دوفصلنامه طب جنوب
پژوهشكده زيست- پزشكي خليج فارس
مركز تحقيقات طب گرمسيري و عفوني خليج فارس
دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني بوشهر
سال دهم، شماره ۱، صفحه ۳۳ - ۲۷ (شهريور ۱۳۸۶)

اثر بوسپيرون بر نشانه‌ها و كيفيت زندگي بيماران سوءهاضمه عملكردي*

دكتر سيد مسعود طبيب*[۱]، دكتر خديجه نوكني[۲]، دكتر رها پازكي[۳]

[۱] استاديار بيماري‌هاي گوارشي، دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي بوشهر
[۲] دانش‌آموخته پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي بوشهر
[۳] پزشک عمومي، پژوهشگر مركز تحقيقات طب گرمسيري و عفوني خليج فارس

چكيده

زمينه: سوء هاضمه عملكردي يک اختلال هتروژن با سبب شناشي ناشناخته است كه باعث افت كيفيت زندگي در مبتلايان مي شود. ما در اين مطالعه، اثر داروي بوسپيرون به عنوان آگونيست گيرنده 5HT1A سروتونين را با آمي تريپتيلين و پلاسبو در بهبود كيفيت زندگي و علائم بيماران سوء هاضمه عملكردي را مقايسه كرديم.

مواد و روش‌ها: اين مطالعه يک كارآزمايي باليني شاهد دار تصادفي شده دوسوكور بود. بيماران داراي معيارهاي تشخيصي رم ۲ و بررسي هاي طبيعي گوارشي، به روش نمونه‌گيري متوالي انتخاب گرديدند. افراد به طور تصادفي در سه گروه درماني آمي تريپتيلين، بوسپيرون و پلاسبو قرار گرفتند. براي ارزيابي كيفيت زندگي و نشانه‌ها قبل و بعد از درمان از شاخص NDI (Nepean Dyspepsia Index) استفاده شد.

يافته‌ها: ميانگين سن بيماران ۳۵/۳۸ سال بود. نمره كل نشانه‌ها و كيفيت زندگي در هر سه گروه در ابتداي مطالعه يكسان بود، اما پس از اتمام درمان، نمرات فوق در سه گروه با يكديگر تفاوت داشت. بوسپيرون از هر دو داروي آمي تريپتيلين و پلاسبو در كاهش علامت سيري زودرس موثرتر و بهبود بيشتري در كيفيت زندگي بيماران در مقايسه با پلاسبو نشان داد. هر دو داروي بوسپيرون وآمي تريپتيلين در كاهش علامت درد بخش فوقاني شكم بهتر از پلاسبو بودند.

نتيجه‌گيري: بوسپيرون در بهبود كيفيت زندگي، علامت سيري زودرس و درد شكمي در بيماران سوء هاضمه عملكردي، مؤثر است. از آنجا كه هنوز مكانيسم عمل بوسپيرون و نيز فيزيوپاتولوژي بيماري سوء هاضمه عملكردي ناشناخته است، به مطالعات بيشتري براي روشن شدن زواياي مختلف بيماري و اثر درماني داروهاي مختلف بر آن مورد نياز مي‌باشد.

واژگان كليدي: بوسپيرون، آمي تريپتيلين، سوء هاضمه عملكردي، كيفيت زندگي
دريافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۲۵ - پذيرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۴

* اين پروژه از پروژه‌های مصوب مركز تحقيقات طب گرمسيري و عفوني خليج فارس مي‌باشد كه در قالب پايان‌نامه دانشجويي مقطع كارشناسي ارشد انجام گرديده است.

** بوشهر، دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي بوشهر ، ۰۷۷۱-۲۵۲۴۰۴۴ Email: mohamadsalehtabib@yahoo.com

مقدمه

سوء هاضمه عملکردي بصورت یک درد یا ناراحتي در خط مرکزي یا بخش فوقاني شکم، یک اختلال هتروژن با سبب شناسي ناشناخته است که باعث کاهش قطعي کیفیت زندگي مي‌شود (۱). زماني که این اختلال همراه با نشانه‌ها مزمن یا عود کننده بوده، بدون آنکه علت ساختاري معیني با استفاده از روش‌هاي تشخیصي استاندارد (معمولا آندوسکوپي) براي آنها وجود داشته باشد، عنوان سوء هاضمه عملکردي (یا بدون زخم) به این وضعیت اطلاق مي‌شود. لذا تشخیص آن بر اساس معیارهاي خروجي است و بیانگر بررسي علائم بدون اثبات وجود دلایل ساختماني یا عضوي مي‌باشد (۲).

مجموع علائم این اختلال اغلب با خوردن غذا ارتباط داشته و علائم برجسته آن بصورت درد در بخش فوقاني شکم، نفخ، سیري زودرس، احساس سنگیني پس از غذا، آروغ زدن و تهوع و استفراغ مي‌باشد. در این میان، نکته قابل توجه این است که سوزش سر دل، به عنوان یک علامت غالب، جزیي از این سندرم محسوب نمي‌گردد (۳).

پاتوفیزیولوژي سوء هاضمه عملکردي ناشناخته است لیکن ناهنجاري‌هاي حرکتي دستگاه گوارش، تغییر احساس احشایي و عوامل رواني- اجتماعي به عنوان مکانیسم‌هاي عمده پاتوفیزیولوژیک آن بیان شده‌اند. مستندات اخیر بیانگر آن است که سوء هاضمه عملکردي یک اختلال زیستي- رواني- اجتماعي است و نشانه‌ها ناشي از اثر متقابل سه مکانیسم فوق مي‌باشد. با این حال عمده درمان‌ها تجربي بوده و نتایج آن کوتاه مدت و محدود به پایان درمان است که به درجاتي معلول پاتوفیزیولوژي نامشخص بیماري است (۴).

به عنوان مثال، در یک متا آنالیز انجام شده بر روي ۱۲ مطالعه پلاسبو- کنترل، موثر بودن ضد افسردگي‌هاي سه حلقه‌اي در درمان بیماران سوء هاضمه عملکردي نشان داده شده است (۵). همچنین در مطالعه دیگري اثر آمي تریپتیلین بر روي شدت علائم گوارشي بیماران سوء هاضمه عملکردي پس از ۴ هفته درمان نسبت به پلاسبو نشان داده شد (۶).

بوسپیرون یک آگونیست غیر انتخابي گیرنده 5HT1A سروتونین مي‌باشد که باعث کاهش تونیسیته معده و افزایش کومپلیانس آن مي‌شود. در مطالعه‌اي اثر بهتر بوسپیرون در مقایسه با پلاسبو در بهبود تطابق معده نشان داده شده است (۷). مطالعه تک (Tack) و همکارانش، اثرات دوزهاي پائین بوسپیرون بر سوء هاضمه عملکردي را نشان داد (۸). بوکس تائنز (Boeckxstaens) در مطالعه مروري خود تجویز ضد افسردگي‌ها یا بوسپیرون را در صورت شکست درمان اولیه با متوکلوپرآمید و مهار کننده‌هاي پمپ پروتون توصیه نمود (۹). مطالعات دیگر نیز اثرات مختلف سوماتریپتان (اگونیست دیگر 5HT1 سروتونین) بر مواردي چون سیري زودرس، افزایش ریلاکس شدن معده پس از غذا (۸)، افزایش حجم داخل معده و مهار شدن فعالیت انقباضي معده به همراه ریلاکس شدن فوندوس (۱۰) و افزایش اندازه آنتروم معده ۱۰ دقیقه پس از غذا خوردن در مقایسه با پلاسبو (۱۱) نشان داده شده است.

لذا ما در این مطالعه، اثر داروي بوسپیرون را در مقایسه با آمي تریپتیلین و پلاسبو در بهبود علائم و کیفیت زندگي بیماران سوء هاضمه عملکردي مورد بررسي دادیم. امیدواریم نتایج این مطالعه بتواند به تعیین راهکارهاي درماني مؤثرتر در درمان این بیماران کمک نماید.

مواد و روش‌کار

در يک کارآزمايي باليني شاهد دار تصادفي شده دوسوکور که به روش نمونه‌گيري متوالي انجام گرفت، تعداد ۶۹ بيمار را که از اردیبهشت لغايت آبان ۱۳۸۳ با علايم سوء هاضمه به درمانگاه تخصصي گوارش مراجعه کرده و داراي معيارهاي تشخيصي رم ۲ (۱۲) جهت تعريف بيماري سوء هاضمه عملکردي بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

معيارهاي ورودي به مطالعه افراد، شامل طبيعي بودن نتايج آندوسکوپي دستگاه گوارش فوقاني و بررسي پاتوبيولوژيک بيوپسي آنتروم، سونوگرافي کامل شکم و آزمايشات روتين و منفي بودن تست اوره آز سريع بود. خانم‌هاي باردار يا شيرده، بيماران با علائم خطر (Alarm Features)، بيماران با شواهد ريفلاکس اسيد، سندرم روده تحريک پذير و مصرف کنندگان مزمن داروهاي ضد التهابي غير استروئيدي از اين مطالعه حذف شدند. پس از ورود به مطالعه نيز، بيماراني که در مصرف دارو همکاري لازم را نداشته و يا به دليل بروز عوارض جانبي قادر به ادامه مصرف دارو نبودند از مطالعه خارج شدند.

جهت ارزيابي کيفيت زندگي در بيماران سوء هاضمه عملکردي از ترجمه فارسي شاخص NDI (Nepean Dyspepsia Index) استفاده شد (۱۳ و ۱۴). اين پرسشنامه قبل و بعد از مداخله براي کليه شرکت کنندگان اجرا گرديد و نمره کل کيفيت زندگي به صورت مجموع نمرات در چهار زير گروه تداخل، آگاهي- کنترل، خوردن- نوشيدن و مشکلات هنگام خواب محاسبه شد. افراد مورد مطالعه به طور تصادفي به سه گروه آمي تريپتيلين، بوسپيرون و پلاسبو تقسيم شدند که به ترتيب ۲۵ ميلي‌گرم آمي‌تريپتيلين، ۱۰ ميلي‌گرم بوسپيرون و پلاسبو طي يک دوره يک ماهه دريافت کردند. مطالعه در کميته اخلاق دانشگاه علوم پزشکي بوشهر تصويب گرديد و رضايت کتبي و آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ شد.

جهت تحليل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۹ (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) و آزمون‌هاي کروسکال واليس، مان ويتني يو و ويلکاکسون استفاده شد. سطح معني داري آزمون نيز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

يافته‌ها

از ۶۹ بيمار شرکت کننده در مطالعه ۱۱ بيمار (۱۰ مورد به دليل عدم پيگيري و يک مورد به دليل خواب آلودگي ناشي از آمي تريپتيلين) طي مطالعه حذف شدند. بيماران شامل ۴ مرد (۶/۹ درصد) و ۵۴ زن (۹۳/۱ درصد) با ميانگين سني (۱۲/۹۴±)۳۵/۳۸ سال بودند. ۲۰ بيمار (۳۴/۵ درصد) در گروه بوسپيرون، ۱۸ بيمار (۳۱/۰ درصد) در گروه آمي تريپتيلين و ۲۰ بيمار ديگر (۳۴/۵ درصد) در گروه پلاسبو قرار گرفتند.

در ابتداي مطالعه، نمره کل نشانه‌ها و کيفيت زندگي در هر سه گروه تفاوت آماري معني‌داري را نشان نداد. نمره کل نشانه‌ها شامل ۴/۰±۰/۲ نمره در گروه بوسپيرون، ۴/۲±۰/۵ نمره در گروه آمي تريپتيلين و ۴/۸±۰/۳ نمره در گروه پلاسبو بود. در زير نمره‌هاي مربوط به نشانه‌ها نيز هر سه گروه درماني تفاوتي مشاهده نشد. در ابتداي مطالعه، نمره کل کيفيت زندگي بيماران در گروه‌هاي مصرف کننده بوسپيرون، آمي‌تريپتيلين و پلاسبو به ترتيب ۵۴/۷±۴/۷، ۴۰/۰±۴/۳ و ۴۹/۴±۴ به دست آمد. تنها، نمره زير گروه تداخل در گروه آمي تريپتيلين کمتر از دو گروه ديگر بود ($p<۰/۰۱$).

پس از اتمام مداخله، نمره کل نشانه‌ها در سه گروه بوسپیرون، آمي تریپتیلین و پلاسبو به ترتیب۰/۷±۰/۱، ۱/۵±۰/۴ و ۲/۷±۰/۴ (p<۰/۰۰۱) و نمره کل کیفیت زندگي در سه گروه فوق به ترتیب ۲±۱۳/۲، ۲/۹±۱۴/۰ و ۶/۴±۳۴/۸ بود (p<۰/۰۱).

میانگین نمرات کیفیت زندگي و نشانه‌ها پیش و پس از مداخله در هر سه گروه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مقایسه نمرات کیفیت زندگي و نشانه‌ها پیش و پس از مداخله در هر سه گروه

		بوسپیرون			آمي تریپتیلین			پلاسبو		
		پیش	پس	خطا	پیش	پس	خطا	پیش	پس	خطا
کیفیت زندگي	تداخل	۵۴/۳(۵/۵)*	۹/۱(۱/۴)	<۰/۰۵	۳۱/۳(۵/۲)	۸/۶(۱/۸)	<۰/۰۵	۵۲/۹(۵/۴)	۳۶/۳(۷/۲)	<۰/۰۵
	آگاهي-کنترل	۶۱/۲(۴/۸)	۱۶/۵(۲/۷)	<۰/۰۵	۴۵/۵(۶/۸)	۱۴/۳(۴/۲)	<۰/۰۵	۵۶(۵/۹)	۴۴/۱(۷/۵)	NS
	خوردن-نوشیدن	۵۲(۶/۲)	۱۸/۸(۴/۸)	<۰/۰۵	۵۵(۶/۱)	۲۸/۵(۷/۷)	<۰/۰۵	۴۰/۴(۴/۷)	۳۴/۴(۷/۴)	NS
	اختلال خواب	۵۱/۳(۷/۰)	۸/۶(۳/۰)	<۰/۰۵	۲۸/۶(۵/۳)	۴/۸(۲/۰)	<۰/۰۵	۴۸/۱(۶/۷)	۲۴/۳(۷/۰)	<۰/۰۵
	نمره کل کیفیت زندگي	۵۴/۷(۴/۷)	۱۳/۲(۲/۰)	<۰/۰۵	۴۰(۴/۳)	۱۴(۲/۹)	<۰/۰۵	۴۹/۴(۴/۰)	۳۴/۸(۶/۴)	<۰/۰۵
نشانه‌ها	درد فوقاني شکم	۶/۳(۱/۲)	۰/۷(۰/۳)	<۰/۰۵	۷/۸(۱/۱)	۲/۲(۰/۷)	<۰/۰۵	۴/۸(۰/۹)	۳/۵(۰/۹)	<۰/۰۵
	ناراحتي فوقاني شکم	۱/۷(۰/۹)	۰	NS	۱/۶(۰/۹)	۰/۴(۰/۴)	NS	۳/۸(۱/۰)	۱/۱(۰/۶)	<۰/۰۵
	سوزش فوقاني شکم	۲/۷(۰/۹)	۰/۹(۰/۳)	<۰/۰۵	۲/۵(۰/۸)	۱/۱(۰/۵)	<۰/۰۵	۲(۰/۷)	۱/۵(۰/۶)	<۰/۰۵
	سیري زودرس	۷/۹(۰/۹)	۱/۷(۰/۵)	<۰/۰۵	۴/۹(۱/۲)	۱/۷(۰/۸)	<۰/۰۵	۵/۸(۱/۰)	۴(۱/۰)	<۰/۰۵
	احساس پري	۷/۱(۱/۲)	۱/۷(۰/۵)	<۰/۰۵	۵/۸(۱/۲)	۲/۸(۱/۰)	<۰/۰۵	۶/۹(۱/۲)	۳/۵(۰/۹)	<۰/۰۵
	نفخ	۳/۹(۱/۱)	۱(۰/۴)	<۰/۰۵	۵/۶(۱/۲)	۲/۶(۱/۰)	<۰/۰۵	۷/۹(۱/۱)	۴/۷(۰/۸)	<۰/۰۵
	تهوع	۲/۹(۱/۰)	۰/۳(۰/۲)	<۰/۰۵	۳/۳(۰/۹)	۱(۰/۵)	<۰/۰۵	۵/۸(۱/۰)	(۰/۸)	<۰/۰۵
	آروغ	۳/۵(۱/۰)	۰/۴(۰/۲)	<۰/۰۵	۵/۴(۱/۳)	۱/۵(۰/۷)	<۰/۰۵	۵/۲(۱/۱)	(۱/۰)	<۰/۰۵
	استفراغ	۰	۰	NS	۰/۸(۰/۶)	۰/۲(۰/۲)	NS	۱(۰/۷)	(۰/۶)	NS
	نمره کل نشانه‌ها	۴(۰/۲)	۰/۷(۰/۱)	<۰/۰۵	۴/۲(۰/۵)	۱/۵(۰/۴)	<۰/۰۵	۴/۸(۰/۳)	(۰/۴)	<۰/۰۵

* اعداد به صورت (خطاي استاندارد) میانگین مي‌باشند.

در مقایسه دو به دوي گروه‌هاي دارویي تفاوت معني دار میان پلاسبو و بوسپیرون در بهبود نمره کل کیفیت زندگي (P <۰/۰۰۱) و بهبود نمره زیر گروه‌هاي تداخل (P<۰/۰۱)، آگاهي-کنترل (P<۰/۰۱)، خوردن-نوشیدن (P<۰/۰۱) و اختلال خواب (P<۰/۰۵) مشاهده شد. در بهبود نمره زیر گروه تداخل، تفاوت معنادار بین بوسپیرون و آمي تریپتیلین (P<۰/۰۵) نیز مشاهده شد. در عین حال آمي تریپتیلین در مقایسه با پلاسبو تمایل به ایجاد بهبود در نمره کل کیفیت زندگي نشان داد (P =۰/۰۵۲). اما سایر تفاوت‌ها در گروه‌هاي دو به دوي دارویي در مورد کیفیت زندگي قابل توجه نبود.

ایجاد کاهش در درد بخش فوقاني شکم، بین پلاسبو و بوسپیرون (P<۰/۰۱) و نیز پلاسبو و آمي تریپتیلین (P<۰/۰۱) و ایجاد کاهش در سیري زودرس بین پلاسبو و بوسپیرون (P<۰/۰۱) و نیز بوسپیرون و آمي تریپتیلین (P<۰/۰۵) متفاوت بود.

سایر تغییرات مشاهده شده در میان سه گروه و در

مقايسه دو به دوي گروه‌هاي دارويي قابل توجه نبود.

بحث

يافته‌هاي مطالعه ما نشان داد كه ۱) بوسپيرون از هر دو داروي آمي تريپتيلين و پلاسبو در كاهش علامت سيري زودرس موفق‌تر بود، ۲) بوسپيرون در كاهش علامت درد بخش فوقاني شكم موفق‌تر از پلاسبو بود، ۳) آمي‌تريپتيلين نيز در كاهش علامت درد بخش فوقاني شكم موفق‌تر از پلاسبو بود و ۴) بوسپيرون به طور متفاوتي از پلاسبو كيفيت زندگي را بهبود بخشيد. مطالعات نشان داده است كه ۲۹ تا ۵۹ درصد از بيماران سوءهاضمه عملكردي دچار تأخير در تخليه معده هستند (۱۵) و نيز اختلال در انطباق با سيري زودرس و كاهش وزن بيماران همراهي دارد (۱۶). نتايج ضد و نقيضي در خصوص اثر درماني آگونيست‌هاي 5HT1A بر سوء هاضمه عملكردي در مطالعات مختلف مشاهده مي‌شود، به‌گونه‌اي كه برخي مطالعات استفاده از آگونيست‌هاي 5HT1A را در درمان انطباق مختل موثر دانسته‌اند (۴). ترونكون (Troncon) در مطالعه مروري خود نشان داد بوسپيرون و سوماتريپتان، گيرنده‌هاي سروتونين را در شبكه ميانتريك تحريك كرده و تطابق معده به غذا را افزايش مي‌دهند (۱۷). در حاليكه مطالعه ما موارد فوق را تأييد مي‌كنند، چيال (Chial) و همكاران نشان دادند كه بوسپيرون ظرفيت روده‌اي، تون يا حس را در مقايسه با پلاسبو تغيير نمي‌دهد (۱۸).

برخي مطالعات پيشنهاد مي‌كنند عوامل محرك سروتونين با اثر مركزي، نشانه‌هاي حركتي را در بيماران سوء هاضمه عملكردي بر طرف مي‌كنند و نيز آزاد سازي سروتونين كه در سلول‌هاي انتروكرومافين دستگاه گوارش وجود دارد به عنوان مبدل مكانيكي و شيميايي براي آغاز رفلكس‌هاي موضعي (پريستالسيس) و براي فعال شدن آغازگران دستگاه اعصاب مركزي عمل مي‌كند (۴).

به طور كلي، دليل بيماري سوء هاضمه عملكردي نامشخص است و به نظر مي‌رسد هم اختلالات گوارشي و هم دستگاه عصبي مركزي در ايجاد آن نقش داشته باشند. اثر داروهايي مانند گليسريل ترينيترات، گلوكاگون، سوماتريپتان و بوسپيرون كه همگي علائم و تطابق معده را در همراهي هم بهبود بخشيده‌اند، از اهميت نقش تطابق مختل معده نسبت به غذا در بيماران دچار سوء هاضمه عملكردي حمايت مي‌نمايند. يک مدل فرضي نيز براي پاتوژنز سوء هاضمه عملكردي مطرح است كه حاصل اثر مشترک چهار اختلال ثابت شده شامل اختالالات رواني اجتماعي متعدد، كاهش تون واگ، اختلال شل شدن معده و افزايش حساسيت احشايي در يک اثر مشاركتي در محور روده اي عصبي است (۱۹).

بوسپيرون ممكن است در بخش‌هايي از اين مدل فرضي موثر باشد كه در ذيل در مورد آن بحث مي‌شود. بوسپيرون و داروهاي مرتبط با آن (ژيپرون و ايپساپيرون) آگونيست‌هاي نسبي گيرنده 5HT1A هستند (۲۰ و ۲۱)، در حاليكه چنين داروهايي انتقال سروتونين را احتمالاً از طريق تحريک گيرنده‌هاي خودكار 5HT1A مهار مي‌كنند، ممكن است داراي فعاليت آگونيستي پس سيناپسي 5HT1A باشند و بنابراين انتقال سروتونين را تسهيل كنند. در واقع، بوسپيرون به طور كلي خصوصيات دوپامينرژيک، نور آدرنرژيک و تنظيم سروتونين دارد (۲۰). در عين حال، آگونيست‌هاي نسبي 5HT1A داراي خصوصيات توام ضد اضطراب و اضطراب زا در مدل‌هاي حيواني هستند، اما مطالعات باليني نشان داده

است که بوسپیرون در درمان اضطراب منتشر موثر است (۲۰ و ۲۱). در ضمن، پیشنهاداتي در خصوص اثر ضد پرخاشگري بوسپیرون در انسان مطرح است و مشخص نیست که آیا این عمل از طریق مکانیسم-هاي تحریک دوپامین انجام مي‌شود یا تحریک سروتونین (۲۲). در کنار نکات فوق، مطالعات بالیني با پوسپیرون و ژسپیرون پیشنهاد مي‌کنند که آگونیست‌هاي نسبي 5HT1A ممکن است در درمان افسردگي محتملاً از طریق تنظیم معکوس توأم یا جداگانه گیرنده‌هاي 5HT1A و 5HT2 اثر نمایند (۲۰). بدین ترتیب، اثرات متعدد بوسپیرون بر بهبود تطابق معده به غذا (۲۱)، تنظیم سروتونین (۲۲)، بهبود اضطراب منتشر (۲۰ و ۲۱)، اثرات مطرح ضد پرخاشگري (۲۲) و اثرات ضد افسردگي (۲۰) آن همگي مي‌توانند به نحوي بر اختلالات مطرح در مدل فرضي ذکر شده براي پاتوژنز سوء هاضمه عملکردي (۱۹) و در نتیجه بهبود علائم بیماران موثر باشند.

در مطالعه ما تعداد بیماران زن بیش از مردان بود. اهلاوات (Ahlawat) و همکاران (۲۳)، در یک مطالعه مروري نشان دادند که به طور کلي زنان و مردان دچار سوء هاضمه با توجه به الگوي نشانه‌ها و درک درد با یکدیگر متفاوتند. در عین حال، مطالعات مختلف یکي از عوامل خطر این بیماري را جنسیت زن (۴و۱) و اختلالات رواني اجتماعي زمینه اي تعیین نموده‌اند. در یک مطالعه جامعه محور در تایوان، جنسیت زن تنها عامل خطر مستقل عنوان شد و در مطالعه مشابه دیگر در استرالیا، تعداد زنان در بسیاري از مشکلات عملکردي گوارشي از جمله سوء هاضمه عملکردي بیش از مردان بود (۴).

بسیاري مطالعات نشان داده‌اند که عوامل روان تني مانند نوروتیسم، اضطراب و افسردگي در بیماران سوء هاضمه عملکردي بیش از افراد سالم دیده مي‌شود و وقایع پر استرس زندگي با سوء هاضمه ارتباط دارند (۲۴). در عین حال گفته مي‌شود زنان نسبت به علائم خود توجه بیشتري نشان مي‌دهند و جستجوي بیشتري براي درمان دارند (۲۵) همچنین از آنجا که به طور کلي هنوز دختران بزرگسال سطوح خفیف و متوسط اختلالات اضطرابي و افسردگي را به طور قابل توجهي بیش از پسران تجربه مي‌کنند (۲۶)، نسبت بیشتر زنان به مردان در بیماري سوء هاضمه عملکردي دور از ذهن نمي‌باشد.

آلاندر (Alander) و همکاران نیز در مطالعه اي نشان دادند که در میان افراد دچار مشکلات عملکردي گوارشي زنان بیشتري نسبت به افراد بدون نشانه حضور داشتند اما تفاوت سني قابل ملاحظه‌اي میان آنها یافت نگردید (۲۷) بیماران مطالعه ما به طور میانگین در دهه چهارم عمر خود قرار داشتند. بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که سوء هاضمه به سن خاصي وابسته نیست، اما بیشترین سن بروز سوءهاضمه عملکردي در مطالعه‌اي در چین بین ۴۱ تا ۵۰ سال و در ژاپن ۵۰ تا ۵۹ سال گزارش شد (۴).

به طور کلي مطالعه ما تایید کننده اثر مثبت بوسپیرون در بهبود کیفیت زندگي، علامت سیري زودرس و درد شکمي بیماران سوء هاضمه عملکردي بود. اما از آنجا که هنوز مکانیسم عمل بوسپیرون و نیز فیزیوپاتولوژي بیماري سوءهاضمه عملکردي ناشناخته است، به مطالعات بیشتري براي روشن شدن زوایاي مختلف بیماري و اثر درماني داروهاي مختلف بر آن نیاز مي‌باشد.

References:

1. Chua AS. Reassessment of functional dyspepsia: a topic review. World J Gastroenterol 2006; 12:2656-9.
2. Baker G, Fraser RJ, Young G. Subtypes of functional dyspepsia. World J Gastroenterol 2006; 12:2667-71.
3. Simren M, Tack J. Functional dyspepsia: evaluation and treatment. Gastroenterol Clin North Am 2003; 32:577-99.
4. O'Mahony S, Dinan TG, Keeling PW, et al. Central serotonergic and noradrenergic receptors in functional dyspepsia. World J Gastroenterol 2006;12:2681-7.
5. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. Am J Med 2000;108:65-72.
6. Mertz H, Fass R, Kodner A, et al. Effect of amitriptyline on symptoms, sleep, and visceral perception in patients with functional dyspepsia. Am J Gastroenterol 1998;93:160-5.
7. Tack J, Sarnelli G. Serotonergic modulation of visceral sensation: upper gastrointestinal tract. Gut 2002;51 Suppl 1:i77-80.
8. Tack J, Piessevaux H, Coulie B, et al. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. Gastroenterology 1998;115:1346-52.
9. Boeckxstaens GE. Neuroimmune interaction in the gut: from bench to bedside. Verh K Acad Geneeskd Belg 2006; 68:329-55.
10. Tack J, Coulie B, Wilmer A, et al. Influence of sumatriptan on gastric fundus tone and on the perception of gastric distension in man. Gut 2000; 46:468-73.
11. Vingerhagen S, Hausken T, Gilja OH, et al. Influence of a 5HT1 receptor agonist on gastric accommodation and initial transpyloric flow in healthy subjects. Neurogastroenterol Motil 2000; 12:95-101.
12. Dickerson LM, King DE. Evaluation and management of nonulcer dyspepsia. Am Fam Physician 2004; 70:107-14.
13. Talley NJ, Verlinden M, Jones M. Validity of a new quality of life scale for functional dyspepsia: a United States multicenter trial of the Nepean Dyspepsia Index. Am J Gastroenterol 1999; 94: 2390–7.
14. Talley NJ, Haque M, Wyeth JW, et al. Development of a new dyspepsia impact scale: the Nepean Dyspepsia Index. Aliment Pharmacol Ther 1999; 13: 225–35.
15. Salet GA, Samsom M, Roelofs JM, et al. Responses to gastric distension in functional dyspepsia. Gut 1998;42:823-9.
16. Tack J. Functional Dyspepsia: Impaired Fundic Accommodation. Curr Treat Options Gastroenterol 2000;3:287-93.
17. Troncon LE. New drugs for the treatment of functional dyspepsia. Arq Gastroenterol 2001;38:207-12.
18. Chial HJ, Camilleri M, Ferber I, et al. Effects of venlafaxine, buspirone, and placebo on colonic sensorimotor functions in healthy humans. Clin Gastroenterol Hepatol 2003; 1:211-8.
19. Berstad A, Olafsson S, Tefera S, et al. Controversies in dyspepsia. Eur J Surg Suppl 2001; 586:4-11.
20. Glitz DA, Pohl R. 5-HT1A partial agonists. What is their future? Drugs 1991;41:11-8.
21. Marsden CA. The pharmacology of new anxiolytics acting on 5-HT neurones. Postgrad Med J 1990;66 Suppl 2:S2-6.
22. Meltzer HY, Flemming R, Robertson A. The effect of buspirone on prolactin and growth hormone secretion in man. Arch Gen Psychiatry 1983;40:1099-102.
23. Ahlawat SK, Cuddihy MT, Locke GR 3rd. Gender-related differences in dyspepsia: a qualitative systematic review. Gend Med 2006;3:31-42.
24. Quartero AO, Post MW, Numans ME, et al. What makes the dyspeptic patient feel ill? A cross sectional survey of functional health status, Helicobacter pylori infection, and psychological distress in dyspeptic patients in general practice. Gut 1999;45:15-9.
25. Wamala S, Merlo J, Bostrom G, et al. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. J Epidemiol Community Health 2007;61:409-15.
26. Afifi M. Gender differences in mental health. Singapore Med J 2007;48:385-91.
27. Alander T, Svardsudd K, Johansson SE, et al. Psychological illness is commonly associated with functional gastrointestinal disorders and is important to consider during patient consultation: a population-based study. BMC Med 2005;3:8.