

اختلالات در اعمال و فعالیت‌های دستگاه گوارش

نگارش: دکتر ه. محمدحسین اردوبادی *

اختلالات عملی دستگاه گوارش يك دسته از شایع‌ترین بیماری‌های انسانی است در بخش نگارنده (بخش داخلی بیمارستان شماره دو سازمان بیمه‌های اجتماعی) که از تاریخ ۳۵/۱۲/۷ تا آخر خردادماه ۱۳۴۰ مجموعاً بطور دقیق ۵۱۲۹ نفر بیمار در آن بستری شده‌اند از این تعداد ۵۰۴ نفر (یعنی در حدود ده درصد) مبتلا با این اختلالات عملی گوارشی بوده‌اند و این مقاله نتیجه مطالعاتی است که روی این بیماران وعده زیاد دیگری که در مطب شخصی نگارنده تحت درمان قرار گرفته‌اند انجام شده است.

مطالعه بالینی و علائم

تابلوی بالینی اختلالات فونکسیونل دستگاه گوارش مختلف است و بطور کلی این اختلالات با علائم متفاوت ظاهر میشوند. در بخش ما تا بلوهای مختلف این اختلالات به ترتیب زیر تقسیم بندی شده‌اند که آنها را به ترتیب شیوع شرح میدهم.

۱- کولون تحریک پذیر (۱)

این بیماری که به اسامی مختلف کولیت اسپاسمودیک یا اسپاسم کولون و غیره نیز خوانده شده است یکی از شایع‌ترین امراض انسانی است.

در آمار بخش ما تعداد بیماران مبتلا به این سندروم ۲۶۰ نفر بوده است (۵/۵ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات عملی دستگاه گوارش و در حدود پنج درصد کلیه بیمارانی که در ظرف چهار سال و چندماه در بخش بستری شده‌اند) مهمترین علامت آن عبارتست از درد در یکی از نواحی کولون بیشتر از همه در قسمت تحتانی شکم ولی گاهی در گودال حرقتی راست یا چپ، گاهی در هیپو کندر چپ (زاویه طحالی) گاهی در هیپو کندر راست (زاویه کبدی) درد معمولاً بعد از غذا شدیدتر میشود و با اجابت مزاج معمولاً تخفیف مییابد

* دانشیار بیماری‌های داخلی

ولی گاهی هم شدیدتر میشود .

در اکثر اوقات یبوست و گاهی اسهال کاذب نیز وجود دارد . در معاینه حساسیت و اسپاسم در یک قسمت یا تمام کولون وجود دارد .

۲- اختلالات فونکسیونل معدی ،

عده زیادی از این بیماران در بخش ما با تشخیص گاستریت مزمن مرخص شده اند . حقیقت آن است که اشکالاتی که در مورد تشخیص گاستریت مزمن در دنیا وجود دارد در کشور ما با نبودن گاستروسکوپی بیشتر است (هر چند که ارزش بالینی این وسیله آزمایش امروزه خیلی کم شده است) .

تعداد این بیماران در آمار فوق الذکر ۱۹۱ نفر بوده است (یعنی $۳۷/۹\%$ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات عملی دستگاه گوارش و $۳/۵\%$ درصد کلیه بیماران) مهمترین علامت این بیماران درد ناحیه اپیگاستر بوده است که در اکثر موارد پس از خوردن غذا شدیدتر میشده است ولی در بسیاری از موارد هم رابطه با غذا کاملاً مشخص نبوده است . ترش کردن و سوزش معده و حال تهوع و گاهی استفراغ نیز وجود داشته است . و البته آزمایش رادیولوژی اولسریا ضایعه عضوی دیگری را نشان نداده است .

۳- اسهال عصبی یا فونکسیونل (۱)

تعداد این بیماران در آمار مزبور ۷ نفر بوده است (یعنی $۱/۳۶\%$ درصد بیماران مبتلا به اختلالات عملی دستگاه گوارش و $۰/۱۳\%$ درصد کلیه بیماران) . علامت بالینی عمده در این بیماران اسهال مزمن بوده است که در نزد بعضی مداوم و در بعضی دیگر متناوب بوده است . و البته آزمایشهای بالینی و پرتوشناسی، انگل شناسی و باکتری شناسی دخالت هیچ عامل عضوی را نشان نداده است .

۴- دیسکینزی صفراوی .

تعداد این بیماران ۸ نفر بوده است ($۱/۵۸\%$ درصد بیماران مبتلا به اختلالات عملی دستگاه گوارش و $۰/۱۵\%$ درصد کلیه بیماران) علامت آن درد در ناحیه کیسه صفرا و اختلالات گوارشی دیگر (شروع با استفراغ یبوست، اسهال و غیره) با علائم رادیولوژی دیسکینزی بوده است و البته در کیسه صفرا سنگ یا اختلال ترشح وجود نداشته است .

۵- گاردیواسپاسم و پیلورواسپاسم

این اختلالات معمولاً همراه با سایر اختلالات عملی گوارشی یا بیماریهای دیگر بوده است و در آمار ما متأسفانه جای مستقلی نداشته است .

۶- سوء هضم عملی نامشخص (۱)

این بیماران دچار علائم مبهم و نامشخص بوده‌اند که بطور قاطع در هیچیک از طبقات ذکر شده قرار ننیگرفته است مانند دردهای مبهم و نامشخص- تهوع و استفراغ - بیوست سوزش معده و ترش کردن و غیره .
تعداد آنان در آمار ما ۳۸ نفر بوده است (۷/۵۳ درصد بیماران مبتلا به اختلالات- عملی دستگاه گوارش و ۷۴/۱ درصد کلیه بیماران) .

اتیولوژی

مهمترین عللی که بنظر ما در ایجاد این اختلالات عملی دخالت دارند به ترتیب زیرند .

۱- عوامل روحی

بدون شك شایع ترین علت این اختلالات است. در نزد بسیاری از بیماران ماعوامل اختلالات هیجانی واضطراب و نگرانیهای روحی و ناراحتیهای فکری آشکار بوده است و در عده دیگری هم که آشکار نبوده است قرائنی در دست است که این عوامل دخالت دارند. بطور کلی اختلالات گوارشی مذکوره در این کنفرانس یکی از علائم شایع نوروها است (۲).

۲- عوامل غذائی و بهداشتی

پس از عوامل روحی بنظر میرسد شایع ترین علت باشد در بعضی بیماران مخصوصاً مبتلایان به شکل معدی اختلالات متعاقب يك میهمانی یا شرایطی که افراط در اکل و شرب و مصرف غذاهای پر ادویه و محرک را ایجاد میکرده است بروز کرده است. غذاهای محرک دستگاه گوارش مانند میوهجات و سبزیجات خام غذاهای سرخ کرده ترشی و ادویهجات و - نظایر آن ناراحتی بسیاری از بیماران را شدیدتر و آشکارتر میسازد . در بعضی موارد مصرف مداوم الکل یا سیگار يك عامل مهم در ایجاد علائم تشخیص داده شده است . يك علت دیگر مصرف مداوم داروهای مسهل یا ملین است که در کشور ما نسبتاً شایع است و نزد عده زیادی از بیماران مآثرک عادت و خودداری از ادامه مصرف این داروها موجب بهبود کامل شده است .

۳- آئوژی

بعضی محققان تاثیر این عامل را در ایجاد این اختلالات مؤثر دانسته‌اند . در

1- Indeterminate Functional Dyspepsia

2- Psychoneuroses

بیماران مداخلت این عامل بصورت قابل توجه در هیچ مورد ثابت نشده است .

شیوع نسبی (۱)

۱ جنس- از ۵۰۴ نفر بیمار ما ۳۱۹ نفر مرد و ۱۸۵ نفر زن بوده‌اند بنابراین این اختلالات در مردان ۱/۷ برابر شایع‌تر از زنان بوده است .

۲- سن - سن بیماران ما بین ۱۲ سال و ۵۵ سال بوده است و اکثریت آنها بین

۲۰ سال و ۳۵ سال داشته‌اند . بنابراین ، این اختلالات در جوانان شایع‌تر است .

پاتوژنی

در مورد طرز دخالت عوامل ایجاد کننده چهار مکانیسم مخصوصاً مورد توجه بوده

است :

۱- اختلالات ترشح

سابقاً باین عامل اهمیت زیاد داده میشد و هیپو و هیپر کلریدری بعنوان عوامل مهم ایجاد ناراحتی مورد بحث قرار می گرفتند. امروزه این نظریات رد شده است و بنظر نمی‌رسد که اختلالات ترشح در ایجاد علائم مذکور در این مقاله نقشی داشته باشد .

۲- آماس

دخالت این عامل فقط در ناراحتیهای معدی مورد بحث قرار گرفته و گاستریت مزمن از نظر بسیاری محققان عامل ایجاد ناراحتیهای معدی است که در بالا ذکر شده است . همچنانکه گفته شد در این مورد هم اطلاعات امروزی ماناقص و مبهم است و تشخیص گاستریت و ارتباط دادن بین گاستریت و علائم بیمار همیشه آسان نیست .

۳- اختلالات حرکتی (۲)

بنظر می‌رسد که مهمترین عامل ایجاد این علائم همین اختلالات حرکتی و مخصوصاً اسپاسم باشد که گاهی از نظر رادیولوژی نیز تحقیق و نشان دادن آن مخصوصاً در کولون تحریک پذیر بسیار آسان است. نشان دادن اسپاسم پیلور کاردیا نیز نسبتاً آسان است.

۴- ازدیاد حساسیت بیمار

مخصوصاً در بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی قابل توجه و به احتمال قوی یکی از عوامل مهم ناراحتیها است بطور کلی آستانه درد (۳) در اکثر این بیماران بصورت قابل توجه

1- Incidence

2- Motility Disturbance

3- Pain Threshold

پائین آمده است * .

سیر تکاملی و پرنوستیک

بطور کلی ناراحتی این بیماران مدت‌های زیاد معمولاً ماهها و گاهی سالها طول میکشد درمان اساسی و صحیح و مراقبت دلسوزانه در بسیاری از موارد موثر است و ناراحتیها را تسکین و یا تخفیف میدهد ولی عود و برگشت ناراحتیها همیشه امکان دارد .

گاهی ممکن است ناراحتی بیمار به يك عارضه عضوی تبدیل شود مخصوصاً بروز اولسر راما مکرراً دیده ایم ، در مقاله‌ای که فوقاً اشاره شد دو نفر مصنف بنام

Iika Hakkinen و Pekka Brummer ۱۰۲ نفر بیمار را

تحت نظر داشته‌اند و برای مدت پنج سال تا شش سال و نیم آنانرا تعقیب کرده‌اند در پایان این مدت دوازده نفر از این بیماران مبتلا به قرحه (اولسر) و ده نفر مبتلا به سنگ صفراشده بودند .

تشخیص

اساس تشخیص این اختلالات عملی رد کردن کلیه بیماریهای عضوی است و برای این کار آزمایش بالینی و لابراتواری و مخصوصاً رادیولوژی کاملاً ضرورت دارد امراضی مانند قرحه، سنگ صفر، کولیت اولسروز، کولیت آمیبی و غیره باید بطور قاطع رد شوند .

درمان

عوامل اساسی درمان این بیماریها بقرار زیر است :

۱- **درمان علت** - در این مورد مخصوصاً درمان نوروژ و اختلالات هیجانی و آرامش دادن نگرانیها و اضطراب بیمار بوسیله تلقین و اطمینان دادن و پسیکو تراپی خیلی اهمیت دارد .

۲- **رژیم غذایی** - غذاهائی که به اصطلاح خاصیت محرك یا ملین دارند و موجب برهم خوردن تعادل حرکتی دستگاه گوارش میشوند باید از رژیم غذایی این بیماران حذف شوند .

مهمترین این غذاها عبارتند از :

سبزیجات خام، میوه جات خام (آب میوجات در موارد خفیف ضرر ندارد بشرط آنکه

* (مدرک مراجعه جهت مطالعه در مورد پاتوژنی این اختلالات مجله .

علائم مربوط به کولون تحریک پذیر نباشد) غذاهای سرخ کرده - ترشیجات - ادویهجات - مشروبات الکلی مشروبات گازدار (انواع کولامشروبات آن) عسل - قهوه .
مصرف سیگار و داروهای ملین نیز باید حتی الامکان ممنوع شود .

۳- داروها

سردسته داروهائی که تاثیر مفید دارد آتروپین و بلادن است که در اکثر اختلالات نتیجه خوب میدهد داروهای ضراسپاسم ضد کولینرژیک که در سالهای اخیر ساخته شده است نیز بعضی نتیجه خوب میدهد ولی نظرشخص نگارنده بر آن است که آتروپین یا ترکیبات ساده بلادن از اکثر آنها بهتر است .

داروهای مسکن عمومی مانند فنوباریتال بمقدار کم (روزی ۰/۶ تا ۰/۹ گرم) نیز توام با ترکیبات بلادن اثر آنها را زیادتر میکند و مفید است .

انواع داروهای آرام بخش (۱) مانند مپروپامات و غیره نیز مورد استعمال دارد .
در بیمارانی که احتمالات عملی معدی دارند مصرف داروهای ضد اسید (مانند امولسیون تیدرکسید الومینیوم) مفید است و در بعضی از آنان رژیم کامل قرصهای تجویز میشود ولی بنظر نگارنده مصرف داروهای اسید هیچ نتیجه ای ندارد .