

برگشت محتویات معده به مری (ریفلاکس)

نویسنده: پوهاند داکتر زهرا فروغ

چکیده

از میان امراض هضمی، ریفلاکس معده به مری شایع‌ترین تشخیصی است که در کلینیکها به صورت سرپایی ثبت میشود. اهمیت مرض به خاطر اثرات سوء بر کیفیت زندگی اشخاص مبتلا و نیز مصارف تداوی فراوان ناشی از مصرف ادویه و مراجعات مکرر به دوکتور میباشد. این مقاله مروی به هدف ارزیابی عوامل سببی و اختلالات ناشی از این مرض تهیه و ترتیب گردید.

پیشنه: مرض ریفلاکس ممکن است سبب طیف وسیعی از علایم خارج از دستگاه هضمی نظیر درد قفسه سینه، استما، التهاب حنجره، سرفه مزمن، عفونتهای مکرر ریوی و حتی خرابی دندانها شود؛ چنانچه درد قفسه سینه ناشی از این مرض ممکن است شبیه آنژین صدری ناشی از مرض قلبی باشد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که درد قفسه صدری ناشی از مرض ریفلاکس، شایع‌ترین علت درد قفسه صدری غیر قلبی میباشد. ۲۰ درصد افرادی که سرفه مزمن دارند مبتلا به ریفلاکس میباشند.

نتیجه: عاقبت مرض با تشخیص مقدم و تداوی دوايي بسیار خوب است و در صورت تنظیم درست مقدار دوا، کیفیت زندگی به نحو چشمگیری به میزان مطلوب رسیده و عوارض مرض کاهش می یابد.

کلمات کلیدی: ریفلاکس، التهاب مری، تنگی مری، ادينوکارسینوم مری

مقدمه

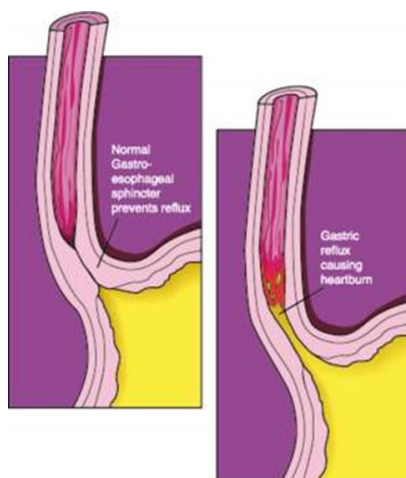
در انتهای تحتانی مری حلقه عضلانی به نام اسفنکتر تحتانی مری وجود دارد. این حلقه مانند دریچه یک طرفه عمل میکند و به غذا اجازه میدهد تا به معده وارد شود؛ ولی از برگشت آن به مری جلوگیری میکند.^۱ عدم کفایه این معصره باعث برگشت اسید معده به مری میشود. مرض ریفلاکس، سبب تحریک و حتی آسیب نسج پوششی مری میشود. گاهی میزان اسید برگشت یافته از معده به اندازه‌ی است که موجب صدمه به تارهای صوتی و حتی ورود آن به ریه میشود که پیامد آن آسیب این انساج است.^۱

اهمیت مرض به خاطر اثرات سوء بر کیفیت زندگی مبتلایان و نیز مضار فزاینده‌ی فراوان ناشی از مصرف ادویه و مراجعات مکرر به دوکتور میباشد. تنگی مری، مری‌بارت و حتی ادنوکارسینوم مری از عوارض این مرض میباشد، که ممکن است حتی در فقدان علایم کلینیکی مرض نیز دیده شوند. این تحقیق به روش مروری اجرا گردیده و دارای اهداف ذیل است:

- بررسی شیوع ریفلکس مری معدوی؛
- اسباب و عواملی که سبب ایجاد مرض میگردد؛
- ارزیابی اختلالات مرض و روشهای مختلف تداوی آن.

پیشینه

از میان مریضیهای هضمی، ریفلاکس معده به مری شایع‌ترین تشخیصی است که در کلینیکها به صورت سرپایی ثبت میشود. در ایالات متحده، تعداد بزرگسالان مبتلا ۱۴-۲۰٪ تخمین زده میشود، هر چند این ارقام تقریبی است؛ زیرا تعریف مریضی مبهم بوده و این تخمینها بر اساس گزارش سوزش سردل مزمن از طرف خود مریض ثبت شده است.



تعریف فعلی این اختلال عبارت است از: «وضعیتی که در آن بازگشت محتویات معده به مری سبب بروز علایم ناراحت کننده، یعنی، حداقل ۲ نوبت سوزش سردل در هفته و یا عوارض آن میشود». شیوع مرض را براساس علایم کلینیکی سوزش پشت جناغ سینه و برگشت اسید با معیار حداقل هفته‌ی یک الی دو بار، حدود ۲۵ در صد در کشورهای غربی تخمین زده‌اند.^۲

این مرض زنان و مردان را به‌طور یکسان مبتلا میسازد؛^۲ لیکن عوارض ناشی از مرض نظیر التهاب و آسیب نسج

پوششی مری و مری‌بارت در مردان بیشتر است.^۳ افزایش سن به عنوان عامل مهمی در ایجاد عوارض مرض مطرح می‌باشد.^(۳ و ۴) مطالعات اخیر، شیوع مرض را در نژادهای مختلف یکسان گزارش نموده‌اند، هرچند که عوارض ناشی از مرض در سفیدپوستان بیشتر بوده است.

التهاب مری یا ازوفجایتس زمانی رخ می‌دهد که بازگشت شدید اسید و پپسین به نکرور طبقات سطحی مخاط مری و پیدایش تخریش و زخم منجر شود. در بسیاری از مریضان اختلال در پاکسازی محتویات برگشت شده معده از مری نیز در ایجاد آسیب نقش دارد؛ در حالی که ریفلاکس معده به مری بعضاً طبیعی است. ممکن است عوامل متعددی مریض را برای ریفلاکس غیر طبیعی مستعد کنند که از آن جمله می‌توان به فتق هیاتوس مری، آفت فشار اسفنکتر تحتانی مری، از دست رفتن وظیفه پرستالتیک مری، چاقی بطن، افزایش قابلیت فراخ شدن مجرای هیاتال، افزایش ترشحات معده، تأخیر در تخلیه معده و پرخوری اشاره نمود. در بیشتر اوقات چندین عامل خطرزا نیز وجود دارد.

این مرض از شایع ترین امراض هضمی بوده که شیوع آن در سالهای اخیر رو به افزایش است. کاهش میزان عفونت هلیکو باکتر پیلوری در سالهای اخیر که منجر به افزایش تولید اسید معده شده است. یکی از عللی است که برای تفسیر این روند صعودی محتمل می‌باشد. عفونت هلیکو باکتر پیلوری با درگیری همزمان انتروم و جسم معده که حاوی حشرات ترشح کننده اسید است، میتواند سبب کاهش افراز اسید معده شود. علت دیگری که برای افزایش این مرض محتمل است اپیدیمی چاقی در حال حاضر است.

انتشارخانوادگی مرض و عوارض ناشی از آن، نقش ژنتیک را در این مرض مطرح نموده است. عوامل ژنتیکی شناخته شده ممکن است مربوط به اختلالات عضلات ملسا معده همراه با فتق سوراخ مری از دیافراگم، کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری و اختلال حرکتی مری باشد.^۵

فکتورهای که در ایجاد مرض نقش دارند، عبارتند از:

- کاهش موقتی مقویت اسفنکتر تحتانی مری

شایع ترین تغییر ایجاد ریفلاکس در مریضانی است که فشار اسفنکتر تحتانی طبیعی دارند.^۱ در افراد طبیعی ۴۰ در صد کاهش مقویت موقتی اسفنکتر تحتانی همراه با ریفلاکس بوده و این در حالی است که در مریضان، ۷۰-۶۰ در صد با ریفلاکس همراه می‌باشد. در حدود ۵ تا ۱۰ در صد حملات ریفلاکس طی شل شدن اسفنکتر تحتانی مری حین بلع اتفاق می‌افتد.^۶

- فشار پایین اسفنکتر تحتانی مری

در تعداد کمی از افرادی که ریفلاکس دارند، فشار اسفنکتر تحتانی مری کمتر از حد طبیعی می‌باشد. از عواملی که سبب کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری میشوند میتوان به اتساع معده، هورمونها

(کولی سیستوکینین)، مواد غذایی (چربی، چاکلت و کافئین)، الکل، سیگار وادویه (ادویه ضد التهاب غیر استروئیدی) اشاره نمود.^۷

- فتق سوراخ مری از دیافراگم

این فتق در ۵۴ تا ۹۴ درصد مریضان با التهاب مری (ازوفجایتس) ناشی از ریفلاکس وجود دارد که نسبت به جمعیت عمومی بیشتر میباشد.^۱ این فتق باعث اختلال در وظیفه اسفنکتر تحتانی مری و همچنین اختلال در پاک شدن مری از اسید میشود.^۳ و^۴ شدت ازوفجایتس، با اندازه این فتق ارتباط دارد.

- اختلال پاک شدن مری از اسید

مدت زمانی که PH مری کمتر از ۴ باقی میماند، زمان پاک شدن اسید از مری نامیده میشود. طولانی شدن زمان پاک شدن اسید در نیمی از مریضانی که ازوفجایتس دارند، رخ میدهد. افرادی که فتق سوراخ مری از دیافراگم دارند طولانی ترین زمان پاک شدن اسید از مری را دارا میباشند. حرکات دودی مری باعث پاک شدن اسید از مری میگردد.^(۵) اختلالات حرکتی مری، میتواند موجب ازوفجایتس گردد.

- اختلالات ترشح لعاب دهان

لعاب دهان یک قلیو ضعیف با pH ۴/۶ تا ۸/۷ میباشد که میتواند مقادیر کم اسید باقی مانده در مری را خنثی نماید؛ ولی در خنثی کردن مقادیر زیاد اسید مؤثر نیست.^۶ کاهش لعاب دهان در طی خواب علتی برای ایجاد دوره های ریفلاکس شبانه میباشد که زمان پاک شدن اسید از مری را طولانی مینماید.

خشکی دهان که کاهش ترشح لعاب دهان میباشد، همراه با طولانی شدن زمان تماس مری با اسید و ایجاد التهاب در مری است.^۷ مصرف سیگار نیز باعث طولانی شدن زمان پاک شدن اسید از مری به علت کاهش لعاب دهان میشود؛ علاوه بر این نیکوتین سیگار با کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری، ریفلاکس ایجاد مینماید.^۷

- تأخیر در تخلیه معده

تأخیر در تخلیه معده از علل مهم ایجاد مرض به خصوص مریضان دیابتی با نوروپاتی اوتونومیک میباشد. در این مریضان تخلیه مواد جامد به کندی انجام میشود.^۳

- ترشح بیش از حد اسید معده

اسید و پپسین از عوامل مهم، در ایجاد آسیب مخاطی به علت برگشت محتویات معده به مری میباشند. در مطالعات حیوانی نشان داده شده که اسید به تنهایی سبب آسیب خفیفی میشود؛ در حالی که ترکیب اسید با مقادیر کم پپسین، سد محافظتی مخاط معده را تخریب مینماید و باعث نفوذپذیری

بیشتر مخاط به یون H^+ شده و باعث تغییرات مخاطی میگردد. هر چند میزان ترشح اسید معده و حد اعظمی ترشح اسید در مریضان مانند افراد طبیعی میباشد؛ لیکن دوره‌های ریفلاکس اسید و مدت زمان تماس مری با اسید بیشتر است.^۵ برگشت محتویات قلوئی اثناعشر که حاوی اسیدهای صفراوی است نیز به مخاط مری آسیب میرساند. به نظر میرسد صفرا یک اثر تشدید کننده در آسیب ناشی از ریفلاکس اسید در مری دارد.^۶

عوامل خطر بروز ریفلاکس

حاملگی باعث افزایش ریفلاکس با کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری در نتیجه اثرات استروژن و پروژسترون و نیز اثر مکانیکی ناشی از رحم حامله میشود. ۳۰ تا ۸۰ درصد زنان حامله از سوزش پشت جناغ سینه به خصوص در سه ماهه اول حاملگی شکایت دارند.^۷

بسیاری از مریضان اسکرودرمی مبتلا به مرض ریفلاکس و عوارض آن میباشدند. فیبروز عضلات صاف در این مرض سبب کاهش فشار اسفنکتر تحتانی شده و حرکات طبیعی مری از بین رفته یا ضعیف میشود.^۶ در مرض زولینگر الیسون به علت ترشح بیش از حد اسید و حجم زیاد ترشحات معده، مرض ریفلاکس و عوارض آن، بیشتر دیده میشود.^۷ عمل جراحی برای تداوی اشالازی، گذاشتن لوله نازوگاستریک جهت تغذیه به مدت طولانی و چاقی به علت تداخل در فزیولوژی طبیعی اسفنکتر تحتانی مری سبب مرض ریفلاکس میشوند.^۸

مصرف سیگار، الکل، وعده‌های غذایی حجیم و چرب، شکلات، مرکبات و نوشیدنی‌های حاوی اسیدسیتریک، غذاهای ادویه‌دار، ترکیبات بادنجان رومی، قهوه، چای، نوشابه‌های گازدار، فاصله زمانی کوتاه بین مصرف غذا و وضعیت دراز کشیده و ارزشهای سنگین از عوامل خطر بروز مرض ریفلاکس میباشدند.^۸

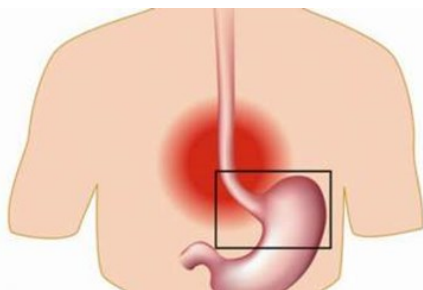
در مطالعات مختلف، اختلالات روانی در افراد مبتلا به مرض ریفلاکس، به خصوص زیرگروپی از مریضان که در اندوسکوپی آسیب مخاطی واضح ندارند، بیشتر مشاهده شده است. در مطالعات مختلف افزایش ترشح اسید در هنگام استرس، کند شدن تخلیه معده با استرسهای روانی و افزایش حساسیت مری، به عنوان مکانیسمهای دخیل در بروز مرض مطرح شده‌اند.^۸

تظاهرات کلینیکی

سوزش پشت جناغ سینه یکی از علایم اصلی مرض می‌باشد. این احساس از معده یا قسمت پایین قفسه سینه شروع شده و به طرف گردن و حلق و گاهی پشت انتشار یافته و پس از مصرف غذاهای حجیم تشدید می‌یابد.^۶

علایم شایع دیگر، خروج گاز داغ یا احساس ورود مایع تلخ و شور به حلق است که معمولاً بدون

فشار و بعد از وعده‌های غذایی اتفاقی افتاده و در وضعیت خوابیده بدتر میشود.^۶ دشواری در بلع در ۳۰ درصد مبتلایان گزارش شده است که معمولاً بعد از دوره طولانی سوزش پشت جناغ سینه و با پیشرفت تدریجی نسبت به جامدات رخ میدهد. کاهش وزن از علایم ناشایع میباشد.^۶



ترشح بیش از حد لعاب دهن، بلع دردناک، آروغ زدن، سکسکه، تهوع و استفراغ از علایم دیگری میباشد که ممکن است با شیوع کمتر دیده شوند.^۷ بعضی مریضان بدون علامت بوده که این وضعیت به خصوص در مریضان مسن دیده میشود.^۵ این مرض ممکن است سبب طیف وسیعی از علایم خارج از دستگاه هضمی نظیر درد قفسه سینه، استما، التهاب

حنجره، سرفه مزمن، عفونتهای مکرر ریوی و حتی خرابی دندانها شود.^۶

درد قفسه سینه ناشی از این مرض ممکن است شبیه آنژین صدری ناشی از مرض قلبی باشد که کیفیت فشارنده یا سوزشی دارد. این درد در پشت جناغ سینه احساس میشود و به پشت گردن، فک یا بازو انتشار دارد. معمولاً بعد از غذا خوردن ایجاد میشود، ممکن است مریض را از خواب بیدار نماید و با تحریکات هیجانی بدتر شود.^۷ درد قفسه صدری ناشی از ریفلاکس ممکن است از چند دقیقه تا چند ساعت طول بکشد و اغلب خود به خود بهبود یافته یا ممکن است با مصرف آنتی اسید بهتر شود. اکثر مطالعات اخیر نشان داده‌اند که درد قفسه صدری ناشی از مرض ریفلاکس، شایع‌ترین علت درد قفسه صدری غیرقلبی میباشد.^۷

در مبتلایان به استما که در دوره بلوغ ظاهر شده و بدون علل الرژیک میباشد و به تداویهای رایج استما پاسخ مناسب نمیدهد، باید مرض ریفلاکس در نظر گرفته شود.^۷ این مریضان علایم اصلی مرض ریفلاکس را نداشته؛ ولی با تداوی مرض ریفلاکس علایم استما در آنان تخفیف می یابد. التهاب حنجره ناشی از ریفلاکس شایع میباشد. این گروپ مریضان با گرفتگی صدا، احساس توده در گلو و گلودردهای مکرر به شفاخانه مراجعه میکنند.^۷ مرض ریفلاکس سومین علت سرفه مزمن بعد از مرض‌های سینوس و استما میباشد. ۲۰ درصد افرادی که سرفه مزمن دارند مبتلا به ریفلاکس میباشند.

تشخیص

تشخیص مرض کلینیکی است و براساس علایم و پاسخ به تداوی میباشد. هنگامی که علایم کلاسیک سوزش پشت جناغ سینه و برگشت اسید وجود داشته باشد برای تشخیص و تداوی، کافی است؛ اما گاه نیاز به اقدامات تشخیصی، برای تأیید مرض و یا پیگیری عوارض ناشی از مرض وجود دارد. آزمایشهای اختصاصی زمانی مورد نیاز هستند که یا تشخیص مرض واضح نیست و یا همراه با علایم ریفلاکس، نشانه‌های خطر نظیر کم خونی یا دشواری در بلع وجود داشته باشند. در مواردی که علایم مرض با درد قفسه صدری بروز میکند، نیز باید با معاینات اختصاصی مرض قلبی را رد کرد.

تداوی آزمایشی با نهی کننده‌های اسید

تداوی با نهی کننده‌های اسید، ساده‌ترین و قطعی‌ترین روش برای تشخیص مرض و ارزیابی ارتباط آن با علایم مریض میباشد. تداوی با نهی کننده پمپ پروتون (قوی‌ترین نهی کننده اسید) اولین آزمایش مورد استفاده در مریضان دارای علایم خفیف میباشد. در این صورت علایم معمولاً طی ۲ هفته (گاهی تا ۶ هفته) با تداوی نهی کننده‌های اسید برطرف میشوند.

اندوسکوپی

اندوسکوپی یکی از روشهای تشخیص مرض و عوارض ناشی از آن میباشد؛ لیکن گاه با وجود اثبات ریفلاکس غیرطبیعی مری با پایش pH، علایم اندوسکوپی وجود ندارد و فقط ۶۰-۲۰ درصد مریضانی که ریفلاکس آنان با pH متری تأیید میگردد در اندوسکوپی ازوفجایتس دارند.^۷ زودرس‌ترین علایم اندوسکوپی برگشت اسید، تورم و سرخی اپیتل پوششی میباشد که غیراختصاصی است. علایم قابل اعتمادتر در اندوسکوپی، شکنندگی و خوردگی نسج پوششی، به صورت نوارهای سرخرنگ میباشد که از محل اتصال معده به مری گسترش می‌یابد. زخم نشانه آسیب شدیدتر مری است.^۷

طبقه‌بندی لوس آنجلس، یکی از سیستمهای طبقه‌بندی بوده که برای آسیب نسج پوششی (ازوفجایتس) ناشی از مرض به کار رفته و مورد پذیرش بیشتری قرار گرفته است. در این طبقه‌بندی شدت آسیب نسج اپیتل به ۴ درجه تقسیم شده است.

Grade A: شکنندگی نسج اپیتل که محدود به چینهای مری بوده و کمتر یا مساوی ۵ میلی‌متر میباشد.

Grade B: شکنندگی نسج اپیتل که بیش از ۵ میلی‌متر بوده و محدود به چین است؛ اما ارتباطی بین آنها در رأس چینهای مخاطی وجود ندارد.

Grade C: شکنندگیهای نسج اپیتل که رأس آن در دو یا بیش از دو چین مخاطی به هم پیوسته

است؛ لیکن دور تا دور مری را نگرفته و کمتر از سه چهارم مری را در گیر کرده است. Grade D: آسیبهای نسج اپیتل که دور تا دور مری را گرفته یا بیش از سه چهارم مری را در گیر کرده است.

در بیشتر مریضان با علایم کلینیکی تداویهای طبی شروع شده و نیازی به انجام اندوسکوپی نیست. اندوسکوپی اولیه و زودرس برای مریضانی که علایم هشدار دهنده، نظیر دشواری در بلع، درد هنگام بلع، کاهش وزن، و خونریزی دارند، باید انجام شود. در سایر موارد اندوسکوپی بیشتر در تشخیص و تداوی عوارض به خصوص تنگی پپتیک و تشخیص مری‌بارت انجام میشود.

نمونه برداری مری

تغییرات میکروسکوپییک ریفلاکس ممکن است حتی در نسج پوششی به ظاهر طبیعی در اندوسکوپی دیده شود. التهاب حاد با وجود حجرات التهابی که اختصاصی ازوفجایتس می‌باشد، مشخص میگردد. حساسیت مطالعات هستولوژی در تأیید یا رد ریفلاکس، پایین میباشد. در حال حاضر نمونه برداری نقشی در تشخیص مرض ندارد.

نمونه برداری در مواردی که شک به مری‌بارت وجود دارد، ضرورت دارد و باید زمانی انجام شود که با تداویهای طبی ازوفجایتس ترمیم شده باشد و گر نه احتمال تشخیص نادرست مری‌بارت در زمان فعال بودن التهاب وجود دارد.^۸

بررسی pH مری در موارد زیر استفاده میشود:^۸

- قبل از عمل جراحی انتی‌ریفلاکس؛
- در مریضان با علایم ریفلاکس که اندوسکوپی نورمال دارند. به خصوص اگر به تداوی ضد اسید جواب ندهند؛
- بعد از عمل جراحی انتی‌ریفلاکس، در صورتی که علایم مریض باقی بماند یا عود نماید؛
- در مریضان با تظاهرات خارج مری مرض ریفلاکس.

برای انجام pH متری در حال حاضر سه روش موجود است:

الف) روش جدیدتر که برای حذف لوله بینی و راحتی بیشتر مریض طراحی شده است، کپسولهای کنترل pH بدون سیم میباشد که با روش اندوسکوپی به مخاط مری در محل مناسب متصل میگردد و اطلاعات pH مری در ۲۴ ساعت یا مدت زمان بیشتر مورد بررسی قرار میگیرد؛ سپس این کپسول دفع میگردد.^۸

ب) روش دیگر مقاومت سنجی میباشد که ترکیب این روش و بررسی اسید، علاوه بر این که امکان ارزیابی ریفلاکس اسید را میدهد، میتواند در ارزیابی سایر مواد ریفلاکس شده به مری نظیر

قلوی نیز با تعیین pH آن کمک کننده باشد. همچنین مسیر مادهٔ ریفلاکس شده را نشان می‌دهد.^۹

عکس برداری مری با بلع باریوم

عکسبرداری مری با بلع باریوم، بیشتر در تنگی آناٹومیکی مری یا ارزیابی و وجود فتق سوراخ مری از دیافراگم، کمک کننده است. همچنین میتواند موارد متوسط تا شدید ازوفجایتس را با حساسیت ۷۹ تا ۱۰۰ درصد نشان دهد.

اختلالات مرض ریفلاکس

خونریزی، زخم و پارگی مری

خونریزی شدید و پارگی مری از عوارض نادر ازوفجایتس ناشی از ریفلاکس میباشد و در مواردی که زخمها عمیق یا ازوفجایتس شدید باشد ممکن است رخ دهد.^۸ خونریزی در ۷ درصد تا ۱۸ درصد مریضان گزارش شده که ممکن است به کم خونی فقر آهن منجر گردد.^۸

تنگی پپتیک مری

تنگی در ۷ تا ۲۳ درصد مریضان با ازوفجایتس تداوی نشده، به خصوص مردان مسن اتفاق می‌افتد.^۸ تنگی مری به صورت طیفی از التهاب، تورم و ارتشاح حجراتی که قابل برگشت میباشد تا تشکیل کلاژن و ایجاد فیروز که غیرقابل برگشت است، متغیر میباشد. در تنگی پپتیک با پیشرفت مرض، علایم سوزش پشت جناغ سینه کاهش می‌یابد. دشواری در بلع معمولاً نسبت به جامدات بوده و برخلاف تنگیهای خبیث، مریضان مبتلا به تنگی پپتیک اشتهای خوبی دارند و کاهش وزن ندارند یا در صورت وجود، کم میباشد.

در تنگیهای پپتیک، تمام محیط مری را در انتهای مری تنگ میکند. معمولاً طول تنگی کمتر از ۱ سانتی‌متر است؛ اما گاهی طول آن به ۸ سانتی‌متر نیز میرسد. تنگیهای مری در قسمت وسط یا فوقانی شک به مری‌بارت یا خباثت را ایجاد مینماید.

تنگی سلیم انتهای مری در ریفلاکس

تمام مریضان با تنگی پپتیک، باید تحت اندوسکوپی قرار گیرند تا خوش خیم بودن ضایعه تأیید گردد و در صورت لزوم نمونه برداری مری برای رد سرطان مری و مری‌بارت انجام شود.

مری‌بارت

مری‌بارت یکی از عوارض ریفلاکس مزمن میباشد. مری‌بارت در تعریف به جایگزینی نسج پوششی استوانه‌یی شکل با غدوات ترش‌حی مشابه نسج پوششی امعایی به جای نسج پوششی سنگفرشی طبیعی مری گفته میشود که در نمونهٔ هستوپاتالوژی قابل تشخیص است.

این مریضان اغلب ریفلاکس شدید با علایم مزمن به مدت بیش از ۱۰ سال داشته‌اند. در بررسیها اغلب فشار اسفنگتر تحتانی مری در این افراد پایین میباشد، اختلالات حرکتی دارند، فتق سوراخ مری

از دیافراگم بزرگ داشته و ریفلاکس اسید و صفرای شدید دارند. مری‌بارت تقریباً در ۶ تا ۱۲ درصد مریضانی که به علت ریفلاکس تحت اندوسکوپی قرار میگیرند و در ۱ تا ۲ درصد مریضانی که علایمی از ریفلاکس ندارد و تحت اندوسکوپی قرار میگیرند وجود دارد.^۷

مری‌بارت بیشتر در مردان سفیدپوست و میان سال دیده میشود و در نژاد آفریقایی - آمریکایی و آسیایی کمتر میباشد که احتمالاً به علت عفونت هلیکوباکتر پیلوری و عدم وجود ریفلاکس شدید میباشد.

مری‌بارت از نظر اندوسکوپی به دو نوع تقسیم میگردد:

الف) بلند: هنگامی که طول نسج پوششی استوانه‌یی بیش از ۳ سانتی‌متر در انتهای مری باشد که در این حالت خطر بروز سرطان افزایش می‌یابد.

ب) کوتاه: که طول نسج پوششی استوانه‌یی، در انتهای مری کمتر از ۳ سانتی‌متر باشد که خطر سرطان در آن کمتر میباشد.^۹

سرطان مری

مریضان با مری‌بارت با طول بیش از ۳ سانتی‌متر، ۳۰ تا ۲۵ بار افزایش خطر ایجاد سرطان مری نسبت به اشخاص عادی دارند.^۹ بروز سرطان مری در این افراد ۵/۰ درصد در سال میباشد.^۹ در طی ۲۰ سال گذشته بروز سرطان مری و پیوستگاه مری به معده، پنج برابر افزایش یافته است. مطالعات مدت زمان متوسط تبدیل مری‌بارت به سرطان مری را ۲۰ تا ۳۰ سال تخمین میزنند.^۹

تداوی

تداوی در ریفلاکس براساس علایم مریض یا عوارض ناشی از آن میباشد که در مریضان با علایم ریفلاکس بدون ازوفجایتس، هدف تداوی، تسکین علایم و جلوگیری از عود علایم است و در مریضان با ازوفجایتس هدف تداوی، تسکین علایم و ترمیم ازوفجایتس برای جلوگیری از عود و جلوگیری از ایجاد عوارض میباشد.

تداویهای غیردوائی (تغییر شیوه زندگی)

تغییر شیوه زندگی در موارد خفیف ریفلاکس و یا ریفلاکس وابسته به وضعیت و یا تغذیه ممکن است مؤثر باشد. از این موارد میتوان به بالا آوردن سر تخت در هنگام خواب به خصوص در مواردی که ریفلاکس شبانه وجود دارد، پرهیز از پوشیدن لباسهای تنگ، کاهش وزن در صورتی که ریفلاکس با چاقی همراه است، عدم مصرف الکل و سیگار، تغییرات رژیم غذایی به خصوص هنگامی که با مصرف بعضی از مواد علایم ریفلاکس تشدید میشوند، پرهیز از دراز کشیدن بلافاصله بعد از مصرف غذا، اشاره کرد.^۵

کاهش حجم وعده‌های غذایی، کاهش چربی غذا، کاهش مصرف مواد حاوی رنگها و شکلات در برخی از موارد کمک کننده می‌باشد. بعضی از مریضان از سوزش پشت جناغ سینه پس از مصرف نوشیدنیهای اسیدی نظیر مرکبات و غذاهای ادویه‌دار و مصرف ترکیبات حاوی بادنجان رومی و ساس آن و نیز ایجاد ریفلاکس پس از نوشیدن قهوه، چای، و نوشابه‌های گازدار شکایت دارند که با پرهیز از مصرف این مواد بهبود می‌یابند.^۶ در مواردی بالا آوردن سر تخت به خصوص در افرادی که ریفلاکس شبانه دارند، علایم مریض را تخفیف می‌دهد.

تداویهای دوائی

انتی اسیدها

انتی اسیدها، اسید معده را خنثی میکنند. همچنین فشار اسفنکتر تحتانی مری را افزایش می‌دهند. علایم سوزش پشت جناغ سینه با مصرف انتی اسیدها تسکین می‌یابد؛ لیکن لازم است که هر ۱ تا ۳ ساعت بعد از غذا و به صورت مکرر جهت تسکین علایم از آن استفاده گردد.^۴ انتی اسیدها نمیتوانند ازوفجایتس را ترمیم نمایند و فقط در ۲۰ درصد مریضان قادر به برطرف کردن علایم ریفلاکس هستند.^۴

دواهای بهبود دهنده تخلیه معده

دواهایی نظیر بتانکول، متوکلوپرامید، با افزایش آزاد شدن استیل کولین در شبکه عصبی مری شده و با افزایش فشار اسفنکتر تحتانی مری و پاک شدن اسید از مری و بهبود تخلیه معده، علایم ریفلاکس را بهبود میبخشند. اثر این دواها با شدت مرض ریفلاکس کاهش می‌یابد. به علت عوارض جانبی زیاد این دواها مصرف آنها محدودیت دارد.

مسدود کننده‌های گیرنده هیستامین نوع دو

مصرف مسدود کننده‌های گیرنده هیستامین نوع دو نیز همانند انتی اسیدها قادر به ترمیم کامل ازوفجایتس به خصوص در موارد ازوفجایتس شدید نیستند. این دواها (سیمتیدین، رانیتیدین، فاموتیدین و نیزاتیدین) بیشتر در تداوی ترشح اسید شبانه مؤثر می‌باشند. یکی از مشکلات مصرف این دواها، تحمل نسبت به دوا و کم شدن اثر دوا پس از مصرف طولانی آن می‌باشد.^۴

نهی کننده‌های پمپ پروتون

نهی کننده‌های پمپ پروتون ترشح اسید تحریک شده با غذا و اسید شبانه را با درجه بیشتری نسبت به مسدود کننده‌های گیرنده هیستامین نوع دو نهی میکنند.^۵ نهی کننده‌های پمپ پروتون باید

قبل از اولین وعده غذایی در روز، وقتی که بیشترین پمپهای پروتون فعال میشوند، داده شوند. گاه یک بار مصرف روزانه قادر به نهی تمام پمپها نیست و باید تجویز دوم اگر ضرورت دارد قبل از وعده غذایی شب داده شود. نهی کننده های پمپ پروتون قادرند pH معده را به مدت ۱۰ تا ۱۴ ساعت در روز نگه دارند. نهی کننده های پمپ پروتون برای تداوی ازوفجایتس شدید و برطرف کردن علائم سوزش پشت جناغ سینه بر سایر دواها ارجحیت است. یک بررسی در سال ۱۹۹۷ نشان داد که قدرت ترمیم ازوفجایتس ناشی از ریفلاکس، با نهی کننده های پمپ پروتون (۸۴ درصد) در مقایسه با مسدود کننده های گیرنده هیستامین نوع دو (۵۲ درصد) بیشتر میباشد. ترمیم کامل ازوفجایتس شدید و بعد از ۸ هفته در بیش از ۸۰ درصد مریضان با مصرف نهی کننده های پمپ پروتون گزارش شده است. در مریضانی که ازوفجایتس در مدت ۸ هفته ترمیم نشود با تداوی طولانی مدت و افزایش دوز دوا، ترمیم در ۱۰۰ درصد موارد ایجاد میشود.^۸

مدت تداوی

تداوی در مبتلایان طولانی مدت و اکثر شامل تمام طول زندگی شخص است. اگر چه میزان دوا برای بهبود علائم قابل تغییر میباشد و پس از برطرف شدن التهاب مری، میتوان میزان دوا را به تدریج کم کرد و به میزانی رساند که با حداقل میزان دوا، مریض بدون علامت باقی بماند. ریفلاکس مرض مزمن و عود کننده است، به خصوص در مریضانی که فشار پایین اسفنکتر تحتانی داشته و یا آنهایی که التهاب شدید مری دارند، ممکن است تداوی نگهدارنده با مسدود کننده های گیرنده هیستامین نوع دو و یا نهی کننده های پمپ پروتون ضرورت داشته باشد. عود مرض در این مریضان با قطع کامل دوا اجتناب ناپذیر است.^۸

ریفلاکس مقاوم به تداوی طبی

گروپی از مریضان باوجود اجرای کامل توصیه های غذایی و تداوی دوائی همچنان از ریفلاکس رنج میبرند. در این صورت بهتر است اندوسکوپی برای آنان انجام شود. در صورت مشاهده التهاب مری در اندوسکوپی احتمال آسیب مری ناشی از دواها، آبله جلدی همراه با درگیری مری، مرض زولینجر الیسون، مقاومت دوائی و ازوفجایتس ائوزینوفیلی وجود دارد. در صورت عدم مشاهده ضایعات التهابی مری در اندوسکوپی، پایش pH مری برای آنان انجام میشود. اگر این بررسی نیز از نظر ریفلاکس منفی باشد باید به همزمانی وجود اختلالات غیر ساختاری شک کرد.

تداوی جراحی

تداوی جراحی انتی ریفلاکس باعث کاهش ریفلاکس معده به مری با افزایش فشار پایه اسفنکتر تحتانی مری و کاهش دوره‌های شل شدن موقت اسفنکتر تحتانی میشود. امروزه عمل جراحی ریفلاکس به صورت لاپاراسکوپیک انجام میگردد. عمل جراحی در موارد زیر توصیه میشود:

الف) مریضان با علایم کلاسیک یا غیر کلاسیک ریفلاکس که به خوبی با نهمی کننده‌های پمپ پروتون کنترل میشوند؛ لکن مریض به علت عدم تحمل دوا یا ترس از عوارض مصرف طولانی مدت دوا از مصرف دوا خودداری میکند.

ب) مریضان با برگشت حجیم غذا و علایم ریوی که با نهمی کننده‌های پمپ پروتون کنترل نمیشوند.

مریضانی که به تداوی نهمی کننده‌های پمپ پروتون مقاوم هستند ممکن است علل دیگری برای وجود علایم مقاوم در آنها وجود داشته باشد که از این عوامل میتوان از ازوفجایتس ناشی از دوا، اختلال تخلیه معده یا سوزش پشت جناغ سینه غیر ساختاری میتوان نام برد و آنها را به دقت مورد بررسی قرار داد؛ زیرا ممکن است این افراد به تداوی جراحی نیز پاسخ ندهند. قبل از عمل جراحی، انجام اندوسکوپي ضروری میباشد تا تنگی پپتیک، مری‌بارت، یا سرطان مری رد شود. عکس برداری مری با باریوم ممکن است در تشخیص فتق سوراخ مری از دیافراگم غیر قابل اصلاح کمک کننده باشد.

انجام مانومتری مری نیز قبل از عمل جراحی ضرورت دارد تا اختلالات حرکتی مری، آسالاژی تشخیص داده نشده یا اسکرودرمی مشخص شوند؛ زیرا در صورت وجود این موارد، تداوی جراحی مؤثر نیست.

پایش ۲۴ ساعته pH در مریضان با ریفلاکس بدون ازوفجایتس یا آنهایی که ازوفجایتس در اندوسکوپي مشهود است؛ لیکن پاسخ به تداوی نهمی کننده‌های پمپ پروتون نمیدهند، باید انجام شود تا تشخیص ریفلاکس قبل از عمل جراحی تأیید گردد. همچنین مطالعات تخلیه معده ممکن است در بعضی از مریضان خاص قبل از جراحی لازم باشد. تداوی جراحی انتی ریفلاکس، علایم مریض را تسکین بخشیده و نیاز به توسع دادن مری برای تنگی پپتیک را در بیش از ۹۰ درصد مریضان کاهش میدهد. با انجام عمل جراحی، مری‌بارت به ندرت پسرفت میکند و احتمال ایجاد سرطان غیر قابل تغییر

میمانند. مرگ و میر ناشی از عمل جراحی کمتر از ۱ درصد است؛ اما عوارض بعد از عمل جراحی، در ۲۵ درصد مریضان ایجاد میشود که شامل دشواری در بلع، احتباس گاز، اسهال و افزایش گاز امعا میباشد. بیشتر این علایم در طی یک سال بهبود می یابند.^۹

تداویهای اندوسکوپیک

یکی از این روشها کاربرد رادیوفرکونسی برای ناحیه اسفنکتر تحتانی مری میباشد. انرژی حرارتی از طریق یک لوله ۴ مجرای و ۴ الکتروود سوزنی به اسفنکتر تحتانی مری منتقل میشود. روش بخیه زدن از طریق اندوسکوپ نیز برای کاهش ریفلاکس به کار رفته است. این روش با دستگاه پلیکاتور و بخیه زدن ناحیه اسفنکتر تحتانی مری از طریق اندوسکوپ انجام میشود و با کوچک کردن اسفنکتر تحتانی مری سبب کاهش علایم ریفلاکس میشود.

این روشها موجب کاهش دوره های گذری شل شدن اسفنکتر تحتانی مری میشوند و محل اتصال مری به معده را تنگ مینمایند. روش رادیوفرکونسی ممکن است باعث کاهش حساسیت مری به اسید شود؛ لیکن در این روش فشار اسفنکتر تحتانی مری بدون تغییر میماند. بهترین نتایج بعد از یک سال برای رادیوفرکونسی گزارش شده است و تقریباً ۷۰ درصد مریضان یا این تداویها قادر به قطع دوا بوده اند. تکنیک بخیه زدن از طریق اندوسکوپ با دستگاه پلیکاتور نتایج ضعیفی داشته است و کمتر از ۲۵ درصد مریضان بعد از دو سال قادر به قطع دوا بوده اند.

مناقشه

یک تناقض همیشگی در مریضی ریفلاکس معده به مری، وجود نداشتن ارتباط قطعی بین علایم مریض و یافته های اندوسکوپیک مریضی است. در یک مطالعه جمعیتی در مورد اندوسکوپیک که در آن ۱۰۰۰ نفر از ساکنان اروپای شمالی به طور تصادفی شده انتخاب شده بودند، شیوع مری بارت ۶/۱ و ازوفجایتس ۵/۱۵ بود. با این حال، فقط ۴۰٪ از افرادی که مری بارت داشته و یک سوم از آنهايي که ازوفجایتس داشتند، علایم ریفلاکس را گزارش کردند. برعکس، دو سوم از مریضانی که از علایم ریفلاکس شکایت داشتند، اصلاً دچار ازوفجایتس نبودند. علاوه بر این، هر چند ریفلاکس معده به مری شایع ترین علت سوزش سردل است، سایر اختلالات (برای مثال آشالازی و ازوفجایتس اتوزینوفیلیک) نیز ممکن است عامل سوزش سردل باشند یا در ایجاد آن نقش داشته باشند.

علایم اصلی این مرض، سوزش پشت جناغ سینه و احساس برگشت اسید میباشد. در اکثر مریضان

در هنگام اندوسکوپی نسج پوششی مری طبیعی به نظر میرسد؛ در حالی که در تعداد کمی از مریضان در اندوسکوپی التهاب و آسیب نسج پوششی مری مشاهده میشود؛ ولی مرض گاهی به صورت علایم امراض خارج مری مانند درد قفسه سینه (نظیر مرض قلبی)، علایم ریوی (مانند استما و سرفه مزمن)، علایم مرض حنجره (مثل گرفتگی و خشونت صدا) و یا اختلالات خواب خود را نشان میدهد.

نتیجه نهایی

مریضان ریفلاکس با مشخصات زیر باید به متخصص مراجعه نمایند:

- تشدید علایم و مقاومت به تداوی طبی؛
 - اختلال در بلع مواد غذایی و گیر کردن غذا؛
 - کاهش وزن؛
 - سن بالاتر از ۴۵ سال؛
 - کم خونی؛
 - سابقه امراض خبیث مری و معده در خانواده؛
 - استفراغهای مکرر؛
 - وجود خونریزی هضمی به صورت استفراغ خونی یا مدفوع قیری رنگ.
- عاقبت مرض با تداوی دوائی بسیار خوب است و در صورت تنظیم درست میزان دوا کیفیت زندگی به نحو چشمگیری به میزان مطلوب رسیده و عوارض مرض کاهش می یابد.
- عدم رعایت رژیم غذایی و تداوی دوائی در دراز مدت میتواند، باعث تغییراتی در حجات ناحیه پایین مری شود که در نهایت میتواند زمینه ساز ایجاد سرطان مری میگردد؛ ولی خوشبختانه این عارضه شایع نمیشود.

توصیه ها

- ♦ استرس و فشارهای عصبی یکی از عوامل تسریع کننده عود بیماری است.
- ♦ عدم مصرف خودسرانه دارو و خصوصاً شربت انتی اسید که تنها اثر تسکینی دارد.
- ♦ کاهش حجم مصرف غذا در هر وعده غذایی به نحوی که معده کاملاً پر نشود.
- ♦ دراز نکشیدن به مدت چند ساعت بعد از خوردن غذا تا معده از غذا خالی شود.
- ♦ پرهیز از محکم بستن کمر و پوشیدن لباسهای تنگ که فشار بیشتری بر معده وارد میکند.

♦ کم کردن وزن اضافی، اضافه وزن میتواند فشار بیشتری بر معده وارد کند و منجر به ریفلاکس شود.

♦ در مریضان با بیش از ۱۰ سال ریفلاکس مزمن حتی اگر علائم مریض کنترل باشد، اندوسکوپی به منظور شناسایی مری بارت توصیه میشود.

References

- 1-Ahuja, V., Lassen, L., & Yenchen, M. (1999, September). Head and neck manifestations of gastroesophageal reflux disease. *American Family Physician*, 60, 873-86.
- 2-Boone, D.R. & MacFarlane, S. (2000). *The voice and voice therapy* (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon
- 3-Division of Speech and Hearing Sciences at the University of North Carolina. Gastroesophageal reflux disease. Retrieved on April 1, 2003, from <http://www.unc.edu/~chooper/classes/voice/webtherapy/gerd/Voice.html>
- 4-Greater Baltimore Medical Center. Reflux changes to the larynx.. Retrieved on April 1, 2003, from <http://www.gbmc.org/voice/refluxchanges.cfm>
- 5-Scripps Center for Voice and Swallowing. Gastroesophageal reflux disease. Retrived on April 1, 2003, from <http://scripps.org/print/printfriendly-article.htm>
- 6-Ahuja, V., Lassen, L., & Yench, M. (1999, September). Head and neck manifestations of gastroesophageal reflux disease. *American Family Physician*, 60, 873-86.
- 7-Center for Voice Disorders of Wake Forest University. Sheet on reflux. Retrieved on March 29, 2003, from http://bgsm.edu/voice/pt_info.html
- 8-Center for Voice Disorders of Wake Forest University. Reflux and voice disorders. Retrieved on March 29, 2003, from <http://www.bgsm.edu/voice/reflux.html>