

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

مریم یآوری^{الف}، محمد مظاهری^ب، مهدی برهانی^ج، محمدرضا حاجی حیدری^د، محمود بابائیان^ه،
محمدعلی کمالی^{الف}، مهین الصاق^ب، مجید آویژگان^د، علیرضا قنادی^ه، پیمان ادیبی^{و*}

^{الف} دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^ب دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

^ج گروه طب سنتی ایران، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران

^د گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

^ه گروه فارماکونوزی، دانشکده داروسازی و مرکز تحقیقات علوم دارویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

^و گروه داخلی، دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

چکیده

بیماری ریفلاکس معده به مری با علامت سوزش سردل و به واسطه عوامل آناتومیک و عملکردی نارسایی اسفنکتر تحتانی 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 شیوه زندگی و رعایت قوانین تغذیه این مورد اصلاح می‌شود. دسته دوم به علت وجود رطوبت خام در قسمت‌های ابتدایی معده ایجاد می‌گردد که داروهای منضج و مسهل بلغم برای این بیماران موثر است و دسته سوم حالتی است که خلط سوداوی از طحال بیش از حد لازم به قسمت‌های بالایی معده ریزش نماید که در این حالت مرطبات 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 بیماری توصیه می‌گردد. در این مقاله سوزش سردل و ریفلاکس با مباحث مربوطه در طب نوین و نیز طب سنتی چین مقایسه شده است.

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

تاریخ
دریافت: مهر
۹۰

علت‌شناسی سوزش سردل در پزشکی رایج:

در تعریف بالینی، بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) عبارتست از بازگشت غیرطبیعی محتویات معده به مری حداقل یک بار در هفته که منجر به علائمی 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 (۲). مطالعه‌ای که بر روی ساکنین شهر تهران و در سال ۱۳۷۸ انجام گردیده است، شیوع سوزش سردل را به عنوان شایع‌ترین نشانه‌ی بیماری 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 تشدید می‌نموده است و تجمع زیاد بزاق در دهان شایع‌ترین علامت همراه در بیماران

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

سوزش سردل 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 با شد. علایم معمولاً با خوردن غذاهای خاص و تغییرات وضعیت بدن تشدید می‌شوند (۲). 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 (۶).

مکانیسم دقیق ایجاد ریفلاکس هنوز دقیقاً مشخص نیست. اما به نظر می‌رسد در ایجاد GERD، عوامل آناتومیکی و عملکردی هر دو نقش دارند. عوامل آناتومیکی طبیعی ضد ریفلاکس شامل اسفنکتر تحتانی مری، ستون‌های دیافراگمی و موقعیت آناتومیکی پیوستگاه معده به مری در زیر سوراخ دیافراگمی مری می‌باشد. ریفلاکس زمانی روی می‌دهد که کاهش دائمی یا گذرا در تون دریاچه‌ی تحتانی مری رخ دهد. ممکن است کاهش دائمی فشار دریاچه‌ی تحتانی مری ناشی از ضعف عضلانی باشد که اغلب علت واضحی ندارد. علل ثانویه‌ی نارسایی این دریاچه عبارتند از بیماری‌هایی شبیه اسکلرودرمی، میوپاتی همراه با انسداد کاذب و مزمن روده، بارداری، استعمال دخانیات، داروهای آنتی‌کولینرژیک، شل‌کننده‌های عضلات صاف (داروهای بتا‌آدرنرژیک، آمینوفیلین، نیترات‌ها، مسدودکننده‌های کانال کلسیم، مهارکننده‌های فسفودی استراز)، آسیب دریاچه با واسطه‌ی جراحی و التهاب مری (۶-۷).

شل شدن گذرای دریاچه‌ی تحتانی مری (Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation: TLESR) علنی شایع برای

است که در عمده موارد اپیزودهای ریفلاکس همراه با ازوفازیت و نیز ریفلاکس غیر آروزیو نقش دارد (۱). TLESR مربوط به ریفلاکس وازوواگال است که در آن شل شدن دریاچه 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)، نزدیکی شدن محتویات معده به پیوستگاه معده به مری (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 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 معده- مری 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 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. اما پس از خوردن 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 تحریک مخاطی، موجب تحریک بلع بزاق به منظور شستشوی مخاط آسیب دیده و کاهش درد پشت جناغ سینه می‌گردد. افزایش بلع بزاق منجر به اتساع بیشتر معده و ایجاد چرخه‌ای معیوب می‌گردد (۶).

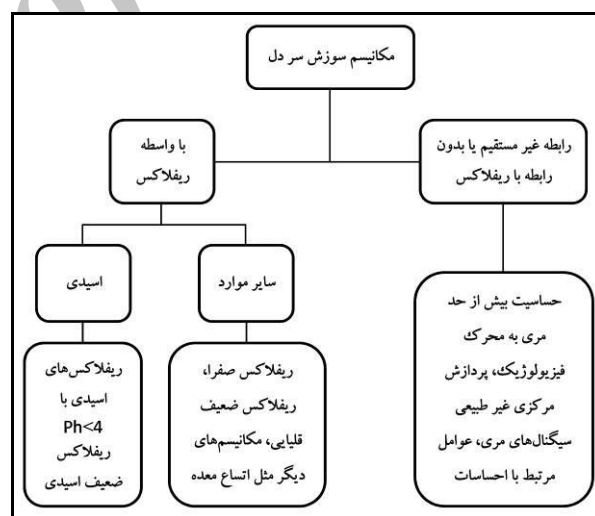
سوزش سردل عملکردی:

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 احتمالاً کمتر از ۱۰ درصد بیماران 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 شایع‌ترین عوامل ایجاد علایم در این بیماران هستند، شیوع FHB احتمالاً بیشتر است. FHB معمولاً در طی روز اتفاق می‌افتد و مانند GERD با مصرف غذاهای خاص یا دراز کشیدن تشدید می‌شود. FHB معمولاً با علایم سندرم دیس پپتیک مثل تهوع، نفخ و زود سیر شدن همراهی دارد (۲).

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

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

یک مطالعه روان‌شناسی در هنگ‌کنگ نشان داده است که بیماران با ریفلاکس، نمره 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 تماس غیرطبیعی با اسید داشته‌اند، با بیماران که مطالعه‌ی pH مری آن‌ها طبیعی بوده تفاوتی در پروفایل روان‌شناسی نشان نداده‌اند (۱۱-۱۰)، درحالی‌که جانستون و همکاران گزارش نموده‌اند بیماران با سوزش سردل که در پایش pH ریفلاکس اسیدی زیادی نداشته‌اند، نسبت به بیماران که ریفلاکس نشان داده‌اند، نمره اضطراب و هیستری بالاتر و ساختار حمایت اجتماعی پایین‌تری نشان می‌دهند (۱۲).



نمودار ۱. عواملی که بر اساس متون پزشکی رایج احتمالاً 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 آستانه‌ی PH برابر با ۴ برای تشخیص ریفلاکس اسیدی در پایش اسید می‌تواند تغییر کند و گروه‌های جدیدی از ریفلاکس ضعیف اسیدی و

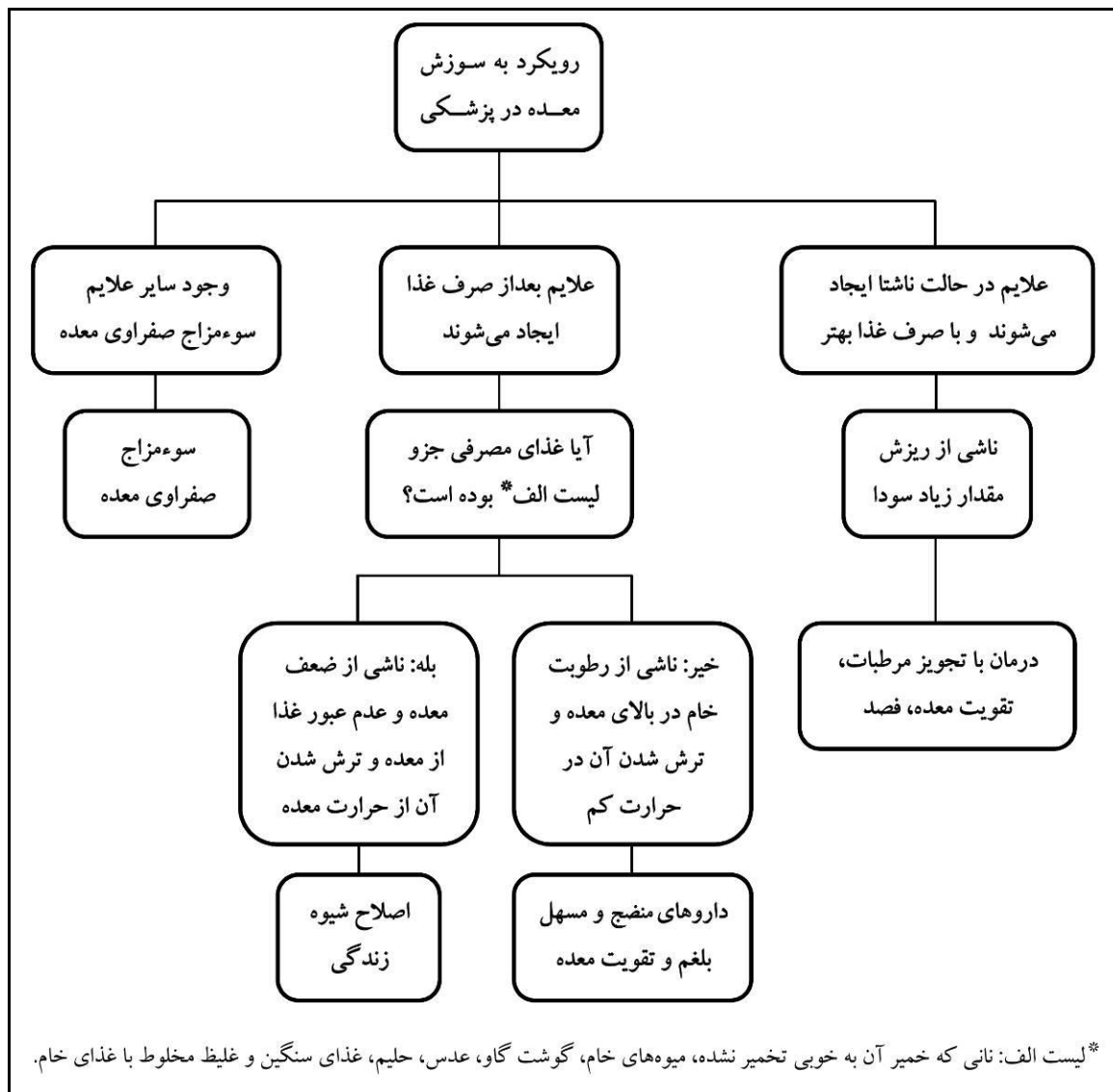
مرور کلی علت‌شناسی سوزش سردل در طب ایرانی:

سوزش سردل 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 منشاء غیر قلبی توصیف شده است نیز، ناشی از ریفلاکس معده به مری باشد. در سبب‌شناسی، 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 حالتی بیشتر اتفاق می‌افتد که برخلاف اصول حفظ تندرستی و پیشگیری موجود در طب ایرانی، بیمار غذاهای دیرهضم را به همراه یا مخلوط با غذاهای خام تناول نماید. در این حالت، مخلوط

این مواد غذایی در معده هضم مناسب نداشته و به موقع از معده گذر نمی‌کند و با حرارت اندک 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 کاردیا 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



مصرف دواي غذايي به جاي غذا مانع از تغيير كيفيت مزاجي بدن مي‌گردد و به حفظ اعتدال بدن كمك مي‌نمايد، آب و مايعات نبايد همراه با غذا و تا مدتي بعد از غذا مصرف شوند، چون باعث شناور شدن غذا و مانع از دربرگرفتن 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 بيماري هاي گوارشي پيشگيري مي‌نمايد.

در حالي كه علت سوزش معده رطوبت قسمت هاي بالايي معده باشد داروهاي خارج كننده بلغم از طريق استفراغ، دارو هاي مضع و مسهل مخصوص بلغم مثل حب ايارج توصيه مي‌شود. پس از پاكسازي معده با روش هاي تخصصي پزشكي سنتي، معده بايستي توسط موادي چون مرباي آمليه (*Emblica officinalis*)، مرباي زنجبيل (*Zingiber officinale*) و پودر باديبان (*Pimpinella anisum*) تقويت گردد. در معده با رطوبت بالا، کاهش ميزان غذاي مصرفي علاج را بهبود مي‌بخشند.

در صورتي كه ريزش سوداء به بالاي معده عامل سوزش معده باشد، توصيه به تجويز مرطبات و نيز فصد ورید دورسال متاكارپال بين انگشت چهارم و پنجم (كه در متون طب سنتي ورید اسيلم خوانده مي‌شود) يا ورید بازيليک از دست چپ شده است. در مرحله بعد و پاي به صورت همزمان تقويت معده از ارکان اصلي درمان است كه همانطور كه اشاره شد توسط موادي چون مرباي هليله (*Terminalia chebula*)، مرباي آمليه و اطريرفل صغیر انجام مي‌شود (۱۹-۱۳).

در كل غذايي كه در پزشكي سنتي ايران براي برطرف شدن سوزش معده معرفي شده است، شورباهاي چرب، شورباهاي مرغ، غذاهاي زود هضم مثل انواع قليه و خورش هايي كه داراي ادويه هضم كننده مانند فلفل (*Piper nigrum*) باشند و گوشت هاي لطيف مثل گوشت پرنندگان به صورت بريان شده روي آتش مي‌باشند. البته در خصوص مصرف

تشنگي، كمی اشتها، تمايل به غذاهاي تند، نفخ شكم، آروغ ترش، سفیدی و انعطاف پذيري زياد پوست بدن را نيز ذكر مي‌كند و سوزش سردل با گرسنگي تخفيف مي‌يابد (۱۵-۱۳).

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

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

رويکرد به نشانه سوزش معده در طب سنتي ايران در نمودار ۲ آورده شده است.

مرور درمان های کلی در پزشکی سنتی ایران:

در حالي كه سوزش معده ناشي از مصرف غذاهاي نامناسب باشد، مهم ترين راه درمان، اصلاح روش تغذيه بيمار است. در طب سنتي ايران قوانين مشخصي در خصوص بهداشت خوردن و آشامیدن 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 كمی 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 وعده ناهار ميل شود، غذا بايد به اندازه كافي جویده شود و موقع صرف غذا فرد در آرامش كامل باشد، بر عدم مصرف همزمان چند نوع غذا در متون پزشكي سنتي بسيار تأكيد شده است، مصرف غذا بايد متناسب با مزاج معده فرد باشد، عدم

و وجود می‌آورد) که اگر به مری برگشت پیدا کند، سبب ترش کردن ناشی از غذا می‌گردد که در طب سنتی ایرانی نیز همین را ذکر کرده‌اند. دلایل این بیماری همان دلایل بیماری وجع المعده است.

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

۱. St Qi Rebellious ناشی از Liv Qi Stagnation 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 صفراوی و یا بلغمی ترش شده در معده است.

۴. Cold Damp Invading St که ضعف معده می‌باشد.

در نمودار شماره ۲، مواردی مثل سودا یا صفرا (سوء مزاج سودائی و یا صفراوی معده) بیشتر با سوزش سردل همراهند (Burning Pain) و به دلیل اختلال در هضم، غذا به صورت کامل هضم نشده، ترش می‌شود و این حالت غذا سبب ریفلاکس می‌گردد که همان Food Regurgitation است. در واقع در این وضعیت ریفلاکس و ترش کردن با بازگشت غذا به مری همراه است.

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

۱. به دلیل ضعف معده: غذا در معده ماندگار شده و هضم نمی‌شود. به نظر می‌رسد که تهاجم Cold به معده سبب کاهش حرارت ذاتی معده شده و با ضعف هضم همراه می‌گردد و لذا ترش کردن اتفاق می‌افتد، زیرا که ماندگاری غذا، نفخ، تهوع و استفراغ و... مثل طب سنتی ایرانی سبب ریفلاکس می‌گردد. Cold Indaving St را شاید بتوان با ضعف معده در طب سنتی ایرانی برابر دانست.

۲. St Damp-Heat: در طب سنتی چینی Damp 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 نتوانسته‌اند تفاوتی را در میزان تحرك اسفنکتر تحتانی مری و میزان ریفلاکس نشان دهند (۲۳-۲۰). حتی تعدادی از بررسی‌ها دریافت بیشتر چربی در رژیم غذایی را مرتبط با افزایش موارد ریفلاکس گزارش نموده‌اند (۲۷-۲۴).

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 سوزش سردل موثرند که ناشی از ریزش سودا به معده باشد، ولی در مواردی که رطوبت معده بالاست علائم را تشدید نمی‌نمایند. انجام بررسی‌های بیشتر در این خصوص پیشنهاد می‌گردد.

همچنین مصرف خوراکی‌ها با خاصیت قبض مانند انار و به، پس از خوردن غذا برای جلوگیری از ریفلاکس در طب سنتی ایران توصیه شده است. مکانیسم احتمالی این مسأله آن است که این مواد احتمالاً تون اسفنکتر تحتانی مری را بیشتر نموده و مانع از بازگشت اسید می‌شوند.

مقایسه طب سنتی ایرانی با طب سنتی چینی در مورد ریفلاکس 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 می‌شود که با برگشت ترشی یا ترش کردن یا برگشت اسید معده به مری برابر است. البته باید این تعریف را از سوزش سردل که همان وجع المعده است، افتراق داد. در طب سنتی چین اصطلاح Sour Regurgitation دو دلیل عمده دارد که یکی Food regurgitation می‌باشد که در بررسی‌های بالینی شاید بتوان آن را برابر با وجع المعده دانست، زیرا از نظر تعریف یعنی غذای وارد شده به معده، هضم نشده، ولی ترش شده (و احتمالاً سوزش سردل را به

اضطراب و هیستری سبب Liv Qi Stagnation شده و این ماندگاری سبب تهجم به معده شده و از حرکت طبیعی رو به پایین (نزولی) 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 ریفلکس 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 زمینه‌ی کارایی درمان‌های تلفیقی بتواند منجر به آرایه‌ی راهکارهایی جدید در درمان بیماری‌ها گردد.

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

۳. در طب سنتی چینی، از عامل دیگری در ریفلکس سخن گفته شده است که در این مقاله ذکر نشده است ولی 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 سندرم در طب سنتی چینی به نام Liv Qi Invading St است. این حالت بدین معنی است که به دلایل اختلالات روحی و روانی، حرکت ذاتی و طبیعی Liv Qi بر عکس شده و به معده حمله می‌نماید. این حالت در مطالعاتی در طب نوین نیز وجود دارد (۹-۸، ۲). افسردگی،

منابع

1. Festi D, Scaoli 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 اردکانی، محمد جواد؛ ملکی، ایرج؛ محمدزاده، فاطمه؛ بررسی شیوع بیماری ریفلکس گاستروازوفازیال در شهر تهران، سال ۱۳۷۸. نشریه‌ی پژوهنده: ۱۳۸۰، ۶ (۳): ۹-۱۵.
۴. خوش باطن، منوچهر؛ علی زاده شالچی، رزیتا؛ بیماری ریفلکس در منطقه‌ی شمال غرب تبریز ۱۳۷۹. مجله‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: ۱۳۸۲، ۳۷ (۵۹ (ضمیمه)): ۴۷-۵۱.
۵. محمودی، سوسن؛ پور شمس، اکرم؛ ملک زاده، رضا؛ اکبری، محمدرضا؛ فراوانی نسبی سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر و ریفلکس معده به مری در دانشجویان ورودی سال ۸۰ دانشگاه تهران. گوارش: ۱۳۸۲، ۸ (۴ (پیاپی ۴۵)): ۱۵۹-۱۶۲.
6. Bruncardi 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. کوشان، محسن؛ بهنام وشانی، حمیدرضا؛ عوامل استرس‌زا و ارتباط آن با برخی از شکایات شایع جسمانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی 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 موسسه‌ی احیاء طب طبیعی به سفارش موسسه‌ی مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل. انتشارات جلال

- الدين، قم، ۱۳۸۷.
۱۴. چوپانی، رسول؛ امتیازی، مجید؛ تن ساز، مژگان؛ خدادوست، محمود؛ اسباب و علائم، علامت شناسی و تشخیص بیماری‌ها در طب سنتی ایران. نشر فراز اندیش سبز، تهران، ص: ۱۴۱، ۱۳۸۸.
۱۵. نفیس بن عوض کرمانی: شرح الاسباب و العلامات. ج. ۱، تصحیح و تحقیق موسسه‌ی احیاء طب طبیعی به سفارش موسسه‌ی مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل. انتشارات جلال الدین، قم، ۱۳۸۷.
۱۶. ابن سینا، حسین بن علی: قانون در طب. ترجمه عبدالرحمن شرفکندی، نشر سروش، ۱۳۶۸.
۱۷. کرد افشاری، غلامرضا؛ محمدی کناری، حوریه؛ اسماعیلی، سعید: تغذیه در طب ایرانی اسلامی. موسسه‌ی تحقیقات حجامت ایران، تهران، صص: ۱۱۱-۱۰۵، ۱۳۸۹.
۱۸. مومن تنکابنی، سید محمود: تحفة المومنین. تصحیح و تحقیق: رحیمی، روجا؛ شمس اردکانی، محمد رضا؛ فرجامند، فاطمه. انتشارات مرکز تحقیقات و مفردات پزشکی، تهران، صص: ۶۶۳-۶۳۷، 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.