

مبانی طب داخلی سیسیل ۲۰۲۲  
بیماری‌های دستگاه گوارش، کبد و مجاری صفراوی

۷.....	مقدمه
۹.....	<b>بخش ۶: بیماری‌های دستگاه گوارش.....</b>
۱۰.....	فصل ۳۱ درد شکمی.....
۱۶.....	فصل ۳۲ تظاهرات بالینی متداول بیماری‌های دستگاه گوارش: خونریزی دستگاه گوارش.....
۲۲.....	فصل ۳۳ تظاهرات بالینی شایع بیماری‌های دستگاه گوارش: سوءجذب.....
۳۳.....	فصل ۳۴ تظاهرات بالینی شایع بیماری‌های دستگاه گوارش: اسهال.....
۴۱.....	فصل ۳۵ روش‌های اندوسکوپی و تصویربرداری.....
۵۳.....	فصل ۳۶ بیماری‌های مری.....
۶۷.....	فصل ۳۷ بیماری‌های معده و دوازدهه.....
۸۸.....	فصل ۳۸ بیماری‌های التهابی روده.....
۱۰۳.....	فصل ۳۹ بیماری‌های لوزالمعده.....
۱۲۵.....	<b>بخش ۷: بیماری‌های کبد و تشکیلات صفراوی.....</b>
۱۲۶.....	فصل ۴۰ آزمون‌های آزمایشگاهی برای ارزیابی بیماری‌های کبد.....
۱۳۱.....	فصل ۴۱ یرقان.....
۱۴۱.....	فصل ۴۲ هپاتیت حاد و مزمن.....
۱۵۴.....	فصل ۴۳ نارسایی کبد.....
۱۵۸.....	فصل ۴۴ سیروز کبدی و عوارض آن.....
۱۷۴.....	فصل ۴۵ بیماری‌های کیسه صفرا و مجاری صفراوی.....
۱۸۵.....	نمایه

به نام خداوند جان آفرین

حکیم سخن در زبان آفرین

در عصر انفجار اطلاعات با توجه به گسترش علوم پزشکی نیاز به تحقیقات گسترده در رشته بیماری‌های داخلی یا طب مادر احساس می‌شود. در دسترس بودن سریع اطلاعات در فضای مجازی راه آسانی جهت دستیابی به تازه‌ترین داده‌های پزشکی و شناسایی علائم است، ولی نیاز به وجود کتاب جامعی همچون مبانی طب داخلی سیسیل برای آموزش کارآموزان و فراگیران احساس می‌شود.

ترجمه کتاب سیسیل گوارش و کبد مشتمل بر علائم بالینی و معاینات پزشکی که بهترین وسیله برای تشخیص بیماری‌ها است می‌باشد. غلی‌رغم وجود تجهیزات پزشکی برای انجام آندوسکوپی و سونوگرافی و نیز پیشرفت دستگاه‌هایی که برای تشخیص بیماری‌های گوارشی به کار می‌روند، همچنان اتکا به معاینات بالینی و تشخیص افتراقی بهترین کمک را به بیماران می‌کند.

امروزه درمان بیماری التهابی روده، یرقان، سیروز و هیپاتیت غیرالکلی تغییرات قابل توجهی پیدا کرده است.

ترجمه کتاب حاضر بسیار سلیس می‌باشد و صفحه‌آرایی و چاپ آن با دقت و سلیقه‌ای انجام شده است که شایسته انتشارات کتاب ارجمند است. امیدوارم این کتاب ارزشمند مورد استفاده دانشجویان و کاربران محترم قرار گیرد.

**دکتر سیدمحمود اسحق حسینی**

فوق تخصص گوارش و کبد

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

## بیماری‌های دستگاه گوارش

- ۳۱ تظاهرات بالینی شایع بیماری‌های دستگاه گوارش: درد شکم  
Charles M. Bliss, Jr.
- ۳۲ تظاهرات بالینی شایع بیماری‌های دستگاه گوارش: خونریزی گوارشی  
D. Roy Ferguson and M. Michael Wolfe
- ۳۳ تظاهرات بالینی شایع بیماری‌های دستگاه گوارش: سوء تغذیه  
Sharmeel K. wasan, Elihu M. Schimmel, and M. Micheal wolfe
- ۳۴ تظاهرات بالینی شایع بیماری‌های دستگاه گوارش: اسهال  
John S. Maxwell and M. Micheal wolfe
- ۳۵ روش‌های اندوسکوپی و تصویربرداری  
Christopher S. Huang and M. Micheal Wolfe
- ۳۶ بیماری‌های مری  
Michael Wolfe Carla Maradey-Romero, Ronnie Fass and M.
- ۳۷ بیماری‌های معده و دوازدهم  
Robert C. lowe and M. Michael Wolfe
- ۳۸ بیماری التهابی روده  
Miller and Francis A. Farraye Hannah L.
- ۳۹ بیماری‌های لوزالمعده  
David R. Lichtenstein

## تعریف و اپیدمیولوژی

درد شکمی یکی از تظاهرات شایع بیماری‌های گوارشی است. پیدا کردن منشأ درد و تعیین شدت آن دشوار است. زیرا احساس درد تحت تأثیر عوامل هیجانی و جسمانی می‌باشد. درد شکمی ممکن است حاد یا مزمن باشد. درد حاد به صورت ناگهانی بروز می‌کند و حاکی از تغییرات فیزیولوژیکی جدی است. از سوی دیگر، درد مزمن ممکن است چندین ماه ادامه یابد و هرچند نیازمند توجه فوری نیست اما ممکن است منجر به بررسی‌های گسترده‌ای شود. با توجه به یک گزارش اخیر از ۷۱۸۱۲ بیمار، ۲۵٪ پاسخ‌دهندگان درد شکمی در طی هفته اخیر را ذکر کردند. ارزیابی درست درد شکمی نیازمند آگاهی از مکانیسم‌های درد، توجه دقیق به شرح حال و یافته‌های حاصل از معاینه جسمانی و شناسایی علائم مهم همراه است، به علاوه آگاهی از نقاط قوت و ضعف تست‌های آزمایشگاهی مورد استفاده، ضروری است.

## فیزیولوژی

درد شکمی ناشی از تحریک گیرنده‌های ویژه محرک‌های حرارتی، مکانیکی یا شیمیایی است. با برانگیخته شدن گیرنده‌ها، ایمپالس (تکانه) درد تولید شده و از طریق رشته‌های سمپاتیک به مراکز عصبی می‌رود. درد شکمی را می‌توان به دو دسته پیکری<sup>۱</sup> و احشایی<sup>۲</sup> تقسیم‌بندی کرد.

درد پیکری یا سوماتیک از دیواره شکم و صفاق جداری

(پاریتال) منشأ می‌گیرد در حالی که منشأ درد احشایی، اعضای داخلی و صفاق احشایی است. دو نوع رشته عصبی برای انتقال درد وجود دارد: رشته‌های A که سرعت هدایت بالایی دارند و رشته‌های C که سرعت هدایت پائینی دارند. اکثر نورون‌های احشایی از نوع C هستند و درد حاصل از تحریک آنها معمولاً مبهم (از نظر شدت و محل درد) است. در مقابل، رشته‌هایی که از صفاق جداری و دیواره شکم منشأ می‌گیرند شامل هر دو نوع A و C هستند و درد حاصل از آنها کیفیتی تیز (sharp) داشته، و در نقطه مشخصی احساس می‌شود (لوکالیزه است).

به دلیل این الگوی خاص عصب‌دهی، احشای شکمی نسبت به بریدن، پارگی، سوختن یا له‌شدن حساس نیستند. با این حال درد احشایی بر اثر کشش جداره اعضای توخالی یا کپسول اعضای توپر و نیز التهاب و ایسکمی ایجاد می‌شود.

## علل درد شکمی

اختلالات داخل و خارج شکمی متعددی موجب بروز درد شکمی می‌شوند. افتراق درد شکمی مزمن از درد حاد مفید است. نحوه برخورد برحسب علت اختصاصی درد متفاوت است، اما به طور کلی، درد شکمی حاد نیازمند مداخله سریع است.

## خصوصیات بالینی

### شرح حال

برای تشخیص افتراقی درد شکمی، خواه مزمن یا حاد، باید شرح حال دقیقی از بیمار گرفته شود و به خصوصیات درد، مکان و انتشار آن، زمان‌بندی و وجود علائم همراه توجه نمود. شناخت الگوهای کاراکتریستیک برای محدود کردن تشخیص‌های

جدول ۱-۳۳. سندرم‌های اصلی درد شکمی

انتشار (radiation)	محل درد	نوع درد	اختلال
<b>درد شکمی حاد</b>			
پشت	اطراف ناف، ربع تحتانی راست شکم (RLQ)	کرامپی، مداوم	آپاندیسیت
کتف راست	ایپگاستر، ربع فوقانی راست شکم	منقطع، مداوم	کله سیستیت
پشت	ایپگاستر، اطراف ناف	مداوم	پانکراتیت
کل شکم	ایپگاستر	ناگهانی، شدید	سوراخ شدن روده
پشت	اطراف ناف	کرامپی	انسداد
کل شکم	اطراف ناف	شدید، منتشر	انفارکتوس
<b>درد شکمی مزمن</b>			
بازوی چپ، پشت	بشت جناغ	سوزشی	ازوفازیت
پشت	ایپگاستر	چنگ‌زدن	زخم پپتیک
ندارد	ایپگاستر	(gnawing)	سوءهاضمه
ندارد	ربع تحتانی چپ و ربع تحتانی راست شکم	مبهم، همراه نفخ کرامپی	سندرم روده تحریک‌پذیر

IBS, Irritable bowel syndrome; LLQ, left lower quadrant; RLQ, right lower quadrant; RUQ, right upper quadrant.

### معاینه جسمانی (فیزیکی)

معاینه شکم می‌تواند راهنمای با ارزشی برای تشخیص باشد، اما معاینه باید با مشاهده ظاهر کلی بیمار آغاز شود. بیماری که در بستر به خود می‌پیچد و نمی‌تواند آرام بگیرد، ممکن است دچار انسداد باشد، از سوی دیگر بیماری که دراز کشیده و اندام‌های تحتانی خود را جمع کرده است و از هر حرکتی اجتناب می‌کند ممکن است دچار پریتونیت باشد چون حرکت درد پریتونیت را بدتر می‌کند. اتساع شکم حاکی از انسداد یا آسیت است. مشاهده پرستالتیسم‌های قابل رؤیت در تشخیص انسداد روده کوچک مفید است اما این نشانه فقط در مراحل اولیه بیماری دیده می‌شود. اتساع موضعی ممکن است به دلیل فتق باشد؛ به اسکارِ جراحی‌های قبلی نیز باید توجه کرد.

سمع شکم باید از روی چندین نقطه شکم انجام شود و کیفیت و الگوی صداهای روده‌ای و نیز هرگونه بروئی یا همهمه وریدی (hum) مورد بررسی قرار گیرد. عدم وجود صداهای روده‌ای، علامت ایلئوس است، در حالی که زیاد و تیز شدن صداها علامت انسداد است. بروئی‌های متعدد امکان وجود بیماری‌های عروقی مهم که موجب ایسکمی می‌شود را مطرح می‌کند.

شکم باید به آرامی لمس شود و این کار باید از ناحیه‌ای دور از منطقه درد آغاز شود. پزشک باید در حین لمس، نواحی دردناک

افتراقی ضروری است.

مکان درد، غالباً عضو مسئول ایجاد درد را نشان می‌دهد. برای مثال درد ایپگاستر معمولاً مشخصه زخم پپتیک یا سوءهاضمه است، در حالی که درد ربع فوقانی راست بیشتر در کله‌سیستیت و سایر بیماری‌های مجاری صفراوی دیده می‌شود. در مراحل اولیه یک بیماری، درد ممکن است از مکانی شروع شده و بعداً در مکانی دیگر استقرار یابد؛ این الگوی گسترش ممکن است سندرم‌های خاص درد را مطرح کند. در بیماری‌های حاد، درد شکمی معمولاً تیز و شدید است. درد ناشی از سوراخ شدن احشاء شدت زیادی دارد و درد ناشی از آنوریسم دیسکان، ممکن است با کلماتی نظیر پاره شدن و یا له شدن توسط بیمار توصیف شود. درد مزمن ممکن است شدت کمتری داشته باشد؛ درد حاصل از روده تحریک‌پذیر یا سوءهاضمه، ثابت و مبهم است و درد زخم پپتیک مزمن به صورت دردی چونده یا درد گرسنگی توصیف می‌شود. نحوه تسکین درد در شناسایی برخی اختلالات مفید است. پزشک همچنین باید در مورد مداوم یا متناوب بودن آن و بروز درد در شب‌ها از بیمار سؤال کند. در مورد درد شبانه، باید دردی که بیمار را از خواب بیدار می‌کند، از دردی که هنگام بیدار شدن به دلایل دیگر احساس می‌شود، تفکیک نمود.

در جدول ۱-۳۱ خصوصیات اساسی، مکان و نحوه انتشار درد چند اختلال حاد و مزمن شکمی شایع ذکر شده است.

سلول‌های خون (CBC) همراه با شمارش افتراقی آنها، آزمایش کامل ادرار و سنجش آمیلاز، لیپاز، بیلی‌روبین و الکترولیت‌ها، از بررسی‌های آزمایشگاهی لازم هستند. بررسی‌های دیگری نیز ممکن است انجام شوند، اما معمولاً کمکی به تصمیم‌گیری سریع که برای شکم حاد لازم است، نمی‌کنند. بالا رفتن تعداد گویچه‌های سفید خون نشان‌دهنده بیماری التهابی است و مقادیر بسیار بالا، جزو خصوصیات کاملاً تبییک ایسکمی حاد روده‌ای است. بالا رفتن غلظت آمیلاز سرم معمولاً نشان‌دهنده پانکراتیت حاد است اما زخم سوراخ شده یا ترومبوز مزانتریک نیز ممکن است منجر به افزایش آمیلاز خون<sup>۳</sup> شوند.

بررسی پرتونگاری بخش مهمی از بررسی بیمار دچار شکم حاد است. عکس شکم در نشان دادن طرح گاز داخل شکم مفید است و عکس ایستاده که دیافراگم را دربر بگیرد یا عکس خوابیده به پهلوی چپ<sup>۴</sup>، ممکن است هوای داخل شکم را نشان دهد که مطرح‌کننده سوراخ شدن احشاء داخل شکمی است. سونوگرافی برای تشخیص کله‌سیستیت حاد یا آپاندیسیت مفید است. به دلیل پیشرفت اسکنرها، امروزه CT اسکن ارزشمندتر شده است، انجام CT-اسکن زودرس، امکان تشخیص زودرس یک بیماری شکمی را که ممکن است، گاهی مورد شک نباشد، فراهم می‌کند. بررسی با ماده حاجب باید با دقت انجام شود، به خصوص زمانی که احتمال جراحی وجود دارد. تصاویر ۱-۳۱ تا ۴-۳۱، تصاویر CT از آپاندیسیت، دیورتیکولیت، پانکراتیت، و کولیت زخمی<sup>۵</sup> را نشان می‌دهند.

## درد مزمن شکم

درد شکمی مزمن می‌تواند چالشی فراروی پزشک باشد زیرا باید درد عضوی ناشی از فرایندهای ویژه پاتولوژیک را از درد کارکردی (فانکشنال) افتراق دهد. مکان و خصوصیات درد و نیز سایر علائم همراه همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، راهنمائی‌های مهمی را ارائه می‌کنند. وجود تهوع و استفراغ پس از صرف غذا، حاکی از زخم پپتیک مزمن، اختلالات تخلیه معده یا انسداد خروجی معده است. در صورت وجود کاهش وزن بررسی علت عضوی، مثل بیماری سلیاک یا بیماری التهابی روده‌ای (IBD)، ضروری است. در صورتی که بی‌اشتهایی همراه با کاهش وزن

(حساس) و حساسیت برگشتی<sup>۱</sup> و نیز توده‌ها و اعضای بزرگ شده را جستجو کند. برای تعیین اندازه احشا (کبد) یا بررسی وجود آسیت از دق شکم استفاده می‌شود. بروز درد در هنگام دق شکم یا وجود حساسیت برگشتی شدید علامت واکنش صفاق است. معاینه رکتوم برای شناسایی تومور رکتوم در موارد انسداد کولون، یا حساسیت شدید رکتوم در آپاندیسیت حاد حائز اهمیت است. در زنان برای رد بیماری التهابی لگن، باید معاینه لگنی انجام شود.

## شکم حاد

شکم حاد<sup>۲</sup> موضوع بحث‌برانگیز در کار پزشکی محسوب می‌شود. شکم حاد بر اثر التهاب ناگهانی، سوراخ‌شدگی روده، انسداد یا انفارکتوس اعضای داخل شکمی ایجاد می‌شود. نخستین سؤالی که باید پاسخ داده شود این است که آیا نیاز به جراحی فوری وجود دارد یا خیر. بنابراین ارزیابی سریع و کامل ضروری است تا مداخله جراحی در بیمارانی که به آن نیاز دارند به تعویق نیفتد. پزشک باید حساسیت شکمی و حساسیت برگشتی و گاردینگ را ارزیابی کند. بهتر است حتی در موارد مشکوک، پیش از تأیید تشخیص به کمک بررسی‌های آزمایشگاهی و پرتونگاری، در همان مراحل اولیه، مشاوره جراحی درخواست شود. با این حال بسیاری از اختلالات خارج شکمی نظیر پنومونی، انفارکتوس قلبی، سنگ کلیه و برخی اختلالات متابولیک ممکن است درد شکمی حاد ایجاد کنند.

احتمال دارد در بعضی بیماران در مراحل اولیه شکم حاد، یافته‌های چندانی مشاهده نشود. همچنین توجه به این نکته ضروری است که بیماران دچار اختلالات مزمن خوش‌خیم، ممکن است با درد شدیدی به بخش اورژانس مراجعه کنند که با یافته‌های جسمانی مطابقت ندارد. در شکم حاد شرح حال سابقه بیماری قبلی، به خصوص جراحی‌های شکمی قبلی بسیار اهمیت دارد. در واقع بیماری که با درد کرامپی ناگهانی و اتساع شکم مراجعه کرده است ممکن است دچار انسداد روده ناشی از چسبندگی‌ها یا فتق مختنق باشد. پس معاینه کامل بیمار، بررسی وجود زردی، ضایعات پوستی، شواهد جراحی قبلی یا شواهد بیماری مزمن کید ضروری است.

در ارزیابی بیماران با علامت درد شکمی، شمارش کامل

3. hyperamylasemia  
4. Left lateral decubitus  
5. ulcerative colitis

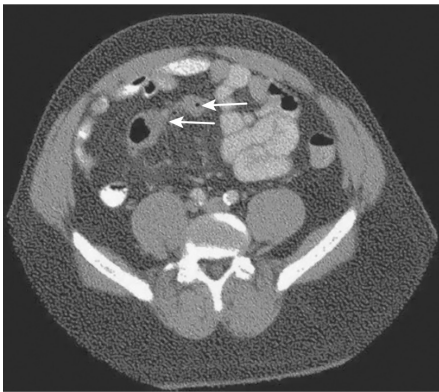
1. rebound tenderness  
2. acute abdomen



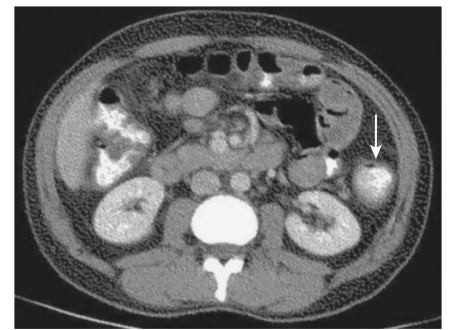
شکل اینترنتی ۱-۳۱. تصویربرداری توموگرافیک کامپیوتری از آپاندیس حاد، با شواهد ناشی از وجود ادم و چربی در پیرامون.



شکل اینترنتی ۳-۳۱. تصویربرداری توموگرافیک کامپیوتری از پانکراتیتیس، با ادم پانکراس و چربی در پیرامون.



شکل اینترنتی ۲-۳۱. تصویربرداری توموگرافیک کامپیوتری از دیورتیکولیتیس حاد، با شواهد ناشی از وجود دیورتیکولا و چربی در پیرامون.



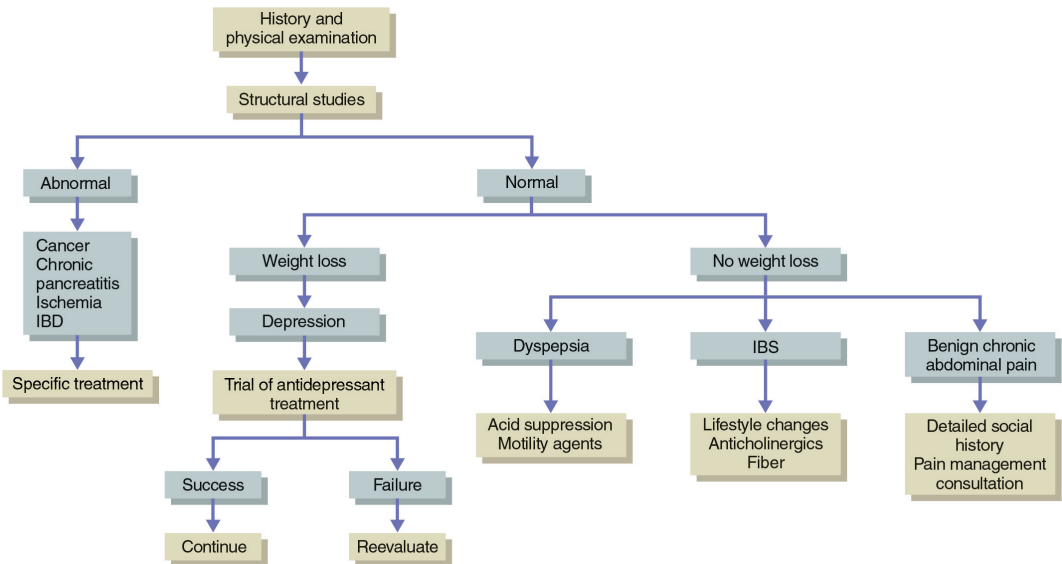
شکل اینترنتی ۴-۳۱. تصویربرداری توموگرافیک کامپیوتری از کولیت اولسراتیو، با التهاب و ادم در کولون نزولی.

ندارد، اختلاف نظر وجود دارد. سندرم روده تحریک پذیر (IBS) اختلال بسیار شایعی است و تخمین زده می‌شود که ۱۵٪ آمریکایی‌ها مبتلا به آن باشند و ۵۰-۴۰٪ موارد ارجاع به متخصصین گوارش مربوط به سندرم روده تحریک پذیر است. این سندرم شامل اتساع شکم، نفخ و مختل شدن اجابت مزاج است. دو نوع مهم IBS وجود دارد: IBS با غالبیت یبوست (IBS-C) که با درد به همراه یبوست مشخص می‌شود و IBS با غالبیت اسهال (IBS-D) شامل درد به همراه اسهال است. نوعی از IBS که هم با اسهال و هم با یبوست همراه است، گاهی با عنوان IBS مخلوط شناخته می‌شود. درد ناشی از آن معمولاً در ربع تحتانی چپ بروز می‌کند اما می‌تواند در هر جای دیگری بروز کرده و یا حالت منتشرتری به خود بگیرد.

باشد، به خصوص در بیماران مسن، باید بدخیمی‌ها را رد کرد. در صورتی که بدخیمی یافت نشد و تمامی آزمون‌های عینی (objective) طبیعی باشند، باید احتمال افسردگی مزمن را مد نظر قرار داد.

شایع‌ترین علل درد شکمی مزمن، علل کارکردی هستند. سوءهاضمه (dyspepsia) با ناراحتی متناوب و مزمن اپیگاستر، همراه با نفخ یا تهوع گهگاهی مشخص می‌شود. این علائم همیشه با مصرف آنتی‌اسید برطرف نمی‌شوند، و ممکن است به علت اختلال در حرکات دودی باشند. به علاوه، در مواردی از سوءهاضمه که عفونت هلیکوباکتر پیلوری کشف می‌شود، با ریشه‌کن کردن آن ممکن است باز علائم بیماری باقی بمانند. بنابراین بر سر بهترین روش درمان سوءهاضمه، در مواردی که بیمار مبتلا به هلیکوباکتر پیلوری هست اما بیماری اولسر پپتیک





شکل ۱-۳۱. نحوه برخورد با بیمار دچار درد شکمی مزمن.

شده است، با این حال دوز پایین‌تر ۷۲ میکروگرمی در دسترس است. عضو جدید این گروه با نام پلکاناتید، در مطالعات اولیه نویدبخش بوده است اما مزایای آن نسبت به لیناکلوتاید هنوز اثبات نشده است. تناپانور (Tenapanor) عضوی از گروه جدیدی از داروهای با مولکول کوچک است که با مهار انتقال سدیم از لومن روده بزرگ منجر به بهبود بیوست و درد در بیماران مبتلا به IBS-C می‌شود. این دارو هنوز در مرحله مطالعاتی است اما توسط FDA تأیید شده است. این دارو روش جدیدی از درمان این بیماری را نشان می‌دهد.

معضل بالینی بحث‌برانگیز مربوط به سندرم درد شکمی کارکردی است. این اصطلاح به حالتی اطلاق می‌شود که در آن درد برای چندماه یا چند سال وجود داشته است. اغلب، برخلاف سایر علل دردهای مزمن، شکایت بیمار از درد ارتباطی به خوردن غذا، اجابت مزاج، یا قاعدگی ندارد. بیمار در اغلب موارد زنی است که تحت معاینات و بررسی‌های تشخیصی متعدد (با نتیجه منفی) قرار گرفته است. بسیاری از بیماران عمل جراحی شده‌اند بدون این که تأثیری بر درد آنها داشته باشد. بررسی‌های تشخیصی مکرر یا مفصل، اثر تخریبی دارد و تنها بیمار را متقاعد می‌کند که برای شناسایی منشأ درد نیاز به آزمون دیگری دارد. پزشک باید ثابت کند بیماری عضوی وجود ندارد. همچنین پزشک باید درک

هر بیماری که کاهش وزن، اُمنی، علایم شبانه، و اسهال چرب (steatorrhea) داشته یا علایم وی بعد از ۵۰ سالگی شروع شده باشد، باید به دقت از نظر بیماری عضوی بررسی گردد چون این علائم ناشی از IBS نیستند.

معیارهای Rome که برای مطالعات تحقیقاتی تدوین شده‌اند ممکن است برای تشخیص IBS مفید باشند. این معیارها شامل درد همراه با تغییراتی در اجابت مزاج می‌باشد که با دفع مدفوع برطرف می‌شود و یا این که با نفخ یا اتساع شکم همراه است. به این بیماران باید اطمینان خاطر داد و آنها را با داروهای آنتی کولینرژیک و ملین درمان نمود هر چند آگونیست‌های سروتونین (HT-5) مثل tegaserd, alosetron در ابتدا امیدوارکننده بودند، اما به دلیل عوارض جانبی زیاد استفاده از آنها محدود شده است. الوکسادلین، که گیرنده‌های اپیوئیدی را هدف قرار می‌دهد، در کنترل درد و اسهال در برخی موارد IBS-D که لوپرامید بر آنها اثر نداشته است، مفید بوده است. لیناکلوتاید (Linaclotide) از طریق یک مسیر سیکلین گوانوزین منوفسفات (cGMP) باعث ترشح کلرید و بی‌کربنات به لومن روده می‌شود. این مسیر همچنین می‌تواند مسئول کاهش درد احشایی در بیماران IBS-C باشد.

استفاده از آن به علت عوارض جانبی غیرقابل قبول محدود

- with constipation: results of two phase 3 randomized clinical trials, *Am J Gastroenterol* 113:735–745, 2018.
- Brenner DM, Sayuk GS, Gutman CR, et al: Efficacy and safety of eluxadoline in patients with irritable bowel syndrome with diarrhea who report inadequate symptom control with loperamide: RELIEF phase 4 study, *Am J Gastroenterol* 114:1502–1511, 2019.
- Chang L, Lembo A, Sultan S: American gastroenterological association institute technical review on the pharmacological management of irritable bowel syndrome, *Gastroenterology* 147:1149–1172, 2014.
- Chey WD, Lembo AJ, Rosenbaum DP: Tenapanor treatment of patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome: a phase 2, randomised, placebo-controlled efficacy and safety trial, *Am J Gastroenterol* 112:763–774, 2017.
- De Vries M, van Rijkevorsel DCM, Vissers KCP, et al: Tetrahydrocannabinol does not reduce pain in patients with chronic abdominal pain in a phase 2 placebo-controlled study, *Clin Gastroenterol Hepatol* 15:1079–1086, 2017.
- Lacy BE, Chey WD, Cash BD, et al: Eluxadoline efficacy in IBS-D patients who report prior loperamide use, *Am J Gastroenterol* 112:924–932, 2017.
- Schoenfeld P, Lacey BE, Chey WD, et al: Low dose linaclotide (72 µg) for chronic idiopathic constipation: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial, *Am J Gastroenterol* 113:105–114, 2017.
- Shah ED, Kim HM, Shoenfeld P: Efficacy and tolerability of guanylate cyclase-c agonists for irritable bowel syndrome with constipation and chronic idiopathic constipation: a systematic review and meta-analysis, *Am J Gastroenterol* 113:329–338, 2018.
- Sperber AD, Drossman D: The functional abdominal pain syndrome, *Aliment Pharmacol Ther* 33:514–524, 2011.
- کند که درد بیمار واقعی است و علی‌رغم اینکه درد با الگوهای شناخته شده مطابقت ندارد، اما بیمار تمارض نمی‌کند. افسردگی ممکن است نتیجه درد باشد نه علت آن.
- بررسی و کنترل درد شکمی مزمن همان قدر که به دانش علمی نیاز دارد، نیازمند ظرافت، تدبیر و همدردی است. باید در مورد عوامل اجتماعی از جمله سابقه آزار (abuse) جسمی و جنسی به خصوص در زنان سؤال شود. ممکن است بررسی روان‌پزشکی ضروری باشد اما پیشنهاد مشاوره، از سوی بیمار ممکن است این طور تعبیر شود که پزشک درد او را امری ذهنی می‌داند. در برخی موارد ارجاع به یک متخصص ماهر کنترل درد مفید است. در این رویکرد می‌توان در موارد درد موضعی با بلوک عصب و یا با استفاده از سایر وسایل تسکین‌دهنده درد، درد بیمار را مهار کرد. در صورتی که این اقدام موفقیت‌آمیز نباشد، ممکن است بیمار ارجاع به روانشناس یا روانپزشک را راحت‌تر بپذیرد.
- به دلیل چالش‌های مربوط به درمان درد مزمن، به ویژه با توجه به مسائل فعلی مربوط به مواد اپیوئیدی، رویکردهای جدیدی با استفاده از روش‌های کمتر سنتی در حال بررسی هستند. مطالعه جدید انجام شده در هلند نشان داد که استفاده از تتراهیدروکانابینول (یکی از مواد فعال ماری‌جوانا) در درمان درد مزمن ناشی از جراحی قبلی یا پانکراتیت مزمن مؤثر نیست. در الگوریتم شکل ۳۱-۱ نحوه برخورد عملی با درد شکمی مزمن ارائه شده است.
- برای اطلاعات بیشتر به کتاب سسیل گلدمن، چاپ ۲۶ فصل ۱۲۸، مبحث «بیماری‌های عملکردی گوارشی» مراجعه کنید.

## منابع

- Almario CV, Ballal ML, Chey WD, et al: Burden of gastrointestinal symptoms in the United States: results of a nationally representative survey of over 71,000 Americans, *Am J Gastroenterol* 113:1701–1710, 2018.
- Brenner DM, Fogel R, Dorn SD, et al: Efficacy, safety, and tolerability of plecanatide in patients with irritable bowel syndrome