

ریفلاکس معده به مری

انتقال غیر فعال محتویات معده به مری می باشد .

نسبت شیوع $\frac{1}{300}$ الی $\frac{1}{1000}$ می باشد .

غالباً این حالت در هنگام سستی گذرا و نامناسب اسفنکتر تحتانی مری رخ می دهد . علت آن مشخص نیست ولی بالقوه می تواند ارتباط به سیستم عصبی مرکزی یا رفلکس اغراق آمیز روده ای داشته باشد .

عوامل مختلفی سبب می شود که فشار اسفنکتر تحتانی مری تغییر نماید . از جمله انسان معده ، افزایش فشار داخل شکمی ناشی از سرفه ، بیماری سیستم عصبی مرکزی ، تخلیه دیررس معده و فتق هیاتوس و انجام گاستروستومی .

این وضعیت از شیرخوارانی رخ می دهد که زودرس بوده یا دیسپلازی برونکوپولمونر دارند .

برخی از داروها مثل تئوفیلین ، ایزوپرنول و متاپرنول با سست کردن اسفنکتر تحتانی مری و یا افزودن تولید و ترشح اسید معده سبب ریفلاکس شوند .

تظاهرات بالینی

رایج ترین علامت برگشت غیر فعال مواد غذایی یا استفراغ می باشد .

علامت کمتر رایج افزایش ناچیز وزن ، استفراغ یا مدفوع حاوی خون ، کم خونی ، تحریک پذیری یا سوزش دل ، آوغ زدن ، آینه یا پنمونی عود کننده است .

ملنا سوزش دل یک علامت دیگر در کودکان بزرگتر است و در شیرخواران قابل تشخیص نیست و به صورت بی اشتهاپی داده میشود .

اختلال تنفسی وجود دارد ولی غالباً تشخیص آن از اینکه عامل اصلی بوده یا به علت کمکی در بروز ریفلاکس میباشد سخت است .

تاریخچه و معاینه فیزیکی یک بخش مهم ارزشیابی تشخیص میباشد .

مطالعات تشخیصی مختلف شامل عکسبرداری پیاپی از گوارش پس از مصرف باریم است .

مطالعه دیگر ارزیابی و کنترل PH مری می باشد و دیگری در رابطه با GER بررسی می شود .

آندوسکوپی ممکن است جت یافتن ملاکی از آزوفاژیت در رابطه با ریفلاکس انجام گیرد .

بیوپسی مخاط جهت بررسی تغییرات میکروسکوپی ثابت توأم با GER و تعیین شدت ریفلاکس انجام می گیرد .

تدابیر درمانی

تدابیر درمانی ریفلاکس بستگی به شدت و بروز و یا عدم بروز عوارض مثل رشد ضعیف ، آزوفاژیت یا وجود مسائل تنفسی دارد . در اکثریت شیرخواران تنها تدبیر محافظتی به حداقل رسانیدن علائم میباشد .

دانشگاه علوم پزشکی اراک
بیمارستان امام خمینی (ره) مملات

ریفلاکس معده به مری

واحد آموزش

بیمارستان امام خمینی (ره) مملات

متوکلوپرامید فشار استراحت اسفنکتر تحتانی ازوفاژ و سرعت تخلیه معده را افزایش میدهد. ممکن است در درمان کودکان مبتلا به ریفلاکس توأم با تخلیه دیررس معده مفید باشد.

جراحی در آندسته از کودکان مبتلا به ریفلاکس استفاده میشود که دچار عوارض جدی مثل پنمونی آسپیراسیون عود کننده.

اکثریت شیرخواران مبتلا به ریفلاکس دارای مسئله خفیف بوده که معمولاً در یک سالگی بهتر شه و صرفاً نیاز به درمان طبی خواهند داشت. در صورت شدید بودن GER، عوارض متعدد ممکن است قبض مری، دسترس تنفسی عود کننده تنفس یک عارضه جدی دیگر است که اندیکاسیون جراحی دارد.

تدابیر پرستاری

- ۱- شناسایی کودکان با علائم نشان دهنده GER
- ۲- آموزش مراقبت خانگی به والدین از جمله تغذیه
- ۳- در صورت لزوم مراقبت از کودک پس از عمل جراحی ایجاد اطمینان در والدین از ماهیت خوش خیم بیماری از مهمترین مداخلات است.

اختلاف نظر در مورد تغذیه با قوام غلیظ و قرار دادن شیرخوار در وضعیت خاص بعنوان درمان وجود دارد. مخلوط کردن یک قاشق غذاخوری غلات برنج در ۶ انس فرمولا ممکن است بعنوان اولین معیار در کنترل ریفلاکس توصیه شود.

قرار دادن در وضعیت خاص (سر در امتداد بدن) یا (سر کمی بالاتر) پس از دادن شیر یا غذا و هنگام شب یک معیار معقول جهت شیرخواران مبتلا می باشد.

درمان دارویی گاهی از اوقات بعنوان درمان الحاقی در شیرخواران و کودکان مبتلا استفاده میشود. آنتی اسیدها یا آنتاگونیستهای گیرنده هیستامین (بلوکرهای H_2) جهت کاستن مقدار اسید موجود در محتویات معده بوده و ممکن است از ازوفاژیت پیشگیری کند.

داروهای Prokinetic غالباً بعنوان درمان ریفلاکس استفاده میشود. ممکن است سبب گاهی ریفلاکس شوند