

بیمار با شکایات جسمی بدون علت طبی مشخص

دکتر غلامحسین احمدزاده^۱، دکتر حمید افشار^۲

فراگیر در پایان مطالعه این خودآموز باید بتواند:

- ۱- آگاهی‌های لازم در مورد شکایات جسمی بدون علت طبی را کسب کند.
- ۲- از اقدامات تشخیصی و درمانهای غیرضروری بیماران اجتناب کند.
- ۳- رویکردهای مناسب برخورد با این بیماران را فرا گیرد.
- ۴- موارد مناسب ارجاع به رشته‌های مختلف طبی را تشخیص دهد.

چکیده

شکایات‌های جسمی غیر قابل توضیح طبی (Medically unexplained symptoms یا MUS) در مراجعین به مطب‌ها و کلینیک‌های مختلف شیوع به نسبت زیادی دارد. در بعضی مطالعات، حدود نیمی از مراجعین به پزشکان عمومی را مبتلا به درجاتی از این مشکل دانسته‌اند. مراجعات مکرر، اقدامات تشخیصی و درمانی فراوان و در نتیجه هزینه‌های به نسبت زیاد باعث فشار بر بیماران، خانواده‌ی آنها و سیستم‌های بهداشتی-درمانی می‌شود. از طرفی تداوم شکایات‌های جسمی این گروه از بیماران و ناتوانی پزشکان معالج در توجیه این شکایات با وجود بررسی‌ها و اقدامات تشخیصی، موجب بروز مشکلات عدیده بالاخص در رابطه‌ی درمانی بین پزشک و بیمار می‌گردد.

واژگان کلیدی: شکایات‌های جسمی غیر قابل توضیح طبی

مقدمه

با وجود شیوع به نسبت زیاد این نوع شکایات در بین مراجعین به پزشکان عمومی و متخصصین رشته‌های مختلف طب، به علت این که در حال حاضر آموزش پزشکی بیشتر مبتنی بر کشف و شناخت بیماری است، در این بیماران در معاینات فیزیکی و در بررسی‌های پاراکلینیکی یافته‌ای به دست نمی‌آید که بتواند شکایات بیمار را در قالب یک بیماری شناخته شده طبی تفسیر کند و چرخه‌ی معیوبی در رابطه‌ی پزشک و بیمار ایجاد می‌شود که منجر به مراجعات مکرر بیمار به پزشکان مختلف و اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری می‌گردد. عوارض ناشی از این مسأله و تأثیرات سوء آن بر کیفیت زندگی بیماران و

بخش قابل توجهی از مراجعین به پزشکان را بیمارانی تشکیل می‌دهند که با وجود شکایات جسمی متعدد و اغلب طولانی و پراکنده در سراسر بدن، هیچ گونه یافته‌ی مثبتی در معاینات بالینی و بررسی‌های پاراکلینیکی به نفع وجود یک بیماری طبی شناخته شده، ندارند. بسیاری از این بیماران به درمان‌های معمول پاسخ چندانی مناسبی نمی‌دهند. تداوم شکایات بیمار از یک طرف و ناتوانی پزشک در توجیه این شکایات بر اساس بررسی‌های انجام شده از سوی دیگر، موجب بروز مشکلات زیادی در رابطه‌ی درمانی پزشک و بیمار می‌گردد (۱).

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات روان-تنی (سایکوسوماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

خانواده‌ی آن‌ها و سیر مزمن این گونه شکایات، موجب می‌شود بسیاری از مبتلایان کارآیی شغلی مناسبی نداشته باشند. هزینه‌های از کار افتادگی این بیماران نیز بر بار اقتصادی اجتماعی این شکایات می‌افزاید (۲-۳).

در حدود ۱۵-۳۰ درصد مراجعین به مراکز مراقبت‌های اولیه را بیماران با این نوع شکایت‌های جسمی غیر قابل توضیح طبی (MUS یا Medically unexplained symptoms) تشکیل می‌دهند. به علت این که تعریف دقیقی از این شکایات وجود ندارد آمارهای ارائه شده در این مورد بسیار متفاوت است و حتی در بعضی مطالعات حدود ۵۰ درصد مراجعین به پزشکان عمومی را مبتلا به درجاتی از این شکایات دانسته‌اند. در آمریکا سالانه حدود چهار صد میلیون ویزیت کلینیکی به علت این شکایات انجام می‌شود (۳-۴).

زنان، سالمندان، مبتلایان به اختلالات روانی بالاخص اضطراب و افسردگی، افراد با سابقه‌ی بیماری در والدین و یا محروم از مراقبت‌های مناسب در دوران کودکی بیشتر در معرض ابتلا به این گونه شکایات هستند (۵).

بیماران مبتلا به MUS به طور معمول پس از این که به پزشکان عمومی مراجعه کردند، به اصرار خودشان و یا توسط پزشک عمومی به متخصصین رشته‌های مختلف ارجاع می‌شوند. متخصصین نیز اغلب تمرکز خود را بر روی آن دسته از شکایات بیمار که بیشتر مرتبط با رشته‌ی تخصصی آن‌ها است می‌گذارند و در نهایت سعی در مطرح کردن تشخیص بیماری‌های توجیه کننده‌ی شکایات بیمار در حیطه‌ی تخصصی خود دارند. نتایج منفی حاصل از این

بررسی‌ها بر پیچیدگی مشکلات بیمار می‌افزاید و متخصصین با اظهار این نکته که شما از نظر بیماری‌های مرتبط با رشته‌ی من مشکلی ندارید، ممکن است بیمار را به سایر متخصصین ارجاع دهند. همچنین گاهی با مطرح کردن اصطلاحاتی مانند "درد قفسه‌ی صدری غیر قلبی" توسط کاردیولوژیست‌ها یا "درد مزمن لگنی" توسط متخصصین زنان و با "سوءهاضمه‌ی بدون اولسر" توسط متخصصین گوارش وضعیت بیمار پیچیده و مبهم‌تر می‌شود (۲).

گاهی نیز در حین معاینه و بررسی‌های مختلف ممکن است مواردی کشف شوند که اگر چه از نظر توجیه فیزیوپاتولوژیک با شکایات بیمار ارتباطی ندارند، ولی به انحای مختلف توسط پزشک یا بیمار بین این یافته‌های تصادفی (که به اصطلاح Incidentaloma نامیده می‌شوند) و شکایات بیمار رابطه برقرار شود. به عنوان مثال یک سوفل قلبی عملکردی در بیماری کشف شود که با درد قفسه‌ی صدری غیر قلبی مراجعه کرده است و یا نکاتی به نفع کم کاری تیروئید ساب کلینیکی در بیماری که با شکایات جسمی متعدد و مبهم مراجعه کرده است (۴). این پدیده به دلیل افزایش روزافزون امکانات تشخیصی پاراکلینیکی بسیار رخ می‌دهد و یافته‌های مثبت کاذب در این بیماران در بسیاری موارد موجب مشکل‌تر شدن پیگیری و درمان و افزایش اضطراب این بیماران می‌گردد.

نقش عوامل روانی اجتماعی در زمینه‌سازی، ایجاد و تداوم شکایات جسمی بدون علت طبی مشخص بسیار برجسته است. متأسفانه در اکثر جوامع افراد از ترس برچسب "بیمار روانی" مشکلات روانی و رفتاری خود را کمتر مطرح می‌کنند. در واقع به علت این که بیان

علایم جسمی توسط بیمار راحت تر و از نظر جامعه نیز قابل قبول تر است، بسیاری از مبتلایان به اختلالات روانی با مطرح کردن شکایات جسمی مختلف، سعی در مخفی کردن مشکلات روانی خود دارند (۶).

بیماران مبتلا به شکایات جسمی بدون علت طبی مشخص، وقتی از نظر وجود استرس های روانی اجتماعی و یا علایم بیماری های روانی مورد پرسش قرار می گیرند سعی در انکار و نادیده گرفتن این موارد دارند و تأکید بیشتری بر شکایات جسمی خود دارند. در واقع این بیماران بیشتر سعی در مراجعه به پزشکانی دارند که دیدگاه طبی غالب تری دارند و کمتر به مسایل روانی اجتماعی بیمار توجه می کنند. حتی در مواردی که پیشنهاد مراجعه به روان پزشک به آنها می شود ممکن است عکس العمل مخالفت آمیز نشان دهند.

از بین اختلالات روانی گوناگون افسردگی، اضطراب و اختلال شبه جسمی بیشترین همراهی را با MUS دارند. ۶۰-۵۰ درصد مبتلایان به این شکایات دچار افسردگی و ۵۰-۴۰ درصد آنان دچار اضطراب می باشند. اگر چه هیچ گونه شکایت جسمی خاصی پیش بینی کننده احتمال ابتلای فرد به اختلالات روانی نیست ولی: (۱) تعداد زیاد و تنوع شکایات جسمی به خصوص در مواردی که بیمار بیش از ۵ شکایت مختلف دارد، (۲) سیر مزمن و عودکنندهی شکایات، (۳) سابقه مصرف داروهای متعدد (پلی فارماسی)، (۴) عدم پاسخ مناسب به داروهای مختلف و حتی بروز عوارض نامعمول به دنبال مصرف داروها (اثرات Nocebo) از مهم ترین عوامل پیش بینی کننده وجود اختلالات روانی به عنوان زمینه ساز و ادامه دهندهی MUS در بیماران است (۴). افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی است

که بر اساس پیش بینی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ دومین بیماری پس از بیماری های قلبی از نظر بار بیماری خواهد بود.

در حدود دو سوم بیماران مبتلا به افسردگی، شکایات های جسمی علامت غالب است. وجود این شکایات جسمی در بیماران افسرده اغلب موجب عدم تشخیص دیر هنگام و درمان نامناسب بیماران افسرده می شود (۷-۱۰).

در افسردگی بیماران ایرانی نیز شکایات جسمی به خصوص به عنوان شکایت اصلی شایع است به نحوی که در بعضی مطالعات شکایت از سردرد به عنوان شایع ترین شکایت اصلی بعضی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مآژور وجود داشته است (۱۱-۱۲).

در مورد اختلالات اضطرابی با توجه به برجسته تر بودن شکایات های جسمی به خصوص تغییرات جسمی در سیستم اتونوم توسط بیمار به این گونه شکایات و تأکید بیش از حد بر آنان با سهولت بیشتری انجام می شود. چرخه ی معیوبی که به دنبال ظهور علایم و تفسیر و برداشت نادرست بیمار از این علایم به صورت نشانه های یک بیماری خطرناک که خود موجب تشدید بیشتر اضطراب و به دنبال آن احساس بیشتر این علایم می گردد (۱۳).

اختلال روانی دیگری که همراهی زیادی با شکایات جسمی بدون علت طبی مشخص دارد اختلالات شبه جسمی یا سوماتوفرم است. این اختلالات شامل طیف وسیعی از بیماری هایی هستند که با وجود غالب بودن شکایات جسمی در آنان هیچ گونه یافته ای به نفع وجود یک بیماری عضوی کشف نمی شود و به طور عمده دلایل روانی موجب بروز این اختلالات می گردد. لازم به ذکر است اگر چه همراهی

اختلال شبه جسمی با افسردگی و اضطراب نیز زیاد است ولی وجود شکایات جسمی در این اختلال ارتباطی با اضطراب و افسردگی بیمار ندارد و ناشی از علل روانی دیگر است (۱۴).

رویکرد درمانی به بیماران MUS

رویکردهای متنوعی برای برخورد با این بیماران وجود دارد. اما آن چه در ادامه می‌آید مورد توافق اغلب صاحب نظران است. به طور کلی، در برخورد با این گروه، تنها ردّ بیماری‌های جسمی کافی نیست، بلکه تشخیص MUS و وجود اختلالات روان‌پزشکی اهمیت دارد (۱۶-۱۵). برای مدیریت مشکلات این بیماران توجه به پاره‌ایی نکات ساده ولی مهم ضرورت دارد.

برخورد صحیح با این بیماران نیازمند یک برنامه‌ریزی برای اقدامات کوتاه مدت و بلندمدت است. از آن جا که دستیابی به بهبودی کامل (Cure) در این بیماران ساده‌انگاری است، ضرورت دارد جلسات توجیهی در مورد کم و کیف روند درمان برنامه‌ریزی شود و بیمار و خانواده‌ی وی در جریان این برنامه‌ریزی قرار بگیرند (۱۷).

ویزیت (ملاقات)های اولیه

۱) در جلسات اولیه ویزیت‌های به نسبت طولانی و صرف وقت کافی برای این بیماران توصیه می‌شود. اخذ شرح حال دقیق و ثبت علائم بیماران، ضمن این که باعث صرفه جویی در وقت و منابع درمانی در آینده می‌شود، به رابطه‌ی درمانی بهتر بیمار با پزشک نیز کمک می‌کند (۱۷).

مصاحبه و معاینه‌ی بیمار در جلسات اولیه لازم است براساس شواهد موجود باشد. توجه ویژه به علائم نگران‌کننده مانند دردهای شبیه آنژین قلبی، تنگی نفس، دردهای شکم و سنکوپ لازم است.

شناخت و توجه به علائم حساس و هشداردهنده درباره‌ی بیماری‌های جدی مثل کاهش وزن شدید، علائم نورولوژیک در بیماران دچار سر درد، سنکوپ، دفع خون در بیماران گوارشی به عنوان علائم هشدار (Red flags) ضروری است (۴).

۲) توجه به نگرانی‌های بیمار و انتظارات وی حائز اهمیت فراوان است. اغلب بیماران درباره‌ی ماهیت علائم خود دچار نگرانی هستند یا از خطرات احتمالی ناشی از بیماری ناشناخته‌ای که توضیح دقیقی درباره‌ی آن نگرفته‌اند دچار وحشت می‌شوند. در این خصوص لازم است پزشک معالج از این ترس‌ها و نگرانی‌ها آگاه شود و برای رفع آن‌ها با توضیح دقیق و علمی و اطمینان‌بخش، اقدام نماید. سؤالاتی از این قبیل پس از انجام معاینات و اخذ شرح حال می‌تواند کمک‌کننده باشد:

«چیز دیگری هست که شما را ناراحت و نگران کند؟ موضوع دیگری هست که بخواهید بدانید یا اقدام دیگری هست که به نظر شما کمک‌کننده باشد؟» (۴).

نکته‌ی مهم دیگر شناخت انتظارات بیمار و همراهان وی درباره‌ی درمان است. اغلب بیماران و همراهان انتظار دارند درمان‌ها به شکل سریع، قطعی و کامل باعث رفع علائم و ناراحتی شود در حالی که چنین خواسته‌ایی اغلب امکان‌پذیر نیست و عدم اطلاع بیمار یا همراهان او می‌تواند باعث دل‌سردی بیمار و قطع درمان زودرس شود. شناخت و اصلاح این ذهنیت درباره‌ی سیر درمان توسط پزشک ضروری است (۱۴-۷).

در این زمینه توجه به نسبی بودن پاسخ درمانی ضروری است. بیمار و همراهان لازم است بدانند بهبودی علائم و کاهش مشکلات به صورت تدریجی

اتفاق می‌افتد (به عنوان مثال در هر ماه درمان‌ها با کاهش ۲۰ تا ۲۵ درصد علائم همراه خواهد بود).

۳) با وجود فقدان دلایل بالینی توجیه‌کننده‌ی این بیماران گاه نیاز به درمان‌های علامتی ضد درد، گوارشی و آرام‌بخش دارند. تجویز این داروها باید هدفمند و با توضیح کافی برای بیمار باشد. مداخلات پاراکلینیک و آزمایشات نیز باید محدود و با هدف مشخص باشد. ضروری است درخواست انجام آزمایش و اقدامات پاراکلینیک بر اساس شرح حال و معاینات انجام گردد. طی جلسات اولیه‌ی انجام معاینات دوره‌ای با هدف بررسی علائم جدید و انجام آزمایشات بر اساس یافته‌های بالینی ضرورت دارد. گاهی بیماران با شکایات‌های جسمی قبلی و مکرر مراجعه می‌کنند و با وجود اقدامات تشخیصی قبلی از پزشک درخواست تکرار آزمایشات یا اقدامات تشخیصی را دارند. در این موارد معاینه‌ی مجدد، توضیحات مناسب و اطمینان‌بخشی مناسب می‌تواند مفید باشد (۱۶-۱).

۴) گاهی لازم است مدتی بیماران را تحت نظر داشته باشیم و صبر کنیم تا شدت علائم فروکش کند و بعد از چند هفته علائم و شکایتهایی را که تداوم دارند پی‌گیری کنیم. اغلب بیمارانی که علائم متعدد جسمی غیر قابل توضیح طبی دارند یا این علائم شدت زیادی دارند یا همراه با علائم‌شان مشکلات روان‌پزشکی دارند، نیازمند درمان‌های جدی دارویی و غیر دارویی هستند (۴).

ملاقات‌های پی‌گیری

۱) آموزش بیماران:

آگاهی از این که این گونه شکایات در مراجعین به پزشکان مسأله‌ی شایعی است و بیماران فراوانی با این

نوع علائم وجود دارند، می‌تواند اضطراب بیمار را کاهش دهد. توضیح ساده و روشن درباره‌ی ماهیت علائم، نتایج آزمایشات، طرح و برنامه‌ی درمانی در حد قابل فهم کمک‌کننده است (۵).

تشویق بیماران برای پذیرش مسئولیت در فرآیند درمان لازم است. بیماران باید در برنامه‌ی درمانی سهیم باشند و برای کاهش علائم خود اقداماتی انجام دهند. بیمار باید عوامل تشدیدکننده و تخفیف‌دهنده‌ی علائم را بشناسد. راهبردهای بهبود شرایط خود را فرابگیرد و از آن‌ها استفاده کند. دستورات پزشک درمان‌گر را در زمینه‌ی درمان‌های دارویی و غیر دارویی به دقت انجام دهد (۱۷). یک برنامه‌ی درمانی دقیق شامل دارودرمانی، رژیم صحیح غذایی، ورزش، فعالیت‌های جسمی، روان‌درمانی برای کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیمار ضروری است (۵). همان‌طور که بیماران دچار بیماری‌های مزمن مانند فشارخون و دیابت لازم است از برنامه‌های درمانی پیروی کنند این گروه از بیماران نیز باید در برنامه‌های درمانی نقش فعال داشته باشند و از برنامه‌های درمانی پیروی کنند.

اطمینان‌بخشی مؤثر از ابزارهای مهم در برخورد با این بیماران است. اطمینان‌بخشی با استناد به یافته‌های بالینی، آزمایشات و بررسی‌های پاراکلینیک همراه با توضیح مناسب می‌تواند موجب آرامش بیماران گردد و از اقدامات و مراجعات مکرر و غیر ضروری جلوگیری کند. توضیحات ساده و قابل فهم و پرهیز از اصطلاحات پزشکی و اطمینان‌بخشی به هنگام، بسیار اهمیت دارد. باید از اطمینان‌بخشی زود هنگام و عجولانه قبل از برقراری رابطه‌ی درمانی مناسب با بیمار اجتناب کرد زیرا این اقدام زود هنگام گاه به عنوان سهل‌انگاری

پزشک تلقی می‌شود و باعث نگرانی بیشتر و تشدید سیکل معیوب رابطه‌ی پزشک و بیمار می‌گردد.

۲) ارزیابی‌های روان‌شناختی

در جلسات پی‌گیری لازم است بیماران از نظر اختلالات روان‌پزشکی قابل درمان مثل افسردگی و اضطراب بررسی شوند. به علاوه در مراحل از درمان بیماران باید به متخصصان روان‌پزشکی و روان‌شناسی ارجاع شوند. زمان ارجاع بیماران بستگی به میزان آماده‌سازی بیمار توسط درمان‌گر اولیه دارد. در فرایند درمان و مدیریت بیماران درمان‌گر باید ارتباط بین علایم جسمی و حالات هیجانی-روانی را برای بیمار آشکار سازد (۱۶-۴).

در بیماران دچار افسردگی و اضطراب که علایم جسمی زیادی دارند، توجه به کنترل این علایم ضروری است. از آن جا که درد و افسردگی دارای مسیرهای مشترک عصبی شیمیایی مشابه هستند، داروهای مؤثر بر سیستم نورایی نفرین-سروتونین در درمان باید مد نظر باشند. تحقیقات نشان داده است بهبود MUS با بهبودی علایم افسردگی ارتباط دارد. برعکس دستیابی به بهبودی علایم افسردگی با کاهش علایم فیزیکی و درد مرتبط است. بیماران دچار افسردگی با درمان‌های معمولی ممکن است بهبودی قابل توجهی در علایم هیجانی-خلقی پیدا کنند اما تداوم علایم باقی‌مانده (به خصوص علایم فیزیکی) با خطر بالاتر عود همراه است (۷).

۳) اقدامات تشخیصی و درمانی برای علایم مزمن:

در بیمارانی که علایم مزمن و طولانی دارند، تست‌های تشخیصی و گاه ارجاع به سایر متخصصان لازم است. به علاوه گاهی لازم است درمان‌های دارویی به صورت علامتی و برای مدت زمان محدودی برای

آنها تجویز شود. درمان‌های غیر دارویی مثل روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری، هیپنوتراپی، برنامه‌های خودکنترلی درد و اسناد مجدد (Reattribution) از سایر اقدامات و درمان‌هایی است که برای این بیماران توصیه می‌شود (۴).

به طور خلاصه راهبردهای مدیریت بیماران دچار MUS مزمن به شرح زیر است:

۱) برنامه‌ی منظم ویزیت‌ها: ملاقات‌های کوتاه مدت و منظم، نه فقط در زمان شدت علایم، بلکه فارغ از شدت و ضعف علایم جسمی، همراه با مرور سریع و دقیق شرح حال و آزمایشات بیمار مفید است. تلاش در جهت کاستن از اضطراب بیمار در مورد علایم خود و تشویق وی به سازش و تطابق هر چه بیشتر با آنها از وظایف اصلی در این ملاقات‌ها است.

۲) پرهیز از تست‌های تشخیصی یا ارجاع‌های غیر ضروری، به خصوص درباره‌ی علایمی که پیش از آن بررسی شده‌اند.

۳) ارزیابی‌های هدایت شده و تست‌های ضروری در زمان ظهور علایم جدید، پرهیز از بررسی‌های تشخیصی طولانی و خسته‌کننده.

۴) هم‌دلی با مشکلات و ناخوشی‌های بیمار لازم است. نباید علایم و تأثیر آنها بر بیمار بی‌اهمیت یا جعلی قلمداد شود.

۵) تمرکز بر مدیریت درمان برای کنترل و کاهش علایم و نه ریشه‌کنی آنها (Care در برابر Cure).

۶) تلاش برای بازتوانی بیمار و رسیدن به عملکرد بهتر با وجود ادامه یافتن بعضی علایم.

۷) تأکید بر این که ارجاع بیمار به متخصصان دیگر برای مشاوره، هم‌فکری و مدیریت چندگانه است نه برای خلاصی از دست بیمار (۴).

References

1. Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96(5): 223-7.
2. Stephenson DT, Price JR. Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emerg Med J* 2006; 23(8): 595-600.
3. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry* 2004; 49(10): 663-72.
4. Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am* 2006; 90(4): 603-26.
5. Khan M. Medically unexplained symptoms. *Pakistan Journal of neurological science* 2007; 2(3): 3-5.
6. Kellner R, Sheffield BF. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normal's. *Am J Psychiatry* 1973; 130(1): 102-5.
7. Baldwin RC, Chiu E, World Psychiatric Association, Section of Affective Disorders. Guidelines on depression in older people: practising the evidence. New York: Taylor & Francis; 2002.
8. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1329-35.
9. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7(4): 167-76.
10. Trivedi MH. The link between depression and physical symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6(Suppl 1): 12-6.
11. Mobaraki GH, Ahmad Zadeh GH, Shisheforoush SH. Somatization among Iranian psychiatric patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; (29): 175.
12. Ahmad Zadeh GH, Karim Zadeh T, Ghassemi R. The pheno menology of depression: Iranian scenario. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; (29): 231.
13. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002; 325(7371): 1016-7.
14. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.
15. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2005; 330(7481): 4-5.
16. MC Carrom R. Of Ethic virtual mentor. *Am med Ass J* 2008; 107: 447-52.
17. Guthrie E, Thompson D. Abdominal pain and functional gastrointestinal disorders. *BMJ* 2002; 325(7366): 701-3.

پرسش‌ها جهت کسب امتیاز بازآموزی

۱- شکایات‌های جسمی غیرقابل توضیح طبی (MUS) در کدام گروه زیر کمتر دیده می‌شود؟
 الف) زنان ب) مردان جوان ج) افراد سالمند د) بیماران دچار افسردگی و اضطراب

۲- کدام مورد زیر پیش‌بینی‌کننده وجود اختلالات روانی (روان‌پزشکی) در بیماران دچار (MUS) است؟
 الف) پاسخ سریع به داروهای مسکن یا مخدر ب) سیر کوتاه اختلال (بروز علائم بعد از استرس)
 ج) تعداد زیاد و تنوع علائم جسمی د) پاسخ سریع به روش‌های آرام‌سازی

۳- تمام اختلالات روانی زیر همراهی زیاد با شکایات غیرقابل توضیح بالینی (MUS) دارند بجز:
 الف) اختلالات خلقی (بخصوص افسردگی) ب) اختلالات اضطرابی
 ج) اختلالات شبه جسمی (سوماتوفرم) د) اختلالات سایکوتیک گذرا

۴) منظور از Incidentaloma کدام مورد زیر است؟

الف) وجود بیماری‌های طبی جدی در بیماران دچار اختلالات شبه جسمی
 ب) وجود بیماری‌های روان‌پزشکی در بیماران دچار بیماری‌های طبی
 ج) کشف اتفاقی یافته‌های بالینی غیرقابل توضیح در بیماران دچار MUS
 د) کشف اتفاقی بیماری‌های سستیک جدی در بیماران دچار MUS

۵) کدامیک از اقدامات زیر را در جلسات اولیه درمانی بیماران (MUS) توصیه نمی‌کنید؟
 الف) صرف وقت کافی و اخذ شرح حال دقیق
 ب) معاینه بالینی دقیق همراه با تکرار مجدد آزمایشات و اقدامات پاراکلینیک
 ج) توجه به علائم هشداردهنده (Red flags)
 د) پرسش درباره نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار - بخصوص درباره تشخیص و پیامد بیماری

۶) برای اطمینان بخشی مؤثر Effective reassurance کدام مورد زیر صحیح است؟

الف) توضیح کامل و علمی در مورد تمام جنبه‌های بیماری
 ب) شروع اطمینان بخشی از جلسه اول ویزیت بیماران
 ج) استفاده از کلام ساده و قابل فهم برای بیماران
 د) انجام اطمینان بخشی بطور دقیق یک بار در جلسات آخر ویزیت

Patients with Medically Unexplained Physical Complaints

Gholam Hossein Ahmadzadeh MD¹, Hamid Afshar MD²

Abstract

Medically unexplained symptoms (MUS) are symptoms that are not explained by an organic disease. MUS are common in all medical settings; as many as 50% of patients who visit the general practitioners have some degree of these symptoms. Unexplained symptoms can cause significant distress for the patients and their families, and in some circumstances impair functioning. Continuation of symptoms and resistance to routine treatments may cause significant distress and disrupt the physician-patient relationship.

Keywords: Medically unexplained symptoms

¹ Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Hamid Afshar MD, Email: afshar@med.mui.ac.ir