

فهرست مطالب

بخش اول تظاهرات اصلی و علائم بیماری‌های گوارشی..... ۱۱

درد شکم.....	۲۰
۱۲.....	
دیسفاژی.....	۵۳
۱۹.....	
تهوع، استفراغ و سوءهاضمه.....	۵۴
۲۶.....	
تهوع و استفراغ.....	
۲۶.....	
سوءهاضمه.....	
۳۳.....	
اسهال و یبوست.....	۵۵
۴۰.....	
فیزیولوژی طبیعی.....	
۴۰.....	
اسهال.....	
۴۳.....	
یبوست.....	
۵۷.....	
کاهش وزن غیرارادی.....	۵۶
۶۲.....	
خونریزی گوارشی.....	۵۷
۶۵.....	
سوء تغذیه و ارزیابی تغذیه‌ای.....	۹۷
۷۲.....	

بخش دوم سرطان‌شناسی..... ۸۴

سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی.....	۱۰۹
۸۵.....	
سرطان مری.....	
۸۵.....	
تومورهای معده.....	
۸۸.....	
لنفوم اولیه معده.....	
۹۱.....	
سارکوم (غیرلنفوئید) معده.....	
۹۲.....	
تومورهای روده باریک.....	
۹۳.....	
تومورهای بدخیم.....	
۹۴.....	
سرطان‌های دستگاه گوارش تحتانی.....	۱۱۰
۹۶.....	
سرطان کولورکتال.....	
۹۶.....	
سرطان‌های مقعد.....	
۱۰۸.....	

۱۰۹	عفونت‌ها و آبسه‌های داخل شکمی	۱۵۹
۱۰۹	پریتونیت	
۱۱۵	آبسه‌های داخل شکمی	

۱۲۲	بیماری‌های اسهالی عفونی حاد و مسمومیت غذایی باکتریایی	۱۶۰
۱۲۲	مکانیسم‌های بیماری‌زایی	
۱۲۶	عوامل دفاعی میزبان	
۱۲۸	اپیدمیولوژی	
۱۳۱	ارزیابی آزمایشگاهی	
۱۳۲	پیش‌گیری	

۱۳۴	عفونت کلستریدיום دیفیسیل، شامل کولیت پسودوممبرانو	۱۶۱
-----	---	-----

بخش سوم بیماری‌های دستگاه گوارش ۱۴۳

۱۴۵	رویکرد به بیمار مبتلا به بیماری گوارشی (معدی - روده‌ای)	۳۴۴
۱۴۵	ملاحظات آناتومیک	
۱۴۵	اعمال دستگاه گوارشی	
۱۴۶	تنظیم عملکرد لوله گوارش توسط عوامل خارج روده‌ای	
۱۴۶	مروری بر بیماری‌های گوارشی	
۱۵۰	ارزیابی بیمار مبتلا به بیماری گوارشی	

۱۵۸	آندوسکوپی دستگاه گوارش	۳۴۵
۱۵۸	روشهای آندوسکوپی	
۱۶۵	خطرات آندوسکوپی	
۱۶۶	آندوسکوپی در موارد اورژانس	
۱۷۹	آندوسکوپی اختیاری (الکتیو)	
۱۹۰	آندوسکوپی بدون مشاوره با متخصص گوارش	

۱۹۰	بیماری‌های مری	۳۴۷
۱۹۰	ساختار و عملکرد مری	
۱۹۱	علائم بیماری‌های مری	
۱۹۲	بررسی‌های تشخیصی	
۱۹۴	اختلالات ساختاری مری	
۱۹۷	ناهنجاری‌های مادرزادی	

۱۹۷	اختلالات حرکتی مری	
۲۰۲	بیماری ریفلکس معده به مری (GERD)	
۲۰۶	ازوفازیت اتوزینوفیلی	
۲۰۸	ازوفازیت عفونی	
۲۱۰	ترومای مکانیکی و آسیب درمانزاد	
۲۱۱	تظاهرات بیماری‌های سیستمیک در مری	
۲۱۲	بیماری زخم پپتیک و اختلالات وابسته	۳۴۸
۲۱۲	بیماری زخم پپتیک	
۲۴۶	اختلالات مرتبط	
۲۵۷	اختلالات جذب	۳۴۹
۲۵۹	هضم و جذب مواد مغذی	
۲۷۳	بیماری‌های اختصاصی	
۲۸۷	بیماری‌های التهابی روده	۳۵۱
۲۸۷	ملاحظات جهانی: اپیدمیولوژی	
۲۹۰	اتیولوژی و بیماری‌زایی	
۲۹۰	ملاحظات ژنتیکی	
۳۲۶	سندرم روده تحریک پذیر	۳۵۲
۳۴۰	بیماری دیورتیکولی و اختلالات شایع مقعدی - رکتومی	۳۵۳
۳۵۶	بی‌کفایتی رگ‌های مزانتریک	۳۵۴
۳۶۱	انسداد حاد روده	۳۵۵
۳۷۰	آپاندیسیت حاد و پریتونیت	۳۵۶
۳۷۹	بیماری‌های متابولیک گوارشی	بخش چهارم
۳۸۱	پورفیری‌ها	۴۳۰
۴۰۶	نمایه	

مقدمه

بنام خداوند جان آفرین

حکیم سخن در زبان آفرین

سپاس خداوند یکتا را که توفیق اثری علمی و آموزشی در طب داخلی نصیب دوستداران و طلابه داران اعتلای دانش و فرهنگ این مرز و بوم دانش پرور نمود.

در عصر انفجار اطلاعات مرزهای علوم پزشکی بخصوص طب مادر یعنی طب داخلی به نحو چشمگیری در حال گسترش و پیشرفت می باشد.

بنابراین لازم است پزشکان و دانشجویان پزشکی و گروههای وابسته بهتر از گذشته جدیدترین اطلاعات علمی بدست آمده از منابع معتبر بیاموزند.

گرچه در عصر کنونی اینترنت و جلسات سخنرانی آموزشی و سمینارهای مختلف و کارگاههای علمی و آموزش مداوم از اجزای مهم در آموزش علوم پزشکی هستند اما مطالعه کتابهای مرجع که در محافل علمی پزشکی سرتاسر دنیا مورد قبول می باشد از مؤثرترین و ماندگارترین روشهای آموزشی است.

کتاب اصول طب داخلی هاریسون به عنوان کتاب مرجع مورد قبول عموم دانشگاهها در ایران و سرتاسر گیتی می باشد.

آگاهی از دانش پزشکی بخصوص اطلاعات جدید راهی پرپیچ و خم و طولانی است لذا برای پیشرفت باید همواره پویایی مشتاقانه ای داشته باشیم.

بیماری های گوارشی متأسفانه در حال افزایش در جهان می باشد. کتاب حاضر ترجمه بیماری های دستگاه گوارش هاریسون ۲۰۱۵ می باشد که نسبت به چاپ قبلی تفاوت بسیاری نموده است ترجمه کتاب بسیار سلیس و صفحه آرایبی و چاپ کتاب با دقت و سلیقه ای که شایسته کتاب ارزشمند طب داخلی هاریسون می باشد انجام گرفته است.

برای تمامی دست اندکاران انتشارات ارجمند بخصوص جناب آقای دکتر ارجمند و سایر همکاران بسیار عزیزم آرزوی موفقیت دارم.

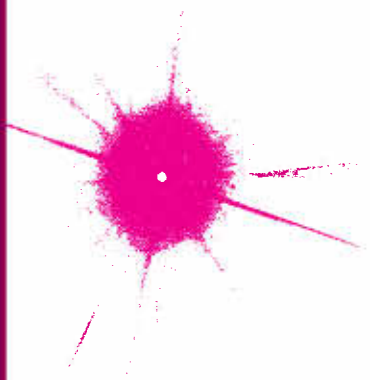
مطالعه کتاب بیماریهای دستگاه گوارش هاریسون را به همچون گذشته به تمامی دوستداران علم پزشکی توصیه می نماید.

دکتر سید محمود اسحق حسینی

فوق تخصص گوارش و کبد

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

بخش اول



تظاهرات اصلی و

علائم بیماری‌های گوارشی

درد شکم

Danny O. Jacobs, William Silen

تفسیر صحیح درد حاد شکمی بحث‌برانگیز است. تعداد اندکی از سایر اختلالات بالینی به بررسی و قضاوت دقیق‌تری نیاز دارند، چون برخی از خطرناکترین اختلالات، تنها با علائم و نشانه‌های خفیف تظاهر می‌کنند. در هر مورد، پزشک باید وضعیت‌هایی که مستلزم مداخله فوری هستند را از وضعیت‌هایی که مستلزم مداخله فوری نیستند (و بهترین روش درمان آنها، غیرجراحی است)، افتراق دهد. گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی دقیق، از اهمیتی حیاتی برای تمرکز بر تشخیص افتراقی (در موارد لزوم) برخوردار بوده، و امکان ادامه ارزیابی تشخیصی را فراهم می‌آوردند (جدول ۲۰-۱).

هرچند رده‌بندی اتیولوژیک در جدول ۲۰-۱ کامل نیست، از آن می‌توان به‌عنوان پایه‌ای برای ارزیابی بیماران دچار درد شکمی استفاده کرد.

شایع‌ترین علل درد شکم در هنگام پذیرش بیمار، عبارت‌اند از آپاندیسیت حاد، درد شکمی غیراختصاصی، درد با منشأ اورولوژیک، و انسداد روده. تشخیص «شکم حاد یا جراحی» قابل قبول نیست، زیرا در اغلب موارد تداعی‌کننده مفهوم نادرستی است. اکثر بیمارانی که با درد شکم حاد مراجعه می‌کنند، دچار فرآیندهای بیماری خود محدود شونده‌ای خواهند بود. مع‌هذا، به‌خاطر داشتن این نکته مهم است که شدت درد، لزوماً با شدت بیماری زمینه‌ای مطابقت ندارد. بسیاری از موارد «شکم حاد» ممکن است نیازی به مداخله جراحی نداشته باشند و برعکس، دردهای بسیار خفیف شکمی ممکن است نشان از ضایعاتی داشته باشند که با اقدام فوری، قابل اصلاح خواهند بود. در هر بیماری که درد شکمی تازه آغاز شده باشد، ارزیابی سریع و کامل و تشخیص دقیق ضروری است.

برخی از مکانیسمهای درد با منشأ شکمی

التهاب صفاق جداری درد ناشی از التهاب صفاق جداری ممتد بوده، محل آن بر روی منطقه ملتهب است و انتشار آن

کاملاً قابل شناسایی می‌باشد، زیرا به‌وسیله اعصاب سوماتیک صفاق جداری منتقل می‌شود. شدت درد به نوع و میزان ماده‌ای که سطوح صفاقی در یک زمان معین در معرض آن قرار می‌گیرند، بستگی دارد. به‌عنوان مثال، آزادسازی ناگهانی مقدار اندکی اسید استریل معده به حفره صفاقی، درد بسیار شدیدتری از همان مقدار مدفوع آلوده و خنثی ایجاد می‌کند. درد و التهاب حاصل از شیره لوزالمعدی حاوی آنزیمهای فعال، شدیدتر از همان میزان صفرای استریل فاقد آنزیمهای قوی است. خون و ادرار اغلب چنان اثر ملایمی دارند که تماس آنها با صفاق را تنها در موارد ناگهانی و حجیم باشند، می‌توان ردیابی نمود. در موارد آلودگی باکتریایی (نظیر بیماری التهابی لگن یا سوراخ شدن بخش دیستال روده)، در اغلب موارد درد در ابتدا خفیف است، تا اینکه تکثیر باکتریایی باعث آزادسازی مواد تحریک‌کننده شود.

سرعت آزادسازی ماده محرک و تماس آن با صفاق از اهمیت خاصی برخوردار است. تابلوی بالینی دیده شده در زخم‌های سوراخ شده دستگاه گوارش فوقانی، بسته به سرعت ورود شیره معدی به حفره صفاقی می‌تواند کاملاً متفاوت باشد.

درد ناشی از التهاب صفاقی در تمامی موارد به واسطه فشار یا تغییر در کشش صفاق شدید می‌شود، که علت آن می‌تواند لمس یا حرکت (مثلاً به واسطه سرفه یا عطسه) باشد. بیمار مبتلا به پریتونیت کاملاً آرام در تخت دراز کشیده و از هرگونه حرکت اجتناب می‌کند، در حالی که بیمار دچار کولیک، ناآرام بوده و از درد به خود می‌پیچد.

یک جنبه دیگر مشخص‌کننده تحریک صفاقی، اسپاسم رفلکسی و تونیک عضلات جدار شکم واقع بر روی منطقه ملتهب است. شدت اسپاسم تونیک عضله در التهاب صفاقی به محل فرآیند التهابی، سرعت ایجاد آن و سلامت دستگاه عصبی بستگی دارد. اسپاسم بر روی یک آپاندیس خلف سکومی سوراخ‌شده یا زخم سوراخ‌شده به کیسه صفاقی کوچکتر ممکن است به دلیل اثر محافظت‌کننده احشای پوشاننده آنها، خفیف باشد یا اصلاً ایجاد نگردد. در افراد دچار کاهش سطح هوشیاری، دچار سرکوب ایمنی، معلول و به شدت بیمار یا سایکوتیک ممکن است اورژانسهای شکمی فاجعه‌بار با درد یا اسپاسم عضلانی ناچیز همراه بوده یا کاملاً

خلفی و راست قفسه‌سینه یا رأس کتف راست همراه است، البته انتشار این درد به قسمت میانی پشت نیز ناشایع نمی‌باشد. اتساع مجرای صفراوی مشترک در اغلب موارد با درد در اپیگاستر همراه است که به قسمت فوقانی کمر انتشار می‌یابد. با این حال، به دلیل تنوع بسیار زیاد، افتراق این دو ممکن است میسر نباشد. در بسیاری از موارد، درد تیبیک زیر کتف یا انتشار به کمر وجود ندارد. اتساع تدریجی درخت صفراوی (مثلاً در کارسینوم سر لوزالمعده) ممکن است درد ایجاد نکند یا تنها درد خفیفی در اپیگاستر یا ربع فوقانی و راست شکم احساس شود. درد ناشی از اتساع مجرای صفراوی لوزالمعدی مشابه درد حاصل از اتساع مجرای صفراوی مشترک است، اما علاوه بر آن، در اغلب موارد در حالت درازکش تشدید و در موقعیت ایستاده تقلیل می‌یابد.

درد ناشی از انسداد مئانه، معمولاً به صورت مبهم، در منطقه فوق عانه و با شدت کم احساس می‌شود. در بیماری که سطح هشیری وی افت کرده، بیقراری (بدون شکایت از درد اختصاصی) ممکن است تنها علامت مئانه متسع باشد. در مقابل، مشخصه انسداد حاد بخش داخل مئانه‌ای حالب، درد شدید فوق عانه و پهلو است که به آلت، اسکروتوم یا قسمت داخلی فوقانی ران انتشار می‌یابد. انسداد پیوستگاه حالب - لگن به صورت درد زاویه اتصال دنده به مهره احساس می‌شود، در حالی که انسداد مابقی حالب با درد پهلو همراه است که اغلب به همان سمت از شکم گسترش می‌یابد.

اختلالات عروقی یک باور غلط و شایع این است که درد ناشی از اختلالات عروقی شکم، ناگهانی و فاجعه‌آمیز می‌باشد. درد ناشی از آمبولی یا ترومبوز شریان مزانتریک فوقانی یا پارگی قریب‌الوقوع یک آنوریسم آئورت شکمی می‌تواند شدید و منتشر باشد، اما به همین میزان مواردی از انسداد شریان مزانتریک فوقانی وجود دارد که به مدت ۲ یا ۳ روز پیش از کلاپس عروقی یا بروز التهاب صفاقی، تنها دچار درد خفیف، و پیوسته یا درد کرامپی و منتشر هستند. این درد اولیه و ظاهراً غیرقابل توجه به واسطه افزایش پریرستالیتسم ایجاد می‌شود، نه التهاب صفاقی. در حقیقت، فقدان حساسیت در لمس^۱ و سفتی^۲ همزمان با درد منتشر و پیوسته (مانند «درد نامتناسب با یافته‌های فیزیکی») در بیماری که احتمال بیماری عروقی برای وی مطرح است، کاملاً

جدول ۱-۲۰
برخی مؤلفه‌های کلیدی در شرح حال بیمار

سن
زمان شروع درد و نحوه آن
ویژگی‌های درد
طول مدت علائم
محل درد و نقاط انتشار آن
علائم همراه و ارتباط آنها با درد
تهوع، استفراغ، و بی‌اشتهایی
اسهال، یبوست، و سایر تغییرات ایجاد شده در اجابت مزاج
شرح حال قاعدگی

فاقد نشانه باشند. یک فرآیند تدریجی می‌تواند اغلب تا حد زیادی باعث تقلیل اسپاسم عضلانی شود.

انسداد احشای توخالی در حالت کلاسیک، درد ناشی از انسداد احشای شکمی توخالی به صورت متناوب یا کولیکی توصیف می‌شود. محل دقیق این درد به اندازه درد ناشی از تحریک صفاق جداری مشخص نیست. با این حال، فقدان یک ماهیت کرامپی واقعی نباید موجب اشتباه تشخیصی شود، زیرا اتساع یک عضو توخالی می‌تواند درد ممتدی را ایجاد کند که تنها در زمانهای معدودی تشدید می‌گردد.

درد کولیکی ناشی از انسداد روده باریک، متناوب بوده و معمولاً در اطراف یا بالای ناف حس می‌شود و بیمار نمی‌تواند محل دقیق آن را مشخص کند. همزمان با اتساع پیشرونده روده و از بین رفتن تون عضلانی، ماهیت کولیکی درد ممکن است کاهش یابد. اگر پدیده اختناق بر انسداد افزوده شود و کششی بر ریشه مزانتر اعمال گردد، درد به قسمت تحتانی کمر انتشار خواهد یافت. شدت درد کولیکی ناشی از انسداد کولون کمتر از انسداد روده باریک بوده و اغلب در زیر ناف حس می‌شود. انتشار درد به کمر در انسداد کولون شایع است.

اتساع ناگهانی درخت صفراوی باعث درد ممتد (نه کولیکی) می‌شود؛ بنابراین اصطلاح کولیک صفراوی همراه کننده است. اتساع حاد کیسه صفرا معمولاً باعث درد در ربع فوقانی و راست شکم می‌شود که با انتشار به منطقه

1- tenderness

2- rigidity

جدول ۲-۲۰ برخی از علل مهم درد شکمی

درد پرخاسته از شکم

التهاب صفاق جداری	آمبولی یا ترومبوز
آلودگی باکتریایی	پارگی عروقی
آپاندیس سورخ‌شده یا سورخ شدن سایر احشا	انسداد ناشی از فشار یا پیچ خوردگی
بیماری التهابی لگن	کم‌خونی سلول داسی شکل
تحریک شیمیایی	جدار شکم
زخم سورخ‌شده	بدشکلی یا کشش مزانتر
پانکراتیت	ضربه یا عفونت عضلات
میتل‌اشمرز ^۱	اتساع سطوح احشایی
انسداد مکانیکی احشای توخالی	خونریزی در کپسول کبدی یا کلیوی
انسداد روده باریک یا بزرگ	التهاب احشا
انسداد درخت صفراوی	آپاندیسیت
انسداد حالب	تب تیفوئید
اختلالات عروقی	تیفلیت (typhlitis) یا همان انتروکولیت ناشی از نوتروپنی

درد ارجاعی از خارج شکم

قلب و قفسه‌سینه	پلورودینی
انفارکتوس حاد میوکارد	پنوموتوراکس
میوکاردیت، اندوکاردیت، پریکاردیت	آمپم
نارسایی احتقانی قلب	بیماری، اسپاسم، پارگی، یا التهاب مری
پنومونی (به ویژه در لوب‌های تحتانی)	اندام تناسلی
آمبولی ریوی	پیچ خوردگی بیضه

علل متابولیک

دیابت	نارسایی حاد فوق کلیه
اورمی	تب مدیترانه‌ای خانوادگی
هیپرلیپیدمی	پورفیری
هیپرپاراتیروئیدی	کمبود مهارکننده C1 استراز (ادم آنژیونوروتیک)

علل عصبی - روانی

هرپس زوستر	فشار بر طناب نخاعی یا ریشه عصب
تابس دورسالیس	اختلالات کارکردی
کازالزی (سوزش عصبی)	اختلالات روانپزشکی
رادیکولیت ناشی از عفونت یا آرتزیت	

علل سمی

مسمومیت با سرب	مارگزیدگی
گزش حشرات یا گازگرفتگی توسط حیوانات	
گزش عنکبوت بیوه سیاه	

مکانیسم‌های نامشخص

ترک مواد مخدر
گرمازدگی

زیر نظر گرفت و با تکرار سؤالات و معاینات به تشخیص صحیح دست یافت و یا بررسی‌ها و اقدامات مناسب را در مورد وی انجام داد.

در مواردی که منشأ درد ارجاعی از قفسه‌سینه باشد، حرکت تنفسی نیمه‌گرفتار قفسه‌سینه به کندی صورت می‌گیرد؛ در حالی که اگر منشأ درد از داخل شکم باشد، چنین وقفه‌ای کمتر رخ می‌دهد. علاوه‌براین، اسپاسم آشکار عضلات شکم به واسطه درد ارجاعی، در طی مرحله دمی تنفس کاهش می‌یابد، در حالی که اسپاسم با منشأ شکمی در هر دو مرحله تنفس پابرجا می‌ماند. همچنین لمس برروی منطقه دچار درد ارجاعی در شکم معمولاً درد را تشدید نمی‌کند و در بسیاری از موارد عملاً آن را کاهش می‌دهد.

در برخی موارد، بیماریهای قفسه‌سینه و شکم توأمأ وجود دارند و ممکن است نتوان آنها را از یکدیگر افتراق داد. به‌عنوان مثال، فرد مبتلا به بیماری دستگاه صفراوی غالباً در طی انفارکتوس میوکارد دچار درد ایگاستر است یا در بیماری که سابقه آنژین صدری دارد، کولیک صفراوی ممکن است به اطراف قلب یا شانه چپ ارجاع شود. برای شرح درد ارجاعی به ناحیه‌ای که خود از قبل، مشکل داشته، به فصل ۱۸ مراجعه کنید.

درد ارجاعی از ستون مهره‌ای که معمولاً ناشی از فشرده‌شدن یا تحریک ریشه اعصاب است، مشخصاً با برخی حرکات نظیر سرفه، عطسه یا زورزدن تشدید شده و با احساس درد برروی درماتومهای درگیر همراه است. درد ارجاعی به شکم از بیضه‌ها یا کیسه‌های منی عموماً با اندک فشاری برروی هریک از این دو عضو تشدید می‌گردد. ماهیت این درد مبهم بوده و بیمار نمی‌تواند محل دقیق آن را مشخص کند.

بحران‌های شکمی متابولیک

درد ناشی از اختلالات متابولیک می‌تواند هریک از بیماریهای داخل شکمی را تقلید کند. چندین مکانیسم ممکن است دخیل باشند. در برخی موارد نظیر هیپرلیپیدمی، بیماری متابولیک خود می‌تواند باعث یک فرآیند داخل شکمی نظیر پانکراتیت شود که ممکن است در صورت عدم تشخیص، به یک لاپاراتومی غیرضروری ختم گردد. کمبود C1 استراز که همراه با ادم آنژیونوروتیک است، در اغلب موارد باعث دوره‌هایی از درد شدید شکمی می‌شود. هرگاه علت درد شکمی ناشناخته باشد، باید اختلالات متابولیک را مدنظر

مشخص‌کننده انسداد شریان مزاتریک فوقانی می‌باشد. درد شکمی همراه با انتشار به منطقه خاجی، پهلو یا اندام تناسلی خارجی، همواره باید پزشک را به یک آنوریسم آئورت شکمی در حال پاره‌شدن مشکوک سازد. این درد ممکن است برای چند روز پیش از بروز پارگی و کلاپس باقی بماند.

جدار شکم درد برخاسته از جدار شکم معمولاً پیوسته و شدید است. حرکت، ایستادن طولانی‌مدت و فشار باعث تشدید درد و اسپاسم عضلانی می‌شود. در همتوم غلاف عضله رکتوس - که امروزه بیش از همه در افراد تحت درمان با داروهای ضدانعقاد دیده می‌شود - یک توده را ممکن است در ربعهای تحتانی شکم لمس نمود. از درگیری همزمان عضلات بخشهای دیگر بدن می‌توان برای افتراق میوزیت جدار شکم از سایر فرآیندهای داخل شکمی که ممکن است باعث درد همان منطقه شکمی شوند، بهره گرفت.

درد ارجاعی در بیماریهای شکمی

درد ارجاعی به شکم از قفسه‌سینه، ستون مهره‌ای یا اندام تناسلی ممکن است باعث دشواریهای تشخیصی شود، زیرا بیماریهای بخش فوقانی حفره شکم نظیر کوله‌سیستیت حاد یا زخم سوراخ‌شده، ممکن است با عوارض داخل قفسه‌سینه همراه باشند. یک قانون بسیار مهم (که در بسیاری از موارد فراموش می‌شود) این است که در هر بیمار مبتلا به درد شکمی (به‌ویژه در بخش فوقانی شکم) باید احتمال بیماری داخل قفسه‌سینه را در نظر گرفت.

در اغلب موارد می‌توان به کمک پرسشها و معاینات سیستماتیک که برای کشف انفارکتوس میوکارد یا ریوی، پنومونی، پریکاردیت یا بیماریهای مری جهت‌گیری شده‌اند، مدارک کافی برای تأیید تشخیص به دست آورد؛ اینها شایعترین بیماریهای داخل قفسه‌سینه هستند که می‌توانند به‌صورت اورژانسه‌های شکمی تظاهر یابند. پلوریت دیافراگمی که در نتیجه پنومونی یا انفارکتوس ریوی ایجاد می‌شود، می‌تواند درد را در ربع فوقانی و راست شکم یا بالای ترقوه ایجاد کند که انتشار درد به بالای ترقوه باید از درد ایجاد شده به‌وسیله اتساع حاد درخت صفراوی خارج کبدی که به زیر کتف منتشر می‌شود، افتراق داده شود. برای تصمیم‌گیری نهایی در مورد منشأ شکمی یا قفسه‌سینه‌ای درد ممکن است لازم باشد بیمار را چند ساعت با دقت و برنامه‌ریزی صحیح

داشت. همچنین درد شکمی، تظاهر اصلی تب مدیترانه‌ای خانوادگی است (فصل ۳۹۲).

در برخی موارد نمی‌توان به سادگی تشخیص‌های افتراقی را رد کرد. افتراق درد ناشی از پورفیری و کولیک ناشی از سرب، از انسداد روده معمولاً دشوار است، زیرا پرستالتیسم شدید، از تظاهرات اصلی این دو اختلال می‌باشد. درد ناشی از اورمی یا دیابت غیراختصاصی بوده و محل و شدت درد و حساسیت در لمس متغیر است. اسیدوز دیابتی ممکن است به‌وسیله آپاندیسیت حاد یا انسداد روده تسهیل شود و به این ترتیب، در صورتی که متعاقب اصلاح اختلالات متابولیک، درد شکمی سریعاً برطرف نگردد، باید به یک اختلال عضوی زمینه‌ای مشکوک بود. گزش عنکبوت بیوه سیاه موجب درد و سفتی شدید عضلات شکم و پشت می‌شود؛ عضلات پشت به‌ندرت در بیماری‌های داخل شکمی درگیر می‌شوند.

ضعف سیستم ایمنی

ارزیابی و تشخیص علل درد شکمی در بیماران دچار سرکوب یا ضعف سیستم ایمنی بسیار دشوار است. از نمونه‌های این بیماران می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: افرادی که تحت پیوند عضو قرار گرفته‌اند؛ افرادی که تحت درمان با گلوکوکورتیکوئیدها، شیمی‌درمانی، یا درمان‌های سرکوبگر ایمنی (به دلیل ابتلا به بیماری‌های خودایمنی) قرار دارند؛ بیماران مبتلا به ایدز؛ و بیماران بسیار مسن. در چنین شرایطی، پاسخ‌های فیزیولوژیک طبیعی ممکن است وجود نداشته و یا پوشیده بمانند. به‌علاوه، عفونت‌های غیرمعمول (مانند عفونت‌های ناشی از سیتومگالوویروس، مایکوباکتریوم‌ها، تک‌یاخته‌ها، و قارچ‌ها) ممکن است سبب ایجاد درد شکم شوند. این عوامل بیماری‌زا ممکن است تمامی اعضای گوارشی و از جمله کیسه صفرا، کبد، و پانکراس، و نیز کل دستگاه گوارش را مبتلا سازند و سبب پارگی بدون علامت یا کاملاً علامت‌دار این دستگاه شوند. آبسه‌های طحالی ناشی از عفونت با کاندیدا یا سالمونلا را نیز باید در نظر داشت (به‌ویژه در هنگام ارزیابی بیماران دچار درد پهلوی چپ یا درد ربع فوقانی چپ شکم). گله‌سیستیت بدون سنگ، از عوارض نسبتاً شایع در بیماران دچار ایدز به‌شمار می‌رود که اغلب با کریپتوسپوریدیوز یا عفونت سیتومگالوویروسی همراه است.

علل عصبی

درد کالزژی^۱ (سوزش عصبی) ممکن است در بیماری‌هایی که به اعصاب حسی آسیب می‌زنند، ایجاد گردد. ماهیت آن سوزشی بوده و معمولاً محدود به منطقه توزیع آن عصب محیطی است. محرک‌های غیر دردناک طبیعی نظیر لمس یا تغییر در درجه حرارت می‌تواند به این نوع درد استحاله یابد که اغلب در حالت استراحت حس می‌شود. مشاهده نقاط دردناک جلدی با الگوی نامنظم ممکن است تنها گواه یک ضایعه عصبی قدیمی زمینه‌ساز درد سوزشی باشد. با این که درد ممکن است به واسطه لمس ظریف ایجاد گردد، سفتی عضلات شکمی وجود ندارد و تنفس بیمار مختل نیست. اتساع شکم ناشیاب شده و درد ارتباطی با مصرف غذا ندارد.

درد برخاسته از اعصاب یا ریشه‌های نخاعی، به سرعت ایجاد و برطرف می‌شود و ماهیت خنجری دارد (فصل ۲۲). این درد می‌تواند به واسطه علل مختلف ایجاد گردد، از جمله ویروس هرپس زوستر، آرتريت، تومورها، دیسک بین‌مهره‌ای فتق‌یافته، دیابت یا سیفیلیس. چنین دردی با مصرف غذا، اتساع شکمی یا تغییرات تنفسی مرتبط نیست. اسپاسم شدید عضلانی (همانند بحرانه‌های معدی تابس خلفی) شایع بوده، ولی به واسطه لمس شکم برطرف شده یا (حداقل) تشدید نمی‌گردد. درد با حرکات ستون مهره‌ای بدتر شده و معمولاً به چند درماتوم محدود است. کاهش آستانه درد در برابر محرک‌های لمسی بسیار شایع است.

درد ناشی از علل عملکردی (فانکشنال) از هیچ یک از الگوهای فوق‌الذکر تبعیت نمی‌کند. توصیف مکانیسم آن دشوار می‌باشد. سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که مشخصه‌های آن درد شکمی و تغییرات اجابت مزاج هستند. تشخیص براساس معیارهای بالینی (فصل ۳۵۲) و پس از کنارگذاشتن اختلالات ساختاری مشهود حاصل می‌شود. حملات درد شکمی اغلب به‌دنبال استرس‌ها ایجاد شده و هر بار، نوع و محل درد تغییرات زیادی می‌کند. تهوع و استفراغ ندارند. حساسیت موضعی به لمس و اسپاسم عضلانی ناپایدار بوده یا وجود ندارند. علل IBS یا اختلالات عملکردی مشابه شناخته نشده‌اند.

تعداد اندکی از بیماری‌های شکمی به چنان اقدام جراحی فوری نیاز دارند که صرف نظر از وخامت نشانه‌های بیمار، باید به سرعت تشخیص داده و درمان شوند. تنها بیمارانی که دچار خونریزی داخل شکمی واضح هستند (نظیر پارگی آنوريسم)، باید بلافاصله به اتاق عمل هدایت شوند، ولی در چنین شرایطی تنها چند دقیقه زمان باید مصروف بررسی وضعیت بحرانی فرد گردد. در چنین شرایطی باید تمامی موانع را حذف نمود، رگ گرفتن از بیمار را برای جبران مایعات باید انجام داد و جراحی را آغاز کرد. بسیاری از این بیماران در بخش رادیولوژی یا اورژانس و در حالی که تحت بررسیهای غیرضروری (نظیر الکتروکاردیوگرام یا CT اسکن) قرار دارند، فوت می‌کنند. هیچ معنی^۱ برای جراحی در بیماران دچار خونریزی وسیع داخل شکمی وجود ندارد. خوشبختانه این وضعیت نسبتاً نادر است. این تذکرها قابل اطلاق به خونریزی گوارشی نیست زیرا اغلب با روشهای دیگر قابل درمان است (فصل ۵۷). هیچ چیز نمی‌تواند جایگزین یک شرح حال دقیق و بر اساس درد شود که بسیار بارزتر از بررسیهای آزمایشگاهی یا رادیوگرافیک است. گرفتن شرح حال دقیق، پرزحمت و زمان‌بر است و لذا مورد استقبال نمی‌باشد، اما در بسیاری از موارد می‌توان تنها براساس شرح حال به یک تشخیص دقیق و منطقی دست یافت.

در مورد درد شکمی «حاد»، تشخیص اغلب به آسانی میسر است، در حالی که موفقیت در مورد درد «مزم» تا این حد بالا نیست. سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایعترین علل درد شکمی بوده و همواره باید مدنظر باشد (فصل ۳۵۲). محل درد می‌تواند به محدود کردن تشخیص‌های افتراقی کمک کند (جدول ۳-۲۰)؛ با این حال، در بسیاری از موارد، توالی زمانی اتفاقات در شرح حال بیمار مهمتر از تأکید بر محل درد می‌باشد. در صورتی که فرد معاینه‌کننده به حد کافی حضور ذهن داشته باشد، عجله نکند، از سوالات مناسب استفاده کرده و به خوبی به پاسخها گوش فرا دهد، بیمار می‌تواند کمک شایانی به تشخیص نماید. باید به دردهای ارجاعی از

مناطق خارج از شکم کاملاً دقت کرد. تجویز داروهای مسکن یا مخدر را نباید تا حصول به تشخیص قطعی یا برنامه درمانی به تعویق انداخت؛ تسکین درد موجب ابهام تشخیصی نخواهد شد.

اخذ شرح حال دقیق قاعدگی از زنان بیمار ضروری است. به‌خاطر سپردن این نکته مهم است که رحم باردار می‌تواند روابط آناتومیک طبیعی را به‌شدت تغییر دهد. درد شکم و لگن در حین بارداری ممکن است در اثر وضعیت‌هایی ایجاد شوند که مستلزم انجام عمل جراحی نیستند. سرانجام اینکه، برخی نتایج آزمایشگاهی حایز اهمیت (مانند لکوسیتوز) ممکن است بیانگر تغییرات فیزیولوژیک طبیعی دوران بارداری باشند.

در معاینه، مشاهده بیمار مثلاً چهره، وضعیت در بستر و فعالیت تنفسی وی می‌تواند به تشخیص کمک کند. برای جمع‌آوری اطلاعات، معاینه‌کننده باید کاملاً خونسرد و مؤدب بوده و به تمامی جوانب توجه داشته باشد. اگر معاینه نخست با بیمار دچار التهاب صفاقی همراه با ملایمت نباشد، بررسی دقیق به‌وسیله معاینه‌کننده بعدی میسر نخواهد بود. القای دردخیزی واجهشی^۲ به‌وسیله برداشتن ناگهانی دست به هنگام لمس عمقی شکم در بیمار مشکوک به پریتونیت، عملی خشن و غیرضروری محسوب می‌گردد. همین یافته را می‌توان با دق آرام شکم (که در مقیاسی کوچکتر صورت می‌گیرد) به دست آورد که ضمناً دقیق‌تر بوده و محل ضایعه را بهتر مشخص می‌کند. با درخواست از بیمار برای سرفه کردن می‌توان دردخیزی واجهشی واقعی را بدون لمس شکم القا کرد. علاوه‌براین، لمس عمقی شکم در یک بیمار عصبانی یا نگران موجب اسپاسم عضلات در فردی خواهد شد که واقعاً دچار دردخیزی واجهشی نیست. در صورتی که لمس چنان خشن باشد که اسپاسم ارادی عضلات بر سفتی غیرارادی آنها اضافه گردد، یک کیسه‌صفرای قابل لمس مورد غفلت قرار خواهد گرفت. همانند شرح حال، هیچ جایگزینی برای زمان کافی موردنیاز در انجام معاینه وجود ندارد. علایم شکمی ممکن است ناچیز باشند، اما همزمان با نشانه‌های متناسب می‌توانند معنادار شوند. علایم شکمی ممکن است در پریتونیت لگنی مشاهده نشوند، لذا معاینه دقیق

یا جسم خارجی در مری می‌باشد. اودینوفازی^۱ به بلع دردناک گفته می‌شود که به صورت تیبیک به علت وجود زخم‌های مخاطی در اروفانکس یا مری ایجاد می‌گردد. این علامت به طور شایع با دیسفاژی همراه است اما برعکس این موضوع، صحت ندارد. لقمه حلقی^۲ به احساس جسم خارجی در ناحیه گردن اطلاق می‌شود که در بلع، اختلال ایجاد نمی‌کند و گاهی با بلع مواد، تخفیف می‌یابد. دیسفاژی انتقالی^۳ به طور شایع باعث بازگشت مواد از راه بینی و اسپیراسیون ریوی هنگام بلع می‌شود و مشخصه دیسفاژی اروفانکس است. بلع هراسی^۴ (ترس از بلع) و امتناع از بلع ممکن است علل روانی داشته باشند و یا به علت اضطراب درباره بروز انسداد مری توسط لقمه غذا، اودینوفازی یا اسپیراسیون روی دهد.

فیزیولوژی بلع

فرآیند بلع با یک مرحله ارادی (دهانی) آغاز می‌شود که خود شامل دو مرحله است: یکی مرحله مقدماتی، که طی آن غذا جویده شده و با بزاق مخلوط می‌شود، و دیگری مرحله انتقال، که در طی آن، لقمه غذایی به کمک زبان، به طرف حلق رانده می‌شود. سپس ورود لقمه غذایی به هیپوفارنکس، باعث آغاز رفلکس بلع حلقی می‌شود. رفلکس بلع توسط دستگاه عصبی مرکزی کنترل می‌شود و متشکل از یک سری حوادث پیچیده است که باعث راندن لقمه غذایی از حلق به طرف مری و پیشگیری از ورود آن به مجاری هوایی می‌شود. جهت انجام بلع، حنجره به بالا آمده و به جلو کشیده می‌شود. بدین ترتیب باز شدن اسفنکتر فوقانی مری (UES) تسهیل می‌شود. سپس فشار زبان، لقمه را از میان UES عبور می‌دهد و متعاقب آن، یک موج پرستالتیک، باقیمانده غذا را از حلق به مری انتقال می‌دهد. با ورود غذا به مری، اسفنکتر تحتانی مری (LES) باز می‌شود و تا زمانی که انقباض پرستالتیک لقمه غذایی را به معده برساند، همچنان باز می‌ماند. به انقباض پرستالتیک در پاسخ به بلع، پرستالسیس اولیه گفته می‌شود. طی این فرآیند، ابتدا مهار و متعاقب آن، انقباض عضلات در تمام طول مری روی می‌دهد. مهاری که پیش از انقباض پرستالتیک روی می‌دهد، مهار بلع^۵ نامیده می‌شود. اتساع موضعی در هر نقطه‌ای در طول مری مانند آنچه در رفلاکس معدی - مروی دیده می‌شود، پرستالسیس ثانویه را فعال می‌کند که از محل

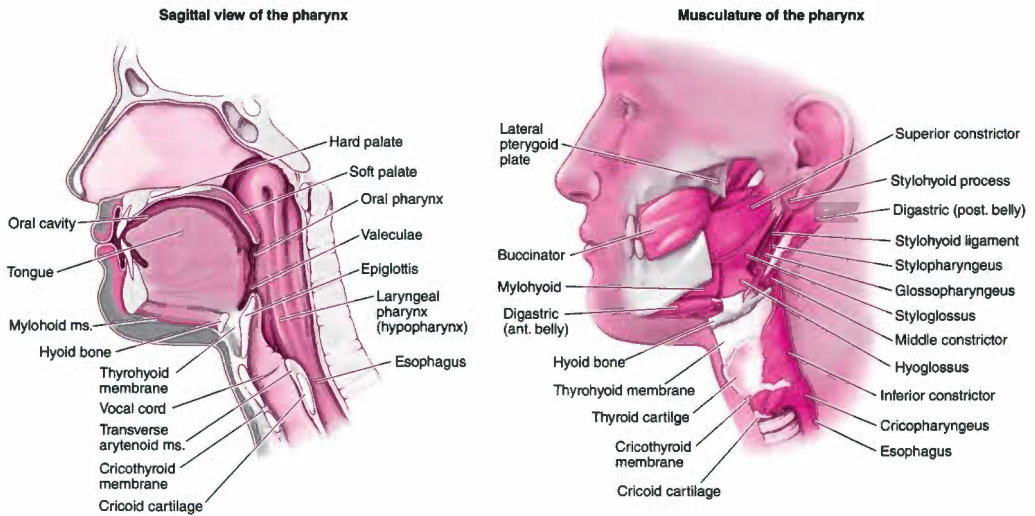
اتساع آغاز شده، به سمت دیستال ادامه می‌یابد. انقباضات مروی ثالثیه^۶، انقباضات غیرپرستالتیک و نامنظمی هستند که ممکن است طی بررسی فلوروسکوپی به طور خودبخودی در مری دیده شوند.

عضلات حفره دهان، حلق، اسفنکتر فوقانی مری (UES)، و مری گردنی از نوع مخطط هستند و مستقیماً توسط نورونهای حرکتی تحتانی موجود در اعصاب جمجمه‌ای عصبدهی می‌شوند (شکل ۱-۵۳). عضلات حفره دهان توسط اعصاب جمجمه‌ای هفتم (تری‌ژمینال) و هشتم (صورتی)، و عضلات زبان توسط عصب جمجمه‌ای دوازدهم (هیپوگلسال) عصبدهی می‌شوند. عصبدهی عضلات حلق از اعصاب جمجمه‌ای یازدهم (گلسوفارنژیال) و دوازدهم (واگ) تأمین می‌شود.

از لحاظ فیزیولوژیک، UES از عضله کریکوفارنژیئوس، قسمت مجاور از عضله تنگ‌کننده تحتانی حلق، و قسمت پروگزیمال از مری گردنی تشکیل یافته است. عصبدهی UES از عصب واگ تأمین می‌شود، در حالی که عصبدهی عضلاتی که باز شدن UES طی عمل بلع را تسهیل می‌کنند، از اعصاب جمجمه‌ای پنجم، هفتم و دوازدهم تأمین می‌گردد. اسفنکتر فوقانی مری به دلیل ویژگی ارتجاعی (الاستیک) ذاتی‌اش و همچنین به دلیل انقباض نورونیک عضله کریکوفارنژیئوس، بسته باقی می‌ماند. در هنگام بلع، مهار فعالیت تحریکی واگ سبب شل شدن عضله کریکوفارنژیئوس می‌شود، و انقباض عضلات سوپراهیوئید و ژنیوهیوئید، با جابجا کردن حنجره به سمت بالا و جلو، موجب باز شدن UES می‌گردد.

دستگاه عصبی - عضلانی ایجادکننده پرستالسیس در بخش‌های پروگزیمال و دیستال مری با یکدیگر متفاوتند. مری گردنی، همانند عضلات حلق، از عضلات مخطط تشکیل شده است و مستقیماً توسط نورونهای حرکتی تحتانی موجود در عصب واگ عصبدهی می‌شود. پرستالسیس مری گردنی، نتیجه فعالیت متوالی نورونهای حرکتی واگ در هسته آمیگوس است. در مقابل، بخش دیستال مری و LES از رشته‌های عضله صاف ساخته شده‌اند و توسط نورونهای تحریکی و مهاری برخاسته از شبکه میانتریک مری عصبدهی می‌شوند. نورون‌های

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1- odynophagia | 2- globus pharyngeus |
| 3- transfer dysphagia | 4- phagophobia |
| 5- deglutitive inhibition | 6- tertiary |



شکل ۱-۵۳. نماهای ساژیتال و طراحی شده از عضلات دخیل در بلع دهانی - حلقی. به بزرگی زبان در نمای ساژیتال و ارتباط نزدیک میان ورودی لارنکس (راه هوایی) و مری توجه نمایید. در حالت استراحت که در این طرح نشان داده شده است، ورودی مری بسته است. در هنگام بلع، ورودی مری باز و ورودی لارنکس به طور موقت بسته می‌شود.

پاتوفیزیولوژی دیسفاژی

دیسفاژی را می‌توان براساس محل و براساس شرایط ایجاد آن تقسیم‌بندی نمود. براساس محل آناتومیک درگیری، دیسفاژی را می‌توان به انواع دهانی، حلقی، و مروی تقسیم‌بندی نمود. انتقال طبیعی یک لقمه غذایی در طول مسیر بلع، به اندازه و قوام لقمه بلعیده شده، قطر مسیر بلع، نیروی انقباض پرستالتیک، و مهار بلعی مشتمل بر شل شدن طبیعی اسفنکترهای فوقانی و تحتانی مری در طی بلع بستگی دارد. در صورتی که علت دیسفاژی یک لقمه غذایی بزرگ یا تنگی مجرای داخلی باشد، به آن دیسفاژی ساختمانی گفته می‌شود؛ اگر دیسفاژی ناشی از اختلال در انقباضات پرستالتیک یا اختلال در شل شدن اسفنکترها پس از بلع باشد، دیسفاژی حرکتی^۲ یا بیرون‌ریزنده^۳ نامیده می‌شود. در یک بیمار مبتلا به دیسفاژی ممکن است بیش از یک مکانیسم در ایجاد این اختلال دخیل باشد. در بیماران مبتلا به اسکلوودرمی به طور شایع، نبود امواج پرستالتیک همزمان با ضعف تون LES، بیمار را مستعد ابتلا به

پیش‌گانگلیونی بصل‌النخاعی از هسته حرکتی پشتی مربوط به عصب واگ، از طریق فعال کردن این نورون‌های گانگلیونی طی پرستالتیس اولیه عمل می‌کنند. عصب‌رسانه‌های اعصاب گانگلیونی تحریکی شامل استیل کولین و ماده P، و عصب‌رسانه‌های اعصاب مهارتی شامل پپتید روده‌ای مؤثر بر عروق (VIP) و اکسیدنیتریک هستند. پرستالتیس به علت فعال شدن منظم نورون‌های گانگلیونی مهارتی و متعاقب آن، نورون‌های گانگلیونی تحریکی روی می‌دهد. به طوری که به طور پیش‌رونده‌ای، فعالیت نورون‌های مهارتی به سمت دیستال غلبه پیدا می‌کند. به طور مشابه، شل شدن LES با مکانیسم مهار بلع روی می‌دهد و تا زمان کامل شدن چرخه توالی پرستالتیس باقی می‌ماند. در حالت استراحت، به علت تحریک نورون‌های گانگلیونی تحریکی و تون میوژنیک این قسمت (این ویژگی باعث افتراق LES از قسمت‌های کناری در مری می‌شود)، LES بسته می‌ماند. عملکرد LES به وسیله عضله ستون دیافراگمی راست تقویت می‌شود؛ این ستون دیافراگمی هنگام دم، سرفه و یا افزایش فشار داخل شکمی به عنوان یک اسفنکتر خارجی عمل می‌کند.

1- neurotransmitter

2- Motor P.

3- Propulsive