

سوزش سردل

« درمان‌های بدون نسخه »

دکتر امیرحسین عسگری^۱، نگار حاجی‌علی‌اکبری^۲
۱. دکتر داروساز، ۲. دانشجوی داروسازی شهید بهشتی

مری ایجاد کرده باشد. در مقابل، NERD^(۱) حالتی است که شخص از علائم GERD رنج می‌برد ولی هیچ‌گونه شواهد آندوسکوپی از آسیب به مری دیده نمی‌شود.

سوزش سردل، گاهی نیز همراه با سایر بیماری‌ها و علائم نظیر زخم معده یا هضم نشدن غذا بروز می‌کند.

□ اپیدمیولوژی

هرچند در ایران آماری از میزان شیوع این علائم در افراد گزارش نشده است اما تعداد افرادی که در هفته حداقل ۳ - ۲ بار این علائم را تجربه می‌کنند، زیاد است. این میزان در بین زنان باردار بسیار بالاتر است.

سوزش سردل یا سوزش زیر جناغ سینه (Heart burn) یک مشکل شایع در افراد است که در بسیاری موارد به صورت OTC درمان می‌شود. سوزش سردل یک علامت اصلی از بازگشت غذا از معده به مری (GERD)^(۱) است. این سوزش عموماً به صورت گرگرفتگی و اسپاسم از ناحیه زیر جناغ سینه به سمت گلو یا گردن توضیح داده می‌شود. علائم با شیوع کمتر شامل ترشح زیاد بزاق، احساس برجستگی در پشت گلو، سرفه، گرفتگی صدا و گلودرد است.

بازگشت غیرعادی محتویات معده به مری علاوه بر ایجاد علائم ایجاد صدمات در مری نیز می‌کند. ازوفازیت حالتی است که در آن بازگشت اسید و محتویات معده، آسیب بالینی قابل مشاهده‌ای روی

خون، مصرف داروهایی مانند تتوفیلین، نیترات‌ها، داروهای بلوک‌کننده کانال کلسیم، بنزودیازپین‌ها، ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای و آنتی‌کولینرژیک‌ها نیز می‌توانند سبب کاهش فشار LES و عملکرد فیزیولوژیک آن شوند. باید در نظر داشت که داروهایی همچون سولفات آهن، نمک‌های پتاسیم، آسپیرین، NSAIDها و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و آلدرونیست می‌توانند مستقیماً به مخاط مری آسیب برسانند.

از عوامل مستعدکننده دیگر می‌توان چاقی، افزایش دریافت چربی و کربوهیدرات و درمان هلیکوباکتر پیلوری را نام برد. هرچند که تاثیر این عوامل، به خصوص نقش محافظتی هلیکوباکتر به‌طور قطعی معلوم نشده است.

کاهش حرکات دستگاه گوارش، کاهش تولید بزاق که عامل رقیق‌کننده اسید و محتویات معده در مری است و تاخیر در تخلیه معده از دیگر عوامل زمینه‌ساز سوزش سردل هستند. این در حالی است که مخاط مری برخلاف مخاط معده نسبت به pH اسیدی، مقاومت ندارد و وقتی محتویات معده به همراه آنزیم‌های گوارشی به انتهای اعصاب حسی در مخاط مری می‌رسند، سوزش ایجاد شده تشدید می‌شود. برخلاف تصور کلی، غالباً میزان ترشح اسید معدی این افراد طبیعی است و تکرار دفعات ریفلاکس عامل اصلی ایجاد سوزش و التهاب در مری است. در صورتی که این محتویات به قسمت‌های بالاتر مثل دهان و حلق و حنجره برسند می‌توانند علایمی را در دستگاه تنفسی فوقانی ایجاد کنند.

جدول ۱ مواد غذایی و شیوه‌های زندگی و

شیوع علایم، طبق آنچه مطالعات نشان داده‌اند، در بین مردان از زنان بیشتر است. بیشترین سن درگیری ۵۹ - ۵۰ سال است که بعد از این دوره سنی، علایم به تدریج کاهش می‌یابد. GERD در آسیا، شیوع کمتری نسبت به اروپا و آمریکا دارد ولی شواهد حاکی از آن است که میزان آن در حال رشد چشمگیری است. شاید، علت شیوع کمتر، ژنتیک آسیایی باشد که نقش محافظتی دارد. به‌طوری که این نژاد سلول‌های پاریتال کوچک‌تر و ترشح اسید کمتری نسبت به سفیدپوستان یا تیره‌پوستان دارند. تغییر روش زندگی، بهبود وضعیت بهداشتی و درمان‌های رایج برای از بین بردن هلیکوباکتر پیلوری که می‌تواند یک عامل محافظتی باشد، از عوامل افزایش شیوع GERD در آسیاست.

□ پاتولوژی و ریسک فاکتورها

تاکنون علت واحدی برای سوزش سردل بیان نشده است. تصور می‌شود شلی‌گذرای اسفنکتر تحتانی مری (LES)^(۳) مکانیزم اصلی این اختلال باشد. این اسفنکتر در پاسخ به حرکات موجی مری شل شده، اجازه عبور غذا و مایعات و بزاق را می‌دهد.

طی دوره‌هایی گذرا، این اسفنکتر علی‌رغم عدم وجود حرکات موجی مری و یا عمل بلع، شل شده (TLOS^(۴)) و مری در معرض اسید قرار می‌گیرد. وقتی حملات TLOS^(۴) و بازگشت محتویات معده به مری زیاد تکرار شود می‌تواند سبب ایجاد علایم ریفلاکس شود.

افزایش فشار داخل حفره شکم، دراز کشیدن بعد از غذا، بارداری به‌علت سطح بالای پروژسترون در

ایسکمی قلبی را تقلید کند. تشخیص افتراقی بین این دو بسیار مهم است. در عین حال هر دو حالت با افزایش سن و کاهش فعالیت فیزیکی بدن تشدید می‌شود. از سوی دیگر، رفلاکس نیز می‌تواند باعث

داروهایی که باعث تشدید سوزش سر دل می‌شوند را نشان می‌دهد.

□ علائم بالینی و تشخیص

سوزش سر دل گاهی می‌تواند علائم بیماری

جدول ۱ - مواد غذایی، شیوه‌های زندگی و داروهایی که باعث تشدید سوزش سر دل می‌شوند

ریسک فاکتورها	مکانیسم
مواد غذایی	
الکل (اتانول)	کاهش تونیسیتته اسفنکتر تحتانی مری، تحریک موضعی، افزایش ترشح اسید
کافئین، شکلات، منتول	کاهش تونیسیتته اسفنکتر تحتانی مری
میوه‌های اسیدی، آبمیوه‌های اسیدی	تحریک موضعی
سیر و پیاز و غذاهای تند	افزایش ترشح اسید
غذاهای چرب	کاهش تخلیه معدی
روش زندگی	
چاقی - بارداری	افزایش فشار داخلی شکم
سیگار - تنباکو	کاهش تونیسیتته اسفنکتر تحتانی مری
استرس	از طریق کاستن زمان خواب از طریق بی‌نظم کردن زمان و میزان تغذیه
دراز کشیدن پس از غذا	کاهش تاثیر جاذبه بر هضم غذا
لباس‌های تنگ	افزایش فشار داخلی شکم
داروها	
آنتی‌کولینرژیک‌ها، بنزودیازپین‌ها، TCAها، بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم، پروژسترون	کاهش تونیسیتته اسفنکتر تحتانی مری
آسپیرین، بیسفسفونات‌ها، نمک‌های آهن، پتاسیم، تتراسیکلین‌ها، NSAIDها	تحریک موضعی
ضددردهای نارکوتیک	کاهش حرکات دستگاه گوارش

بروز علایم و کاهش درد و سوزش از طریق حذف عوامل ایجاد کننده یا تشدید کننده آنها است. هرگاه، دفعات بازگشت محتویات معده به مری زیاد باشد و مری به مدت طولانی در معرض اسید قرار گیرد، فرد با عوارضی همچون ازوفازیت شدید یا تنگی مری یا مری بارت (Barrett) مواجه خواهد شد. به خصوص وقتی که یک فتق هیاتال بزرگ در بالای دریچه وجود دارد می‌تواند زمینه‌ای برای بروز ازوفازیت را فراهم کند و در نهایت منجر به افزایش خطر بروز عوارض مثل آدنوکارسینوم مری شود. شکل ۱ فتق هیاتال را که می‌تواند خطر بروز ازوفازیت را افزایش دهد، نشان می‌دهد.

بنابراین وقتی که بیمار مشکل در بلع غذاهای جامد و گاهی مایعات یا علایمی مانند تهوع و استفراغ و کاهش وزن دارد باید توسط پزشک متخصص معاینه شود.

□ درمان بدون نسخه

الف - بهبود شرایط زندگی: مهم‌ترین تغییر، بالا آوردن سر هنگام خواب به میزان ۲۰-۱۰ سانتی‌متر است. کاهش وزن و سفت نبودن کمر بند در راستای کاهش فشار در ناحیه شکم نیز می‌تواند مفید باشد. هرچند کارایی کاهش وزن و پرهیز غذایی مورد تردید است. غذاهای معطر یا تند، پرچرب و کافئین در همه افراد عملکرد یکسانی ندارند. اما به‌طور کلی بهتر است محدود شوند و حداقل ۳-۲ ساعت با زمان خواب فاصله داشته باشند. ترک سیگار و محدود ساختن داروهایی که فشار LES را کم می‌کنند یا باعث آسیب به مخاط مری می‌شوند در بهبود وضعیت بیماری کمک خواهند کرد.

ب - آنتی‌اسیدها: آنتی‌اسیدها با خنثی کردن pH

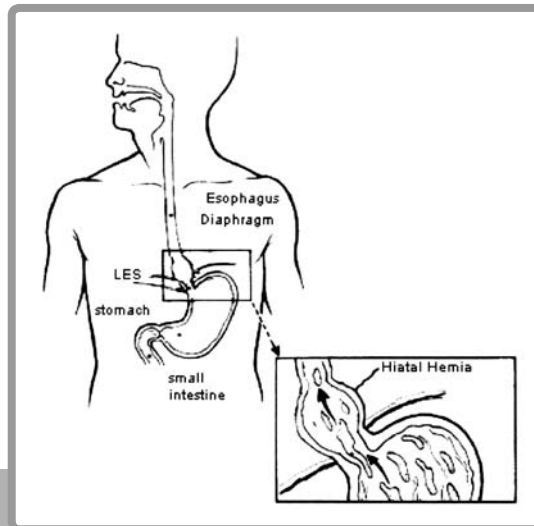
افت فشار خون و یا افزایش ضربان قلب شود که خود سبب تغییر در الکتروکاردیوگرام می‌شود. ایجاد طعم اسیدی در دهان، همراه با بازگشت غذا به قسمت‌های فوقانی مری و دهان از علایم کمک کننده به تشخیص است. بهترین روش برای تشخیص آسیب به بافت مری، آندوسکوپی است. البته باید توجه داشت که تنها حدود ۶۰ درصد افراد دارای علایم بالینی، در آندوسکوپی غربالگری می‌شوند و لزوماً همه بیماران با یافته‌های آندوسکوپی، علایم بالینی بدتری را نشان نمی‌دهند.

رفلاکس محتویات معده به مجاری هوایی فوقانی و ریه‌ها می‌تواند با سرفه‌های طولانی مدت، آسم و گرفتگی صدا در ارتباط باشد. آمارها نشان می‌دهد بیش از ۶۰ درصد بیماران آسمی دچار GERD نیز هستند. رفلاکس می‌تواند از طریق تحریک عصب واگ که منجر به انقباض مجاری هوایی می‌شود یا از طریق ذرات بسیار ریز شیره معده که به ریه‌ها آسیبی می‌کند باعث علایم آسم گردد. از سویی دیگر، در ۷۸ درصد بیماران که به‌صورت مزمن (بیش از ۶ هفته) به درد ناحیه حلق مبتلا هستند، ریفلاکس مشاهده می‌شود.

توجه به این نکته ضروری است که داروهای ضد آسم همچون تتوفیلین، علایم تنگی نفس و آسم حاصل از GERD را ممکن است تشدید کنند.

□ پیش‌آگهی

حتی دفعات کم بروز سوزش سردل و ریفلاکس می‌تواند کیفیت زندگی شخص را تحت تاثیر قرار دهد. به همین علت مهم‌ترین هدف درمان، کاهش



شکل ۱ - فتق هیاتال که می‌تواند خطر بروز ازوفاژیت را افزایش دهد.

ج - آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین (H_2RA):
 H_2RA ها در ایران شامل رانیتیدین، فاموتیدین و سایمتیدین است. این گروه تولید اسید معده را از طریق مهار گیرنده‌های هیستامین در سلول‌های دیواره معده کاهش می‌دهند. هرچند شروع اثر کندتری نسبت به آنتی‌اسیدها دارند ولی طول اثر بسیار طولانی‌تری دارند. بنابراین ترکیب این دو گروه در دارودرمانی می‌تواند اثرات مطلوبی ایجاد کند. تحمل به اثر کاهش دهنده تولید اسید می‌تواند به مرور زمان و بعد از گذشت چند روز ایجاد شود. هرچند بحث زیادی در مورد تحمل به این داروها صورت گرفته است اما در یک مطالعه، بعد از ۵ روز نسبت به رانیتیدین تحمل ایجاد شده است. در مطالعه دیگری نیز این کاهش اثر برای فاموتیدین و رانیتیدین بعد از روز چهاردهم تعیین شده است.

اسیدی در مری و معده عمل می‌کنند. آنتی‌اسیدها شروع اثر سریع و طول اثر کم دارند. وجود غذا در معده باعث تاخیر در زمان تخلیه معده و افزایش طول اثر آن‌ها می‌شود. آنتی‌اسیدها برای سوزش‌های خفیف تا متوسط کارایی خوبی دارند. نمک‌های منیزیم اثر مسهل وابسته به دوز و نمک‌های کلسیم و آلومینیوم اثر یبوست‌زا دارند. مصرف طولانی مدت نمک‌های آلومینیوم باعث کاهش ذخایر فسفر بدن و دوزهای بالای نمک‌های کلسیم سبب ایجاد هایپرکلسیمی خواهد شد. مساله مهم دیگر تداخلات شایع دارویی این نمک‌هاست که به‌طور کلی حداقل ۲ ساعت فاصله از سایر داروها را می‌توان توصیه کرد. آنتی‌اسیدهای دارای سایمتیکون اثر ضدنفخ نیز دارند.

از مهارکننده‌های ضعیف‌تری مانند H₂RAها یا نصف دوز PPIs استفاده می‌شود. سپس به دوز نهایی PPIs می‌رسیم. روش دوم برعکس است. در مصرف طولانی مدت بین امپرازول و سایر داروهای این گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. غیر از این که باید احتمال تداخل ناشی از مهار cyp2C19 توسط امپرازول را در نظر داشت. امپرازول می‌تواند متابولیسم کاربامازپین، دیازپام، فنی‌توئین و وارفارین را کاهش دهد. از این نظر، پانتوپرازول، احتمالاً کمترین تداخل را با این داروها دارد. از سوی دیگر، این دسته داروها، با کاهش اسیدیته معده، باعث کاهش جذب داروهایی مثل گریزوفلوین، کتوکنازول، ایتراکانازول، نمک‌های آهن و ویتامین B12 می‌شوند.

د - داروهای متفرقه: سوکرال‌فیت به‌عنوان یک پوشش دهنده موضعی، با جلوگیری از تاثیر اسید روی بافت، در مواردی مفید است. داروهای پروکاینیتیک مانند متوکلوپرامید و دمپریدون به اندازه H₂RAها می‌توانند در بهبود علائم مفید باشند به خصوص اگر علائمی مثل تهوع وجود داشته باشد اما تاثیری در بهبود ازوفازیت ندارند (۵).

■ جمع‌بندی و نکات ویژه

به‌طور کلی کودکان زیر ۱۲ سال که مشکلات ناحیه مری دارند، بایستی توسط پزشکی معاینه گردند، افراد مسن به علت مصرف داروهای مختلف، می‌توانند در معرض بروز علائم باشند. در این افراد، به علت کاهش کارکرد کلیه‌ها، آنتی‌اسیدها

(۱۱) بنابراین شاید بهتر باشد که H₂RAها را در موارد لازم و برای دوره‌های محدود مصرف کرد. اثرات جانبی داروهای این گروه شامل سردرد، اسهال، یبوست و تهوع برای هر سه داروی فوق تقریباً یکسان است و به مرور زمان کاهش می‌یابد. هر سه دارو در بیماران مزمن کلیوی باید تعدیل دوز شوند. سایمتیدین نیز به علت مهار آنزیم کبدی Cyt P450 بیشترین تداخل دارویی را در بین سایر H₂RAها دارد. علیرغم آن که H₂RAها در پیشگیری و درمان اولیه سوزش سر دل شبانه یا ناشی از مصرف غذا موثر هستند، اما در بهبود التهاب مری و علائم بسیار تکرار شونده به اندازه مهارکننده‌های پمپ پروتون کارایی ندارند.

د - مهارکننده‌های پمپ پروتون (PPIs): معروف‌ترین داروی این گروه یعنی امپرازول، از طریق مهار چشمگیر پمپ پروتونی تولید اسید در دیواره معده عمل می‌کند. این اثر وابسته به دوز بوده و به مدت طولانی‌تری در مقایسه با H₂RAها صورت می‌گیرد. شروع اثر آن معمولاً چند ساعت طول می‌کشد اما رفع کامل علائم به زمانی بین ۴ - ۱ روز نیاز دارد.

مطالعات بسیاری، برتری PPIs را نسبت به H₂RAها، هم در بهبود سوزش و درد و هم در بهبود التهاب مری نشان داده‌اند. هرچند در بیمارانی که هیچ یافته بالینی در آندوسکپی نشان نمی‌دهند این برتری مورد تردید است. (۱۲) با این حال بهبود التهاب و حفظ بهبودی در ۹۰ - ۸۰ درصد مواردی که با PPIs درمان شوند روی می‌دهد.

رژیم درمانی با PPI را می‌توان به روش افزایش دوز یا کاهش دوز به کار برد. در روش اول ابتدا

مصرف H_2RA ها را در دوران شیردهی مجاز دانسته با این حال منافع و مضار احتمالی باید در نظر گرفته شود.

داروسازان در مواجهه با بیماران مبتلا به علایم سوزش سر دل باید نکاتی مانند زمان آغاز، شدت، میزان تکرار، مدت زمان وجود درد یا سوزش، عوامل موثر در بهبود یا بدتر شدن بیماری را مدنظر قرار دهند. علاوه بر این، بررسی داروهای دیگر مصرفی فرد برای سایر بیماری‌ها یا برای بهبود علایم سوزش مری و توجه به عادات غذایی او ضروری است.

نکته حائز اهمیت آن که در موارد شکایت بیمار از درد ناحیه قفسه سینه همراه با احساس فشار روی قلب، استفراغ خونی و مشکل در بلع، بایستی او را به متخصصان مربوطه ارجاع داد.

بایستی با احتیاط مصرف شوند. به علاوه، بسته به حالت مزاجی در این افراد می‌توان آنتی‌اسیدی انتخاب کرد که کارکرد دستگاه گوارش را بهبود بخشد. سوزش سر دل در دوران حاملگی را، باید با تغییر رژیم غذایی و تغییر عادات نامناسب زندگی کاهش داد و بهبود بخشید. با این حال آنتی‌اسیدها در دوزهای توصیه شده به‌عنوان گروه B بارداری در این زمان می‌توانند به کار روند. H_2RA ها نیز گروه B در بارداری هستند. امپرازول به گروه C بارداری تعلق دارد و تنها در موارد شدید به کار می‌رود هرچند که به علت مطالعات کمتر، H_2RA ها ترجیح داده می‌شوند.

منیزیم و آلومینیوم هیدروکساید در شیر مادر ترشح نمی‌شوند بنابراین در مادران شیرده به خوبی کاربرد دارند. آکادمی متخصصین آمریکا،

زیرنویس‌ها

1. GERD: Gastroesophageal Reflux Disease
2. NERD: Nonerosive Reflux Disease
3. LES: Lower Esophageal Sphincter
4. TLOSR: Transient Lower Oesophageal Sphincter Relaxation

منابع

1. Varannes S, Merek L, Humeau B, Lecasble M, Colin R. Gastroesophageal reflux disease in primary care. *Gastroenterologie clinique et Biologique* 2006; 3(30): 364-370.
2. Yu Ho K, cheang T, Cy wong B. Gastroesophageal Reflux Disease in Asian Contries: Disorder of Nature or Nurtur; *J Gastroenterol Hepatol*. 2006; 21(9): 1362-1363.
3. Tsai S, Chen C, Chang C, Chen G. Effect of Helicobacterpylori infection on intragastric acidity in patients with reflex esophagitis. *J Gastroentrol* 2004; 39: 821-826.
4. Christopher L. The role of proton pump inhibitors in the treatment of heartburn during pregnancy; *J Am Acad nurse pract* 2005; 11(11) issue 1.
5. Plotto A, Franceschi M, Paris F. Recent advances in the treatment of GERD in the elderly: Focus on proton pump inhibitors; *Int J clin pract* 2005; 59(10) 1204-1207.