

## سوزش سردل و ریفلاکس: از طب سنتی ایران تا پزشکی رایج

مریم یاوری<sup>الف</sup>، محمد مظاہری<sup>ب</sup>، مهدی برهانی<sup>ب</sup>، محمدرضا حاجی حیدری<sup>ب</sup>، محمود بابائیان<sup>ب</sup>، محمدعلی کمالی<sup>الف</sup>، مهین الصاق<sup>ب</sup>، مجید آویژگان<sup>د</sup>، علیرضا قنادی<sup>ه</sup>، پیمان ادبی<sup>و\*</sup>

<sup>الف</sup> دانشکده‌ی طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

<sup>ب</sup> دانشکده‌ی طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

<sup>ج</sup> گروه طب سنتی ایران، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران

<sup>د</sup> گروه بیماری‌های عفونی و گرمیسری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

<sup>ه</sup> گروه فارماکوگنوزی، دانشکده‌ی داروسازی و مرکز تحقیقات علوم دارویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

<sup>و</sup> گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات جامع نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

### چکیده

بیدماری ریفلاکس معده به مری با علامت سوزش سردل و به واسطه‌ی عوازل آناتومیک و عملکردی نارسایی اسفنکترختیانی مری رخ میدهد. در پزشکی سنتی ایران سوزش سردل بیشتر با عبارت حرقت معده ذکر شده است و سه دسته علت در ایجاد آن موثر دانسته شده است. عامل اول مصرف غذاهای غلیظ و دیرهضم میباشد که با اصلاح شیوه‌ی زندگی و رعایت قوانین تغذیه این مورد اصلاح میشود. دسته‌ی دوم به علت وجود رطوبت خام در قسمت‌های ابتدایی معده ایجاد میگردد که داروهای منضج و مسهل بلغم برای این بیماران موثر است و دسته‌ی سوم حالتی است که خلط سوداولی از طحال بیش از حد لازم به قسمت‌های بالایی معده ریزش نماید که در این حالت مربطات برای بیمار تجویز میگردد. با توجه به شیوع بالای سوزش سردل، انجام مطالعات کارآزمایی بالینی جهت بررسی مطالب ذکر شده در پزشکی سنتی ایران و معرفی آن به پزشکان در راستای ارتقای روش‌های درمانی این بیدماری توصیه میگردد. در این مقاله سوزش سردل و ریفلاکس با مباحث مربوطه در طبع نوین و نیز طب سنتی چین مقایسه شده است.

تاریخ  
دریافت: مهر  
۹۰

**واژگان کلیدی:** سوزش سردل، ریفلاکس، طب سنتی ایران، پزشکی رایج، حرقت معده، طب سنتی چین

است (۲). مطالعه‌ای که بر روی ساکنین شهر تهران و در سال ۱۳۷۸ انجام گردیده است، شیوع سوزش سردل را به عنوان شایع‌ترین نشانه‌ی بیدماری ریفلاکس ۳۹/۷ درصد برآورد نموده است (۳). بررسی 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 تشیید مینموده است و تجمع زیاد بزاق در دهان شایع‌ترین علامت همراه در بیدماران

### علت شناسی سوزش سردل در پزشکی رایج:

در تعریف بالینی، بیدماری ریفلاکس معده به مری (GERD) عبارتست از بازگشت غیرطبیعی محتویات معده به مری حداقل یک بار در هفته که منجر به علایی چون سوزش سردل و یا رگورژیتاسیون اسید و یا آسیب مخاط مری گردد (۱).

سوزش سردل در ۱۵ تا ۲۰ درصد از جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله در جوامع غربی و ۵ درصد از آسیایی‌ها به صورت حداقل یک مرتبه در هفته گزارش شده

است که در عمدۀ مواد اپیزود های ریفلاکس همراه با ازو فاژیت و نیز ریفلاکس غیر اروزیو نقش دارد (۱). TLESR مربوط به ریفلاکس وازو واگال است که در آن شل شدن دریچه توسط اتساع معده القاء می شود. همچنین در موادر افزایش حجم معده (پس از صرف غذا، در انسداد پیلور، کندی تخلیه‌ی معده و افزایش ترشح اسید)، نزدیک شدن محتويات معده به پیوستگاه معده به مری (در حالت درازکش، خم شدن به جلو) و افزایش فشار معده (چاقی، بارداری، لباس چسبان) نیز احتمال ریفلاکس محتويات معده افزایش می‌یابد. در این موارد، از دست رفتن موقتی مقاومت اسفنکتر، مکانیسم احتمالی ریفلاکس است که پس از مصرف غذا روی می‌دهد (۶-۷). مطالعات آزمایشگاهی نشان داده‌اند که افزایش قطر کارد یا مثلاً به هنگام اتساع معده، به واسطه‌ی کاهش طول کلی اسفنکتر معده‌ی 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 برای TLESR بدون دخالت رفلکس‌های عصبی عضلانی می‌باشد (۶).

شل شدن‌های موقتی اسفنکتر تختانی یکی از مکانیسم‌های فیزیولوژیک در آروغ زدن است. پس از تخلیه‌ی معده از غذا، طول اسفنکتر به وضیعت طبیعی برگشته و نارسایی آن مرتفع می‌گردد. امّا پر شدن مجدد معده و ایجاد مجدد وقایع بالا موجب پدید آمدن حالت نفح و آروغ‌های مکرر در بیداران مبتلا به ریفلاکس می‌شود. قرار گرفتن اپیتلیوم سنگفرشی اسفنکتر تختانی مری در معرض شیره‌ی معده و به دنبال آن تخریب خاطی، موجب تحریک بـلـعـ بـزاـقـ به مذکور شستشوی خاط آسیب دیده و کاهش درد پشت جناغ سینه می‌گردد. افزایش بـلـعـ بـزاـقـ مـذـجـرـ بهـ اـتـسـاعـ بـیدـ شـتـ معده و ایجاد چرخه‌ای معیوب می‌گردد (۶).

مبتلاء به سوزش سر دل بوده است (۴). در مطالعه‌ی دیگری که در تهران و بر روی ۳۰۰۸ نفر از دانشجویان انجام گردید، ۹ درصد آن‌ها سوزش سر دل را یک بار یا بیشتر در طی یک سال گذشته تجربه نموده بودند (۵).

سوزش سر دل با درد یا ناراحتی سوزشی مشخص می‌شود که در بالای اپیگاستر ایجاد می‌شود و گاهی به پشت جناغ انتشار می‌یابد. این حس ممکن است همراه با علایمی چون افزایش بزاق و رگورژیتاسیون مایع ترش مزه باشد. علایم معمولًا با خوردن غذاهای خاص و تغییرات وضعیت بدن تشدید می‌شوند (۲). ریفلاکس ممکن است با علایم غیر عادی دیگری چون تهوع و استفراغ، سنگینی سر دل، درد قفسه‌ی سینه، احساس خفگی، سرفه‌ی مزمن، خس سینه و خشونت صدای همراه باشد (۶).

مکانیسم دقیق ایجاد ریفلاکس هنوز دقیدقاً مشخص نیست. امّا به نظر می‌رسد در ایجاد GERD، عوامل آنا توومیک و عملکردی هر دو نقص دارند. عوامل آنا توومیک طبیعی ضد ریفلاکس شامل اسفنکتر تختانی مری، ستون‌های دیافراگمی و موقعیت آنا توومیک پیوستگاه معده به مری در زیر سوراخ دیافراگمی مری می‌باشد. ریفلاکس زمانی روی می‌دهد که کاهش دایمی یا گذران در تون دریچه‌ی تختانی مری رخداد. ممکن است کاهش دایمی فشار دریچه‌ی تختانی مری ناشی از ضعف عضلانی باشد که اغلب علت واضحی ندارد. علل ثانویه‌ی نارسایی این دریچه عبارتند از بیماری‌هایی شبیه اسکلرودرمی، میوپیاتی همراه با انسداد کاذب و مزمن روده، بارداری، استعمال دخانیات، داروهای آنتیکولینرژیک، شل کننده های عضلات صاف (داروهای بتا آدرنرژیک)، آمینوفیلین، نیترات‌ها، مسدودکننده‌های کانال کلسیم، مهارکننده‌های فسفودی استراز)، آسیب دریچه با واسطه‌ی جراحی و التهاب مری (۶-۷).

شل شدن گذرای دریچه‌ی تختانی مری (Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation:TLESR) علّتی شایع برای

ریفلاکس قلیایی نیز تعریف شوند.  
عوامل موثر در ایجاد سوزش سردل عملکردی در غودار ۱ آورده شده است (۲).

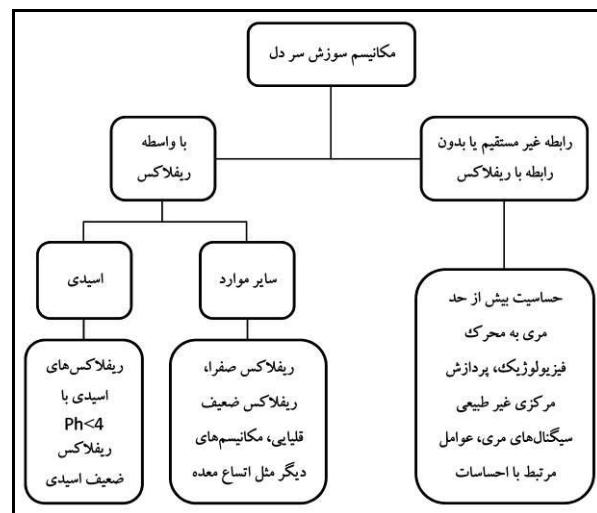
افزایش پاسخ ادراکی به حرکت که در تمام بیماری‌های عملکردی دستگاه گوارش به عنوان یک علت مهم شناخته می‌شود، در FHB هم نقش مهمی دارد. بسیاری از شواهد، درجهاتی از افزایش حساسیت مری به یک یا چند حرکت داخل لومن شامل شیمیایی و مکانیکال را تأیید می‌نمایند. عوامل متعددی بر درک حرکت در مری در سطح مرکزی یا محیطی اثر می‌گذارند. مثلاً انفوزیون چربی به دئودنوم طول مدت و شدت علیم سوزش سردل ناشی از اسید را کم مینماید. تجمّع چندین مورد اپیزود ریفلاکس کوتاه مدت و ضعیف اسیدی هم وقتی به مرز تحریک مشخصی بررسد می‌تواند موجب شروع درک درد در مری شود. در بررسی‌های تصویر برداری فانکشنال مشخص شده است که فاکتورهای شناختی بر خوبی پردازش مغز از داده‌های حسی احساسی در داوطلبان سالم اثر می‌گذارند (۲).

یک مطالعه روان‌شناسی در هنگانگ نشان داده است که بیماران با ریفلاکس، نمره‌ی اضطراب و افسردگی بیشتری از سایرین دارند (۸). مطالعه‌ای در ایران روی دانشجویان نیز رابطه‌ی استرس و سوزش سردل را تأیید نموده است (۹). استرس حاد تجربی بدون افزایش میزان ریفلاکس، درک اسید را در بیماران مبتلاء به GERD بیشتر می‌کند (۲). برخی مطالعات با مقایسه‌ی بیماران با اندوسکوپی طبیعی که از سوزش سردل شکایت دارند و در ثبت pH تماش غیرطبیعی با اسید داشته‌اند، با بیمارانی که مطالعه‌ی pH مری آن‌ها طبیعی بوده تفاوتی در پروفایل روان‌شناسی نشان نداده‌اند (۱۰-۱۱)، درحالیکه جانستون و همکاران گزارش نموده‌اند بیماران با سوزش سردل که در پایش pH ریفلاکس اسیدی زیادی نداشته‌اند، نسبت به بیمارانی که ریفلاکس نشان داده‌اند، نمره‌ی اضطراب و هیستری بالاتر و ساختار گمایت اjet ماعی پایین تری نشان میدهند (۱۲).

## سوزش سردل عملکردی:

سوزش سردل عملکردی (Functional heartburn: FHB)، سوزش اپیزودیک پشت جناغ سینه در غیاب GERD، اختلالات حرکتی مبتنی بر هیستوپاتولوژی، یا علل ساختاری است (۲).

بیماری FHB احتماً کمتر از ۱۰ درصد بیمارانی را که با سوزش سردل به متخصصین گوارش مراجعه می‌کنند شامل می‌شود. اما در سیستم مراقبت اولیه که تعداد بیشتری از بیماران اندوسکوپی طبیعی دارند و اضطراب، استرس و نگرانی شایع ترین عوامل ایجاد علیم در این بیماران هستند، شیوع FHB احتماً بیشتر است. FHB معمولاً در طی روز اتفاق می‌افتد و مانند GERD با مصرف غذاهای خاص یا دراز کشیدن تشديد می‌شود. FHB معمولاً با علیم سندروم دیس‌پپتیک مثل تهوع، نفخ و زود سیر شدن همراهی دارد (۲).



نودار ۱. عواملی که بر اساس متون پژوهشی رایج احتماً در ایجاد FHB موثرند.

هر چند طبق تعریف، GERD از عوامل موثر در ایجاد FHB کنار گذاشته می‌شود، اما ریفلاکس محتویات معده به مری شاید همچنان در ایجاد FHB نقش داشته باشد. برخی معتقدند آستانه pH برابر با ۴ برای تشخیص ریفلاکس اسیدی در پایش اسید می‌تواند تغییر کند و گروه‌های جدیدی از ریفلاکس ضعیف اسیدی و

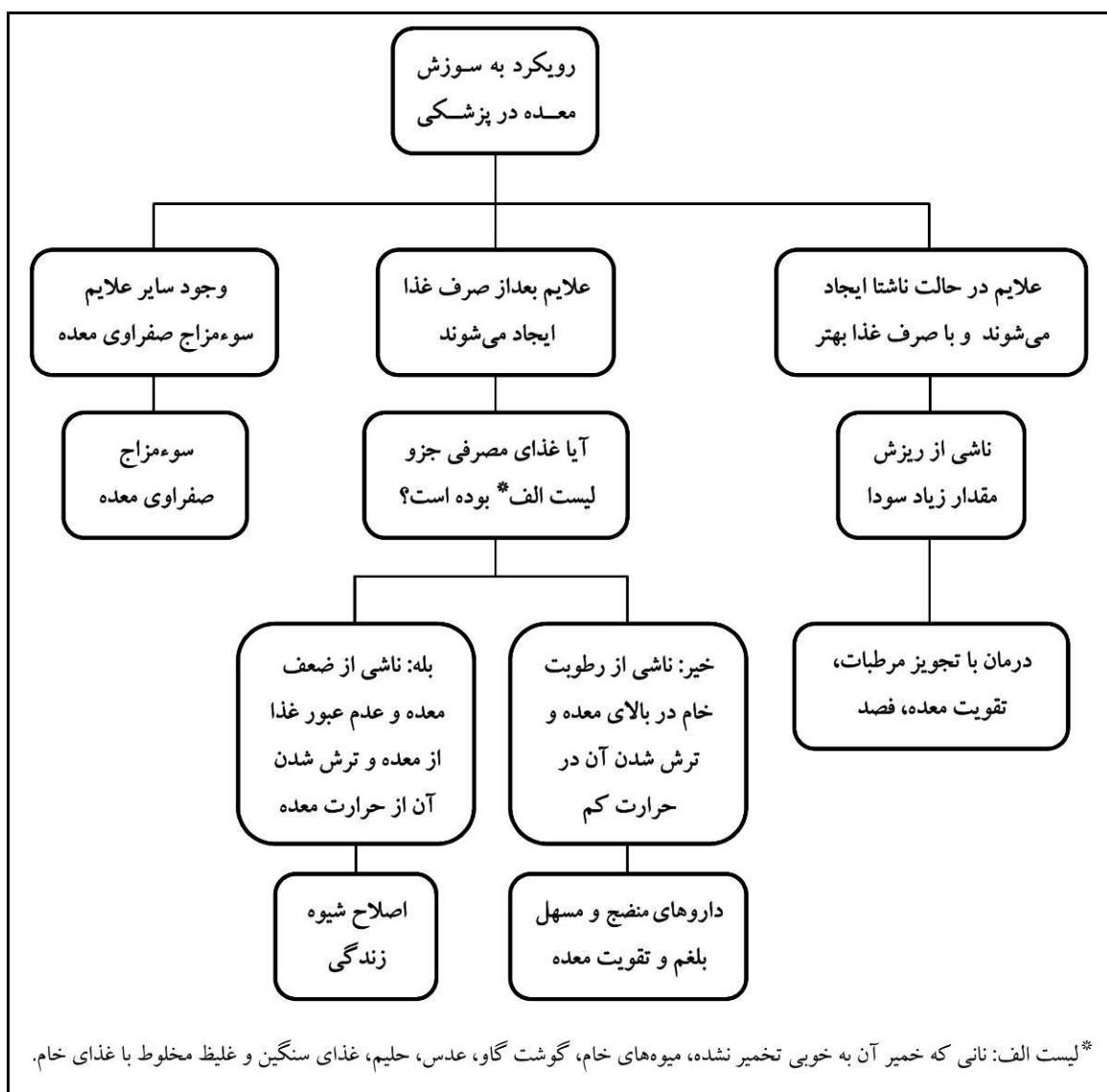
این مواد غذایی در معده هضم مناسب نداشته و به موقع از معده گذر نمی‌کند و با حرارت اندرک معده ترش گردیده و ایجاد علامت می‌نماید. مشخصه‌ی این حالت آن است که بیمار در هنگام گرسنگی به علت افزایش حرارت معده احساس راحتی و بهبود علائم می‌نماید. زیرا در حالت گرسنگی قوای هاضمه مصروف هضم شدن مواد زاید داخل معده (که ضعف حرارت را ایجاد می‌نماید) می‌گردد (۱۵-۱۳).

دسته‌ی دوم به علت وجود رطوبت خام در قسمت‌های ابتدایی معده (که در متون طب سنتی با عبارت "فم معده" آورده شده است و احتمالاً منطبق بر قسمت‌های کارديا و فوندوس می‌باشد) ایجاد می‌شود. رطوبت مذکور در اثر حرارت کم ترش می‌گردد و ایجاد سوزش می‌نماید. در این حالت بیمار علائم غلبه‌ی خلط بلغم مانند زیادی ترشح بزاق، حالت تهوع، عدم

### مرور کلی علت شناسی سوزش سر دل در طب ایرانی:

سوزش سر دل در طب سنتی ایران بیشتر با اصطلاح "حرقت معده" آورده شده است. البته به نظر میرسد اصطلاح "وجع فواد" در متون طب سنتی که به صورت درد شدید قفسه‌ی سینه با مذشاء غیر قلبی توصیف شده است نیز، ناشی از ریفلاکس معده به مری باشد. در سبب‌شنا سی، سوزش معده به سه دسته‌ی کلی از علتها اشاره گردیده است. عامل اول شامل مصرف غذاهای غلیظ و دیرهضم مثل نانی که خمیر آن به خوبی تخمیر نشده است یا مصرف میوه‌های خام می‌باشد.

این وضعیت خصوصاً در حالی بیشتر اتفاق می‌افتد که بر خلاف اصول حفظ تندرسی و پیشگیری موجود در طب ایرانی، بیمار غذاهای دیرهضم را به همراه یا مخلوط با غذاهای خام تناول نماید. در این حالت، مخلوط



صرف دواهای غذایی به جای غذا مانع از تغییر کیفیت مزاجی بدن می‌گردد و به حفظ اعتدال بدن کمک مینماید، آب و مایعات نباید همراه با غذا و تا مدتی بعد از غذا مصرف شوند، چون با عذر شناور شدن غذا و مانع از در برگرفتن غذا توسط معده می‌شوند. همچنین پس از ورزش، حمام کردن و در حالت ناشتا نیز نباید آب مصرف شود (۱۷). رعایت دستورات بهداشتی تغذیه در زندگی از ایجاد سوء مزاج دستگاه گوارش خصوصاً معده و متعاقباً ایجاد بیماری‌های گوارشی پیشگیری مینماید.

در حالتی که علت سوزش معده رطوبت قسمت‌های بالای معده باشد داروهای خارج کننده بلغم از طریق استفراغ، داروهای مذکوج و مسهل خصوص بدغم مثل حب‌ایارج توصیه می‌شود. پس از پاکسازی معده با روش‌های تخصصی پزشکی سنتی، معده با یاستی توسط موادی چون مربایی آمله (*Emblica officinalis*)، مربایی زنجیل (*Zingiber officinale*) و پودر بادیان (*Pimpinella anisum*) تقویت گردد. در معده با رطوبت بالا، کاهش میزان غذای مصرفی علایم را بهبود می‌بخشند.

در صورتی که ریزش سوداء به بالای معده عامل سوزش معده باشد، توصیه به تجویز مرطبات و نیز فصل ورید دورسال متاکارپال بین انگشت چهارم و پنجم (که در متون طب سنتی ورید اسیلم خوانده می‌شود) یا ورید بازیلیک از دست چپ شده است. در مرحله‌ی بعد و یا به صورت همزمان تقویت معده از ارکان اصلی درمان است که همانطور که اشاره شد توسط موادی چون مربایی هلیله (*Terminalia chebula*)، مربایی آمله و اطریفیل صغیر انجام می‌شود (۱۸-۱۹).

در کل غذاهایی که در پزشکی سنتی ایران برای برطرف شدن سوزش معده معرفی شده است، شورباهای چرب، شورباهای مرغ، غذاهای زوده هضم مثل انواع قلیه و خورش‌هایی که دارای ادویه‌ی هضم کند نه مانند فلفل (*Piper nigrum*) باشند و گوشت‌های لطیف مثل گوشت پرندهان به صورت بریان شده روی آتش می‌باشند. البته در خصوص مصرف

تشنگی، کمی اشتها، تمايل به غذاهای تند، نفح شکم، آروغ ترش، سفیدی و انعطاف پذیری زیاد پوست بدن را نیز ذکر می‌کند و سوزش سر دل با گرسنگی تخفیف می‌یابد (۱۳-۱۵).

دسته‌ی سوم حالتی است که خلط سوداوی از طحال بیش از حد لازم به قسمت‌های بالایی معده ریزش نماید که در این حالت بیمار احساس سوزش و گزش دارد که در هنگام خالی بودن معده، مثلاً صبح ناشتا شدت می‌گیرد و با مصرف غذا خصوصاً غذاهای چرب در برطرف می‌شود (۱۳-۱۵).

البته در سوء مزاج مادي صفر اوی معده نیز گاهی پس از خوردن غذا سوزش در بالای معده احساس می‌شود (۱۴). همچنین بیماری اعضاي دیگر بدن نیز می‌تواند روی معده تاثیر بگذارد، مثلاً ریزش مواد (نزله) از مغز به معده می‌تواند عامل بروز ناراحتی معده باشد (۱۶). رویکرد به نشانه‌ی سوزش معده در طب سنتی ایران در نمودار ۲ آورده شده است.

### مرور درمان‌های کلی در پزشکی سنتی ایران:

در حالتی که سوزش معده ناشی از مصرف غذاهای نامناسب باشد، مهم‌ترین راه درمان، اصلاح روش تغذیه‌ی بیمار است. در طب سنتی ایران قوانین مشخصی در خصوص بهداشت خوردن و آشامیدن وجود دارد. برای نمونه به تعدادی از این دستورات در زیر اشاره می‌گردد:

غذا باید تنها هنگام گرسنگی واقعی مصرف شود و قبل از سیر شدن کامل، خوردن متوقف شود، مصرف کمی نمک قبل از شروع به خوردن غذا تو صیه شده است. در خصوص دفعات صرف غذا برای افراد دارای معده سالم بهتر است در یک روز و عددی صحابه و شام و روز بعد و عددی نا هار میل شود، غذا باید به اندازه‌ی کافی جویده شود و موقع صرف غذا فرد در آرامش کامل باشد، بر عدم مصرف همزمان چند نوع غذا در متون پزشکی سنتی بسیار تأکید شده است، مصرف غذا باید متناسب با مزاج معده فرد باشد، عدم

و جود می آورد) که اگر به مری برگشت پیدا کنده، سبب ترش کردن ناشی از غذا می گردد که در طب سنتی ایرانی نیز همین را ذکر کرده است. دلایل این بیماری همان دلایل بیماری وعج المعده است.

ولی برگشت اسید یا احساس اسید در مری که همان ترش کردن (بدون غذا) می باشد، همان حرقت معده است که در TCM چهار دلیل عمدہ دارد.

۱. Liv Qi Stagnation ناشی از St Qi Rebellious

در افراد مضطرب و یا افسرده.

۲. Retention of Food یا ناشی از پر خوری و یا بد خوری.

۳. St Damp-Heat که احتمالاً ماده‌ی صفراء و یا بلغمی ترش شده در معده است.

۴. Cold Damp Invading St که ضعف معده می باشد.

در نمودار شماره ۲، مواردی مثل سودا یا صfra (سوء مزاج سودائی و یا صفراء وی معده) بیشتر با سوزش سر دل همراهند (Burning Pain) و به دلیل اختلال در هضم، غذا به صورت کامل هضم نشده، ترش می شود و این حالت غذا سبب ریفلکس می گردد که همان Food Regurgitation وضعيت ریفلکس و ترش کردن با بازگشت غذا به مری همراه است.

ساخر موارد ذکر شده در نمودار ۲ با Sour Regurgitation و ترش کردن تطابق دارد. بر اساس شکل پیشگفت در طب سنتی ایرانی، دو دلیل عمدہ برای این حالت وجود دارد وی در طب سنتی چینی سه دلیل برای آن ذکر شده است.

۱. به دلیل ضعف معده: غذا در معده ماندگار شده و هضم نمی شود. به نظر می رسد که تهاجم Cold به معده سبب کاهش حرارت ذاتی معده شده و با ضعف هضم همراه می گردد و لذا ترش کردن اتفاق می افتد، زیرا که ما ندگاری غذا، نفخ، تهوع و استفراغ و ... مثل طب سنتی ایرانی سبب ریفلکس می گردد. Cold Indaving St Cold Indaving St را شاید بتوان با ضعف معده در طب سنتی ایرانی برابر دانست.

۲. در طب سنتی چینی Damp-Heat با حرارت ضعیف معده مخلوط شده و

غذای چرب، اخیراً چندین مطالعه صورت گرفته است که تعدادی از این مطالعات روی غذاهایی با میزان چربی بالا در مقایسه با غذای کم چرب نتوانسته اند تفاوتی را در میزان تحرک اسفنکترختانی مری و میزان ریفلکس نشان دهند (۲۰۰-۲۳). حتی تعدادی از بررسی ها دریافت بیشتر چربی در رژیم غذایی را مرتبط با افزایش موارد ریفلکس گزارش نموده اند (۲۴-۲۷).

یک فرضیه برای توجیه این مطلب این است که غذاهای چرب که بر اساس دانش پزشکی سنتی ایران خاصیت رطوبت بخشی دارند، احتمالاً در مواردی از ریزش سودا به معده باشد، ناشی از ریزش سودا به رطوبت معده ولي در مواردی که رطوبت معده بالا است علایم را تشدید می نمایند. انجام بررسی های بیشتر در این خصوص پیشنهاد می گردد.

همچنین مصرف خوراکی ها با خاصیت قبض مانند انار و بیله، پس از خوردن غذا برای جلوگیری از ریفلکس در طب سنتی ایران توصیه شده است. مکانیسم احتمالی این مسئله آن است که این مواد احتمالاً تون اسفنکترختانی مری را بیدشت نموده و مانع از بازگشت اسید می شوند.

### مقایسه طب سنتی ایرانی با طب سنتی چینی در مورد ریفلکس یا ترش کردن (۲۸)

آنچه را که در طب سنتی ایرانی به نام حرقت معده مینامند و در عوام به ترش کردن مصطلح است در طب سنتی چینی (TCM) به Sour Regurgitation شناخته می شود که با برگشت ترشی یا ترش کردن یا برگشت اسید معده به مری برابر است. البته باید این تعریف را از سوزش سر دل که همان وع المعده است، افتراق داد. در طب سنتی چین اصطلاح Sour Regurgitation دو دلیل عمدہ دارد که یکی Food regurgitation می باشد که در بررسی علایم بالینی شاید بتوان آن را برابر با وع المعده دانست، زیرا از نظر تعریف یعنی غذای وارد شده به معده، هضم نشده، وی ترش شده (و احتمالاً سوزش سر دل را به

اضطراب و هیستوتی سبب شده است. این ماندگاری سبب تهاجم به معده شده و از حرکت طبیعی رو به پایین (نزوی) معده جلوگیری می‌نماید که سبب طغیان و یا یاغیگری حرکت و فونکسیون معده به طرف بالا می‌شود که St Qi Rebellious نامیده می‌شود. در این حالت ریفلaks اتفاق می‌افتد.

در هر حال هر کدام از این سه دسته عوامل پیشگفت در طب سنتی چین و در طب سنتی ایرانی را می‌توان با روش‌های مختلفی درمان نمود. به نظر می‌رسد انجام مطالعات بیشتر در زمینه کارآیی درمان‌های تلفیقی بتواند منجر به ارایه راهکارهایی جدید در درمان بیماری‌ها گردد.

رطوبتی را به وجود می‌آورد که سبب ریفلaks می‌گردد و سبب ترش کردن می‌گردد. این سندروم نیز می‌تواند با نشانگان طب سنتی ایرانی برابر باشد.

۳. در طب سنتی چینی، از عامل دیگری در ریفلaks سخن گفته شده است که در این مقامه ذکر نشده است وی دور از ذهن است که در طب سنتی ایرانی ذکر نشده باشد و به نظر می‌رسد که نیاز به تحقیق بیشتر و تطابق علایم با یکدیگر باشد. این سندروم در طب سنتی چینی به نام Liv Qi Invading است. این حالت بدین معنی است که به دلایل اختلالات روحی و روانی، حرکت ذاتی و طبیعی بر Liv Qi برعکس شده و به معده حمله می‌نماید. این حالت در مطالعاتی در طب نوین نیز وجود دارد (۲، ۸-۹).

## 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.
3. احسانی اردکانی، محمد جواد؛ ملکی، ایرج؛ محمدزاده، فاطمه: بررسی شیوه بیماری ریفلaks گاستروازوفاژیال در شهر تهران، سال ۱۳۷۸. نشریه پژوهنده: ۱۳۸۰، ۶ (۳): ۱۵-۹.
4. خوش باطن، منوچهر؛ علیزاده شالچی، رزیتا: بیماری ریفلaks در منطقه شمال غرب تبریز ۱۳۷۹. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: ۱۳۸۲، ۳۷، ۵۹ (ضمیمه): ۴۷-۵۱.
5. محمودی، سوسن؛ پور شمس، اکرم؛ ملک زاده، رضا؛ اکبری، محمد رضا: فراوانی نسبی سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر و ریفلaks معده به مری در دانشجویان ورودی سال ۸۰ دانشگاه تهران. گوارش: ۱۳۸۲، ۸ (۴ (پیاپی ۴۵)): ۱۰۹-۱۶۲.
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.
9. کوشان، محسن؛ بهنام وشانی، همیرضا: عوامل استرسزا و ارتباط آن با برخی از شکایات شایع جسمانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار (اسرار): ۱۳۸۱، ۹ (۴ (مسلسل ۲۶)): 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. ارزانی، حکیم محمد: طب اکبری. تصحیح و تحقیق موسسه احیاء طب طبیعی به سفارش موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل. انتشارات جلال

- الدین، قم، ۱۳۸۷.
۱۴. چو پانی، رسول؛ امتیازی، مجید؛ تن ساز، مژگان؛ خدادوست، محمود؛ اسباب و علام، علامت شناسی و تشخیص بیماری‌ها در طب سنتی ایران. نشر فراز آندیش سبز، تهران، ص: ۱۴۱، ۱۳۸۸.
۱۵. نفیس بن عوض کرمانی: شرح الاسباب و العلامات. ج. ۱، تصحیح و تحقیق موسسه احیاء طب طبیعی به سفارش موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل. انتشارات جلال الدین، قم، ۱۳۸۷.
۱۶. ابن سینا، حسین بن علی: قانون در طب. ترجمه عبدالرحمن شرفکندي، نشر سروش، ۱۳۶۸.
۱۷. کرد افشاری، غلامرضا؛ محمدی کناری، حوریه؛ اسماعیلی، سعید؛ تغذیه در طب ایرانی اسلامی. موسسه تحقیقات حجامت ایران، تهران، صص: ۱۱۱-۱۰۵، ۱۳۸۹.
۱۸. مومن تذکابنی، سید محمود؛ تحفة المؤمنین. تصحیح و تحقیق: رحیمی، روجا؛ شمس اردکانی، محمد رضا؛ فرجادمند، فاطمه. انتشارات مرکز تحقیقات و مفرادات پزشکی، تهران، صن: ۶۹۳-۶۳۷، ۱۳۷۶.
۱۹. مظفریان، ولی‌الله: 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.