IB, Abdu-Gusau K. Fifteen years of Upper gastrointestinal endoscopy in Zaria (1978-1993). *Afr J Med Sci* 1999; 28: 87-90.
15. Wai CT, Yeoh KG. Diagnostic yield of upper endoscopy in patients presenting with dyspepsia. *Gastrointest-Endosc* 2002; 56: 548-51.
16. Jones R, Lydeard S. Dyspepsia in the community: A follow-up study. *Br J Clin Prac* 1992; 46: 95-7.
17. Moynihan BGA. On duodenal ulcer: With notes of 52 operations. *Lancet* 1905; 1: 340-6.
18. Mann J, Holdstock G, Harman M, Machin D, Loehry CA. Scoring system to improve cost effectiveness of open access endoscopy. *Br Med J* 1983; 287: 937-40.
19. Davenport PM, Morgan AG, Darnborough A, de Dombal FT. Can preliminary screening of dyspeptic patients allow more effective use of investigational techniques? *Br Med J* 1985; 290: 217-20.
20. Holdstock G, Harman M, Machin D, Patel C, Lloyd RS. Prospective test of scoring system designed to improve case selection for upper gastrointestinal investigation. *Gastroenterology* 1986; 90: 1164-9.
21. Knill-Jones RP. Diagnostic systems as an aid to clinical decision making. *Br Med J* 1987; 295: 1932-1396.
22. Piotrowicz G, Milewski J, Stepień B, Rydzewska G. Characteristic and endoscopic evaluation of dyspeptic patients. *Pol Merkur Lekarski* 2007; 22: 15-20.
23. Talley NJ, Mcneil D, Piper DW. Discriminant value of dyspeptic symptoms: a study of the clinical presentation of 221 patients with dyspepsia of unknown cause, peptic ulceration and cholelithiasis. *Gut* 1987; 28: 40-6.
24. Johannessen T, Peterson H, Kleveland PM, Dybdahl JH, Sandvik AK, Brenna E, et al. The predictive value of history in dyspepsia. *scand J Gastroentrol* 1990; 25: 689-97.
25. Peterson H, Johannessen T, Kleveland PM, Fjosne V, Dybdahl JH, Waldum HL. Do we need to listen to the patient? The predictive value of symptoms. *scand J gastroentrol* 1988; 23 (suppl 155): 30-4.
26. Talley NJ, Weaver AL, Tesmer DL, Zinsmeister AR. Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. *Gastroenterology* 1993; 105: 1378-86.
27. Crean GP, Card WI, Beattie AD, Holden RJ, James WB, Knill-Jones RP, et al. Ulcer-like dyspepsia. *Scand J Gastroentrol* 1982; 17 suppl 79: 9-15.
28. Fjosne U, Kleveland PM, Waldum H, Halvorsen T, Petersen H. The clinical benefit for routine upper gastrointestinal endoscopy. *Scand J Gastroentrol* 1986; 21: 433-40.
29. Ross p, Dutton AM. Computer analysis of symptom complexes in patients having upper gastrointestinal examinations. *Am J Dig dis* 1972; 17: 248-54.
30. Kudva MV, Zawawi M, Rafee N, Ismail O. Discriminant value of dyspeptic symptoms in peptic ulcer and non-ulcer dyspepsia. *Med J Malaysia* 1989; 44: 236-42.
31. Horrocks JC, de Dombal FT. Clinical presentation of patients with dyspepsia, detailed symptomatic study of 360 patients. *Gut* 1978; 19: 19-26.
32. Mansi C, Savarino V, Mela GS, Picciotto A, Mele MR, Celle G. Are clinical patterns of dyspepsia a valid guideline for appropriate use of endoscopy? A report on 2253 dyspeptic patients. *Am J Gastroentrol* 1993; 88: 1011-5.
33. Mansi C, Mela GS, Pasini D, Grosso M, Corti L, Moretti M, et al. Patterns of dyspepsia in patients with no clinical evidence of organic disease. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 1452-8.
34. Wallace MB, Durkalski VL, Vaughan J, Palesch YY, Libby ED, Jowell PS et al. Age and alarm symptoms do not predict endoscopic findings among patients with dyspepsia: a multicentre database study. *Gut* 2001; 49: 29-34.
35. Edenhalm M, Gaustavsson R, Jansson O, Lingfors H, Nilsson O, Soderlind T, et al. Endoscopic findings in patients with ulcer-like dyspepsia. *Scand J Gastroentrol* 1985; 20 suppl 109: 163-7.
36. Johnsen R, Straume B, Forde OH. Peptic ulcer and non-ulcer dyspepsia-A disease and a disorder. *Scand J Prim Health Care* 1988; 6: 239-43.
37. Venables CW. Duodenitis. *Scand J Gastroentrol* 1985; 20 suppl 109: 91-7.
38. Lindberg G, Seensalu R, Nilsson LH, Forsell P, Kager L, Knill-Jones RP. Transferability of a computer system for medical history taking and decision support in dyspepsia. A comparison of indicants for peptic ulcer disease. *Scand J Gastroentrol* 1987; 22 suppl 128: 190-6.

Boghratian AH
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Fereshtehnejad SM
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Mohammadsadeghi H
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Ashayeri N
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Zahedi Shoolami L
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Mohammadzadeh M
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Gholipoor F
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Akbari M
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Zangeneh Kazemi A
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Jalali M
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author:
*Amirhosein Boghratian M.D.,
Gastrointestinal Group,
Internal Medicine Department,
Rasoul-e-Akram Hospital,
Niayesh St., Sattarkhan St.,
Tehran, Iran.
Tel: 09121242405
E-mail:
Boghratianmd@yahoo.com*

Findings of the Upper Gastrointestinal Tract Endoscopies Performed in Firouzabadi Hospital, Tehran, Iran, Between 1991 and 2001

ABSTRACT

Background: Endoscopy of the upper gastrointestinal tract is the most accurate method for the diagnosis of most disease conditions associated with dyspepsia. However, endoscopy involves some discomfort, significant social inconvenience, and cost. Attempts to identify those patients most likely to benefit from endoscopy have met with variable success.

To evaluate endoscopic findings of the upper gastrointestinal tract, performed in Firouzabadi Hospital, Tehran, Iran.

Materials and Methods: This analytical cross-sectional study was performed on 4,859 patients who underwent upper gastrointestinal tract endoscopy in Firouzabadi Hospital, Tehran, between 1991 and 2001. Clinical variables of consecutive patients presenting with symptoms of dyspepsia who underwent upper gastrointestinal tract endoscopy examinations were recorded using a common endoscopy database.

Results: Of 4,859 patients studied, 46.7% were male and 53.3% were female. The most common chief complaint was epigastric pain (51.9%) followed by heartburn (14.2%) and melena (7.1%). Furthermore, the most frequent endoscopic finding was gastritis (23%) followed by esophagitis (14.8%) and peptic ulcer (13%).

Conclusion: Regarding high sample size and a 10-years evaluation of endoscopic findings in our study led to considerable descriptive information in this subject. In addition, the relationships found in our study are of value. *Govaresht*/ Vol. 12, No. 3, Autumn 2007; 150-154

Keywords: Endoscopy, Upper gastrointestinal tract, Dyspepsia