



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت بهداشت

## راهنمای بالینے سوءعهاضمه

انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران

با همکاری:

دبیر خانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران



مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور

: راهنمای بالینی سوءهاضمه/تالیف انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه؛ به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت.

مشخصات نشر

: تهران: نشر پونه، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری

: ۲۸ص: نمودار.

شابک

: 978-600-6681-23-8

وضعیت فهرست نویسی

: فیپا

یادداشت

: کتابنامه.

موضوع

: سوءهاضمه

موضوع

: گوارش -- اندام‌ها -- بیماری‌ها

شناسه افزوده

: انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. معاونت بهداشت

رده بندی کنگره

: ۱۳۹۳ ر/۲ RC۸۲۷

رده بندی دیویی

: ۶۱۶/۳

شماره کتابشناسی ملی

: ۳۵۷۸۳۵۲



خ طالقانی شرقی - خ جهان- ساختمان پونه- شماره ۶- طبقه سوم- تلفن ۷۷۶۰۵۷۹۸

نام کتاب: راهنمای بالینی سوءهاضمه

تالیف: انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران (با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه) (به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت)

ناشر: پونه

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر هنری: علی منتشری

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: معلی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۶۸۱-۲۳-۸

قیمت: رایگان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت بهداشت

## راهنمای بالینے سوءعدهاضمه

انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران

بাহمکاری:

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



انجمن تخصصی گوارش و کبد ایران

۱۱ اپیدمیولوژی

۱۲ متدولوژی

۱۳ ضرورت بومی سازی راهنما

۱۴ گروه هدف راهنما

۱۵ سوالات بالینی

۱۶ روش استناد به شواهد

۱۷ تعریف (سطح شواهد و توصیه ها)

۱۸ توصیه های کلیدی

۱۹ الف) ارزیابی، اقدامات تشخیصی و ارجاع

۲۰ ب) درمان های محافظه کارانه

۲۱ ج) درمان دارویی

۲۲ د) پیگیری

۲۳ الگوریتم

۲۴ منابع

۲۵ ضمیمه

۲۶ ضمیمه ۱: میزان شیوع سرطان معده (تعداد نفر در هر صد هزار نفر) در مردان ایران- ۱۳۸۷

۲۷ ضمیمه ۲: میزان شیوع سرطان معده (تعداد نفر در هر صد هزار نفر) در زنان ایران- ۱۳۸۷

۲۸ ضمیمه ۳: آمار سرطان معده در اردبیل

۲۹ ضمیمه ۴: آمار جهانی مرگ و میر ناشی از سرطان معده در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر (در سال ۲۰۱۰)

۳۰ ضمیمه ۵: آمار سرطان های دستگاه گوارش در اردبیل

۳۱ ضمیمه ۶: نتایج ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در بیماران با سوء هاضمه عملکردی یا غیرزخمی یا شبه

اولسری در ایران

## بسمه تعالی

تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی بیش از یک دهه است که به عنوان ابزاری مهم برای افزایش کیفیت خدمات درمانی و سلامت عمومی در کشور مطرح و پیگیری شده است. برنامه‌های متعدد کشوری، برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همین‌طور سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی درمان (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) بر این ضرورت تأکید کرده‌اند. در پاسخ، بخش‌های مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راهنمای بالینی متعددی در سطوح مختلف و برای مخاطبان مختلف تدوین کرده‌اند که برخی در عمل نیز به کار گرفته شده‌اند. ولی هنوز نیاز نظام سلامت به این مکتوب‌های ارزشمند کامل پاسخ داده نشده است.

تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد علمی که بتواند نیازهای واقعی کشوری با درآمد متوسط مثل جمهوری اسلامی ایران را پاسخ بدهد با دو دشواری مهم روبه‌رو است. نخست آنکه بسیاری شواهد علمی اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات مختلف از مطالعات کشورهای پردرآمد به دست آمده‌اند. چنین مطالعاتی هر چند می‌توانند کمک فراوانی به کشور کنند، لزوماً پاسخگوی پرسش‌های مرتبط با شرایط کشور نیستند. دشواری مهم دیگر هزینه و زمان بر بودن تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد است که البته نیازمند تخصص‌های مختلف فنی و همکاری میان گروه‌های متفاوت بالینی است.<sup>1</sup> در نتیجه لازم است موضوع راهنماهای بالینی به درستی انتخاب، و روش‌های معتبری در تدوین راهنماها به‌کارگرفته شوند که هزینه کمتری از نظر نیروی انسانی و زمان اجرا داشته باشند. به خصوص به‌کارگیری روش‌های معتبری برای سازگارسازی راهنماهای معتبری که دیگران برای کشور و شرایط خودشان تدوین کرده‌اند ضرورت می‌یابد.<sup>2</sup>

مجموعه حاضر، که یک جلد آن اکنون در برابر شما است، گامی در این راستا است. این مجموعه نتیجه تلاش همکاران اینجانب در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه و مراکز مختلف تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول دو سال گذشته است که در دوران مدیریت آقایان دکتر فرید ابوالحسنی و دکتر علیرضا دلوری آغاز شده و اکنون منتشر می‌شوند. هدف این راهنماها تهیه مجموعه‌ای مبتنی بر شواهد از راهنماهای بالینی برای پزشکان خانواده و عمومی است. البته محتوای این راهنماها می‌تواند برای متخصصان پزشکی، دانشجویان دوره‌های عمومی و تخصصی و همین‌طور همکاران بالینی و نظام سلامت غیرپزشک نیز مفید و ارزشمند باشد و در عین حال آگاهی عمومی جامعه را در زمینه روش‌های درست تشخیص، درمان و مدیریت بیماری‌ها افزایش دهد.

افزایش کیفیت خدمات تنها با انتشار راهنماهای بالینی رخ نمی‌دهد. بدون استفاده از آنها در بالین بیمار و در تشخیص و درمان بیماری، راهنماها تأثیری بر ارتقای خدمات نخواهند داشت. مطالعه‌ی در سال ۱۳۹۰ در تهران نشان داد که فقط حدود یک سوم پزشکان شهر تهران با راهنماهای بالینی آشنایی داشتند.<sup>3</sup> بدون برنامه‌ریزی مدون در به‌کارگیری راهنماها و اجرای مداخلات مختلف آموزشی، مدیریتی و اجتماعی، تأثیر آنها بر افزایش کیفیت محدود خواهد ماند. تجربه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در به‌کارگیری راهنماهای بالینی درمان دیابت در درمانگاه‌های سرپایی ویژه در شبکه‌های بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر نمونه‌ای موفق از کاربرد راهنماهای بالینی در بهبود مراقبت و درمان و ارتقای سلامت بیماران است.

وظیفه دارم از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مجموعه تلاش کرده‌اند، به خصوص همکاران ارجمند آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و خانم‌ها دکتر آزاده سیاری فرد و دکتر لاله قدیریان از دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، آقای دکتر امید خیرخواه و خانم شیما لشگری از معاونت بهداشت، تمامی نویسندگان راهنماها و دیگر همکاران و مسئولان صمیمانه سپاسگزاری کنم و برای همه ایشان و شما خوانندگان گرامی آرزوی توفیق و بهروزی دارم.

دکتر آرش رشیدیان

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

1- Rashidian A. *Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries. Primary Care Respiratory Journal* 2008; 17(3):136-7.

2- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. *Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012, 18(3):676-681.

3- Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Rashidian A, Gholami J. *Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'Evidence-based clinical guidelines'. International Journal of Preventive Medicine* 2013 4(3): 349-57.

## پیشگفتار

توجه به طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی در کشور علاوه بر ارتقای کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران، در کاهش هزینه‌ها نیز موثر خواهد بود. برای رسیدن به این اهداف، طبابت باید بر اساس يك شیوه استاندارد و کارآمد، در سراسر کشور قابل اجرا باشد تا بر اساس چک لیست‌های استاندارد بتوان اقدامات انجام شده را ارزیابی نمود. با توجه به جایگاه پزشك خانواده به عنوان بازوی مهم گروه ارائه دهندگان خدمات بالینی در نظام سلامت، تولید راهنماهای بالینی برای این گروه گامی اساسی و موثر در خدمت رسانی به بیماران به شمار می‌رود.

بنابراین پیرو اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درخواست دانشگاه علوم پزشکی تهران مبنی بر تهیه و تولید راهنماهای بالینی بومی و مبتنی بر شواهد برای پزشك خانواده، انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به بومی سازی راهنمای بالینی سوء هاضمه نمود. برای تهیه این مستند از راهنماهای معتبر بالینی موجود در دنیا استفاده شده است. همچنین تلاش گردید تا برای استفاده از نظرات، توصیه‌ها و راهنمایی‌های صاحب‌نظران در جهت بومی سازی آن، پیشنهادییس اولیه راهنمای بالینی سوء هاضمه در اختیار گروه‌های مختلف ذینفع در سراسر کشور قرار گیرد.

با این حال معتقدیم که این راهنمای بالینی، خالی از اشکال نبوده و کوشش خواهد شد. در به روز رسانی‌های بعدی اشکالات موجود شناسایی و اصلاح گردد. در اینجا لازم است از حمایت‌های مقام محترم ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر باقر لاریجانی و معاون محترم بهداشت وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر دلوری و همچنین جناب آقای دکتر جعفریان، ریاست محترم دانشگاه و جناب آقای دکتر رشیدیان، معاون محترم بهداشت دانشگاه قدرانی نمایم.

همچنین از زحمات کلیه دست‌اندرکاران تولید و انتشار این راهنما تشکر نموده و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این مجموعه یاری خواهند نمود، سپاسگزاری می‌نماییم.

دکتر رضا ملک زاده

رئیس انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران



کمیته مطالعه و تدوین راهنمای بالینی سوء هاضمه:

۱. دکتر رضا ملک زاده
۲. دکتر صادق مسرت
۳. دکتر مهدی صابری فیروزی
۴. دکتر سیاوش ناصری مقدم

در تدوین این راهنما علاوه بر اعضای هسته مرکزی و اعضای پانل بومی سازی از نظرات همکاران زیر استفاده شده است:

۱. دکتر پیمان ادیبی (دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)
۲. دکتر محمدحسن امامی (دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)
۳. دکتر حسن سعادت نیا (دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
۴. دکتر فریبرز منصورقناعی (دانشگاه علوم پزشکی گیلان)
۵. دکتر حافظ تیرگر فاخری (دانشگاه علوم پزشکی مازندران)
۶. دکتر محمد حسین صومی (تبریز)
۷. دکتر رحیم آقازاده
۸. دکتر شهریار نیک‌پور (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
۹. دکتر صدیف درویش مقدم (دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

ترجمه و تدوین راهنمای بالینی سوء هاضمه:

۱. دکتر مهدی صابری فیروزی
۲. دکتر شیفته عابدیان
۳. دکتر نرگس فضل‌اللهی

اعضای پنل بومی سازی راهنمای بالینی سوء هاضمه:

فوق تخصص گوارش:

- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| ۱. دکتر رضا انصاری         | ۲. دکتر علی علی‌عسگری         |
| ۳. دکتر ندا نوذری          | ۴. دکتر محمد امانی            |
| ۵. دکتر امیرعلی سهراب‌پور  | ۶. دکتر علیرضا موید کاظمی     |
| ۷. دکتر علیرضا سیما        | ۸. دکتر بهروز افشار           |
| ۹. دکتر لطف‌الله عسگری     | ۱۰. دکتر رستگار مقدم          |
| ۱۱. دکتر رضا ملک زاده      | ۱۲. دکتر صادق مسرت            |
| ۱۳. دکتر مهدی صابری فیروزی | ۱۴. دکتر ناصر ابراهیمی دریانی |

- |                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| ۱۵. دکتر سیاوش ناصری مقدم | ۱۶. دکتر اکرم پورشمس    |
| ۱۷. دکتر شاهیہ مرآت       | ۱۸. دکتر محمد باقری     |
| ۱۹. دکتر بیژن شہبازخانی   | ۲۰. دکتر رسول ستودہ منش |
| ۲۱. دکتر مرتضی خطیبیان    |                         |

**متخصص داخلی:**

۱. دکتر آناہیتا صادقی
۲. دکتر زینب نادرپور

**پزشک عمومی:**

۱. دکتر شیفتہ عابدیان
۲. دکتر نرگس فضل اللہی

**کمیٹہ مدیریت دانش راہنماہای بالینی پزشک خانوادہ:**

۱. دکتر رضا مجد زادہ، استاد اپیدمیولوژی، دبیرخانہ تحقیق و توسعہ سیاست‌های دانشگاه
۲. دکتر آزادہ سیاری فرد، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانہ تحقیق و توسعہ سیاست‌های دانشگاه
۳. دکتر لالہ قدیریان، متخصص پزشکی اجتماعی، دبیرخانہ تحقیق و توسعہ سیاست‌های دانشگاه
۴. دکتر لیلا حق جو، پزشک عمومی، MPH، دبیرخانہ تحقیق و توسعہ سیاست‌های دانشگاه
۵. لیلا مونسان، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دبیرخانہ تحقیق و توسعہ سیاست‌های دانشگاه
۶. دکتر فاطمہ رجبی، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانہ تحقیق و توسعہ سیاست‌های دانشگاه
۷. سمانہ عروجی، کارشناس IT، دبیرخانہ تحقیق و توسعہ سیاست‌های دانشگاه

**کمیٹہ اجرایی برنامہ ریزی، نشر و ویرایش نہایی:**

۱. دکتر امید خیرخواہ، پزشک عمومی، MPH، معاون اجرایی معاونت بہداشت دانشگاه
۲. دکتر سعید تأملی، پزشک عمومی، MPH، معاون فنی معاونت بہداشت دانشگاه
۳. شیما لشگری، کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، معاونت بہداشت دانشگاه

## اپیدمیولوژی

سوء هاضمه : سوء هاضمه، دیس پپسی یا بدگواری به هرگونه شکایت مرتبط با لوله فوقانی گوارش اطلاق می شود که به صورت درد یا ناراحتی، نفخ و اتساع غیرمعمول، سیری زودرس (زود سیر شدن)، سوزش، برگشت اسید، تهوع و استفراغ به صورت مزمن و یا عود کننده در قسمت فوقانی شکم (از زایفوئید تا ناف) بروز می کند و معمولا با غذا خوردن مرتبط است. حدود ۱۰ تا ۴۵ درصد مردم در طول زندگی از این ناراحتی شاکی می باشند که از هر ۴ نفر آنها تنها یک نفر به پزشک مراجعه می کند. شیوع این ناراحتی بین ۸/۵ تا ۲۹ درصد در مردم ایران گزارش شده است (۱ تا ۵).

حدود ۲ تا ۷ درصد ویزیت های یک پزشک عمومی را بیماران با سوء هاضمه تشکیل می دهند. این رقم حدود ۲۵ درصد از جمعیت با سوء هاضمه را تشکیل می دهد. در هر صد هزار نفر جمعیت بالغین ۲۵ تا ۴۴ سال حدود ۳۵۵ نفر با سوء هاضمه به پزشکان عمومی و خانواده مراجعه می کنند که این میزان با افزایش سن بیشتر می شود به طوریکه در افراد ۷۵ تا ۸۴ سال به حدود ۷۸۹ نفر در هر صد هزار نفر در سال می رسد. بر اساس این محاسبات در هر سال حدود ۶۰ نفر (۳ درصد) از جمعیت ۲۰۰۰ نفری تحت پوشش یک پزشک خانواده در انگلیس به دلیل سوء هاضمه به پزشکان خانواده مراجعه می کنند (۶).

## متدولوژی

## ضرورت بومی سازی راهنما

سوء هاضمه باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می شود و بررسی و درمان آن مستلزم صرف هزینه های مراقبتی وسیعی در جامعه می باشد. اندوسکپی بهترین روش تشخیصی برای بررسی این بیماران می باشد. انتخاب زمان و فرد مناسب برای انجام اندوسکپی نقش مهمی در کاهش بار اقتصادی آن دارد. هزینه مراقبت از هر بیمار با سوء هاضمه حدود ۲۱۵ دلار آمریکا می باشد که ۸۰٪ این هزینه ها را، هزینه های مستقیم (ویزیت پزشکان، دارو، انجام آزمایشات و هزینه های بستری) و ۲۰ درصد راهزینیه های غیر مستقیم (تعداد روزهای بیکاری و افت کارایی) تشکیل می دهد (۷، ۸).

از علل مهم سوء هاضمه می توان زخم های پپتیک، ازوفازیت و سرطان معده را نام برد. اما حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران با شکایت از سوء هاضمه در بررسی آندوسکوپ، بیماری مهم عضوی ندارند که به این افراد سوء هاضمه عملکردی یا غیراولسری گفته می شود. با توجه به شیوع بالای سرطان معده در ایران و اهمیت تشخیص و درمان به موقع آن، افتراق به موقع سرطان معده یا دوازدهه از دیگر علل سوء هاضمه بسیار مهم می باشد. راهنمای مناسب می تواند رویکرد پزشکان خانواده به این ناراحتی را تصحیح و هماهنگ نماید.

اجرای هماهنگ راهنماهای بالینی در نظام سلامت می‌تواند ضمن پیشگیری از اتلاف بودجه، با اختصاص امکانات به موارد ضروری، به اجرای عدالت در سلامت کمک نماید. بکارگیری راهنماهای بالینی با پشتوانه کارشناسی محکم می‌تواند به استاندارد سازی خدمات درمانی در این مورد کمک نماید.

### گروه هدف راهنما

#### جمعیت هدف:

- بیماران با سن بیش از ۱۵ سال

#### کاربران اصلی:

- پزشکان عمومی و پزشکان خانواده

#### کاربران دیگر:

- متخصصین داخلی، جراحی، فوق تخصص‌های گوارش و کبد، داروسازان و مسئولین آزمایشگاهها، پرستاران و دیگر پرسنل بهداشتی

### سوالات بالینی

۱. در بیماران با سوء هاضمه چه اقدامات غیردارویی برای بیمار توصیه می‌شود؟
۲. در بیماران با سوء هاضمه در چه شرایطی بیمار برای اندوسکوپی معرفی شود؟
۳. برای درمان تجربی (ایمپیریکال) بیماران با سوء هاضمه چه توصیه‌ای می‌شود؟
۴. جایگاه ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در سوء هاضمه بررسی نشده (استراتژی تست و درمان) چیست؟
۵. برای درمان، و پیگیری سوء هاضمه غیرزخمی (عملکردی) چه توصیه‌ای می‌شود؟
۶. برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری چه روشهایی توصیه می‌شود؟
۷. جایگاه درمان هلیکوباکتر پیلوری در بیماران با سوء هاضمه عملکردی چیست؟
۸. برای درمان هلیکوباکتر پیلوری در ایران چه رژیم‌های دارویی توصیه می‌شود؟
۹. برای درمان و پیگیری سوءهاضمه عملکردی چه توصیه‌ای می‌شود؟

### روش استناد به شواهد

با کلمات کلیدی زیر موتورهای جستجوی پاب مد و گوگل اسکولار و پایگاه الکترونیکی انجمن‌های معتبر گاستروانترولوژی در آمریکا، اروپا و آسیا بررسی شد. گایدلاین‌هایی که به زبانهای انگلیسی چاپ شده و نسخه کامل آنها در دسترس بود جمع آوری شد. گایدلاین‌هایی که مخصوصا برای پزشکان خانواده یا پزشکان شاغل در مراکز مراقبت‌های اولیه ارائه شده بود در اولویت قرار گرفت.

Dyspepsia, Uninvestigated dyspepsia, Practice guideline

بازه زمانی جستجو: شهریورماه ۱۳۹۲

### معیارهای غربالگری

در دسترس بودن نسخه کامل راهنما، به روز بودن (بعد از سال ۲۰۰۰ میلادی)، سازماندهی مناسب، اولویت راهنما بر پزشکان خانواده یا پزشکان عمومی با توجه به اینکه هدف اصلی این پروژه بومی سازی توصیه‌های انجام شده در راهنماهای معتبر بین‌المللی بود تمامی راهنماهای بالینی که شرایط فوق را داشتند، در بررسی و تدوین توصیه‌ها به کار گرفته شدند (۹-۱۳). برای سازماندهی و ساختار توصیه‌ها و مستندات از گایدلاین نایس ۲۰۰۴ که برای پزشکان عمومی تهیه شده و براساس معیارهای آگری (AGREE) رتبه بندی بالاتری دارد استفاده شد (۶). در مواردی که بیش از نیمی از گایدلاین‌ها توصیه خاصی را ارائه کرده بودند بعنوان توصیه اصلی پذیرفته شد و در مواردی که درصد توافق هر توصیه کمتر از ۵۰ درصد بود نظر یک گروه از پزشکان متخصص گوارش و کبد با تجربه (پانل بومی سازی و دیگر همکاران) مورد بررسی قرارگرفت و نظر اکثریت اعضا پذیرفته شد.

### تعریف (سطح شواهد و توصیه‌ها)

توصیه‌های این راهنما بر اساس معیارهای زیر دسته بندی شده‌اند:

#### • سطح شواهد

۱. شواهد حاصل از متآنالیز مطالعات تصادفی کنترل شده (۱-الف) (Ia) یا حداقل از یک مطالعه تصادفی کنترل شده (۱-ب) (Ib)
۲. شواهد حاصل از حداقل یک مطالعه کنترل شده غیر تصادفی (۲-الف) (IIa) یا مستندات حاصل از حداقل یک مطالعه با طراحی خوب نیمه تجربی (۲-ب) (IIb)
۳. شواهد حاصل از مطالعات با طراحی خوب غیرتجربی مانند مطالعات مقایسه‌ای، مطالعات رابطه‌ای و موارد نادر (III)
۴. شواهد حاصل از کمیته‌های صاحب نظران و یا نظرات و تجارب افراد صاحب نظر (IV)

#### • درجه بندی توصیه‌ها

- A- توصیه‌های مبتنی بر مطالعات کنترل شده تصادفی و مطالعات با کیفیت و انسجام خوب
- B- توصیه‌های مبتنی بر مطالعات با طراحی منسجم و خوب ولی غیر تصادفی
- C- مواردی که علیرغم نبود مطالعات با طراحی منسجم و کیفیت خوب توصیه می‌شود.

### توصیه‌های کلیدی

- الف) ارزیابی، اقدامات تشخیصی و ارجاع
- ب) عادات غذایی و درمان‌های محافظه کارانه
- ج) درمان‌های دارویی
- د) پیگیری

## نکات مفید برای طبابت خوب

- با توجه به اهمیت شرح حال و معاینه بالینی پیشنهاد می‌شود علاوه بر نکات کلی موارد زیر با تاکید بیشتری بررسی و نتایج آن در پرونده بیمار ثبت شود:
  - سن، جنس، سابقه زخم پپتیک، مصرف آسپیرین و داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی (NSAIDs)، سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، ناسازگاری‌های غذایی، سابقه بیماریهای قلبی ریوی کبد و کیسه صفرا، کاهش وزن پیشرونده، خونریزی گوارشی، کم خونی فقر آهن، اختلال پیشرونده بلع، بلع دردناک، استفراغ مکرر، وجود توده شکم و آسیت، سابقه فامیلی سرطان‌های گوارشی در بستگان درجه اول، سابقه بررسی اندوسکپی یا رادیوگرافی قبلی، سابقه درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری
- در رویکرد بالینی به بیماران با سوء هاضمه بایستی موارد زیر بررسی و در صورت نیاز به نحو مناسبی درمان یا مشاوره شوند:
  - بیماریهای قلبی ریوی، کبدی، ناراحتیهای کیسه صفرا و مجاری صفراوی، دیابت
  - مصرف داروها، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر و دخانیات
  - تغییرات رژیم غذایی و نحوه تغذیه
  - تنش‌های روحی و تغییرات در نحوه زندگی
- سوال: در بیماران با سوء هاضمه چه اقدامات غیردارویی برای بیمار توصیه می‌شود؟
  - توصیه‌های غذایی برای بیماران با سوء هاضمه (سطح شواهد ۳، سطح توصیه C)
  - کاهش مصرف کافئین
  - کاهش مصرف چای (کمتر از ۴ فنجان در روز) و حتی الامکان اجتناب از مصرف چای بلافاصله پس از غذا
  - کاهش مصرف قهوه یا پرهیز از آن

### اصلاح نحوه غذا خوردن

کاهش سرعت غذا خوردن، خوب جویدن غذا، پرهیز از غذاهای پرچرب، پرهیز از غذاهای حاوی ادویه جات و فلفل، پرهیز از پرخوری، منظم کردن برنامه غذایی

### کاهش عوامل تشدید کننده

ترک مصرف دخانیات، اجتناب از مصرف مشروبات الکلی، اجتناب از داروها و عوامل غذایی تشدید کننده علائم

### ایجاد آرامش روحی

به کارگیری روش‌های مناسب تدبیر تنش در صورت تشدید علائم با تنش‌های روحی

### تناسب اندام

پرهیز از چاقی و افزایش وزن

## الف) ارزیابی، اقدامات تشخیصی و ارجاع

در اکثر راهنماهای بالینی موجود، بررسی‌های بالینی مناسب برای رد کردن موارد زیر توصیه شده است:

۱. بیماریهای پیشرفته قلبی، ریوی، کبدی، کلیوی و اختلالات واضح روانپزشکی
  ۲. بیماری ریفلکس گاستروازوفایال
  ۳. دردهای صفراوی
  ۴. علائم روده تحریک پذیر
  ۵. مصرف داروهایی که باعث سوءهاضمه می‌شوند بخصوص داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی.
- پس از بررسی و رد کردن موارد بالا برای ارزیابی تشخیصی و درمان بیمار با سوءهاضمه سه استراتژی توصیه شده است:

## الف- آندوسکوپی فوری

ب- درمان تجربی و سپس آندوسکوپی در صورتی که به درمان تجربی پاسخ ندهد.

ج - درمان تجربی هلیکوباکتر پیلوری برای کسانی که تست آنها مثبت است و سپس آندوسکوپی برای کسانی که به درمان پاسخ نمی‌دهند.

با توجه به افزایش شانس سرطان معده در سنین بالاتر از ۵۵ سال در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی، راهنمای بالینی مربوط به این کشورها انجام آندوسکوپی را برای بیماران با سوءهاضمه و سن بالاتر از ۵۵ سال توصیه نموده اند. با توجه به پایین تر بودن سن شروع سرطان معده در آسیا و اقیانوسیه، در راهنمای بالینی آسیا اقیانوسیه آندوسکوپی فوری را از سن ۴۵ سال با در نظر گرفتن شیوع سرطان معده در جامعه توصیه نموده است. در راهنمای بالینی انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران که در سال ۲۰۰۹ میلادی برای ایران توصیه شده است سن ۴۵ سال و بیشتر برای انجام آندوسکوپی فوری توصیه شده است. در بعضی از بررسی‌های انجام شده در ایران تا حدود ۲۰ درصد بیماران با سرطان معده در سنین زیر ۴۵ سال گزارش شده است. در بررسی که در استان اردبیل انجام شده است میزان سرطان معده در سنین ۴۵ تا ۵۴ سال برابر ۵/۷ در صد هزار نفر گزارش شده است (۱۴). در بررسی بار جهانی بیماریها آمار مرگ به دلیل سرطان معده در آمریکا و انگلیس در سنین ۵۵ تا ۵۹ سال حدود ۷ در صد هزار نفر گزارش شده است در صورتی که این رقم در سنین ۴۵ تا ۴۹ سال در ایران حدود ۷ نفر در صد هزار نفر تخمین زده شده است (۱۵).

با توجه به اینکه ایران نیز جزء مناطق با سرطان بالا می‌باشد به نظر می‌رسد ارجاع بیماران در سنین بالای ۴۵ سال برای آندوسکوپی منطقی به نظر می‌رسد. البته با در نظر گرفتن شرایط منطقه‌ای استانهای مختلف می‌توان پیش بینی نمود که در بعضی استانها این سن به ۳۵ یا ۴۰ سال کاهش یابد (۱۶، ۱۷). استانهای شمالی، شمال غربی و شمال شرقی کشور از جمله خراسان، اردبیل، گلستان، آذربایجان غربی و شرقی، کردستان، زنجان و قزوین بالاترین میزان سرطان معده را نسبت به دیگر استانها گزارش کرده‌اند.

## ارجاع به متخصص جهت اندوسکپی

سطح شواهد ۲ سطح توصیه ب	<p><b>سوال: در بیماران با سوءهاضمه در چه شرایطی بیمار برای اندوسکپی معرفی شود؟</b></p> <p>۱- توصیه می‌شود: بیماران با سوءهاضمه جدید و سن ۴۵ سال و بیشتر طی دو هفته مورد بررسی از وفاگوستروئودنوسکپی قرار گیرند.</p> <p>نکته: برای مناطق با شیوع بالای سرطان معده و مری (مناطق پرخطر مانند استان‌های شمال غرب، شمال و شمال شرقی کشور) با توجه به وضعیت بیمار و قضاوت پزشک می‌توان سن پایین‌تری را در این مورد در نظر گرفت.</p>
----------------------------	---

## ارزش علایم هشدار در بیماران سوءهاضمه

در مورد ارزش تشخیصی علایم هشدار در بیماران سوءهاضمه نظرات متفاوتی وجود دارد. نبودن علایم هشدار وجود سرطان معده را رد نمی‌کند. در بعضی از مطالعات، بخشی از بیماران با سرطان معده علایم هشدار نداشته‌اند (۱۸، ۱۹، ۲۰). در یک مطالعه، ۲۸۴۷ نفر از بیماران مراجعه کننده به یک مرکز فوق تخصصی گوارش در ایران، ۱۱۳۱ نفر (۳۹/۷ درصد) حداقل یک علامت هشدار را اظهار داشتند. میزان سرطان معده، مری و دوازدهه ۸۷ مورد (۳/۱) گزارش شد.

در ۳۳ درصد بیماران با سرطان هیچگونه علامت هشدار گزارش نشد. در این مطالعه کسانی که یک، دو یا بیش از دو علامت هشدار داشته‌اند، بر اساس سن و مثبت یا منفی بودن مصرف سیگار، شانس‌شان برای داشتن سرطان کاملاً افزایش نشان می‌دهد. به طور مثال در یک بیمار با یک علامت هشدار و سن زیر ۳۶ سال این شانس کمتر از ۱ برابر ولی در یک بیمار با یک علامت هشدار و سن بالاتر از ۶۵ سال این شانس ۱۲ برابر می‌باشد. با وجود دو علامت هشدار یا بیشتر در سن زیر ۳۶ سال شانس داشتن سرطان معده حدود ۲ و چنانچه سن بالاتر از ۶۵ سال باشد این شانس به حدود ۶۰ برابر افزایش نشان می‌دهد.

این محققین بر اساس سن، مصرف سیگار و تعداد علایم هشدار بیماران را به سه گروه با خطر کم، متوسط و بالا تقسیم بندی کردند و نحوه رویکرد به بیماران سوءهاضمه را براساس سه مدل بیان کردند. مدل اول براساس سن، مدل دوم بر اساس سن + علایم هشدار و مدل سوم بر اساس سن + علایم هشدار + مصرف سیگار محاسبه شده است. با به کارگیری مدل ارزیابی ریسک و استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره بیماران به سه گروه خطر برای بدخیمی دستگاه گوارش فوقانی طبقه بندی شدند. گروه "کم خطر" با احتمال کمتر از ۱۰ درصد، گروه "پر خطر" گروهی که بین ۱۰٪ تا ۲۰٪ و در گروه "بیش از حد خطر" احتمال داشتن بدخیمی‌های دستگاه گوارش فوقانی بالاتر از ۲۰٪ می‌باشد (۲۱).

گرچه علایم هشدار برای تشخیص سرطان معده دقت بالایی ندارد ولی تمام راهنماهای موجود برای بیماران با علایم هشدار اندوسکپی تشخیصی فوری را ترجیحاً در فاصله ۲ هفته‌ای توصیه نموده‌اند (۱۹، ۲۰).



۲- توصیه می‌شود: در صورت مثبت بودن نشانه‌های خطر (علائم هشدار) که در زیر ذکر شده است، ضمن ثبت موارد در پرونده، بیمار طی ۲ هفته مورد بررسی ازوفاگواسترو دئودنوسکوپی قرار گیرد.	سطح شواهد ۲ سطح توصیه ب
---	----------------------------

### علائم هشدار

- کاهش وزن پیش‌رونده بدون رژیم غذایی (لاغری بیش از ۱۰ درصد در طی ۶ ماه یا ۵ درصد وزن قبلی در یک ماه اخیر)
- خونریزی گوارشی به صورت استفراغ خونی، مدفوع قیری شکل، یا کم خونی فقر آهن
- اختلال پیش‌رونده بلع (دیسفاژی) و یا بلع دردناک (اودینوفاژی)
- استفراغ مکرر یا برگشت غذا،
- توده شکم، لنفادنوپاتی یا آسیت
- سابقه فامیلی بدخیمی‌های معده در بستگان نسبی درجه اول

### ب) عادات غذایی و درمان‌های محافظه کارانه

- درمان محافظه کارانه در بیماران با سن زیر ۴۵ سال و بدون علائم هشدار
- در مورد رویکرد مناسب برای بیماران بدون علائم هشدار و سن زیر ۴۵ سال چهار رویکرد کلی را می‌توان انجام داد:

۱. آندوسکوپی
۲. تست هلیکوباکتر پیلوری و درمان در صورت مثبت شدن آن (test and treat)
۳. درمان با کاهش دهنده اسید و آندوسکوپی در صورتیکه به درمان پاسخ ندهد.
۴. تست هلیکوباکتر پیلوری و آندوسکوپی افراد مثبت

گرچه انجام آندوسکوپی می‌تواند با کاهش اضطراب بیمار و افزایش رضایت وی همراه باشد و همچنین بیماری‌های دیگر مانند زخم پپتیک، ازوفاژیت و سرطان معده را تشخیص دهد ولی انجام آندوسکوپی برای تمام بیماران مستلزم صرف هزینه بسیار زیاد می‌باشد. از طرفی شانس سرطان در سنین زیر ۴۵ سال خیلی زیاد نیست و در صورتی که علائم هشدار هم وجود نداشته باشد شانس وجود سرطان بسیار کمتر خواهد بود. همچنین آندوسکوپی یک اقدام کم‌تهاجمی می‌باشد و نیاز به تزریق آرام بخش دارد که می‌تواند با عوارض همراه باشد. از طرفی دلایل کافی برای بهبودی موثرتر در بیمارانی که آندوسکوپی شده اند نسبت به روش‌های دیگر وجود ندارد و با آندوسکوپی بعضی علل سوءهاضمه را نمی‌توان تشخیص داد. بنابراین انجام آندوسکوپی برای تمام بیماران توصیه نمی‌شود و اکثر راهنماهای بالینی یکی از دو روش ۲ یا ۳ را برای بیماران پیشنهاد کرده اند.

در مورد آندوسکوپی در افراد با تست هلیکوباکترپیلوری مثبت نیز با توجه به شیوع بیش از ۸۰ درصد عفونت در جامعه ما تقریباً اکثر افراد با سوءهاضمه بایستی آندوسکوپی شوند بنابراین رویکرد چهارم هم برای جامعه مناسب و منطقی نمی باشد (۲۲، ۲۳).

راهنمای انجمن متخصصین گوارش آمریکا و راهنمای اروپایی گوارش و همچنین راهنمای آسیا-اقیانوسیه در این بیماران انجام تست هلیکوباکترپیلوری و درمان در صورت مثبت بودن آن را برای این بیماران توصیه کرده است. البته راهنمای آمریکایی تست و درمان را برای جوامع با شیوع بالاتر از ۱۰٪ هلیکوباکتر پیلوری توصیه نموده است و برای جوامع با شیوع کمتر از ۱۰٪ درمان PPI را توصیه نموده است.

در یک مطالعه مقایسه‌ای بین روش تست و درمان، مصرف تجربی پروکینتیک و آندوسکوپی برای بیماران سوءهاضمه پس از یکسال پیگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر میزان رضایت و شدت علائم وجود نداشت و حدود ۸۰٪ افراد از نحوه مراقبت رضایت داشتند ولی هزینه روش آندوسکوپی نسبت به دو روش دیگر بسیار بالاتر و تقریباً سه برابر گزارش شد. (۲۴، ۲۵، ۲۶)

در راهنمای بالینی آسیا-اقیانوسیه هم روش تست و درمان را برای بیماران با سوءهاضمه و بدون علائم هشدار توصیه نموده است. درصدی از این بیماران دارای زخم پپتیک هستند که از ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری سود می‌برند.

در مطالعات متعددی بیماران با سوءهاضمه بررسی نشده، بر روی درمان ریشه کنی یا درمان با PPI قرار گرفتند که در مجموع به نظر می‌رسد هر دو روش اثربخش بوده است و بعضی توصیه کرده اند که پس از صحبت با بیمار و توجیه مشکلات وی در مورد نوع درمان PPI یا ریشه کنی تصمیم‌گیری شود. در مطالعه دیگری، محققین ۲۶۶ بیمار با سوءهاضمه بیش از ۱ ماه را به طور تصادفی به دو گروه تقسیم کردند. یک گروه مورد آندوسکوپی (۱۳۵ نفر) قرار گرفت و بر اساس یافته آندوسکوپی و تست اوره آز درمان شدند. گروه دیگر بر اساس نوع علائم و بدون آندوسکوپی درمان علامتی شدند. بیماران با علائم شبه زخم و یا زخم در آندوسکوپی با درمان ریشه کنی و بیماران با علائم اختلالات حرکتی با داروهای پروکینتیک و کاهش دهنده اسید درمان شدند.

ارزیابی مجدد بیماران در ۴ و ۸ هفته، ۴ ماه، ۸ ماه و ۱۲ ماه انجام شد و بیماران بالاتر از ۴۰ سال نیز پس از یک سال آندوسکوپی شدند. در گروه درمان علامتی بدون آندوسکوپی (۱۳۱ نفر) ۱۱ نفر بعد از ۲ ماه و ۲ نفر پس از ۸ ماه بدلیل عدم پاسخ به درمان یا عود علائم (حدود ۱۰ درصد) نیاز به آندوسکوپی پیدا کردند. یک نفر از گروه درمان علامتی بدون آندوسکوپی پس از ۴ هفته به درمان جواب نداد که در آندوسکوپی برای وی تشخیص سرطان معده داده شد و یک نفر از گروه آندوسکوپی نیز زخم معده مقاوم به درمان داشت که پس از ۸ هفته سرطان معده برای وی تشخیص داده شد. در این تحقیق در صورت عدم وجود علائم هشدار، میزان بهبودی با درمان علامتی یا درمان بر اساس یافته آندوسکوپی برابر بود. با توجه به هزینه پایین تری که با درمان علامتی بیمار متصور می‌باشد، محققین این رویکرد را برای بیماران ایرانی مناسب تر دانستند و توصیه کردند در صورتی که بیمار به درمان علامتی پاسخ نداد حتماً بایستی

آندوسکوپی شود. این گروه درمان ریشه کنی را برای بیماران با علائم شبه زخم و بدون علائم هشدار و سن پایین تر نیز توصیه کرده‌اند (۲۷، ۲۸)

### توصیه‌ها

<p>سطح شواهد ۱ سطح توصیه الف</p>	<p>برای درمان تجربی (ایمپریکال) بیماران با سوءهاضمه چه توصیه‌ای می‌شود؟ ۳- توصیه می‌شود در بیماران کمتر از ۴۵ سال و بدون علائم هشدار که با سوءهاضمه برای اولین بار مراجعه می‌کنند با داروهای کاهش دهنده اسید (ترجیحا PPI) با یا بدون داروهای دیگر (پروکینتیک‌ها، آرامش بخش‌ها، بیسموت و...) به مدت ۴ هفته درمان و پیگیری شوند و در صورت عدم پاسخ به درمان، جهت آندوسکوپی ارجاع داده شوند.</p>
	<p>۴- توصیه می‌شود بیمارانی که به درمان تجربی پاسخ مناسب می‌دهند، تا ۱ ماه داروها را ادامه دهند و سپس به تدریج کم و قطع نمایند و تا ۳ ماه پیگیری بالینی شوند و در صورت عود همان علائم و ظاهر نشدن علائم هشدار، مجدداً با ادامه همان داروها درمان و پیگیری شوند. بیمارانی که تا ۴ هفته به درمان‌های محافظه کارانه پاسخ نداده‌اند یا در پیگیری بالینی در هر زمانی که علائم هشدار بروز نماید بایستی برای آندوسکوپی ارجاع شوند.</p>
<p>سطح شواهد ۲ سطح توصیه‌ها ب</p>	<p>جایگاه ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در سوءهاضمه بررسی نشده (استراتژی تست و درمان) چیست؟ استراتژی تست و درمان برای تمام بیماران با سوءهاضمه بررسی نشده توصیه نمی‌شود. تنها برای بیماران با سن کمتر از ۴۵ سال، بدون علائم هشدار و دارای علائم سوءهاضمه شبه زخم (دیس پپسی با علائم شبیه به زخم دوازدهه) پیشنهاد می‌شود.</p>

### عفونت هلیکوباکتر پیلوری

<p>سطح شواهد ۱ سطح توصیه ب</p>	<p>سوال: برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری چه روشهایی توصیه می‌شود؟ ۵- توصیه می‌شود برای تشخیص اولیه و تایید ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری روش‌های زیر به کار گرفته شود: الف - در صورت انجام آندوسکوپی: آزمون اوره آز سریع و یا هیستولوژی ب - برای بیمارانی که آندوسکوپی نمی‌شود: آزمون تنفسی اوره با کربن نشاندار / در صورت نبود این تست از آزمون آنتی ژن منوکلونال استاندارد شده در مدفوع استفاده شود.</p>
------------------------------------	--

<p>سطح شواهد ۱ سطح توصیه ب</p>	<p>۶- استفاده از آزمون سرولوژی برای تشخیص اولیه و تایید ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری و پیگیری بیمار روش مناسبی نمی‌باشد. ولی در مناطقی که آزمون‌های بهتر از جمله تست تنفسی اوره یا آنتی ژن مدفوع موجود نمی‌باشد یا در موارد زیر می‌توان از سرولوژی استاندارد شده هلیکوباکتر پیلوری از نوع IgG تنها برای تشخیص اولیه ( و نه برای تایید ریشه کنی عفونت ) استفاده نمود(۱۳):</p> <p>الف- وجود تناقض بین آزمایشات دیگر از جمله بیوپسی معده</p> <p>ب- در بیماران با خونریزی پپتیک اولسر و تست اوره آز یا هیستولوژی منفی</p> <p>ج- در بیمارانی که نمی‌توان داروهای PPI* را قطع نمود.</p> <p>د- گزارش گاستریت حاد فعال در بیوپسی معده و منفی بودن آزمون‌های تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری</p> <p>Proton Pump Inhibitor*</p>
------------------------------------	--

### ج) درمان دارویی

#### درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری

<p>سطح شواهد ۱ سطح توصیه ب</p>	<p>سوال: برای درمان هلیکوباکتر پیلوری در ایران چه رژیم‌های دارویی توصیه می‌شود؟</p> <p>۷- توصیه می‌شود برای ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در ایران رژیم‌های درمانی ۴ دارویی برای حداقل ۲ هفته تجویز شود. در بیماران سیگاری ترک سیگار حد اقل در زمان مصرف دارو توصیه می‌شود.</p> <p>ترکیب دارویی پیشنهادی به صورت زیر توصیه می‌شود:</p> <p>مهار کننده‌های پمپ پروتون (PPI) دو بار در روز</p> <p>+ بیسموت ساب سیترات (۲۴۰ میلیگرم دو بار در روز)</p> <p>+ آموکسی سیلین (۱ گرم دو بار در روز)</p> <p>+ کلاریترومایسین (۵۰۰ میلیگرم دو بار در روز)/ یا مترونیدازول (۵۰۰ میلیگرم دو بار در روز)/ یا تتراسیکلین (۵۰۰ میلیگرم چهار بار در روز)/ یا فورازولیدون (۲۰۰ میلیگرم دو بار در روز)</p>
	<p>سوال: برای درمان و پیگیری سوءهاضمه عملکردی چه توصیه‌ای می‌شود؟</p> <p><b>تجارب درمانی بیماران با سوء هاضمه عملکردی</b></p> <p>برای درمان بیماران با سوء هاضمه عملکردی عوامل مهمی مانند: تعریف و تلقی پزشک و بیمار از سوء هاضمه، وجود علائم ناراحتی روده تحریک پذیر، نوع ناراحتی (سوزش، درد، سنگینی و ..)، تنوع علائم، شدت ناراحتی، تداخلات احتمالی بین داروها، بیماریهای همراه، و وضعیت عفونت هلیکوباکتر پیلوری بستگی دارد (۲۹).</p>

به طور کلی نوع درمان بیماران با سوء هاضمه بر اساس نوع علائم توصیه می‌شود.

الف - بیمارانی که از درد و یا سوزش سردل شاکمی می‌باشند. این بیماران با نوع Epigastric pain Syndrome بیشتر بدلیل افزایش اسیدیته معده دچار علائم می‌شوند. لذا به داروهای کاهنده اسید یا داروهای کاهش دهنده اسپاسم بهتر جواب پاسخ می‌دهند.

ب - در حالیکه بیماران با علائم اختلالات حرکتی (از نوع دیس موتیلیتی و تشدید با صرف غذا) بهتر است علاوه بر داروهای کاهش دهنده اسید درمانهای پروکینتیک نیز دریافت نمایند.

این بیماران با نوع Post prandial distress syndrome بیشتر از یک نوع اختلال در دریافت تحریک یا Hyperalgesia رنج می‌برند و قاعدتا بایستی به داروهای موثر بر آستانه تحریک مانند دوز پایین داروهای ضد افسردگی بهتر جواب بدهند .

اصولا یکی از کاربردهای تقسیم بندی جدید روم ۳- استفاده از آن در تعیین و انتخاب نوع درمان برای بیمار می‌باشد (۳۰). با این وجود مطالعات انجام شده در این بیماران هرچند که کامل و دقیق نبوده‌اند ولی رابطه ثابتی بین نوع علائم و نوع درمان را نشان نداده اند. نکته مهم دیگری راکه باید در درمان این بیماران مدنظر قرار داد، دلیل مراجعه بیمار به پزشک می‌باشد. در خیلی از مواقع بیماران بدلیل نگرانی از وجود بیماری خطرناک و پیشرونده از جمله سرطان معده به پزشک مراجعه می‌کند که اطمینان بخشی به بیمار موثرتر از دارو خواهد بود.

برای درمان سوءهاضمه عملکردی می‌توان از داروهای مختلفی با اثرات متفاوت و اکثرا به صورت ترکیبی استفاده کرد. انواع درمانهای به کار گرفته شده در این ناراحتی در جدول زیر ( جدول شماره ۱) جمع بندی شده است.

جدول ۱- درمانهای سوء هاضمه عملکردی و میزان تاثیر آنها

تاثیر	مثال	درمان‌های دارویی سوء هاضمه
بهبود از داروها و هزینه اثربخش	امی پرازول، پنتوپرازول	پلاک کننده‌های پمپ نیدروزن
بهبود از داروها و هزینه اثربخش	سایمتدین، رانی تیدین، فاموتیدین	آنتاگونیست گیرنده نوع ۲ - هیستامینی
بدون تاثیر	سوکرالفت، آنتی اسیدها	پوشش دهنده های مخاط معده
نامعلوم	سایمتیکون	ضدنفخ‌ها
بهبود از داروها	متوکلوپرومید، دامپیریدون، موزاپراید، اردترومایسین	پروکینتیک‌ها
موثر و هزینه اثربخش	Iberogast (Iberis, peppermint, Camomille) - Artichoque leaf extract - Xinwei decoction -	فراورده‌های گیاهی
	آمی تریپتیلین، SSRI (Serotonin Reuptake Inhibitors)	ضد افسردگی‌ها
موثر و هزینه اثربخش در درصد کمی از بیماران		ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری

آیا درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری بر بهبودی بیماران سوء هاضمه عملکردی (غیرزخمی) موثر است؟  
در یک بررسی از مجموع ۱۷ مطالعه‌ای که بر روی ۳۵۶۶ بیمار با این ناراحتی و عفونت هلیکوباکتر انجام

شده، نشاندهنده بهبودی در یک گروه اندک از بیماران می‌باشد (۳۱) اخیراً مازولنی و همکاران شان از برزیل در یک مطالعه تاثیر این درمان را برای بیماران با دیس پپسی در مراکز مراقبت‌های اولیه بررسی کردند که در مقایسه با داروهای موثر تر بوده است و بایستی ۹ بیمار درمان شوند تا یکی از آنها پاسخ بدهد (۳۲).

گرچه در مطالعات اروپایی و بعضی کشورهای آسیایی درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در درصد نسبتاً کمی از بیماران با سوء هاضمه عملکردی (غیر اولسری) موثر واقع شده است ولی در مطالعه‌ای چند مرکزی در ایران در پایان یک مطالعه تصادفی ۹ ماهه میزان پاسخ به درمان در گروهی که عفونت آنها ریشه کن شده بود با گروهی که ریشه کنی در آنها موفقیت آمیز نبود تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (۳۴).

بطور کلی مطالعات مشابه قبلی نشان می‌دهد که از هر ۱۳ تا ۱۵ بیمار یک نفر به این درمان پاسخ طولانی اثر می‌دهند. با توجه به اینکه با یک درمان ۱ تا ۲ هفته‌ای، بخشی از بیماران می‌توانند برای یک سال یا بیشتر بهبودی داشته باشند این درمان برای این عده کاملاً هزینه اثربخش می‌باشد (۳۳).

با توجه به شیوع بالای عفونت هلیکوباکتر در جامعه ما، بار عظیم اقتصادی برای ریشه کنی در بیماران، تاثیر ناچیز این درمان بر علائم بیماران و احتمال افزایش بیماریهایی مانند رفلاکس اسید، آسم ریوی و سرطانهای کاردیای معده، و نتایج یک نظر سنجی از متخصصین گوارش و کبد، درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری برای بیماران با سوء هاضمه عملکردی در ایران توصیه نمی‌شود (۳۵).

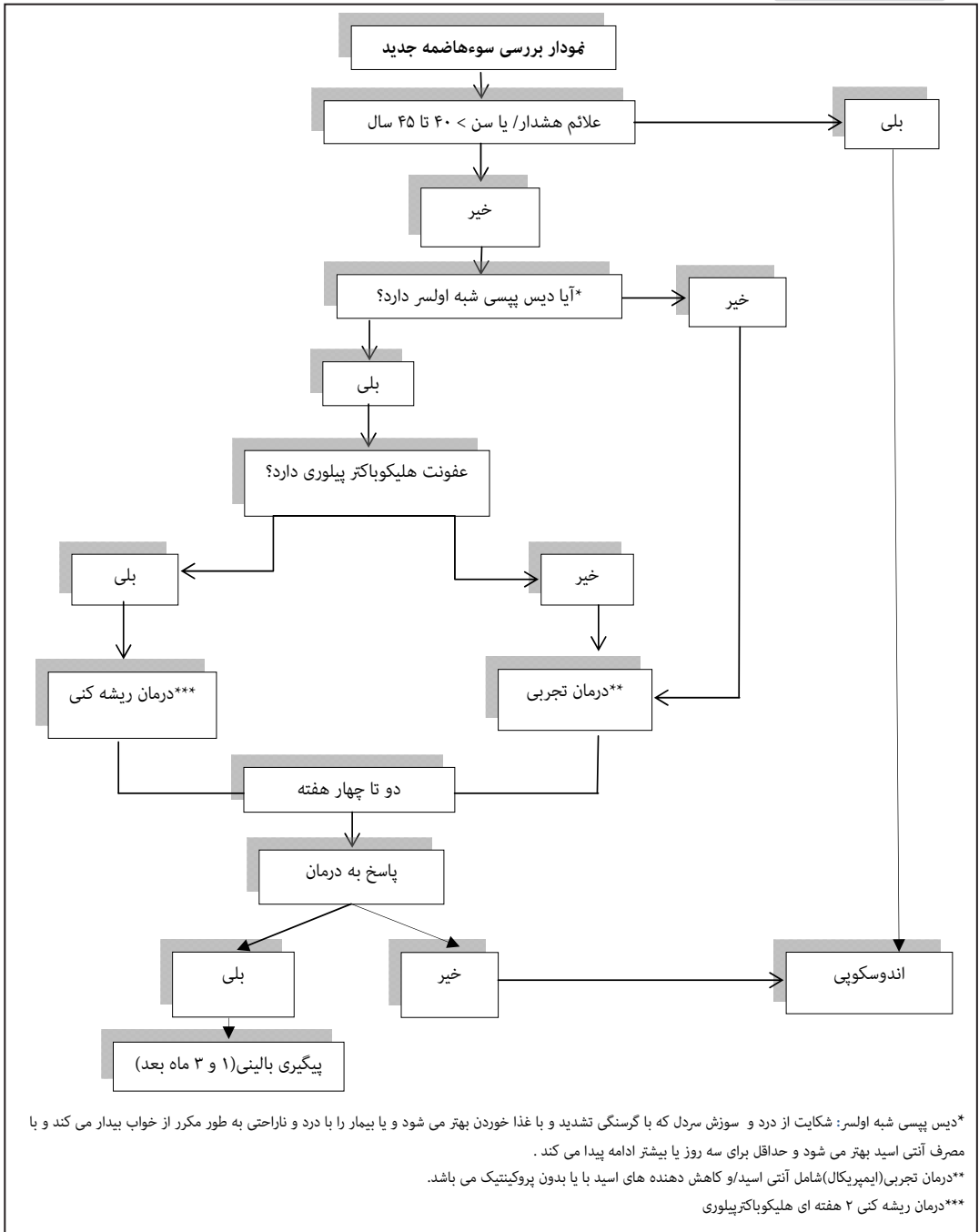
<p>سطح شواهد ۱ سطح توصیه ب</p>	<p>توصیه ۸- درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در بیماران با سوء هاضمه عملکردی (دیس پپسی غیر اولسری یا فونکسیونل) توصیه نمی‌شود.</p> <p>در این بیماران توصیه می‌شود براساس قضاوت پزشک و رضایت بیمار با یک یا چند اقدام زیر مورد مراقبت قرار گیرند.</p> <p>الف- دادن اطمینان خاطر، توجیه بیمار، و رعایت دستورات غیردارویی</p> <p>ب- درمان‌های کاهش دهنده اسید (ترجیحاً PPI)</p> <p>ج- داروهای پروکینتیک از جمله دومپیریدون یا متوکلوپرومید</p> <p>د- داروهای پوشش دهنده مخاط مانند بیسموت ساب سیترات</p> <p>ز- درمان‌های آنتی اسپاسمودیک، و ضد نفخ‌ها</p> <p>ح- داروهای آرام بخش‌ها و داروهای ضد افسردگی با دوز پایین</p> <p>ط- درمان‌های گیاهی تایید شده در فارماکوپه ایران</p> <p>ی- مشاوره روانپزشکی در صورت نیاز</p>
------------------------------------	---

## (د) پیگیری

## بررسی‌های تکمیلی

<p>سطح شواهد الف سطح توصیه ب</p>	<p>توصیه می‌شود بیمارانی که به عنوان سوءهاضمه عملکردی درمان می‌شوند و به درمان تجربی پاسخ رضایت بخش نمی‌دهند تحت بررسی‌های تشخیصی تکمیلی زیر قرار گیرند:</p> <p>الف- شمارش گلبولی و پلاکت، رسوب خونی، آزمایشات کبدی (ترانس آمینازها، الکالین فسفاتاز، بیلی روبین)، قندخون، کراتینین، آزمایش مدفوع و در صورت نیاز آزمایشات تیروئیدی</p> <p>ب- بر اساس علائم و نشانه‌های بیمار بررسی‌های دیگری از جمله سونوگرافی شکم، کولونوسکپی، و ... توصیه می‌شود.</p>
--------------------------------------	---

## الگوریتم





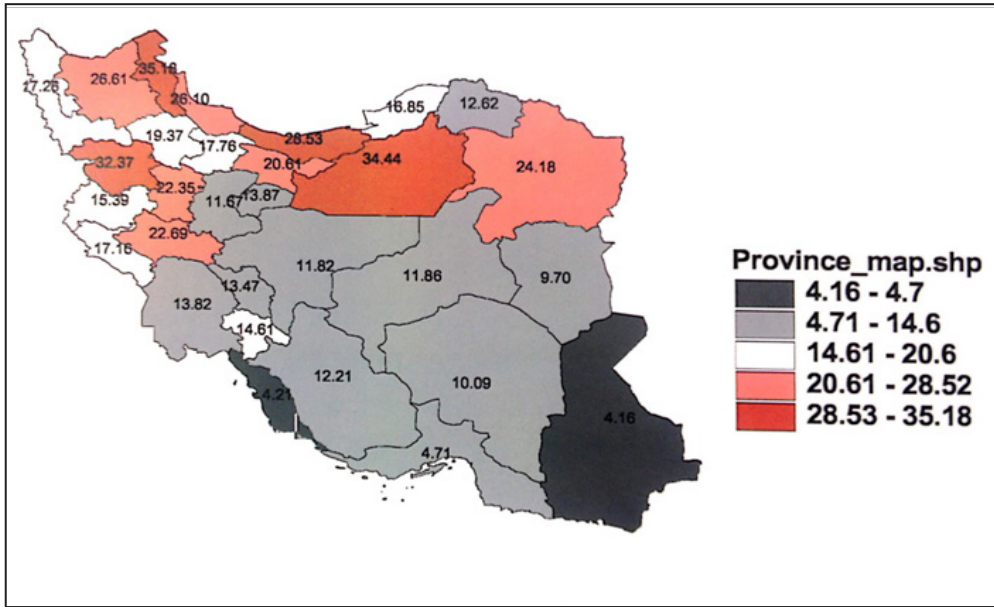
## منابع:

1. Aghazadeh R MAA, Ansari Sh, Ranjbar M, Hosseinejad Yazdi M, Honarkar Z, et al. Epidemiology of dyspepsia in Nahavand, Iran. *Pejouhesh*. 2005;29(1):33-6.
2. Bazrkar M PM, Habibi M, Moghimi Dehkurdi B, Safaee A, Pourhoseingholi A, Khalafi AR, Zali MR. Uninvestigated dyspepsis and its related factors in an Iranian community. *Saudi M J* 2009;30(3):397-402.
3. F Khademolhosseini DM, N Zare, M Salehi,ST Heydari,M Beheshti,M Saberi-Firoozi. Prevalence of Dyspepsia and its Correlation with Demographic Factors and Lifestyle in Shiraz,Southern Iran. *Middle East Journal of Digestive Diseases*. 2010;2(1).
4. Hatami KH PA, Azimi K, Sarrafi M, Mehrabani M, Mostajabi P, Akbari M. Dyspepsia, Gastroesophageal Reflux Disease and Irritable Bowel Syndrome Among Blood Donors GOVARESH. 2003;8(4).
5. Majlesi A MKK, Karimi MM. Prevalence of dyspepsia in rural districts of Hamadan City in 2002. *Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services*. 2004;11(1):47-50.
6. Dyspepsia: Management of dyspepsia in adults in primary care NICE clinical guidelines. ( August 2004 (last modified: June 2005)).
7. Agreus L BL. The cost of gastro-oesophageal reflux disease, dyspepsia and peptic ulcer disease in Sweden. *Pharmacoeconomics*. 2002;20:347-55.
8. Moghimi-Dehkordi B VM, Khoshkrood Mansoori B,Kasaeian A,Safaee A,Habibi M,Pourhoseingholi A,Pourhoseingholi M. A,Zali M. R. Economic burden of gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia: A community-based study. *Arab journal of gastroenterology : the official publication of the Pan-Arab Association of Gastroenterology*. 2011;12(2):86-9. Epub 2011/06/21.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Dyspepsia. A national clinical guideline
10. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *American Gastroenterological Association. Gastroenterology*. 1998;114(3):582-95. Epub 1998/03/13.
11. An update of the Canadian dyspepsia working group (CanDys) clinical management tool (2009 update)
12. Massarrat S S-FM, Ebrahimi-Daryani N, Malekzadeh R. Approach to Dyspepsia According to Helicobacter Pylori Status in Iran. *Govaresh*. 2009;14(1):53-33.
13. Talley SKL, Shu-Dong Xiao, Huck Joo Tan, Chun-Ying Wu, Hyun Chae Jung, Bui Huu Hoang, Udom Kachintorn, Khean-Lee Goh, Tsutomu Chiba and Abdul Aziz Rani. Second Asia-Pacific Consensus Guidelines for Helicobacter Pylori infection American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2009;24:1587-600.
14. Sadjadi A, Malekzadeh R, Derakhshan MH, Sepehr A, Nouriae M, Sotoudeh M, et al. Cancer occurrence in Ardabil: results of a population-based cancer registry from Iran. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2003;107(1):113-8. Epub 2003/08/20.
15. <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare>.
16. Malekzadeh R, Derakhshan MH, Malekzadeh Z. Gastric cancer in Iran: epidemiology and risk factors. *Archives of Iranian medicine*. 2009;12(6):576-83. Epub 2009/11/03.
17. Boghratian AH, Hashemi MH, Kabir A. Gender-related differences in upper gastrointestinal endoscopic findings: an assessment of 4,700 cases from Iran. *Journal of gastrointestinal cancer*. 2009;40(3-4):83-90. Epub 2009/10/28.
18. Vakil N, Moayyedi P, Fennerty MB, Talley NJ. Limited value of alarm features in the diagnosis of upper gastrointestinal malignancy: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2006;131(2):390-401; quiz 659-60. Epub

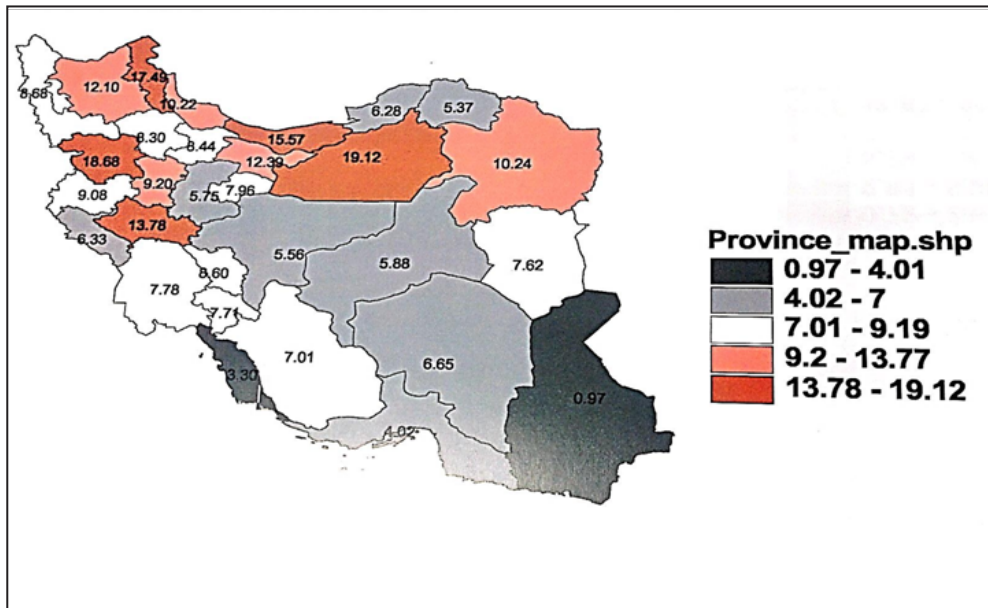
- 2006/08/08.
19. Talley NJ, Vakil N. Guidelines for the management of dyspepsia. *The American journal of gastroenterology*. 2005;100(10):2324-37. Epub 2005/09/27.
  20. Eisen GM, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JA, Kalloo AN, Petersen BT, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointestinal endoscopy*. 2001;54(6):815-7. Epub 2001/12/01.
  21. Khademi H, Radmard AR, Malekzadeh F, Kamangar F, Nasseri-Moghaddam S, Johansson M, et al. Diagnostic accuracy of age and alarm symptoms for upper GI malignancy in patients with dyspepsia in a GI clinic: a 7-year cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2012;7(6):e39173. Epub 2012/06/22.
  22. Massarrat S, Saberi-Firoozi M, Soleimani A, Himmelmann GW, Hitzges M, Keshavarz H. Peptic ulcer disease, irritable bowel syndrome and constipation in two populations in Iran. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 1995;7(5):427-33. Epub 1995/05/01.
  23. Nourai M, Latifi-Navid S, Rezvan H, Radmard AR, Maghsudlu M, Zaer-Rezaei H, et al. Childhood hygienic practice and family education status determine the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in Iran. *Helicobacter*. 2009;14(1):40-6. Epub 2009/02/05.
  24. Hu WH LS, Lam CL, Wong WM, Lam KF, Lai KC, Wong YH, Wong BC, Chan AO, Chan CK, Leung GM, Hui WM. Comparison between empirical prokinetics, *Helicobacter* test-and-treat and empirical endoscopy in primary-care patients presenting with dyspepsia: a one-year study. *World journal of gastroenterology : WJG*. 2006 Aug;21(31):5010-16.
  25. Ford AC, Moayyedi P, Jarbol DE, Logan RF, Delaney BC. Meta-analysis: *Helicobacter pylori* 'test and treat' compared with empirical acid suppression for managing dyspepsia. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2008;28(5):534-44. Epub 2008/07/12.
  26. Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn A, et al. Randomised controlled trial of *Helicobacter pylori* testing and endoscopy for dyspepsia in primary care. *BMJ*. 2001;322(7291):898-901. Epub 2001/04/17.
  27. Fakhrieh S EAM, Mohaghegh Shalmani H. Endoscopic evaluation of patients with dyspepsia: results from the large endoscopic data. *Gastroenterology and Hepatology from bench to bench* 2008;1:25-31.
  28. Delaney B, Ford AC, Forman D, Moayyedi P, Qume M. Initial management strategies for dyspepsia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005(4):CD001961. Epub 2005/10/20.
  29. Monkemuller K, Malfertheiner P. Drug treatment of functional dyspepsia. *World journal of gastroenterology : WJG*. 2006;12(17):2694-700. Epub 2006/05/24.
  30. Lacy BE, Talley NJ, Camilleri M. Functional dyspepsia: time to change clinical trial design? *The American journal of gastroenterology*. 2010;105(12):2525-9. Epub 2010/12/07.
  31. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2006(2):CD002096. Epub 2006/04/21.
  32. Mazzoleni LE, Sander GB, Francesconi CF, Mazzoleni F, Uchoa DM, De Bona LR, et al. *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. *Archives of internal medicine*. 2011;171(21):1929-36. Epub 2011/11/30.
  33. Moayyedi P. *Helicobacter pylori* eradication for functional dyspepsia: what are we treating?: comment on "Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia". *Archives of internal medicine*. 2011;171(21):1936-7. Epub 2011/11/30.
  34. Alizadeh-Naeni MS-F, M.Pourkhajeh, A., Taheri H, Malekzadeh R, Derakhshan MH, Massarrat S. Effect of *Helicobacter pylori* eradication or of ranitidine plus metoclopramide on *Helicobacter pylori*-positive functional dyspepsia. A randomized, controlled follow-up study. *Digestion*. 2002;66(2):92-8. Epub 2002/11/13.
  35. Massarrat S. Why Non-Ulcer Dyspepsia with *Helicobacter pylori* infection shouldnt be eradicated.

ضمیمه ۱

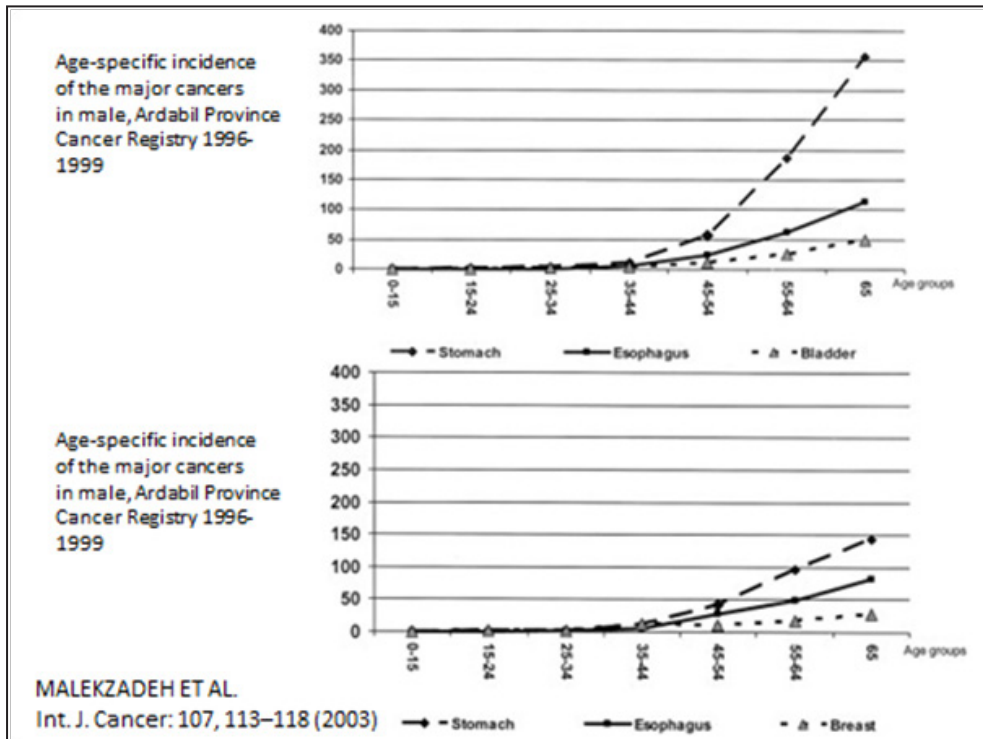
ضمیمه ۱: میزان شیوع سرطان معده (تعداد نفر در هر صد هزار نفر) در مردان ایران-۱۳۸۷



ضمیمه ۲: میزان شیوع سرطان معده (تعداد نفر در هر صد هزار نفر) در زنان ایران-۱۳۸۷



ضمیمه ۳: آمار سرطان معده در اردبیل (۲۱)



ضمیمه ۴: آمار جهانی مرگ و میر ناشی از سرطان معده در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر (در سال ۲۰۱۰)\*

کشور	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
گینه نو	2.78	7.09	11.58	31.08	40.85	52.39
مغولستان	7.84	16.28	26.9	36.93	51.01	71.89
کره جنوبی	3.27	6.16	10.49	18.09	29.68	46.53
چین	1.95	3.55	7.03	12.54	24.09	43.24
ژاپن	1.78	3.41	5.98	10.42	18.93	33.81
ایران	1.23	2.16	4.2	7.63	15.05	27.24
آلمان	0.57	1.08	4.58	4.58	8.27	13.46
آمریکا	0.44	0.77	1.36	2.33	3.76	5.41
انگلستان	0.36	0.63	1.33	2.27	4.14	7.2

\*<http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>

ضمیمه ۵: آمار سرطان‌های دستگاه گوارش در اردبیل (۱۲)

AGE-SPECIFIC INCIDENCE RATES, AVERAGE ANNUAL CRUDE INCIDENCE RATES AND ASR IN MALES IN ARDABIL, 1996–1999

نوع سرطان	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	All ages
مغزی	0	0	0.1	3.1	24.1	62.3	112.4	240
معده	0.1	1	4.1	11.2	37.4	186	356	738
دستگاه گوارش فوقانی	0.1	1	4.2	16.3	81.5	248.3	468.4	978
کولورکتال	0	0.4	4.8	6.1	15.8	22.8	36.6	106

ضمیمه ۶: نتایج ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در بیماران با سوءهاضمه عملکردی یا غیر زخمی یا شبه اولسریدر ایران (۳۴)

Follow-up time	Total symptoms score	
	Eradicated (n = 60)	Noneradicated (n = 50)
Before antacid	9.3 ± 3.5	9.4 ± 3.4
After antacid	9.9 ± 9.4	9.1 ± 3.2
At 6 weeks	4.8 ± 3.8*	6.3 ± 4*
At 3 months	4.9 ± 3.6*	5.3 ± 3.6*
At 4.5 months (n = 89)	3.8 ± 2.8* (n = 47)	5 ± 3.6* (n = 42)
At 6 months (n = 95)	3.8 ± 3.1*. ** (n = 51)	5.3 ± 3.7* (n = 44)
At 9 months (n = 76)	3.3 ± 2.4* (n = 41)	4.2 ± 2.8* (n = 35)
<i>Response by intention to treat</i>		
Complete and moderate at 9 months	18/60 (30%) (95% CI 19–43)	19/50 (38%) (95% CI 24–52)

\* p < 0.01 compared to initial score before therapy; \*\* p < 0.05 compared to mean score of noneradicated cases.

