

سوء هاضمه و

زخم های دستگاه گوارش

(زخم معده و زخم اثنی عشر)

دکتر سید مؤید علویان
فوق تخصص گوارش و کبد
استاد دانشگاه

سرشناسنامه	علویان، سید موید، ۱۳۴۱ - سیده هدی علویان ۱۳۶۴
عنوان پدیدآور	سوءهاضمه و زخم‌های دستگاه گوارش (زخم معده و زخم اثنی عشر) // سیدموید علویان. سیده هدی علویان
مشخصات نشر	تهران: شرکت تعاونی پزشکان سلامت‌پژوهان کوثر، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	۱۷۴ص.: مصور (بخشی رنگی) ، جدول ؛ ۲۲ x ۲۹ م.س.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۹۵۸۲۷-۴-۷
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	فهرستنویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است.
شناسه افزوده	شرکت تعاونی پزشکان سلامت‌پژوهان کوثر
رده بندی کنگره	۱۳۹۶ س۹ع/۸۲۱/RC۸
رده بندی دیویی	۶۱۶/۳۴۳
شماره کتابشناسی ملی	۴۷۳۳۸۴۶

نام کتاب:	سوءهاضمه و زخم‌های دستگاه گوارش (زخم معده و زخم اثنی عشر)
ناشر:	شرکت تعاونی پزشکان سلامت‌پژوهان کوثر
تألیف:	دکتر سید موید علویان و دکتر سیده هدی علویان
صفحه آرایبی:	مریم نیما
کاراکترسازی:	افسانه فرزانه نیا
طراحی جلد:	مریم نیما
نوبت چاپ:	اول
لیتوگرافی و چاپ:	نقش جوهر
شمارگان:	۱۰۰۰
شابک:	۹۷۸-۶۰۰-۹۵۸۲۷-۴-۷
قیمت:	۱۰۰۰۰ تومان

فهرست

پیش گفتار

۰۷

فصل اول
ساختمان طبیعی دستگاه گوارش

۲۱

فصل دوم
زخم گوارشی (زخم معده و دوازدهه)

۹۹

فصل سوم
برگشت مواد غذایی از معده به مری

۱۲۳

فصل چهارم
عدم تحمل نسبت به شیر و لبنیات

۱۳۳

فصل پنجم
آلودگی به انگل ژیا ردیا

۱۳۹

فصل ششم
حساسیت غذایی

۱۴۵

فصل هفتم
سکسکه، بوی نامطبوع دهان و ...

۱۶۱

فصل هشتم
روزه داری و دستگاه گوارش

۱۷۲

منابع

پیش گفتار

دکتر سید مؤید علویان
استاد دانشگاه و فوق تخصص گوارش و کبد



سوءهاضمه یکی از مشکلات شایع مردم می باشد و در بسیاری از موارد سبب نگرانی بیمار می شود. به طوری که این بیماری سبب مراجعات مکرر پزشکی نیز می شود. به طور کلی به کلیه علایم و ناراحتی های مربوط به ناحیه بالای شکم (قسمت فوقانی دستگاه گوارش) «سوءهاضمه» اطلاق می شود. این علایم بسیار متنوع است و بسیاری از بیماری های ساختمانی دستگاه گوارش می توانند این علایم را ایجاد نمایند. لذا برای درمان سوءهاضمه بایستی علت ایجاد آن را مشخص کرد و سپس برای رفع مشکل اقدام نمود. از جمله بیماری هایی که با علایم سوءهاضمه بروز می کنند زخم معده و اثنی عشر، ریفلاکس یا برگشت اسید از معده به مری، عدم تحمل به شیر و فرآورده های آن، موارد آلرژی غذایی، بیماری های انگلی دستگاه گوارش و ... می باشند. در کنار سوءهاضمه علایم دیگری مثل سکسکه، بوی بد دهان، خشکی و سوزش دهان، نفخ شکم و یبوست نیز ممکن است وجود داشته باشد. با توجه به سوالات زیادی که در مورد مشکلات فوق مطرح است این کتاب برای پاسخگویی به این سوالات و راهنمایی مناسب مردم و حتی پزشکان عمومی مطابق با آخرین اطلاعات علمی روز طرح شده است. امیدوارم بتوانیم در این مسیر به درستی قدم برداشته و گوشه ای از مشکلات پزشکی جامعه را برطرف نماییم



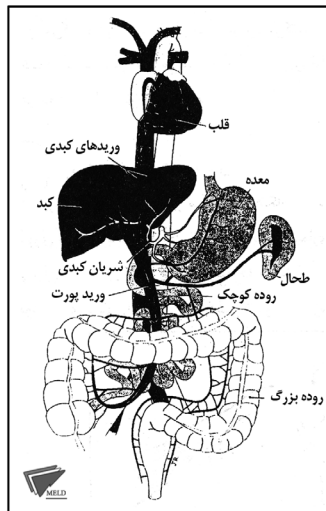
فصل ۱

ساختمان طبیعی دستگاه گوارش

پس از ورود غذا به دهان، با عمل جویدن، غذا توسط دندان ها خرد شده و با بزاق مخلوط می شود. بزاق از غدد بزاقی درون دهان ترشح می شود. در داخل بزاق ماده ای است به نام آمیلاز که مواد نشاسته ای را به اجزای کوچک تر تجزیه می کند. وجود بزاق برای لزوج کردن غذا نیز ضروری است. غذا پس از دهان وارد قسمتی به نام ((مری)) می شود. مری لوله ای عضلانی و توخالی است که در پشت نای و حنجره قرار گرفته و به عنوان گذرگاهی برای عبور غذا از دهان به معده عمل می کند.

* ساختمان طبیعی دستگاه گوارش

پس از ورود غذا به **دهان**، با عمل جویدن، غذا توسط دندان ها خرد شده و با بزاق مخلوط می شود. بزاق از غدد بزاقی درون دهان ترشح می شود. در داخل بزاق ماده ای است به نام آمیلاز که مواد نشاسته ای را به اجزای کوچک تر تجزیه می کند. وجود بزاق برای لزوج کردن غذا نیز ضروری است. غذا پس از دهان وارد قسمتی به نام ((مری)) می شود. **مری** لوله ای عضلانی و توخالی است که در پشت نای و حنجره قرار گرفته و به عنوان گذرگاهی برای عبور غذا از دهان به معده عمل می کند. طول مری انسان حدود ۲۵ سانتی متر است. در قسمت تحتانی مری سدی در برابر برگشت مواد غذایی وجود دارد. بعد از مری، معده قرار دارد. **معده** عضوی عضلانی، توخالی و شبیه کیسه است که می تواند مواد غذایی را برای مدتی در خود جای داده و ذخیره کند. معده در قسمت بالا و چپ شکم قرار دارد و بطور مورب به سمت راست شکم کشیده شده است. ظرفیت تقریبی معده حدود ۱۵۰۰ میلی لیتر است (۱/۵ لیتر). غذا پس از ورود به معده تحت تاثیر حرکات مکانیکی و ترشحات آنزیمی و



هضم کننده مثل اسید و پپسین به اجزا و عناصر بسیار کوچک تری تجزیه می شود معده به طور فرضی به چند قسمت تقسیم می شود. محل ورود مری به معده به نام کاردیاست و قسمت های دیگر معده شامل فوندس، تنه و انتروم می باشد هر یک از این قسمت های فرضی ترکیب و عملکرد سلولی خاص خود را دارند. مواد غذایی که تحت تاثیر حرکات و ترشحات معده به شکل ذرات بسیار کوچک محلول و معلق در شیر معده قرار گرفته اند، با حرکات تنظیم شده دریچه خروجی معده (پیلور) از معده خارج شده و وارد **اثنی عشر** (دوازدهه یا دئودنوم) می شود. (به دلیل این که طول این قسمت به اندازه دوازده بندانگشت کنار هم می باشد به آن دوازدهه یا اثنی عشر می گویند). دوازدهه محلی است که ترشحات لوزالمعده و کبد (صفرا) نیز به داخل آن تخلیه شده و دومین مرحله هضم و جذب غذا در آن صورت می گیرد. به ابتدایی ترین قسمت دوازدهه که درست پس از دریچه خروجی معده (پیلور) قرار گرفته است، بولب می گویند (جایگاه ۹۵ درصد زخم های اثنی عشر). اثنی عشر چهار قسمت فرضی یا خم دارد که چهارمین قسمت آن به قسمت دوم **روده باریک** وصل می شود. روده باریک دارای سه بخش دئودنوم، ژوژنوم و ایلئوم و می باشد. روده باریک طولی در حدود ۵-۶ متر دارد. تمامی مراحل جذب عناصر غذایی در روده باریک انجام می شود. لذا عضوی فعال و پر سلول است در

انتهای روده باریک دریچه ای قرار دارد (دریچه ایلئوسکال) که محتویات روده باریک را به **روده بزرگ** (کولون) تحویل می دهد قطر روده بزرگ بیشتر از روده باریک است و وظیفه اصلی آن جذب آب و املاح است. طول روده بزرگ ۱/۵ متر می باشد. پس از آن مواد قابل دفع وارد راست روده یا **رکتوم** شده و با رفلکس دفع، و انقباض عضلات راست روده و کف لگن دفع مواد زاید از راه مقعد صورت می گیرد.

* عملکرد دستگاه گوارش

دستگاه گوارش محل ورود مواد غذایی مورد نیاز بدن است. مواد غذایی پس از ورود از راه دهان با عبور از قسمت های مختلف دستگاه گوارش، تجزیه و جذب شده و مواد زاید به صورت مدفوع دفع می شود. مواد غذایی مثل گوشت، نان، برنج و... به همان صورتی که خورده می شوند قابل استفاده توسط سلول های بدن نیستند و برای این کار باید به اجزای کوچک تر تجزیه شده (هضم) و سپس جذب شوند. قسمت های گوناگون دستگاه گوارش بر اساس ویژگی های خاص خود، وظایف مختلفی در عبور، هضم و جذب مواد غذایی به عهده دارند.

* جویدن در دهان

عمل هضم توسط دندان ها به صورت جویدن شروع می شود. بلع غذا بدون جویدن آن مشکل است. هرگونه نقصی در جویدن به اختلال در بلع، هضم و جذب غذا منجر می شود. برای جویدن نیز وجود دندان های سالم و فک و عضلات قوی ضروری است. در بزاق ماده ای به نام آمیلاز وجود دارد که قادر به تجزیه برخی مواد نشاسته ای به اجزای کوچک تر است.



اولین مرحله هضم در دهان، با کمک دندان ها و آمیلاز بزاقی است.

* عبور از مری

مرحله بعد، عبور مواد از مری است که به صورت فعال و با انقباضات حساب شده عضلات مری و باز و بسته شدن متناسب و متناوب و هماهنگ دریچه‌های فوقانی و تحتانی مری صورت می‌گیرد. این انتقال باید به صورتی باشد که مواد غذایی به هنگام عبور از دریچه فوقانی مری وارد مجاری تنفسی و ریه نشوند و دریچه تحتانی مری نیز مانع برگشت مواد به داخل معده یا مری می‌شود.

* هضم در معده

مواد غذایی جویده شده پس از عبور از مری وارد معده می‌شوند. با ورود غذا به معده سلول‌های جدار معده مایعی به نام شیره معده ترشح می‌کنند که با غذا مخلوط شده و آنها را به اجزا کوچک تری تبدیل می‌کند. ضمن این که مواد غذایی بلعیده شده را به شکل مایع در می‌آورد.

ترشحات عمده معده عبارتند از: اسیدکلریدریک، پپسین، فاکتور داخلی، برخی ترکیبات پروتئینی دیگر و لیپاز.

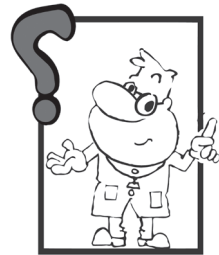
۱. اسیدکلریدریک: دو ترکیب اصلی و عمده معده برای هضم مواد غذایی اسید و پپسین است اسیدکلریدریک که از سلول‌های جدار مری معده ترشح می‌شود علاوه بر این که با قدرت بسیار

بالا قادر به شکسته شدن مواد غذایی به ذرات کوچک تر می باشد سبب فعال شدن پپسینوژن می شود و ضمناً محتویات معده را قبل از ورود به روده ضد عفونی می نماید.

۲. پپسین: پپسین یک ترکیب آنزیمی است که قادر به تجزیه ترکیبات پروتئینی به اجزای کوچکتر می باشد سلول های معده پیش ساز غیرفعال این ماده را به نام پپسینوژن ترشح می کنند و اسید معده روی آن اثر کرده و تبدیل به پپسین می نماید (هرچه قدرت اسیدی بیشتر باشد تبدیل پپسینوژن به پپسین بیشتر صورت می گیرد).

*** با وجود اسید کلریدریک قوی (با قدرت حل‌کنندگی قوی) و پپسین (با قدرت تخریب پروتئین‌ها) در داخل معده و با توجه به این‌که جدار معده نیز در حقیقت یک بافت پروتئینی است چرا توسط این مواد سوراخ نمی‌شود؟**

اسیدی که در معده قرار دارد آنقدر قوی است می‌تواند فلز را در خودش حل‌کنند ولی معده با وجود یک سد مخاطی در برابر اسید و پپسین محافظت می‌شود. هرگونه آسیب به این سد مخاطی سبب تهیل در نفوزیون‌های هیدروژن (اسید) به جدار معده و تخریب سلول‌ها می‌شود.



عوامل موثر در تشکیل و قدرت سد مخاطی عبارتند از:

- ترشحات موکوسی معده به صورت یک سد فیزیکی و شیمیایی عمل نموده و نقش عمده‌ای در حفاظت معده در مقابل آسیب دارد.
- جریان خون مستمر و سراسری برای تامین عناصر غذایی و اکسیژن مورد نیاز سلول‌های معده.
- ترمیم سلول‌های معدی با ترکیبات ویژه به نام پروستاگلاندین

ها تقویت شده که سبب حفاظت سطح پوششی معده می شود. (داروهای مسکن با مهار ساخت این ترکیبات شرایط را برای آسیب و تخریب بافت پوششی معده فراهم می کنند).

۳. فاکتور داخلی: همان سلول هایی که اسیدکلریدریک ترشح می کنند به همراه آن ماده دیگری نیز ترشح می کنند که وجود آن برای جذب شدن ویتامین ب-۱۲ در انتهای روده کوچک ضروری است. در شرایط فقدان این ماده (فاکتور داخلی) ویتامین ب-۱۲ جذب نشده و نوعی کم خونی به علت کمبود آن ایجاد می شود (کم خونی پرنیسیوز). تراوش اسید معده و به طور کلی تنظیم فعالیت معده توسط واسطه های هومونی و عصبی صورت می گیرد. در وهله اول در پاسخ به احساس گرسنگی، بوییدن، دیدن و چشیدن غذا (قبل از ورود غذا به معده)، تراوش ترشحات معده شروع می شود که با ورود غذا به معده بر میزان ترشحات افزوده می شود. در فواصل تغذیه و در غیاب تحریکات غذایی، ترشح اسید معده دارای نظم روزانه ثابتی است به طوری که در نیمه شب حداکثر و در ساعات اولیه صبح در حداقل ممکن است.



وظیفه اصلی معده هضم و ذخیره سازی ترکیبات غذایی و خروج هماهنگ شیر معده از معده به روده است و هیچ نقشی در جذب مواد غذایی ندارد.

مواد غذایی پس از هضم کافی، به صورت یک شیر غلیظ و چسبنده در می آید. دریچه خروجی معده (پیلور) مسئول انتقال متناوب و متناسب این مواد به روده بوده و در عین حال مانع برگشت محتویات روده به معده نیز می شود.

* جذب عناصر غذایی در روده کوچک

با ورود شیر غذایی اسیدی به قسمت ابتدایی روده باریک (اثنی عشر) به واسطه تحریکات فیزیکی، عصبی و ترشحات هورمن، صفرا از کیسه صفرا و شیر لوزالمعده از لوزالمعده (پانکراس) به داخل اثنی عشر ترشح می شود و در جذب چربی ها و مواد پروتئینی نقش خود را ایفا می کنند. در روده کوچک ترشحات دیگری نیز وجود دارد که در طی مسیر عبور شیر غذایی از روده باریک اثر کرده و سبب هضم و جذب عناصر غذایی، ویتامین ها و املاح می گردد.

* جذب آب و املاح از روده بزرگ

مهم ترین و اصلی ترین وظیفه روده بزرگ جذب مناسب آب و املاح از این ترکیب غذایی است و تنها بخشی از مواد غذایی که قابلیت استفاده ندارد به صورت ماده دفعی در می آید و با رفلکس های عصبی - عضلانی ارادی و غیرارادی دفع می شوند (عادت روده ای یا اجابت مزاج).

* سوء هاضمه چیست؟

سوء هاضمه که اصطلاح علمی آن دیس پیسی (Dyspepsia) است مجموعه ای از علائم می باشد که در جامعه نیز شیوع بالایی دارد. به هرگونه احساس ناخوشایند و ناراحت کننده اعم از درد، سوزش، نفخ، احساس سنگینی، حتی گرما و... در قسمت بالایی شکم که با غذا خوردن یا گرسنگی ارتباط داشته باشد سوء هاضمه گویند. بسیاری از مردم در دوره ای از زندگی خود دچار این علائم می شوند و اکثر این افراد نیز این علائم را به مصرف مواد غذایی نامناسب، فشارهای روحی و خستگی جسمانی نسبت داده و بدون مراجعه به پزشک تحت درمان های خانگی و سنتی قرار می گیرند. در برخی از افراد این علائم به صورت دوره ای و متناوب باعث ناراحتی شده و گاهی نیز منجر به مراجعه پزشکی و تجویز دارو می شود.

سوالاتی که در رابطه با علایم فوق برای بیماران پیش می آید می تواند سبب آشفتگی ذهنی آنها شود:

* علت ایجاد این علایم چیست؟ آیا مراجعه به پزشک و درمان اختصاصی ضرورت دارد؟ آیا داروهای گیاهی استفاده شده به جا بوده است؟ آیا این علایم می تواند مربوط به زخم گوارشی باشد؟ آیا این علایم می تواند مربوط به سرطان باشد؟ به چه پزشکی باید مراجعه کرد؟ و سوالاتی از این قبیل. گاستریک (ورم معده) چیست؟ علل شایع گاستریک (ورم معده) مزمن چیست؟ عفونت با هلیکوباکتر که شایع ترین عامل (در مبحث زخم گوارشی) علل گاستریت عفونت ها و...



بسیاری از بیماری ها می توانند علایم فوق را ایجاد نمایند
مثل:

- زخم معده و اثنی عشر (زخم گوارشی)
- ورم و التهاب معده (گاستریک)
- برکت مواد غذایی از معده به مری
- بیماری های اثنی عشر دستگاه گوارشی
- اختلال در حرکات و نظم دستگاه گوارش
- اثری های غذایی
- عدم تحمل به شیر و لبنیات
- سنگ کیسه صفرا
- ورم و التهاب لوزالمعده (پانکراتیت)

*** در چه مواردی در سوء هاضمه به پزشک مراجعه و نیاز به اقدامات تشخیصی بیش تری است؟**

- هر فرد بالای ۴۵ سال
- فرد زیر ۴۵ سال با کاهش وزن بیش از ۱۰٪
- خونی، استفراغ بیش رونده و یا همراه خون
- دردی که باعث بی خوابی فرد شود همراه با اختلال بلع یا بلع در زمان
- مدفوع سیاه رنگ



هر یک از این بیماری ها علت خاصی داشته و درمان خاصی را می طلبد و جهت درمان موثر باید به تشخیص قطعی و دقیق رسید. در هر فصل از این کتاب سعی ما بر این است که علاوه بر افزایش آگاهی و اطلاعات شما در مورد هر یک از بیماری های مذکور به سوالات فوق الذکر نیز جواب مناسب داده شود. (در مورد سنگ کیسه صفرا و پانکراتیت به کتاب سنگ کیسه صفرا و بیماری های صفراوی و لوزالمعده مراجعه فرمایید). بنابراین در مجموع می توان گفت سوء هاضمه (دیس پپسی به اصطلاح علمی) مجموعه ای از علایم است که در اثر بسیاری از بیماری ها می تواند ایجاد شود و برای درمان اصولی آن باید به تشخیص درست رسید.

تشخیص سوء هاضمه تنها به عهده پزشک است و تشخیص هایی که توسط افراد غیر متول داده می شود ارزشی ندارد.



فصل ۲

زخم گوارشی (زخم معده و دوازدهه)

برخی از مردم تصور می کنند که زخم گوارشی از بیماری های دنیای مدرن امروزی است و در نتیجه توسعه شهرنشینی و افزایش اضطراب و ناراحتی های عصبی ایجاد می شود. اما این تصور واقعی نیست و این بیماری جزو قدیمی ترین بیماری های بشری است ولی به دنبال پیشرفت در وسایل تشخیص و مهندسی پزشکی تشخیص این بیماری بیشتر داده می شود. از نظر آماری ۷ تا ۱۰ درصد از جمعیت دنیا به زخم گوارشی مبتلا هستند و در سنین ۰۲ تا ۰۴ سالگی شایع تر است اما در هر سنی دیده می شود. (سن مبتلایان به زخم معده بیشتر از سن مبتلایان به زخم اثنی عشر است) احتمال بروز این بیماری در مردان سه برابر خانم ها است.

* زخم گوارشی (زخم معده و دوازدهه)

برخی از مردم تصور می‌کنند که زخم گوارشی از بیماری‌های دنیای مدرن امروزی است و در نتیجه توسعه شهرنشینی و افزایش اضطراب و ناراحتی‌های عصبی ایجاد می‌شود. اما این تصور واقعی نیست و این بیماری جزو قدیمی‌ترین بیماری‌های بشری است ولی به دنبال پیشرفت در وسایل تشخیص و مهندسی پزشکی تشخیص این بیماری بیشتر داده می‌شود. از نظر آماری ۷ تا ۱۰ درصد از جمعیت دنیا به زخم گوارشی مبتلا هستند و در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی شایع‌تر است اما در هر سنی دیده می‌شود. (سن مبتلایان به زخم معده بیشتر از سن مبتلایان به زخم اثنی عشر است) احتمال بروز این بیماری مردان سه برابر خانم‌ها است.

هر نقطه از دستگاه گوارش می‌تواند زخم شود اما شایع‌ترین و پایدارترین محل برای زخم گوارشی، معده و دوازدهه است لذا در این کتاب منظور از زخم گوارشی همان زخم معده و دوازدهه می‌باشند.

* علت ایجاد زخم‌های گوارشی

زخم‌های گوارشی ناحیه زخم شده‌ای از پوشش مخاطی معده یا اثنی عشر است که در اثر عمل هضمی شیره معده به روی مخاط ریزش و تخریب سلول‌های پوششی آن ناحیه ایجاد می‌شود.

شود. به طور طبیعی ترکیب اسیدی قوی موجود در معده به همراه ترکیبات آنزیمی با قدرت هضم کنندگی قوی، توانایی تخریب سلول های معده و اثنی عشر را دارند اما در داخل معده سد مخاطی محافظت کننده و عوامل دفاعی متعددی نیز وجود دارند که از آسیب و تخریب بافت معده و اثنی عشر جلوگیری می کند.

برای یک قرن، پزشکان اعتقاد داشتند که شیوه زندگی، استرس و نوع رژیم غذایی در بروز زخم گوارشی دخالت دارند ولی با گذشت زمان و پیشرفت های علمی و بررسی های انجام شده، نظریه جدیدی ارائه شد که عبارت است از غلبه اثرات مخرب ترشح اسید و پپسین و استقرار هلیکوباکتریلوری در معده (عوامل مهاجم) بر قدرت دفاعی مخاط معده آنچه در قدیم و امروز ثابت شده، دخالت اسید و پپسین و حضور میکروبی به نام هلیکوباکتریلوری در معده به عنوان عوامل اصلی در ایجاد زخم گوارشی است و بدون حضور عوامل مهاجم فوق زخم ایجاد نمی شود.

در حقیقت آنچه که باعث بروز زخم گوارشی می‌شود، به هم خوردن تعادل بین عوامل تهاجمی و دفاعی است. عوامل گوناگون که در ایجاد زخم‌های گوارشی موثرند:



- عفونت هیلوباکتریلوری
(از همه مهم تر)
- داروهای مخصوص مکن‌ها
- اکل، کوکسین، رخنیت
- شرایط جمن وضم، سوختگی وسیع
- برخی عفونت‌های ویروسی که
- اضرار دچار نقص ایمنی می‌شود.
- بدخیمی‌ها
- پرتوآبی به شکم

برای آشنایی هر چه بیشتر با چگونگی ایجاد زخم گوارشی ضروری است که در مورد هر یک از عوامل فوق توضیح بیشتری داده شود.

* نقش ترشح اسید در زخم گوارشی

با توجه به قدرت تخریب اسید موجود در معده، اولین ماده ای که نظر محققین را در توجیه زخم گوارشی به خود جلب کرد، ترشح اسید بود. در سال ۱۹۱۰ محققى به نام شوارتز طی تحقیقات خود اظهار داشت که اگر اسید وجود نداشته باشد، زخم نیز ایجاد نمی شود (نظریه نه اسید- نه زخم). این نظریه تا به امروز کم و بیش مورد قبول اغلب محققین بوده است اما مشاهده تعداد قابل توجهی از مبتلایان به زخم گوارشی که ترشح اسید با میزان طبیعی (مثل آنها که زخم ندارند) داشتند این شک را ایجاد کرد که ممکن است عوامل دیگری نیز در ایجاد زخم نقش داشته باشند در همان ایام در مورد ترشح بی کربنات به عنوان خنثی کننده اسید نیز مطالعه شد و دریافتند که در برخی مبتلایان به زخم اثنی عشر **ترشح بی کربنات** کمتر از افراد عادی است ضمن این که در مورد تخلیه معده از مواد غذایی نیز بررسی های به عمل آمده نشانگر این واقعیت بود که در مبتلایان به زخم اثنی عشر **تخلیه معده** سریع تر از افراد عادی است لذا اسید معده با غلظت بیشتر و قدرت

بیشتری وارد اثنی عشر شده به طوری که در خنثی سازی اسید نقصان ایجاد می شود و زمینه آسیب رسانی توسط اسید فراهم می گردد.

مطالعات مختلف مشخص کرده است که علاوه بر اسید موجود در معده، صفرای مترشحه از کبد و کیسه صفرا نیز می تواند به سلول های معده آسیب برساند. **برگشت صفرا** به داخل معده پدیده ای است که در بسیاری از اوقات رخ می دهد. با شل شدن دریچه خروجی معده (پیلور) صفرای موجود در اثنی عشر می تواند وارد معده و حتی از آنجا وارد مری و دهان شده و حتی سبب تلخی دهان شود. به هر حال صفرا بالقوه آسیب رسان است. (برگشت شیره **لوزالمعده** به داخل معده نیز می تواند سبب آسیب به مخاط معده شود).

* نقش عوامل ارثی و ذاتی در ایجاد زخم گوارشی

زخم گوارشی در نزدیکان درجه یک مبتلایان به زخم اثنی عشر شایع تر است. در قدیم برای توجیه این نکته تنها به نقش توراث و ژنتیک توجه می شد حتی ثابت شده است که در گروه خونی (O+) زخم اثنی عشر بیشتر از سایر گروه های خونی است. اما امروزه با کشف میکروب هلیکوباکتریپیلوری و نقش اساسی آن در ایجاد زخم گوارشی و احتمال انتقال آلودگی میکروبی در بین افراد خانواده، نقش وراثت و ژنتیک در کنار

احتمال انتقال میکروبی مورد بررسی قرار می گیرد. به هر حال احتمالا استعداد ژنتیکی خاصی نیز وجود دارد که تنها برخی از اعضای فامیل فرد مبتلا به عفونت هلیکوباکتری پیلوری دچار زخم گوارشی می شود.



* نقش داروها در ایجاد زخم گوارشی

داروهایی که به عنوان مسکن (ضد درد و التهاب) مصرف می شوند مثل آسپرین، بروفن، مفنامیک اسید، پیروکسی کام، دیکلوفناک و ایندومتاسین می توانند سبب آسیب به سلول های پوششی معده و اثنی عشر شده و زخم گوارش ایجاد نمایند. از بافت پوششی معده موادی به نام پروستاگلاندین ترشح می شود که نقش آنها حفاظت از بافت پوششی در مقابل آسیب های وارده است. این ماده در بسیاری از بافت های بدن با ترکیب و وظایف متفاوت نیز وجود دارد. به طور مثال نوعی از

فصل دوم

زخم گوارش

این ترکیب در ایجاد درد و التهاب نقش مهمی دارد و داروهای مسکن فوق با مهار ساخت این ماده سبب تسکین درد و التهاب در مواضع درد مثل کمر درد، سر درد و... می شوند.

اما همین داروها با مکانیسم مذکور بافت پوششی معده را از یک عامل محافظتی مهم (پروستاگلاندین) محروم می نمایند لذا سلول های پوششی مخاط معده در مقابل عوامل مهاجم مثل اسید و... آسیب پذیرتر شده و زمینه ایجاد زخم فراهم می شود. در افراد مستعد حتی مصرف یک قرص مسکن می تواند زخم های سطحی گوارشی ایجاد نموده و همان زخم ها نیز خونریزی کند در این موارد معمولا زخم سطحی بوده و با قطع دارو از بین می رود. در مواردی که داروهای فوق به مدت طولانی و به میزان زیاد مصرف شود می تواند زخم عمیق نیز ایجاد نماید و یا در صورتی که زخم گوارشی وجود داشته باشد سبب خونریزی از آن شود توصیه می شود مصرف این داروها حتما

با دستور و تحت

نظارت پزشک

صورت گیرد و در

صورت گیرد و در

و یا سابقه قبلی

و یا سابقه قبلی

با نظر پزشک

با نظر پزشک

داروهای فوق

داروهای فوق



* عوامل خطر ایجاد عارضه در مصرف مسکن چیست؟

۱. سن بالا
۲. سابقه زخم قلبی
۳. مصرف هم زمان ضد انعقاد مثل دارفارین، مصرف کورتون، مصرف چند مسکن با دوز بالا، مصرف آسپرین و ... و یا داروهای ناتوان کننده مثل قلبی عروقی



هشدار: از مصرف خودسرانه داروهای مسکن خودداری نمایید.

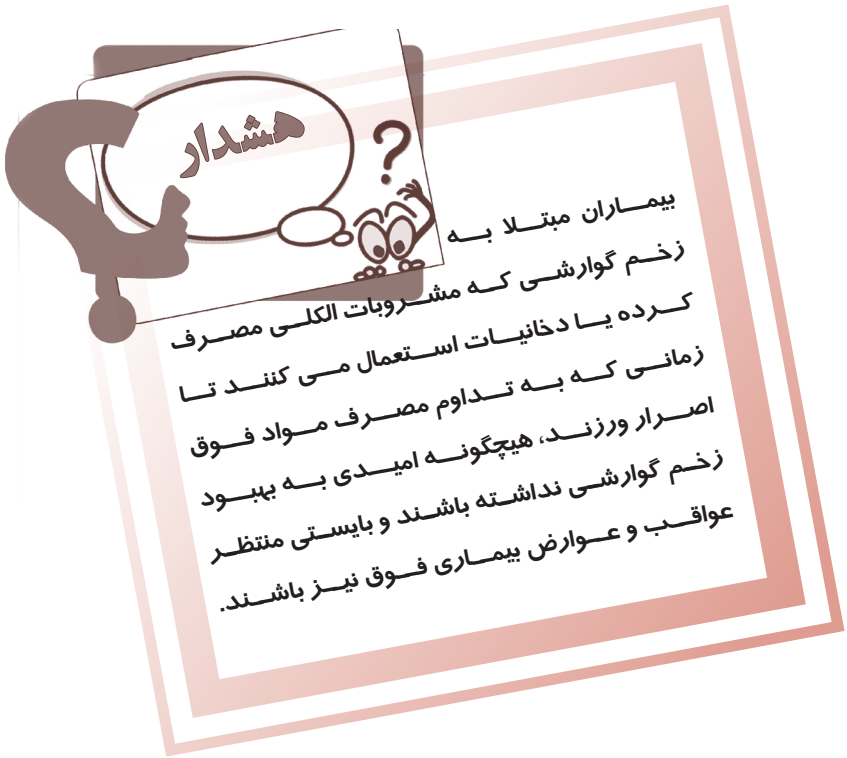
در میان داروهای مسکن ترکیبات استامینوفن سبب زخم گوارشی نمی شود (به دلیل این که مکانیسم اثر آن با داروهای مسکن دیگر متفاوت است)

داروهای مسکن ضدا التهابی حتی اگر به صورت غیر خوراکی (تزریقی یا شیاف) نیز استفاده شوند آثار مخرب بر پوشش مخاطی دستگاه گوارش دارند.

* نقش مصرف مشروبات الکلی و سیگار در ایجاد زخم گوارشی

مشروبات الکلی و سیگار ضمن ایجاد زخم‌های گوارشی باعث تضعیف اثر داروهای مورد مصرف در درمان زخم گوارشی، تأخیر در بهبود و ترمیم زخم و حتی افزایش شانس پیدایش عوارض زخم مثل خونریزی یا پاره شدن زخم می‌شوند و حتی در صورت بهبود زخم شانس عود زخم در این افراد بیش از افرادی است که این مواد را مصرف نمی‌کنند. مشروبات الکلی به طور مستقیم سبب تخریب و انهدام سلول‌های پوششی معده شده و دخانیات نیز با تسریع در تخلیه معده و کاهش عوامل دفاعی مثل ترشح بی‌کربنات زمینه ایجاد زخم گوارشی را فراهم می‌کنند.

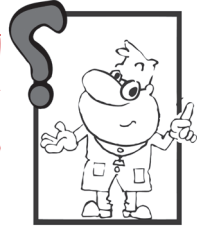




فصل دوم

زخم گوارشی

آیا مصرف چای، قهوه و نوشابه گازدار می
تواند سبب ایجاد یا تشدید زخم گوارشی
شود؟



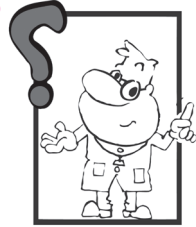
مصرف این مواد در برخی افراد
می‌تواند سبب تشدید درد یا ایجاد
علامتی مثل ترش کردن شوند اما قادر به ایجاد
زخم یا تشدید آن نیستند.

* نقش فشارهای روحی - عصبی در ایجاد زخم گوارشی

فشارهای روحی شدید و استرس های ناگهانی همراه با فشار عصبی مثل مرگ ناگهانی و ایستگان نزدیک می تواند سبب افزایش ترشح اسید معده و اختلال در دفاع بافت پوششی معده شود، اما شواهد قطعی دال بر دخالت تنش های روحی در ایجاد زخم های گوارشی وجود ندارد. گاهی بی خوابی های طولانی مدت، بد غذایی، مشکلات کاری، درسی یا ناکامی در زندگی و... سبب تشدید علایم زخم گوارشی می شود. در مجموع نمی توان نقش هیجانات زندگی، در شدت یابی یا شعله وری علایم زخم گوارشی را نادیده گرفت.



* آیا همه افراد جامعه از نظر عفونت هلیکوباکتر باید بررسی شوند؟



خیر.

در چه کسانی توصیه می‌شود؟

۱. افراد مبتلا به شکایات سوء هاضمه در جوامع با شیوع بالا
۲. در افراد دچار زخم فعال گوارشی
۳. افرادی که شرح حال زخم گوارش قطعی داشته و درمان شده اند
۴. افراد مبتلا به لنفوم MAIT
۵. اشخاص که مبتلا به کancer معده در مراحل ابتدایی بوده و کancer آنها برداشته شده است.

* نقش عفونت هلیکوباکترپیلوری در ایجاد زخم گوارشی

در سال ۱۹۸۱ دو محقق به نام مارشال و وارن به طور تصادفی متوجه شدند که در معده بیمارانی که از معده آنان بافت برداری شده بود، تعداد زیادی باکتری مارپیچی شکل و خمیده دیده می‌شود. این مشاهده از این نظر عجیب بود که تا آن زمان عقیده عموم پزشکان این بود که اسید موجود در معده هر نوع میکروبی را از بین برده و مانع رشد و تکثیر هر نوع موجود میکروسکوپی می‌شود. در بررسی سوابق گزارش‌های پزشکی معلوم گردید که اولین بار در قرن نوزدهم یکی از متخصصین پاتولوژی آلمانی وجود این میکروب را در معده گزارش داده بود، اما از آنجا که امکان کشت این میکروب در فضای خارج از معده در آن زمان وجود نداشت، این گزارش مورد توجه قرار نگرفت و به دست فراموشی سپرده شد. از سال ۱۹۸۲ تا ۱۹۸۳ آقایان مارشال و وارن مطالعه بر روی این میکروب را ادامه دادند تا ارتباط حضور این میکروب در معده را با زخم‌های گوارشی مشخص نمایند و این میسر نبود مگر آن که به روش علمی نشان دهند که پس از استقرار این میکروب در معده زخم ایجاد می‌شود. سریع‌ترین راه برای اثبات این مدعا وارد کردن این میکروب به معده افراد و بررسی وضعیت معده آنها پس از آن بود اما این روش از نظر اخلاقی مورد قبول نبود. تا این که

در سال ۱۹۸۵ به چند نفر داوطلب میکروب هلیکوباکتریپیلوری خورانده شد و نشان داده شد که همه داوطلبین طی مدت کوتاهی به ورم معده دچار شده و عدم معالجه این حالت به زخم معده و یا اثنی عشر منجر می‌گردد. پس از آن نیز طی مطالعات ده ساله نشان داده شد که یروز زخم گوارشی در مبتلایان به عفونت هلیکوباکتریپیلوری بسیار بیشتر از افراد بدون این عفونت است و با درمان و ریشه کن کردن این میکروب احتمال عود زخم هم به شدت کاهش می‌یابد. بدین ترتیب و با کشف میکروب هلیکوباکتریپیلوری تحول عظیمی در باورهای علت شناسی بیماری های گوارشی پدید آمد و شیوه معالجه این بیماران که فقط منحصر به کاستن ترشح اسید بود، کاملاً متحول نمود. در حال حاضر مشخص شده است که ۹۵ تا ۱۰۰ درصد موارد زخم اثنی عشر و ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد زخم معده به دلیل آلودگی به عفونت هلیکوباکتریپیلوری است. مابقی موارد (مواردی که در حضور زخم فعال گوارشی میکروب وجود ندارد) به علت مصرف داروهای مسکن و یا برخی بیماری های خاص دستگاه گوارشی است.

* میزان شیوع میکروب و راههای انتقال آن

آلودگی و عفونت با این میکروب در سراسر دنیا وجود دارد و شاید جهان شمول‌ترین آلودگی میکروبی شناخته شده باشد اما در کشورهای در حال توسعه، شیوع بیشتری دارد. در کشور ما نیز نسبت به کشورهای صنعتی پیشرفته شیوع آلودگی با این میکروب بیشتر است. انتقال میکروب از فرد به فرد به صورت دهان به دهان و یا از طریق ترشحات دفعی به دهان است. لذا با وضعیت اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی جامعه ارتباط نزدیک دارد. خانواده‌های پر جمعیت، محیط نامناسب خانه، آلودگی آب آشامیدنی، تماس‌های فردی و بسیار نزدیک افراد خانواده از عوامل مهم در انتقال بیماری هستند. به نظر می‌رسد تنها محل استقرار طبیعی این میکروب معده انسان باشد و هنوز نتوانسته‌اند این میکروب را از خاک، آب و یا بدن و ترشحات حیوانات جداسازی نمایند البته از خانواده هلیکوباکتر با پسوندهای دیگر مثل هلیکوباکتر فلیینی یا موستلی از معده حیوانات خانگی مثل گربه جدا شده است که خصوصیات هلیکوباکتریلوری را ندارند. در مجموع فقر و شرایط نامطلوب بهداشتی در محیط‌های کوچک و بسته خصوصاً در دوران کودکی با میزان شیوع آلودگی به این میکروب ارتباط دارد. در نظیر این شرایط اجتماعی نیز میکروب اکثراً در همان دوران طفولیت (کمتر از ده سالگی) در معده استقرار می‌یابد. لذا برای کاهش میزان آلودگی در درجه اول

به رعایت بهداشت فردی به خصوص در تغذیه و اصلاح عادات غذا خوردن باید توجه خاصی نمود. نمونه آن استفاده مشترک از ظروف غذای مشترک مثل ظروف حاوی سالاد، ماست، خورش و... است که همه اعضای خانواده با قاشق فردی خود از ظرف مشترک غذا بر می دارند و یا استفاده از لیوان مشترک در سفره غذا است! بنابراین می توان ادعا نمود که زخم گوارشی یک بیماری مسری است و یک علت عمده شیوع زخم گوارشی در یک خانواده انتقال همین عفونت است. اما انتقال این عفونت مانند انتقال سرماخوردگی نیست که بلافاصله پس از انتقال، علایم آن بروز کند بلکه ممکن است سال ها پس از انتقال آلودگی، زخم گوارشی ایجاد شود.

* نحوه عملکرد میکروب هلیکوباکتری پیلوری

میکروب هلیکوباکتری پیلوری یک باکتری خمیده و تاژک دار است که در زیر لایه پوششی معده جایگزین شده به رشد و نمو می پردازد و توسط موادی که ترشح می کند در محل فوق قادر به زندگی و بقاء است. این میکروب پس از استقرار و تکثیر در معده، به واسطه ترشح مواد خاص و با تحریک سلول های معدی سبب تورم و التهاب در بافت پوششی ناحیه انتهایی معده می شود (گاستریت) هر چه شدت این تورم بیشتر باشد احتمال ایجاد زخم هم بیشتر خواهد شد (به خصوص زخم

اثنی عشر). با گذشت زمان و به دلایل نامعلوم، تغییر بافتی در سلول های پوششی اثنی عشر پدید می آید به نحوی که شرایط زندگی میکروب در آن ناحیه نیز فراهم می گردد. در نتیجه استقرار میکروب در اثنی عشر، در اثر تخریب و تضعیف سلول های پوششی آن، سد دفاعی آن ناحیه از بین می رود و در این شرایط عوامل تهاجمی مثل اسید و پپسین و... می توانند زخم گوارشی ایجاد نمایند. علاوه بر اثرات فوق این میکروب قادر است با تغییراتی که در بافت پوششی معده ایجاد می نماید، میزان ترشح اسید و مواد دیگری را که محرک ترشح اسید هستند (مثل گاسترین)، افزایش دهد ضمن این که سبب کاهش ترشح موادی که در اثر خنثی کنندگی اسید دارند، می شود (مثل سوماتواستاتین).

؟ اما راز زنده ماندن میکروب در شرایط مرگ آور اسیدی در معده چیست؟

- این میکروب ماده انزیمی خاصی به نام اوره آز تولید می کند که قادر است بر اوره موجود در مواد داخل معده اثر کرده آن را به آمونیاک تبدیل نماید. این ماده علاوه بر خصوصیات تخریبی، محیط اسیدی اطراف میکروب را تبدیل به یک قلیایی کرده و شرایط اولیه را برای ادامه حیات میکروب فراهم می کند.

؟ چرا همه افرادی که با میکروب هلیکوباکتریلوری آلوده می‌شوند، دچار زخم گوارشی نمی‌شوند؟

• در مطالعات انجام شده میزان شیوع آلودگی به عفونت هلیکوباکتریلوری در جوامع پیشرفته حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد و در جوامع در حال توسعه ۷۰ تا ۸۰ درصد است اما شیوع زخم گوارشی حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد است.

همه افرادی که به این میکروب آلوده می‌شوند دچار زخم گوارشی نمی‌شوند و احتمال ابتلا در افراد آلوده، ۱۰ تا ۲۰ درصد در طول عمرشان است.

تاکنون پاسخ دقیقی به این سوال داده نشده است اما آنچه مسلم است این است که عفونت هلیکوباکتریلوری گرچه مهم‌ترین و اصلی‌ترین عامل برای ایجاد زخم گوارشی است. فاکتورهای میزبان در ابتلا به عفونت هلیکوباکتریلوری و یا پیامدهای خاص عفونت مثل زخم نقش دارند و بایستی عوامل دیگر چون ژنتیک و شرایط محیطی هم فراهم باشد تا زخم گوارشی ایجاد شود. به علاوه این نکته را نیز باید در نظر گرفت که همه انواع هلیکوباکتریلوری قدرت تخریبی و آسیب‌رسانی ندارند بلکه فقط برخی از آنها که قادر به تولید سموم خاص و آسیب‌رسان هستند، می‌توانند زخم ایجاد نمایند. به طور مثال نشان داده

شده است که در ۹۰ درصد مبتلایان به زخم اثنی عشر، سم خاصی به نام سیتوتوکسین (cag-A) و در ۶۰ درصد آنها نیز سم دیگری به نام ماده واکوئل زا (vac-A) از هلیکوباکتر پیلوری موجود در معده آنها جداسازی شده است در حالی که در افرادی که زخم ندارند، میکروب موجود در معده آنها جداسازی شده است در حالی که در افرادی که زخم ندارند، میکروب موجود در معده آنها چنین سمومی را نمی تواند تولید نماید.

البته این سوال که چرا همه افراد آلوده به میکروب دچار زخم نمی شوند در مورد بیماری های دیگر هم قابل طرح است مثلا چرا همه آنها که دچار گلو درد چرکی استرپیتوکوکی می شوند گرفتار روماتیسم قلبی نمی شوند. که در جواب آن هم مشابه جوابی است که داده شد.

فصل دوم

زخم گوارش

مردی ۴۰ ساله هستیم که با تشخیص زخم دوازدهه تحت درمان آنتی بیوتیکی هستیم (برای ریشه کن کردن عامل میکروبی زخم). حدود ۲۰ روز قبل دچار تب و لرز شدید و سرفه و خلط و سردرد و بی اشتهایی شدم که در مراجعه به پزشک گفتند عفونت میکروبی است که به داخل خون راه پیدا کرده است. آیا علت بیماری ۲۰ روز قبل نیز می‌تواند همین میکروبی باشد که زخم اثنی عشر را ایجاد کرده است؟



خیر. عفونت هلیکوباکتریلوری به عنوان عامل میکروبی زخم گوارشی شناخته شده است. این میکروب نمی‌تواند به خون راه یافته و سبب علایم فوق شود و تنها محل استقرار آن بافت مخاطی معده باشد و قدرت نفوذ به داخل خون را ندارد. البته محققین در مورد بیماری‌های ریلری که ممکن است این میکروب در به وجود آمدن وی حداقل تشدید آنها دخالت داشته باشد تحقیق می‌کنند ولی تاکنون نتیجه قطعی ارائه شده است. برخی بیماری‌ها که در مورد ارتباط آنها با عفونت هلیکوباکتریلوری تحقیق می‌شود عبارتند از: بیماری‌های قلبی - عروقی یا مغزی که منجر به کتله قلبی و مغزی می‌شود، کهیر، التهاب مزمن کیه صفرا، کم خونی با علت نامعلوم.

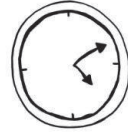
* علایم و نشانه های زخم گوارشی

مهم ترین علامت بیماری، درد و سوزش سر دل است. توصیف احساس درد ناشی از زخم گوارشی مانند حالتی است که در معده آتش روشن شده باشد یا روی زخمی نمک پاشیده باشند و یا به صورت احساس فشار شدید همراه با مالش ناحیه سردل و یا به صورت وارد شدن میله ای که از جلو وارد شده و از پشت خارج می شود، توصیف می گردد. در کنار این علایم، ترش کردن، سوزش پشت جناغ، آروغ زدن، نفخ شکم، حالت تهوع نیز ممکن است وجود داشته باشد.

درد گاهی بیمار را در نیمه های شب از خواب بیدار می کند و با مصرف شربت آنتی اسید و یا خوردن مختصری نان و یا غذا بهبود می یابد. گرچه درد زخم اثنی عشر معمولاً این خصوصیت را دارد که با مصرف غذا بهبود می یابد ولی این تسکین موقتی است و حدود یک ساعت پس از غذا خوردن نیز درد شروع می شود و معمولاً برای چند ساعت تداوم می یابد. خوردن مقداری شیر و یا شربت آنتی اسید باعث تخفیف سریع درد می شود. در زخم اثنی عشر چون درد بیمار با غذا خوردن تسکین می یابد، غذا خوردن های مکرر می تواند سبب افزایش وزن بیمار شود. درد ناشی از زخم معده نیز شبیه درد زخم اثنی عشر است ولی معمولاً شدت بیشتری داشته و امکان تشدید آن با غذا خوردن و همراهی با استفراق وجود دارد، بیمار از غذا خوردن اجتناب کرده

و ممکن است کاهش وزن نیز ایجاد شود.

علایم فوق گاهی چند روز تا چندین هفته طول کشیده و سپس طی دوره چند هفته تا چند ماه علایم برطرف می شوند.



خصوصیات درد ناشی از زخم‌های گوارشی:

- درد با غذا یا گرسنگی ارتباط دارد
- سبب بیداری بیمار از خواب شبانه می شود
- با خوردن آنتی اسید بهبود می یابد
- به صورت دوره ای است یعنی



حالت سرکشی و فروکشی متناوب دارد

تکته: زخم ممکن است در افراد مسن و یا دیابتی بدون علامت و با خونریزی اولین بار مراجعه کند.

درد معده شما می تواند نشانه بیماری خطرناکی مثل حمله قلبی باشد اگر پزشک معالج شما نوار قلب درخواست کرد تعجب نکنید.

فردی که دچار زخم گوارشی به خصوص زخم اثنی عشر می شود اگر درمان نشود ممکن است به خودی خود بهبود یابد اما بطور مکرر عود می کند. طبق گزارشات علمی زخم اثنی عشر درمان نشده با احتمال ۶۰ درصد طی یکسال و با احتمال ۸۰-۹۰ درصد طی ۳ سال عود خواهد کرد. فواصل عود متفاوت است از یک تا دو بار در سال تا حتی ۱۰ بار در سال گزارش شده است. زمان شعله وری و عود نیز ممکن است هر ساله با فصول خاصی از سال مثل بهار و پاییز مصادف باشد. طی هر بار عود زخم احتمال بروز عوارض زخم مثل خونریزی و یا پاره شدن زخم به داخل شکم وجود دارد علاوه بر اینکه عود مکرر زخم می تواند منجر به تنگی و انسداد در ناحیه ابتدایی اثنی عشر بشود.

درد شکم که با فاصله بیش از ۲ ساعت پس از غذا خوردن ایجاد شود و یا دردی که ارتباط با غذا خوردن و گرسنگی نداشته باشد، ممکن است مربوط به معده و اثنی عشر نباشد لذا باید دنبال علت واقعی آن گشت.

* تشخیص زخم گوارشی

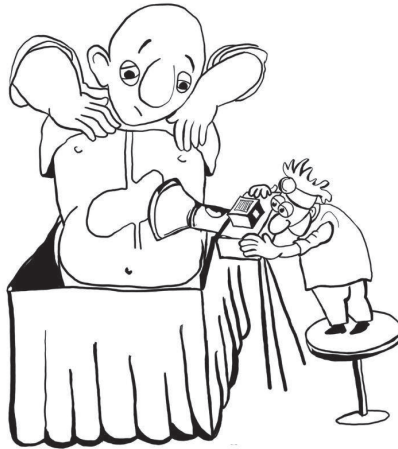
برای تشخیص زخم گوارشی، پزشک به علائم بیماری توجه کرده و در صورتی که خصوصیات درد ناشی از زخم گوارشی وجود داشته باشد و به بیماری دیگری شک نکنند درمان را شروع

می‌کند. با این روش احتمال خطای تشخیص حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد است یعنی با احتمال ۷۰ تا ۸۰ درصد با تشخیص درست بیمار درمان خواهد شد. اما باید این نکته را نیز مد نظر داشت که گاهی مبتلایان به سرطان معده نیز می‌توانند با علایم زخم گوارشی مراجعه نمایند و تنها در صورت انجام بررسی‌های تشخیصی مثل رادیوگرافی معده یا آندوسکوپی ضایعه قابل تشخیص خواهد بود لذا توصیه شده است در صورت بروز علایم زخم گوارشی در سنین بالای ۳۵ تا ۴۰ سال حتما اقدامات تشخیصی صورت گیرد تا با اطمینان خاطر بیشتر درمان لازم به عمل آید.

* اقدامات تشخیصی

• عکس برداری از معده و اثنی عشر با بلع باریم

با کمک این اقدام تشخیص سایه ضایعات موجود در دستگاه گوارش فوقانی دیده می‌شود. عیب این روش ناتوانی در شناسایی ضایعات کوچک و سطحی به خصوص در مراحل اولیه بیماری و عدم افتراق دقیق بین ضایعات خوش خیم (زخم‌های گوارشی) و ضایعات بدخیم (سرطانی) است. ضمن این که نمونه برداری و بررسی میکروسکوپی از ضایعه رویت شده، امکان ندارد.



• آندوسکوپی مری، معده و اثنی عشر

روش دقیق تر و مطمئن تر، انجام آندوسکوپی معده (گاستروسکوپی) است که در آن از یک لوله ظریف و قابل انعطاف با دوربین و چراغ انتهایی استفاده می شود. این روش به صورت سرپایی قابل انجام است و امروزه با پیشرفت تکنولوژیک و آموزش های مناسب به پزشکان فوق تخصص گوارش امکان آسیب به بیمار وجود ندارد و اقدام کاملاً بی خطری به حساب می آید.

• آمادگی قبل از آندوسکوپی معده

جهت پاک بودن سطح درونی معده، حداقل از ۶ ساعت قبل از آندوسکوپی از خوردن و آشامیدن پرهیز نمایید.

در صورتی که دارویی را به طور مداوم مصرف می‌کنید حتماً پزشک خود را در جریان بگذارید.

در صورتی که بیماری قلبی - عروقی یا فشار خون بالا دارید با پزشک خود مشورت نمایید.

اگر قبلاً دچار شکستگی بینی شده‌اید یا پولیپ بینی دارید، پزشک خود را مطلع نمایید.



بیمار عزیز:

به خاطر داشته باشید که روزانه هزاران نفر در کشور ما تحت آندوسکوپی معده قرار می‌گیرند. عبور آندوسکوپ از دهان و مری کوچک‌ترین اختلال و وقفه‌ای در تنفس ایجاد نمی‌کند. لذا شب قبل از آندوسکوپی با آرامش کامل بخوابید.

• اقدامات لازم هنگام انجام آندوسکوپی معده

دستیار پزشکی (پرستار) شما برای انجام آندوسکوپی آماده می‌کند. اگر دندان مصنوعی یا لنز چشمی دارید آن را خارج نمایید. به کمک پرستار به پهلوئی چپ روی تخت آندوسکوپی دراز بکشید. در این مرحله با کمک مواد بی‌حس‌کننده موضعی (اسپری یا ژل گزیلوکائین) حلق و زبان بی‌حس شده و در این ناحیه احساس سنگینی می‌نمایید. سپس با قرار دادن وسیله‌ای در بین دندان‌ها (برای محافظت دستگاه آندوسکوپ از گاز گرفتگی) از سوراخ وسط آن لوله آندوسکوپ وارد دهان، حلق و مری می‌شود. شما می‌توانید در هنگام ورود دستگاه به حلق با بلع مکرر به عبور دستگاه کمک نمایید. سپس با تنفس عمیق آرامش مناسبی برای ادامه آندوسکوپی در شما ایجاد خواهد شد. به کمک این روش پیشرفته علاوه بر تشخیص دقیق ضایعات



مری، معده و اثنی عشر براساس نمونه گیری بافتی و بررسی میکروسکوپی آن، گاهی می توان اقدام درمانی نیز انجام داد (مثل متوقف نمودن خونریزی های گوارشی، درآوردن اجسام خارجی که وارد لوله گوارش می شوند، خارج کردن پولیپ و...)

نمونه گیری جین آندوسکوپی برای هرگونه بررسی بافتی انجام می گیرد و نمونه گیری فقط برای بررسی سرطان نیست. در عین حال نمونه گیری بدون درد، عارضه و خطری است. به هر حال با نمونه گیری از ضایعه مشکوک به سرطان و بررسی میکروسکوپی آن توسط پاتولوژیست تشخیص قطعی بیماری داده می شود.

• مراقبت های پس از آندوسکوپی معده

« به دلیل بی حسی موضعی حلق و خطر بلع مواد به داخل ریه، حداقل تا ۲ ساعت پس از آندوسکوپی از خوردن و آشامیدن پرهیز نمایید.

« در صورتی که به شما آرامبخش تزریق شده باشد تا ۲ ساعت استراحت نموده و تا ۱۲ ساعت از رانندگی خودداری نمایید.

همان طوری که گفته شد عفونت هلیکوباکتریپیلوری عامل اصلی ایجاد زخم های گوارشی است و محل استقرار این میکروب زیر لایه پوششی بافت معده است لذا حضور یا عدم حضور این میکروب در معده را باید به اثبات رساند تا بتوان درمان مناسب را نیز انتخاب نمود.

برای تشخیص عفونت هلیکوباکتریپیلوری در معده به طور کلی از دو دسته شیوه تشخیصی استفاده می شود:

۱. روش های تشخیصی هلیکوباکتریپیلوری که به انجام آندوسکوپی و نمونه برداری از معده نیازمند است.

الف) آزمون تشخیص فوری: آزمونی است که به فوریت و با فاصله زمانی اندک پس از انجام آندوسکوپی قابل ارزیابی است. در این نمونه بافتی معده در داخل محلول یا ژل اوره قرار می گیرد. در صورتی که میکروب در نمونه مورد نظر باشد با

کمک آنزیم خاصی که دارد (اوره آز)، محلول (یا ژل) اوره را تجزیه کرده و حاصل این تجزیه منجر به تغییر رنگ محلول یا ژل می شود و به عنوان اوره از مثبت تلقی می گردد. مزیت این روش جواب سریع و کم هزینه بودن آن است اما در مواردی که میکروب در معده حضور دارد ولی فعالیت آنزیمی آن ضعیف شده باشد این آزمون به صورت کاذب منفی می شود. لذا برای پی گیری پس از درمان مفید نیست.

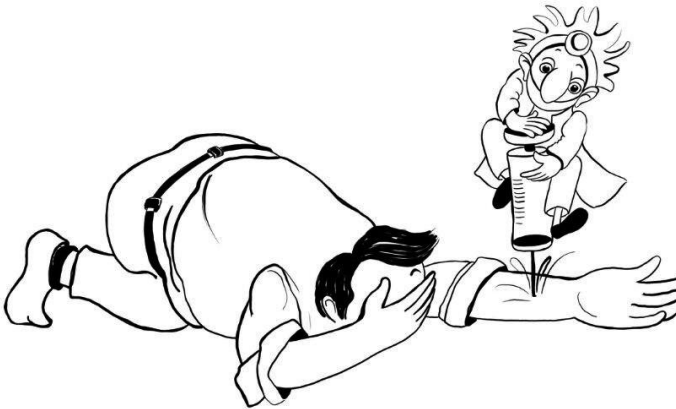
ب) بررسی نمونه زیر میکروسکوپ توسط پاتولوژیست (بررسی هیستولوژیک): در این روش نیز نمونه گرفته شده از معده در محلول ثابت کننده بافتی وارد شده و به آزمایشگاه تشخیصی پاتولوژی ارسال می گردد تا توسط پزشک متخصص پاتولوژی رنگ آمیزی و بررسی شود. در این روش دیگر فعالیت آنزیمی دخالتی ندارد بلکه در صورت حضور میکروب، قابل رویت خواهد بود. از این روش معمولا برای ارزیابی حضور میکروب پس از درمان دارویی استفاده می شود.

ج) کشت بافتی برای بررسی حضور میکروب در معده: در این روش نمونه گرفته شده داخل محیط کشت میکروبی قرار گرفته و در فضای مناسب گذاشته می شود. در صورت حضور میکروب، رشد آن توسط متخصص مربوط قابل رویت خواهد بود.



۲. روش های تشخیصی هلیکوباکتریپیلوری که برای انجام آنها به آندوسکوپی و نمونه برداری از معده نیاز نیست.

الف) آزمون خونی: در این روش آنتی بادی یا پادتنی که توسط سیستم دفاعی بدن بر علیه میکروب ساخته شده شناسایی می شود. (تست سرولوژی) در حقیقت با این آزمون ردپای میکروب بررسی می شود. بدین معنی که ممکن است میکروب از بین رفته باشد اما ردپای آن باقی بماند (حتی تا سال ها بعد) لذا برای تشخیص عفونت فعال و یا پی گیری ریشه کنی پس از درمان قابل استفاده نیست.



ب) آزمون تنفسی: در این روش محلول اوره نشاندار شده با کربن ۱۳ یا ۱۴ به بیمار خورانده می شود (محلول بی رنگ،

شفاف و بدون مزه خاص) در صورتی که معده بیمار حاوی میکروب هلیکوباکتریپیلوری باشد، آنزیم اوره از موجود در میکروب اوره خورده شده را به آمونیاک و گاز دی اکسید کربن تجزیه می نماید و گاز دی اکسید کربن تولید شده پس از جذب و ورود به خون از طریق تنفس دفع می شود. حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه پس از خوردن محلول اوره، بیمار داخل محلول دیگری که قادر به احتباس گاز دی اکسید کربن است، تنفس می نماید سپس توسط دستگاه شمارش گر کربن نشاندار میزان کربن موجود در تنفس که در حقیقت نمایانگر میزان فعالیت اوره از میکروب و تراکم میکروب در معده است، سنجیده می شود. این روش، یک آزمون دقیق و قابل اعتماد برای ارزیابی وضعیت آلودگی معده به میکروب هلیکوباکتریپیلوری است و از آن به عنوان یک آزمایش مناسب برای بررسی ریشه کنی میکروب از معده ۶ تا ۸ هفته پس از درمان دارویی استفاده می کنند.

این آزمایش در چند مرکز آزمایشگاهی در تهران قابل انجام است.

برای انجام آزمون تنفسی با اوره نشاندار رعایت موارد زیر ضروری است:

• صبح روز انجام آن باید ناشتا باشید و دندان های خود را مسواک کاملا تمیز نمایید.

• از ۷ تا ۱۴ روز قبل از انجام آزمون فوق از مصرف داروهایی که ترشح اسید معده را مهار می کنند (مثل رانیتیدین، سایمتیدین، فاموتیدین و اومپرازول) و داروهای آنتی بیوتیکی خودداری شود.

• انجام آزمون تنفسی با کربن ۱۴ در خانم های باردار ممنوع است. (آزمون تنفسی با کربن ۱۳ که در ایران هم قابل انجام است این محدودیت را ندارد).

ج) بررسی ژن های میکروب در مدفوع: در آینده ای نه چندان دور شاید بتوانیم از این تست برای اثبات ریشه کنی هلیکوباکتر استفاده کنیم اما دانشمندان همچنان سر این قضیه دارای توافق نمی باشند.

؟ اگر عامل ایجاد زخم گوارشی، میکروب است پس می تواند از طریق آندوسکوپی نیز به فرد فاقد میکروب و زخم انتقال پیدا کند. نظر شما چیست؟

در صورت رعایت استانداردهای لازم به هنگام انجام آندوسکوپی و شست و شوی مناسب و ضد عفونی دستگاه با مواد ضد عفونی کننده استاندارد احتمال انتقال میکروب وجود ندارد.

؟ مردی هستیم ۴۵ ساله که مدت‌ها قبل سابقه درد معده داشتیم در مراجعه به پزشک گوارش انجام آندوسکوپی و نمونه برداری از معده توصیه شده است اما من از آندوسکوپی می‌ترسم و چون همسایه ما پس از نمونه برداری از معده مشخص شد که سرطان دارد از نمونه برداری هم وحشت دارم و از زمانی که توصیه شده که آندوسکوپی و نمونه برداری انجام شود از این که سرطان داشته باشم هراس دارم به من بگویید چه کنم؟

● با توجه به این که علایم زخم گوارشی با علایم سرطان معده می‌تواند اشتباه شود بهتر است در سنین بالای ۳۰ تا ۳۵ سال درد معده را جدی‌تر گرفته و مناسب‌ترین اقدام تشخیصی همان آندوسکوپی است اما همانطور که گفته شد زخم گوارشی بیماری شایعی است اما سرطان معده نادر است.

لذا در بیماری از موارد انجام آندوسکوپی برای آرامش خاطر بیمار و اطمینان پزشک و تشخیص درست انجام میشود.

● به کارگیری دستگاه‌ها و تکنیک‌های جدید آندوسکوپی توسط پزشکان متخصص گوارش، سبب تحمل بهتر بیماران نسبت به انجام آندوسکوپی شده است (در مقایسه با چند سال قبل) ضمن این که با تجویز داروهای آرامبخش مناسب قبل و یا موقع انجام آندوسکوپی حتی خاطره انجام آندوسکوپی از

ذهن بیمار محو می شود. در برخی مراکز تخصصی روزانه دهها مورد آندوسکوپی انجام می شود بدون آن که هیچ عارضه یا مشکلی ایجاد شود.

لذا شب قبل از آندوسکوپی به راحتی و با آرامش خیال بخوابید و مطمئن باشید که با همکاری شما و با کمک پزشکان حاذق اقدام فوق به راحتی انجام خواهد شد.

● نمونه برداری یا بیوپسی با استفاده از وسیله اختصاصی به نام فورسپس بیوپسی به هنگام آندوسکوپی انجام می شود و به کمک آن قطعه ای از بافت معده یا هر جای دیگری از دستگاه گوارش بریده می شود و برای بررسی های مختلف از جمله آزمون اوره از سریع یا بافت شناسی و یا کشت بافتی مورد استفاده قرار می گیرد. نمونه برداری هیچگونه درد و خونریزی و ناراحتی را به دنبال ندارد و تاکید می شود که منحصر به تشخیص سرطان نیست و برای تشخیص بسیاری از بیماری های دیگر دستگاه گوارش نیز کاربرد دارد.









بنابراین از نمونه
برداری شریک.

نکاتی در مورد تفاوت بین زخم معده و زخم اثنی عشر



گرچه مکانیسم ایجاد هر دو مشابه است (نقش هلیکوباکتریلوری، وراثت و ژنتیک، سیگار و مشروبات الکلی و داروها) اما در مبتلایان به زخم معده ترشح اسید در محدوده طبیعی و حتی

پایین تر از حد معمول است در حالی که در مبتلایان به زخم اثنی عشر ترشح اسید معده در اغلب موارد بالاتر از حد معمول است. (با شناخت میکروب هلیکوباکتریلوری و نحوه استقرار و قدرت آن در تخریب سلول‌های معدی، علت این تفاوت تا حدودی مشخص شده است).

- به نظر می‌رسد در زخم معده نقش کاهش دفاع مخاطی در ایجاد زخم بیشتر از نقش افزایش عوامل مهاجم باشد. 
- سن بروز زخم معده حدود ۱۹ سال بالاتر از سن بروز زخم اثنی عشر است. 
- بروز عوارض در زخم معده بیشتر از زخم اثنی عشر است. 
- زخم معده نسبت به زخم اثنی عشر همراهی کمتری با هلیکوباکتریلوری دارد. 
- مقاومت به درمان دارویی و نیاز به عمل جراحی در زخم معده بیشتر است. 
- علایمی چون استفراغ و احساس سیری زودرس پس از صرف غذا در زخم معده بیشتر دیده می‌شود. 

زخم اثنی عشر نیاز به پیگیری آندوسکوپی پس از درمان ندارد اما در مورد زخم معده، به طور قطع پی‌گیری و اطمینان از بهبود زخم ضروری است.



• پدر ۶۵ ساله ای دارم که به دلیل درد و سوزش سردل، بی‌اشتهایی، کاهش وزن به پزشک مراجعه کرده و در آندوسکوپی انجام شده زخمی به قطر تقریبی ۳ سانتی متر در معده ایشان گزارش شده است. از زخم نمونه برداری شده و گزارش پاتولوژی آن خوش‌خیم و غیر سرطانی بوده است اما پزشک معالج اصرار دارد ۶ هفته پس از درمان دارویی ایشان را برای مرتبه دوم آندوسکوپی نماید. نظر شما چیست؟

به توصیه پزشک معالج خود عمل نمایید. در اکثر اوقات زخم معده ناشی از عفونت هلیکوباکتر پیلوری بوده و سرطانی نیست اما ممکن است زخم سرطانی با زخم خوش‌خیم اشتباه شود. لذا اطمینان یافتن از بهبودی زخم معده در افراد مسن ضروری است. در نمونه برداری تکه بسیار کوچکی (در حد چند میلی متر) از پوشش سطحی مخاط برداشته می‌شود. به طور مسلم با این مقدار نمی‌توان گفت که تمام سطح ضایعه بررسی شده است. بنابراین چنانچه پزشکی که آندوسکوپی نموده و ظاهر زخم را دیده است نسبت به گزارش پاتولوژی مطمئن نباشد لازم است طبق نظر وی پی‌گیری دقیق تری انجام شود.

* درمان دارویی زخم گوارشی

طبق آمارهای موجود حدود ۵۰ درصد زخم‌های گوارشی بدون مصرف دارو و پس از طی یک دوره زمانی (چند هفته تا چند ماه) بهبود می‌یابد اما زخم گوارشی را از قدیم با خاصیت سرکشی و فروکشی و عودکننده آن می‌شناسند و آن‌چه که سبب بیشترین ناراحتی برای مبتلایان به این بیماری می‌شود همین عودها مکرر بوده است و در حقیقت به عنوان یک بیماری علاج‌ناپذیر شناخته می‌شده است.

اهداف درمان

اهداف درمان در مبتلایان به زخم گوارشی تابع اصول زیر است:

۱. تسریع در تسکین درد
۲. تسریع در بهبود زخم
۳. جلوگیری از عود
۴. جلوگیری از عوارض

تسریع در تسکین درد

درد به عنوان یک علامت هشداردهنده است که در هر ارگانی که پدید آید باید به دنبال علت درد بود تا علت اصلی را درمان نمود ولی اغلب اوقات درمان علت اصلی به سرعت نمی‌تواند سبب تسکین علائم و درد شود، لذا باید از روش‌هایی استفاده نمود که بتوان قبل از نتیجه گرفتن از درمان علت اصلی، علائم



آزاردهنده را تسکین داد. در زخم گوارشی نیز برای تسکین درد از داروهای زیر استفاده می شود:

● **داروهای خنثی کننده اسید:** مثل شربت انتی اسید (به عنوان شربت معده شناخته شده است) بلافاصله پس از مصرف، این داروها درد و سوزش تسکین می یابد اما چون مدت اثر آن کوتاه است بایستی به فاصله هر سه ساعت مصرف شود تا با خنثی کردن مداوم اسید بتواند تاثیر مناسب و ماندگار برجا گذارد. این دارو، به صورت قرص جویدنی نیز تجویز می شود. مصرف زیاد این داروها می تواند سبب اسهال، بیبوست، نفخ شکم و یا مسمومیت با املاح موجود در آن شود.

● **داروهای مهارکننده عصبی:** (آنتی کولینرژیک‌ها مثل کلینیدیوم C، پروپانتیلین، هیوسین و...) این داروها ترشح واسطه‌های شیمیایی از انتهای اعصاب دستگاه گوارش را مهار می‌کنند، نقش واسطه‌های شیمیایی فوق‌ترشح‌اسید و افزایش حرکات دستگاه گوارش است. در حقیقت با کمک این داروها ترشح اسید معده به‌طور غیرمستقیم کم‌شده و حرکات ابتدا دستگاه گوارش نیز کاهش می‌یابد. این داروها نیم‌ساعت قبل از غذا خوردن تجویز می‌شود و تجویز آنها به افراد مسن توصیه نمی‌شود.

● **داروهایی که به عنوان پانسمان‌کننده معده استفاده می‌شوند:** این داروها با ایجاد یک لایه زخیم معده را پوشانده و مانع نفوذ اسید به بستر زخم می‌شود. برخی از این ترکیبات با اتصال به بستر زخم سبب تحریک روند ترمیم نیز می‌شوند. از جمله این داروها، سوکرافات، بیسموت، عصاره شیرین بیان و... است. این داروها نیز برای آن‌که اثر ماندگار داشته باشند باید چندین بار در طول شبانه‌روز استفاده شوند لذا آثار سوء و عوارض داروها بروز می‌کند، به عنوان مثال عصاره شیرین بیان به عنوان یک داروی گیاهی (کاربنوکسولون) گرچه علاوه بر خاصیت پانسمان‌کننده سبب تسریع در التیام، افزایش تولید موکوس و طولانی‌کردن عمر سلول‌های معده شده و بر میزان دفاع مخاطی معده می‌افزاید اما مصرف طولانی آن می‌تواند

سبب احتباس آب و املاح شده و اثرات سوء بجا بگذارد. هرگز شیرین بیان را به میزان زیاد و بدون نظارت پزشک مصرف نکنید.

تسریع در بهبود زخم

داروهایی که ترشح اسید معده را مهار می‌کنند می‌توانند سبب بهبود زخم شوند و هرچه قدرت دارو در مهار ترشح اسید بیشتر باشد بهبودی سریع‌تر رخ می‌دهد. از جمله این داروها، مهارکننده‌های گیرنده هیستامین ۲ است که به صورت غیر مستقیم ترشح اسید را کم می‌کنند. مثل (سایمتیدین، رانیتیدین، فاموتیدین، نیزاتیدین و...).

تجویز این داروها پس از یک هفته ۶۰ تا ۷۰ درصد ترشح اسید معده را کاهش می‌دهد. داروی دیگری که امروزه برای کاهش ترشح اسید استفاده می‌شود ترکیبات اومپرازول است که قدرت بالایی در مهار ترشح اسید داشته و پس از یک هفته ۹۰ درصد از ترشح اسید معده را کاهش می‌دهد.

۴ تا ۸ هفته پس از تجویز این داروها زخم گوارشی به طور کامل بهبود می‌یابد. اما پس از قطع این داروها، امکان عود زخم وجود دارد.

جلوگیری از عود زخم گوارشی

یکی از مشکلات عمده و آزاردهنده زخم گوارشی، عود آن است. همان طور که گفته شد تا چندین بار در سال نیز احتمال عود وجود دارد. تا چندین سال قبل تنها راه جلوگیری از عود زخم اثنی عشر مصرف مداوم داروهایی بود که برای بهبود زخم اثنی عشر بکار می رفت و گاهی علی رغم استفاده از داروهای فوق باز هم عود زخم و عوارض آن مثل خونریزی، سوراخ شدن زخم و یا تنگی در محل زخم پدید می آمد که منجر به عمل جراحی می شد به طوری که زخم اثنی عشر طی یک سال در ۶۰ درصد و طی دو سال در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد عود می نمود.

بعد از کشف میکروب هلیکوباکتریلوری به عنوان عامل اصلی زخم گوارشی، انقلابی در درمان زخم معده و اثنی عشر به وجود آمد تا قبل از کشف این میکروب، درمان زخم گوارشی همانند مرض قند و فشار خون، منحصر به مهار علایم بیماری بود و درمان قطعی نداشت. اما امروزه با توجه به قطعی شدن نقش این میکروب در بروز زخم گوارشی، ریشه کن کردن آن به عنوان رکن اصلی و اساسی درمان محسوب می شود. با ریشه کن کردن میکروب بهبود زخم تسریع یافته و مهم تر این که از عود زخم جلوگیری می شود. لذا پایه اصلی درمان زخم گوارشی، ریشه کن کردن میکروب هلیکوباکتریلوری از معده است.

در سال ۴۹۹۱ سازمان بهداشت جهانی توصیه کرد تا تمام مبتلایان به زخم معده و یا اثنی عشر باید تحت درمان ضد میکروب هلیکوباکتر پیلوری قرار گیرند و درمان های قدیم منسوخ است.

ریشه کن نمودن این میکروب به نسبت مشکل است و به دلیل خصوصیات دفاعی میکروب و محل استقرار آن به دور از استرس آنتی بیوتیک ها، باید از چند نوع آنتی بیوتیک به طور همزمان استفاده نمود. در صورت درمان صحیح و ریشه کنی کامل هلیکوباکتر پیلوری، به احتمال ۹۰ درصد زخم گوارشی نیز بهبود می یابد و تا زمانی که عفونت مجدد ایجاد نشود زخم عود نخواهد کرد و دیگر به تجویز مداوم و طولانی مدت و گاهی مدام العمر دارو نیاز نیست. توجه به لزوم استفاده از چند آنتی بیوتیک در ریشه کن کردن هلیکوباکتر پیلوری، احتمال بروز عوارض دارویی و عدم تحمل به داروها نیز وجود دارد و بهترین ترکیب آنتی بیوتیکی ترکیبی است که علاوه بر مؤثر بودن (ریشه کنی موفق بیش از ۶۰ تا ۷۰ درصد)، ارزان، قابل تحمل و بدون عارضه باشد. تا به حال رژیم های دارویی گوناگونی معرفی شده اند ولی تاکنون هیچ ترکیبی نتوانسته صد در صد موفق باشد.

داروهایی که در کشور ما به عنوانی آنتی بیوتیک مؤثر در درمان هلیکوباکتر پیلوری استفاده می شوند عبارتند از: آموکسی سیلین، مترونیدازول، فورازولیدون، تتراسیکلین، اریترومايسن،

سیپرورفلوکساسین و ... و داروهای نایاب تر مثل کلاریترومایسین یا تیندازول.

؟ آیا هیچ داروی گیاهی که بتواند عفونت هلیکوباکتر پیلوری را از بین برد شناخته شده است؟

اثرات ضد میکروبی برخی ترکیبات گیاهی مثل سیر، پیاز و یا آویشن شناخته شده است و در مورد اثرات این ترکیبات در برخی عفونت‌های خاص تحقیق و بررسی انجام شده ما در مورد تأثیر این ترکیبات در ریشه کن نمودن هلیکوباکتر پیلوری هنوز بررسی و تحقیق در حال انجام است شاید در آینده به عنوان بخشی از درمان زخم گوارشی و یا حداقل به عنوان داروی کمکی برای غلبه بر مقاومت میکروب به داروهای آنتی بیوتیکی معرفی شوند.

برای انتخاب یک رژیم دارویی مؤثر اطلاع از وضعیت اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی بیمار ضروری است معمولاً یک یا دو نوع از آنتی بیوتیک‌های فوق به همراه یکی از داروهای مؤثر در تسریع بهبود زخم مثل رانیتیدین و یا اومپرازول و یکی از ترکیبات بیسموت مورد استفاده قرار می‌گیرند.

نکاتی در مورد ترکیبات بیسموت

از حدود دو قرن پیش (از اواخر قرن هجدهم) ترکیبات حاوی بیسموت در درمان بیماری



های گوارشی استفاده می شده است. تأثیر بیسموت در درمان برخی بیماری های عفونی نیز تجربه شده است. از این دارو در درمان اسهال مسافرتی ناشی از میکروب اشرشیا-کولی هم استفاده می شود. در قدیم شکل محلول این ترکیب دارویی بکار می رفت ولی امروزه از فرآورده قرص آن در درمان زخم گوارشی استفاده می شود. البته ترکیبات بیسموت علاوه بر اثرات ضد میکروب، قدرت پانسمان کردن زخم و تحریک روند بهبود زخم را نیز دارند. این دارو سبب تیرگی (سیاه شدن) رنگ مدفوع نیز می شود. در ضمن مصرف آن در مبتلایان به نارسایی کلیه ممنوعیت نسبی دارد.



- مدت تجویز آنتی بیوتیک ها معمولا ۱۴ روز است در کشور ما درمان های کوتاه تر از ده روز موفقیت چندانی نداشته اند.
- تجویز رژیم های درمانی با خصوصیات فوق در ۶۰ تا ۹۰ درصد موارد موفقیت آمیز است و قادر به از بین بردن میکروب می باشد.
- آیا زخم اثنی عشر یا معده را می توان فقط با تجویز داروهای آنتی بیوتیکی درمان نمود و از داروهای قدیمی مثل

سایمتیدین و ... شربت آنتی اسید و یا داروهای جدیدتر مثل اومپرازول استفاده نکرد؟



همان طور که گفته شد تجویز آنتی بیوتیک برای ریشه کن کردن میکروب گرچه درمان اصلی و در حقیقت رفع علت بیماری است و در ضمن سبب تسریع در بهبودی هم می شود اما برای رفع سریع علایم بیماری مؤثر نیست و در برخی افراد حتی تشدید کننده علایم قبلی و سبب بروز علایم جدید هم می شود لذا گرچه درمان اصلی و پایه ای زخم گوارشی آنتی بیوتیک است اما بهتر است به همراه آنتی بیوتیک ترکیباتی مثل رانیتیدین، فاموتیدین و یا اومپرازول تجویز نمود تا علایم سریع تر تخفیف یابد. اما امروزه شربت آنتی اسید یا قرص آن کاربرد چندانی ندارد و فقط در موارد خاص و برای تسکین فوری درد استفاده می شود.

• آیا فقط امپرازول اثر ضد میکروبی دارد؟

داروی امپرازول به عنوان یک مهارکننده قوی ترشح اسید شناخته شده است اما مطالعات نشان داده اند که تا حدودی خاصیت ضد میکروبی هم دارد و استفاده از این دارو در کنار آنتی بیوتیک ها بر میزان موفقیت ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری می افزاید.

گرچه درمان زخم اثنی عشر با تجویز انحصاری آنتی بیوتیک

میسر است اما بهتر است برای بهبود سریع تر علایم از داروهای مهارکننده ترشح اسید نیز استفاده نمود.

بنابراین در مجموع می توان گفت که با انتخاب یک رژیم دارویی مناسب و با تجویز آن به مدت کافی می توان به جنگ هلیکوباکتریلوری و زخم گوارشی رفت و ۶۰ تا ۹۰ درصد به موفقیت امیدوار بود اما موارد زیر می تواند سبب عدم موفقیت در درمان شود:

۱. استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی
۲. مصرف داروهای مسکن ضدالتهابی غیراستروئیدی مثل آسپرین، بروفن، ایندوستاسین، دیکلوفناک، پیروکسی کام، مفنامیک اسید و ...
۳. مصرف نامنظم و نامرتب داروهای آنتی بیوتیکی و یا قطع زود هنگام آنها
۴. مقاومت میکروب به داروهای آنتی بیوتیک تجویز شده (مثل مقاومت به مترونیدازول که در کشورهای در حال توسعه و همین طور کشور ما وجود دارد).

*** جلوگیری از ایجاد عوارض زخم گوارشی**

عوارض عمده زخم گوارشی عبارتند از:

۱. خونریزی که به صورت استفراغ خونی، مدفوع سیاه و یا کم خونی خود را نشان می دهد.
 ۲. پارگی زخم که سبب بروز درد شکم شدید و تب می شود.
 ۳. تنگی در ناحیه زخمی که سبب انسداد در مسیر خروجی تخلیه معده شده و علایمی چون احساس سیری زودرس، تهوع و استفراغ پس از صرف غذا و لاغری ایجاد می کند.
- یکی از مشکلات زخم گوارشی بروز همین عوارض است بروز عوارض فوق طی سال های اخیر کاهش قابل توجهی داشته است. در قدیم در بسیاری از موارد برای درمان عوارض فوق مثل خونریزی از زخم نیاز به عمل جراحی بود. در روش های درمانی گذشته برای جلوگیری از پیدایش عوارض مصرف مداوم داروهای بهبود دهنده زخم را توصیه می کردند که البته تا حدودی می توانست مؤثر باشد. (مصرف مداوم و روزانه داروهای مثل رانیتیدین یا سایمتیدین برای بسیاری از مبتلایان به زخم اثنی عشر به صورت عادت در می آمد). در همان زمان این سؤال در ذهن محققین مطرح بود که چرا علی رغم بهبود زخم امکان بروز عوارض و یا عود مجدد زخم وجود دارد و چرا در برخی موارد حتی حین مصرف دارو نیز برخی عوارض بروز می کرد، با شناخت میکروب هلیکوباکتریلوری به عنوان عامل اصلی زخم گوارشی به برخی از سؤالات جواب داده شده اما هنوز محققین

قانع نشدند و پس از مطالعات تحقیقی ثابت کردند که ریشه کئی موفق هلیکوباکتریپیلوری می تواند عوارض زخم گوارشی و موارد نیازمند به جراحی را کاهش دهد.

برای جلوگیری از ایجاد عوارض زخم گوارشی یا باید میکروب هلیکوباکتریپیلوری را از معده ریشه کن نمود و یا به مصرف مداوم و مادام العمر داروهای کاهنده ترشح اسید متوسل شد. در صورت وجود سابقه ایجاد عوارض، گاهی لازم است از هر دو روش استفاده نمود.



• خانمی هستم ۳۵ ساله که به علت درد معده و نفخ شکم چندین ساله آندوسکوپی شدم به من گفته اند زخم اثنی عشر دارم و عامل آن نوعی میکروب است پس از آن مقدار زیادی آنتی بیوتیک به مدت ۲ هفته مصرف کردم طی مدت مصرف داروها احساس سنگینی و پری شکم می کردم و در حال حاضر هم یک هفته از تمام داروها می گذرد هنوز ناراحتم. می ترسم زخم تبدیل به سرطان شده باشد چه باید بکنم؟
برای جوابگویی به سوال فوق باید نکات زیر را مد نظر قرار داد:
بدون شک درمان زخم اثنی عشر تجویز رژیم های دارویی حاوی آنتی بیوتیک (ضدهلیکوباکتریپیلوری) است تا بتوان

میکروب را از معده ریشه کن نمود و این نکته را باید به یاد داشته باشید که مصرف کامل و منظم داروهای تجویز شده رمز اصلی موفقیت است.

برخی افراد با مصرف داروهای آنتی بیوتیکی و رژیم‌های درمانی ضد هلیکوباکتر پیلوری دچار احساس ناراحتی، درد، تهوع، دل پیچه و تغییر در اجابت مزاج می‌شوند. این علائم در اغلب موارد خفیف بوده و با ادامه درمان نیز از بین می‌رود اما گاهی به حدی است که نیاز به قطع درمان و جایگزین کردن داروها با ترکیبات دیگر است. لذا در صورت شدت یا تداوم یافتن علائم فوق حتماً باید پزشک خود مطلع فرمایید.

با مصرف بیسموت رنگ مدفوع کاملاً تیره و سیاه خواهد شد که نباید باعث نگرانی شود و تصور نکنید که سیاهی مدفوع به دلیل خونریزی گوارشی است لذا مصرف دارو باید ادامه یابد. برخی از آنتی بیوتیک‌ها نیز سبب تغییر رنگ ادرار می‌شوند که آن هم نباید سبب هراس شما گردد.

همانطور که گفته شد در پزشکی برای تسریع در محو علائم بیماری باید به تجویز داروهایی متوسل شد که گرچه علت بیماری را از بین نمی‌برند اما با بهبود سریع‌تر علائم، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند (درمان‌هایی که برای اصلاح و رفع علت اصلی بیماری تجویز می‌شوند معمولاً پس از یک دوره زمانی طولانی می‌توانند علائم بیماری را به طور کامل برطرف

نمایند). لذا انتظار نداشته باشید علایم یک بیماری چندین ساله طی دو هفته از بین برود.

گاهی پس از تجویز رژیم های دارویی ضد هلیکوباکتریلوری، برای مدتی نیاز به تجویز داروهای کاهنده ترشح اسید و یا برخی داروهای دیگر است لذا پس از اتمام درمان اصلی (دو هفته اول) حتما به پزشک معالج خود مراجعه فرمایید.

همانطور که قبلا ذکر شد ریشه کن کردن میکروب از معده در ۶۰ تا ۹۰ درصد موارد موفق است به عبارت دیگر ۱۰ تا ۴۰ درصد احتمال شکست در درمان وجود دارد. لذا در صورت بقاء یا عود علایم اولیه توصیه می کنند حضور میکروب در معده با استفاده از روش های ذکر شده ارزیابی می شود و در صورت اثبات حضور میکروب علت شکست در درمان بررسی شده و سپس با توجه به درمان اولیه، رژیم دارویی جدید تجویز گردد.

زخم اثنی عشر به هیچ وجه سرطانی نمی شود از این جهت نگران نباشید. اندازه زخم نیز معمولا بین نیم تا یک سانتی متر است که طی دو تا چهار هفته درمان دارویی مناسب بدون هیچ اثری به طور کامل محو شود.

* تغذیه در بیماران مبتلا به زخم گوارشی

در بین مردم مرسوم شده که اگر کسی مبتلا به زخم گوارشی شد از بسیاری از مواد غذایی باید پرهیز نماید و لیست طولانی از مواد غذایی ممنوعه در اختیار وی گذاشته می شود. در حقیقت غذای غالب بیمار گوشت آب پز فاقد هرگونه مزه و چاشنی است که تحمل مصرف طولانی آن توسط بیمار نیز بسیار مشکل است. اساس این رژیم نیز بر پایه این تصور بود که چون سبزی، میوه، ترشی جات، فلفل، نوشابه گازدار، ادویه جات، سرخ کردنی ها، حبوبات و نان سبب تشدید علائم می شوند، می توانند سبب ایجاد زخم یا عوارض شده و یا مانع بهبود آن شوند. اما امروزه بررسی های علمی ثابت کرده است که هیچ



یک از اغذیه فوق در ایجاد زخم یا عوارض آن نقش نداشته و مانع ترمیم زخم نمی شوند لذا بیماران مبتلا به زخم گوارشی نباید از مصرف غذاهای فوق بترسند. از طرف دیگر اغذیه فوق به دلیل افزایش حجم معده و یا تحریک حرکات آن می تواند سبب تشدید علایم و عدم تحمل بیمار نسبت به غذا خوردن و حتی داروهای تجویزی شود لذا علی رغم این که خوردن این نوع غذاها ممنوعیتی ندارد اما توصیه می شود از مصرف غذاهای آزاددهنده خودداری شود به طور مثال: اگر فردی مبتلا به زخم گوارشی است و با مصرف سبزی و میوه احساس ناراحتی نمی کند لزومی ندارد از مصرف سبزیجات و میوه جات که یکی از مفیدترین مواد غذایی برای سلامت دستگاه گوارش و کل بدن هستند محروم بماند.

البته برخی مواد به تخریب بافت پوششی دستگاه گوارش و ایجاد زخم گوارشی یا عوارض آن کمک می کنند مثل: مشروبات الکلی، دخانیات و داروهای مسکن ضدالتهابی که باید از آنها پرهیز نمود.

به مبتلایان زخم گوارشی توصیه می‌شود از مصرف هر غذایی که سبب ناراحتی آنها می‌شود پرهیز نموده و از مصرف مشروبات الکلی، دخانیات و داروهای مسکن ضدالتهابی اکیدا پرهیز نمایند.



نکته: همان‌طور که هیچ غذایی نمی‌تواند زخم گوارشی را تشدید نماید، هیچ غذایی نیز نمی‌تواند روند بهبودی زخم گوارشی را تسریع نماید و یا از عوارض آن جلوگیری نماید.

* مصرف شیر و زخم گوارشی

در مورد مصرف مداوم شیر نظرات مختلفی وجود دارد. برخی اعتقاد دارند که کلسیم موجود در شیر می‌تواند ترشح اسید معده را افزایش دهد و برخی دیگر معتقدند که مواد خاصی که در شیر وجود دارد (پروستاگلاندین‌ها) می‌تواند سبب تسریع در بهبود زخم شود. در مجموع توصیه می‌شود ضمن پرهیز از زیاده



روی، روزانه از مقدار متوسط شیر استفاده شود.

فردی هستم که به زخم اثنی عشر مبتلا هستم و تحت درمان می باشم آیا می توانم روزه بگیرم؟

توصیه کلی این است که در صورت فعال بودن زخم گوارشی، تا درمان کامل، بهتر است روزه نگیرید و با بهبود زخم گوارشی و ریشه کن شدن میکروب هلیکوباکتریپیلوری مانعی برای روزه گرفتن وجود ندارد در عین حال توصیه می شود مبتلایان به زخم گوارشی قبل از شروع روزه داری با پزشک معالج خود مشورت کرده و طبق نظر وی عمل نمایند.

* درمان جراحی زخم گوارشی بیمارانی که نیاز به جراحی دارند

• عدم جواب مناسب به درمان و عود مکرر و مقاوم به درمانهای

دارویی جدید

• خونریزی غیر قابل کنترل که علی‌رغم انجام اقدامات

حفاظتی و درمان‌های غیر جراحی متوقف نشود

• سوراخ شدن زخم و تراوش ترشحات معده به داخل حفره

شکم

• انسداد ثابت، شدید و مقاوم به درمان دارویی در مسیر خروجی

معده که در اثر زخم آن ناحیه باشد (عودهای مکرر زخم می

تواند سبب تنگی شود).

در قدیم بسیاری از مبتلایان به زخم اثنی عشر به عمل جراحی

نیاز پیدا می‌کردند اما امروزه با توجه به کاربرد روش‌های

درمانی جدید برای ریشه‌کن کردن عامل اصلی زخم و کاهش

عودهای مکرر و عوارض زخم گوارشی، نیاز به عمل جراحی نیز

کاهش چشمگیری داشته است. علاوه بر این تکنیک غیرجراحی

(آندوسکوپیک) برای کنترل خونریزی از زخم گوارشی نیز

پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته و شیوه‌های نوین آندوسکوپیک

حتی قادر به باز کردن تنگی‌های مجاری گوارشی است لذا

در مجموع می‌توان گفت که امروزه بیماران مبتلا به زخم

اثنی عشر کمتر به اعمال جراحی برای کنترل یا درمان خود

نیاز دارند.

* روش‌های جراحی

قبل از شناخت هلیکوباکتریپیلوری درمان جراحی منحصر به برداشت ضایعه مورد نظر نبود زیرا طبق تئوری‌های آن زمان با برداشتن ضایعه ترشح اسید معده کنترل نمی‌شود و زمینه ایجاد زخم باقی می‌ماند (اسید زیادی) لذا با برداشتن بافت حاوی سلول‌های مترشح‌ه اسید (ناحیه انتهایی معده=انتروم) و قطع کردن اعصاب معده (و یا اعصاب محرک ترشح اسید) سعی در کنترل ترشح اسید معده را داشتند و چون با قطع عصب معده، عملکرد دریچه خروجی معده نیز مختل می‌شد با باز نمودن و برش دادن دریچه خروجی معده (واگوتومی و

پیلوروپلاستی)، با شناخت هلیکوباکتریپیلوری و نقش آن در ایجاد زخم و عوارض ناشی از آن و تاثیر جدی ریشه‌کنی میکروب در کاهش شیوع زخم و عوارض آن، برخی از محققین تغییر استراتژی

در شیوه‌های جراحی

قبلی را توصیه

می‌کنند. استدلال

علمی این است که

چون با ریشه‌کن کردن



زخم می‌توان از عود و ایجاد عوارض جلوگیری کرد لذا زخم اثنی عشری که دچار خونریزی یا پارگی شده است به عنوان یک زخم قابل‌علاج با درمان دارویی در نظر گرفته شود و با تکنیک‌های جراحی فقط پارگی یا رگ خونریزی دهنده را ترمیم نموده و برداشتن بافت مترشحه اسید یا قطع عصب ضرورت ندارد چون با ریشه‌کن کردن هلیکوباکترپیلوری از عود زخم و ایجاد آن جلوگیری می‌شود. البته همه پزشکان و جراحان این دستورالعمل را نمی‌پذیرند و برای این که این دستورالعمل به صورت یک توصیه کلی و عمومی دربیاید بایستی تحقیقات و بررسی‌های بیشتری به عمل آید.

مردی هستم ۲۵ ساله که یک سال قبل به دلیل خونریزی از زخم گوارشی تحت عمل جراحی قرار گرفتم. در حال حاضر نیم ساعت بعد از غذا خوردن دچار طپش قلب، برافروختگی صورت، تعریق و سرگیجه می‌شوم. آیا این علائم با جراحی معده ارتباط دارد؟ برای بهبود آنها چه توصیه‌ای می‌کنید؟



همان‌طور که گفته شد طی عمل جراحی معده، معمولاً بافت سلولی حاوی سلولهای مترشحه اسید (حدود ۱/۳) معده برداشته شده و عصب اصلی معده (عصب واگ) قطع می‌شود تا ترشح اسید کاهش یابد و چون قطع عصب معده سبب از بین رفتن

حرکات طبیعی معده می شود تخلیه معده نیز مختل می شود لذا دریاچه خروجی معده نیز حین جراحی برش داده می شود تا تخلیه ترشحات و مواد داخل معده بدون تحریک عصبی هم مقدور باشد. اما نتیجه این اقدامات تخلیه سریع و بدون کنترل و زودرس مواد غذایی به اثنی عشر است و با ورود زودرس مواد غذایی که خاصیت اسموتیک (جذب آب) بالایی دارند، آب زیادی از جدار روده به داخل لوله گوارش تراوش می کند که می تواند سبب بروز برخی علایم مثل طپش قلب، برافروختگی، ضعف و رنگ پریدگی، تعریق، سرگیجه، تهوع، استفراغ، اسهال و شکم درد شود (Dumping Syndrome)



بعد از عمل جراحی معده، برای جلوگیری از بروز علایم فوق رعایت موارد زیر ضروری است:

۱. کاستن مصرف مواد نشاسته ای (قندی) و مواد غذایی خیلی شیرین (این خاصیت اسمزی شدید سبب جذب آب بیشتری به درون روده می شود).
۲. کاستن از حجم هر وعده غذا و افزایش تعداد دفعات تغذیه.
۳. کاستن از مصرف آب همراه غذا.
۴. استفاده بیشتر از مواد گوشتی.
۵. حداقل نیم ساعت پس از هر وعده غذا به پشت بخوابید.
۶. استفاده از برخی داروهای خاص طبق دستور پزشک معالج.

و رعایت دستورالعمل ششگانه می تواند به رفع یا کاهش علایم کمک کند اما در موارد نادر، جراحی مجدد ضرورت دارد.

عوارض دیگر جراحی معده عبارتند از:

سیری زودرس که می تواند منجر به کاهش وزن شود.

کم خونی به علت کمبود آهن و ویتامین B۱۲ و اسید فولیک

مردی ۳۵ ساله هشتم که از ۶ ماه گذشته به دلیل سوزش سر دل دو بار آندوسکوپی شده ام و در هر دو بار زخم اثنی عشر مشاهده شده است اما در بررسی های مختلف که انجام شد عدم حضور هلیکوباکتریلوری در معده به اثبات رسیده است. سابقه مصرف هیچ دارویی هم ندارم. پزشکان می گویند ممکن است زخم ناشی از افزایش ترشح ماده ای بنام گاسترین باشد که از توموری در ناحیه لوزالمعده ترشح می شود. آیا ارتباطی بین زخم اثنی عشر و تومور لوزالمعده وجود دارد؟



همانطور که گفته شد علت حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد زخم اثنی عشر میکروب هلیکوباکتریلوری است و در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد مصرف داروهای مثل مسکن های ضد التهابی، بیماریهای التهابی روده، بیماریهای انگلی و یا افزایش ترشح گاسترین به

علت تومور ترشح کننده گاسترین علت ایجاد زخم اثنی عشر است. گاسترین قویترین ماده ای است که ترشح اسید معده را می تواند افزایش دهد و افزایش شدید ترشح اسید معده می تواند زخم گوارشی ایجاد نماید. برای درمان این موارد بایستی علت اصلی زخم را درمان نمود مثلاً در زیادی ترشح اسید به علت فزونی ترشح گاسترین باید منشأ ترشح گاسترین را پیدا کرد و از بین برد. (منشأ آن در اکثر موارد توموری در ناحیه لوزالمعده است).

* عوارض زخم گوارشی

سه عارضه عمده زخم گوارشی عبارت است از:

۱. خونریزی از زخم
۲. سوراخ شدن زخم
۳. تنگی ناشی از زخم‌های مکرر

* خونریزی از زخم گوارشی

لوله گوارشی از دهان تا مقعد امتداد دارد و هر گاه در طول این مسیر رگ خونی به درون لوله گوارشی باز شود به اصطلاح به آن خونریزی گوارشی می‌گویند و با توجه به محل خونریزی و شدت آن علایم گوناگونی ایجاد می‌شود. شایع‌ترین علت خونریزی از قسمت‌های فوقانی دستگاه گوارش، زخم معده و اثنی عشر می‌باشد (به خصوص زخم اثنی عشر) البته همه زخم‌های گوارشی منجر به خونریزی نمی‌شود. اما زخم‌های طول کشیده (با عودهای مکرر)، زخم درشت، زخم‌های معده و سنین بالا خونریزی را بالا می‌برد و یکی از خطرات تهدید کننده زندگی در این بیماران محسوب می‌شود.

خونریزی از زخم معده و اثنی عشر می‌تواند به صورت استفراغ خونی (هماتمز) و مدفوع سیاه‌رنگ و شل (مثل ملنا) بروز کند و اگر خونریزی شدید باشد علاوه بر استفراغ خونی و مدفوع سیاه، خون به صورت روشن و تازه نیز دفع می‌شود اما دفع خون

روشن به تنهایی (بدون استفراغ خونی و بدون دفع مدفوع سیاه و قیری) علامت خونریزی از قسمت های پایین دستگاه گوارش مثل بواسیر و شقاق است. خونریزی شدید می تواند سبب افت فشار خون و حتی شوک شود.

مصرف اسفناج، قرص آهن یا قرص بیسموت سبب سیاه شدن رنگ ماده دفعی شده و دلیل بر خونریزی نیست (مصرف چغندر نیز رنگ مدفوع را قرمز رنگ می کند).

خونریزی گوارشی از زخم معده و اثنی عشر در بسیاری از موارد خود به خود متوقف می شود اما تداوم یا تکرار خونریزی می تواند خطرناک و مرگ آور باشد. لذا توصیه می شود با بروز علائم فوق به فوریت بیمار به مرکز درمانی مجهز رسانده شود تا اقدامات تشخیصی و درمانی لازم به عمل آید. به خصوص اگر خونریزی به صورت استفراغ خونی بوده و همراه با دفع خون روشن از مدفوع نیز باشد.



مردی ۳۰ ساله هستم که در آزمایشات متوجه کم خونی ناشی از کمبود آهن شده اند. پزشک معالج برای تشخیص علت کم خونی انجام آندوسکوپی معده و دوازدهه را توصیه نموده است و می گویند ممکن است در این نواحی زخمی باشد که خونریزی

از آن سبب کم خونی شده است در صورتی که هیچ علامتی از خونریزی معده (استفراغ خونی یا مدفوع سیاه) ندارم. من را راهنمایی کنید؟

از شایع ترین و مهمترین علل کم خونی به علت کمبود آهن در آقایان خونریزی های گوارشی است. درست است که علامت مشخصه خونریزی گوارشی از زخم معده یا دوازدهه، استفراغ خونی یا مدفوع سیاه و قیری می باشد، اما گاهی خونریزی از زخم خیلی خفیف بوده و سبب ایجاد علائم فوق نمی شود و در صورتی که میزان خونریزی بیش از توان جبران دستگاه خونساز بدن (مغز استخوان) باشد، منجر به کم خونی می شود. این نوع خونریزی فقط در بررسی میکروسکوپی مدفوع از نظر خون قابل تشخیص است (آزمون خون مخفی در مدفوع).

شایع ترین علت کم خونی ناشی از کمبود آهن در آقایان و در خانم های یائسه، خونریزی مخفی گوارشی است که حتما باید علت و منشأ خونریزی را پیدا کرد و درمان نمود.

* پیش آگهی و سرنوشت خونریزی از زخم گوارشی

احتمال خونریزی از زخم گوارشی حدود ۱۵ درصد است و در ۲۰ درصد از این موارد اولین علامت زخم گوارشی، خونریزی از آن است. در اغلب موارد خونریزی از زخم گوارشی خود به خود متوقف می شود. اما تکرار خونریزی سبب شدت یافتن

خونریزی شده و احتمال توقف خونریزی کمتر می شود. موارد دیگری که احتمال توقف خود به خود خونریزی را کاهش می دهد عبارت است از: خونریزی از معده، مواردی که خونریزی شدید است (مثل مواردی که بیمار استفراغ خونی همراه با دفع خون روشن از مقعد دارد و یا همراه با افت فشار خون باشد).

در مواردی که زخم گوارشی با خونریزی همراه شود، بیمار بایستی در بیمارستان بستری شده و تحت نظر قرار گیرد و با استفاده از آندوسکوپی محل و شدت خونریزی مشخص شده و درمان مناسب انجام شود. در صورت عدم کنترل خونریزی و به خطر افتادن جان بیمار، انجام جراحی ضرورت دارد.

* درمان خونریزی از زخم گوارشی

در صورتی که خونریزی متوقف نشود و یا شدید باشد بایستی برای توقف آن اقدامات خاصی انجام داد. تا مدت ها راه علاج این نوع خونریزی ها عمل جراحی بود اما با پیشرفت های علمی تئوریک و مهندسی پزشکی، روش های آندوسکوپی برای توقف خونریزی ابداع شده است به طوری که با استفاده از ابزارهای مختلف از طریق آندوسکوپی معده (بدون عمل جراحی) می توان خونریزی را متوقف نمود. البته این گونه اقدامات در

مراکزی که شرایط و ابزار مناسب این کار را دارند، قابل انجام است. در مجموع با استفاده از این ابزار و روش‌ها و با ریشه‌کن نمودن میکروب هلیکوباکتریپیلوری در مبتلایان به زخم گوارشی، بیمارانی که برای توقف خونریزی نیاز به عمل جراحی پیدا می‌کنند به شدت کاهش یافته است.

* پیشگیری از خونریزی گوارشی

احتمال خونریزی از زخم گوارشی با رعایت موارد زیر کاهش می‌یابد:

- درمان مناسب زخم و جلوگیری از آن
- جلوگیری از خونریزی‌های مکرر با پیگیری‌های مکرر

با ریشه‌کن نمودن میکروب هلیکوباکتریپیلوری از معده می‌توان از عود مکرر زخم جلوگیری نمود.



پرهیز از عواملی که زمینه مساعد برای خونریزی را فراهم می‌کنند مثل مصرف داروهای مسکن ضد التهابی (آسپرین، بروفن، ایندومتاسین، مفنامیک اسید، پیروکسی کام، دیکلوفناک سدیم و...)، مصرف مشروبات الکلی و استعمال دخانیات.

هیچ یک از ترکیبات غذایی رایج قادر به ایجاد خونریزی از زخم گوارشی نیستند لذا اصرار در پرهیز غذایی ضروری نیست.

* سوراخ شدن زخم گوارشی

احتمال سوراخ شدن زخم گوارشی حدود ۷ درصد است و در ۱۰ درصد این موارد اولین علایم زخم گوارشی مربوط به سوراخ شدن آن است. در صورتی که زخم در معده بوده و یا درشت و عمقی باشد احتمال سوراخ شدن آن بیشتر است، با سوراخ شدن زخم محتویات معده (شیره گوارشی) به



داخل حفره شکم می‌ریزد. درد شدید شکم، تب، سفت شدن عضلات جدار شکم، توقف حرکات روده ای ایجاد می‌شود و در نهایت سبب می‌شود عفونت به داخل خون نیز راه یابد.

* تشخیص سوراخ شدن زخم گوارشی

با علایم فوق و عکس برداری از شکم و قفسه سینه تشخیص داده می شود، در صورتی که به این عارضه شک باشد، انجام رادیوگرافی با باریوم و یا آندوسکوپی معده با شرایط معمولی ممنوع است چون باعث باز تر شدن سوراخ شدگی می شود.

* درمان سوراخ شدن زخم گوارشی

تنها راه علاج آن جراحی و بستن محل سوراخ شدگی است و این عمل به صورت اورژانس و بدون اتلاف وقت باید انجام پذیرد گاهی محل فوق مجاور ارگان های دیگر مثل لوزالمعده است که سبب التهاب لوزالمعده می شود اما این التهاب سبب جلوگیری از نشست محتویات داخل معده به حفره شکم شده و علایم تحریکی شدید ایجاد نمی کند و بیمار با علایم شدید زخم اثنی عشر و درد شدید انتشار یابنده به پشت مراجعه می کند که به درمان دارویی نیز مقاوم است. در این موارد نیز اگر اقدامات درمانی دارویی مؤثر نبود بیمار باید جراحی شود.

پیشگیری از سوراخ شدن زخم نیز مشابه پیشگیری از خونریزی است.

* تنگی مجرای خروجی معده

زخم دوازدهه می تواند سبب تنگی و انسداد در مسیر خروجی

معدده شود که با بهبود زخم و ورم اطراف آن، تنگی و علایم آن برطرف می‌شود. گاهی عودهای مکرر زخم اثنی عشر سبب چروکیدگی و جمع شدن دهانه خروجی معدده شده که با درمان‌های رایج نیز بهبودی ایجاد نمی‌شود و بایستی آن مجرا را باز نمود.

* علایم و نشانه‌های تنگی مجرای خروجی معدده

تنگی در مسیر تخلیه ترشحات معدده، سبب کندی در تخلیه معدده و در تنگی شدید سبب احتباس ترشحات و مواد غذایی خورده شده در معدده می‌شود که علایم آن از احساس سنگینی و سیری زودرس پس از صرف غذا تا استفراغ مکرر حدود نیم تا یک ساعت پس از صرف غذا، متغیر است. استفراغ‌های مکرر منجر به لاغری و کاهش وزن شدید نیز می‌تواند بشود.

زخم معدده و یا ورم شدید معدده بدون ایجاد تنگی، می‌تواند منجر به استفراغ‌های مکرر پس از صرف غذا بشود، لذا تشخیص درست به‌عهده پزشک معالج است.

* تشخیص تنگی مجرای خروجی معدده

در صورت شک به انسداد و تنگی از عکسبرداری معدده و اثنی عشر با کمک بلع باریم (رجوع به صفحه؟) می‌توان کمک

گرفت اما روش مناسب تر و دقیق تر آندوسکوپی معده و اثنی عشر است، با کمک این روش تشخیص قطعی بیماری را داده و در ضمن در مورد علت ایجاد تنگی نیز می توان اظهار نظر نمود (رجوع به صفحه ؟)

* درمان تنگی مجرای خروجی معده

در مراحل اولیه که قسمت عمده تنگی ناشی از تورم اطراف زخم است با درمان زخم گوارشی علایم بیماری نیز بر طرف می شود اما در اغلب موارد به دلیل تنگی مجرای خروجی معده جذب داروهای خوراکی و تحمل آنها کم است لذا در شروع درمان داروهای فوق به صورت تزریقی تجویز می شود ضمن این که با تخلیه ترشحات از طریق لوله گذاری داخل معده بهبودی بیمار تسریع می شود.

در مراحل پیشرفته (در زمینه زخم مزمن) که تنگی بیشتر ناشی از چروکیدگی و جمع شدگی (فیروز) دوازدهه است درمان دارویی فوق نتیجه مطلوب نداشته و یا بهبود نسبی ایجاد می کند لذا برای باز کردن تنگی از روش های دیگر باید استفاده نمود. به کمک عمل جراحی، باز کردن تنگی و یا منحرف کردن مسیر عبور مواد غذایی میسر است ضمن این که با قطع اعصاب معده و برداشتن آن قسمت از معده که اسید ترشح می کند به درمان زخم هم کمک می شود. روش دیگر استفاده از بالون

های گشاد کننده مخصوص است که با کمک آندوسکوپی انجام می شود. پس از انجام این روش با درمان دارویی از بروز مجدد زخم و تنگی می توان پیشگیری کرد.

* پیشگیری از تنگی ناشی از زخم گوارشی

روش پیشگیری مشابه پیشگیری از خونریزی زخم گوارشی است. ذکر این نکته نیز ضروری است که جلوگیری از عود مکرر زخم نقش مؤثری در پیشگیری از تنگی دارد.

مردی ۴۰ ساله هستم که از ۱۵ سالگی مشکلات گوارشی به صورت سوزش سر دل، درد ناحیه سر دل شده ام و در آندوسکوپی ۱۰ سال قبل تشخیص زخم اثنی عشر داده اند. متأسفانه در این سال ها مرتب دچار عود علایم شده ام و تحت درمان با سایمتیدین و رانیتیدین قرار گرفته ام. از سال گذشته



به دنبال غذا خوردن دچار نفخ شدید و احساس سنگینی سر دل شده و بعد از ۲ ساعت استفراغ می کنم و اشتهایم نیز کم شده است. چه اقدامی توصیه می کنید؟

علایم درمان درست زخم اثنی عشر می تواند به انسداد راه خروجی معده منجر می شود و علایم انسداد به صورت تهوع، استفراغ، احساس پری شکم و سیری زودرس ایجاد شود. در صورت تأیید آن توسط آندوسکوپی، جراحی توصیه می شود.

بیمار عزیز:

اگر مبتلا به زخم گوارشی هستید، این نکات را به خاطر بسپارید:



• زخم معده و یا اثنی عشر در نتیجه عفونت هلیکوباکتریلوری و تأثیر مستقیم اسید و پپسین روی مخاط معده و اثنی عشر ایجاد می شود.

• تشخیص عفونت هلیکوباکتریلوری با آندوسکوپي و نمونه برداری از معده، آزمون تنفسی و یا آزمون خونی داده می شود.

• عدم درمان صحیح علاوه بر این که سبب بروز ناراحتی و علایم عود کننده می شود ممکن است منجر به عوارضی شود که به رسیدگی فوری و اورژانس نیاز داشته و تنها راه علاج آن جراحی باشد.

• درمان زخم گوارشی با ترکیبی از آنتی بیوتیک ها و داروهای ضد اسید صورت می گیرد.

• درمان ناقص، میکروب ها را به درمان مقاوم می کند و درمان صحیح بعدی را با مشکل روبرو می سازد. لذا در مصرف دارو در وقت مقرر و به میزان توصیه شده، دقت نمایید.

• عوارض زیر در برخی از افراد که داروهای آنتی بیوتیکی زیر را مصرف می‌کنند ممکن است پدید آید که نباید سبب نگرانی و یا قطع مصرف داروها شود:

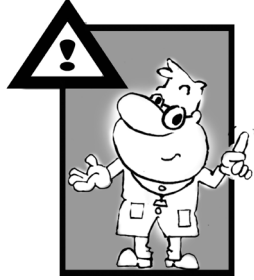
۱. خونریزی از زخم گوارشی سبب سیاه شدن رنگ مدفوع می‌شود اما ترکیبات بیسموت نیز رنگ مدفوع را سیاه می‌کند و این سیاهی دال بر خونریزی نیست. ۲. مصرف مترونیدازول می‌تواند سبب تغییر رنگ و مزه دهان، خشکی دهان، سرگیجه و تهوع شود.

۳. مصرف آموکسی سیلین در برخی افراد می‌تواند سبب اسهال شود. در صورت تداوم یا شدت یافتن علائم با پزشک خود مشورت کنید.

۴. به یاد داشته باشید که در صورت استفاده از کپسول تتراسیکلین، آن را با مقادیر زیاد آب میل نموده و حداقل تا ۲ ساعت پس از مصرف دارو از دراز کشیدن و خوابیدن اجتناب کنید (این دارو در صورتی که در مری بماند می‌تواند زخم مری ایجاد کند).

۵. فورازولیدون سبب زرد شدن رنگ ادرار می‌شود.

برای جلوگیری از مقاومت به درمان و بروز عوارض، از استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی و مصرف داروهای ممکن ضد التهابی مثل آسپرین، بروفن،



ایندومتاسین و ... پرهیز نمایید.

مصرف غذاهای نرگ نسبت به غذاهای سفت هیچ گونه برتری و مزیتی ندارد لذا توصیه می شود فقط از مصرف مواد غذایی حجیم و چرب و هر غذایی که سبب تشدید علائم بیماری می شوند، پرهیز کنید.



فصل ۳

برگشت مواد غذایی از معده به مری

ترش کردن یا سوزش سردل یکی از ناراحتی‌های شایع بشری است که تقریباً همه مردم حداقل یک بار در طول عمر خود آن را تجربه کرده‌اند. این احساس نامطلوب زمانی رخ می‌دهد که اسید معده به داخل مری راه یابد. فردی که دچار چنین حالتی می‌شود ناراحتی خود را به صورت ترش کردن، سوزش سردل، احساس حرکت مایعی سوزاننده از معده (باقی تجمع آب دهان) به سمت بالا، سوزش پشت جناغ سینه و گلو و یا درد فشارنده گذرا در ناحیه قفسه سینه بیان می‌کند. به این پدیده شایع ریفلاکس یا برگشت اسید معده به مری می‌گویند. در این بحث برای آسانی نوشتاری این حالت را به اختصار "ریفلاکس" می‌نامیم.

* برگشت مواد غذایی از معده به مری

ترش کردن یا سوزش سردل یکی از ناراحتی‌های شایع بشری است که تقریباً همه مردم حداقل یک بار در طول عمر خود آن را تجربه کرده‌اند. این احساس نامطلوب زمانی رخ می‌دهد که اسید معده به داخل مری راه یابد. فردی که دچار چنین حالتی می‌شود ناراحتی خود را به صورت ترش کردن، سوزش سردل، احساس حرکت مایعی سوزاننده از معده – باقی تجمع آب دهان – به سمت بالا، سوزش پشت جناغ سینه و گلو و یا درد فشارنده گذرا در ناحیه قفسه سینه بیان می‌کند. به این پدیده شایع ریفلاکس یا برگشت اسید معده به مری می‌گویند. در این بحث برای آسانی نوشتاری این حالت را به اختصار «ریفلاکس» می‌نامیم.

* ریفلاکس چگونه ایجاد می‌شود؟

در حالت طبیعی و در یک فرد سالم حرکت مواد غذایی به صورت یک طرفه از سوی دهان به سمت مقعد است و غذایی که وارد معده می‌شود نمی‌تواند به داخل مری برگردد. دریچه عضلانی که در انتهای مری قرار دارد (دریچه تحتانی مری) در حقیقت یک دریچه یک طرفه است که با حرکات متناوب و متناسب با بلع و هماهنگ اختلال در عملکرد این دریچه می‌تواند سبب برگشت مواد از معده به مری می‌شود. هر گونه اختلال در عملکرد

این دریچه می تواند سبب برگشت مواد از معده به مری شود. بافت پوشش معده نسبت به اسید و ترشحات دیگر گوارشی مقاوم است، اما سلولهای پوششی مری فقط برای عبور مناسب غذا ساخته شده اند و مقاومت چندانی در مقابل اسید ندارند، لذا در مقابل اسید برگشتی آسیب پذیر بوده و احتمال ایجاد تورم، التهاب و زخم نواحی تحتانی مری در اثر اسید وجود دارد. به جز دریچه تحتانی مری عوامل دیگری نیز در مقابل برگشت اسید دفاع می کنند که عبارتند از:

- وجود انقباضات منظم مری (حرکات دودی) که سبب جارو کردن اسید وارد شده به مری می شود.
- ترشحات بزاقی دهان و ترشحات مری که اسید برگشتی را رقیق می کنند.
- حرکات دودی معدی که سبب خروج اسید از معده می شود.
- وضعیت ایستاده انسانی که سبب می شود اسید وارد شده به مری با قوه ثقل خود به معده برگردد.

اختلال عملکرد دریچه تحتانی مری که یک اختلال ذاتی است، معمولاً در سنین جوانی بروز می کند اما با افزایش سن می تواند شدت یابد.

* عوامل بروز دهنده ریفلاکس

۱. هر عاملی که فشار داخل معده را افزایش داده و بتواند به قدرت ناقص دریچه تحتانی مری غلبه نماید:

• افزایش فشار در داخل معده

پرخوری به همراه بلع زیاد هوا

خوردن غذای پر حجم که از معده نیز دیر تخلیه شوند

غذاهای نفاخ با گاز ایجاد شده در لوله گوارش سبب اتساع

فشار داخل معده می شود

• افزایش فشار از خارج معده

چاقی و وزن زیاد علاوه بر افزایش فشار داخل حفره شکمی،

سبب ضعف دریچه تحتانی مری نیز می شود.

بارداری علاوه بر افزایش داخل حفره شکمی، تغییرات هورمونی

زنانه سبب شل شدن دریچه تحتانی مری نیز می شود. (حدود

۷۵٪ خانم‌های باردار در طول حاملگی دچار سوزش سردل می

شوند)

پوشیدن لباس های تنگ

غذاهای نفاخ روده‌ها را متسع نموده و به معده فشار می آورند.

خم شدن به جلو یا خوابیدن به شکم یا فعالیت ورزشی

خصوصاً پس از صرف غذا

۲. عوامل که سبب شل شدن دریچه تحتانی مری می‌شوند:

- **استعمال دخانیات:** به علت نیکوتین موجود در سیگار اثر نامطلوب دارد.

- **مصرف مشروبات الکلی:** در جوامعی که مصرف مشروبات الکلی رایج است ریفلاکس و عوارض آن یکی از معضلات و مشکلات مهم پزشکی است، که خوشبختانه در کشور ما شیوع ندارد.

- **داروها:** برخی از داروها مثل داروهایی که برای درمان آسم (تنگی نفس حمله ای) به کار می‌رود تشدید کننده و بروز دهنده علایم ریفلاکس است.

- **برخی از فرآورده های غذایی:** غذاهای چرب و سرخ کرده (بیشتر به علت کندی تخلیه آنها از معده سبب افزایش حجم داخل معده می‌شوند)، ادویه جات، مرکبات، نوشیدنی های کافئین دار، عصاره نعناع می‌تواند سبب تشدید ریفلاکس شوند.

۳. نفایض ساختمانی در نواحی تحتانی مری

• فتق معده

پرده دیافراگم یا حجاب حاجز، پرده ای عضلانی و پهن است که احشا شکم را از ارگانهای داخل قفسه سینه جدا می‌کند، مری به عنوان یکی از اعضا داخل قفسه سینه برای اینکه به معده متصل شود باید از عضله دیافراگم عبور نماید، حفره ای که تقریباً در مرکز عضله دیافراگم قرار دارد محل عبور مری است،

این حفره به اندازه ای است که فقط مری با قطر نزدیک به ۲ سانتی متر از آن عبور نماید گاهی این حفره بزرگتر شده و یا نسوج اطراف آن سست می شود و به دنبال آن قسمت فوقانی معده وارد قفسه سینه می شود به این وضعیت فتق معده (هرنی هیاتال) گفته می شود. هر عاملی که سبب افزایش مداوم فشار داخل شکم شود می تواند سبب بروز فتق معده گردد (مثل چاقی و حاملگی)

این بیماری در همه سنین دیده می شود اما با افزایش سن شانس بروز آن افزایش می یابد به طوریکه ۷۰ درصد افراد بالای ۷۰ سال فتق معده دارد. در صورتی که فتق خفیف باشد علامت خاصی ندارد اما درفتق وسیع معده وضعیت طبیعی درپچه تحتانی مری تغییر کرده و می تواند سبب اختلال در عملکرد آن شود و در نتیجه علایم ریفلاکس بروز نماید.

این نکته را باید در نظر داشت که در اکثر موارد فتق معده بدون علامت بوده و نیاز به اقدام خاصی ندارد و در برخی موارد خصوصاً مواردی که فتق وسیع وجود داشته باشد به بروز و تشدید ریفلاکس کمک می کند. وجود و وسعت ریفلاکس با انجام رادیوگرافی با باریم (بلع باریم) و یا انجام آندوسکوپی تشخیص داده می شود.

گرچه بسیاری از موارد ریفلاکس با فتق معده همراهی دارد اما این نکته را نیز باید در نظر گرفت که در بسیاری از موارد نیز ریفلاکس بیمار به علت فتق نیست و با اصلاح فتق، ریفلاکس برطرف نمی‌شود.



- مردی ۳۵ ساله هستم که مبتلا به ریفلاکس شدید هستم برخی از پزشکان به رعایت برخی رژیم‌های غذایی (به خصوص در طول شب و قبل از خوابیدن) و بالا بردن نیمه فوقانی بدن نسبت به نیمه تحتانی بدن (با زاویه حدود ۱۵ تا ۲۰ درجه) به طور جدی تاکید می‌کنند، علت آن چیست؟

یکی از عوامل دفاعی در مقابل برگشت اسید به مری، وضعیت ایستاده فرد است که سبب می‌شود اسید برگشتی با قوه ثقل خود به معده برگردد. در حالت طبیعی گرچه با خوابیدن شرایط برای برگشت اسید فراهم می‌شود اما انقباض یکنواخت دریچه تحتانی مری مانع ریفلاکس می‌شود. در مواردی که عملکرد دریچه تحتانی مری مختل باشد ضعف عملکرد دریچه طی خواب شبانه سبب برگشت اسید می‌شود، ضمن این که کاهش ترشحات بزاقی دهان و کاهش تحریکات عصبی منقبض کننده

دریچه تحتانی مری طی خواب، به برگشت اسید و قدرت آسیب رسانی بی‌تشر آن کمک می‌کند. لازم به ذکر است که حملات ریفلاکس شبانه معمولاً بدون علامت بوده و فردی که خوابیده است عکس العمل ارادی در مقابل برگشت اسید به مری نشان نمی‌دهد لذا برای اسیدی که مجاور بافت پوشش مری قرار گرفته مجال بیشتری برای آسیب رسانی ایجاد می‌شود. با توجه به مسائل فوق توصیه‌های پزشکی برای کاهش آسیب رسانی در طول خواب صورت می‌گیرد (رجوع به مبحث درمان ریفلاکس)

* علایم و نشانه‌های بیماری ریفلاکس

از آنجا که بافت پوششی مری نسبت به اسید آسیب پذیر است تا برگشت مداوم اسید از معده به مری علایمی نظیر درد و سوزش ناحیه پشت جناغ سینه و یا ناحیه سر دل ایجاد می‌شود که معمولاً با غذا خوردن تشدید پیدا کرده و چند ساعت پس از آن طول می‌کشد و با مصرف آب، جوش شیرین، شیر یا شربت ضد اسید برطرف می‌شود. گاهی برگشت اسید به داخل مری سبب گرفتگی شدید عضلات مری و اطراف آن شده و درد در ناحیه قفسه سینه ایجاد می‌شود. شدت و خصوصیات درد گاهی مشابه درد مربوط به آنژین قلبی است که افتراق این دو بیماری را از یکدیگر مشکل می‌سازد.

ریفلاکس باعث برخی علایم غیراختصاصی و نا شایع نیز می شود مثل: بوی بد دهان، احساس پری در ناحیه فوقانی گردن یا سر دل، آروغ تلخ، گلو درد مزمن صبحگاهی، گرفتگی صدا، سرفه مزمن (خصوصا شبانه)، تنگی نفس مزمن حمله ای (شبيه آسم) پوسیدگی های دندان، بیماری های لثه.

* عوارض ریفلاکس

* ازوفاژیت

* زخم و تنگی مری

* مری بارت و سرطان

بیماری ریفلاکس، بیماری شایعی است و در اکثر موارد خطرناک نیست و عارضه ای ندارد، ولی در مواردی که مداوم و شدید باشد می تواند به سلولهای پوششی مری آسیب برساند (ازوفاژیت) در آسیب خفیف فقط نسج انتهایی تحتانی مری متورم و ملتهب می شود اما با تشدید و تداوم بیماری به تدریج زخم سطحی و سپس عمیق ایجاد شده و در صورت تداوم زخم و آسیب سلولی، تنگی آن ناحیه نیز بروز می کند و در نتیجه علایمی چون کم خونی و یا درد پشت جناغ سینه به هنگام عبور غذا از مری و یا احساس گیر کردن لقمه غذایی تظاهر می نماید. (کم خونی در اثر خونریزی مداوم و خفیف از زخم انتهایی مری است) در صورتی که بیماری درمان نشود به تدریج

بافت پوششی مری برای مقابله با برگشت اسید تبدیل به بافت پوششی معده می‌شود که آن را به اصطلاح پوشش بارت می‌گویند. در مبتلایان به بارت شانس سرطانی شدن مری بیش از افراد عادی است، اما فراموش نکنید که بیماری ریفلاکس بسیار شایع است و بیش از ۴۰ درصد مردم دچار این بیماری هستند (۱۰ درصد موارد به شکل آزاردهنده) ولی سرطان مری بیماری نادری است لذا به نظر می‌رسد اولاً در موارد ریفلاکس شدید به خصوص در مصرف کنندگان مشروبات الکلی بافت پوشش بارت می‌تواند ایجاد شود و ثانیاً شانس سرطانی شدن بافت پوشش بارت در حدی نیست که با ایجاد این بافت برداشتن آن الزامی باشد بلکه توصیه می‌شود این افراد به صورت دوره‌ای به پزشک مراجعه نموده و ضمن درمان صحیح، پی‌گیری با آندوسکوپی و نمونه برداری از آن ناحیه انجام شود و به محض مشاهده کوچک‌ترین شواهدی به نفع سرطانی شدن، اقدام مناسب (جراحی) انجام شود.

برای جلوگیری از بروز عوارض ریفلاکس، این بیماری را

جدی‌تر گرفته و در صورتی که شدید یا مداوم باشد بایستی

درمان مناسب و مداوم صورت گیرد. در صورت عدم بهبودی

با درمانهای دارویی حتماً باید آندوسکوپی شود.

* تشخیص ریفلاکس مری به معده

در اکثر موارد علایم، راهنمای تشخیصی خوبی برای بیماری است به طور مثال ترش کردن و سوزش سردل پس از صرف غذا علایم هستند که با درصد اطمینان بالا می توانند نمایانگر اختلال در عملکرد دریچه تختانی مری و ریفلاکس باشند و نیاز به اقدام تشخیصی خاصی نیست.

علائمی چون سرفه مزمن، تگی نفس حمله ای و درد سینه معمولاً ناشی از بیماری هایی مثل سینوزیت مزمن، آسم، بیماری های عروق قلبی می باشند اما در برخی موارد اندک این علائم می توانند ناشی از ریفلاکس باشند (علایم غیر معمول ریفلاکس)

به طور کلی ریفلاکس از دو جهت قابل بررسی است:

۱. اثبات حضور ریفلاکس

که با نشان دادن برگشت اسید از معده به مری از طریق گذاشتن ابزارهای لوله ای باریک و حساس به اسید در انتهای مری انجام می شود و در طول ۲۴ ساعت اطلاعات دریافتی را ثبت کرده و تجزیه و تحلیل می نمایند (PH متری ۲۴ ساعته مری) و علایم بیمار شک داشته باشد مثل ارتباط ریفلاکس با درد سینه، سرفه مزمن یا تگی نفس حمله ای که معمولاً به علت بیماری های دیگری غیر از ریفلاکس ایجاد می شوند.

۲. بررسی آثار و عوارض ریفلاکس

آثار برگشت اسید در مری به میزان و مدت برگشت اسید ارتباط دارد و به ترتیب عبارت است از:

* تورم و قرمزی سلول‌های پوششی مری

* زخم سطحی و یا عمقی

* تنگی ناشی از زخم مزمن و مکرر

* جایگزینی بافت پوششی معده به جای بافت مری

هرچه مدت و میزان ریفلاکس بیشتر باشد این آثار و عوارض بیشتر است، در موارد که ریفلاکس طولانی مدت و شدید وجود داشته باشد و یا پزشکی معالجه به حضور این آثار شک داشته باشد از روش‌های تشخیصی مثل آندوسکوپی مری یا عکس برداری با ماده حاجب از مری کمک گرفته شود (به مبحث آندوسکوپی مری و معده در همین کتاب مراجعه شود).

پس در مجموع می توان گفت:

در صورت وجود علائم خاص ریفلاکس مثل تشرش کردن و یا سوزش سردن نیازی به انجام اقدام تشخیصی نیست. در صورت وجود علائم غیر معمول ریفلاکس، برای اثبات ارتباط علائم با ریفلاکس از PH متری ۲۴ ساعته مری استفاده می شود.

برای بررسی آثار و عوارض ریفلاکس از آندوسکوپی مری استفاده می شود. این نکته را نیز باید در نظر داشت که همراهی بیماری ریفلاکس و زخم گوارشی نیز شایع است و برخی بیماران هر دو را دارند.



* درمان ریفلاکس

درمان مناسب ریفلاکس به ترتیب با در نظر گرفتن روش های زیر صورت می گیرد:

* اصلاح عادات روزمره در تغذیه و خوابیدن

* درمان دارویی

* درمان جراحی

* روش های جدید درمانی

* اصلاح عادات روزمره در روش تغذیه

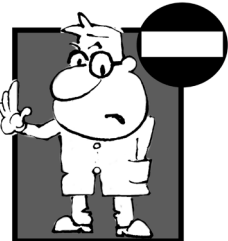
نخستین توصیه ها شامل درمان های غیر دارویی است به همین دلیل به راحتی توسط خود افراد قابل اجرا است. تغییر در شیوه زندگی و تغذیه حائز اهمیت است. در این مورد حذف هر عاملی که باعث تشدید بیماری می شود، می تواند در جهت درمان و بهبود بیماری موثر باشد. لذا عمل کردن به موارد زیر توصیه می شود:

۱. پرهیز از پرخوری

افزایش محتویات داخل معده، فشار داخل معده را زیاد کرده و سبب برگشت ترشحات به داخل مری می شود.

هشدار

برای غلبه بر ریفلاکس توصیه می شود از پرخوری و خوردن غذاهای حجیم پرهیز نمایید.



۲. اصلاح چاقی

چاقی به خصوص چاقی شکمی، با افزایش فشار داخل شکم می تواند سبب ریفلاکس شود.

کاهش وزن جهت حفظ وزن مناسب روش بسیار مؤثری برای

مقابله با ریفلاکس است.

۳. پرهیز از استعمال دخانیات و مشروبات الکلی

این ترکیبات با کاهش ترشحات بزاق و شل کردن دریچه تحتانی مری و اثرات مخرب بافتی به ایجاد ریفلاکس کمک می کنند.

در صورتی که مبتلا به ریفلاکس هستید و به استعمال دخانیات

یا مشروبات الکلی نیز اعتیاد دارید باید منتظر عواقب و عوارض

ریفلاکس نیز باشید.

۴. پرهیز از برخی غذاها

برخی نوشیدنی ها مثل قهوه، چای (به خصوص غلیظ)، شکلات، عصاره نعناع، نوشابه های گاز دار، آب گوجه فرنگی، و برخی از مواد غذایی خیلی شیرین یا خیلی چرب، ادویه جات، غذاهای خیلی گرم یا خیلی سرد، فست فود و پنیر پیتزا می توانند سبب تشدید ریفلاکس شوند. سعی کنید به همراه غذا آب و سایر مایعات مصرف نکنید و قبل از سیر شدن دست از غذا بکشید.

* اصلاح عادات روزمره در روش خوابیدن

همانطور که ذکر شد در افراد مبتلا به ریفلاکس خوابیدن سبب تشدید و تسهیل ریفلاکس می‌شود. در صورتی که معده حاوی ترشحات و مواد غذایی باشد، احتمال برگشت اسید (ریفلاکس) و آسیب رسانی به مری در طی خوابیدن بیشتر است لذا باید تلاش نمود که به هنگام خوابیدن معده خالی باشد، به همین جهت توصیه می‌شود که فاصله زمانی بین غذا خوردن و خوابیدن حداقل ۲ ساعت باشد تا معده به طور کامل تخلیه گردد. به عنوان مثال در میهمانی‌های شبانه که غذاهای



مفصل به همراه دسر قبل و بعد از غذا بوده و نوشیدن چای نیز جزء لاینفک این مهمانی‌ها است، بروز ریفلاکس نیز اجتناب ناپذیر است و چون معمولاً فرد با فاصله اندکی پس از تغذیه نیز می‌خواهد در این مورد بروز این پدیده و آسیب‌رسانی آن تقریباً قطعی است.

برای مقابله با ریفلاکس ضرورت دارد که بین تغذیه و

خوابیدن حداقل ۲ ساعت فاصله باشد.

افرادی که در طول شب دچار ریفلاکس می‌شوند و یا در طول روز ریفلاکس مکرر و شدید دارند بهتر است جهت جلوگیری از ریفلاکس شبانه به هنگام خوابیدن تنه فوقانی (سر و تنه) حداقل ۱۵ درجه نسبت به نیم تنه تحتانی (شکم و پاها) بالا تر قرار گیرد.

* درمان دارویی در ریفلاکس

بخش عمده درمان، اصلاح عادات روزمره و تغذیه است. اما دو هدف عمده از درمان دارویی کاهش میزان اسید موجود در معده و تقویت دریچه تحتانی مری است.

۱. کاهش میزان اسید موجود در معده

داروهای خنثی‌کننده اسید مثل شربت یا قرص ضد اسید در

صورتی که به میزان کافی مصرف شوند می‌توانند به مدت یک تا سه ساعت اسید داخل معده را خنثی نمایند و اثر تسکین دهنده آن نیز فوری است اما برای تأثیر مداوم و مؤثر بایستی به فواصل کوتاه (هر یک تا سه ساعت) مصرف شوند، طی خواب شبانه نیز امکان مصرف دارو به این روش نیست.

داروهای مهار کننده ترشح اسید مثل سایمتیدین، رانیتیدین، فاموتیدین، نیزاتیدین، اومپرازول، لنزوپرازول، لوزک... مؤثر تر می‌باشند. در حال حاضر ترکیبات مشابه اومپرازول به عنوان درمان انتخابی ریفلاکس معرفی می‌شوند چون سریعتر و مؤثرتر از داروهای دیگر عمل می‌کنند.

۲. تقویت دریچه تحتانی مری

داروهای که ضمن تقویت دریچه تحتانی مری، حرکات قسمت ابتدایی دستگاه گوارش را تشدید کرده و تخلیه معده را تسریع می‌کنند، در درمان ریفلاکس به کار می‌روند مثل متوکلوپرامید، عموم مردم این دارو را به عنوان داروی ضد استفراغ و تهوع می‌شناسند در صورتی که منظور از مصرف این دارو در ریفلاکس، مقابله با تهوع یا استفراغ نیست بلکه تخلیه سریع معده از اسید مد نظر است. عارضه نسبتاً شایع این دارو خواب آلودگی و سستی و گاهی تحریک پذیری و انقباضات عضلانی است در این موارد از داروهای دیگری که این عوارض را نداشته باشد باید استفاده نمود مثل دومپریدون، سیزاپراید یا پروکالوپراید.

این داروها با داروهای کاهش دهنده میزان اسید معده تجویز می‌شود و به تنهایی برای مقابله با ریفلاکس مناسب نیستند.

چون اختلال در عملکرد دریچه تثنائی مری علت اصلی ایجاد ریفلاکس است در بیماری از اوقات در ریفلاکس شدید مصرف طولانی و بدون وقفه دارو الزامی است.

- فردی هستم که از چندین سال قبل مبتلا به ریفلاکس هستم و تحت درمان‌های دارویی و رژیم غذایی می‌باشم اخیراً در یک مجله پزشکی در مورد وجود یک میکروب خاص به نام هلیکوباکتر پیلوری مطالعه می‌کردم که آن را به عنوان عامل اصلی زخم گوارشی و ورم معده معرفی کرده‌اند و با از بین



بردن این میکروب قادر به درمان زخم‌های گوارشی و ورم معده شده‌اند. چون از این بیماری و مصرف دارو خسته شده و از مصرف مداوم دارو می‌ترسم در پی راه چاره‌ای برای درمان قطعی بیماری خود هستم. آیا این میکروب در بروز ریفلاکس نقش دارد و آیا راه جدیدی برای خلاصی کامل از این بیماری وجود دارد یا خیر؟

تا چند سال قبل در مورد نقش میکروب هلیکوباکتر پیلوری در ایجاد ریفلاکس شک و تردید وجود داشت اما تا کنون هیچ‌یک از مطالعات تحقیقات علمی این ارتباط را تأیید نکرده است از طرف دیگر طی ۲

تا ۳ سال اخیر طی چند بررسی علمی که در کشورهای غربی انجام شده به اثر حفاظتی این میکروب در مقابل ریفلاکس پی برده اند البته برای نتیجه گیری قطعی نیاز به بررسی های بیشتری است. در مجموع به نظر می رسد که با درمان و از بین بردن میکروب هلیکوباکتر پیلوری نمی توان به بهبود ریفلاکس امیدوار بود و شاید باعث تشدید آن هم بشود.

لازم به ذکر است که ترس شما از مصرف مداوم دارو بی مورد است و اگر تجویز طولانی مدت داروهای مهار کننده اسید با مقادیر کم و تحت نظر پزشک متخصص باشد هیچ خطری ندارد و نباید نگران باشید.

* درمان جراحی ریفلاکس

به طور کلی در مواردی که روش های غیر جراحی ثمر بخش نباشد یا عوارض شدید و غیر قابل درمان ریفلاکس ایجاد شود و یا بیمار از بیماری خود خسته و کلافه شده باشد جراحی توصیه می شود. قبل از انجام عمل جراحی بایستی بررسی های تشخیصی خاصی در مورد شدت نارسایی دریچه تحتانی مری و اختلالات همراه آن (مثل فتق معده یا زخم گوارشی) انجام شود. طی این بررسی ها میزان اسید برگشتی و اندازه فشار دریچه تحتانی مری ارزیابی می شود (مانو متری و PH متری) سپس عمل جراحی به شیوه باز یا لاپاراسکوپی انجام می شود.

(برای کسب اطلاعات بیشتر از لاپاراسکوپی به کتاب سرطان‌های دستگاه گوارش و یا کتاب سنگ کیسه صفرا مراجعه شود.) به کمک عمل جراحی در حقیقت از عضلات و الیاف اطراف دریچه تحتانی مری برای تقویت آن استفاده می‌شود و تجربه تیم جراحی در انجام این عمل بسیار مهم است.

* روش‌های درمانی جدید

به جز روش‌های جراحی روش‌های غیر دارویی دیگری نیز در درمان ریفلاکس بررسی شده است که به طور عمده با دخالت آندوسکوپی انجام می‌گردد (مثل اصلاح دریچه با روش‌های ترمیمی یا با استفاده از امواج رادیویی با فرکانس خاص و...) اما این روش‌ها هنوز در مرحله تحقیقات بوده و فراگیر نشده است.

دستور العمل کلی برای مبتلایان به ریفلاکس



- ریفلاکس مکرر روزانه ضمن آنکه ناراحت کننده است می تواند سبب ایجاد عوارض شود لذا مراجعه به پزشک و درمان مناسب ضروری است.

- وزن خود را به حد ایده آل برسانید.
- از پوشیدن لباس های تنگ و بستن کمربند محکم خودداری فرمایید.
- از مصرف غذاهای محرک، خیلی شیرین و خیلی چرب پرهیز نمایید.
- غذای شب سبک و کم حجم باشد.
- فاصله شام خوردن تا خوابیدن حداقل ۳-۴ ساعت باشد.
- در صورت تجویز دارو، دوره درمانی توصیه شده را کامل نمایید.
- با توجه به خصلت این بیماری، ممکن است مصرف طولانی مدت و مداوم دارو برای کنترل علائم بیماری ضروری باشد. لذا به توصیه پزشک خود در مورد مصرف داروها به طور دقیق عمل نمایید.
- در صورتی که اقدامات فوق و تجویز داروها بی اثر بود با پزشک فوق تخصص گوارشی یا پزشک متخصص جراحی دستگاه گوارش مراجعه نمایید.



فصل ۴

عدم تحمل نسبت به شیر و لبنیات

در این بیماری، فرد مبتلا به دنبال مصرف مواد لبنی دچار اسهال، نفخ شکم و دل پیچه می شود (گاهی فقط حالت نفخ و دل پیچه ایجاد می شود) علت آن کمبود ماده ای خاص به نام لاکتاز است که به طور طبیعی باید در جدار روده ها وجود داشته باشد تا بتواند قند موجود در شیر (لاکتوز) را تجزیه نماید. لذا این بیماری به بیماری کمبود لاکتوز معرفی شده است.

* عدم تحمل نسبت به شیر و فرآورده های آن (لبنیات)

در این بیماری، فرد مبتلا به دنبال مصرف مواد لبنی دچار اسهال، نفخ شکم و دل پیچه می شود (گاهی فقط حالت نفخ و دل پیچه ایجاد می شود) علت آن کمبود ماده ای خاص به نام لاکتاز است که به طور طبیعی باید در جدار روده ها وجود داشته باشد تا بتواند قند موجود در شیر (لاکتوز) را تجزیه نماید. لذا این بیماری به بیماری کمبود لاکتوز معرفی شده است. کمبود لاکتاز بیماری شایعی است و تا ۹۰ درصد افراد یک جامعه ممکن است مبتلا باشند. شیوع این بیماری در اروپا ۵ تا ۱۰ درصد و در نواحی مدیترانه ای ۶۰ تا ۸۵ درصد و در آمریکا ۷۵ درصد گزارش شده است. در ایران آمار رسمی که بر پایه تحقیقات علمی مستدل انجام شده باشد وجود ندارد. اما با توجه به کثرات مراجعه کنندگان به اطباء به نظر می رسد بیماری شایعی باشد.

* علت عدم تحمل به شیر (کمبود لاکتاز)

مواد غذایی از سه دسته مواد نشاسته ای یا قندی، چربی و پروتئین تشکیل شده اند، از مواد غذایی مورد مصرف روزانه که حاوی مواد قندی است می توان از نان، برنج، سیب زمینی، ماکارونی و ... نام برد. این مواد توسط آنزیم ها (ترکیبات

پروتئینی برای هضم غذا که عناصر غذا را به اجزای کوچک تر و قابل جذب تبدیل می نمایند) تبدیل می شوند. قند موجود در شیر و فرآورده های آن لاکتوز نام دارد. این ماده نیز برای جذب شدن باید به اجزای کوچکتر تبدیل شود این عمل توسط آنزیم لاکتاز (موجود در سلول های جدار روده کوچک) صورت می گیرد که لاکتوز را به گلوکز و گالاکتوز (قابل جذب) تبدیل می نماید.

در صورت فقدان آنزیم لاکتاز، قند موجود در شیر و فرآورده های آن، به اجزاء قابل جذب تجزیه نشده و به صورت دست نخورده داخل لوله گوارش باقی می ماند. لاکتوز موجود در روده بزرگ علاوه بر آن که با خاصیت اسمزی خود مقادیر زیادی آب را به همراه خود وارد روده می کند، باعث رشد میکروب هایی می شود که لاکتوز را به ترکیب اسیدی و گاز تبدیل می نماید. در



واقع ورود مایعات به داخل لوله گوارش و حضور ترکیبات گازی سبب اسهال و نفخ شکم و دل پیچه برای بیمار می شود. هر چه کمبود آنزیمی شدیدتر باشد، علایم بیماری نیز شدیدتر بوده و در سنین پایین تر (مثلا در دوران شیرخوارگی) بروز خواهد نمود. کمبود آنزیم در سلول های جداری روده یا به صورت مادرزادی است و یا در اثر بیماری های اکتسابی عفونی یا التهابی ایجاد می شود. در کمبود مادرزادی، نقص آنزیمی قابل اصلاح نیست اما در کمبود اکتسابی با درمان بیماری زمینه ای (مثلا درمان عفونت یا کنترل التهاب روده) کمبود آنزیمی بر طرف خواهد شد.

* تشخیص عدم تحمل به شیر

بسیاری از مبتلایان، به عدم تحمل نسبت به شیر آگاهند و از آن پرهیز می کنند. در اکثر موارد نیز با توجه به شرح حال و بهبودی بیمار پس از حذف شیر و لبنیات از رژیم غذایی تشخیص بیماری داده می شود. گاهی علایم غیر اختصاصی مثل نفخ و تورم شکم و احساس فشار و سنگینی ناحیه دور ناف و بالای شکم وجود دارد که در بسیاری از بیماری های دیگر نیز دیده می شود لذا در این موارد برای تشخیص قطعی، طبق نظر پزشک معالج، انجام آزمون های تشخیصی دقیق تر ضروری است.

• آزمون تحمل قند

این آزمون از قدیم متداول بوده است در این آزمون ۵۰ گرم قند لاکتوز به بیمار خورانده شده و حدود ۲ ساعت پس از آن قند خون چک می‌شود. در صورتی که آنزیم لاکتاز در بدن وجود داشته باشد لاکتوز تجزیه شده و جذب می‌شود و سبب افزایش قند خون بیش از ۲۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر می‌شود. به عبارت دیگر اگر قند خون پس از تجویز ۵۰ گرم لاکتوز افزایش نیافت نشان دهند، کمبود آنزیم لاکتاز است. دقت تشخیصی این آزمون زیاد نیست.

• آزمون تشخیصی با استفاده از کربن نشاندار

این آزمون با دقت تشخیصی مناسب قادر به تشخیص موارد خفیف کمبود لاکتاز نیز می‌باشد اما فقط در برخی مراکز تحقیقاتی قابل انجام است.

برای تشخیص این بیماری نیازی به آندوسکوپی و نمونه برداری نیست اما گاهی جهت بررسی بیماری‌های دیگری که می‌توانند علایم مشابه کمبود لاکتاز ایجاد کنند، انجام آندوسکوپی معده و نمونه برداری از آن نواحی ضرورت دارد (طبق پزشک معالج).

- فردی هستم که مبتلا به کمبود لاکتاز می باشم و با مصرف شیر و مواد لبنی دچار اسهال، دل پیچه و نفخ شکم می شوم اما به دلیل علاقه وافر به لبنیات نمی توانم این ترکیبات را از رژیم غذایی خود حذف کنم. آیا مصرف این مواد می تواند خطرناک باشد و در آینده مشکلات دیگری ایجاد نماید؟



به قول پزشکان این بیماری پیش آگهی بسیار خوبی دارد یعنی باعث آسیب ساختمانی و آینده ناگوار برای بیمار نمی شود. اما در صورت مصرف مواد لبنی بایستی منتظر علائم بعدی هم باشید (داستان خربزه خوردن و لرز آن است) البته برای کنترل علائم پس از مصرف مواد لبنی می توانید از روش های درمانی خاصی که در مبحث درمان ذکر شده است استفاده کنید (مصرف مواد لبنی که لاکتوز کمی دارند یا مصرف حجم کم از این مواد و یا مصرف فرآورده های لاکتاز به هنگام مصرف لبنیات).

* درمان کمبود لاکتاز

بهترین روش مقابله با علائم این بیماری کاهش یا عدم مصرف مواد حاوی لاکتوز است. تمامی لبنیات و هر فرآورده ای که از لبنیات در ترکیب آن استفاده شده است، لاکتوز دارد مثل شیر، خامه، سرشیر، بستنی، پنیر و ماست. در برخی از غذاها نیز از لاکتوز به عنوان قند و ماده افزودنی به غذا استفاده می شود

مثل سوسیس، کالباس، غذاهای کنسرو شده، بیسکویت، کیک، نوشابه‌ها و انواع شکلات و شیرینی‌ها و نان باگت.

با مطالعه برچسب روی کالاهای خوراکی می‌توانید به وجود

لاکتوز در این فرآورده پی ببرید.

حتی برخی داروها مثل قرص‌های ضد بارداری و قرص آنتی‌اسید معده نیز حاوی لاکتوز است که در مورد فقدان آنزیم یا کمبود شدید حتی مصرف این داروها نیز می‌تواند سبب بروز علائم شوند. به طور مثال میزان لاکتوز موجود در فرآورده‌های غذایی زیر را ملاحظه فرمایید:

۱۲ گرم درصد گرم	شیر
۴/۶ گرم در صد گرم	ماست
۱/۴ گرم در صد گرم	پنیر کهنه
۳/۶ گرم در صد گرم	بستنی
۸/۱ گرم در صد گرم	شکلات

فصل چهارم

عدم تحمل نسبت به شیر و لبنیات

از لبنیات مورد مصرف روزانه، ماست و پنیر کهنه بهتر تحمل می‌شوند احتمالاً لاکتوز موجود در ماست توسط لاکتاز موجود در باکتری‌های مسؤل تخمیر ماست تجزیه می‌شود و در مورد پنیر کهنه مخمرهای موجود در آن بتدریج لاکتوز را تجزیه می‌کنند. لذا مصرف مقادیر کم ماست یا پنیر کهنه نسبت به سایر فرآورده‌های لبنی بهتر تحمل می‌شود.

پرهیز از لبنیات و فرآورده‌های غذایی حاوی لاکتوز در مبتلایان به کمبود لاکتاز سبب ایجاد بیماری‌هایی ناشی از کمبود کلسیم و ویتامین D نمی‌شود؟ (چون این موارد از منابع غنی کلسیم محسوب می‌گردند)

برای جلوگیری از کمبود کلسیم دو راه پیشنهاد می‌شود:

۱. جایگزینی این مواد با اغذیه سرشار از کلسیم که عاری از لاکتوز هستند مثل گوشت، فندق، گردو، بادام زمینی و یا استفاده از شیر خشک عاری از لاکتوز که از آن می‌توان سایر لبنیات را هم درست کرد.
۲. در سال‌های اخیر آنزیم لاکتاز به صورت قرص و شربت در دسترس قرار گرفته است. با افزودن چند قطره از محلول لاکتاز به شیر و استفاده از قرص آن پس از صرف شیر و مواد لبنی، می‌توانید به هضم و جذب لاکتوز موجود در شیر کمک کرده و مانع بروز علائم شوید.

فردی هستم مبتلا به کمبود لاکتاز که اخیرا صاحب فرزند شده ام آیا با تداوم مصرف شیر پس از نوزادی و شیر خوارگی فرزندم می توانم از بروز این نقص در وی جلوگیری نمایم؟



خیر، این بیماری جنبه ژنتیکی و ارثی دارد و با افزایش سن، آنزیم لاکتاز موجود در روده ها کاهش یافته و علایم عدم تحمل به لاکتوز بروز می نماید. پیرو مشاهدات طی مطالعات تحقیقاتی متعدد، در صورتی که نقص ژنتیکی در ساخت آنزیم وجود داشته باشد، حتی آن ها که به مصرف شیر ادامه می دهند نیز دچار حالت نقصان لاکتاز می شوند.



فصل ۵

آلودگی به انگل ژیا ردیا

ژیا ردیا یک انگل سلولی است که فقط با میکروسکوپ قابل رؤیت می باشد و در تمام نقاط دنیا شیوع دارد. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی حدود ۰۰۳ میلیون نفر در دنیا به این انگل آلوده شده اند. آلودگی در جوامعی که سطح بهداشتی نامناسبی دارند و از آب، سبزیجات و مواد غذایی غیر بهداشتی استفاده می کنند بیشتر دیده می شود. انتقال آلودگی از فرد مبتلا از طریق مواد دفعی است و در مهدکودک ها، مدارس، پادگان ها، زندان ها و ... میزان ابتلا به دلیل تراکم جمعیتی بالا، بیشتر از نقاط کم جمعیت است. آلودگی به این بیماری در سنین مدرسه و کودکان شایعتر از بزرگسالان است. رابطه نزدیک بین کودکان و به کارگیری لوازم شخصی یکدیگر مثل لیوان آبخوری از عوامل شیوع بیشتر بین اطفال در سنین مهد کودک و دوره ابتدایی دانش آموزی است. با توجه به اینکه راه انتقال و آلودگی به انگل ژیا ردیا از طریق خوردن مواد آلوده است این آلودگی می تواند به سایر انگل ها نیز وجود داشته باشد و فرد مبتلا چندین نوع انگل روده ای را داشته باشد از جمله انگل های شایع دستگاه گوارش آسکاریس، کرمک، کرم نواری و آمیب می باشند.

* آلودگی به انگل ژیا ردیا

ژیا ردیا یک انگل سلولی است که فقط با میکروسکوپ قابل رؤیت می باشد و در تمام نقاط دنیا شیوع دارد. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی حدود ۳۰۰ میلیون نفر در دنیا به این انگل آلوده شده اند. آلودگی در جوامعی که سطح بهداشتی نامناسبی دارند و از آب، سبزیجات و مواد غذایی غیر بهداشتی استفاده می کنند بیشتر دیده می شود. انتقال آلودگی از فرد مبتلا از طریق مواد دفعی است و در مهدکودک ها، مدارس، پادگان ها، زندان ها و ... میزان ابتلا به دلیل تراکم جمعیتی بالا، بیشتر از نقاط کم جمعیت است. آلودگی به این بیماری در سنین مدرسه و کودکان شایعتر از بزرگسالان است. رابطه نزدیک بین کودکان و به کارگیری لوازم شخصی یکدیگر مثل لیوان آبخوری از عوامل شیوع بیشتر بین اطفال در سنین مهد کودک و دوره ابتدایی دانش آموزی است. با توجه به اینکه راه انتقال و آلودگی به انگل ژیا ردیا از طریق خوردن مواد آلوده است این آلودگی می تواند به سایر انگل ها نیز وجود داشته باشد و فرد مبتلا چندین نوع انگل روده ای را داشته باشد از جمله انگل های شایع دستگاه گوارش آسکاریس، کرمک، کرم نواری و آمیب می باشند.

* علایم و نشانه های بیماری ژیا ردیوز

از علایم شایع این بیماری درد مبهم شکم (دور ناف یا ناحیه بالای شکم)، نفخ و سر و صدای شکم، اسهال، تهوع، بی اشتهایی می باشد و در آلودگی شدید انگلی، اختلال در جذب و اسهال چرب نیز ممکن است بروز نماید. علایم فوق می تواند به صورت دوره ای بروز نمایند.

برخی افراد مبتلا به این انگل بدون علامت بوده و تنها با دفع

انگل از مدفوع سبب انتقال آلودگی به افراد دیگر می شوند.

* تشخیص بیماری ژیا ردیوز

علایم این بیماری شباهت زیادی به علایم زخم گوارشی (رجوع به میحث زخم گوارشی در همین کتاب) و بیماری تحریک پذیر (رجوع به کتاب بیماری روده تحریک پذیر) و بیماری عدم تحمل به شیر دارد (رجوع به میحث مربوطه در همین کتاب) لذا گاهی برای تشخیص قطعی باید از اقدامات تشخیص نظیر: آندوسکوپی معده، عکس برداری از روده کوچک و بزرگ، آزمایشات اختصاصی و ... کمک گرفت. اما معمولاً «پزشک معالج با گرفتن یک شرح حال مناسب و با توجه به وضعیت بیمار، بیماری را تشخیص داده و مورد مداوا قرار می دهد. برای تشخیص قطعی می توان از آزمایش مدفوع و بررسی آن از نظر انگل کمک گرفت اما به

دلیل دفع متناوب انگل و شیوه نمونه‌گیری برای این آزمایش، امکان رؤیت انگل در نمونه ارسالی به آزمایشگاه کم است لذا بیشتر پزشکان با توجه به علایم و معاینه بیمار « بدون انجام آزمایش» مدفوع درمان بیماری را شروع می‌کنند. روش دیگری که دقت تشخیص بیشتری دارد بررسی میکروسکوپی شیره دوازدهه از نظر حضور انگل است که از طریق آندوسکوپی قابل استخراج می‌باشد اما چون انجام این آزمایش وابسته به انجام آندوسکوپی است فقط در مواقع ضروری و به تشخیص پزشک معالج توصیه می‌شود.

* درمان ژیارديوز

درمان و ریشه کن کردن آلودگی به ژیارديوز با تجویز داروهایی مثل مترونیدازول و یا فورازولیدون به مدت ۵ تا ۱۴ روز به تشخیص پزشک معالج امکان پذیر است. اما با توجه به اینکه فرد مبتلا در منطقه آلوده زندگی می‌کند و یک بار ابتلا فرد به این انگل نشاندهنده زمینه مستعد برای استقرار بیماری است و در ضمن این بیماری مصونیت ایجاد نمی‌کند، امکان ابتلا مکرر به این انگل وجود دارد (عود یا آلودگی مکرر) لذا پس از درمان موفقیت آمیز بایستی با رعایت نکات بهداشتی و پرهیز از مصرف مواد غذایی مشکوک به آلودگی از آلودگی مجدد جلوگیری نمود سبزیجات آلوده و آب غیر بهداشتی از منابع

مهم، آلودگی های انگلی هستند لذا ضد عفونی نمودن مناسب سبزیجات و میوه جات و جوشاندن آب آلوده حداقل به مدت ده دقیقه توصیه می شود.



فصل ۶

حساسیت غذایی

حساسیت غذایی یا آلرژی غذایی در واقع یک واکنش ناخواسته نا مطلوب و در حقیقت یک واکنش ایمنی (دفاعی) نسبت به برخی عناصر و ترکیبات غذایی است که امروزه به عنوان رشته ای از علم طب جای بحث فراوان دارد اما در اغلب موارد واکنش های ناخواسته و علایمی که به دنبال مصرف برخی مواد غذایی ایجاد می شود و مردم به آن برچسب حساسیت غذایی می زنند واقعا حساسیت و آلرژی نیست. مثل علایمی که به دنبال مصرف شیر و لبنیات در بسیاری افراد دیده می شود، آلرژی غذایی نیست بلکه علت آن کمبود آنزیم لاکتاز است و هیچ ارتباطی به آلرژی ندارد. طبق آمار موجود ۵۲ درصد مردم فکر می کنند به برخی غذاهای خاص، آلرژی (حساسیت) دارند ولی مطالعات متعدد نشان داده است که حساسیت واقعی (آلرژی غذایی) تنها در ۵ درصد بچه ها و ۱ تا ۲ درصد بزرگسالان وجود دارد و خوشبختانه اکثر افرادی که حساسیت واقعی غذایی دارند به کمتر از ۴ نوع آلرژی دارند و بقیه غذاها را تحمل می کنند.

* حساسیت به مواد غذایی

حساسیت غذایی یا آلرژی غذایی در واقع یک واکنش ناخواسته نامطلوب و در حقیقت یک واکنش ایمنی (دفاعی) نسبت به برخی عناصر و ترکیبات غذایی است که امروزه به عنوان رشته ای از علم طب جای بحث فراوان دارد اما در اغلب موارد واکنش های ناخواسته و علایمی که به دنبال مصرف برخی مواد غذایی ایجاد می شود و مردم به آن برچسب حساسیت غذایی می زنند واقعا» حساسیت و آلرژی نیست. مثل علایمی که به دنبال مصرف شیر و لبنیات در بسیاری افراد دیده می شود، آلرژی غذایی نیست بلکه علت آن کمبود آنزیم لاکتاز است و هیچ ارتباطی به آلرژی ندارد. طبق آمار موجود ۲۵ درصد مردم فکر می کنند به برخی غذاهای خاص، آلرژی (حساسیت) دارند ولی مطالعات متعدد نشان داده است که حساسیت واقعی (آلرژی غذایی) تنها در ۵ درصد بچه ها و ۱ تا ۲ درصد بزرگسالان وجود دارد و خوشبختانه اکثر افرادی که حساسیت واقعی غذایی دارند به کمتر از ۴ نوع آلرژی دارند و بقیه غذاها را تحمل می کنند.

برخی از مواد غذایی که امکان آلرژی به آنها وجود دارد عبارتند از:

شیر گاو	برخی حبوبات و غلات	سویا	گوجه فرنگی
گوشت گاو	مغز میوه های هسته دار	ادویه جات	توت فرنگی
ماهی	آجیل	بادمجان	مرکبات
تخم مرغ	شکلات	انگور	خربزّه

وآنچه نسبت به این غذاها به این معنی نیست که این غذاها الزاماً خوب نیستند.

* علایم و نشانه های آلرژی غذایی

فرد حساس معمولاً «چند دقیقه تا چند ساعت پس از خوردن ماده غذایی خاص دچار علایم می شود. علایم و نشانه های حساسیت غذایی متنوع است از جمله این علایم خارش و سوزش لب ها و دهان، تورم لب ها، کهیر، خس خس سینه، سرفه مکرر، احساس گرفتگی گلو، تهوع، استفراغ، درد شکم، اسهال و سردرد می باشد. معمولاً بیمار مبتلا به آلرژی غذایی پس از مصرف یک ماده غذایی خاص به طور مکرر دچار آبریزش بینی، پف کردن چشم ها، خواب آلودگی و سستی و برخی علایم گوارشی مثل درد شکم یا اسهال می شود که پس از مدتی علایم فوق فروکش می نماید.

* تشخیص و درمان آلرژی غذایی

تشخیص معمولاً «بر اساس شرح حال و بررسی ارتباط بین میزان و نوع غذای مصرفی و پیدایش علائم داده می‌شود و با حذف عامل آلرژی از رژیم غذایی علائم بیماری نیز برطرف می‌شود. گاهی ماده غذایی حساسیت‌زای مورد نظر را نمی‌توان مشخص نمود چون ممکن است از مواد غیر معمول و غیر قابل انتظار باشد مثل خمیر دندان و یا رنگ‌های صنعتی که در فرآورده‌سازی برخی مثل خواربار استفاده می‌شود.

برای پیدا کردن ماده مورد نظر بهتر است با دقت و وسواس

مواد غذایی مورد استفاده را لیست کرده و غذاهایی که

مشکوک به ایجاد آلرژی هستند به صورت تک تک و جدا از

هم مصرف کنید و اگر علائم حساسیت ظاهر شد آن را از رژیم

غذایی خود حذف نمایید و یا روش تشخیص پوستی آلرژی

که توسط متخصص مربوطه انجام و نوع آلرژی بعضاً مشخص

گردد.

* برخی ترکیبات غذایی آلرژی‌زا مثل شیر، تخم مرغ و غلات ارزش حیاتی و تغذیه‌ای زیادی دارند لذا در صورت حذف آنها از رژیم غذایی دیتر کمبود آنها را جبران نمود.



* برخی مواد غذایی حساسیت‌ناشته‌ها بسیار ناچیز است لذا مصرف آنها در افراد مبتلا به حساسیت غذایی مشکلی ایجاد نمی‌کند مثل گوشت گوسفند، کاهو، سیب سفید، لیمو شیرین، زرد آلو، سیب زمینی، برنج و نان سفید.

برخی اوقات نیز با روش‌های فوق یافتن ماده غذایی حساسیت‌زا مقدور نیست و بایستی با روش‌های اختصاصی‌تر آن ماده را پیدا کرد.



فصل ۷

سکسکه، بوی نامطبوع دهان و ...

کمتر کسی را می توان یافت که در طول عمر خود دچار سکسکه نشده باشد ولی خوشبختانه معمولاً این حالت موقتی بوده و اغلب اوقات خودبخود برطرف می شود، اما در همین مدت کوتاه نیز می تواند عذاب آور باشد. فرد مبتلا به طور مکرر فشاری در درون راه های تنفسی و قفسه سینه احساس می کند که با سکسکه کردن این فشار از گلو خارج می شود. لذا به هنگام سکسکه انجام کار دقیق و صحبت کردن بسیار مشکل شده و حالت ملال آور و آزار دهنده ای برای فرد ایجاد می کند. به طور معمول فرد مبتلا به سکسکه ۶ تا ۲۱ بار در دقیقه سکسکه می کند. از قدیم الایام این بیماری شناخته شده است و به خصوص در کشورهای غربی برخی افراد به دلیل سکسکه های مکرر و شدید و مقاوم به درمان به آقای سکسکه (Mr.Hiccups) مشهور می شدند. در کتاب رکوردها نیز شرح حال مردی نوشته شده که به مدت ۶۰ سال دچار سکسکه دایمی بوده است. البته تصور چنین حالت عذاب آوری نیز رنج آور است.

*** سکسکه**

کمتر کسی را می‌توان یافت که در طول عمر خود دچار سکسکه نشده باشد ولی خوشبختانه معمولاً این حالت موقتی بوده و اغلب اوقات خودبخود برطرف می‌شود، اما در همین مدت کوتاه نیز می‌تواند عذاب آور باشد. فرد مبتلا به طور مکرر فشاری در درون راه‌های تنفسی و قفسه سینه احساس می‌کند که با سکسکه کردن این فشار از گلو خارج می‌شود. لذا به هنگام سکسکه انجام کار دقیق و صحبت کردن بسیار مشکل شده و حالت ملال آور و آزار دهنده‌ای برای فرد ایجاد می‌کند. به طور معمول فرد مبتلا به سکسکه ۶ تا ۱۲ بار در دقیقه سکسکه می‌کند. از قدیم الایام این بیماری شناخته شده است و به خصوص در کشورهای غربی برخی افراد به دلیل سکسکه‌های مکرر و شدید و مقاوم به درمان به آقای سکسکه (Mr. Hiccups) مشهور می‌شدند. در کتاب رکوردها نیز شرح حال مردی نوشته شده که به مدت ۶۰ سال دچار سکسکه دائمی بوده است. البته تصور چنین حالت عذاب آوری نیز رنج آور است.

*** چگونگی ایجاد سکسکه**

سکسکه در نتیجه انقباضات غیر ارادی، سریع و مکرر عضله دیافراگم و عضلات بین دنده‌ها ایجاد می‌شود. دیافراگم عضله

ای است که قفسه سینه را از ناحیه شکم جدا می کند و در عمل تنفس نقش بسیار مهمی دارد. هر گونه تحریک در ناحیه دیافراگم در افراد مستعد می تواند سبب بروز سکسکه شود.

* علل سکسکه

عوامل زیر می توانند سبب بروز سکسکه شوند:

- * پرخوری و تند غذا خوردن
- * ریفلاکس اسید به مری
- * اعمال جراحی قفسه سینه و شکم
- * هر گونه تحریک عضله دیافراگم
- * اضطراب و فشار روحی
- * بیماری های عصبی
- * بیماری های قلبی
- * مرض قند (دیابت)
- * مصرف مشروبات الکلی

* درمان سکسکه

به خاطر داشته باشید که سکسکه غالباً به صورت خود به خودی برطرف می شود و در صورت تداوم سکسکه روش های مختلفی به شرح زیر برای متوقف نمودن سکسکه توصیه شده است.

- نگه داشتن نفس و شمردن ۱ تا ۱۰ به آرامی
- تحریک کردن بینی جهت ایجاد عطسه (با لمس یا استشمام بوی محرک)
- تحریک انتهای حلق جهت ایجاد حلق جهت ایجاد حالت تهوع

- بلع شکر به صورت نجویده
- تنفس در پاکت کاغذی
- مکیدن یخ یا نوشیدن سریع یک لیوان آب سرد
- یک روش متداول به خصوص در کشورهای شرقی، ترساندن ناگهانی فرد مبتلا است (البته این روش را توصیه نمی کنیم).
- گاز زدن یک تکه لیمو ترش
- در صورتی که سکسکه با این روش‌ها نیز برطرف نشد، با پزشک مشورت نمایید. تجویز برخی داروهای آرام بخش و یا مهارکننده‌های عصبی می‌تواند ثمر بخش باشد.

بروز سکسکه در شیرخواران شایع است و در اکثر موارد نیز ناشی از محبت بیش از حد مادر نوزاد در خوردن شیر به وی می‌باشد. این عمل باعث اتساع شدید معده و ایجاد سکسکه می‌شود. لذا در عین حال که سکسکه در شیرخوارگی نباید باعث نگرانی شود بلکه باید در نظر داشت که سکسکه دلیل وزن گرفتن بچه یا گشاد شدن روده‌های وی نیز نمی‌باشد.

* بوی نامطبوع دهان

بوی نامطبوع دهان یکی از مسائل آزاردهنده به خصوص در برخورد های اجتماعی است و گاهی سبب محدودیت برخورد های اجتماعی نیز می‌شود. اگر تا به حال از حالت آزاردهنده بوی دهان خود و یا اطرافیان ناراحت شده‌اید، خواندن این

قسمت از کتاب را به شما توصیه می‌کنم. در اکثر موارد شخص از وجود بوی بد دهان خود بی‌اطلاع است چون به این وضعیت عادت کرده و حتی ممکن است دوستان و نزدیکان وی نیز به دلیل رعایت ادب و نزاکت از ابراز این موضوع خودداری کرده و وضعیت فوق را تحمل نمایند. در بسیاری از موارد نیز شخص مبتلا و اطرافیان هر دو از این وضعیت مطلع هستند و این انگیزه‌ای برای پیگیری و تشخیص و درمان این وضعیت آزار دهنده می‌باشد. گاهی اوقات نیز تنها خود فرد از بوی بد دهان شاکی است و اطرافیان آن را تأیید نمی‌کنند. در این موارد خاص بایستی مشکلات بویایی و یا بیماری‌های عصبی، متابولیک و یا خفیف بودن بوی بد دهان را بررسی نمود. همانند همه بیماری‌ها برای رفع این مشکل نیز بایستی علت اصلی و اولیه آن را شناسایی و سپس درمان نمود.

* علت بوی بد دهان

مشکلات و بیماری‌های مربوط به دهان، حلق، سینوس‌ها و ریه از شایع‌ترین علل بوی نامطبوع دهان می‌باشند از جمله این مشکلات سینوزیت مزمن، بیماری‌های دندانی و لثه‌ها، عفونت‌های لوزه و حلق، عفونت‌های ریوی مزمن (آبسه یا برونشکتازی) می‌باشند اما بیماری‌های دیگری مثل ریفلاکس اسید به مری هم می‌تواند منجر به بوی بد دهان شود. علل

دیگر با شیوع کمتر عبارتند از: سوء جذب، بیماری های کلیوی پیشرفته، استعمال دخانیات، دندان های مصنوعی و مصرف برخی دارو ها یا غذا ها (سیر و پیاز).



سینوزیت مزمن

در سینوزیت مزمن ترشحات سینوس ها به صورت مداوم از پشت حلق تخلیه می شوند و در صورتی که عفونی باشند و یا در پشت زبان و حفرات پشت حلق تجمع یافته، عفونی شوند، می توانند سبب بوی بد دهان شوند. این بیماران معمولا از سرفه و خلط صبحگاهی و یا سرفه های شبانه، ترشحات پشت حلق و گرفتگی بینی یا ترشحات بینی و گاهی سردرد های دوره ای یا

احساس سنگینی نواحی پیشانی و گونه‌ها شاک می‌دهند. در این افراد ترشحات سینوس‌ها نیز به صورت لایه‌ای نازک، لزج و گاهی زرد رنگ قسمت خلف زبان را می‌پوشانند و منبع رشد میکروب‌هایی می‌شوند که بوی نامطبوع ایجاد می‌کنند.

دندان‌های پوسیده و لثه‌های بیمار

آبسه‌های دندانی و بهداشت نامناسب حفره دهانی منبع تغذیه‌ای خوبی برای میکروب‌ها محسوب می‌شوند و استقرار و رشد میکروب‌های خاص در این نواحی بوی بد دهان ایجاد می‌کند. در این موارد دندان درد و خونریزی از لثه‌های متورم و قرمز نیز ممکن است وجود داشته باشد.



آیا کشیدن همه دندان‌ها و استفاده از دندان مصنوعی در بهبودی بوی نامطبوع دهان مؤثر است؟

بهداشت نامطلوب دهان، دندان‌ها و پوسیدگی‌ها و آبسه‌های دندانی و بیماری‌های لثه از علل بوی نامطبوع دهان می‌باشند و بایستی اشکالات فوق را اصلاح نمود اما کشیدن دندان سالم در حقیقت ایجاد نقص عضو است و هیچ تأثیری در بهبود بوی بد دهان ندارد علاوه بر این گذاشتن دندان مصنوعی می‌تواند منبعی برای استقرار و رشد عفونت‌های قارچی و میکروبی خاص شود که سبب بوی نامطبوع دهان می‌شوند.

ریفلاکس اسید معده به مری

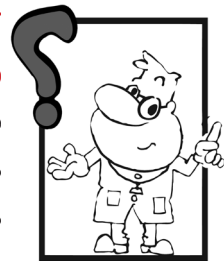
ریفلاکس اسید گاهی محیط حفره دهانی را نیز تغییر داده به طوری که شرایط برای رشد میکروب‌های خاص و عناصر تولید کننده بوی نامطبوع فراهم می‌گردد. معمولاً علامت اصلی ریفلاکس یعنی ترش کردن و سوزش پشت جناغ سینه همراه این حالت وجود دارد اما گاهی نیز علائم غیر اختصاصی ریفلاکس وجود داشته و یا بدون علامت است (برای اطلاعات بیشتر به مبحث ریفلاکس مراجعه شود).

عفونت‌ها و آبسه‌های لوزه، حلق و ریه‌ها

این عفونت‌ها نیز از عوامل مسبب بوی بد دهان هستند. عفونت و آبسه ناحیه لوزه و حلق در اکثر اوقات سبب درد شدید آن نواحی شده اما آبسه ریه به خصوص در زمینه بیماری‌های دیگر مثل برونشکتازی یا برونشیت مزمن می‌تواند بدون علامت بوده و یا فقط سبب تشدید سرفه و خلط و یا تب و ضعف و بی‌حالی شود.

آیا از بین بردن همه میکروب‌ها درون دهان و روی زبان مفید است؟

در حالت عادی سراسر دستگاه گوارش توسط‌های میکروب‌های بی‌آزاری پوشیده شده است که نه تنها مضر نیست بلکه علاوه بر اثرات مطلوب در هضم و



جذب غذاها مانع استقرار میکروب ها و ارگانسیم های خطرناک و آسیب رسان در لوله گوارش می شوند لذا از بین بردن این میکروب ها نه تنها مفید نیست بلکه می تواند سبب فراهم کردن شرایط مناسب برای جایگزینی ارگانسیم های میکروبی یا قارچی آسیب رسان در دستگاه گوارش شود.

در صورتی که مبتلا به بوی بد دهان هستید ابتدا با مراجعه به

متخصصین گوش و حلق و بینی و دندانپزشک سلامت وضعیت

سینوس ها و حلق و حفره دهانی بررسی نمایید اگر از سلامت

آرگان های مذکور مطمئن شده و یا با درمان معایب آنها باز

هم بوی نامطبوع دهان باقی بود به پزشکان متخصص گوارش

مراجعه فرمایید.

* درمان

درمان بوی بد دهان از بین بردن عامل زمینه ساز اصلی بیماری است لذا باید علت اولیه آن را شناخت و به طور اختصاصی درمان نمود.

توصیه های کلی و عمومی

برای غلبه و پیشگیری از بوی نامطبوع دهان



استعمال دخانیات را خاتمه دهید. 

از زیاده روی در مصرف غذاهای حاوی سیر،
کلم، شلغم و حبوبات پرهیز نمایید.

مصرف سبزیجات مثل نعناع، جعفری، کرفس،
هویج و مصرف بادام زمینی بوی بد دهان را کاهش می دهد.

بعد از هر وعده غذایی به دقت دندان ها را مسواک زده و
یا با محلول دهان شویه و یا آب معمولی دهان را شستشو داده
و به ملایمت روی زبان را نیز تمیز کنید.

با مراجعه دوره ای به دندانپزشک و اصلاح پوسیدگی دندان
ها و در صورت لزوم جرم گیری دندان ها و درمان بیماری لثه
ها سلامت حفره دهانی را تضمین نمایید.

در صورتی که علائم سینوزیت مزمن را دارید به متخصص
گوش و حلق و بینی مراجعه نمایید (برای اطلاعات بیشتر به
متن همین مبحث مراجعه نمایید).

چون برخی دارو ها سبب بوی بد دهان می شوند از
مصرف دارو خودداری نمایید (مصرف دارو ها حتما با تجویز
پزشک باشد).

استفاده از قرص نعناع در برخی موارد می‌تواند تسکین دهنده این وضعیت باشد.

* خشکی دهان

به طور طبیعی روزانه یک تا یک و نیم لیتر بزاق به درون حفره دهان ترشح می‌شود. مسئول ترشح بزاق، غدد پاروتید و غدد بزاقی زیر فکی و زیر زبانی هستند. ترشح بزاق از این ارگان‌ها تحت تأثیر ترشحات هورمونی و تحریکات عصبی است به طوری که با ورود غذا و یا دیدن و یا استشمام بوی غذا ترشح بزاق تحریک می‌شود. نقش بزاق در دهان، کمک به جویدن و تسهیل در بلع، تشخیص مزه غذا و کمک به تکلم (حرف زدن) روان، حفظ سلامت دندان‌ها و لثه‌ها است لذا در صورت کاهش ترشح بزاق علاوه بر ایجاد احساس مطلوب خشکی دهان، اشکال در بلع، تکلم، عدم تشخیص مزه غذاها و رشد میکروب‌های آسیب‌رسان در مجاورت دندان‌ها و لثه‌ها و پوسیدگی دندان می‌شود.

* علل خشکی دهان

با افزایش سن، تولید بزاق کاهش می‌یابد لذا در سنین بالا شایع‌تر است.

مصرف برخی دارو ها مثل: داروهای ضد حساسیت و احتقان، ضد افسردگی ها مثل نورتریپتیلن، داروهای ضد فشار خون مثل متیل دوبا، داروهای ادرار آور می‌تواند خشکی دهان ایجاد کند.

حالات اضطرابی و هیجانی شدید

بیماری قند (دیابت)

بیماری شوگرن (بیماری خاصی که غدد بزاقی و پاروتید و اشکی دچار التهاب شدید شده و مفاصل هم ممکن است در این بیماری متورم

* درمان خشکی دهان

علاوه بر درمان بیماری زمینه ساز، رعایت نکات زیر نیز به رفع خشکی دهان کمک می‌کند:

- جویدن آدامس (آدامس فاقد قند ترجیح دارد)
- مصرف بیشتر سبزیجات و میوه جات
- مصرف بیشتر مایعات
- جویدن یخ خورد شده

* سوزش دهان

سوزش دهان و زبان شکایتی است که سبب نگرانی شدید فرد مبتلا شده و فرد مجبور می‌شود به پزشکان داخلی یا گوارش مراجعه نماید و اغلب اوقات ترس از وجود سرطان این نواحی سبب تشدید نگرانی می‌شود. اما خوشبختانه علت این وضعیت خوش خیم و بی‌خطر بوده و نباید سبب نگرانی شود.

* علت سوزش دهان و زبان

- خشکی دهان به هر علتی می‌تواند منجر به سوزش دهان نیز شود.
- عفونت لثه و اشکالات دندان‌دانی عفونت قارچی دهان (کاندیدیاز) و یا عفونت‌های ویروسی (هرپس) و ضایعات التهابی یا عفونی لثه‌ها از عوامل مسبب سوزش دهان و زبان محسوب می‌شوند.
- تغییرات هورمون‌های جنسی (زنانگی) در دوران بلوغ، قاعدگی، بارداری و یا مصرف داروهای ضد بارداری تغییرات هورمونی ایجاد می‌شود که می‌تواند منجر به سوزش زبان و دهان شود.
- استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی
- کمبود برخی عناصر تغذیه‌ای مثل برخی ویتامین‌ها
- برخی داروها
- برخی بیماری‌های التهابی
- اضطراب و افسردگی

توصیه های کلی برای کاهش سوزش دهان و زبان

۱. پرهیز از استعمال دخانیات و مصرف مشروبات

الکلی

۲. پرهیز از حالات اضطرابی و فشارهای عصبی

روانی

۳. قطع مصرف داروهایی که این حالت را ایجاد می کنند (تحت نظارت پزشک تجویز کننده)

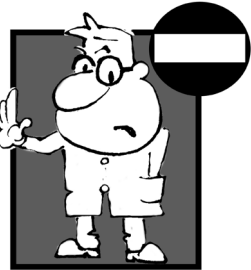
۴. مصرف میوه جات و سبزیجات سرشار از ویتامین های محلول

در آب به میزان فراوان

۵. مصرف ویتامین های محلول در آب

۶. درمان کم خونی و هر بیماری زمینه ای دیگر

۷. بررسی دوره ای توسط دندانپزشک





فصل ۸

روزه داری و دستگاه گوارش

همیشه این مطرح بوده است که روزه گرفتن چه تأثیری بر سلامت جسمانی دارد آیا مفید است یا مضر؟ یا اینکه روزه گرفتن در افرادی که سابقه بیماری هایی مثل مرض قند یا زخم گوارش و یا ... دارند مضر است یا خیر؟

* روزه داری و دستگاه گوارش

همیشه این مطرح بوده است که روزه گرفتن چه تأثیری بر سلامت جسمانی دارد آیا مفید است یا مضر؟ یا اینکه روزه گرفتن در افرادی که سابقه بیماری‌هایی مثل مرض قند یا زخم گوارش و یا ... دارند مضر است یا خیر؟

• روزه داری یکی از احکام عبادی واجب است که فواید معنوی فراوانی داشته و به عنوان یک تکلیف همگانی و اجتماعی نقش مؤثری در هدایت جامعه به سمت ارزش‌های والای معنوی نیز دارد که از عهده بحث ما خارج است اما نقش روزه داری در حفظ سلامت و تعادل در سوخت و ساز بدن همیشه مورد بررسی و تحقیق، محققین بوده و نتایج با ارزشی را بدست آورده‌اند. ذکر این نکته نیز جالب است که بسیاری از آثار با ارزش مادی در کنار بهره‌مندی‌های معنوی به نحو مطلوب تری قابل دستیابی خواهد بود. در این مبحث ابتدا آثار روزه داری بر دستگاه‌های مختلف و فواید پزشکی آن را ذکر نموده سپس به موارد ممنوعیت و احتیاط در روزه داری خواهیم پرداخت.

روزه داری در سوخت و ساز بدن تحولات خاصی را ایجاد می‌کند. اثرات گرسنگی کوتاه مدت و طولانی مدت در سوخت و ساز بدن مورد بررسی محققین زیادی قرار گرفته است.

مواد قندی که توسط فرد مصرف می‌شود یا به صورت گلوکز (آماده برای مصرف) در می‌آید و یا به صورت ماده ای به نام

گلیکوژن در می‌آید که قابل ذخیره شدن می‌باشد. جایگاه‌های ذخیره گلیکوژن در بدن، بافت کبدی و عضلانی (جگر سیاه و ماهیچه) است. البته بیشترین منبع ذخیره این ماده بافت کبدی است. بدن در مواقع ضرورت که نیاز به گلوکز بیشتری دارد از این ذخیره استفاده می‌نماید یعنی گلیکوژن را تبدیل به گلوکز می‌نماید. به هنگام گرسنگی نیز ابتدا گلیکوژن کبدی تجزیه می‌شود تا گلوکز خون را در سطح مطلوب حفظ نماید با مصرف شدن و خالی شدن ذخیره کبدی، گلیکوژن عضلانی نیز بتدریج به مصرف می‌رسد.

قند خون عنصری است که به عنوان یک منبع انرژی مناسب و سهل الوصول می‌تواند وارد سلول‌های نیازمند به انرژی شده و در فرایند متابولیسم تبدیل به انرژی شود. کاهش سریع قند خون در روند ایجاد انرژی مورد نیاز سلول‌ها وقفه ایجاد می‌کند.

برای جلوگیری از کاهش قند خون، چربی‌های ذخیره نیز می‌توانند تجزیه شده و به عنوان منبع انرژی مورد استفاده قرار گیرند.

طی دوران روزه داری علاوه بر افت غلظت چربی‌های خون

(کلسترول و تری‌گلسیرید) ذخایر چربی و وزن فرد نیز کاهش

می‌یابد (به خصوص در افراد چاق).

در طی روزه داری پرهیز از آشامیدن آب نیز به تجزیه بیشتر چربی‌ها کمک می‌کند. آب از عناصر ضروری برای ساخت چربی‌ها و اجزاء سلولی محسوب می‌شود. در صورتی که بدن با کم‌آبی مواجه شود، برای جبران آن مجبور به سوختن چربی‌ها می‌شود تا بتواند آب حاصل از متابولیسم چربی‌ها را به مصرف فعل و انفعالات حیاتی بدن برساند لذا با این مکانیسم نیز چربی‌های ذخیره شده تحلیل می‌رود و وزن کاهش می‌یابد.

برای سوختن و حل شدن ذخایر چربی گرسنگی طولانی طی

روزه داری مطلوب است به شرط آن که با پر خوری پس از

افطار و زیاده روی در مصرف غذاهای پرکالی و انرژی زا از

پیشروی این فرایند پروسه مفید جلوگیری نشود.

متأسفانه در برخی افراد به دلیل پر خوری به خصوص زیاده روی در مصرف مواد انرژی زا (مواد قندی و نشاسته ای و چربی‌ها) پس از ماه مبارک رمضان اضافه وزن نیز پیدا می‌کنند. لازم به ذکر است که پیرو تحقیقات امروزی چاقی و مصرف غذاهای پر کالری و فزونی ذخایر چربی در بدن زمینه ساز بسیاری از بیماری‌هاست از قبیل: بیماری‌های قلبی-عروقی، فشار خون بالا، برخی بیماری‌های دستگاه گوارش مثل سنگ کیسه صفرا و یا برخی سرطان‌های دستگاه گوارش.

روزه داری اثرات اختصاصی بر دستگاه گوارش نیز دارد مثل کاهش ترشح اسید معده، تنظیم کردن حرکات روده ها، ایجاد فرصت مناسب برای استراحت روده ها، کاستن ذخایر چربی و کاهش ذخایر گلیکوژن کبدی، در مجموع ضمن اینکه روزه داری سبب دفع سموم و مواد زائد از بدن می شود، سبب کاهش میزان چربی و اسید اوریک خون و کاهش وزن به خصوص در افراد چاق می شود.

این نکته را باید به خاطر بسپارید: تأثیر مطلوب روزه داری در

حفظ سلامت جسمانی به شرط پرهیز از پر خوری پس از افطار

و اجتناب از زیاده روی در خوردن غذاهای پر کاری است

و برای رعایت این شرط توجه بیشتر به جنبه های عرفانی و

معنوی روزه داری اهمیت ویژه دارد.

توصیه‌های کلی به روزه‌داران

- * از پر خوری و مصرف غذاهای پر کالری طی افطار و سحر اجتناب نمایید.
- * افطاری را با خوردن غذای شیرین (چای شیرین یا خرما و ...) آغاز کنید تا از شدت اشتها قبل از افطار کاسته شود.
- * بین افطار و شام فاصله نیندازید و از مصرف تنقلات بین افطار و سحری پرهیز نمایید.
- * از نوشیدن آب زیاد به همراه سحری یا افطاری خودداری نمایید.
- * وقت کافی برای خوردن سحری اختصاص دهید تا بتوانید با آرامش غذا خورده و غذا را به طور کامل جویده شده تا سبب سوء هاضمه نشود.
- * از سبزیجات و میوه جات تازه به مقادیر بیشتر استفاده کنید.
- * پس از افطاری از فعالیت فیزیکی و ورزشی شدید خودداری نمایید.
- * نوجوانان کم سن و سال (به خصوص دختر خانم‌ها) به دلیل نیاز به مواد غذایی اصلی جهت رشد و نمو بایستی از مواد قندی و نشاسته‌ای و پروتئینی طی سحر و افطار به میزان کافی استفاده نمایند.

گرچه روزه داری برکات فراوان معنوی و جسمی برای افراد جامعه دارد اما در برخی موارد به دلیل ضرر جسمانی ناشی از روزه داری توصیه شده است که از روزه گرفتن خودداری شود و تشخیص احتمال ضرر جسمی به عهده پزشک متخصص است.

روزه داری در برخی بیماری‌های خاص سبب ضرر جسمانی به بیمار می‌شود و گروه دیگری از بیماری‌ها هستند که در آن‌ها لزوم تداوم مصرف دارو در زمان‌های مقرر با روزه داری منافات دارد (به طوری که تغییر رویه مصرف داروها سبب آسیب و یا تشدید بیماری می‌شود) این موارد عبارتند از:



- مبتلایان به بیماری‌های پیشرفته قلبی، کلیوی و کبدی
- مبتلایان به فشار خون بالا و جدی که تنها با مصرف منظم داروها مهار می‌شود.
- مادران باردار طی سه ماهه اول و سوم بارداری
- مبتلایان به دیابت که نیاز به مصرف انسولین دارند.
- مبتلایان به بیماری‌های مزمن ریوی پیشرفته که روزه داری و پرهیز از آشامیدن سبب افزایش غلظت ترشحات ریوی و تشدید بیماری ریوی می‌شود.
- مبتلایان به زخم فعال دوازدهه یا معده (در صورت بهبود زخم و درمان قطعی آن با ریشه کن نمودن میکروب، با مجوز پزشک معالج روزه داری بلامانع است) برای اطلاعات بیشتر به صفحه ؟ از همین کتاب مراجعه شود.
- مبتلایان به سنگ کلیه با سابقه مکرر دفع سنگ که به دلیل کاهش مصرف مایعات در طول روز احتمال رسوب املاح و تشکیل سنگ افزایش می‌یابد.

مردی ۴۰ ساله هشتم چند روز پس از روزه داری به دنبال افطار دچار سوزش سر دل و پشت جناغ سینه و احساس ترشی و تلخی در دهان می‌کنم. به توصیه خانواده و اطرفیان و از ترس ایجاد آسیب به معده (زخم شدن معده) روزه نگرفتم آیا کار درستی انجام داده‌ام؟



* علایمی که شما دارید مربوط به برگشت اسید از معده به مری ناشی از بیماری ریفلاکس است این حالت به دنبال پرخوری، مصرف زیاد غذای حجیم و یا چرب تشدید می‌شود.

* مخاطرات این بیماری در حدی نیست که مانع روزه داری شود. در صورتی که علایم خیلی شدید باشد در حدی که سبب بیداری شما از خواب شده و یا همراه با درد معده باشد برای اطمینان بیشتر به پزشک متخصص گوارش مراجعه نمایید.

* تشخیص شدت بیماری و این که آیا با سلامت عمومی بدن طی روزه داری منافات دارد یا خیر فقط به عهده پزشک معالج است نه با آشنایان و دوستان و اطرفیان و حتی خانواده محترم، لذا در این موارد بیشتر احتیاط نمایید (چه در مورد مجوز روزه داری و چه در مورد منع از روزه داری)

* برای برطرف شدن علایم مذکور توصیه‌های زیر را به کار

ببندید:

- پرهیز از استعمال دخانیات
- پرهیز از مصرف غذاهای چرب و حجیم طی افطاری و سحری
- پرهیز از مصرف چای، قهوه و تنقلات در فاصله افطار و سحر
- کاهش وزن در جهت ایجاد وزن متعادل



منابع



