

شیوع بیماری ریفلاکس معده به مری (مطالعه جمعیتی در شهر ساری، ایران)

دکتر شاهین شهروان^۱، دکتر ایرج ملکی^۲^۱ بیمارستان امام رضا (ع)، ارومیه، ایران^۲ مرکز تحقیقات بیماریهای التهابی گوارش فوقانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

ابزار اصلی این مطالعه یک پرسشنامه استاندارد طراحی شده توسط محققین مرکز Mayo clinic، تحت عنوان Gastroesophageal Reflux Questionnaire بود، که پس از هماهنگی و دریافت مجوز رسمی از مؤلفین آن و بعد از بومی سازی، تایید روایی و پایایی، از آن استفاده شد. لازم به توضیح است که این پرسشنامه استاندارد تاکنون در کشور ما و چندین کشور برای انجام مطالعات مشابه تعیین شیوع ریفلاکس استفاده شده است. (۷ و ۲)

هر کدام از علایم تیپیک بیماری ریفلاکس یعنی سوزش سردل و ترش کردن با جزئیات به صورت جداگانه و سپس با یکدیگر براساس سن و جنس و گروه بندی های دیگر و به همراه پرسشنامه علایم سایکوسوماتیک فرد، ارزیابی شد. علایم آتیپیک بیماری ریفلاکس مانند، دردسینه غیرقلبی (NCCP)^۱ و اشکال در بلع، احساس گلوبوس، سوءهاضمه، آسم، برونشیت، پنومونی و خشونت صدا به صورت جداگانه با الگوی موارد مذکور سنجیده شدند. در نهایت، از بین هر کدام از علایم آتیپیک با تیپیک یعنی سوزش سردل و یا ترش کردن و یا حتی با ریسک فاکتورهای احتمالی مقایسه لازم به عمل آمد.

نسبت مردان به زنان برابر با ۴۸٪ (۴۳۳ مرد) به ۵۲٪ (۴۶۸ زن) و بیشترین تراکم نمونه، در سنین پائین تر بود و با افزایش سن؛ تعداد نمونه‌ها نیز کمتر می‌شد. میانگین شاخص توده بدنی (BMI)^۲ افراد نیز ۲۵ بود.

میانگین سنی نمونه‌ها ۳۸/۴ سال به دست آمد و شیوع بیماری ریفلاکس - به معنای وجود سوزش سردل مکرر و یا ترش کردن مکرر یک بار یا بیشتر در هفته - ۱۱۸ نفر، معادل ۱۳/۰۹٪ از کل حجم نمونه اولیه بود. میزان شیوع هر کدام از دو علامت اصلی ریفلاکس به تفکیک جنسی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: میزان شیوع علایم اصلی ریفلاکس

کل	مرد	زن	علایم
۱۲/۵٪	۶/۴٪	۶/۱٪	ترش کردن ۱ بار یا بیشتر در هفته
۵/۷٪	۳/۷٪	۲٪	سوزش سردل ۱ بار یا بیشتر در هفته

در یک مطالعه ای مشابه در شهر تهران که با همین پرسشنامه مایوکلینیک انجام شده شیوع ریفلاکس حداقل یکبار در هفته ۱۸٪ به

1. Non-cardiac chest pain
2. Body Mass Index

ریفلاکس معده به مری به عنوان یک پدیده فیزیولوژیک، درحالت طبیعی روزانه به دفعات و به خصوص پس از صرف یک وعده غذای حجیم رخ می‌دهد، بدون آنکه هیچ علامت یا نشانه‌ای بروز نماید، پس ریفلاکس به تنهایی یک بیماری به شمار نمی‌رود و برای جلوگیری از وقوع بیش از حد عادی آن، مکانیسم ضد ریفلاکس به صورت غیرارادی وجود دارد و بیماری ریفلاکس (Gastroesophageal Reflux Disease [GERD]) در اثر نقص در این مکانیسم بوجود می‌آید. نشانه‌های اصلی این بیماری شامل؛ سوزش سردل (Heartburn)، ترش کردن (Acid regurgitation)، سوءهاضمه، اشکال در بلع و بلع دردناک، دردسینه، سسکه، تهوع و استفراغ و حتی نفخ می‌باشند که از این میان سوزش سردل و ترش کردن بسیار شایع هستند و در حال حاضر به عنوان شاخص‌های اصلی در تشخیص بیماری ریفلاکس به کار می‌روند. (۴-۱)

شیوع ریفلاکس با تغییرات شیوه زندگی از نظر تغذیه، چاقی و استرس ارتباط دارد و تغییر این معیارها در جوامع امروزی سبب افزایش شیوع آن شده است. (۵ و ۴) جهت ارزیابی اشخاص و شکایت های بالینی مرتبط، در مطالعات انجام شده قبلی در کشورهای مختلف غالباً از پرسشنامه‌های تشخیص بالینی استفاده می‌شود. (۲ و ۴ و ۵ و ۶) در این مطالعه مبنای وجود بیماری ریفلاکس معده به مری بیشتر بر رخداد سوزش سردل و ترش کردن به میزان هفته ای یک بار یا بیشتر از آن است.

این مطالعه مبتنی بر جامعه شهر ساری در استان مازندران در طول سال ۱۳۸۲ انجام شده است. از ۱۱۹۸ فرد ساکن شهر ساری با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای که در فاصله سنی ۲۰ تا ۷۴ سال بودند، برای مطالعه دعوت به عمل آمد. در نهایت ۹۰۱ نفر پذیرفتند در مطالعه شرکت کنند.

نویسنده مسئول: ایرج ملکی

ساری، بیمارستان امام خمینی، بخش گوارش

تلفن: ۰۱۵۱-۲۲۲۰۹۹۰

نمبر: ۰۱۵۱-۳۲۱۸۰۸۶

پست الکترونیک: iradj2001@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۱۰

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۲۴

مطالعات دیگر انجام شده در ایران نیز دیده می شود. (۷ و ۸ و ۱۰) در نهایت، شیوع ریفلاکس و علائم آن در جامعه ما، به جوامع غربی شباهت بیشتری دارد، در حالی که در کشورهای شرق آسیا این علائم و بیماری شیوع کمتر و حتی خفیف تری (به لحاظ شدت درگیری) نسبت به جامعه ما دارد. (۱ و ۲ و ۵ و ۶)

دست آمده است (۷) و در مطالعه ای با پرسشگری تلفنی در تهران ۶/۸٪ بوده است (۸) و در کل میزان بیماری ریفلاکس در مطالعات متعدد انجام شده در ایران بین ۶٪ تا ۳۳٪ بوده است. (۹ و ۱۰) شیوع هر کدام از دو علامت اصلی ریفلاکس در مطالعه ما تا حدودی مشابه تحقیقات انجام گرفته دیگر در ایران بوده است و حتی شیوع به نسبت یکسانی در بین دو جنس در

REFERENCES

1. Delavari A, Moradi Gh, Birjandi F, Elahi E, Saberifirozi M. The Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in the Islamic Republic of Iran: A Systematic Review. *Middle East J of Dig Dis* 2012;4:5-15.
2. Locke GR III, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: A population based study in Olmsted county, Minnesota. *Gastroenterology* 1997; 112: 1448-56.
3. Ehsani MJ, Maleki I, Mohammadzadeh F, Mashayekh A. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Tehran, Iran. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:1419-22.
4. Lagergren J, Bergstrom R, Nyren O. No relation between body mass and gastro-oesophageal reflux symptoms in a Swedish population based study. *Gut* 2000;47:26-29.
5. Cho YS, Choi MG, Jeong JJ, Chung WC, Lee IS, Kim SW, et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Asia-si, Korea. *Am J Gastroenterol* 2005;100:747-53.
6. Yamagishi H, Koike T, Ohara S, Kobayashi S, Ariizumi K, Abe Y, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in a large unselected general population in Japan. *World J Gastroenterol* 2008;14:1358-64.
7. Nasseri-Moghaddam S, Mofid A, Ghotbi MH, Razjouyan H, Nouraei M, Ramard AR, et al. Epidemiological study of gastro-oesophageal reflux disease: reflux in spouse as a risk factor. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;28:144-53.
8. Nouraei M, Razjouyan H, Assady M, Malekzadeh R, Nasseri-Moghaddam S. Epidemiology of gastroesophageal reflux symptoms in Tehran, Iran: a population-based telephone survey. *Arch Iran Med* 2007;10:289-94.
9. Safaee A, Moghadami-Dehkordi B, Pourhoseingholi MA, Habibi M, Qafarnejad F, Pourhoseingholi A, et al. Heartburn and related factors in general population in Tehran, capital of Iran. *East Afr J Public Health* 2010;7:196-8.
10. Kennedy T, Jones R. The prevalence of gastro-oesophageal reflux symptoms in a UK population and the consultation behaviour of patients with these symptoms. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:1589-94.