

گزارش یک مورد جالب ریفلاکس اسید از معده به مری (GERD) مقاوم به درمان طبی

دکتر قدرت‌الله منتظری* و دکتر حسن وثوقی‌نیا**

روده، CT شکم، CT مغز، تست ورزش، اکوکاردیوگرافی، آزمایش‌های کامل ادرار، فرمول و شمارش تست‌های کامل کبدی، کلسیم و فسفر همگی نرمال گزارش گردید. سدیم 125 mEq/lit و پتاسیم 208 mEq/lit بوده است. در آندوسکوپی قسمت تحتانی مری اریتمی مختصری داشت و بقیه یافته‌ها نرمال بود.

داروهای مختلف از جمله سدکننده‌های H₂ (H₂ Blockers) (رانیتیدین ۴۵۰ میلی روزانه به مدت سه ماه)، PPI (امپرازول ۴۰ تا ۶۰ میلی گرم روزانه به مدت سه ماه)، ایزوسورباید (۳۰ میلی گرم روزانه به مدت ۲ ماه)، سدکننده‌های کانال کالسیم Calcium Channel Blockers (نفیدپین ۳۰ میلی گرم روزانه، به مدت ۲ ماه) توسط بیمار مصرف شد. ولی هیچ یک در تخفیف علائم مؤثر نبود.

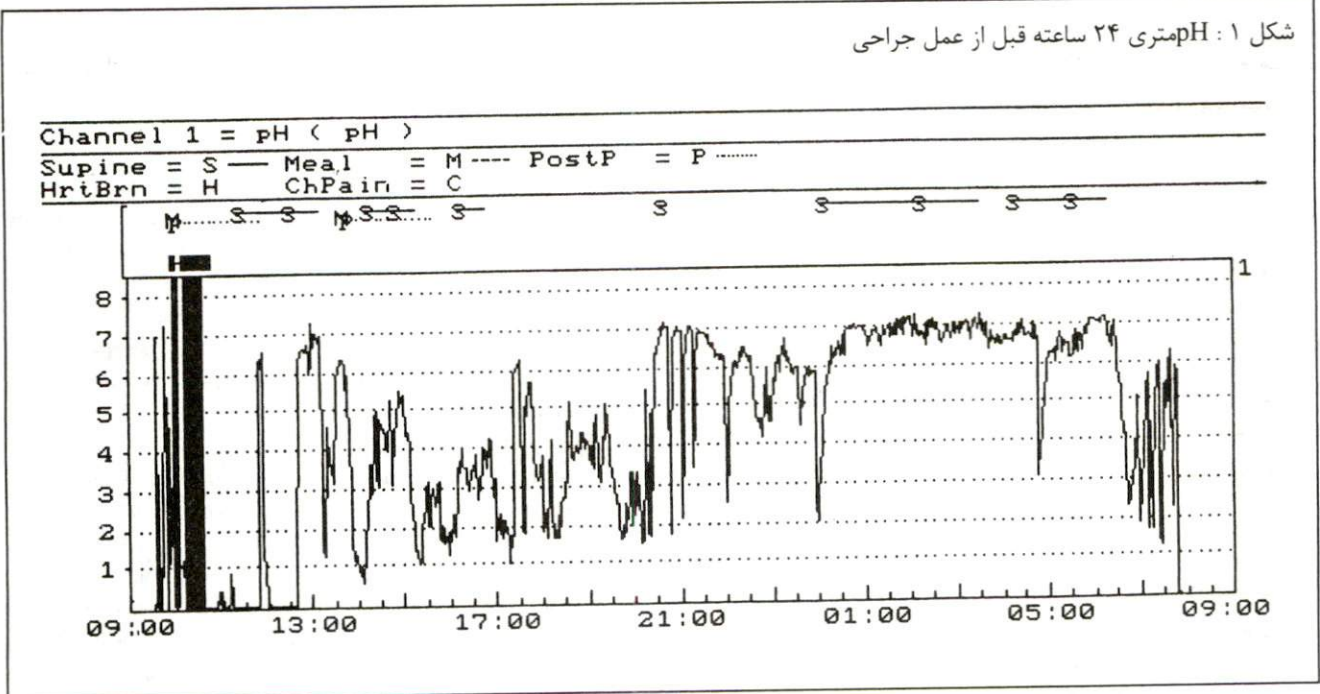
اگر چه شکایت اصلی بیمار تهوع و استفراغ بوده است ولی با توجه به سایر علائم تصور شده مشکل اصلی بیمار می‌توانست با رفلاکس قابل توجه باشد بنابراین برای اثبات این موضوع pH متری ۲۴ ساعته و مانومتري درخواست شد. در pH متری ۲۴

آقای م م مردی سی و سه ساله متأهل که با شکایت اصلی تهوع و استفراغ پیشرونده به مدت شش ماه به این مرکز ارجاع شد.

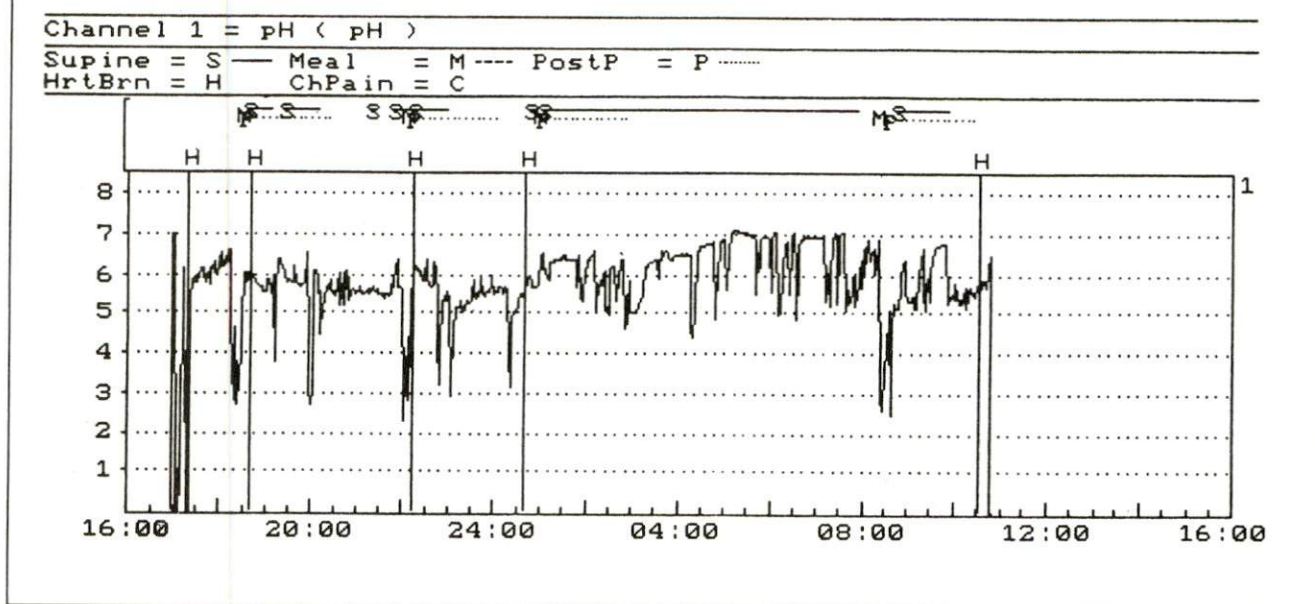
علائم بیماری از شش ماه قبل از مراجعه با تهوع و استفراغ پیش‌رونده شروع شد. استفراغ مزه ترش داشت. تدریجاً سوزش پشت جناغ سینه (Pyrosis) و برگشت اسید (Acid Regurgitation)، کرختی دندان‌ها، سرفه بدون خلط و گرفتگی و خشونت صدا به مشکلات بیمار اضافه شد. بیمار از سیگار و الکل استفاده نمی‌کرد. به دلیل استفراغ شدید و کمی اشتها ۳۰ کیلوگرم وزن از دست داد (از ۱۰۵ کیلوگرم به ۷۵ کیلوگرم کاهش یافت)

در بدو مراجعه فشار خون ۱۱۰/۷۰ میلی‌متر حیوه، نبض ۹۰ در دقیقه، درجه حرارت ۳۷ درجه سانتی‌گراد و تنفس ۲۰ در دقیقه بوده است. به جز سرگیجه خفیف در حالت ایستاده و بی‌حالی مفرط معاینات بالینی در حد طبیعی بوده است. بیمار توسط همکاران مختلف قبلاً مورد بررسی و معالجه قرار گرفت. در بررسی‌های قبلی عکسبرداری از مری، معده، اثنی‌عشر، ترانزیت

شکل ۱: pH متری ۲۴ ساعته قبل از عمل جراحی



شکل ۲: pH متری ۲۴ ساعته بعد از عمل جراحی



می‌روند ولی بیماران می‌توانند با تظاهرات غیر اختصاصی نظیر استفراغ، پری سردل، آروغ‌های مکرر، علائم تنفسی (سرفه، خشونت صدا، تنگی نفس، لارنژیت، سینه‌پهلوی)، کرختی دندان و دردهای سینه‌ای غیرقلبی مراجعه کنند (۳) pH متری ۲۴ ساعته برای تشخیص این نوع بیماران نقش کلیدی دارد. بدین ترتیب برگشت اسید و مدت زمان توسط pH متری ۲۴ ساعته دقیقاً اندازه‌گیری می‌شود.

بیمار فوق علائم بالینی شدید رفلاکس مری و خارج مری (تنفسی، گوش و حلق و بینی و درد سینه غیر قلبی) داشت ولی در آندوسکوپی به جز اریتم مختصر یک سوم تحتانی مری ضایعه‌ای گزارش نشد.

برای درمان بیماری رفلاکس (GERD) از سدکننده‌های H₂ (H₂ Blockers) و داروهای پیش برنده غذا (Prokinetics) استفاده می‌شود ولی PPI دارویی مؤثرتری نسبت به H₂ Blockers می‌باشد. استفاده از ۴۰ میلی‌گرم امپرازول به مدت یک هفته می‌تواند اسید معده را تا ۹۹ درصد کاهش دهد (۴) ۹۶ درصد بیماران با رفلاکس شدید با استفاده از ۴۰ میلی‌گرم امپرازول به مدت ۸ هفته بهبود حاصل کنند (۵) ولی از طرف دیگر ۶ ماه بعد از قطع دارو حدود ۸۰ درصد آنها مجدد دچار علائم می‌شوند (۶) به همین دلیل استفاده طولانی مدت از این دارو برای معالجه رفلاکس شدید توصیه می‌شود (۷) و (۸) این بیمار علیرغم استفاده از دوزاژ کافی PPI و H₂ Blocker's برای مدت ۳ ماه هیچگونه تخفیف علائمی نداشت. بدین دلیل برای

ساعته بیست و چهار درصد زمان کمتر از pH چهار ثبت شد که در مقایسه با افراد نرمال (چهار درصد زمان کمتر از pH چهار) بیمار فوق رفلاکس شدید داشت (شکل ۱) در مانومتری فشار LES (اسفنکتر تحتانی مری) ۲۲/۹ میلی‌متر جیوه بود که نشانگر فشار کمتر از نرمال است (نرمال ۲۹/۵ میلی‌متر جیوه) ولی انقباضات مری طبیعی بوده است. چون بیمار با درمان دارویی بهبود نیافت بنابراین عمل جراحی (Fundoplication) انجام شد. بعد از عمل جراحی تمام علائم برطرف شد. pH متری ۲۴ ساعته و مانومتری تکرار شد. در pH متری مدت زمان کمتر از ۴ از ۲۴ درصد قبل از جراحی به ۰/۹ درصد بعد از جراحی کاهش یافت (شکل ۲)

بحث:

علائم رفلاکس سوزش پشت جناغی (Pyrosis) و برگشت اسید (Acid Regurgitation) بسیار شایع است. در یک مطالعه اپیدمیولوژیک ۳۳ درصد مردم آمریکا ماهیانه و ۷ درصد آنها روزانه علائم رفلاکس را تجربه می‌کنند (۱) برگشت اسید (Acid Regurgitation) علائم رفلاکس را سبب می‌شود. اگر مخاط مری مدت زمانی بیش از چهار درصد با pH کمتر از ۴ در تماس باشد دچار آسیب می‌شود. در مطالعات وسیع این مدت زمان را حدود ۴ درصد ۲۴ ساعت تعیین کرده‌اند (۲). اگر چه سوزش پشت جناغی (Pyrosis) و برگشت اسید (Acid Regurgitation) از تظاهرات کلاسیک رفلاکس به شمار

عمل جراحی بیمار باید مانومتري شود، در صورتی که فشار LES پائين و انقباضات تنه مری طبیعی باشد عمل جراحی موفقیت‌آمیز خواهد بود. بیماران با چنین خصوصیتی معمولاً به درمان طبیی جواب نمی‌دهند و نیاز به عمل جراحی خواهند داشت. تحقیقات نشان داده است که اگر بیماران قبل از عمل جراحی با pH متری ۲۴ ساعته و مانومتري بررسی شوند و منعی برای عمل جراحی نداشته باشند نتیجه کار مطلوب خواهد بود (۹)

اثبات تشخیص رفلاکس، pH متری ۲۴ ساعته و مانومتري انجام شد و به دلایل زیر برای ایشان جراحی پیشنهاد شد:

- ۱) عدم پاسخ به درمان دارویی
- ۲) وجود علائم تنفسی موارد غیر قبلی
- ۳) پائین بودن فشار LES

برای بیمار عمل Fundoplication انجام شد یک ماه بعد از عمل جراحی مجدد مورد ارزیابی قرار گرفت. علائم بالینی بیمار کاملاً از بین رفت و نیاز به دارویی نداشت. در pH متری مجدد مدت زمان pH کمتر از ۴ از ۲۴ درصد به ۰/۹ درصد کاهش یافت و فشار LES از ۲۲/۹ میلی‌متر جیوه به ۳۰/۴ میلی‌متر جیوه افزایش یافت (۳۲ درصد افزایش) از ۷۵ کیلوگرم به ۸۰ کیلوگرم افزایش وزن داشت.

اگرچه کاهش وزن بدین شدت جزو علائم بالینی ریفلاکس گزارش نشده است ولی توجه دیگری غیر از ریفلاکس نیافتیم. اضافه وزن بعد از عمل جراحی نیز دلیلی دیگری غیر از این نمی‌تواند داشته باشد.

نکته آموزنده در این بیمار این است که تشخیص رفلاکس در بیماران با علائم خارج از مری عمدتاً بستگی به شک طیب دارد. pH متری نقش اساسی در اثبات تشخیص رفلاکس دارد. قبل از

* - استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان دکتر شریعتی
 ** - فلوی گوارش بخش تحقیقات گوارش بیمارستان دکتر شریعتی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

REFERENCES:

- 1) NEBEL OT., FORMES MF., CASTELL DO.
 SYMPTOMATIC GASTROESOPHAGEAL REFLUX:
 INCIDENCE AND PLECIPIATING FACTOR
 AM. J. DIG, DIR 1976;21:953
- 2) JOHNSON LF; DEMEESTER TR.
 TWENTY-FOUR HOUR PH MONITORING OF THE DISTAL
 ESOPHAGUS:
 A QUANTITATIVE MEASURE OF GASTROESOPHAGEAL
 REFLUX
 AM. J. GASTROENTEROL 1974;62:325-332
- 3) ING, A.J., NJO, M.C., AND BRESLIN, A.B.X.
 THE PATHOGENESIS OF CHRONIC PERSISTANT COUGH
 ASSOCIATED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX
 AM.J. RESP.. CRIT. CARE. MED.1994;149:160
- 4) SHARMA B.K., WALTRD, POUNDER RE.
 OPTIMAL DOSE OF OMEPRAZOLE FOR MAXIMAL 24HOUR
 ' DECREASE OF INTRAGASTRIC PH ACTIVITY
 GUT.1984;25:957-964
- 5) VANTRAPPEM G.
 OMEPRAZOLE (40 MG) IS SUPERIOR IN SHORT TERM
 TREATMENT OF ULCERATIVE REFLUX ESOPHAGITIS
 DIG DIS SCI 1988;33:523
- 6) HETZEL D.
 HEALING AND RELAPSE OF SEVER PEPTIC ESOPHTAGITIS
 WITH OMEPRAZOLE
 GASTROENTEROLOGY: 1988;95:903
- 7) HINDER RA
 GFFECTIVE TREATMENT FOR GASTROESOPHGEAL
 REFLUX DISEASE
 ANNALS OF SORG 1994;220:472
- 8) KLNDERBERG- KNOL E.G.
 LONG TERM TREATMENT WITH OMEPRAZOLE FOR
 REFACTING REFLUX ESOPHAGITIS
 ANN. MED 1994;121:161
- 9) APECHLER S.J.
 COMPARISON OF MEDICAL AND SURGICAL THERAPY FOR
 COMPLICATED GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE
 IN VEFERANS
 N.E.J.M. 1992;336:786