گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هفدهم شماره ۵۹ مرداد و شهریور سال ۱۳۸۶ (۱۲۱-۱۱۵)

بررسی علائم بالینی و سیر تشخیصی و درمانی کودکان با تظاهر دیس پپسی مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی ساری درسال ۸۵-۱۳۸۴

حسن کرمی(M.D.) *+ مریم قاسمی (M.D.) ** محمد خادملو(M.D.) ***

چکیده

سابقه و هدف : درد مزمن شکمی یافته‌ای شایع درکودکان است. به طوری که در اولین گزارشاتی که توسط اپلیز (Apleys) ارایه گردید، شیوع آن را درکودکان مدرسه‌ای معادل ۱۵-۱۰ درصد بیان نمود. هدف از این مطالعه تعیین طیف علائم بالینی بیماران دیس پپتیک (مربوط به سو هضم) (Dyspectic) و تعیین ارتباط بین بعضی علائم بالینی با علل عضوی (Organic) یا عملکردی (Functional) دیس پپسی و پیگیری طولانی مدت نوع عملکردی است.

مواد و روش‌ها : این بررسی به روش توصیفی، گزارش مورد (case series) انجام شد. دراین مطالعه کودکان۴ تا ۱۸سال مراجعه کننده با درد مزمن شکم (درد طولانی تر از ۳ ماه متوالی با حداقل یک حمله درد در هرماه) به درمانگاه گوارش اطفال بیمارستان بوعلی سینا ساری طی سالهای۵۸ -۸۴ مورد بررسی قرارگرفتند. مشخصات دموگرافیک بیماران و ویژگی‌های درد آنان در فرم اطلاعاتی ثبت شد. سپس بیمارانی که مشخصه های (Indication) آندوسکوپی داشتند، مورد آندوسکوپی و بیوپسی قرار گرفتند. مجموع داده ها وارد نرم افزار SPSS شده و آمار توصیفی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد و همبستگی بعضی متغیرها به روش کای دو (Chi-square test) مورد بررسی قرارگرفت.

یافته‌ها : تعداد ۲۳۲ بیمار بین سنین ۱۸-۴ سال با تظاهر اولیه درد شکم، نفخ شکم، آروغ زدن، سوزش خلف جناغ، تهوع واستفراغ مزمن مورد ارزیابی قرارگرفتند. از این میان تعداد ۱۰۲ بیمار معیارهای ROME II (Criteria) را برای دیس‌پپسی پرکردند. بیماران شامل ۵۹ دختر با متوسط سنی ۹/۲ سال و۴۳ پسر با متوسط سنی ۷/۵ سال بودند.۶۴ بیمار درمجموع تحت آندوسکوپی فوقانی قرارگرفتند. در ۲۸ بیمار آندوسکوپی شده، ضایعه مخاطی به اثبات رسید.

استنتاج : درد عملکردی یا عضوی شکمی یک شاخص تشخیصی واحد ندارد. تظاهر بیماری، تنوع علائم بالینی، یافته‌های بیوشیمیایی، تست‌های اولیه و نتایج بیوپسی مخاطی می‌تواند در تشخیص مفید باشد. در موارد وجود علائم هشدار دهنده در بیمار بهتر است حتماً نمونه بیوپسی مخاط طی آندوسکوپی تهیه گردد. در موارد خاص توجه به مطالعه باریم و اقدامات تشخیصی دیگر در تعیین سبب شناسی مفید می‌باشد.

واژه های کلیدی : دیس پپسی، درد شکمی مزمن، کودکان

* فوق تخصص گوارش اطفال (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** متخصص پاتولوژی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
+ ✉ **مولف مسئول :** ساری- بلوار خزر، کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد- دانشکده پزشکی
*** متخصص پزشکی اجتماعی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸۵/۹/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۵/۱۲/۲۱ تاریخ تصویب: ۸۶/۳/۳۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

مقدمه

درد مزمن شکمی یافته‌ای شایع درکودکان است به طوری که دراولین گزارشاتی که توسط اپلیز[1] ارایه گردید، شیوع آن درکودکان مدرسه‌ای معادل ۱۵-۱۰ درصد بوده است(۱). بررسی‌های اخیرشیوع این مشکل را حدود ۲۰ درصد نشان داده‌اند(۲).

یک زیر گروه از کودکان با دردهای عودکننده شکمی بیماران دچار دیس پپسی‌اند. این بیماران درد حین غذا خوردن، سیری زودرس، نفخ شکم و آروغ زدن متوالی دارند و گاهی علائمی همچون تهوع، استفراغ و سوزش خلف جناغ را نیز تجربه می‌کنند(۳).

با به کارگیری آندوسکپی دراطفال مشخص شد که بعضی موارد دیس‌پپسی با ضایعات عضوی و التهاب مخاطی ناشی از رفلاکس (reflux) معدی- مروی، گاستریت ناشی از هلیکوباکتر پیلوری (HP)، ازوفاژیت ائوزینوفیلیک و کرون (Crohn's disease) همراه است که دیس‌پپسی عضوی(Organic) نام دارد و باقی موارد که در فقدان بیماری شناخته شده‌ای ایجاد می‌گردد، عملکردی (Functional) نامیده می‌شود(۴،۳).

در یک مطالعه روی ۵۰۷ نوجوان، حدود ۲۰ درصد آنان درد فوقانی شکم را به صورت متناوب درطی یک سال داشتند و بین ۱۰- ۵ درصد آنان علائم خاص دیس‌پپسی شامل تهوع، استفراغ و سوزش خلف جناغی را تجربه کردند(۴).

در یک مطالعه دیگر روی ۱۷۱ کودک ارجاعی به متخصص گوارش به علت درد مزمن شکمی، تقریباً ۵۰ درصد از آنان احساس ناراحتی (discomfort) در اپی‌گاستر یا سینه را داشتند(۵).

درمان دیس پپسی وابسته به معاینه فیزیکی به عمل آمده، نتایج تست‌های آزمایشگاهی بیمار و در موارد خاص نتیجه بیوپسی مخاطی دستگاه گوارش است. عدم توجه به علل مذکور منجر به به کارگیری روش‌های تشخیصی و درمانی نابجا در بیماران خواهد شد که در نهایت بیمار را در معرض عوارض ناخواسته دارویی و آیاتروژنیک (Iatrogenic) قرار می‌دهد. دراین مطالعه کودکان مراجعه کننده با تظاهرات دیس پپسی به درمانگاه گوارش اطفال بیمارستان بوعلی ساری طی سال ۸۵-۸۴ موردبررسی قرار گرفتند. هدف مطالعه تعیین طیف علائم بالینی بیماران دیس پپتیک و تعیین ارتباط بین بعضی‌علائم بالینی باعلل عضوی یا عملکردی است. نتیجه مطالعه در برخورد بالینی با بیماران مشابه کمک کننده خواهد بود.

مواد و روش ها

این بررسی به روش توصیفی، گزارش موارد (case series) انجام شد. دراین مطالعه کودکان۴ تا ۱۸سال مراجعه کننده با درد مزمن شکم (درد طولانی تر از ۳ ماه متوالی با حداقل یک حمله درد در هر ماه) به درمانگاه گوارش اطفال بیمارستان بوعلی سینا ساری طی سال‌های۸۵ -۸۴ مورد بررسی قرارگرفتند.

ابتد مشخصات دموگرافیک بیمار(سن،جنس، وزن، قد، میزان تحصیلات) و ویژگی‌های درد (محل درد، مدت ابتلا به درد، تعداد حمله درد درماه، سابقه درد شبانه، ارتباط درد با غذا خوردن و دفع بیمار)، وجود تهوع، استفراغ، نفخ شکم، سوزش خلف جناغ، سیری زودرس، آروغ زدن، وجود خون در محتوای استفراغی یا مدفوع، کاهش وزن اخیر، تب، اسهال، سابقه درمان‌های قبلی (H_2 بلاکر یا آنتی‌بیوتیک‌های اخیر) سابقه فامیلی بیماری گوارشی، سابقه غیبت از مدرسه برای بیماران در فرم اطلاعاتی مخصوص ثبت شد.

1. Apleys

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

بیماران مورد معاینه فیزیکی قرار گرفته و برای همه، تست‌های آزمایشگاهی CBC، ESR ، S/E ، U/A ، U/C، ALT ، AST انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه: ۱- سن ۱۸-۴ سال با سابقه درد مزمن شکم، ۲- داشتن معیارهای (Criteria) ROME II برای دیس پپسی (این موارد شامل: درد اپی‌گاستر حین غذا خوردن- استفراغ حمله ای- سیری زودرس- سوزش خلف صفاق گهگاهی- آروغ زدن و نفخ شکم است).

معیارهای خروج از مطالعه شامل: کودکان با سابقه مصرف NSAID ، آموکسی سیلین یا مترونیدازول در یک ماه گذشته، اختلال بلع مثل بلع دردناک، استفراغ خونی یا صفراوی، شواهد عفونت انگلی یا ادراری در آزمایش به عمل آمده و افزایش بالاتر از دو برابر آنزیم‌های کبدی است.

براساس تظاهر اولیه دیس‌پپسی، بیماران به سه دسته: Ulcer like (شبه اولسر شامل آندسته از بیماران که درد شدید اپیگاستر و سوزش خلف صفاقی در آنان غالب بوده است)، Dysmotility (دیس موتیلیتی آنانی که نفخ شکم و آروغ زدن و سیری زودرس در آنان غالب بود) و Mix type تقسیم شدند.

متعاقباً در صورت وجود هر یک از یافته‌های زیر بیماران تحت آندوسکپی فوقانی قرار گرفتند:

۱- وجود علائم هشدار دهنده که مطرح کننده علل عضوی دردشکم باشد (استفراغ، کاهش وزن، سوزش خلف جناغ شدید، درد حین غذا خوردن)، ۲- تداوم علائم علی‌رغم مصرف H_2 بلوکر (شامل بیمارانی که سابقه قبلی درمان داشته)، و ناتوانی شدید فعالیت‌های روزمره (کاهش فعالیت فیزیکی و عدم حضور در محل کار مثل مدرسه).

درآندوسکپی، بیوپسی‌مخاط مری، معده و اثنی‌عشر از همه بیماران گرفته شد و وجود هلیکوباکتر- پیلوری در مخاط با رنگ‌آمیزی گیمسا (Giemsa's stain) مورد بررسی قرار گرفت.

با انجام آندوسکوپی بیماران به دو دسته کلی دارای ضایعه مخاطی و فاقد آن تقسیم شدند. در صورت وجود ضایعه درمان با امپرازول (جهت اولسر به مدت ۲ ماه با ریشه‌کنی HP و در موارد التهاب برای ۴ هفته) صورت گرفت و در موارد فقدان ضایعه مخاطی درمان با رانیتیدین به مدت ۴ هفته انجام شد. بیماران با التهاب مخاطی تحت عنوان دیس‌پپسی عضوی و بیماران فاقد آن به انضمام آنانکه آندوسکوپی نشدند به عنوان دیس‌پپسی عملکردی مورد درمان وپیگیری قرارگرفتند.

درگروه اخیر درمان شامل تعدیل تغذیه‌ای، (حذف لاکتوز و مایعات کربنات دار از رژیم غذایی)، تجویز پروکینتیک (متوکلوپرامید)، تجویز آنتی‌اسپاسمودیک (Antispasmodic) به صورت متناوب (برحسب این که تظاهر غالب بیماری به صورت استفراغ باشد یا دردهای کولیکی شکم) بوده است. در صورت درد شکم یا استفراغ مقاوم به درمان حمایتی و دارویی بیماران تحت سونوگرافی کامل شکم (کبد و مجاری صفراوی- کلیه‌ها) و مطالعه باریم دستگاه گوارش فوقانی قرار گرفتند و در صورت نیاز مشاوره نورولوژی و تست‌های بیماری‌های متابولیک در آنان انجام شد. بیماران به صورت حضوری ماهیانه تا حداقل به مدت شش ماه ویزیت شدند. نتایج پاسخ بالینی در هر گروه در پرسشنامه‌های خاص طی مراجعات مختلف ثبت شد. ازآمار توصیفی برای نمایش داده‌ها استفاده شد و همبستگی بعضی متغیرها به روش مجذورکای دو(X^2) مورد بررسی قرارگرفت.

یافته ها

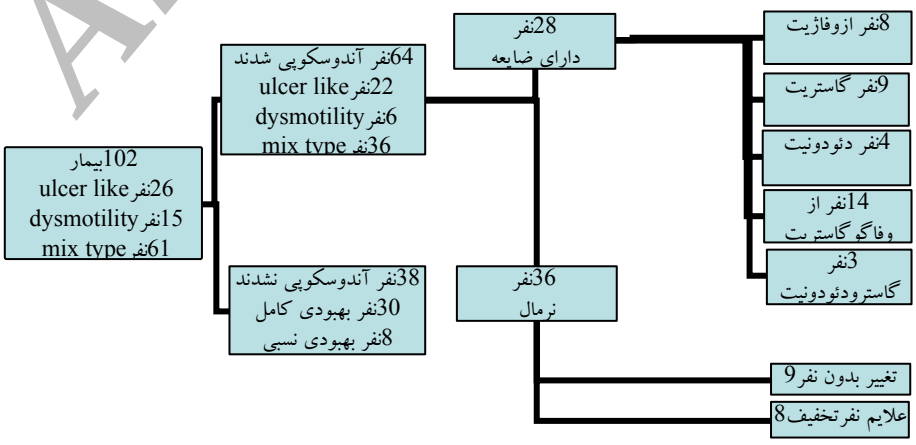
تعداد ۲۳۲ بیمار بین سنین ۱۸-۴ سال با تظاهر اولیه دردشکم، نفخ شکم، آروغ زدن، سوزش خلف جناغ و

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
www.SID.ir

تهوع واستفراغ مزمن مورد ارزیابی قرارگرفتند. از این میان تعداد ۱۰۲ بیمار با تظاهر اولیه دیس‌پپسی وارد مطالعه شدند. بیماران شامل ۵۹ دختر با متوسط سنی ۹/۲ سال و ۴۳ پسر با متوسط سنی ۷/۵ سال بودند. علل دیس‌پپسی و یافته‌های آسیب شناسی به شرح زیر در تصویر شماره ۱ آورده شده است.

در این مطالعه بین تعداد دفعات درد و ضایعه مخاطی ارتباط معنی داری دیده نشد ولی بین سوزش خلف جناغی و ضایعه انتهای مری ارتباط معنی دار بوده است($P<۰/۰۰۵$). به طوری که سوزش خلف جناغ و استفراغ مکرر در ۳۹ درصد بیماران با التهاب مخاطی مری رویت شد درحالی که درگروه بدون ضایعه مخاطی این علایم در ۱۱ درصد موارد دیده شد ($P<۰/۰۰۵$). از نظر آزمایشگاهی بیماران با ازوفاژیت، سطح هموگلوبین پائین تری در مقایسه با سایرین داشته‌اند (متوسط ۱۰/۸ در مقابل ۱۱/۹). بین دردشکمی اپی‌گاستر در بیماران باتظاهر شبه اولسر و آسیب شناسی غیر طبیعی معده و اثنی عشر ارتباط معنی‌دار دیده شد ($P<۰/۰۰۵$). با انجام بیوپسی مخاط آنتروم در ۸ مورد هلیکوباکترپیلوری مثبت گزارش شد که شامل تمام موارد بیماران با اولسر و ۴ مورد دیگر از بین سایر بیماران بوده است. در گروه بیماران با ضایعه مخاطی (۲۸ بیمار) تجویز امپرازول (و آنتی بیوتیک‌های لازم برای ریشه‌کنی HP در ۴ مورد اولسر) باعث بهبود کامل علائم بالینی بیماران در ۲۲ مورد و کاهش قابل توجه درد در ۶ مورد باقی مانده شد.

در ۳۶ بیمار که آندوسکپی نرمال داشته‌اند H۲ بلوکر به مدت۴ هفته و تعدیل رژیم غذایی (محدودیت شدید لاکتوز ومایعات کربنات دار) توصیه شد. در پیگیری بیماران طی مراجعه مکرر ۶ ماهه در ۱۹ مورد (۵۲ درصد) بهبودی کامل و در ۸ مورد تخفیف علائم بالینی مشاهده شد و در ۹ مورد تغییری در علائم ایجاد نشد. سونوگرافی شکم و باریم ترانزیت در۱۴بیمار انجام شد که در یک مورد کیست کلدوک تشخیص داده شد. در یک بیمار تنگی بعد از بخش دوم دوئودنوم در مطالعه باریم مشاهده گردید که با لاپاراتومی به عمل آمده، پانکراس آنولار تشخیص داده شد. دریک دختر۶ ساله با استفراغ مکرر و مداوم علیرغم آندوسکپی و ترانزیت نرمال، مشاوره نورولوژی صورت گرفت و با انجامMRI ضایعه تومورال حفره خلفی‌جمجمه تشخیص داده شد و توسط همکاران جراح مغز و اعصاب شنت گذاری و اقدام لازم انجام شد.



تصویر شماره ۱ : فراوانی یافته های مخاطی در بیماران مراجعه کننده با دیس پپسی

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

درگروهی از بیماران‌که آندوسکپی در آنها صورت نگرفت (۳۸ بیمار)، اقدامات حمایتی شامل اطمینان بخشی به والدین مبنی برعدم وجود شواهد بالینی بیماری عضوی، تعدیل رژیم غذایی و آنتی اسپاسمودیک به صورت متناوب منجر به بهبودی کامل در ۳۰ بیمار (۳۰/۳۸ بیمار معادل ۸۰ درصد) و تخفیف علائم بالینی در باقیمانده آنها شد. (تخفیف علائم برپایه کاهش تعداد دفعات درد و میزان غیبت از مدرسه ارزیابی شد).

بحث

بیماران با تظاهراولیه دیس پپسی می‌توانند دارای ضایعات عضوی و یا فاقد آن باشند که درصورت نبود ضایعه عضوی به آن دیس پپسی عملکردی گویند(۴،۳). این بیماران می‌توانند هر یک از سه دسته تظاهر Ulcer like، Dysmotility، Mix type را داشته باشند.

پاتوفیزیولوژی دیس پپسی عملکردی در کودکان مشخص نیست ولی chitkara و همکاران در سال 2003 اختلال در ریتم الکتریکی و تاخیر تخلیه معده، کاهش پاسخ حجمی معده به‌تغذیه، دیس‌موتیلیتی‌آنترودئودونال را در ایجاد آن دخیل دانستند(۵). در بالغین اختلالات عملکرد حرکتی(Abnormal motor function)، افزایش حساسیت احشاء شکمی (Visceral hypersensitivity) و عوامل سایکولوژیک را بیشتر دخیل می‌دانند(۶،۵). نوروپپتیدها و نوروترانسمیترهای گوارشی باعث تنظیم موتیلیتی، جریان خون، ترشح و جذب در دستگاه گوارش می‌شوند. لذا بی‌نظمی ترشح نوروترنسمیترها در اختلال الکتریکی معده می‌تواند باعث افزایش شیره معدی، کاهش تخلیه آن و همچنین انقباضات با دامنه بالا در دئودونوم شود. با توجه به این موارد در تعدادی از بیماران وجود ضایعه مخاطی چندان دور از ذهن نخواهد بود(۷،۶).

در زمینه ارتباط ضایعه مخاطی و تظاهربالینی اولیه در بیماران (شبه اولسر یا دیس‌موتیلیتی) مطالعه ما حاکی از آن بوده است که اکثر بیماران دارای ضایعه مخاطی جزء مراجعین با تظاهر شبه اولسر بوده‌اند. در مطالعه Hyman و همکاران‌که درسال ۲۰۰۰ روی ۱۲۷ کودک مبتلا به دیس پپسی انجام گرفت، ۲۶ درصد بیماران تظاهرشبه اولسر و ۱۵ درصد آنان تظاهر دیس موتیلیتی و در نهایت اکثریت آنان تظاهر مخلوط دوگروه را داشته‌اند که مشابه مطالعه ما بوده است، ولی در گروهی که آندوسکپی فوقانی شده‌اند (در ۵۶ بیمار) ضایعه مخاطی در ۳۰ درصد افراد با تظاهراولیه اولسر مشاهده شد که در مطالعه ما بالغ بر۵۰ درصد بوده است(۳). در مطالعه ما ازمیان خصوصیات درد شکمی(محل- شدت- زمان و دفعات درد) فقط بین محل درد و ضایعه پاتولوژیک زمینه‌ای ارتباط معنی‌داری وجود داشته است، به طوری که در بیمارن با سوزش خلف جناغی شیوع ازوفاژیت بیش‌تربوده است. دریک بازنگری روی ۲۵ مطالعه وسیع در زمینه درد مزمن شکم در کودکان (که ۱/۴ آنان از آمریکای شمالی، ۱/۴ از خاورمیانه و ۱/۲ ازکشورهای اروپایی بوده است)، نشان داده شد که تعداد دفعات و محل درد و شدت درد به تنهایی نقش تعیین کننده‌ای در افتراق سبب‌شناسی زمینه‌ای و ضایعه پاتولوژیک مخاطی ندارد(۹). مطالعات مختلف حاکی از آن است که در صورت وجود علایم هشدار دهنده (کاهش وزن، آنمی، درد شبانه شدید و یا شواهد خونریزی گوارشی) حتماً باید علل عضوی درد شکم و دیس‌پپسی در بیمار مورد بررسی قرارگیرد(۸).

Quak و همکاران در سال ۱۹۸۵، در زمینه وجود ضایعه مخاطی در بیماران مراجعه کننده با تظاهر شبه اولسر ۴۸ کودک را مورد مطالعه قرار دادند. بیمارانی که فقط یک حمله درد در مدت کمتر از ۲ هفته داشتند به عنوان درد حاد شکم و آنانکه دردهای تکراری به

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

مدت بالاتر از۲ هفته داشتند، به‌عنوان دردهای عودکننده بررسی شدند. در دسته دوم ۳۲ بیمار جای گرفتند که در آندوسکوپی به عمل آمده از آنان ۳ مورد ازوفاژیت رفلاکس و ۵ مورد اولسر دوئودنوم گزارش شد(۱۰).

Rawashdeh و همکاران در سال ۱۹۹۶، تعداد ۱۶۸ کودک (۹۰ دختر و ۷۸ پسر) با سن ۳ ماه تا ۱۸ سال (متوسط ۶ سال) تحت آندوسکوپی فوقانی قرارگرفتند.

علائم شبه اولسر علت انجام آندوسکوپی در ۷۹ بیمار بوده است که نتایج به صورت گاستریت در۱۹ بیمار، ازوفاژیت در ۱۸ بیمار، دوئودنیت در ۱۶ بیمار و اولسردوئودنوم در ۱۱ بیمار، هیاتال هرنی در ۶ بیمار، اولسر معده در ۳ بیمار و نتایج مثبت شامل سلیاک در ۲۶ بیمار بوده است.

همچنین این مطالعه نشان داد که در بیماران با تظاهر بالینی شبه اولسرشانس ضایعه مخاطی بالاست و حتماً بایستی آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی مخاط در آنان انجام شود(۱۱). در مطالعه ما (بر خلاف مطالعه Rawashdeh) بیماران با خونریزی فوقانی حجیم، مصرف مواد سوزاننده و دیسفاژی مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. لذا انتظارکمتری از تشخیص اولسرمعده واثنی عشر وتنگی‌های مری خواهیم داشت. در مجموع در مطالعه ما۴۰ درصد بیماران آندوسکپی شده و ۲۸ درصد کل بیماران دارای ضایعه مخاطی بوده‌اند که در مطالعات مختلف این روند از ۵۶- ۲۵ درصد متفاوت‌گزارش شده است. لذا اکثرموارد درد شکمی مزمن و دیس‌پپسی در کودکان را علل عملکردی تشکیل می‌دهند.

هر یک از این عوامل مولد اختلال عملکردی می‌توانند در اثر استرس محیط تشدید شوند. لذا اطمینان خاطر به والدین مبنی بر عدم وجود ضایعه عضوی جدی مثمر ثمرخواهد بود. در درمان بیماران به‌کارگیری مهار کننده‌های ترشح اسید در موارد وجود علایم بالینی افزایش ترشح آن،آنتی‌اسپاسمودیک درصورت حملات کولیکی شدید و پروکینتیک در صورت مشاهده نفخ و شواهد تاخیر تخلیه معده کمک کننده خواهد بود. از نقطه نظر تعدیل تغذیه‌ای حذف لاکتوز و مایعات کربنات‌دار مصرفی قویاً تاکید می‌گردد. طبق مطالعات موجود بالغ بر ۴۰ درصد کودکان با دردهای عملکردی شکم عدم تحمل به لاکتوز را نشان داده‌اند(۱۲). در مطالعه ما در گروه با آندوسکوپی نرمال به کارگیری مداخلات فوق باعث بهبودی کامل درد در حدود ۵۲ درصد موارد شده است. در عمده موارد باقی مانده نیز شدت درد کاهش داشته است.

لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درد عملکردی یا عضوی شکمی یک شاخص تشخیصی واحد ندارد. سن شروع درد- فرم علائم بالینی(شبه اولسر- دیس موتیلیتی و Mix) وتنوع علائم بالینی- نتایج تست‌های بیوشیمیایی اولیه و بیوپسی مخاطی می‌تواند در افتراق مفید باشد و بهتراست در کودکان از مجموع این معیارها در افتراق اتیولوژی استفاده نماییم. در موارد وجود علائم هشدار دهنده و تظاهر شبه اولسری حتماً بایستی نمونه بیوپسی تهیه شود. در موارد خاص انجام سونوگرافی شکم و دستگاه ادراری و مطالعه باریم در تعیین سبب شناسی کمک‌کننده خواهدبود. به‌نظرمی‌رسدکه انجام تست‌های بیوشیمیایی CBC،ESR،U/C،U/A،S/E،ALT،AST در اسکرین اولیه علت درد کافی باشند. ولی قطعاً نیازمند مطالعه جامع‌تر در آینده خواهد بود.

با توجه به شیوع بالاتر درد و دیس پپسی عملکردی نسبت به علل عضوی، تعدیل تغذیه‌ایی و حمایت روحی بیمار و خانواده بایستی مورد توجه قرار گیرد. در این مطالعه عمدتاً آسیب شناسی غیر طبیعی مخاط دستگاه گوارش و پاسخ به درمان مبنای وجود علت عضوی تلقی شده است که توصیه به تکرار مطالعه در نمونه‌های بیش‌تر با به کارگیری اطلاعات بیوپسی مخاطی نرمال کودکان می‌شود.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

فهرست منابع

1. Appley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: a field survey of 1000 school children. ***Arch. Dis. Child.*** 1958; 33: 165-170.
2. Hyams JS, Burke G, Davis. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in a adolescents: a community-based study. ***J Pediatr.*** 1996; 129: 220-226.
3. Hyman PE, Rasquin-Weber A, Fleisher DR. Rome II: Childhood functional gastrointestinal disorder In: Drossman Da, ed. Rome II. The functional gastrointestinal disorder, Diagnosis, Pathophysiology and treatment. A Multinational consensus. 2 edn Allen press; 2000. P: S33-575.
4. Hyams JS, Burlce GPM, Rzepslci B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community- based stady. ***J Pediatr.*** 1996; 129: 220-6.
5. Chitkara DK, Delgado-ros S, Bredenoord AJ. Functional dyspepsia, upper gastrointestinal symptoms and transit in children. ***J Pediatr.*** 2003; 143: 609.
6. Dilorenzo C, Idman PE, Flores AF. Antroduodenal manometry in children and adult with sever non ulcer dyspepsia. ***Scand J Gastroentero.*** 1994; 29: 799.
7. Cucchiara S, Riezzo G, Minella R. Electro gasterography in non-ulcer dyspepsia. ***Arch. Dis. Child.*** 1992; 67:613.
8. Delvau N. Role of viscerval sensitivity in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. Gut. 2002; si [suppli]; P: 167-171.
9. Boey CC, Goh KL. Recurrent pain and consulting behavior among children in a rural community in Malaysia. ***Digest. Liver. Dis.*** 2001; 33: 140-144.
10. Quak Sh, Low PS, Wong HB. Upper gastrointestinal endoscopy in children with abdominal pain. 1998 Oct; 14(4): 614-6.
11. Rawasheh MO, Abu-Farsakh N, Al-Jaberi TM. Pediatric upper gastero-intestinal endoscopy in developing countries. 1996 Dec; 16(4): 341-6.
12. Gudmand-Hoyer E. The clinical significance of disaccharide maldigestion. ***Am. J. Clin. Nutr.*** 1994; 59:7355-7415.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir