

برگشت محتویات معدة به مری (GERD)

دکتر امید غلامی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی

■ نکات کلیدی

- ۱ - بیماری GERD می‌تواند به سه زیرگروه تقسیم شود: التهاب مری زخم شونده (erosive) بیماری رفلاکس غیرزخم‌شونده و مری Barrett
- ۲ - بیماران مبتلا به GERD می‌توانند علائم را به صورت معمول و غیرمعمول و پیچیده نشان دهند.
- ۳ - بیماران با علائم معمول غیرپیچیده رفلاکس (سوزش سردل و ...) معمولاً نیاز به ارزیابی تهاجمی ندارند.
- ۴ - اهداف درمانی GERD بهبود علائم، کاهش دفعات بازگشت بیماری، التیام آسیب مخاطی و پیشگیری از پیچیده شدن بیماری است.
- ۵ - درمان GERD شامل یک یا بیش از یک مورد از موارد زیر است:
 - تغییر شیوه زندگی و درمان بر مبنای بیمار
 - تداخلات دارماتولوژیکی ابتدا با داروهای مهارکننده ترشح اسید
 - جراحی ضدرفلاکس
 - درمان‌های آندوسکوپیکی
- ۶ - درمان مهار ترشح اسید اساس درمان GERD است و باید برای افرادی که به تغییرات

- ۱ - بیماری GERD می‌تواند به سه زیرگروه تقسیم شود: التهاب مری زخم شونده (erosive) بیماری رفلاکس غیرزخم‌شونده و مری Barrett
- ۲ - بیماران مبتلا به GERD می‌توانند علائم را به صورت معمول و غیرمعمول و پیچیده نشان دهند.
- ۳ - بیماران با علائم معمول غیرپیچیده رفلاکس (سوزش سردل و ...) معمولاً نیاز به ارزیابی تهاجمی ندارند.
- ۴ - اهداف درمانی GERD بهبود علائم، کاهش

جدول ۱ - علایم بالینی GERD

الف - علایم تیپیک (معمول)
سوزش سردل علامت اصلی GERD است و عموماً به صورت احساس گرمی یا سوزش زیر ناحیه جناغ بیان می شود که از ناحیه شکم بالا می آید و می تواند به گردن تیر بکشد. ادامه بیماری می تواند به صورت کاهش یا بندگی یا افزایش یابنده باشد.
علایم بعد از مصرف غذای چرب، وقتی فرد خم می شود یا دراز می کشد بدتر می شوند.
علایم دیگر شامل افزایش ترشح بزاق و آروغ زدن است.
ب - علایم آتیپیک (غیرمعمول)
علایم آتیپیک شامل آسم غیر آلرژیک، سرفه مزمن، گرفتگی صدا، گلودرد، درد قفسه سینه و ضایعات دندانی است.
در برخی موارد، این علایم خارج مری، می تواند تنها تظاهر بیماری باشد و لذا تشخیص GERD را به عنوان عامل مسبب آن مشکل سازد خصوصاً اگر بررسی های اندوسکوپی نرمال باشد.
مهم است که علایم GERD را از سایر بیماری ها افتراق دهیم خصوصاً وقتی که درد قفسه سینه یا علایم ریوی وجود داشته باشد.
ج - علایم پیچیده شده
شامل درد مداوم، سوهاضمه (بلع همراه با مشکل)، odynophagia (بلع همراه با درد)، خونریزی، کاهش وزن غیر قابل توجیه، و حس خفگی
این علایم می توان نشان دهنده پیچیده گی های GERD مانند مری Barrett، تنگی مری یا سرطان مری باشد.

شیوه زندگی و درمان بر مبنای بیمار بعد از ۲ هفته جواب نمی دهند انجام شود.

۷ - جراحی ضدرفلاکس یا درمان های اندوسکوپی، درمان جایگزین برای GERD راجعه یا زمانی که درمان های فارماکولوژیک جواب نمی دهند است.

۸ - بسیاری از بیماران مبتلا به GERD در صورت قطع ناگهانی دارو دچار عود بیماری می شوند و لذا درمان نگهدارنده در این بیماران ضروری است.

۹ - بررسی داروهای مصرفی بیمار جهت مشخص کردن داروهایی که می توانند GERD را بدتر کنند.

■ اپیدمیولوژی و پاتوفیزیولوژی

برگشت محتویات معده به مری نزدیک ترین تشخیص مشکل گوارشی بیان شده برای بیماران سرپایی است. در ایالات متحده، تخمین زده می شود که ۲۰-۱۴ درصد بالغین به این گرفتاری مبتلا هستند. البته این برآورد یک تخمین خوشبینانه است، چرا که تشخیص بیماری خیلی مبهم و مشکل است و نیز این تخمین ها براساس موارد سوزش سردل مزمن گزارش شده از سوی بیمار می باشد. مفهوم بیماری عبارت است از «شرایطی که در نتیجه بازگشت محتویات معده ایجاد شده و سبب بروز علایمی می شود (مانند حداقل ۲ مرتبه سوزش سردل در هفته) و یا عوارض آن». چندین علامت بیماری نامرتبط با مری نیز شناخته شده است، مانند لارنژیت و سرفه (جدول ۱). در ناحیه مری طیف آسیب ها به صورت التهاب

در حالی که فقط ۴۰ درصد بیماران مری Barrett و یک سوم بیماران ازوفاژیت علایم رفلاکس را داشتند. متقابلاً دو سوم بیمارانی که علایم رفلاکس را داشتند مبتلا به ازوفاژیت نبودند. به علاوه، در حالی که بازگشت محتویات معده به مری شایع‌ترین عامل سوزش سردل است، سایر بیماری‌ها (مانند آسالاژی وازوفاژیت اتوزینوفیلیک) نیز می‌توانند سبب سوزش سردل شوند.

■ تشخیص GERD

زمانی که علایم GERD مشخص و معلوم است و بیمار به درمان پاسخ می‌دهد، نیاز به تست تشخیص نیست. در عین حال دلایل عادی جهت تست تشخیصی عبارتند از رفع احتمال تشخیص اشتباه، تشخیص عوارض بیماری (شامل تنگی، متاپلازی Barrett و آدنوکارسینوما) و تعیین علل شکست درمان. تشخیص‌های جایگزین مهم که باید مدنظر داشت عبارتند از بیماری عروق کرونر، سنگ صفرا، سرطان معده یا مری، پپتیک اولسر، اختلال حرکات مری و ازوفاژیت اتوزینوفیلیک. اندوسکوپی بسیاری از این احتمالات را قطعی می‌کند، با توجه به این که ارزیابی جهت علل قلبی بالقوه که می‌تواند همین علایم را بروز دهد باید مقدم باشد. به علاوه اندوسکوپیست باید نمونه‌برداری از بیوپسی مری یا معده را جهت بررسی تشخیص‌های جایگزین مانند ازوفاژیت اتوزینوفیلیک و گاستریت (ورم معده) H.pylori نیز انجام دهد. علی‌رغم این که اندوسکوپی تست اولیه در بیمارانی است که مقاوم به درمان‌های تجربی هستند، بازده این تست در این افراد پایین است.

مری (ازوفاژیت)، تنگی، گسترش متاپلازی در محل اپی‌تلیوم نرمال، و آدنوکارسینوما است. از یک منظر خاص، شیوع افزایش یابنده آدنوکارسینومای مری، یک وضعیت اپیدمیولوژیک است که با افزایش شیوع این بیماری مرتبط است. حدود ۸۰۰۰ مورد آدنوکارسینومای مری در ایالات متحده در سال ۲۰۰۴ گزارش شده است که نشان دهنده افزایش ۲ تا ۶ برابری بار بیماری در طی ۲۰ سال گذشته است.

التهاب مری (ازوفاژیت) در نتیجه افزایش بازگشت اسید و پپسین رخ می‌دهد و به صورت نکروز لایه‌های سطحی مخاط مری است که به صورت خراش و زخم خود را نشان می‌دهد. اختلال کلیرانس مایع معده‌ای رفلاکس شده از مری سبب آسیب در بیماران می‌شود. در حالی که برخی از موارد بازگشت محتویات معده به مری نرمال است (مربوط به فرآیند آروغ زدن است). چندین عامل سبب ایجاد حالت پاتولوژیک می‌شوند مانند فتق، کاهش فشار اسفنگتر تحتانی مری، فقدان عملکرد پرستالتیک مری، چاقی ناحیه شکم، افزایش ظرفیت کانال hiatal، شرایط منجر به افزایش ترشح معده، تاخیر در تخلیه معده و پرخوری. اغلب چندین عامل خطر وجود دارد. وجود پارادوکس و تضاد در بیماری بازگشت محتویات معده به مری سبب ایجاد تطابق ناکافی بین علایم ناشی از شرایط بیماری و وضعیت اندوسکوپی بیماری می‌شود. در یک مطالعه اندوسکوپی جمعیتی که در آن ۱۰۰۰ نفر از جمعیت اروپای شمالی به صورت راندوم انتخاب شدند، شیوع مری Barrett، ۱/۶ درصد وازوفاژیت ۵/۵ درصد بود.

جدول ۲ - توصیه‌های تغذیه‌ای و شیوه زندگی جهت مبتلایان به بیماری GERD

اجتناب‌های تغذیه‌ای
a - غذاهایی که اسیدی یا محرک هستند: مرکبات، گوجه‌فرنگی، پیاز، نوشیدنی‌های گازدار، غذاهای تند
b - غذاهایی که سبب رفلاکس معدی می‌شوند: غذاهای چرب و سرخ کردنی، قهوه، چای و نوشابه‌های گازدار، شکلات، نعنا
شیوه زندگی
a - ترک سیگار
b - کاهش وزن برای بیماران چاق ($BMI=25.0-29.9$) یا خیلی چاق ($BMI>30$)
c - عدم مصرف الکل
علایم شبانه
a - اجتناب از خوردن در ۳ ساعت قبل خواب
b - بالا بودن سر هنگام خواب
علایم بعد از غذا خوردن
a - مصرف غذا با حجم کمتر و دفعات بیشتر
b - اجتناب از دراز کشیدن بعد از غذا خوردن
چاقی شکمی
a - اجتناب از پوشیدن لباس‌های تنگ

* توصیه‌های تعدیل تغذیه و شیوه زندگی براساس تجربیات بالینی یا در مواردی، مطالعات فیزیولوژیک کوچک که نشان دهنده موثر بودن است، ارائه شده مثلاً سبب کاهش فشار اسفنگتر مری می‌شود. این توصیه‌ها باید اختصاصاً بر مبنای شرایط بیمار باشد.

به خاطر ارتباط ضعیف بین علایم بیماری GERD وازوفازیت، برطرف شدن احتمالی ازوفازیت قبلی با درمان قدیمی و حساسیت پایین تست جهت تشخیص اختلالات حرکتی لوله گوارش. تست‌های فیزیولوژیک معمولاً نیاز نیست اما می‌توانند در بیماران انتخابی برای تشخیص اختلالات حرکتی گوارشی ظریف (مانومتري مری)، یا بررسی تماس نامتعارف مری با اسید مری در غیاب ازوفازیت (مانیتور نمودن PH) یا اخیراً جهت ارزیابی تماس مری با اسید و بررسی فرآیند رفلاکس بدون توجه به اسیدیتته جهت ارزیابی ارتباط با علایم بیماری (مانیتور PH - مقاومت ترکیبی) به کار روند.

■ درمان GERD

تعدیل شیوه زندگی

تعدیل نمودن شیوه زندگی جهت درمان بیماری GERD توصیه می‌شود. (جدول ۲) این موارد عبارتند از پرهیز از غذاهایی که فشار اسفنگتر تحتانی مری را کاهش داده و سبب رفلاکس می‌شوند، محدود کردن غذاهای اسیدی که ذاتاً محرک هستند، و رفتارهایی که رفلاکس یا سوزش سردل را کاهش دهند. علیرغم این که مطالعاتی که اثر بالینی تغذیه یا تغییرات رفتاری را بررسی کنند وجود ندارد، اما تجربیات بالینی نشان می‌دهد که بیماران خاص می‌توانند از موارد خاص سود ببرند. به‌عنوان مثال، بیمارانی که به‌دلیل سوزش سردل شبانه دچار اختلالات خواب هستند ممکن است از افزایش ارتفاع بالش در هنگام خواب سود ببرند. اما این توصیه برای بیمارانی که این مشکل شبانه را ندارند می‌تواند غیرمفید باشد.

در بیماران مبتلا به GERD است (جدول ۳). کاهش اسیدیته شیره معده علایم رفلاکس را بهبود بخشیده و سبب بهبودی ازوفاژیت می‌شود. یافته‌های مطالعات مختلف نشان می‌دهد که میزان بهبودی ازوفاژیت مستقیماً وابسته به قدرت اثر داروی ضدترشح اسیدمعده است (جدول ۴). در یک مطالعه متآنالیز بزرگ از ۱۳۶ مطالعه راندوم و کنترل شده (RCT) از ۳۵۹۷۸ بیمار

کاهش وزن به‌طور معمول باید به بیماران چاق توصیه شود، چرا که رابطه مستقیمی بین افزایش نمایه توده بدن (BMI) و بروز علایم دیده شده است.

■ درمان دارویی

داده‌های زیادی از مطالعات راندوم وجود دارد که نشان دهنده مفید بودن مهار ترشح اسید معده

جدول ۳ - مهارکننده‌های ترشح اسید معده که توسط انجمن غذا و دارو* (FDA) تایید شده است.

شایع‌ترین عوارض جانبی	دوز استاندارد +	نام تجاری	نام ژنریک
	آنتاگونیست رسپتور هیستامین ۲ (H ₂ RAs)		
سردرد اسهال سرگیجه خستگی گیجی	400mg دو بار در روز	Tegamet	سامیتیدین
	20mg دو بار در روز	Pepcid	فاموتیدین
	150mg دو بار در روز	Axid	نیزاتیدین
	150mg دو بار در روز	Zantac	رانی‌تیدین
	مهارکننده پمپ پروتون (PPT's)		
سردرد اسهال یبوست دردشکمی	20mg روزانه	Prilosec	امپرازول
	40mg روزانه	Protonix	پانتوپرازول
	40mg روزانه	Nexium	اس - اومپرازول
	30mg روزانه	Prevacid	لانزوپرازول
	20mg روزانه	Aciphex	رهبپرازول

* بر مبنای ایمن بودن در طی حاملگی یا شیردهی، امپرازول در گروه C (عدم مطالعه کافی یا عوارض جنینی در حیوانات) و سایر داروها در گروه B قرار دارند (مطالعات حیوانی هیچ خطری را نشان ندادند). مطالعات انسانی وجود ندارد).
+ تمام دوزها برای آنتاگونیست‌های رسپتور H₂ یا مهارکننده‌های پمپ پروتون در درمان ازوفاژیت توسط FDA تایید شده است.

جدول ۴ - شیوه درمانی GERD (ادامه دارد)

توضیحات	رژیم درمانی توصیه شده	علائم بالینی بیمار
<p>■ شروع تغییرات در شیوه زندگی و ادامه آن در طول دوره درمان</p> <p>■ اگر علائم بعد از تعدیل شیوه زندگی و درمان با داروهای OTC بعد از ۲ هفته برطرف نشد، درمان با دوز استاندارد مهارکننده ترشح اسید شروع شود.</p>	<p>a - بهبود شیوه زندگی به علاوه:</p>	<p>الف - سوزش سردل خفیف و گاه گاه</p>
	<p>b - ضداسید</p> <p>■ منیزیم / آلومینیوم هیدروکساید 30ml بعد از غذا و هنگام خواب(در صورت نیاز)</p> <p>■ آنتی اسید / آلزینیک اسید ۲ قرص یا 15ml بعد از غذا و یا هنگام خواب</p>	
	<p>c - درمان براساس بیمار</p> <p>■ H₂RA بدون نیاز به نسخه (OTC) (هر یک تا ۲ بار در روز)</p> <p>■ سایمتیدین 200mg، رانیتیدین 75mg</p> <p>■ فاموتیدین 10mg، نیزاتیدین 75mg امپرازول 20mg</p>	
<p>■ برای علائم تبییک، درمان تجربی با دوز استاندارد مهارکننده ترشح اسید</p> <p>■ GERD خفیف معمولاً با H₂RA به طور موثر درمان می شود. بیماران با علائم متوسط تا شدید باید PPI برای شروع درمان دریافت کنند.</p> <p>■ اگر علائم مکرراً بازگشت نمایند، درمان نگهدارنده با حداقل دوز موثر انجام شود.</p> <p>■ اغلب بیماران نیاز به دوز استاندارد برای درمان نگهدارنده دارند.</p>	<p>a - بهبود شیوه زندگی به علاوه</p>	<p>ب - GERD علامت دار</p>
	<p>b - درمان مهار ترشح اسید با دوز استاندارد</p> <p>■ H₂RA (دوبار در روز) برای ۱۲-۶ هفته</p> <p>■ سایمتیدین 400mg، فاموتیدین 20mg، نیزاتیدین یا رانیتیدین 150mg</p> <p>■ PPI (یک بار در روز) ۴ تا ۸ هفته</p> <p>■ اس - اومپرازول 20mg / امپرازول 20mg</p> <p>■ لانزوپرازول 15-30mg</p> <p>■ پانتوپرازول 40mg / رابپرازول 20mg</p> <p>■ رابپرازول 20mg</p>	

جدول ۴ - شیوه درمانی GERD (ادامه دارد)

توضیحات	رژیم درمانی توصیه شده	علائم بالینی بیمار
<ul style="list-style-type: none"> ■ برای علائم آنتیپیک PPI یا H₂RA را امتحان کنید. ■ اگر علائم برطرف شد درمان نگهدارنده انجام دهید. ■ PPI موثرترین درمان نگهدارنده در بیماران با علائم آنتیپیک، پیچیده یا erosive است. ■ بیمارانی که به درمان مهار ترشح اسید پاسخ نمی‌دهند و آن‌هایی که علائم آنتیپیک دارند، کاندیدای جراحی ضدرفلاکس یا درمان اندوسکوپی هستند. 	<p>a - تعدیل شیوه زندگی به‌علاوه:</p> <p>b - PPI (یک - دو بار در روز) ۴-۱۶ هفته اس - اومپرازول 20-40mg لانزوپرازول 30mg امپرازول 20mg رابپرازول 20mg پانتوپرازول 40mg</p>	<p>ج - درمان ازوفازیت زخم شده (erosive) درمان علائم متوسط تا شدید یا پیچیده‌گی‌ها</p>

گاهی به‌صورت تجربی تجویز می‌شود به اندازه کافی وجود ندارد.

پاسخ سوزش سردل به درمان‌های مختلف نسبت به ازوفازیت کمتر قابل پیش‌بینی است. علیرغم این‌که مطالعات در مورد ازوفازیت پیشنهاد می‌کنند که مهارکننده‌های پمپ پروتون بر مهارکننده‌های H₂ ارجح هستند و هر دو در درمان سوزش سردل بر پلاسبو برتری دارند، اما مشاهده شده که میزان اثربخشی برای سوزش سردل کمتر از ازوفازیت است و در مطالعات مختلف متفاوت است. این تفاوت‌ها احتمالاً به واسطه تفاوت جمعیت‌های مورد مطالعه بوده و این حقیقت که معیار درمان در اغلب مطالعات مهارکننده‌های پمپ پروتون بهبودی کامل علائم نسبت به بهبودی واقعی بیماری بوده است. اثر مهارکننده‌های پمپ پروتون در مقایسه با پلاسبو برای درمان ازوفازیت (۹۰ درصد در برابر

مبتلا به ازوفازیت، میزان بهبودی بیمارانی که با مهارکننده‌های پمپ پروتون درمان شدند (۸۳ درصد) بیشتر از آن‌هایی است که با آنتاگونیست رسپتور هیستامین (بلوکر H₂) (۵۲ درصد) درمان شده‌اند. و هر دو بیشتر از پلاسبو (۸ درصد) بود. در تمام مطالعات از آنتی‌اسید جهت بهبود علائم استفاده شد. تفاوت اساسی از نظر اثربخشی بین مهارکننده‌های پمپ پروتون در دوزهای استاندارد دیده نشد. میزان بهبودی ازوفازیت در حالت استفاده از دوز دو برابر دوز استاندارد مهارکننده پمپ پروتون (نسبت به دوز یک بار در روز) کم ولی معنادار بود: حدود ۲۵ بیمار با این رژیم درمانی نیاز به درمان داشتند تا یک بیمار سود ببرد. داده‌های حاصل از مطالعات بالینی در مورد اثربخشی دوز دو برابر مهارکننده‌های پمپ پروتون به‌صورت رژیم دو بار در روز برای بهبودی علائم، همان‌گونه که

۱۵ درصد) همیشه بزرگتر از بهبودی کامل سوزش سردل در مطالعات مشابه (۴۰ درصد در برابر ۱۵ درصد) بوده است.

علایم رفلاکس چه در حضور یا در غیاب ازوفازیت مزمن است. داده‌های مطالعات کنترل شده برای مدت ۶ تا ۱۲ ماه نشان داد که مصرف مداوم مهارکننده‌های پمپ پروتون از عود ازوفازیت جلوگیری می‌کند و سبب حفظ بهبودی علایم می‌شود. در یک مطالعه مشاهده‌ای کنترل نشده نشان داده شد که اثر پیوسته مهارکننده‌های پمپ پروتون در حفظ بهبودی ازوفازیت تا ۱۱ سال به طول می‌انجامد. لذا، یک استراتژی معمول درمان، درمان با مهارکننده‌های پمپ پروتون یا مهارکننده‌های H_2 در صورت نیاز جهت کنترل علایم است. اضافه کردن یک مهارکننده H_2 قبل از خواب به رژیم دو بار در روز مهارکننده‌های پمپ پروتون براساس یک مطالعه فارماکودینامیک نشان‌دهنده مهار بیشتر ترشح اسید شبانه بوده است. این مطالعه البته با مطالعات دیگری که به صورت بالینی انجام شد تایید نگردید، و نیز داده‌های فارماکودینامیک دیگر نشان‌دهنده ایجاد تاکیفیلاکسی سریع به اثرات مهارکننده‌های H_2 بوده است.

شایع‌ترین عوارض مهارکننده‌های پمپ پروتون سردرد، اسهال، یبوست و دردشکم است. اگرچه در مطالعات بالینی این علایم با مهارکننده‌های پمپ پروتون به‌طور معناداری شایع‌تر از پلاسبو نبودند، اما در برخی بیماران ثابت شده هستند. خطرات بالقوه مصرف درازمدت مهارکننده‌های پمپ پروتون شامل هایپرگاسترینمی ثانویه،

اختلال در جذب و هایپوکلرهدری است. این خطرات اساساً به‌صورت تئوریک ایجاد می‌شوند اما مطالعات اپیدمیولوژیک بزرگ و بر پایه جامعه نشان داده که مصرف درازمدت مهارکننده‌های پمپ پروتون همراه با افزایش خطر شکستگی استخوان هیپ در بیماران مسن بالای ۵۰ سال (احتمالاً به علت اختلال در جذب کلسیم)، افزایش خطر عفونت مجاری گوارشی، و دو برابر شدن خطر کولیت (*Clostridium difficile*) است. این داروها جهت مصرف در حاملگی در گروه C (امپرازول) یا گروه B (مهارکننده‌های H_2 و دیگر مهارکننده‌های پمپ پروتون) قرار دارند. داده‌های حاصل از مصرف اتفاقی مهارکننده‌های پمپ پروتون در طول حاملگی، در مقایسه با گروه کنترل، هیچ‌گونه افزایشی را در خطر بروز نقایص مادرزادی نشان نداد.

■ جراحی

جراحی fundoplication، که در این حالت بخش پروگزیمال معده به دور دیستال مری پیچیده می‌شود و یک سد ضدرفلاکس را ایجاد می‌کند، یک شیوه درمانی جایگزین جهت بیماری بازگشت محتویات معده به مری است. بعد از ابداع شیوه لاپاروسکوپی در ۱۹۹۱، میزان fundoplication که سالانه در بالغین در ایالات متحده تا سال ۱۹۹۹ سه برابر شده بود (بیش از ۳۰۰۰۰ مورد) به تدریج کاهش یافت. نتایج کمتر از حدانتظار شامل نارضایتی بیمار، می‌تواند توضیح‌دهنده این روند باشد.

شواهد تاییدکننده موثرتر بودن fundoplication

GERD مبهم و نامشخص هستند و همچنین جهت ارزیابی این که آیا علائم خارج مری، مانند لارنژیت و سرفه مزمن قابل استناد به رفلاکس هستند یا نه، به علاوه در مورد مزایا و خطرات درمان مداوم مهار ترشح اسید و میزان صحیح و معمول مهار اسید نیز عدم قطعیت وجود دارد.

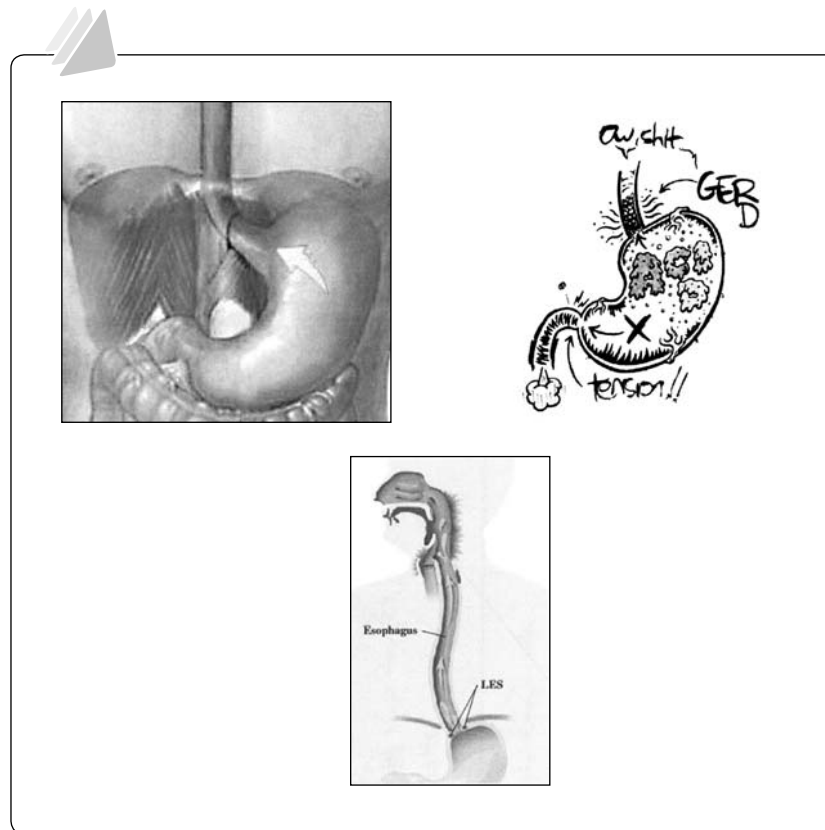
■ اصول راهنمای درمان GERD از انجمن‌های حرفه‌ای

اصول راهنمای درمان بیماری بازگشت محتویات معده به مری GERD در بالغین توسط کالج آمریکایی گاستروانترولوژی، انجمن کانادایی گاستروانترولوژی و انستیتو آمریکایی گاستروانترولوژی منتشر می‌شود. این اصول راهنما در مواردی که شواهد قوی وجود دارند خیلی به هم نزدیکند. خصوصاً در مورد استفاده از درمان‌های ضدترشح اسید معده جهت درمان ازوفازیت یا سوزش سردل، که در جدول ۴ خلاصه شده است. به طور مشابه، این راهنماها معتقدند که سوهاضمه باید با روش اندوسکوپی ارزیابی شود. بزرگترین اختلاف نظر بین این اصول راهنما در مورد توصیه جهت یا علیه اندوسکوپی برای تشخیص علائم مزمن بیماری GERD با هدف تشخیص مری Barrett و در نتیجه کاهش خطر آدنوکارسینومای مری است. اصول راهنمای کانادایی از روش اندوسکوپی حمایت نمی‌کند و اشاره می‌کند که با این روش «نشان داده نشده که میزان مرگ و میر ناشی از آدنوکارسینومای مری کاهش می‌یابد». موضع‌گیری انستیتو آمریکایی گاستروانترولوژی عبارتست از این که شواهد کافی له یا علیه اندوسکوپی برای تشخیص مری Barrett

در درمان ازوفازیت نسبت به علائم رفلاکس هستند. در یک مطالعه ۷ سال پیگیری بیماران مبتلا به ازوفازیت که به صورت راندوم درمان با امپرازول مداوم (۲۰ تا ۶۰ میلی‌گرم روزانه) یا fundoplication دریافت کرده بودند، میزان ازوفازیت راجعه در هر دو گروه مشابه بود (به ترتیب ۱۰/۳ درصد و ۱۱/۸ درصد). در مطالعاتی که ارزیابی علائم محدود به کنترل سوزش سردل و بازگشت اسید در بیماران مبتلا به ازوفازیت بود، میزان بهبودی در گروه جراحی، در مقایسه با درمان با مهارکننده‌های پمپ پروتون بهتر بود. البته مزایای بالقوه جراحی باید در برابر اثرات مضر آن سنجیده و ارزیابی شود. این عوامل عبارتند از خطرات ذاتی که همواره همراه جراحی وجود دارد، نیاز مکرر به جراحی مجدد، خطر سوهاضمه شدید (حدود ۶ درصد)، افزایش نفخ شکم، عدم توانایی آروغ زدن، افزایش علائم روده‌ای (مانند اسهال، نفخ، دردشکمی و یبوست). میزان نیاز به جراحی مجدد به دلیل اختلال یا عوارض بیش از ۷ درصد در طی ۱ تا ۲ سال است. بیش از ۶۰ درصد بیماران که تحت این جراحی قرار گرفتند مصرف دارو را برای کنترل علائم رفلاکس به مدت ۱۰ تا ۱۲ سال بعد از جراحی ادامه دادند. پیگیری بیماران که درمان دارویی را در مقایسه با جراحی دریافت کردند، نشان داد که تفاوت معناداری در بروز مری Barrett یا در شیوع آدنوکارسینوما نداشتند (حدود کمتر از ۰/۰۱ درصد در سال).

■ محدوده‌های عدم قطعیت

معیارهای معمول جهت تشخیص بیماری



شکل ۱ - تصاویر مرتبط با مقاله GERD

یا کاهش خطر آدنوکارسینومای مری وجود ندارد. در مقابل، کالچ آمریکایی گاستروانترولوژی پیشنهاد می‌کند استفاده از اندوسکوپی در بیماران با علائم «پیشنهادکننده بیماری پیچیده شده (سوهاضمه درد هنگام بلع، خونریزی، کاهش وزن، یا آنمی) آنهایی که در معرض خطر مری Barrett هستند یا زمانی که بیمار و پزشک احساس می‌کنند اندوسکوپی می‌تواند مفید باشد، قابل انجام است.

(شرایطی که شامل تمام جمعیت بیماران مبتلا به GERD می‌شود).

■ نتیجه‌گیری و پیشنهادات

تجربیات بالینی پیشنهاد می‌کند تغییر در رژیم غذایی به‌خصوص اگر مواد غذایی خاصی وجود داشته باشد (قهوه، شکلات، یا غذاهای چرب) می‌تواند مفید باشد و نیز تغییر در شیوه زندگی

شامل کاهش وزن، حذف مصرف سیگار یا اجتناب از مصرف بیش از حد الکل (در صورت مصرف) البته تصحیح شیوه زندگی به تنهایی در حذف علائم موثر نیست.

همچنین درمان با مهارکننده پمپ پروتون و نیز نیاز احتمالی به درمان نگهدارنده برای بیمار با سابقه طولانی علائم توصیه می‌شود. در این مورد، بعد از ۸ تا ۱۲ هفته تجویز دوز استاندارد مهارکننده پمپ پروتون، توصیه می‌شود که دوز دارو به تدریج کم شود تا حداقل دوزی که به طور رضایتبخش علائم سوزش سردل را کنترل کند. هدف معقول، کنترل ۸۰ درصد علائم است. بیماران، اغلب تا زمانی که علائم ناشی از مصرف بیش از حد دارو شروع شود به درمان ادامه می‌دهند. در مواردی علائم به صورت ناگهانی بروز می‌کند که می‌توان با آنتی‌اسید آن را درمان کرد. به طور کلی مهارکننده‌های پمپ پروتون موثرتر از بلوکه کننده‌های H_2 هستند گروه دوم برای برخی بیماران مناسبند و برخی که درمان «در صورت نیاز» برای آن‌ها کافی است. سایر بیماران نیاز به درمان ۲ بار در روز با مهارکننده پمپ پروتون دارند؛ در این موارد دارو باید ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از صبحانه و شام مصرف شود. هیچ شاهدهی مبنی بر این که خطر آدنوکارسینومای مری با هر یک از این داروها یا جراحی کاهش می‌یابد وجود ندارد. بیمارانی که سوزش سردل آن‌ها به درمان دو بار در روز با مهارکننده پمپ پروتون جواب نمی‌دهد باید به پزشک متخصص ارجاع شوند. اگر بیمار علائم مربوط به عوارض مهارکننده‌های پمپ پروتون

شامل کاهش وزن، حذف مصرف سیگار یا اجتناب از مصرف بیش از حد الکل (در صورت مصرف) البته تصحیح شیوه زندگی به تنهایی در حذف علائم موثر نیست.

اغلب بعد از جراحی نیاز خواهد بود. باید بدانیم که اطلاعات موجود فقط در حد راهنمایی جهت استفاده از اندوسکوپی در بیماران مبتلا به GERD است. براساس اصول راهنمای موجود، این شیوه تشخیص به‌طور معمول در بیماران مبتلا به odynophagia (درد حین بلع) از دست دادن خون از دستگاه گوارش، آنمی یا سوهاضمه به کار می‌رود. اضطراب بیمار و ترجیح بر انجام این روش نیز می‌تواند مدنظر باشد. پاسخ به این سؤال که آیا برای ارزیابی سایر بیماران نیز استفاده شود، مبهم است و انجمن‌های تخصصی مختلف نظرات متضادی دارند. به‌طور معمول اندوسکوپی در بیمارانی که این شرایط را ندارند، و خطر اندکی برای سرطان مری در بیماران مبتلا به GERD دارند و مواردی که داده‌ها کافی جهت این که اندوسکوپی می‌تواند منجر به نتایج بهتر شود در دست نیست، توصیه نمی‌شود.

منابع

1. Kahrilas PJ. Gastroesophageal Reflux Disease N Engl J Med 2008; 359: 1700-1707.
2. Williams DB, Chisholm-Burns MA. GERD from pharmacotherapy; principles & practice; 2008: 257-268.