سوزش سردل و ریفلاکس: از طب سنّتی ایران تا پزشکی رایج

مریم یاوری [الف]، محمد مظاهری [ب]، مهدی برهانی [ج]، محمدرضا حاجی‌حیدری [ج]، محمود بابائیان [ج]، محمدعلی کمالی [الف]،مهین الصاق [ب]، مجید آویژگان [د]، علیرضا قنادی [ه]، پیمان ادیبی [و*]

[الف] دانشکده‌ی طب سنّتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

[ب] دانشکده‌ی طب سنّتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

[ج] گروه طب سنّتی ایران، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران

[د] گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

[ه] گروه فارماکوگنوزی، دانشکده‌ی داروسازی و مرکز تحقیقات علوم دارویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

[و] گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

چکیده

بیماري ریفلاکس معده به مري با علامت سوزش سردل و به واسطه‌ی عوامل آناتومیك و عملکردي نارسایي اسفنکتر تحتاني مري رخ مي‌دهد. در پزشکي سنّتي ایران سوزش سردل بیشتر با عبارت حرقت معده ذکر شده است و سه دسته علّت در ایجاد آن موثر دانسته شده است. عامل اوّل مصرف غذاهاي غلیظ و دیرهضم مي‌باشد که با اصلاح شیوه‌ی زندگي و رعایت قوانین تغذیه این مورد اصلاح مي‌شود. دسته‌ی دوّم به علّت وجود رطوبت خام در قسمت‌هاي ابتدایي معده ایجاد مي‌گردد که داروهاي منضج و مسهل بلغم براي این بیماران موثر است و دسته‌ی سوّم حالتي است که خلط سوداوي از طحال بیش از حد لازم به قسمت‌هاي بالایي معده ریزش نماید که در این حالت مرطبات براي بیمار تجویز مي‌گردد. با توجه به شیوع بالاي سوزش سردل، انجام مطالعات کارآزمایي بالیني جهت بررسي مطالب ذکر شده در پزشکي سنّتي ایران و معرفي آن به پزشکان در راستاي ارتقاي روش‌هاي درماني این بیماري توصیه مي‌گردد. در این مقاله سوزش سردل و ریفلاکس با مباحث مربوطه در طب نوین و نیز طب سنّتی چین مقایسه شده است.

تاریخ دریافت: مهر ۹۰

واژگان کلیدی: سوزش سردل، ریفلاکس، طّب سنّتی ایران، پزشکی رایج، حرقت معده، طب سنّتی چین

علّت شناسی سوزش سردل در پزشکی رایج:

در تعریف بالیني، بیماري ریفلاکس معده به مري (GERD) عبارتست از بازگشت غیرطبیعي محتویات معده به مري حداقل یك بار در هفته که منجر به علایمي چون سوزش سردل و یا رگورژیتاسیون اسید و یا آسیب مخاط مري گردد (۱).

سوزش سردل در ۱۵ تا ۲۰ درصد از جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله در جوامع غربي و ۵ درصد از آسیایي ها به صورت حداقل یك مرتبه در هفته گزارش شده است (۲). مطالعه‌اي که بر روي ساکنین شهر تهران و در سال ۱۳۷۸ انجام گردیده است، شیوع سوزش سردل را به عنوان شایع‌ترین نشانه‌ی بیماري ریفلاکس ۳۹/۷ درصد برآورد نموده است (۳). بررسي که در سال ۱۳۸۲ و در تبریز صورت گرفته است، شیوع GERD را ۲/۷ درصد گزارش نموده که در ۸۰% این بیماران، برخی غذاها سوزش سردل را تشدید مي‌نموده است و تجمع زیاد بزاق در دهان شایع ترین علامت همراه در بیماران

* فرد مسوول مکاتبات: adibi@med.mui.ac.ir

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]

مبتلاء به سوزش سردل بوده است (٤). در مطالعه‌ی دیگري که در تهران و بر روي ۳۰۰۸ نفر از دانشجویان انجام گردید، ۹ درصد آن‌ها سوزش سردل را یک بار یا بیشتر در طي یک سال گذشته تجربه نموده بودند (٥).

سوزش سردل با درد یا ناراحتي سوزشي مشخص مي شود که در بالاي اپي‌گاستر ایجاد مي‌شود و گاهي به پشت جناغ انتشار مي‌یابد. این حس ممکن است همراه با علایمي چون افزایش بزاق و رگورژیتاسیون مایع ترش مزه باشد. علایم معمولاً با خوردن غذاهاي خاص و تغییرات وضعیت بدن تشدید مي شوند (٢). ریفلاکس ممکن است با علایم غیرعادی دیگری چون تهوع و استفراغ، سنگینی سردل، درد قفسه‌ی سینه، احساس خفگی، سرفه‌ی مزمن، خس خس سینه و خشونت صدا همراه باشد (٦).

مکانیسم دقیق ایجاد ریفلاکس هنوز دقیقاً مشخص نیست. امّا به نظر مي‌رسد در ایجاد GERD، عوامل آناتومیك و عملکردي هر دو نقش دارند. عوامل آناتومیك طبیعی ضد ریفلاکس شامل اسفنکتر تحتانی مری، ستون‌های دیافراگمی و موقعیت آناتومیک پیوستگاه معده به مری در زیر سوراخ دیافراگمی مری مي باشد. ریفلاکس زمانی روی مي‌دهد که کاهش دایمی یا گذرا در تون دریچه‌ی تحتانی مری رخ دهد. ممکن است کاهش دایمی فشار دریچه‌ی تحتانی مری ناشي از ضعف عضلانی باشد که اغلب علّت واضحی ندارد. علل ثانویه‌ی نارسایی این دریچه عبارتند از بیماری‌هایی شبیه اسکلرودرمی، میوپاتی همراه با انسداد کاذب و مزمن روده، بارداری، استعمال دخانیات، داروهای آنتی‌کولینرژیک، شل کننده های عضلات صاف (داروهای بتاآدرنرژیک، آمینوفیلین، نیترات ها، مسدودکننده های کانال کلسیم، مهارکننده های فسفودی استراز)، آسیب دریچه با واسطه‌ی جراحی و التهاب مری (٧-٦).

شل شدن گذراي دریچه‌ی تحتاني مري (Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation:TLESR) علّتي شایع براي GERD است که در عمده موارد اپي‌زودهاي ریفلاکس همراه با ازوفاژیت و نیز ریفلاکس غیر اروزیو نقش دارد (١). TLESR مربوط به ریفلاکس وازوواگال است که در آن شل شدن دریچه توسط اتساع معده القاء می‌شود. همچنین در موارد افزایش حجم معده (پس از صرف غذا، در انسداد پیلور، کندی تخلیه‌ی معده و افزایش ترشح اسید)، نزدیک شدن محتویات معده به پیوستگاه معده به مري (در حالت درازکش، خم شدن به جلو) و افزایش فشار معده (چاقی، بارداری، لباس چسبان) نیز احتمال ریفلاکس محتویات معده افزایش می‌یابد. در این موارد، از دست رفتن موقّتی مقاومت اسفنکتر، مکانیسم احتمالی ریفلاکس است که پس از مصرف غذا روی می‌دهد (٧-٦). مطالعات آزمایشگاهی نشان داده‌اند که افزایش قطر کاردیا مثلاً به هنگام اتساع معده، به واسطه‌ی کاهش طول کلی اسفنکتر معدی- مروی موجب نارسایی آن می‌گردد و با کاهش طول اسفنکتر، فشار آن در حالت استراحت کاهش می‌یابد. نقش اتساع معده در کوتاه نمودن طول اسفنکتر و در نتیجه افت مقاومت آن و بروز ریفلاکس، توجیه مکانیکی براي TLESR بدون دخالت رفلکس‌های عصبی عضلانی می‌باشد (٦).

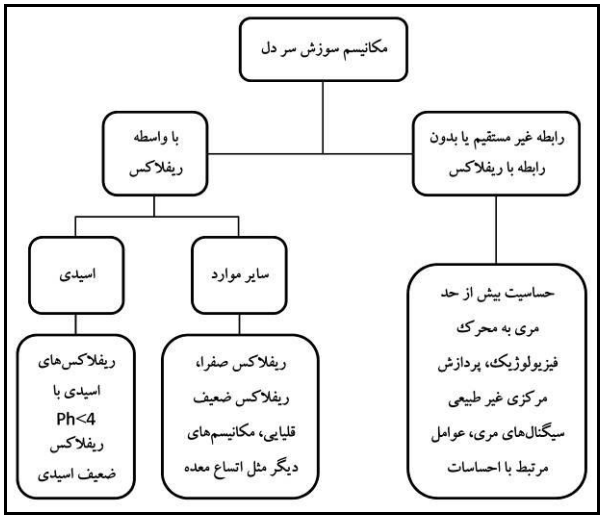
شل شدن‌های موقتی اسفنکتر تحتانی یکی از مکانیسم‌های فیزیولوژیک در آروغ زدن است. پس از تخلیه‌ی معده از غذا، طول اسفنکتر به وضعیت طبیعی برگشته و نارسایی آن مرتفع می‌گردد. امّا پر شدن مجدد معده و ایجاد مجدد وقایع بالا موجب پدید آمدن حالت نفخ و آروغ‌های مکرر در بیماران مبتلا به ریفلاکس می‌شود. قرار گرفتن اپیتلیوم سنگفرشی اسفنکتر تحتانی مری در معرض شیره‌ی معده و به دنبال آن تخریب مخاطی، موجب تحریك بلع بزاق به منظور شستشوي مخاط آسیب دیده و کاهش درد پشت جناغ سینه مي‌گردد. افزایش بلع بزاق منجر به اتساع بیشتر معده و ایجاد چرخه‌ای معیوب می‌گردد (٦).

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]

سوزش سردل عملکردی:

سوزش سردل عملکردي (Functional heartburn: FHB)، سوزش اپي‌زوديك پشت جناغ سينه در غياب GERD، اختلالات حركتي مبتني بر هيدستوپاتولوژي، يا علل ساختاري است (۲).

بيماری FHB احتمالاً كمتر از ۱۰ درصد بيماراني را كه با سوزش سردل به متخصصين گوارش مراجعه مي‌كنند شامل مي‌شود. امّا در سيستم مراقبت اوّليه كه تعداد بيشتري از بيماران اندوسكوپي طبيعي دارند و اضطراب، استرس و نگراني شايع‌ترين عوامل ايجاد علايم در اين بيماران هستند، شيوع FHB احتمالاً بيشتر است. FHB معمولاً در طي روز اتفاق مي‌افتد و مانند GERD با مصرف غذاهاي خاص يا دراز كشيدن تشديد مي‌شود. FHB معمولاً با علايم سندرم ديس پپتيك مثل تهوع، نفخ و زود سير شدن همراهي دارد (۲).



نمودار ۱. عواملي كه بر اساس متون پزشكي رايج احتمالاً در ايجاد FHB موثرند.

هر چند طبق تعريف، GERD از عوامل موثر در ايجاد FHB كنار گذاشته مي‌شود، امّا ريفلاكس محتويات معده به مري شايد همچنان در ايجاد FHB نقش داشته باشد. برخي معتقدند آستانه‌ی PH برابر با ٤ براي تشخيص ريفلاكس اسيدي در پايش اسيد مي‌تواند تغيير كند و گروه‌هاي جديدي از ريفلاكس ضعيف اسيدي و ريفلاكس قليايي نيز تعريف شوند. عوامل موثر در ايجاد سوزش سردل عملكردي در نمودار ۱ آورده شده است (۲).

افزايش پاسخ ادراكي به محرك كه در تمام بيماري‌هاي عملكردي دستگاه گوارش به عنوان يك علّت مهم شناخته مي‌شود، در FHB هم نقش مهمي دارد. بسياري از شواهد، درجاتي از افزايش حساسيت مري به يك يا چند محرك داخل لومن شامل شيميايي و مكانيكال را تأييد مي‌نمايند. عوامل متعددي بر درك محرك در مري در سطح مركزي يا محيطي اثر مي‌گذارند. مثلاً انفوزيون چربي به دئودنوم طول مدّت و شدّت علايم سوزش سردل ناشي از اسيد را كم مي‌نمايد. تجمّع چندين مورد اپي‌زود ريفلاكس كوتاه مدّت و ضعيف اسيدي هم وقتي به مرز تحريك مشخصي برسد مي‌تواند موجب شروع درك درد در مري شود. در بررسي هاي تصوير برداري فانكشنال مشخص شده است كه فاكتورهاي شناختي بر نحوه‌ی پردازش مغز از داده‌هاي حسي احشايي در داوطلبان سالم اثر مي‌گذارند (۲).

يك مطالعه‌ی روان‌شناسي در هنگكنگ نشان داده است كه بيماران با ريفلاكس، نمره‌ی اضطراب و افسردگي بيشتري از ساير ين دارند (۸). مطالعه‌اي در ايران روي دانشجويان نيز رابطه‌ی استرس و سوزش سردل را تأييد نموده است (۹). استرس حاد تجربي بدون افزايش ميزان ريفلاكس، درك اسيد را در بيماران مبتلاء به GERD بيشتر مي‌كند (۲). برخي مطالعات با مقايسه‌ی بيماران با اندوسكوپي طبيعي كه از سوزش سردل شكايت دارند و در ثبت pH تماس غيرطبيعي با اسيد داشته‌اند، با بيماراني كه مطالعه‌ی pH مري آن‌ها طبيعي بوده تفاوتي در پروفايل روان‌شناسي نشان نداده‌اند (۱۱-۱۰)، درحاليكه جانستون و همكاران گزارش نموده‌اند بيماران با سوزش سر دل كه در پايش pH ريفلاكس اسيدي زيادي نداشته‌اند، نسبت به بيماراني كه ريفلاكس نشان داده‌اند، نمره‌ی اضطراب و هيستري بالاتر و ساختار حمايت اجتماعي پايين‌تري نشان مي‌دهند (۱۲).

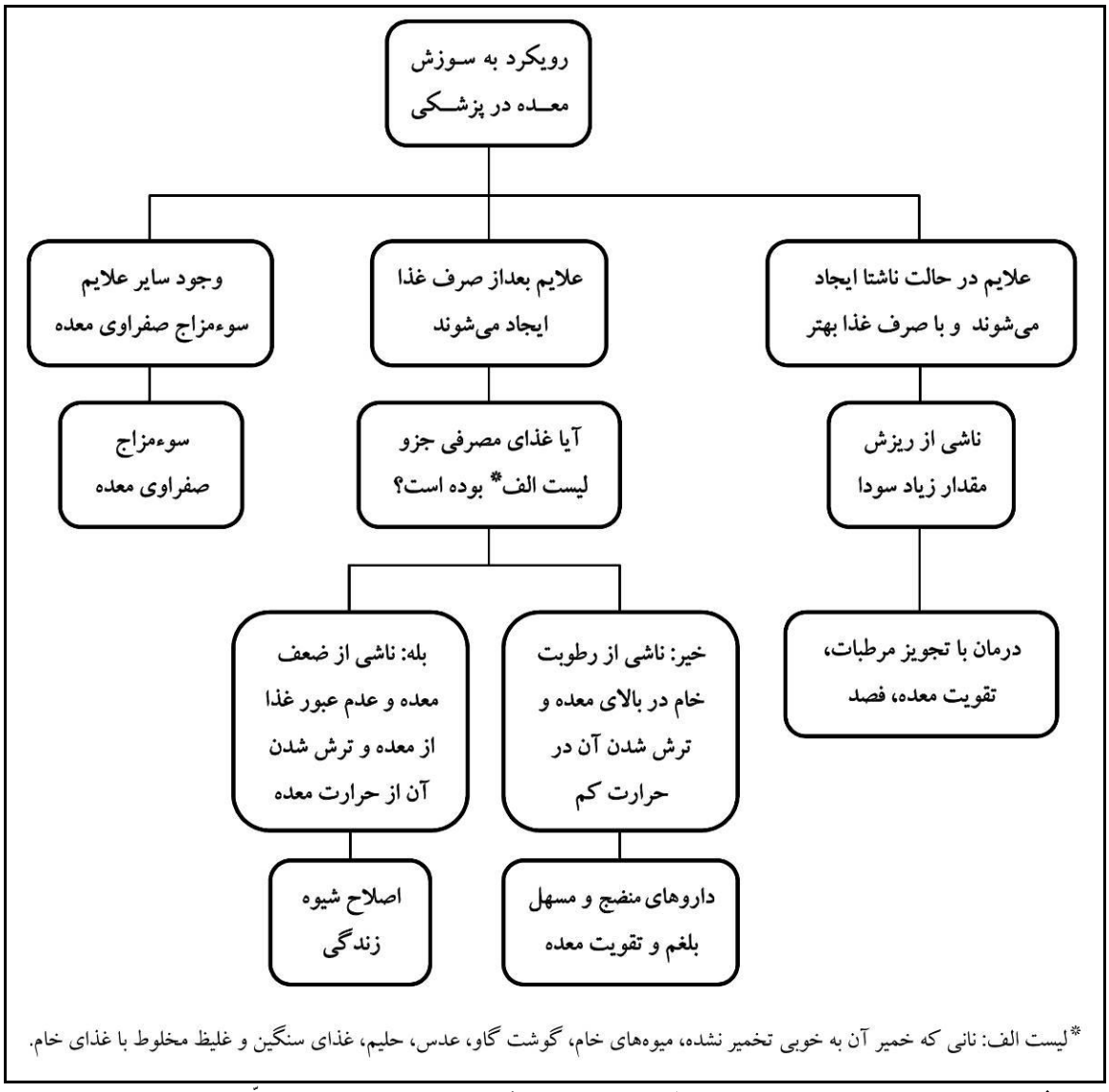
[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]

مرور کلی علّت شناسی سوزش سردل در طب ایرانی:

سوزش سردل در طب سنّتي ايران بيشتر با اصطلاح "حرقت معده" آورده شده است. البته به نظر مي‌رسد اصطلاح "وجع فواد" در متون طب سنّتي كه به صورت درد شديد قفسه‌ی سينه با منشاء غير قلبي توصيف شده است نيز، ناشي از ريفلاكس معده به مري باشد. در سبب‌شناسي، سوزش معده به سه دسته‌ی كلی از علّت‌ها اشاره گرديده است. عامل اوّل شامل مصرف غذاهاي غليظ و ديرهضم مثل نانی كه خمير آن به خوبي تخمير نشده است يا مصرف ميوه‌هاي خام مي‌باشد.

اين وضعيت خصوصاً در حالتي بيشتر اتفاق مي‌افتد كه بر خلاف اصول حفظ تندرستي و پيشگيري موجود در طب ايراني، بيمار غذاهاي ديرهضم را به همراه يا مخلوط با غذاهاي خام تناول نمايد. در اين حالت، مخلوط اين مواد غذايي در معده هضم مناسب نداشته و به موقع از معده گذر نمي‌كند و با حرارت اندك معده ترش گرديده و ايجاد علامت مي‌نمايد. مشخصه‌ی اين حالت آن است كه بيمار در هنگام گرسنگي به علّت افزايش حرارت معده احساس راحتي و بهبود علايم مي‌نمايد. زيرا در حالت گرسنگي قواي هاضمه مصروف هضم شدن مواد زايد داخل معده (كه ضعف حرارت را ايجاد مي‌نمايد) مي‌گردد (۱۵-۱۳).

دسته‌ی دوّم به علّت وجود رطوبت خام در قسمت‌هاي ابتدايي معده (كه در متون طب سنّتي با عبارت "فم معده" آورده شده است و احتمالاً منطبق بر قسمت‌هاي كارديا و فوندوس مي‌باشد) ايجاد مي‌شود. رطوبت مذكور در اثر حرارت كم ترش مي‌گردد و ايجاد سوزش مي‌نمايد. در اين حالت بيمار علايم غلبه‌ی خلط بلغم مانند زيادي ترشح بزاق، حالت تهوع، عدم



نمودار ۲. رویکرد به نشانه‌ی سوزش معده در طب سنّتي ايران

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]

تشنگي، كمي اشتها، تمايل به غذاهاي تند، نفخ شكم، آروغ ترش، سفيدي و انعطاف پذيري زياد پوست بدن را نيز ذكر مي‌كنند و سوزش سر دل با گرسنگي تخفيف مي‌يابد (۱۵-۱۳).

دسته‌ی سوّم حالتي است كه خلط سوداوي از طحال بيش از حد لازم به قسمت‌هاي بالايي معده ريزش نمايد كه در اين حالت بيمار احساس سوزش و گزش دارد كه در هنگام خالي بودن معده، مثلاً صبح ناشتا شدّت مي‌گيرد و با مصرف غذا خصوصاً غذاهاي چرب درد برطرف مي‌شود (۱۵-۱۳).

البته در سوءمزاج مادي صفراوي معده نيز گاهي پس از خوردن غذا سوزش در بالاي معده احساس مي‌شود (۱۴). همچنين بيماري اعضاي ديگر بدن نيز مي‌تواند روي معده تاثير بگذارد، مثلاً ريزش مواد (نزله) از مغز به معده مي‌تواند عامل بروز ناراحتي معده باشد (۱۶).

رويكرد به نشانه‌ی سوزش معده در طب سنّتي ايران در نمودار ۲ آورده شده است.

مرور درمان‌های کلی در پزشکی سنّتی ایران:

در حالتي كه سوزش معده ناشي از مصرف غذاهاي نامناسب باشد، مهم‌ترين راه درمان، اصلاح روش تغذيه‌ی بيمار است. در طب سنّتي ايران قوانين مشخصي در خصوص بهداشت خوردن و آشاميدن وجود دارد. براي نمونه به تعدادي از اين دستورات در زير اشاره مي‌گردد:

غذا بايد تنها هنگام گرسنگي واقعي مصرف شود و قبل از سير شدن كامل، خوردن متوقف شود، مصرف كمي نمك قبل از شروع به خوردن غذا توصيه شده است. در خصوص دفعات صرف غذا براي افراد داراي معده سالم بهتر است در يك روز وعده صبحانه و شام و روز بعد وعده‌ی ناهار ميل شود، غذا بايد به اندازه‌ی كافي جويده شود و موقع صرف غذا فرد در آرامش كامل باشد، بر عدم مصرف همزمان چند نوع غذا در متون پزشكي سنّتي بسيار تأكيد شده است، مصرف غذا بايد متناسب با مزاج معده‌ی فرد باشد، عدم مصرف دواي غذايي به جاي غذا مانع از تغيير كيفيّت مزاجي بدن مي‌گردد و به حفظ اعتدال بدن كمك مي‌نمايد، آب و مايعات نبايد همراه با غذا و تا مدّتي بعد از غذا مصرف شوند، چون باعث شناور شدن غذا و مانع از درگرفتن غذا توسط معده مي‌شوند. همچنين پس از ورزش، حمام كردن و در حالت ناشتا نيز نبايد آب مصرف شود (۱۷). رعايت دستورات بهداشتي تغذيه در زندگي از ايجاد سوء مزاج دستگاه گوارش خصوصاً معده و متعاقباً ايجاد بيماري‌هاي گوارشي پيشگيري مي‌نمايد.

در حالتي كه علّت سوزش معده رطوبت قسمت‌هاي بالايي معده باشد داروهاي خارج كننده‌ی بلغم از طريق استفراغ، داروهاي منضج و مسهل مخصوص بلغم مثل حب ايارج توصيه مي‌شود. پس از پاكسازي معده با روش‌هاي تخصصي پزشكي سنّتي، معده بايستي توسط موادي چون مرباي آمله (*Emblica officinalis*)، مرباي زنجبيل (*Zingiber officinale*) و پودر باديان (*Pimpinella anisum*) تقويت گردد. در معده با رطوبت بالا، كاهش ميزان غذاي مصرفي علايم را بهبود مي‌بخشند.

در صورتي كه ريزش سوداء به بالاي معده عامل سوزش معده باشد، توصيه به تجويز مرطبات و نيز فصد وريد دورسال متاكارپال بين انگشت چهارم و پنجم (كه در متون طب سنّتي وريد اسيلم خوانده مي‌شود) يا وريد بازيليك از دست چپ شده است. در مرحله‌ی بعد و يا به صورت همزمان تقويت معده از اركان اصلي درمان است كه همانطور كه اشاره شد توسط موادي چون مرباي هليله (*Terminalia chebula*)، مرباي آمله و اطريفل صغير انجام مي‌شود (۱۹-۱۳).

در كل غذاهايي كه در پزشكي سنّتي ايران براي برطرف شدن سوزش معده معرفي شده است، شورباهاي چرب، شورباهاي مرغ، غذاهاي زود هضم مثل انواع قليه و خورش‌هايي كه داراي ادويه‌ی هضم كننده مانند فلفل (*Piper nigrum*) باشند و گوشت‌هاي لطيف مثل گوشت پرندگان به صورت بريان شده روي آتش مي‌باشند. البته در خصوص مصرف

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]

غذاي چرب، اخيراً چندين مطالعه صورت گرفته است كه تعدادي از اين مطالعات روي غذاهايي با ميزان چربي بالا در مقايسه با غذاي كم چرب نتوانسته اند تفاوتي را در ميزان تحرك اسفنكتر تحتاني مري و ميزان ريفلاكس نشان دهند (۲۳-۲۰). حتّي تعدادي از بررسي ها دريافت بيشتر چربي در رژيم غذايي را مرتبط با افزايش موارد ريفلاكس گزارش نموده اند (۲۷-۲٤).

يك فرضيه براي توجيه اين مطلب اين است كه غذاهاي چرب كه بر اساس دانش پزشكي سنّتي ايران خاصيت رطوبت بخشي دارند، احتمالاً در مواردي از سوزش سردل موثرند كه ناشي از ريزش سودا به معده باشد، ولي در مواردي كه رطوبت معده بالاست علايم را تشديد مي‌نمايند. انجام بررسي هاي بيشتر در اين خصوص پيشنهاد مي‌گردد.

همچنين مصرف خوراكي ها با خاصيت قبض مانند انار و بِه، پس از خوردن غذا براي جلوگيري از ريفلاكس در طب سنّتي ايران توصيه شده است. مكانيسم احتمالي اين مسأله آن است كه اين مواد احتمالاً تون اسفنكتر تحتاني مري را بيشتر نموده و مانع از بازگشت اسيد مي‌شوند.

مقايسه طب سنّتی ایرانی با طب سنّتی چینی در مورد ریفلاکس یا ترش کردن (۲۸)

آنچه را كه در طب سنّتي ايراني به نام حرقت معده مي‌نامند و در عوام به ترش كردن مصطلح است در طب سنّتی چینی (TCM) به Sour Regurgitation شناخته مي‌شود كه با برگشت ترشي يا ترش كردن يا برگشت اسيد معده به مري برابر است. البته بايد اين تعريف را از سوزش سر دل كه همان وجع المعده است، افتراق داد. در طب سنّتی چین اصطلاح Sour Regurgitation دو دليل عمده دارد كه يكي Food regurgitation مي‌باشد كه در بررسي علايم باليني شايد بتوان آن را برابر با وجع المعده دانست، زيرا از نظر تعريف يعني غذاي وارد شده به معده، هضم نشده، ولي ترش شده (و احتمالاً سوزش سر دل را به وجود مي‌آورد) كه اگر به مري برگشت پيدا كند، سبب ترش كردن ناشي از غذا مي‌گردد كه در طب سنّتي ايراني نيز همين را ذكر كرده‌اند. دلايل اين بيماري همان دلايل بيماري وجع المعده است.

ولي برگشت اسيد يا احساس اسيد در مري كه همان ترش كردن (بدون غذا) مي‌باشد، همان حرقت معده است كه در TCM چهار دليل عمده دارد.

۱. St Qi Rebellious ناشي از Liv QI Stagnation در افراد مضطرب و يا افسرده.

۲. Retention of Food يا ناشي از پر خوري و يا بد خوري.

۳. St Damp-Heat كه احتمالاً ماده‌ی صفراوي و يا بلغمي ترش شده در معده است.

٤. Cold Damp Invading St كه ضعف معده مي‌باشد.

در نمودار شماره‌ی ۲، مواردي مثل سودا يا صفرا (سوء مزاج سودائي و يا صفراوي معده) بيشتر با سوزش سر دل همراهند (Burning Pain) و به دليل اختلال در هضم، غذا به صورت كامل هضم نشده، ترش مي‌شود و اين حالت غذا سبب ريفلاكس مي‌گردد كه همان Food Regurgitation است. در واقع در اين وضعيت ريفلاكس و ترش كردن با بازگشت غذا به مری همراه است.

ساير موارد ذكر شده در نمودار ۲ با Sour Regurgitation و ترش كردن تطابق دارد. بر اساس شكل پيشگفت در طب سنّتي ايراني، دو دليل عمده براي اين حالت وجود دارد ولي در طب سنّتي چيني سه دليل براي آن ذكر شده است.

۱. به دليل ضعف معده: غذا در معده ماندگار شده و هضم نمي‌شود. به نظر مي‌رسد كه تهاجم Cold به معده سبب كاهش حرارت ذاتي معده شده و با ضعف هضم همراه مي‌گردد و لذا ترش كردن اتفاق مي‌افتد، زيرا كه ماندگاري غذا، نفخ، تهوع و استفراغ و ... مثل طب سنّتي ايراني سبب ريفلاكس مي‌گردد. Cold Indaving St را شايد بتوان با ضعف معده در طب سنّتي ايراني برابر دانست.

۲. St Damp-Heat: در طب سنّتي چيني Damp با حرارت ضعيف معده مخلوط شده و

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]

رطوبتي را به وجود مي‌آورد كه سبب ريفلاكس مي‌گردد و سبب ترش كردن مي‌گردد. اين سندرم نيز مي‌تواند با نشانگان طب سنّتي ايراني برابر باشد.

۳. در طب سنّتي چيني، از عامل ديگري در ريفلاكس سخن گفته شده است كه در اين مقاله ذكر نشده است ولي دور از ذهن است كه در طب سنّتي ايراني ذكر نشده باشد و به نظر مي‌رسد كه نياز به تحقيق بيشتر و تطابق علايم با يكديگر باشد. اين سندرم در طب سنّتي چيني به نام Liv Qi Invading St است. اين حالت بدين معني است كه به دلايل اختلالات روحي و رواني، حركت ذاتي و طبيعي Liv Qi بر عكس شده و به معده حمله مي‌نمايد. اين حالت در مطالعاتي در طب نوين نيز وجود دارد (۹-۸،۲). افسردگي، اضطراب و هيستري سبب Liv Qi Stagnation شده و اين ماندگاري سبب تهاجم به معده شده و از حركت طبيعي رو به پايين (نزولي) معده جلوگيري مي‌نمايد كه سبب طغيان و يا ياغي‌گري حركت و فونكسيون معده به طرف بالا مي‌شود كه St Qi Rebellious ناميده مي‌شود. در اين حالت ريفلاكس اتفاق مي‌افتد.

در هر حال هر كدام از اين سه دسته عوامل پيشگفت در طب سنّتي چين و در طب سنّتي ايراني را مي‌توان با روش‌هاي مختلفي درمان نمود. به نظر مي‌رسد انجام مطالعات بيشتر در زمينه‌ی كارآيی درمان‌های تلفيقی بتواند منجر به ارايه راهكارهايی جديد در درمان بيماری‌ها گردد.

منابع

1. Festi D, Scaioli E, Baldi F, Vestito A, Pasqui F, Di Biase AR, Colecchia A. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. *World Journal of Gastroenterology* 2009; 15(14): 1690-1701

2. Rome III: *The Functional Gastrointestinal Disorders.* 3rd Ed. MacLean, VA: Degnon Associates, Inc.; 2006.p.374-81.

۳. احسانی اردكانی، محمد جواد؛ ملكی، ايرج؛ محمدزاده، فاطمه: بررسی شيوع بيماری ريفلاكس گاستروازوفاژيال در شهر تهران، سال ۱۳۷۸. نشريه‌ی پژوهنده: ۱۳۸۰، ٦ (۳): ۹-۱۵.

٤. خوش باطن، منوچهر؛ علي زاده شالچي، رزيتا: بيماري ريفلاكس در منطقه‌ی شمال غرب تبريز ۱۳۷۹. مجله‌ی پزشكي دانشگاه علوم پزشكي تبريز: ۱۳۸۲، ۳۷ (۵۹ (ضميمه)): ٤۷-۵۱.

۵. محمودي، سوسن؛ پور شمس، اكرم؛ ملك زاده، رضا؛ اكبري، محمدرضا: فراواني نسبي سندرم روده‌ی تحريك‌پذير و ريفلاكس معده به مری در دانشجويان ورودي سال ۸۰ دانشگاه تهران. گوارش:۱۳۸۲، ۸ (٤ (پياپي ٤۵)): ۱۵۹-۱٦۲.

6. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. *Schwartz's principles of surgery.* 9th ed. Vol 2. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 827-841.

7. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, et al. *Harrison's principles of internal medicine.* 17th ed. Vol 3. New York: Mc Graw Hill; 2008. p.1851-52.

8. Hu WH, Wong WM, Lam CL, Lam KF, Hui WM, Lai KC, Xia HX, Lam SK, Wong BC. Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16(12):2081-8.

۹. كوشان، محسن؛ بهنام وشاني، حميدرضا: عوامل استرسزا و ارتباط آن با برخي از شكايات شايع جسماني. دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني سبزوار (اسرار): ۱۳۸۱، ۹ (٤ (مسلسل ۲٦)): ۲۱-۳۰.

10. Tew S, Jamieson GG, Pilowsky I, Myers J. The illness behavior of patients with gastroesophageal reflux disease with and without endoscopic esophagitis. *Dis Esophagus* 1997;10(1):9-15.

11. Johnston BT, Lewis SA, Love AH. Stress, personality and social support in gastro-esophageal reflux disease. *J Psychosom Res* 1995;39(2):221-6.

12. Johnston BT, Lewis SA, Collins JS, McFarland RJ, Love AH. Acid perception in gastro-esophageal reflux disease is dependent on psychosocial factors. *Scand J Gastroenterol* 1995;30(1):1-5.

۱۳. ارزاني، حكيم محمد: طب اكبري. تصحيح و تحقيق موسسه‌ی احياء طب طبيعي به سفارش موسسه‌ی مطالعات تاريخ پزشكي، طب اسلامي و مكمل. انتشارات جلال

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]

الدين، قم، ۱۳۸۷.
۱۴. چوپاني، رسول؛ امتيازي، مجيد؛ تن ساز، مژگان؛ خدادوست، محمود: اسباب و علايم، علامت شناسي و تشخيص بيماري‌ها در طب سنّتي ايران. نشر فراز انديش سبز، تهران، ص:۱۴۱، ۱۳۸۸.
۱۵. نفيس بن عوض كرماني: شرح الاسباب و العلامات. ج.۱، تصحيح و تحقيق موسسه‌ی احياء طب طبيعي به سفارش موسسه‌ی مطالعات تاريخ پزشكي، طب اسلامي و مكمل. انتشارات جلال الدين، قم، ۱۳۸۷.
۱۶. ابن سينا، حسين بن علي: قانون در طب. ترجمه عبدالرحمن شرفكندي، نشر سروش، ۱۳۶۸.
۱۷. كردافشاري، غلامرضا؛ محمدي كناري، حوريه؛ اسماعيلي، سعيد: تغذيه در طب ايراني اسلامي. موسسه‌ی تحقيقات حجامت ايران، تهران، صص:۱۱۱-۱۰۵، ۱۳۸۹.
۱۸. مومن تنكابني، سيد محمود: تحفة المومنين. تصحيح و تحقيق: رحيمي، روجا؛ شمس اردكاني، محمد رضا؛ فرجادمند، فاطمه. انتشارات مركز تحقيقات و مفردات پزشكي، تهران، صص: ۶۶۳-۶۳۷، ۱۳۷۶.
۱۹. مظفریان، ولی‌اله: فرهنگ نام‌های گیاهان ایران. انتشارات فرهنگ معاصر، تهران، ۱۳۷۵.
20. Nandurkar S, Locke GR 3rd, Fett S, Zinsmeister AR, Cameron AJ, Talley NJ. Relationship between body mass index, diet, exercise and gastro-esophageal reflux symptoms in a community. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 497-505.
21. Ruhl CE, Everhart JE. Overweight, but not high dietary fat intake, increases risk of gastroesophageal reflux disease hospitalization: the NHANES I Epidemiologic Followup Study. First National Health and Nutrition Examination Survey. *Ann Epidemiol* 1999; 9: 424-435.
22. Colombo P, Mangano M, Bianchi PA, Penagini R. Effect of calories and fat on postprandial gastro-oesophageal reflux. *Cand J Gastroenterol* 2002; 37: 3-5.
23. Pehl C, Waizenhoefer A, Wendl B, Schmidt T, Schepp W, Pfeiffer A. Effect of low and high fat meals on lower esophageal sphincter motility and gastroesophageal reflux in healthy subjects. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1192-1196.
24. Shapiro M, Green C, Bautista JM, Dekel R, Risner-Adler S, Whitacre R, Graver E, Fass R. Assessment of dietary nutrients that influence perception of intra-esophageal acid reflux events in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25: 93-101.
25. Iwakiri K, Kobayashi M, Kotoyori M, Yamada H, Sugiura T, Nakagawa Y. Relationship between postprandial esophageal acid exposure and meal volume and fat content. *Dig Dis Sci* 1996; 41: 926-930.
26. Holloway RH, Lyrenas E, Ireland A, Dent J. Effect of intraduodenal fat on lower esophageal sphincter function and gastro-esophageal reflux. *Gut* 1997; 40: 449-453.
27. Meyer JH, Lembo A, Elashoff JD, Fass R, Mayer EA. Duodenal fat intensifies the perception of heartburn. *Gut* 2001; 49: 624-628.
28. Maciocia G. *Diagnosis in Chinese medicine: A comprehensive guide*. Newyork: Elsevier; 2004.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-12]