

به نام خداوند جان و خرد



# گوارش

نشریه انجمن متخصصین بیماریهای  
دستگاه گوارش و کبد ایران  
فصلنامه علمی

صاحب امتیاز و مدیر مسئول: دکتر سیدحسین میرمجلسی  
سر دبیر: دکتر صادق مسرت  
ویراستار: دکتر امیرحسین سجادیه

هیئت تحریریه:

دکتر رحیم آقازاده، دکتر مرتضی خطیبیان، دکتر ناصر ابراهیمی  
دریانی، دکتر حسن سعادت‌نیا، دکتر صادق مسرت، دکتر رضا  
ملکزاده، دکتر قدرت‌الله منتظری، دکتر سیدحسین  
میرمجلسی، دکتر جواد میکائیلی  
مدیر اجرایی: مجید شفتی

نشانی پستی مجله: صندوق پستی ۱۶۳ - ۱۴۳۹۵ تهران  
نشانی: تهران، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات گوارش  
تلفن: ۸۰۱۳۹۹۲ تلفکس: ۸۰۲۶۴۸۶  
E-mail: medgi@ams.ac.ir

مجله گوارش هر سه ماه یکبار منتشر می‌شود.  
سال هشتم، شماره ۳۳، مهر ۱۳۸۲ (نسخه متمم ویژه‌نامه)

نسخه متمم

ویژه‌نامه سومین کنگره گوارش و کبد ایران

مهر ۱۳۸۲ - تهران

بقیه خلاصه مقالات و سخنرانی‌ها

فهرست مطالب:

۳ مقدمه

بقیه خلاصه مقاله‌های سومین کنگره گوارش و کبد:

۴ بقیه خلاصه مقاله‌های قبول شده در کنگره

## بسامدواژگان

۵۳ بسامدواژگان نام‌های فارسی

۵۵ بسامدواژگان نام‌های انگلیسی

۵۷ بسامدواژگان موضوعی فارسی

۶۱ بسامدواژگان موضوعی انگلیسی

۶۳ بسامدواژگان مکان‌ها

## نکاتی که در مقاله‌های ارسالی برای مجله گوارش باید رعایت شوند.

همکاران متخصص غیرپزشک باید در تحقیق آورده شود. نتایج باید جمع‌بندی شود و بدون ذکر تمام جزئیات گزارش شود. از آوردن جداول زیاد خودداری و در ادغام جداول کوشش شود. در بخش بحث به مقالات اصلی موجود در مسئله مورد پژوهش اشاره شود و بخصوص به آخرین گزارش‌هایی که منتشر شده‌اند توجه و نتایج با آنچه که از گزارش‌ها به دست آمده است، مقایسه شود و اختلاقات مورد بحث قرار گیرد. در خانم بحث در چند سطر نکته‌های مهم نتایج، مجدداً به عنوان چکیده اصلی که پژوهشگران به آن رسیده‌اند برای خواننده بازگو شود.

\* در صورت استفاده اجباری از کلمات بیگانه، می‌توان از اوتوئوس استفاده و در صورت تمایل به اصل واژه در زیرنویس اشاره کرد. تمام کلمات اختصاری غیرمتعارف در اولین اشاره باید تعریف شوند. از کلمات اختصاری بهتر است هنگامی استفاده کرد که بیش از سه بار در متن به کار رفته باشند.

\* منابع علمی (References) در مجله گوارش، مطابق بیانیه ونگوور و به ترتیب زیر ذکر می‌شوند:

◀ نام خانوادگی، حرف اول نام [.] ◀ [\*] عنوان مقاله [\*] ◀ اسم مجله  
◀ سال انتشار [۱] ◀ شماره سالانه (Volume) [۲] ◀ صفحه اول مقاله  
مرجع [-] ◀ صفحه آخر مقاله مرجع (مثال):

1-Pixley F., Wilson D., McPherson K., Mann J et al.  
"Effect of vegetarianism on development of gallstones in women" Brit. Med. J. 1985;29:11-12

زیاده‌عزیزه بهروز، طاهری حسن، ملکزاده رضا و همکاران. تعیین فراوانی علل ابتلا به هیپاتیت مزمن در بیماران مراجعه کننده به چند مرکز درمانی شهر تهران. گوارش ۱۳-۱۴، سال سوم، صفحه ۱۳ تا ۲۲. (شماره مسلسل مجله فقط در مجلاتی که در هر شماره از صفحه یک شماره‌گذاری می‌شوند، آورده شود.)

\* در صورت شرکت بیش از ۳ نویسنده در مقاله، نام سه نفر اصلی ابتدا ذکر و نام بقیه با et al (در فارسی: و همکاران) خلاصه شود.

\* در صورت استفاده از مأخذهای کتابی، (۱) نام نویسندگان مقاله (۲) عنوان مقاله در کتاب (۳) نام مؤلف کتاب (۴) عنوان کتاب (۵) نوبت چاپ (۶) محل انتشار کتاب (۷) نام ناشر (۸) سال انتشار کتاب (۹) اولین و آخرین صفحات مقاله ذکر شود.

\* مأخذهای (References) که در متن مورد اشاره‌اند باید شماره مسلسل معطوف به متن را داشته و معتبر و قابل بیگیری باشند و در پایان مقاله ذکر شوند.

\* در بالای هر جدول باید عنوان آن که نشانگر محتویات جدول است درج و جدول‌ها به ترتیب تمیزگذاری شوند. تصویرها و شکل‌ها باید واضح و قابل چاپ و دارای تعریف مختصر و شماره مسلسل معطوف به متن باشند.

\* نویسنده اصلی باید در نامه همراه با مقاله تضمین کند که مقاله تا به حال چاپ نشده و یا برای مجله دیگری در ایران ارسال نشده است. مجله ایرادی به انتشار مقالات ارسالی که همزمان به مجلات خارجی نیز فرستاده می‌شوند ندارد.

نشریه گوارش به صورت فصلنامه و به زبان فارسی و انگلیسی هر سه ماه یک بار منتشر می‌شود و در مباحث شایع و مهم گوارش مقاله می‌پذیرد.  
\* در نگارش مقاله از کلمات اصیل فارسی استفاده کنید و مقاله را در چهار نسخه نایب شده و همراه با دیسکت (تحت برنامه Office) ارسال فرمایید. در مورد تصاویر و اشکال، یک نسخه اصل و سه نسخه فتوکپی لازم است.

\* عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان، عنوان دانشگاهی و مرتبه علمی آنها، محل کار، محل تحقیق، ضمیمه مقاله (شامل عکس، تصویر، دیسکت و...)، نشانی دقیق و شماره تلفن و آدرس پست الکترونیکی نویسنده مسئول را در صفحه اول ذکر فرمایید. مشخصات نویسندگان باید به زبان انگلیسی نیز قید شود.

\* مقالات پذیرفته شده شامل مقالات اصیل (Original article)، مقالات مروری (Review article) و گزارش مورد (Case report) است.

\* مجله گوارش از چاپ مقالات ترجمه شده معذور است ولی از ترجمه مطالب راهنما و راهبردهای پزشکی (Guidelines) استقبال می‌کند.

\* مجله گوارش اصولاً از چاپ مقالات اصلی که نتیجه بررسی‌های گذشته‌نگر و جمع‌آوری شده از پرونده‌های پزشکی است، جز در موارد نادر معذور است، همچنین مقالاتی که نتایج آنها در کتاب‌های معتبر آمده و در تأیید آنها انجام گرفته پذیرفته نمی‌شود مگر این که بر پایه مدارک و متدولوژی صحیح علمی با آن نتایج مغایرت داشته باشند.

\* مقالات پژوهشی باید به غیر از عنوان (رسا و کوتاه)، شامل خلاصه و بین ۳ تا ۱۰ گل‌واژه و همچنین، مقدمه، مواد، روش کار، نتایج، بحث و فهرست منابع باشد. عنوان، خلاصه و گل‌واژگان مقالات فارسی باید به زبان انگلیسی نیز ترجمه شود. خلاصه مقاله فارسی و انگلیسی هر یک باید در حدود ۲۵۰ کلمه و کمتر از دوسوم یک صفحه مجله گوارش باشند.

\* مقالات مروری باید شامل: چکیده، هدف، منابع اطلاعات، روش انتخابی برای بررسی، جمع‌بندی مطالب و نتیجه‌گیری باشد و نویسنده باید خود در مورد موضوع مقاله صاحب تألیفات باشد. موارد خواسته شده در مقالات پژوهشی (چکیده فارسی و انگلیسی، گل‌واژگان و...) باید با مقاله مروری ارسال شوند.

\* گزارش مورد باید همراه با چکیده و شامل زمینه یا سابقه، شرح مورد و نتیجه‌گیری و ذکر دلایل اهمیت مورد گزارش شده از لحاظ منحصر به فرد بودن و یا جوانب دیگر باشد. موارد خواسته شده در مقالات پژوهشی (چکیده فارسی و انگلیسی، گل‌واژگان و...) باید با گزارش مورد ارسال شوند.

\* عنوان مقاله باید رسا و کوتاه باشد و در چکیده مقاله به هدف، مواد و روش‌ها، یافته‌ها و نتیجه‌گیری اشاره شده باشد.

\* مقدمه باید کوتاه باشد و در آن به زیربنای مطالعات و هدف پژوهش (بدون اشاره به جزئیات) پرداخته شود. در بخش مواد و روش، باید به طور وضوح چگونگی انتخاب موارد، تعداد، مشخصات و روش کار قید شود. چگونگی استفاده از آمار و اسم همکار متخصص آمار و سایر

## نسخه متمم

### ویژه نامه سومین کنگره

### انجمن متخصصین بیماری‌های گوارش و کبد ایران

#### مقدمه

این نسخه مجله گوارش، بیوست و مکمل ویژه نامه سومین کنگره انجمن متخصصین بیماری‌های گوارش و کبد ایران است که در شماره ۴۲ گوارش منتشر شد. مطالب این نسخه شامل بقیه خلاصه مقاله‌های قبول شده است که به دلیل کمبود وقت و مسائل فنی موفق به انتشار آن در شماره ۴۲ نشدیم. در این بیوست، بقیه خلاصه مقاله‌های قبول شده ارائه می‌شوند و در پی آن بسامدواژگان استخراج شده از ویژه نامه مجله گوارش و نسخه متمم آن به نظر خواهد رسید. لازم به توضیح است که شماره صفحه مطالب ویژه نامه مجله گوارش که با شماره ۴۲ منتشر شد، از شماره ۱۹۳ تا ۲۶۸ و شماره صفحه نسخه متمم از شماره ۱ تا ۶۴ است.

سومین کنگره گوارش از تاریخ ۲۶ تا ۳۰ مهر در سالن همایش‌های رازی دانشگاه علوم پزشکی تهران با حضور بیش از هزار میهمان داخلی و خارجی برگزار شد. مقدمات تشکیل این کنگره از دو سال پیش آغاز شده بود و علاوه بر متخصصان مقیم ایران، ۳۳ نفر از پزشکان برجسته گوارش و کبد از نقاط مختلف دنیا نیز در آن شرکت کردند. تعداد خلاصه مقاله‌های رسیده به این کنگره ۱۸۰ مورد بود که ۱۷۲ مورد آن به تأیید کمیته بررسی علمی کنگره رسید و به صورت پوستر در این کنگره ارائه شد و ۹ مقاله نیز برای ارائه به صورت سخنرانی انتخاب شد. همچنین در این کنگره ۶ کارگاه آموزشی در زمینه‌های مختلف برای پزشکان و ۴ کارگاه عملی برای پرستاران تشکیل شد که جمع کثیری در این کارگاه‌ها ثبت نام و دوره‌های آموزشی را طی کردند.

مراسم پایانی کنگره در روز ۳۰ مهرماه با حضور هیئت مدیره انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران برگزار شد و ضمن آن جوایز مقاله‌های برتر به برندگان هدیه شد.

چهارمین کنگره گوارش و کبد ایران به باری خداوند دو سال دیگر در تهران برگزار خواهد شد که تکیه آن بر مطالب مربوط به بیماری‌های کبد است و از هم اکنون از علاقه‌مندان دعوت می‌کنیم که نسبت به تهیه مقاله‌های پژوهشی و ارائه خلاصه مقاله به چهارمین کنگره گوارش و کبد ایران همت ورزند.

# خلاصه مقالات سومین کنگره انجمن متخصصین بیماری‌های گوارش و کبد ایران بقیه خلاصه مقاله‌های قبول شده در کنگره

## آلودگی هلیکوباکتریلوری در بیماران مبتلا به دژودنیت اروزو

یافته، یوسف

بخش اندوسکوپی بیمارستان امام دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ارسال می‌شود.

مقدمه و اهداف:

مواردی از RUT که تا نیم ساعت مثبت می‌شدند مثبت تلقی شده و جهت مطالعه هیستوپاتولوژیک نمونه ارسال نمی‌شد.  
نتایج:

تعداد بیماران ۱۱۹ نفر بود که ۸۸ نفر از آنها (۷۳/۹٪) مذکر و ۳۱ نفر (۲۶/۱٪) مونث بودند حداقل سن بیماران ۱۸ و حداکثر ۷۷ سال و میانگین سنی ۴۴/۲ (SD = ۱۳/۱۴) بود شکایات بیماران به ترتیب عبارت بودند از: درد و سوزش اپیگاستر = ۹۱ مورد (۷۶/۴٪)، سوزش سر دل = ۱۵ مورد (۱۲/۷٪)، نارسانی مزمن کلیه کاندید پیوند = ۷ مورد (۵/۷٪)، احساس توده در گلو (G.S) = ۳ مورد (۲/۳٪)، ملنا = ۱ مورد (۰/۸۷٪)، دیسفاژی (Sec ثلث فوقانی مری) = ۱ مورد (۰/۸۷٪)، آنمی فقر آهن جهت بررسی منشاء GI = ۱ مورد (۰/۸۷٪).  
۱۰۴ بیمار (۸۷/۳٪) از نظر H.p مثبت و ۱۵ بیمار (۱۳/۷٪) منفی بودند.

نتیجه گیری:

شیوع H.p در بیماران مبتلا به ER.D بالاست و می‌تواند مثل زخم‌های پپتیک به عنوان عامل ایجاد کننده این بیماری در نظر گرفته شده و مداوا شود.

بیماری‌های اسید ژ پپتیک شایعترین اختلال عضوی لوله گوارش بوده و هلیکوباکتریلوری (H.p) به عنوان مهمترین عامل اتیولوژیک این بیماری‌ها شناخته شده است. دژودنیت اروزو (Er.D) در طیف بیماری‌های اسید ژ پپتیک قرار می‌گیرد. در مورد ارتباط H.p با زخم‌های معده و دوازدهه مطالعات زیادی صورت گرفته است ولی مطالعات معدودی ارتباط Er.D را با H.P بررسی نموده‌اند. با توجه به این که شیوع H.p در جوامع مختلف متفاوت است در این مطالعه این ارتباط در بیماران ایرانی مورد بررسی قرار می‌گیرد که خود می‌تواند در مداوای این بیماران به ویژه لزوم ریشه کشی H.p مفید واقع شود.

روش تحقیق:

از سه ماهه چهارم سا ۱۳۷۹ تا سه ماهه اول سال ۱۳۸۲ تمام بیمارانی که به علل مختلف تحت اندوسکوپی فوقانی قرار می‌گرفتند بیمارانی که اروزویون‌های متعدد در دوازدهه آنها مشاهده گردید وارد مطالعه شدند. بیمارانی که سابقه مصرف NSAID در یک هفته اخیر داشتند یا بیمارانی که PPI، بیسموت یا آنتی‌بیوتیک در یک ماه اخیر مصرف کرده بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند. در تمام این بیماران یک بیوپسی از آنتر و دیگری از تنه معده تهیه شده و تست اوره‌از سریع (RUT) به عمل آمده است و ۲ نمونه دیگر جهت مطالعه هیستولوژیک

## ارتباط مصرف سیگار با شدت آسیب کبدی در بیماران مبتلا به هیپاتیت C مزمن

ابراهیمی درانی ناصر\*، سیاح طبرشا، هشتروندی علی اسد، بهرامی حسین، حق‌پناه بلک، پورصیمی پریسا

بیمارستان امام خمینی ارم، بخش گوارش\* - nebrahim@tums.ac.ir

مبتلا به هیپاتیت C بوده است.

زمینه و اهداف:

عوامل مختلفی مربوط به ویروس، میزبان و یا محیط برای توضیح گوناگونی شدت آسیب کبدی در بیماران مبتلا به هیپاتیت C پیشنهاد شده‌اند. در بین عوامل محیطی الکل نقش شناخته‌شده‌ای دارد ولی در مورد سیگار چون اغلب بیماران در مطالعات غربی هم‌زمان الکل هم مصرف می‌کرده‌اند هنوز نتیجه قطعی حاصل نشده است. هدف اصلی این مطالعه تعیین ارتباط مصرف سیگار با شدت درگیری کبدی در بیماران

روش‌ها:

۴۶ بیمار (۳۹ مرد، میانگین سن ۱۱-۴۲ سال) که هیپاتیت C آنها با RIBA یا HCV RNA PCR تایید شده و مورد تالاسمی نبوده، تمام مارکرهای مربوط به عفونت هم‌زمان HBV در آنها منفی بوده، سابقه مصرف الکل نداشته و تا بحال درمانی برای هیپاتیت نگرفته بودند وارد مطالعه شدند. ۲۲ بیمار (۴۷/۸٪) سیگار مصرف می‌کردند و میزان

تعداد سیگار مصرفی و یا مدت زمان مصرف به تنهایی مؤثر نبوده‌اند.  
نتیجه گیری:

این مطالعه نشان می‌دهد که مصرف سیگار به تنهایی و بدون مصرف همزمان الکل میزان فیبروز کبدی در بیماران مبتلا به هیپاتیت C را افزایش داده و باعث تسریع روند سیروز می‌گردد. بنابراین مصرف سیگار را می‌توان از عوامل پیش‌بینی کننده در پیشرفت بیماری کبدی در این عفونت برشمرد. همچنین باید به بیماران توصیه کرد که مصرف دخانیات را ترک و یا آن را کاهش دهند.

### برخورد با سوء هاضمه: ارتباط شکایات بالینی و علائم هشدار با نتایج اندوسکوپی فوقانی

لپراهیمی درانی ناصر\*، هشتودی علی اسد، سیاح علیرضا، شکیبا مجید  
بیمارستان امام خمینی (ره)، بخش گوارش، \* - nebrahim@tina.tums.ac.ir

#### نتایج:

۴۲۶ بیمار شامل ۲۱۷ زن و ۲۱۹ مرد با متوسط سن  $51.3 \pm 5.39$  وارد مطالعه شدند. Ulcer like، Dysmotility like، GERD like و Miscellaneous به ترتیب در ۴۶٪، ۲۱/۸٪، ۵۰٪ و ۹/۲٪ با همپوشانی زیاد وجود داشتند. در اندوسکوپی ۳۴/۸٪ سوء هاضمه بدون زخم (NUD)، ۲۶٪ در مری، ۲۵/۵٪ در معده و ۴۴/۴٪ در اثنسی عشر یافته غیرعادی داشته‌اند. تست اوره‌از در ۵۸/۷٪ مثبت بوده است. NUD در زنان ۴۴/۷٪ و مردان ۲۵/۱٪ ( $p < 0.001$ ) و پاتولوژی در ۷۱/۷٪ شکایات ulcer like و در ۵۹/۴٪ بدون شکایت فوق ( $p = 0.007$ ) وجود داشت. خونریزی گوارشی مبین وجود پاتولوژی در اندوسکوپی ( $p = 0.033$ ) بوده است. هلیکوباکتر پیلوری در ۶۹/۳٪ افراد با پاتولوژی و ۳۸/۸٪ NUD وجود داشته است ( $p < 0.001$ ).

#### نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان می‌دهد که یافته‌های پاتولوژیک در مردان، بیماران با علائم مشابه زخم و خونریزی گوارشی بیشتر بوده ولی بقیه علائم خطر ارتباط معناداری با پاتولوژی نداشته‌اند. هلیکوباکتر پیلوری همراه پاتولوژی‌های گوناگون بیشتر مشاهده می‌شود.

### بررسی ارتباط بین شیوع دیابت و هیپاتیت C در بیماران تالاسمی - یک مطالعه چند مرکزی

میرمومن شهرام<sup>۱</sup>، علویان سید موبد<sup>۲</sup>، درودی طاهر<sup>۳</sup>، حجاری زینب بهزاد<sup>۴</sup>

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات گوارش و کبد بیمارستان امام خمینی (ره)، درمانگاه تالاسمی

۲- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی خیه لله، مرکز هیپاتیت تهران

۳- واحد پژوهش، مرکز هیپاتیت تهران

#### زمینه و اهداف:

هیپاتیت C (HCV) می‌تواند عوارض خارج کبدی متعدد از جمله بیماری‌های تیروئیدی، کرایوگلوبولینمی و دیابت شیرین داشته باشد. مطالعات نشان داده‌اند که HCV می‌تواند بعنوان یک فاکتور مستقل در پیشرفت دیابت نقش داشته باشد. همچنین مطالعات متعدد نشان داده‌اند که شیوع دیابت و ریسک ابتلا به هیپاتیت C بدلیل ترانسفوزیون‌های

متعدد در افراد تالاسمی بیشتر است. هدف این مطالعه تعیین ارتباط احتمالی بین هیپاتیت C و دیابت در بیماران تالاسمی می‌باشد.  
روش‌ها:

تعداد ۴۱۳ نفر بیمار تالاسمی از دو مرکز درمانگاه بیماران تالاسمی و مرکز هیپاتیت تهران وارد مطالعه شدند. HCV Ab (ELISA) برای تمام بیماران چک شد و برای بیمارانی که تست مثبت داشتند با آزمایش

نداشتند نیز اختلاف معنی داری داشت ( $p=0.006$ ). این‌لا به دیابت یا اندکس توده بدن (BMI) بیماران هیچ ارتباطی نداشت ( $p=0.118$ ). شیوع HCV و دیابت را یا توجه به جنس در بیماران بررسی نمودیم که هیچ اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $p=0.807$ ). با افزایش سال‌های ترانسفوزیون در بیماران هیاتیت C شیوع دیابت نیز افزایش می‌یافت ( $p=0.01$ ).

#### نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده این است که این‌لا به HCV می‌تواند باعث افزایش ریسک دیابت در بیماران نالامسی شود.

### بررسی ارتباط پاتولوژیک و آناتومیک کانسرهای اولیه معده

هاشمی سید مرتضی<sup>۱</sup>، حق ازلی مهرداد<sup>۲</sup>، بقری محمد<sup>۳</sup>، کبیر علی<sup>۴</sup>، حق ازلی سیده<sup>۵</sup>، شوشتری زاده تینا<sup>۶</sup>

<sup>۱-۶</sup> استاد پار بیماری‌های داخلی، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ع)، خیابان ستارخان، خیابان لایتن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۴</sup> - متخصص داخلی، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ع)، خیابان ستارخان، خیابان لایتن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۳</sup> - پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۴</sup> - فوق تخصص بیماری‌های گوارش کبد

<sup>۵</sup> - پاتولوژیست، مسئول بخش پاتولوژی بیمارستان شفا، پهلوان

و محل آناتومیک آنها ارتباط آماری معنی داری یافت شد ( $p=0.291$ ) و  $p<0.001$  بطوریکه آدنو کارسینوم بیشتر در پروگزیمال و لمقوم بیشتر در بخش میانی معده بود.

#### بحث:

تعداد خام افراد تازه تشخیص داده شده از نظر کانسر معده در هر سال در حال افزایش است. میانگین سن و درصد جنسیت در بیماران مورد مطالعه ما شبیه مناطقی با خطر بالای این کانسر در دنیا است. تمایل بیشتر کانسرهای معده به سمت پروگزیمال در این مطالعه مطابق با مطالعات جدید است. مقایسه الگوی کانسر معده در جمعیت‌های مختلف کشور می‌تواند به درک بهتر نقش عوامل محیطی، ژنتیک و نژادی در ایجاد این کانسر کمک کند.

#### مقدمه:

کانسر معده، دومین کانسر شایع و دومین علت مرگ ناشی از کانسر در دنیا است. آدنو کارسینوم معده کشنده ترین سرطان در کل ایران می‌باشد. در مطالعات اخیر گزارش شده است که انتشار کانسر معده بطور قابل ملاحظه ای به طرف پروگزیمال تمایل شده است. در این مطالعه به بررسی ارتباط آناتومیک و پاتولوژیک کانسرهای معده می‌پردازیم. روش کار: این مطالعه مقطعی - تحلیلی بر روی تمامی ۳۵۰ بیمار مبتلا به کانسر اولیه معده در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ع)، قیروگر و شهدای هفت تیر طی سال‌های ۸۰ - ۱۳۷۱ صورت گرفت.

#### نتایج:

میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $59/9 \pm 0/69$  سال بود. ۲۳۰ نفر (۶۶٪) مرد و ۱۲۰ نفر (۳۴٪) زن بودند. بین انواع پاتولوژیک کانسر معده

### بررسی ازوفازیت در کودکان مراجعه کننده به بخش اندوسکوپی مرکز طب کودکان

رفیعی ملاندا\*، حائمی غلامرضا\*\*

\* - استادیار گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

\*\* - استاد و رئیس بخش گوارش و اندوسکوپی مرکز طب کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

آی‌ان‌کس: مقاله دکتر ملاندا رفیعی، [mrafeyi@yahoo.com](mailto:mrafeyi@yahoo.com)

#### زمینه و اهداف:

تغییرات پاتولوژیک و مراحل آن در مری کودکان تا قرن اخیر توجه کمی را به خود جلب نموده بود ولی اخیراً این تغییرات و توالی کلینیکی آن علاقه بسیاری را به خود معطوف داشته است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع و اییدمیولوژی ازوفازیت می‌باشد یا عنایت به این که بتوان با آگاهی از شیوع و شناخت هر چه سریعتر علائم بالینی و بهبود روش‌های تشخیصی و درمانی از ایجاد عوارضی که حیطه وسیعی از

بیماری‌های طب کودکان را در بر می‌گیرد پیشگیری نمود.

#### روش‌ها:

بررسی به صورت توصیفی مقطعی بر روی کودکان کمتر از ۱۶ سال مراجعه کننده به بخش اندوسکوپی مرکز طب کودکان به صورت آینده‌نگر به مدت یک سال (تیر ۱۳۷۹ - تیر ۱۳۸۰) به صورت نمونه‌گیری غیراحتمالی صورت گرفت.

## نتایج:

ازوفازیت Moderate در اندوسکوپی ۱۴/۷٪ در پاتولوژی ۱۷/۲٪ ازوفازیت Severe در اندوسکوپی ۲/۸٪ و در پاتولوژی ۴/۹٪ بود.  
بخت: بر اساس مطالعه انجام شده ازوفازیت یافته شایعی در اندوسکوپی اطفال بوده و اندوسکوپی از نظر تعیین حدس ازوفازیت از توانایی نسبتاً بالایی برخوردار است (۴۸/۸٪ ppv و حساسیت حدود ۸۵/۴٪) ولی اختصاصی بودن آن حدود ۲۶/۷٪ خواهد بود.

## نتیجه‌گیری:

بیوپسی از مخاط در هر بیماری که اندوسکوپی می‌شود ضروری خواهد بود و در کودکان مبتلا به دل درد مزمن، تهوع، استفراغ و اختلال رشد و بیمارانی مبتلا به فیبروز کیستیک باید همواره به فکر ازوفازیت بود و آنرا کنار گذارد باید توجه نمود که ازوفازیت بیماری نادری نبوده و بررسی بیشتری باید در این مورد در کودکان ایرانی صورت گیرد.

### بررسی عوارض خارج روده‌ای بیماری‌های التهابی روده در ۲۹ بیمار مبتلا به این بیماری در بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)

امینی محسن\*، مهدیلو عباس\*\*

دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پزشکی، بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) - بخش داخلی

\* - فوق تخصص گوارش و کبد، استادیار، گروه داخلی، بخش اندوسکوپی، (ارائه دهنده مقاله) amini422002@yahoo.com و Mamini@bmsu.ac.ir

\*\* - پزشک عمومی

## زمینه و اهداف:

بیماری‌های التهابی روده، با ایجاد التهاب اختصاصی و مزمن در دستگاه گوارش در اکثر موارد به طور اولیه دستگاه گوارش، بخصوص روده بزرگ را درگیر کرده و می‌توانند ارگان‌های خارج روده‌ای را نیز درگیر نمایند. عوارض خارج روده‌ای بسیارمتنوع است و ارگان‌های مختلف می‌تواند درگیر شود. البته درگیری برخی ارگان‌ها مثل مفاصل، به طور شایعتر دیده می‌شود و شیوع درگیری سایر ارگان‌ها مثل پوست، چشم، کبد و دهان، در مطالعات مختلف و بسته به نوع IBD (این که کرون باشد یا کولیت اولسرو) متفاوت است. از طریق شرح حال، معاینه فیزیکی و انجام اقدامات پاراکلینیک مناسب این عوارض را می‌توان شناسایی نمود و از سایر علل ایجاد کننده این بیماری نیز اکتراق داد. تاکنون در ایران مطالعه منتشر نشده‌ای در این مورد گزارش نشده است.

## روش‌ها:

هدف کلی تعیین شیوع عوارض خارج روده‌ای IBD در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) در مدت یک سال است. در این بررسی بیماران مبتلا به IBD که به درمانگاه تخصصی گوارش مراجعه می‌کردند، مورد بررسی قرار می‌گرفتند و پس از تشخیص قطعی بر مبنای معیارهای بالینی، کولونوسکوپی یا رادیولوژیک و پاتولوژیک، از همه بیماران در مورد مدت زمان شروع علائم، نوع علائم (اسهال خونی، تب، درد شکم، کاهش وزن و...)، شدت علائم، سابقه سایر بیماری‌ها سؤال می‌شد و در مورد علائم خارج روده‌ای فعلی و یا سابقه آن، مثل درد و سفتی صیجگاهی مفاصل، ضایعات پوستی و

ضایعات و زخم‌های دهانی، ناراحتی چشمی (به صورت قرمزی، آبریزش، تاری دید)، زردی، سابقه ترومبوزهای وریدهای عمقی پا، سابقه بیماری‌های ریوی (سرفه، خلط، تنگی نفس، خس خس سینه و...) سابقه دفع سنگ کلیوی بررسی شده و جهت اثبات عوارض خارج روده‌ای ضمن انجام اقدامات تشخیصی مناسب، در صورت لزوم مشاوره با متخصصین مربوطه نیز انجام می‌شد.

در همه این بیماران زمان بین شروع بیماری روده‌ای و بروز عوارض خارج روده‌ای، همچنین همزمانی، تقدم و تأخر این عوارض نسبت به تظاهرات روده‌ای ثبت می‌شد و برای همه بیماران نیز آزمایش‌های CBC، dif، plat، ESR، CRP، LFT، PTT، PT، HLAB27 و ANCA درخواست می‌شد.

## نتایج:

در این مطالعه، ۲۹ بیمار مبتلا به IBD (۲۴ نفر مبتلا به U.C، ۵ نفر مبتلا به CD)، ۱۵ نفر مرد و ۱۴ زن با سن متوسط ۴۲/۴ سال (۶۲ - ۱۴) مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر تظاهرات بالینی کولیت اولسراتیو، در ۴ مورد کولیت شدید، ۱۳ مورد کولیت متوسط و ۷ مورد کولیت خفیف داشتند از نظر وسعت درگیری در ۳ مورد پروکتیت، در ۱۶ مورد کولیت سمت چپ و ۶ مورد پان کولیت، ۴ مورد مگا کولون توکسیک و ۲ مورد فیستول در این بیماران وجود داشته است. در مجموع تظاهرات خارج روده‌ای در ۴۸٪ بیماران مشاهده شد که در دو جنس تفاوتی نداشته است. همه عوارض به جز یک مورد (سنگ کلیه) بعد از شروع تظاهرات روده‌ای ایجاد شده بود. در ۱۷٪ موارد فقط یک

بوده است.

#### نتیجه‌گیری:

عوارض خارج روده‌ای در مبتلایان به IBD چندان نادر نیست و با شرح حال مناسب و بررسی‌های پاراکلینیک قابل شناسایی است. بروز این عوارض در بیماری کرون نسبت به UC دیررس‌تر است و شایعترین عوارض، تظاهرات مفصلی و کبدی است که با شدت و وسعت بیماری روده‌ای به خصوص درگیری کولون مرتبط می‌باشد. بین درگیری‌های خارج کبدی و مثبت بودن ANCA، HLAB27 ارتباطی وجود نداشته است.

عارضه وجود داشته است. عوارض خارج روده‌ای به طور متوسط ۳/۶ سال پس از شروع بیماری زمینه‌ای بوده و در آنها که درگیری کولون وسیعتر بوده این عوارض شایعتر بوده است. تظاهرات مفصلی و کبدی شایعتر از دیگر عوارض بوده است. درگیری مفصلی شایعترین عارضه بوده که بیشتر مفصل زانو بوده و در ۲۷/۵٪ بیماران وجود داشته است (۱۰٪ ساکروایلایت) و در تمام این بیماران HLA827 منفی بوده است. درگیری کبدی به صورت کلانیت اسکروزوزان در ۱۴٪ بیماران بوده که همگی مرد بودند و در زمان تشخیص PSC در هیچیک از بیماران بیماری روده‌ای فعال نبوده و ANCA نیز در تمام این بیماران منفی

### بررسی تأثیر رژیم چهار دارویی OAMB بر روی ریشه‌کنی عفونت هلیکوباکتریلوری در بیماران مبتلا به PUD و Gastro duodenitis

میکائیلی جواد، میرنصری سید محمد مهدی، منافی اناری علی

اثبات شده بود وارد مطالعه شدند. در تمام این بیماران رژیم چهار دارویی OAMB (امپرازول، اموکسی‌سیلین، مترونیدازول و بیسموت) تجویز شد و ۶ هفته بعد از اتمام این دوره درمانی تست تنفسی دوره (U.B.T) برای بررسی ریشه‌کنی H.pylori انجام گردید و میزان موفقیت درمان مورد بررسی قرار گرفت.

#### نتایج:

در این مطالعه ۲۰۹ نفر (۵۸/۱٪) از مبتلایان زن و بقیه مرد بودند و میانگین سنی مبتلایان ۴۰/۳۸ بود. شایعترین علامت بالینی در بیماران فوق درد اپی‌گاستر بود که ۲۰۲ نفر (۸۳/۹٪) از بیماران از آن شکایت داشتند و علائم دیگر در مراتب پایین‌تر قرار داشتند. نتیجه U.B.T پس از درمان در ۲۴۵ نفر (۶۸/۱٪) از بیماران منفی گزارش شد که نشاندهنده ریشه‌کنی عفونت H.pylori است و در بقیه موارد (۱۱۵ نفر) نتیجه تست مثبت بود که نشانگر ادامه عفونت و مقاومت H.pylori به رژیم درمانی OAMB می‌باشد.

#### نتیجه‌گیری نهایی:

این میزان ریشه‌کنی با رژیم دارویی OAMB که یک رژیم درمانی ارزان و کم‌عارضه می‌باشد میزان قابل قبولی است و هنوز می‌تواند در کشور ما بعنوان اولین رژیم درمانی استفاده شود و بهتر است فقط در موارد مقاوم، داروهای برعارضه یا گران قیمت را تجویز نمود.

#### زمینه و اهداف:

افراد مبتلا به بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی بخصوص مبتلایان به زخم‌های پپتیک (PUD) و Gastro duodenitis درصد قابل ملاحظه‌ای از مراجعه کنندگان به پزشکان مخصوصاً متخصصین گوارش را تشکیل می‌دهند. PUD علاوه بر اینکه باعث تحمل درد و رنج زیاد به بیماران می‌شود، بخاطر عوارضی هم که ایجاد می‌کند مرگ و میر نسبتاً بالایی را موجب می‌شود. به همین علت لزوم درمان درست این بیماران کاملاً حس می‌شود.

با تحقیقاتی که بخصوص در دهه گذشته روی این بیماری انجام شده است، نقش میکروب هلیکوباکتریلوری (H.pylori) در ایجاد این بیماری‌ها کاملاً اثبات گردیده و مشخص شده است که با بکتر بردن رژیم‌های دارویی مناسب و ریشه‌کن کردن H. pylori در بیماران مبتلا به PUD و Gastro duodenitis که H.pylori در آنها مثبت بوده است، نیاز بیماران به دوره‌های طولانی مصرف دارو کاهش پیدا کرده است و درصد بالایی از آنان بهبود یافته‌اند.

#### روش‌ها:

در این بررسی ۳۶۰ از بیمارانی که در طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۶ به یک کلینیک فوق تخصصی گوارش مراجعه و با انجام اندوسکوپی و تست اوره از سریع زخم پپتیک و گاسترو دودنیت ناشی از H.pylori در آنها

### بررسی شیوع علایم سندروم روده تحریک پذیر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) در سال ۷۸

امینی محسن\*، کریمی علی اکبر\*\*، حسینی ناصر\*\*\*

دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) - بیمارستان بقیه الله (عج) (عج)

\* - فوق تخصص گوارش و کبد، دانشکده پزشکی، گروه داخلی، بخش اندوسکوپی (آراه هشتاد مقاله) Mamini@bnu.ac.ir و amini422002@yahoo.com

\*\* - اپیدمیولوژیست، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی

\*\*\* - پزشک عمومی

#### زمینه و اهداف:

می‌شوند. این اختلال نزدیک به پانزده تا بیست درصد جمعیت جهان را متأثر می‌سازد. مراجعات مکرر افراد مبتلا به مراکز درمانی منجر به اتلاف وقت و هزینه‌های مختلف می‌گردد و با تشخیص و درمان صحیح و

سندروم روده تحریک پذیر یکی از شایعترین اختلالات عملکرد روده‌ای است که پزشکان عمومی و متخصصین گوارش با آن مواجه



سال ۱۳۷۳ و قبل از آن بودند.

نتایج نشان داد که در کسل ۱۷٪ از دانشجویان پزشکی بر اساس معیارهای تشخیصی ROME علائم IBS را داشته و مبتلا بوده‌اند. بین فراوانی سندروم روده تحریک‌پذیر و جنس ارتباط آماری معنی‌دار به دست آمد ( $p < 0/05$ ) ۳۰/۳٪ مردان و ۸/۲٪ از خانم‌های شرکت‌کننده در مطالعه مبتلا بودند. ولی بین فراوانی سندروم روده تحریک‌پذیر با گروه سنی، محل سکونت، وضعیت تأهل و سال ورود به دانشگاه، رابطه آماری معنی‌دار یافت نشد ( $p > 0/05$ ). همچنین بین فراوانی IBS و دیسمنوره در خانم‌ها ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری:

نتیجه این که فراوانی علائم IBS در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) نسبت به شیوع IBS در جامعه مطابقت دارد اما بیشتر بودن فراوانی IBS در دانشجویان مرد می‌تواند به علت عوامل فرهنگی و اجتماعی و فاکتورهای استرس‌زای متفاوت در بین این دو گروه باشد.

### بررسی شیوع و عوامل خطر هیاتیت B در اهدا کنندگان خون در قزوین

وحید طاهر، کفای جعفر، کبیر علی\*، بکتاپوست بابک، علویان سیدمؤید

سازمان انتقال خون قزوین، مرکز هیاتیت تهران، \*ارائه دهنده دکتر علی کبیر

#### زمینه و اهداف:

هیاتیت B یکی از شایع‌ترین عفونت‌های ویروسی در سراسر دنیا است. در ایران شیوع هیاتیت B، ۵-۱۱/۰۷٪ ذکر شده است. برای داشتن یک استراتژی مؤثر جهت پیشگیری از ابتلا به هیاتیت B، دانستن راه‌های شایع انتقال در هر کشوری ضروری است. در این مطالعه با مقایسه مبتلایان به هیاتیت B که در هنگام انتقال خون مشخص شده‌اند با اهداکنندگان سالم، به بررسی عوامل خطر ابتلا به هیاتیت B پرداخته شده است.

#### روش‌ها:

از نظر ابتلا به هیاتیت ویروسی (B و C) ۳۹۵۹۸ نفر در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. در مورد ۱۸۶ نفر از مبتلایان به هیاتیت B و ۱۸۶ نفر اهدا کننده سالم عوامل خطر بررسی شد. در تجزیه و تحلیل اطلاعات از مدل رگرسیونی لجستیک جهت تعیین عوامل خطر مستقل استفاده شد.

#### نتایج:

شیوع هیاتیت B، ۱۱/۰۸٪ بود. جنسیت زن [OR=۲/۴(۱/۳-۴/۴)]،  $P=0/05$ ، تحصیلات زیر دیپلم [OR=۲/۵(۱/۶-۳/۸)]،  $P < 0/001$ ، تأهل [OR=۳/۰۲(۱/۹-۴/۸)]،  $P < 0/001$  و سن بالای ۳۵ سال [OR=۴/۱(۱/۷-۳۱/۷)]،  $P < 0/001$  از عوامل خطر در آنالیز دو متغیره بودند.

عوامل خطر مورد بررسی در این مطالعه (۹۷/۳۱٪ از موارد ابتلا را پوشش می‌دهد. آنالیز رگرسیونی نشان داد که تنها طول مدت ازدواج [OR=۱/۰۱۲(۱/۰۵-۱/۰۸)،  $P=0/008$ ، تماس با فرد مبتلا به یرقان [OR=۱۹/۴۶(۴/۲۸-۱۱۰/۱۲)،  $P < 0/001$ ، تماس جنسی به جز همسر [OR=۱۳/۹۸(۱/۶۳-۱۲۰/۱۱)]،  $P=0/016$ ، عفونت تناسلی [OR=۶/۳۱(۲/۳-۱۷/۳)]،  $P < 0/001$  و شغل‌های پرخطر [OR=۳/۹۹(۲/۱-۷/۶)]،  $P < 0/001$  متغیرهایی مستقل برای پیش‌بینی ابتلا به هیاتیت B در این افراد است. بر اساس نتایج این مطالعه، شغل‌های پرخطر شامل کارمند، کارگر، خانه‌دار، بیکار، راننده و آرایشگر است.

نتیجه‌گیری:

در این منطقه شیوع هیاتیت، مانند بعضی نقاط دیگر ایران، در حداقل خود قرار دارد. شیوع هیاتیت B در ایران نسبت به دهه‌های قبل در حال کاهش است. انتقال افقی هیاتیت B در ایران از اهمیت بیشتری برخوردار است. با توجه به پوشش بالای موارد ابتلا توسط فرم طراحی شده در این مطالعه، استفاده از این فرم در مطالعات مشابه توصیه می‌شود. برنامه غربالگری، آموزش و واکسیناسیون، بخصوص در گروه‌های پرخطر از نظر این مطالعه، جهت جلوگیری از ابتلای موارد جدید کاملاً ضروری است.

## بررسی شیوع و مرگ به علت سرطان در استان سمنان در یک دوره ۵ ساله با توجه به (Cancer Registry) سرطان‌های دستگاه گوارش

باباتی مهدی، ملک عجتی، موسوی شاهرخ، دانائی نوید، ذوالفقاری معصومه  
دانشگاه علوم پزشکی سمنان، بیمارستان داخلی

### زمینه و اهداف:

داشتن اطلاعات مناسب از شیوع کانسره‌های مختلف در منطقه جغرافیائی خاص می‌تواند راهکارهای بهداشتی درمانی جهت درمان و شناسایی گروه‌های پرخطر را مشخص کند بر این اساس شیوع کانسره‌های بدخیم شناسایی شده در یک دوره ۵ ساله را مشخص نمودیم.  
**روش‌ها:**

تمام تومورهای شناخته شده طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۶ در مراکز درمانی، تشخیصی، بخش‌های پاتولوژی، بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی بخش اندوسکوپی، دفتر ثبت مرگ و میر جمع‌آوری شده و جنس، سن، محل زندگی آنها و نوع تومور بر اساس پرسشنامه آماده شده جمع‌آوری شدند.

### نتایج:

استان سمنان (حوزه دانشگاه علوم پزشکی سمنان بدون شهرستان شاهرود) شامل سه شهرستان سمنان، دامغان و گرمسار با ۳۰۷ هزار نفر جمعیت مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۸۰۷ بیمار با تومور بدخیم شناسایی

شدند که ۵۵٪ مرد و ۴۵٪ زن بودند. شیوع خام ۴۷/۷۲ در ۱۰۰۰۰۰ هزار نفر جمعیت بودند. شایعترین تومور سرطان معده با شیوع ۱۶/۱۰۰۰۰/۱۰۰۰۰۰ که ۴۷/۱۷٪ کل تومورها را شامل می‌شد. تومور کولون (۸،۱٪) / ۹،۵ / ۱۰۰۰۰۰ / ۱۰۰۰۰۰ (۶،۸٪) / ۷،۹ / ۱۰۰۰۰۰ / ۱۰۰۰۰۰ تومور کبد (۲،۴٪) / ۲،۸ / ۱۰۰۰۰۰ بود. میزان مرگ به علت سرطان در ۴ سال ۷۵۶ نفر و با شیوع ۶۱،۵ / ۱۰۰۰۰۰ بود که ۱۰،۲٪ کل علل مرگ را تشکیل می‌داد. در میان علل مرگ به علت تومور شایعترین علت تومور معده با ۱۷،۳٪ قرار داشت و در مقام بعدی تومور ریه قرار داشت در میان سرطان‌های دستگاه گوارش تومور کولون ۸،۷٪ و عری ۴،۳٪ و مرگ به علت تومورها را تشکیل می‌دادند.

### نتیجه‌گیری:

تومور معده شایعترین تومور بدخیم و شایعترین علت مرگ به علت تومور را شامل می‌شود و راه‌های شناخت و شناسایی عوامل خطر را می‌تواند میزان مرگ و میر به علت تومور را کاهش دهد.

## بررسی عوارض ERCP تشخیصی و درمانی در ۲۱۴ بیمار طی سال‌های ۷۶ الی ۷۹ در بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)

امینی محسن\*، خدمت حسین\*\*، علویان سید مؤید\*\*\*، عبداللهی عباس\*\*\*\*

دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)، گروه داخلی، بخش اندوسکوپی

\* - فوق تخصص گوارش و کبد، گروه داخلی، بخش اندوسکوپی، (آرایه نهاده مقاله) amini422002@yahoo.com و Mamini@hmsu.ac.ir

\*\* - فوق تخصص گوارش و کبد، گروه داخلی، بخش اندوسکوپی

\*\*\* - فوق تخصص گوارش و کبد، گروه داخلی، بخش اندوسکوپی

\*\*\*\* - پزشک عمومی

### زمینه و اهداف:

ERCP به عنوان یکی از اقدامات تشخیصی و به خصوص درمانی مناسب برای رؤیت و بررسی مجاری صفراوی و پانکراس محسوب می‌شود. با وجودی که برخی تکنیک‌های تشخیصی مثل اندوسونوگرافی و MRCP نیز در دسترس می‌باشند، ERCP به عنوان یک ابزار تشخیصی به خصوص درمانی مورد توجه است. امروزه ERCP کاربردهای متنوع و مختلفی پیدا کرده به طوری که در درمان بیماری‌های مجاری صفراوی و پانکراس با استفاده از روش‌های تهاجمی نظیر اسفنکترتومی اندوسکوپی (E.S)، یاپیلوتومی، بکارگیری بستک و بالون، درناژ نازوبیلیری و استنت‌گذاری کاربرد ویژه و گاهی حیات بخش پیدا کرده است و در بسیاری از موارد جایگزین اقدامات جراحی است از طرف دیگر این اقدامات نیاز به امکانات ویژه و تیم تخصصی داشته و مانند هر کار تهاجمی دیگر عوارض و مخاطراتی را نیز در بر دارد. عوارض عمده ERCP تشخیصی و درمانی عبارتند از: پانکراتیت، کلاتریست،

خونریزی و ضعف تنفسی می‌باشد که از نقاط مختلف دنیا گزارشات متفاوتی ارائه شده است.

### روش‌ها:

در این مطالعه که به صورت مشاهده ای - توصیفی از نوع (Case - Series) می‌باشد، بیمارانی که طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸ در بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) ERCP شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. قبل از ERCP آزمایشاتی مثل ALT, ALK-Ph, T.BIL, PT و آمیلاز سرم انجام می‌گرفت. با تجویز دینازپام، هیوسین و پتیدین بیمار آماده انجام ERCP شده و در مواردی بر حسب ضرورت و پیرو مشاوره‌های تخصصی سائیتورینگ قلبی نیز حین ERCP صورت می‌گرفت. وجود ریسک فاکتور و بیماری‌های همراه دیگر مثل دیابت، هیپرتانسیون، آسم، COPD، بیماری‌های ایسکمیک قلب، سرروز و داشتن پیم میگر در این بیماران ثبت شد.  
پس از انجام ERCP پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات فردی، علایم

دقیقه بود.

عوارض ERCP در این بیماران در مجموع در ۱۰/۶٪ موارد دیده شد که پانکراتیت در ۲/۵٪، کلانژیست در ۱/۹٪، پرفوریشن بسته در ۰/۶٪، خونریزی در ۴/۴٪ و ضعف تنفسی در ۱/۲٪ موارد وجود داشت. در تمامی موارد پانکراتیت، کلانژیست، پرفوریشن بسته و ضعف تنفسی اقدامات سایبروتیک منجر به بهبودی کامل بیمار شده است و در ۳/۸٪ موارد خونریزی با مداخله اندوسکوپی و در ۰/۶٪ خونریزی یا مداخله جراحی بهبود یافته است. مورتالیته ناشی از ERCP در این بیماران وجود نداشته است.

۴/۸٪ بیماران برای ERCP مجدد معرفی شدند. ۲۴/۵٪ به متخصصین جراح معرفی شدند که از این تعداد ۹/۵٪ جراحی Palliative و ۱۵٪ جراحی Curative شدند.

عوارض ERCP با شدت هیپربیلیروبینمی، وجود یا عدم وجود کلدوگولیتازیس، نوع پروسیجر انجام شده حین ERCP تشخیصی و یا درمانی، اختلال در PT، طول مدت ERCP و یا تزریقات حین ERCP و یا وجود ریسک فاکتورهای همراه ارتباطی نداشته است.

نتیجه‌گیری:

عوارض ERCP در این بیماران در مجموع در ۱۰/۶٪ موارد دیده شده که در ۳/۸٪ موارد مداخله اندوسکوپی و در ۰/۶٪ مداخله جراحی شده است. ضمن این که عوارض مذکور با شدت هیپربیلیروبینمی، وجود یا عدم وجود کلدوگولیتازیس، نوع پروسیجر انجام شده حین ERCP تشخیصی و یا درمانی، اختلال در PT، طول مدت ERCP و یا تزریقات حین ERCP و یا وجود ریسک فاکتورهای همراه ارتباطی نداشته است. پانکراتوگرافی در ۱۰/۳٪ و کلانژیوگرافی در ۱۵/۹٪ موارد ناموفق بوده است که در تعدادی از این بیماران ERCP مجدد موفقیت‌آمیز بوده است.

با توجه به این که انجام ERCP و اقدامات وابسته به آن در مرکز دانشگاهی مذکور از سال ۷۶ آغاز شده است و در ۴۰٪ موارد بیماران با بیماری زمینه‌ای مورد ERCP قرار گرفتند و در ۶۱٪ موارد پروسیجرهای تهاجمی نظیر پری کت با اسفنکترتومی نیز انجام شده است. اما عوارض ناشی از این پروسیجر در ۱۰/۶٪ موارد، بدون مورتالیته و یا ۰/۶٪ درصد مداخله جراحی همراه بوده است و به نظر می‌رسد با بهبود تکنیک‌ها و وسایل و تجربه افراد عوارض فوق از این میزان نیز محدودتر خواهد شد.

### بررسی عوامل موثر بر سوء تغذیه در بیماران بستری شده در بیمارستان کودکان بندرعباس

علایی مهیار\*، پاک مهرآهه\*\*

\* - فوق تخصص گوارش اطفال، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، mahmizalaei@yahoo.com

\*\* - پزشک عمومی

زمینه و اهداف:

نادروست، همچنین ابتلاء به بیماری‌ها و محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی است. از سویی خود متشاء و زمینه‌ساز بروز شماری از

بالینی، معاینه فیزیکی و یافته‌های سونوگرافیک قبل از ERCP، نتیجه ERCP، نتیجه علایم و آزمایشات پس از ERCP و عاقبت بیمار و فاصله بستری اولیه تا زمان ترخیص ثبت می‌شد.

پس از انتقال بیمار به بخش تا زمان ترخیص و حداکثر تا ۴۸ ساعت علایم حیاتی بیمار، درد شکم، علایم خونریزی (همانتمز، ملنا، همتوشزی با اکت همتاکریت) بطور منظم چک می‌شد و در صورت شک به خونریزی، کلانژیست یا پانکراتیت ضمن بررسی بیشتر، اقدامات تشخیصی و درمانی لازم صورت می‌گرفت و در صورت نیاز مشاوره جراحی نیز انجام می‌شد.

نتایج:

از مجموع ۲۱۴ بیمار که وارد مطالعه شدند، ۴۱/۶٪ مرد و ۵۲/۴٪ زن بودند. حداقل سن بیماران ۱۳ و حداکثر ۸۷ سال بود. ۶۰٪ هیچ ریسک فاکتور و بیماری همراه دیگری وجود نداشت. در ۱/۹٪ یک ریسک فاکتور و در مابقی موارد بیش از یک ریسک فاکتور وجود داشته است. از نظر یافته‌های سونوگرافیک در ۲۹/۸٪ سونوگرافی طبیعی، ۱۴/۶٪ کلدوگولیتازیس، ۱۵/۹٪ دیلاتاسیون سیستم صفراوی داشتند. از این بیماران در ۳۰٪ موارد سابقه کولوسیتکتومی قبل از ERCP وجود داشت. از نظر یافته‌ها و مشاهدات حین ERCP در ۱۰/۵٪ پایبلا در داخل دیورتیکول، در ۱/۹٪ کانسر آمیول وانتر، ۶۰/۷٪ موارد پانکراتوگرافی طبیعی در ۴/۷٪ دیلاتاسیون مجرای ویرسونگ، ۲/۸٪ موارد سنگ مجرای پانکراس و در ۲/۷٪ اطلاعات دیگری مثل انسداد تومورال یادیده نشدن مجرای پانکراس وجود داشت و در ۱۰/۳٪ پانکراتوگرافی ناموفق بوده است. از نظر یافته‌های کلانژیوگرافیک در ۲۰/۶٪ بیماران کلانژیوگرافی طبیعی، ۳/۵٪ موارد کلدوگولیتازیس، ۱۴/۵٪ فقط دیلاتاسیون CBD، ۲/۸٪ کلانژیوکاریسیوما، ۱/۴٪ کلانژیست اسکلوروزان، ۲/۸٪ Vanishing duct و در ۱۵/۹٪ موارد کلانژیوگرافی ناموفق بوده که در تعدادی از این بیماران ERCP مجدد موفقیت‌آمیز بوده است. از این بیماران در ۳۸/۸٪ ERCP تشخیصی، در ۱/۴٪ موارد پری کت، ۱۵/۴٪ اسفنکترتومی، ۸/۹٪ پری کت و اسفنکترتومی، ۱۲/۶٪ اسفنکترتومی و خارج کردن سنگ با سکت و در ۷/۹٪ موارد پری کت، اسفنکترتومی و خارج کردن سنگ با سکت انجام گرفت. در ۰/۹٪ پری کت موفقیت‌آمیز نبود و ۱/۴٪ پری کت و ERCP انجام شد اما اسفنکترتومی ناموفق بود. طول مدت زمان انجام ERCP در ۵۶/۱٪ کمتر از ۳۰ دقیقه، در ۳۸/۶٪ بین ۳۰ تا ۶۰ و در ۵/۳٪ بیش از ۶۰

معناداری با طبقه اجتماعی و سطح تحصیلات پدر و مادر دارای رابطه معکوس بوده و به نحوی که ۱۰۰٪ بیماران دارای پدر و مادران بی سواد و یا دارای تحصیلات ابتدایی بوده و در گروه اجتماعی پایین قرار داشته‌اند.

شایعترین علت بستری علاوه بر سوء تغذیه شامل اسهال یا ۵۷٪ و پنومونی با ۳۱٪ بوده است. ۶۴٪ بیماران متعلق به جامعه روستایی و بیشترین موارد سوء تغذیه حاد منجر به بستری در سواردی رخ داده که فاصله سنی با فرزند قبلی کمتر از ۲ سال بوده و ۶۳٪ موارد این فاصله سنی زیر ۳ سال بوده است. از سوی دیگر ۶۴٪ موارد مورد مطالعه به خانواده‌های بالاتر از ۴ نفر تعلق داشته است. میزان سرگ و غیر ۴ نفر بوده است.

سهیم کودکان مورد مطالعه که از شیر مادر تغذیه می‌کردند ۷۰٪ و به نحو احص سهم کودکان زیر ۶ ماه با تغذیه انحصاری بنا شیر مادر ۴ برابر بیشتر از سایر کودکان بوده است.

#### نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان می‌دهد که سهم گروه‌های سنی زیر ۲ سال حدود ۴ برابر بیشتر از گروه‌های سنی بالای ۲ سال بوده لذا کودکان زیر ۲ سال در معرض خطر بیشتری برای ورود به مراحل حاد و بستری شدن در بیمارستان بوده‌اند. همچنین سن یک تا ۲ سالگی بحرانی‌ترین زیر گروه سنی ابتلا به سوء تغذیه منجر به بستری بوده است، که می‌توان آن را به نوعی محصول تعامل ساز و کارهای اقتصاد غذا در ایران و مراحل زمانی رشد و نیازهای غذایی در کودکان دانست. در مقایسه شاخص‌های سن سنجی عامل وزن در کودکان زیر ۲ سال و قد در کودکان بالای ۲ سال نابالوهای شایع‌تری در نمایش و انعکاس سوء تغذیه حاد منجر به بستری بوده‌اند.

نکته قابل تأمل دیگر آنکه کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شده و دچار سوء تغذیه بوده‌اند شانس بیشتری برای ورود به مراحل حاد بستری شدن داشته‌اند که نیازمند توجه مناسب است.

در نهایت این مطالعه تأکید مجددی بر این نکته دارد که ارتقاء سطح اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع و خانواده‌ها نه فقط در پیشگیری از ابتلا به سوء تغذیه مهم است بلکه به نحو تشدید یافته‌ای می‌توان آن را قاطع‌ترین راه‌پیشگیری از ورود بیماران مبتلا سوء تغذیه به مراحل حاد منجر به بستری در بیمارستان قلمداد نمود.

### بررسی میزان شیوع بیماری سیلیاک در بیماران ایرانی مبتلا به دیس‌پپسی

نیک‌پور فوق تخصص گوارش و کبد، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بهبودی سریع این تغییرات کلینیکی و هیستوپاتولوژیکی بعد از قطع مصرف گلوتسن نشان می‌دهد بیماری سیلیاک در بالغین در هنگام تشخیص کمتر از ۲۵ درصد موارد، خود را با اسهال و کاهش وزن نشان می‌دهد و در قسمت اعظم موارد خود را به صورت نفخ شکم، سیری

بیماری‌ها در کودکان است. علی‌رغم کثرت مبتلایان به سوء تغذیه تنها معدودی از این کودکان به دلیل افت شدید یکی از شاخص‌های سن سنجی و یا ابتلا به یکی از بیماری‌های زمینه‌ای همراه با سوء تغذیه به مرحله حاد بستری شدن در بیمارستان وارد می‌شوند. جامعه آماری این مطالعه مشتمل بر بیمارانی است که در طول ۶ ماهه دوم سال ۸۰ با تشخیص سوء تغذیه در بیمارستان کودکان بندرعباس به عنوان مرکز ارجاع بیماری‌های اطفال در استان هرمزگان بستری گردیده‌اند. این جامعه آماری که در یک مطالعه مقطعی آینده‌نگر مورد مطالعه قرار گرفته نماینده جامعه مبتلایان به سوء تغذیه با ریسک بالا می‌باشند که به دلیل واقع نمایی بیشتر در تعیین عوامل موثر و خطرناک در سوء تغذیه حاد اهمیت ویژه است. هدف اصلی از این مطالعه تعیین علل بستری و بررسی فراوانی هر یک از عوامل شناخته شده موثر در سوء تغذیه در معنای عام آن در آن دسته از کودکانی است که در اثر سوء تغذیه در بیمارستان بستری شده‌اند. به علاوه مقایسه و بررسی تطبیقی این عوامل با آمارهای ملی و استانی مربوطه به عموم مبتلایان به سوء تغذیه هدف فرعی این مطالعه است.

#### روش‌ها:

کلیه اطلاعات بیماران بستری شده با تشخیص سوء تغذیه در پرسشنامه‌ها درج، سپس نسبت به محاسبه فراوانی هر یک از ۳ شاخص تن سنجی wasting (لاغری) و underweight (کم وزنی) Stunting (کوتاه قدی) یا استفاده از نمودارهای NCHS اقدام و پس از آن فراوانی متغیرهایی چون علت بستری، سن و جنس بیماران، طبقه اجتماعی و سطح سواد پدر و مادر، تعداد افراد خانواده و فاصله بین زایمان‌ها، تعلق به جامعه شهری و روستایی، نوع تغذیه و مورثالیتی براساس نرم افزار minitab استخراج و سپس با استفاده از روش shift-share نقش برخی از این عوامل در ورود به مراحل حاد بستری از طریق محاسبه سهم آنها و مقایسه آن با سایر عوامل و با مقایسه با عموم مبتلایان به سوء تغذیه بدست آمد.

#### نتایج:

از ۹۲ بیمار مورد مطالعه که ۲/۲ درصد کل بیماران بستری در بخش بوده‌اند ۹۴/۵٪ underweight و ۷/۶٪ Stunting و ۴۵/۵٪ wasting داشته‌اند. بیشترین فراوانی در گروه سنی ۱۲ تا ۲۳ ماهگی بوده و درصد بیماران بستری در جنس مونث بیشتر از مذکر و در حدود ۶۰٪ بوده است. همچنین سوء تغذیه منجر به بستری به طور کلیاً

#### زمینه و اهداف:

بیماری سیلیاک که به آن اتروپاتی حساس به گلوتن گفته می‌شود یک اتروپاتی اتوایمیون است که خود را به صورت سوء جذب مواد غذایی در روده باریک و تغییرات مخاطی عمدتاً در قسمت ابتدایی روده باریک و

در ماکروسکوپی یا میکروسکوپی تغییراتی به نفع بیماری سیلیاک داشتند فرستاده شد. ۴ سی سی خون جهت تست‌های IgA, AntiEndomysivm, IgA, IgA, totalIgA, IgGAntigliadin فرستاده شد.

**نتایج:**

در این مطالعه ۲۵۰ بیمار مبتلا به دیس پیپسی بدون زخم جهت بیماری سیلیاک بررسی شد. ۴۸/۵ درصد بیماران زن و ۵۱/۵٪ بیماران مرد بودند. متوسط سن بیماران ۳۹ سال بود و سن افراد ۸۰-۱۴ سال متغیر بود. مارک‌های اندوسکوپییک بیماری سیلیاک در ۱۵ درصد بیماران وجود داشت. شایعترین یافته: ندولاریتی مخاطی در ۶/۵ درصد و کنگره‌دار شدن چین‌های مخاطی در ۵/۵ درصد بود.

کاهش چین‌های مخاطی در ۲ درصد و نمای موزائیکی در ۱/۱٪ بیماران وجود داشت. در این بیماران تست‌های سرولوژیکی و بیوپسی روده باریک انجام شد ولی هیچ موردی بیماری سیلیاک مطابقت نداشت. در سایر بیماران هم بیوپسی از قسمت دوم دئودونوم انجام شد و هیچ مورد قطعی از بیماری سیلیاک مشاهده نشد تنها در یک مورد یافته‌های هیستولوژیک با بیماری سیلیاک مطابقت داشت ولی به علت عدم مراجعه بیمار تشخیص قطعی نامشخص است.

در این مطالعه در ۹۸ درصد بیماران تعداد لنفوسیت‌ها و پلاسماسل‌های مخاطی افزایش داشتند. در ۱۰/۵ درصد بیماران آتروفی جزئی (Focal) در پرزها وجود داشت. اندازه کریبت‌ها در ۹۹/۵ درصد نرمال بود و ۵/۵ درصد موارد افزایش یافته بود. در بیمارانی که آتروفی جزئی پرز داشتند تست‌های سرولوژیکی بیماری سیلیاک چک شد و منفی بودند.

#### نتیجه‌گیری:

میزان شیوع بیماری سیلیاک در بیماران ایرانی که با دیس پیپسی مراجعه می‌کنند زیاد نیست و مارک‌های اندوسکوپییک (ماکروسکوپی) ارزش زیادی برای تشخیص بیماری سیلیاک ندارند.

### بررسی میزان هیالورونیک اسید (HA) در بیماران آلوده به هپاتیت B و C

ریحانی ثابت، فخرالدین، احسانی سمین، دخت، سهیلی زهرا، برلویرق، پروانه، افتخاری حسن، بهار کمال  
ازمانشگاه تشخیص ملی بهار - بخش تشخیص مولکولی - خلیجان کارگر نسائی - تهران، Bahar@trust.com

#### زمینه و اهداف:

هیالورونیک اسید یک گلیکوز آمینو گلیکان با وزن مولکولی بالا می‌باشد که در حالت طبیعی در خون به میزان کمتر از ۱۷۵ ng/ml وجود دارد. میزان طبیعی HA از یک طرف با ساخت آن توسط سلول‌های یافت پیوندی (مثل فیبروبلاست‌ها) و از طرف دیگر با تجزیه آن در کبد تنظیم می‌گردد. در دیواره مویرگ‌های کبدی لایه‌ای از Sinusoidal Endothelial Cells, Kupffer Cells و Stellate Cells وجود دارند که سلول‌های SEC به طور اختصاصی حاوی گیرنده‌های HA بوده و در جذب و تجزیه HA نقش دارند.

افزایش HA می‌تواند یک نشانه اولیه برای آسیب‌های کبدی باشد و میزان آن ممکن است قبل از سایر نشانه‌های سرمی تغییر کند. در حالت فیروز مدیانورهای سلول کوپفر، سلول‌های ستاره‌ای را فعال نموده و سلول‌های SEC ویژگی‌های معمول خود را از دست داده و میزان HA افزایش می‌یابد. افزایش سطح سرمی HA با تغییرات سیروزی برگشت ناپذیر، تغییر در عملکرد سلول‌های کبد و آسیب‌های کبدی همراه است.

#### روش‌ها:

در این مطالعه سطح سرمی HA در ۶۴ بیمار درگیر با هپاتیت B و C با روش الایزا اندازه‌گیری شدند. تمامی بیماران در زمان آزمایش

دارای ساختار ژنوتیپ ۳، دو مورد دارای ساختار ژنوتیپ ۴، یک مورد دارای ساختار ژنوتیپ ۲ و ۹ مورد ژنوتیپ ناشناخته داشتند. در بیماران الوده به HCV بالاترین میانگین سطح HA در ژنوتیپ ۱ دیده شد (۱۴۱/۵۳ ng/ml) و برای سایر ژنوتیپ‌ها متوسط سطح HA در محدوده طبیعی قرار داشت.

#### نتیجه‌گیری:

یلا بودن میزان هیالورونیک اسید با توجه به پاتوژنز بیماری هیاتیت B و C فعال حائز اهمیت می‌باشد. به نظر می‌رسد که رابطه‌ای منطقی بین سطح سرمی این ماده و ژنوتیپ هیاتیت C موجود باشد. بررسی‌های هیستولوژیک و برقرار نمودن رابطه بین Score پاتولوژیک بیوپسی کبد و سطح هیالورونیک اسید قابل تامل می‌باشند. بررسی وسیع‌تر در مورد افزایش شدید HA در بیماران درگیر با ژنوتیپ ۱ توصیه می‌شود.

### بررسی میزان موفقیت روش درمانی دیلاتاسیون با بالن در آشالازی کودکان

خدایانه احمد<sup>۱</sup>، فرزند فرزان<sup>۲</sup>، میکلیلی جواد<sup>۳</sup>، خانمی غلامرضا<sup>۴</sup>، ملکرزاده رضا<sup>۵</sup>، درختان محمدحسین<sup>۶</sup>، یعقوبی محمد<sup>۷</sup>

۱- فوق تخصص گوارش کودکان - استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- فوق تخصص گوارش کودکان - دانشکده علوم پزشکی تهران

۳- فوق تخصص گوارش بالین - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران - عضو مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- فوق تخصص گوارش کودکان - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران - رئیس بخش گوارش بیمارستان مرکز طبی کودکان

۵- فوق تخصص گوارش بالین - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و ریاست مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران

۶- محقق مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران

۷- محقق مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران

بگیری شدند که در صورت عود علائم از اندازه‌های بالاتر بالن جهت درمان استفاده شده است. براساس شدت ۵ نوع علائم بالینی شایع و مهم در این بیماری که از صفر تا ۳ رتبه‌بندی شده، امتیازاتی داده شده است. بهبودی به نسبت جمع امتیازات جدول علائم بالینی بعد از درمان به قبل از درمان کمتر از ۵۰٪ و عود به نسبت بیش از ۵۰٪ گفته شد. بهبودی در شیرخواران و کودکان زیر ۵ سال با توجه به عدم وجود علائم بالینی خصوصی استرئو، بهبودی استماع سیری و حرکات LES با دم و یازدم در نظر گرفته شد.

#### نتایج:

در کل ۳۹ بار دیلاتاسیون برای ۲۵ بیمار انجام شد (به طور متوسط ۱/۵۶ دیلاتاسیون برای هر بیمار). ۱۲ بیمار (۴۸٪) یکبار، ۱۲ بیمار (۴۸٪) دوبار و یک بیمار ۳ بار تحت دیلاتاسیون قرار گرفتند. یک بیمار (۴٪) پس از دوبار دیلاتاسیون باز هم عود علائم داشته که به دلیل عدم رضایت وی به اقدام مجدد به عنوان شکست درمانی در نظر گرفته شده و توصیه به جراحی شد. در این مطالعه ۵ کودک زیر ۵ سال وجود داشت که همگی (۱۰۰٪) پس از درمان بهبودی یافته و تا اتمام بگیری مشکلی نداشته‌اند و در کل ۹۶٪ بیماران (۲۴ نفر) پاسخ به درمان داشته‌اند که براساس جدول Vantrappen (۶۴٪) (۱۶ بیمار) پاسخ درمانی عالی، ۸٪ (۲ بیمار) پاسخ درمانی خوب و ۲۴٪ (۶ بیمار) پاسخ درمانی متوسط داشته‌اند. در طول مطالعه هیچگونه عارضه جانبی جدی

دارای HBV-DNA یا HCV-RNA مثبت بودند. ژنوتیپ بیماران با استفاده از پرایمرهای مکمل تاجیه ترجمه نشدنی ۵' و روش PCR-Reverse Dot Blot تعیین شدند.

#### نتایج:

۲۷ بیمار از ۶۸ نمونه الوده به هیاتیت B و ۳۷ بیمار الوده به هیاتیت C بودند. متوسط سطح HA در بیماران الوده به هیاتیت B ۵۸/۴۵±۱۶/۵۷ بود که در محدوده طبیعی مقدار HA قرار دارد و متوسط سطح HA در بیماران الوده به هیاتیت C ۱۰۴/۸±۲۱/۶ بود که بالاتر از حد طبیعی آن می‌باشد. ۳۲٪ (۱۲/۳۷) بیماران الوده به هیاتیت C مقدار HA بالاتر از حد طبیعی داشتند و در مقابل ۲۵/۹٪ (۷/۲۷) بیماران الوده به هیاتیت B مقادیر HA بالاتر از حد طبیعی داشتند. در گروه بیماران هیاتیت C، ۲۰ مورد دارای ساختار ژنوتیپ ۱، پنج مورد

#### زمینه و اهداف:

آشالازی اختلال عصبی اسفنکتر تحتانی مری است که سبب عدم پرستالیزم در مری و یاز شدن کامل این اسفنکتر می‌شود. برای درمان این بیماری روش‌های مختلفی بکار برده می‌شود. درمان دارویی، تزریق بوتولیزم، دیلاتاسیون با بالن و جراحی روش‌های درمانی معمول می‌باشند. در بزرگسالان دیلاتاسیون با بالن بعنوان اولین اقدام درمانی خوبی شناخته شده است. در کودکان نیز مطالعات متعدد و وسیله محدودتری صورت گرفته که اثربخشی آن را نشان می‌دهد و بسیاری از مراکز معتبر از آن بعنوان اولین اقدام درمانی در کودکان مبتلا به آشالازی استفاده می‌کنند.

#### هدف:

ارزیابی میزان موفقیت دیلاتاسیون با بالن در آشالازی کودکان

#### روش‌ها:

در این مطالعه ۲۵ کودک (۱۲ پسر، ۱۳ دختر) از سن ۴/۵ ماهگی تا ۱۴ سالگی با میانگین سنی (۹/۵۲±۴/۶۱) سال، مبتلا به آشالازی در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۷۶ در دو مرکز بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، تحت درمان با روش دیلاتاسیون با بالن‌های مخصوص آشالازی Rigiflex و (TTS) Microwasive (با توجه به سن) زیر دید مستقیم اندوسکوپی قرار گرفتند. این بیماران به فواصل ۱، ۲ و سپس هر ۶ ماه یکبار و به مدت میانگین ۳۷ ماه (۹-۶۶ ماه) از نظر علائم بالینی

مثل خونریزی یا پر فوراسیون ناشی از دیلاتاسیون مشاهده نشد. نتیجه گیری: روش درمانی دیلاتاسیون یا بالن در اشلازی کودکان بسیار مؤثر و

مطمئن می‌باشد که تا چندین نوبت قابل انجام است. لذا به عنوان اولین اقدام درمانی بدون بیهوشی عمومی و زیر دید مستقیم اندوسکوپی و به صورت سرپایی در این کودکان توصیه می‌شود.

### بررسی نماهای شایع اندوسکوپی در بیماران مبتلا به هلیکوباکتریلوری مراجعه کننده به بخش اندوسکوپی بیمارستان کودکان بندرعباس

علانی میناز

موق تخصص گوارش و کبد کودکان، استادیار - عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی هرمزگان

گاستریت بوده است و از این میان ۴۷/۶٪ از بیماران مبتلا به گاستریت هلیکوباکتریلوری بوده‌اند که ۳۸/۵٪ کل بیماران مراجعه کننده به بخش اندوسکوپی را شامل می‌شده است. بالاترین فراوانی H.pylori در نمای ندولاریتی ظاهر شده است (۱/۶۸). همچنین ۵۰٪ بیماران که در نمای اندوسکوپی به نوعی دارای نمای گاستریت بوده‌اند مبتلا به H.pylori نیز وجود داشته است و از سویی ۸۵٪ مبتلایان به H.pylori دارای نمای گاستریت و ۱۵٪ نمای اندوسکوپی نرمال داشته‌اند.

نتیجه گیری:

۸۲/۴٪ مواردی که در نمای اندوسکوپی نشانی از گاستریت نبوده وجود H.pylori نیز در نمونه پاتولوژی منفی بوده است. این مطالعه خطرات رویه معمول در عدم اخذ نمونه پاتولوژی در حین اندوسکوپی خاصه در نمای نرمال را نشان داده و بر ضرورت اخذ نمونه پاتولوژی در هر اندوسکوپی تاکید دارد.

زمینه و اهداف:

هلیکوباکتریلوری عامل اتیولوژیک بیماری اولسر پپتیک و کانسر معده می‌باشد. این مطالعه قصد دارد به تبیین رابطه هلیکوباکتریلوری با نماهای اندوسکوپی در کودکان بپردازد و لذا در یک مطالعه توصیفی تحلیلی و به صورت مقطعی در مدت ۶ ماه و بر روی ۵۲ بیمار مراجعه کننده به بخش اندوسکوپی بیمارستان کودکان بندرعباس ضمن تعیین فراوانی موارد ابتلا به H.pylori نماهای شایع اندوسکوپی این مبتلایان را شناسایی نماید.

روش‌ها:

از کلیه بیماران اندوسکوپی شده نمونه پاتولوژی اخذ و سپس نتایج پاتولوژی به همراه اطلاعات بدست آمده از نمای ماکروسکوپیک اندوسکوپی بیماران مبتلا به هلیکوباکتریلوری تحت آنالیز آماری قرار گرفت.

نتایج:

در ۸۱٪ از بیماران مورد مطالعه نتیجه پاتولوژی مؤید وجود

### بیماری سلیاک در کودکان ایرانی

فرهنگ فلطمه، فلاحي غلامحسين، خداداد احمد، جفای مهري، جانی غلامرضا، نعمتی حمید

واحد تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد کودکان، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشکده علوم پزشکی تهران

مقدمه:

بر مبنای مجموعه علائم بالینی، نتایج تست‌های آزمایشگاهی مختلف خصوصاً آندومیزنال آنتی‌بادی و آنتی‌گلیادین آنتی‌بادی سرم و نتایج پاتولوژی روده کوچک که از طریق اندوسکوپی انجام گرفته، بوده است.

نتایج:

تعداد ۵۰ کودک که ۲۶ پسر (۵۲٪) و ۲۴ دختر (۴۸٪) مورد مطالعه قرار گرفتند سن شروع علائم بالینی از ۵ ماهگی تا ۱۰ سالگی (میانگین سنی ۴/۷ سال) بود. در حالیکه سن مراجعه به مرکز طبی کودکان و تشخیص بیماری بطور متوسط ۷/۲ سال بوده است. از مجموع ۵۰ بیمار، ۶ بیمار (۱۲٪) در گروه سنی (۱۸-۹ ماه) و ۴۴ نفر (۸۸٪) در گروه سنی ۱۸ ماه تا ۱۶ سال بوده‌اند.

Mode of Presentation در ۵۰ کودک مراجعه کننده به مرکز طبی کودکان عبارتند از: اسهال مزمن در ۳۲ بیمار، کاهش وزن ۶ نفر، کوتاه قدی ۳ نفر، بی‌اشتهایی ۲ نفر، شکم برجسته ۲ نفر، استفراغ ۱ نفر، کم خونی فقر آهن مقاوم به درمان ۱ نفر، هیپوکلسمی و استئوپروز ۱ نفر، ادم انازارک و اسیت (شبه سندرم نفروتیک) ۱ نفر، بی‌بوست ۱ نفر بوده است.

بیماری سلیاک با اتروپاتی ناشی از حساسیت به گلوتن با مخاط غیرطبیعی روده کوچک و عدم تحمل دائمی نسبت به گلوتن در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعدند مشخص می‌شود. شیوع تقریبی آن در مناطق مختلف جهان متفاوت است. در آمریکا شیوع کمتری نسبت به اروپا دارد. در انگلستان ۱/۲۰۰۰، در ایرلند غربی ۱/۵۹۷ است. باتوجه به امکانات تشخیصی جدید امروزه شیوع آن افزایش یافته و در کل ۱/۳۰۰ رسیده است. هرچند امروزه بروز فرم‌های کلاسیک آن کاهش یافته است ولی به دلیل تغذیه طولانی مدت با شیر مادر (حداقل ۲ سال) سن بروز سلیاک علامت‌دار در کودکان افزایش یافته است. هدف از این مطالعه بررسی اطلاعات دموگرافیک و علائم بالینی و آزمایشگاهی کودکان مبتلا به سلیاک در ایران است.

روش تحقیق:

طی یک دوره پنج‌ساله (۱۳۸۰-۱۳۷۵) کلیه بیمارانی که به عنوان سلیاک در بخش گوارش مرکز طبی کودکان بستری و یا طی بررسی این تشخیص برای آنان به اثبات رسیده است، وارد مطالعه شده‌اند. تشخیص

فوق روی رژیم فاقد گلوتن بعلاوه ویتامین‌ها و ریزمغذی‌ها و مواد معدنی قرار گرفتند. پاسخدهی در اکثر آنها خوب بوده و بصورت بهبود خلق و خو که طی ۴۸ - ۲۴ ساعت از شروع درمان ایجاد می‌شد و در پیگیری‌های بعدی افزایش وزن و قد و اصلاح کم‌خونی به خوبی نمایان بوده فقط در چند مورد که رژیم را رعایت نمی‌کردند پاسخ به درمان مناسب نبوده است.

#### نتیجه‌گیری نهایی:

بیماری سلیاک در بین کودکان ایرانی نادر نیست و هنوز اطلاعات دقیقی از شیوع این بیماری در این گروه سنی در دسترس نیست، ولی می‌توان با تشخیص زودرس و درمان مناسب از پیشرفت بیماری و عوارض بعدی آن جلوگیری کرده تا موجب ارتقاء سلامت کودکان مبتلا گردد.

### بررسی میزان ید ادراری در افراد مبتلا به سرطان معده و مقایسه آن با گروه شاهد

بهروزیان رامین، اقدمی ناصر

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) - بخش داخلی، شماره تلفن و فاکس: ۰۴۴۱ - ۲۲۲۲۰۱۰

#### زمینه و اهداف:

معده و تیروئید دارای توانایی‌های مشترک در تغلیظ ید می‌باشند. از آنجا که گاستریت آتروفیک به عنوان ریسک فاکتور کانسر معده در مناطق اندمیک برای کمبود ید شیوع افزایش یافته‌ای داشته است این طرح در نظر دارد که رابطه بین کمبود ید و کانسر معده را بررسی نماید.

#### روش‌ها:

۱۰۰ بیمار مبتلا به کانسر معده با ۸۴ نفر گروه شاهد از نظر میزان ید ادراری نسبت به کراتینی نین ادرار بعد از حذف فاکتورهای مداخله‌گر مقایسه شدند.

#### نتایج:

میزان ید ادرار در افراد مبتلا به سرطان معده بسیار کمتر از افراد سالم بود (۶۱/۹ در گروه بیمار در مقابل ۱۰۱/۷ در گروه سالم).

### تعیین فراوانی هلیکو باکتر پیلوری با تست اوره‌آز سریع در اندوسکوپي فوقانی ۳۲۲۸ بیمار سرپایی در تهران

رضایی روزبه

فوق تخصص گوارش و کبد، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران، atoosarabiee@yahoo.com

شرکت شیم آنزیم انجام شده است.

#### نتایج:

بیماران شامل ۱۵۴۴ مرد (۴۷/۷٪) و ۱۶۹۴ زن (۵۲/۳٪) و دارای متوسط سنی  $38 \pm 15/4$  سال بودند. در کل بیماران ۲۳۰۳ نفر (۷۱/۷٪) HP مثبت و ۹۲۵ نفر (۲۸/۹٪) HP منفی بودند. از کل بیماران ۲۵۵۵ نفر (۷۹٪) غیرسیگاری و ۶۸۳ نفر (۲۱٪) سیگاری بودند. البته نسبت سیگاری‌ها در مردان (۳۸/۱٪) (۶۹۴ نفر) و در زنان (۵/۲٪) (۸۹ نفر) بود. شیوع سنی شامل دهه دوم (۶/۲٪) و (۵۱/۳٪) HP مثبت - دهه سوم (۲۲/۸٪) و (۷/۱٪) HP مثبت - دهه چهارم (۲۶/۷٪) و (۷۸/۲٪) HP مثبت - دهه پنجم (۱۸/۷٪) و (۶۸/۱٪) HP مثبت - دهه ششم (۱۰/۷۶٪) و (۶۴/۳٪) HP

#### زمینه و اهداف:

هلیکوباکتر پیلوری در بیماری‌های گوارشی فوقانی نقش اتیولوژیک مهمی دارد و تعیین فراوانی آن در گروه‌های سنی و در بیماری‌های مختلف در ایران می‌تواند بر آگاهی پزشکان و جامعه در جهت تشخیص و درمان بهتر بیفزاید.

#### روش‌ها:

در این مطالعه توصیفی مقطعی برونده ۳۲۲۸ بیمار که از سال ۸۱-۷۸ در مطب فوق تخصصی توسطه نگارنده اندوسکوپي فوقانی شده‌اند مورد بررسی قرار گرفته است و ضمن اندوسکوپي تست اوره‌آز سریع با گرفتن ۲ نمونه بیوپسی از آنتر معده و با تست منابع اوره‌آز



در دهه دوم ۲۱٪ اندوسکوپی‌ها نرمال بودند در حالی که در دهه ۷ و ۸ تنها ۴-۳٪ اندوسکوپی‌ها نرمال بودند.

مصرف سیگار نیز در کل بیماران ۲۱٪ و در زیر گروه کانسر ۴۱٪- در GU ۴۱٪- در ازوفازیت ۳۸٪- در DU ۳۴٪ و در گاستریت ۲۵٪ و در گروه با اندوسکوپی نرمال ۱۶٪ بود.

#### نتیجه‌گیری:

شیوع HP در کل بیماران مورد بررسی ۷۱٪ و حتی در گروه با اندوسکوپی نرمال ۶۵٪ مثبت بود. GU با HP و گاستریت فولیکولر ارتباط قوی ولی با ازوفازیت و گاستریت ارتباط مهمی ندارد که البته دور از انتظار نمی‌باشد. مصرف سیگار با کانسر مری و معده و DU و GU و ازوفازیت ارتباط قوی داشت. (۲ تا ۳ برابر افراد با اندوسکوپی نرمال).

مثبت - دهه هفتم ۹۷٪ و ۶۴/۳٪ HP مثبت و دهه هشتم ۵۱٪ و ۶۱/۶٪ HP مثبت بودند.

از نظر تشخیصی ۴۸٪ گاستریت داشتند که ۷۶٪ آنان HP مثبت بودند. ۲۷/۹٪ DU داشتند که ۹۴٪ HP مثبت بودند. ۱۸٪ ازوفازیت داشتند که ۶۹٪ HP مثبت بودند. ۱۷/۹٪ دئوتیت داشتند که ۸۹٪ HP مثبت بودند. ۵/۶٪ گاستریت فولیکولر داشتند که ۹۲٪ HP مثبت بودند. ۱۳/۳٪ ندولاریتی دئودنوم داشتند که ۵۹٪ HP مثبت بودند. ۲/۳٪ GU داشتند که ۷۲٪ HP مثبت بودند. ۲/۵٪ کانسر مری یا معده داشتند که ۶۴٪ HP مثبت بودند و ۱۰/۵٪ اندوسکوپی نرمال داشتند که ۶۵٪ آنان نیز HP مثبت بودند.

میزان اندوسکوپی نرمال با افزایش سن کاهش می‌یافت به طوری که

### تعیین نتایج درمانی هیاتیت C در بیماران تالاسمی ماژور با داروی اینترفرون به همراه آماتادین

فلاحی غلامحسین، ابدیبار میا، فتحی افشین، میرناصری سید محمدمهدی

واحد تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد کودکان، بیمارستان مرکز علمی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

#### زمینه و اهداف:

یکی از مشکلات مهم بیماران تالاسمیک ابتلاء به هیاتیت C در اثر تزریق خون آلوده به ویروس می‌باشد. متأسفانه تاکنون روش واحد و بدون اشکالی، برای درمان این بیماران ارائه نشده است. یکی از روش‌های درمانی که اخیراً پیشنهاد شده، درمان هیاتیت مزمن C با اینترفرون و آماتادین بوده که در یک سری از مطالعات نتایج مطلوبی به همراه داشته است و هدف ما بررسی نتایج و عوارض این روش در درمان هیاتیت مزمن C می‌باشد.

#### روش‌ها:

مطالعه به صورت Clinical Trial prospective (آینده‌نگر تجربی) در بیماران تالاسمیک مبتلا به هیاتیت مزمن C در سال‌های ۸۰ و ۸۱ انجام شد. در بیماران مبتلا به تالاسمی که قبلاً اینترفرون دریافت نکرده بودند Anti-HCV و HBSAg چک شد. در بیماری که Anti-HCV در آنها مثبت و HBSAg در آنها منفی بود از نظر مثبت بودن HCV RNA به روش RT-PCR بررسی شد. در بیمارانی که HCV RNA مثبت داشتند از نظر نداشتن کتراندیکاسیون مصرف اینترفرون و آماتادین شامل: سابقه بیماری مادرزادی قلب، تشنج، حساسیت دارویی، ادم محیطی، راش‌های عودکننده اگزیمایی، سایکوز مقاوم به درمان و بیماران کبدی بررسی شدند. بیماران واجد شرایط بعد از انجام Alp, ALT, AST, Cr, BS, FBS, PT و اندازه‌گیری فریتین تحت بویوسی کبد قرار گرفتند. در بیمارانی که ALT بالا و شواهد هیستوپاتولوژیک به نفع هیاتیت مزمن کبد داشتند به مدت یک هفته در بخش گوارش بستری شده، در زمان با اینترفرون و آماتادین شروع شد. اینترفرون با دوز ۳ میلیون واحد برای هر متر مربع از سطح بدن، ۳ بار در هفته به صورت زیرجلدی به مدت ۶ ماه همراه کپسول آماتادین همزمان به مدت ۶ ماه با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم دوبار در روز به صورت

خوراکی تجویز شد. ماهیانه ALT, AST, FBS, Alp چک شد و از نظر عوارض دارویی معاینه شدند. بعد از اتمام ۶ ماه دوره درمان از بیمار RT-PCR به عمل آمد و هر دو ماه تا ۶ ماه جهت پیگیری عود ALT چک شد معیار پاسخ به درمان منفی شدن RT-PCR و نرمال شدن ALT، معیار عدم پاسخ مثبت ماندن PCR و عدم کاهش ALT و معیار پاسخ نسبی کاهش ALT به میزان ۵۰٪ قبلی در نظر گرفته شد.

#### نتایج:

۲۶ بیمار که HBSAg منفی و anti HCV مثبت بودند به مطالعه وارد شدند، و از آنها PCR جهت بررسی HCV RNA و اندازه‌گیری آنزیم‌های کبدی به عمل آمد. ۸ بیمار PCR منفی داشتند و از مطالعه خارج شدند، ۱۸ بیمار PCR مثبت داشتند. یک مورد بخاطر ALT نرمال، ۳ مورد بخاطر سابقه دریافت J.F.N، ۲ مورد بخاطر عدم همکاری والدین، یک مورد بخاطر بیماری عصبی پیشرفته، و یک مورد بخاطر بیماری قلبی، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۰ بیمار، جهت ادامه مطالعه واجد شرایط لازم بودند. از ۱۸ بیماری که PCR مثبت داشتند ۱۷ مورد آنزیم بالا گزارش شد، در حالی که از ۸ بیمار PCR منفی فقط یک مورد آنزیم بالا داشته است. لذا بین مثبت بودن PCR و بالا بودن ALT رابطه مستقیم وجود دارد که از لحاظ آنالیز آماری نیز قابل ارزش گزارش شده است.

پس از ۶ ماه درمان، نتیجه PCR در ۸ بیمار (۸۰٪) منفی شد و در ۲ بیمار (۲۰٪) همچنان مثبت باقی ماند. از ۸ بیماری که P.C.R در آنها منفی شده بود در ۶ بیمار آنزیم کاملاً نرمال شد و در ۲ بیمار تا ۵۰٪ مقدار قبلی پائین آمد، ولی به حد نرمال نرسید. در طی ۶ ماه پیگیری از ۸ بیماری که پاسخ داده بودند آنزیم‌های کبدی در ۴ بیمار افزایش پیدا کرد، بنابراین در پایان دوره درمان ۸۰٪ پاسخ‌دهی وجود داشت که، ۶۰٪ آن به صورت پاسخ‌دهی کامل و ۲۰٪ آن نسبی بوده و در پایان دوره

به خاطر میزان عود نسبتاً بالا (۵۰٪) طول دوره درمان بجای ۶ ماه ۱۲ ماه توصیه می‌شود. به‌خاطر پاسخ‌دهی بهتر در سنین بالاتر توصیه می‌شود با تشخیص C.H.C.V اقدامات درمانی هرچه سریعتر شروع شود و در درمان هپاتیت C مزمن در بیماران تالاسمیک، اینترفرون و آماتادین به عنوان پروتکل درمانی توصیه می‌شود.

پیگیری ۲۰٪ عدم پاسخ، ۴۰٪ عود و ۴۰٪ پاسخ دائم مشاهده شد.  
نتیجه‌گیری:

با توجه به این که عوارض داروئی درمان C.H.C.V با IFN و آماتادین خفیف، قابل تحمل و گذرا بوده و با قطع درمان برگشت پذیر بوده، درمان هپاتیت C مزمن با IFN و آماتادین پیشنهاد می‌شود. ولی

### رابطه بوی بد دهان و بیماری‌های فانکشنال دستگاه گوارش

کشاورز علی اصغر

کرمشاه بیمارستان مطبقی بخش گوارش

بیماری فانکشنال به بیماران داده شد.

#### زمینه و اهداف:

یکی از شکایت‌های نسبتاً شایع در کلینیک‌های گوارش که بیماران از آن آزار می‌برند بوی بد دهان است. بیشترین علت این عامل پوسیدگی‌های دهان بیماری‌های لثه؛ مصرف بعضی از داروها و غذاهای سیگار و بیماری‌های ریوی و سینوس‌ها می‌باشد. در تعدادی از این بیماران علت خاصی پیدا نشده است. هدف ما پیدا کردن رابطه این ضایعه آزاردهنده با بیماری‌های فانکشنال دستگاه گوارش است.

#### روش‌ها:

این بررسی توصیفی به صورت آینده‌نگر در کلینیک گوارش دانشگاه به مدت سه سال (۸۱-۷۹) انجام شد. کلیه بیمارانی که شکایت اصلی آنها بوی بد دهان بود مورد مطالعه قرار گرفتند. برای بیماران تست‌های روتین خون و آزمایش مدفوع از نظر پارازیت و چربی و تست تنفسی جهت رد رشد باکتری صورت گرفتند. در تمام بیماران مشاوره دندانپزشکی و گوش و حلق و بینی انجام شد. بیماران تحت اندوسکوپي و کولونوسکوپي با بی‌بوسی و باریم سوالو با ترازیست روده قرار گرفتند. بیماران با بیماری‌های سیستمک از مطالعه حذف گردیدند. یک پرسشنامه جهت بررسی معیارهای (ROME 11) برای تعیین نوع

نتایج:  
۸۰ بیمار که شکایت آنها بوی بد دهان بود وارد مطالعه شدند. در ۲۳ بیمار که یک علت خاص و شناخته شده پیدا شد (۱۴ بیمار با پوسیدگی دندان و بیماری لثه ۳ بیمار با ترشحات پشت بینی یک بیمار با کانسر معده و ۳ بیمار با رفلکس مری و ۲ بیمار با دیورتیکول روده) از مطالعه خارج شدند. از ۵۷ بیمار باقیمانده ۴۰ بیمار زن و ۱۷ بیمار مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۲۶/۳ سال بود. ۲۰ بیمار معیارهای (ROME 11) از نوع دیس‌پسی فانکشنال (B1) و ۳۷ بیمار معیارهای (ROME 11) اختلالات روده‌ای (C1, C2, C3) و (Gb4) را داشتند.

#### نتیجه نهایی:

بوی بد دهان یک شکایت نسبتاً شایع و آزاردهنده در بیماران مراجعه کننده به متخصصین گوارش می‌باشد. بیماری‌های فانکشنال احتمالاً توجه‌گر تعداد زیادی از علل این علامت در جوامع امروزی است و در نوع دیس‌پسی (B1) و اختلالات فانکشنال روده‌ای تیپ (C1, C2, C3) و (Gb4) بیشتر دیده می‌شود. مطالعات بیشتر در این راستا جهت پیدایش مکانیسم و راهکارهای درمانی را می‌طلبد.

### رژیم ۱۴ روزه قابل تحمل دو بار در روز برای ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری در منطقه‌ای با شیوع بالا کانسر معده

بابائی مهدی، موسوی شاهرخ، ملک محسن

تاسکانه علوم پزشکی سمنان، بیمارستان تاختی

#### زمینه و اهداف:

هلیکو باکتریلوری از علل اصلی اولسر پپتیک و کانسر معده می‌باشد. رژیم‌های مختلف درمانی جهت ریشه‌کنی هلیکوباکتر توصیه شده است. این مطالعه در منطقه‌ای انجام شده که شیوع عفونت هلیکوباکتر در جمعیت نرمال ۴۸٪ می‌باشد و شیوع کانسر معده ۱۶.۲۷/۱۰۰۰۰۰ در سال به عنوان شایعترین تومور بدخیم و با مرگ و میر ۱۰۶/۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد انجام شد.

#### روش‌ها:

بیماران با تشخیص اندوسکوپیک و هیستولوژیک گاستریت یا اولسر پپتیک و عفونت مثبت هلیکوباکتر که توسط هیستولوژی یا تست اسلاید اوره‌از اثبات شده‌اند انتخاب شدند و تحت درمان با امیزازول ۲۰

میلی‌گرم بیسموت ساب سیترات ۲۴۰ میلی‌گرم، مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم، آموکسی‌سیلین ۱۰۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۱۴ روز داده شد و ۲-۳ ماه بعد از اتمام درمان نتیجه ریشه‌کنی توسط تست تنفسی کربن ۱۳ ارزیابی شد.

#### نتایج:

۹۵٪ بیماران دارو را مصرف کردند و از میان ۸۲ نفر که دارو مصرف کرده بودند ۲۴ نفر تست مثبت و ۵۸ نفر تست منفی شده بود که نتیجه ریشه‌کنی ۷۰.۸٪ بود و میزان عوارض بسیار کم بود.

بحد میزان ریشه‌کنی یا توجه به آمارهای موجود بالا نیست و سوالات مختلفی از جمله مقاومت میکروبی در بیماران ایرانی را مطرح می‌کند.

## سی تی کولونوگرافی (سی تی اندوسکوپی): وضعیت کنونی، آینده و تجارب اولیه در ایران

احمدی، شهرام

استاد یازگروه رادیولوژی دانشگاه تهران، بخش سی تی اسکن اسپرسان، مرکز تصویربرداری تشخیصی نور، akhlaghpoor@nmri-ir.com

ریسک سرطان بالا و یا تست مثبت FOBT نیز بکار رود. در حال حاضر کاربرد مورد قبول عموم متخصصین استفاده از سی تی کولونوگرافی به دنبال یک کولونوسکوپی ناقص می‌باشد که این آزمایش می‌تواند بدون نیاز به آمادگی مجدد در همان روز کولونوسکوپی صورت پذیرد. یافته‌های اکستراکولونیک و میزان تهاجم موضعی و دوررس نیز از مزایای استفاده از این روش است.

بررسی مطالعات بزرگ نشان داده که برای پولیپ‌های  $< 10\text{mm}$  حساسیت این روش از ۵۱٪ تا ۱۰۰٪ متغیر می‌باشد. این دامنه وسیع ناشی از پارامترهای تکنیکی و روش کار می‌باشد. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که با ایجاد استانداردهای نسبی اکثر مراکز دارای حساسیت بالاتر از ۸۵٪ و ویژگی (specificity) بیش از ۹۰٪ می‌یابند. این تکنیک برای اولین بار در ایران راه‌اندازی شده و در این مقاله ضمن معرفی تکنیک موارد انجام شده در ایران و نتایج آن ارائه و نمایش داده خواهد شد.

اولین مطالعه سی تی اندوسکوپی در سال ۱۹۹۶ منتشر گردید و تاکنون نزدیک به ۱۴۰ مقاله پژوهشی در زمینه سی تی اندوسکوپی منتشر شده است. پیشرفت‌های سریع سی تی اسکن موجب تحولات جدیدی در این امر شده است. علی‌رغم این که در کشورهای پیشرفته سرطان کولون سومین سرطان شایع و دومین علت مرگ در اثر سرطان می‌باشد هنوز روش‌های غربالگری مناسب برای تشخیص زودرس این سرطان در دسترس نیست.

متاسفانه تست‌هائی نظیر FOBT و نیگموئیدوسکوپی در این کار خیلی مؤثر نبوده و لذا کولونوسکوپی به عنوان یک روش غربالگری معرفی شده است. در حال حاضر معمولاً کولونوسکوپی برای بیماران با تست‌های مثبت FOBT و یا افراد با ریسک بالا صورت می‌پذیرد و برای تست غربالگری عمومی بکار نمی‌رود. به این منظور سی تی کولونوگرافی به صورت اولیه برای غربالگری سرطان‌های کولورکتال معرفی شد ولی امروزه در مواردی که امکان انجام کولونوسکوپی مقدور نباشد و یا افراد با

## گزارش اولیه توزیع فراوانی انواع ژنوتیپ HCV (۱۳۸۲)

علویان سید مؤید، سمیعی شهرام، درودی طاهر، نعمتی‌زاده فریبرز

## زمینه و اهداف:

هیاتیت ویروسی نوع C (HCV) دومین علت بیماری مزمن کبدی در ایران است. با توجه به افزایش میزان شیوع این بیماری و اهمیت نوع ژنوتیپ HCV در برنامه‌ریزی درمانی و پیش‌گویی بیماران، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی ژنوتیپ HCV انجام شده است.

## روش‌ها:

در قاصهٔ فروردین ۸۲ لغایت خرداد ۸۲ بیماران مبتلا به هیاتیت مزمن HCV که به «مرکز هیاتیت تهران» مراجعه داشتند، برای ورود به مطالعه انتخاب شدند. همهٔ این بیماران سابقهٔ درمان با داروی اینترفرون نداشتند و همزمان به HIV و HBV مبتلا نبودند. تعداد ۴۳ بیمار به صورت سریال وارد مطالعه شدند و نمونهٔ خون آنها توسط آزمایشگاه بیمار اخذ و پس از جداسازی در محیط EDTA قرار داده شدند. پلاسما در ۷۰- درجه نگهداری شد سپس با استفاده از HCV RNA (Geno Type kit) و استخراج cDNA و استفاده از PCR amplification فراگمان‌های DNA تقویت شده بدست آمد که با استفاده از reverse hybridization assay و reverse Dot Blot assay نسبت به تعیین ژنوتیپ اقدام شد.

## نتایج:

بیماران شامل ۳۲ مذکر و ۱۱ مؤنث، ۲۵ بیمار (۵۸/۱٪) سابقهٔ ترانسفوزیون، ۹ بیمار (۲۰/۹٪) سابقهٔ اعتیاد تزریقی، ۵ بیمار (۱۱/۶٪)

سابقهٔ جراحی، ۱ بیمار به حرقه پزشکی اشتغال داشت (۲/۳٪) و در ۳ بیمار (۷٪) علتی مشخص یافت نشد. ۵ بیمار مبتلا به هموفیلی، ۴ بیمار مبتلا به تالاسمی و یک بیمار تحت همودیالیز بود.

توزیع فراوانی ژنوتیپ‌ها به شرح زیر است:

a1 در ۹ بیمار (۲۰/۹٪)، b1 در ۷ بیمار (۱۶/۳٪) و ژنوتیپ ۱ غیرقابل تعیین سروتیپ ۱۳ بیمار (۳۰/۲٪)، a2 در یک بیمار (۲/۳٪)، ۳ در ۱۱ بیمار (۲۵/۶٪) و ۴ در ۲ بیمار (۴/۷٪) بوده است که در مجموع ژنوتیپ غیر ۱ در ۲۲/۶٪ از بیماران دیده شده است. بیمارانی که سابقه ترانسفوزیون داشته‌اند دارای انواعی از ژنوتیپ‌ها بوده‌اند ولی در معنادار تریقی تنها ژنوتیپ ۱، ۳ دیده شده است و در بیماران هموفیل نیز ژنوتیپ ۴ دیده نشده است. به دلیل تعداد کم بیماران نمی‌توان بین شدت بیماری و ژنوتیپ ارتباط آماری پیدا کرد.

## نتیجه‌گیری:

ژنوتیپ غالب در ایران از انواع (a) و مخصوصاً a1 و بعد از آن b1 می‌باشد. این موضوع اهمیت انتخاب درمان برتر یعنی مدت حداقل ۴۸ هفته درمان ترکیبی با اینترفرون آلفا و ریباویرین و انتخاب دوز کافی ریباویرین را نشان می‌دهد. در مناطقی که امکان تعیین ژنوتیپ وجود ندارد، درمان به مدت ۴۸ هفته توصیه می‌شود. با ادامه این مطالعه می‌توان بهتر در مورد توزیع فراوانی ژنوتیپ‌ها در بیماران خاص نظر داد.

## گزارش اولیه مقایسه اثر بخشی و عوارض Zeffix® و Biuvudin® در بیماران هپاتیت B مزمن

علویان سید موبد<sup>۱</sup>، درودی طاهر<sup>۱</sup>، حاتمى سعید<sup>۲</sup>، حاجی‌بیگی بشیر<sup>۳</sup>

۱ - دانشیار دانشکده علوم پزشکی، طبقه ۹، مرکز هپاتیت تهران

۲ - واحد پژوهش، مرکز هپاتیت تهران

## نتایج:

۲۸ (۷۷/۸٪) نفر از بیماران مورد مطالعه متوسط سنی بیماران ۳۳/۴±۱۰ سال بود (۱۹-۶۴). یک نفر از بیماران در گروه زفیکس دچار کبد دکمپانسه شد و درمان قطع شد. دو نفر از بیماران در گروه بیوودین مایل به ادامه درمان نبودند و درمان را قطع کردند. در هر گروه ۱۶ نفر بیمار بود در طول مطالعه هیچ گونه عوارض جانبی قابل توجه در بیماران دیده نشد. میزان کاهش آنزیم‌ها (پاسخ آنزیمی) در هر دو گروه بیماران نسبت به قبل از درمان معنی‌دار نبود (Zeffix p=0.001 and Biuvudin p=0.002) ولی اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبود (p=۰/۰۹۲). همچنین میزان پاسخ ویرولوژیک در گروه زفیکس ۳۸٪ و در گروه بیوودین ۳۱٪ بود ولی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (p=۰/۱).

## نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج رضایت بخش درمان در هر دو گروه و عدم وجود علائم بالینی قابل توجه و همچنین پاسخ ویرولوژیک نسبتاً مشابه در هر دو گروه با توجه به این که قیمت محصول ایرانی تقریباً ۱/۶ مشابه خارجی می‌باشد، می‌توان از زفیکس بجای بیوودین استفاده کرد. لازم به ذکر است که چون مطالعه کاملاً پایان نیافته است (آزمایشات ماه ششم ۱۰٪ بیماران هنوز حاضر نشده)، نتایج قطعی و نهایی پاسخ آنزیمی و ویرولوژیک بعداً اعلام می‌شود.

## مقایسه دو روش آماده سازی روده قبل از کولونوسکوپی

امامی نجفی دهکردی سیدمحمدحسن، جمالی ناهید ریاضی‌نژاد

مؤسسه تحقیقات گوارش و کبد، تهران

## زمینه و اهداف:

ارجاعی به بیمارستان (گروه دو شامل ۲۲۵ نفر) از نظر کیفیت آماده‌سازی کولون و میزان موفقیت انجام کولونوسکوپی کامل و مشاهده و بررسی دقیق مخاط کولون مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه ۱ شامل ۱۲۸ بیمار ارجاعی به مطب از سه روز قبل از کولونوسکوپی، رژیم غذایی مایعات فراوان و حذف کلیه غذاهای جامد توصیه شد و مصرف قرص بیزاکودیل ۲ عدد صبح و ۲ عدد شب تجویز گردید. بیماران همچنین دوشنبه متوالی هر شب ۴۰ گرم روغن کرچک دریافت نمودند و در روز انجام تعیین شده برای انجام پرسنجر پس از پذیرش بیمار در مطب و حدود دو ساعت قبل از کولونوسکوپی انما یا نرمال سالین گرم شده به میزان ۳ لیتر صورت گرفت. گروه دوم آماده‌سازی داخل بیمارستانی با بستری نمودن بیماران از ۲۴-۴۸ ساعت قبل از کولونوسکوپی و تجویز قرص بیزاکودیل ۱ عدد صبح و ۱ عدد شب و ۴۰ گرم روغن کرچک شب قبل از کولونوسکوپی صورت گرفت و انما با نرمال سالین ۱ لیتر شب

هپاتیت B یکی از مشکلات عمده بهداشتی جهان می‌باشد و حدود ۴۰۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به هپاتیت B می‌باشند. درمان‌های متعددی برای بیماری پیشنهاد شده است و یکی از درمان‌های متعارف برای این بیماران استفاده از داروهای نوکلئوزیدی برای درمان می‌باشد که خیلی کم عارضه می‌باشند. بهترین داروی نوکلئوزیدی موجود Lamivudine می‌باشد که با مارک‌های تجاری مختلفی مورد استفاده قرار می‌گیرد و معروفترین آن Zeffix® ساخت شرکت Glaxosmithelain می‌باشد. در این مطالعه اثر بخشی و عوارض این دارو را با مشابه داخلی آن یا نام تجاری Biuvudin® ساخت شرکت باختر بیوشیمی مورد بررسی قرار داده‌ایم.

## روش‌ها:

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی دو سو کور است. مطالعه در مرکز هپاتیت تهران انجام شده است. تعداد ۳۲ بیمار وارد مطالعه شدند. داروها با بسته‌بندی یک شکل و شکل دارویی یکسان به بیماران عرضه می‌شد. قبل از درمان از بیماران بیوشیمی کبد گرفته شد و آنزیم‌های کبدی چک شد. در صورت بالا بودن آنزیم‌ها حداقل ۱/۵ برابر نرمال و مثبت بودن HBV DNA or HBeAg بیماران وارد مطالعه می‌شدند. طول مطالعه ۶ ماه بود و بیماران به فاصله دو ماه مورد آزمایشات کبدی و معاینه قرار می‌گرفتند. از تمام بیماران رضایت نامه کتبی گرفته شد.

## زمینه و اهداف:

توتال کولونوسکوپی به عنوان رایجترین، قابل پذیرش‌ترین و دردمتس‌ترین روش بررسی روده بزرگ می‌باشد. برای انتخاب بهترین روش آماده سازی روده باید فاکتورهای زیادی را در نظر داشت: مؤثر بودن، بی‌خطر بودن، سهولت اجرا، عوارض (اختلال خواب، تغییر وزن و فشارخون، واکنش حساسیتی به دارو، افزایش حجم داخل غروقی در مبتلایان به نارسایی قلبی و...)، تحمل و نیز پذیرش بیمار از جمله این موارد است. اهمیت این مسئله به ویژه در کولونوسکوپی غربالگری که باید به کم هزینه بودن آن هم توجه شود بیشتر است. نشانه یک کولونوسکوپی موفق رسیدن دستگاه کولونوسکوپ به سکوم و مشاهده دقیق و کامل کولون با حداقل ناراحتی برای بیمار است.

## روش‌ها:

دو گروه از بیماران ارجاعی به مطب (گروه یک شامل ۱۲۸ نفر) و

۱۵/۱۸ دلار (۱۴۵۲۰۰ ریال) می باشد. میزان خسارت غیبت از کار بیمار و همراهش در این مطالعه منظور نشده است. زمان متوسط کولونوسکوپی (از زمان گذاشتن اسکوپ تا خارج کردن کامل آن) ۳۲ دقیقه در گروه ۱ بود. ایلئوسکوپی در ۹۲٪ از بیماران گروه اول و تنها در ۱۶٪ از گروه دوم انجام گرفته بود.

#### نتیجه گیری:

آماده سازی کامل روده و کوتاه کردن زمان بستری بیماران در بیمارستان، غیبت از کار بیمار، پذیرش کامل بیمار و به صرفه بودن هزینه از نکات مثبت روش آماده سازی گروه اول در مقایسه با روش سنتی بستری در بیمارستان است. باید مطالعات بیشتری برای یافتن روش های ارزان، قابل پذیرش برای بیمار و کم عارضه صورت گیرد.

قبل از کولونوسکوپی انجام می شد. در نهایت میزان موفقیت در مشاهده کامل مخاط و انجام کولونوسکوپی تا سکوم در دو روش با هم مقایسه شد.

#### نتایج:

در گروه اول تمیز شدن کامل کولون در ۹۸/۴٪ از ۱۲۶ بیمار حاصل شد در حالی که در گروه دوم ۷۴/۱٪ از ۲۵۵ بیمار که در بیمارستان بستری شده بودند امکان مشاهده کامل کولون به دست آمد و ۲۵/۹٪ موارد به علت تمیز نشدن روده و قابل رؤیت نبودن مخاط کولونوسکوپی انجام نشد. میزان موفقیت در روش استاندارد (استفاده از محلول پلی اتیلن گلیکول) ۹۵٪ می باشد. متوسط هزینه صرف شده در گروه اول ۲/۵ دلار (۲۸۸۰۰ ریال) در مقایسه با گروه دوم که ۲۶ دلار (معادل ۲۱۰۰۰۰ ریال) می باشد. متوسط هزینه روش استاندارد

### مقایسه آزمون اوره آز سریع با بررسی هیستولوژیک هلیکوباکتریلوری در ۱۰۰ بیمار دیس پپتیک

امینی محسن\*، خدمت حسین\*\*، جیحونیان مرگام\*\*\*

\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی قهقانه - فوق تخصص گوارش و کبد از پایه هجدهم مطالعه - E-mail: mamini@bnu.ac.ir & amini422002@yahoo.com

\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی قهقانه - فوق تخصص گوارش و کبد

\*\*\* پاتولوژیست - بیمارستان فیه الله (اعظم) (ص)

دانشگاه علوم پزشکی قهقانه، دانشکده پزشکی، بیمارستان فیه الله (اعظم) (ص)، بخش گوارش

#### مقدمه و اهداف:

عفونت هلیکوباکتریلوری به عنوان عامل اصلی برخی از بیماری های ناحیه فوقانی لوله گوارش شناخته شده است. از زمان شناخت این باکتری در مورد نحوه شناسایی و تشخیص آلودگی فعال میکروبی در مبتلایان به دیس پپسی مورد بحث بوده است. یکی از روش های کم هزینه و مناسب حین انجام اندوسکوپی بررسی هلیکوباکتریلوری با کمک تست اوره آز سریع است که با میزان فعالیت آنزیم اوره آز ارتباط دارد لذا از حساسیت آزمون می گاهد. در حالی که بررسی بافتی معده این وابستگی را ندارد. مطالعه حاضر میزان شیوع عفونت هلیکوباکتریلوری فعال در بیماران دیس پپتیک را با کمک آزمون اوره آز سریع و بررسی بافتی معده (بررسی هیستولوژیک و رنگ آمیزی اختصاصی) بررسی کرده و این دو تست را با هم مقایسه نموده است.

#### روش ها:

در این بررسی که به صورت Cross sectional انجام شده است، ۱۰۰ بیمار مبتلا به دیس پپسی که طی سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ به کلینیک گوارش مراجعه نموده و سابقه درمان ضد هلیکوباکتریلوری را نداشتند، اندوسکوپی نموده و از ناحیه آنتر و بادی معده برای تست اوره آز و هیستولوژی دو نمونه بافتی مجزا به پاتولوژی ارسال شده است. اطلاعات این بیماران از نظر مشخصات فردی، سابقه مصرف آنتی بیوتیک طی ۴ هفته اخیر به مدت حداقل سه روز متوالی، مصرف پیمار یا سیر طی یک هفته اخیر همراه غذا، مصرف منظم جای طی سه روز گذشته، استعمال دخانیات، ضایعه مشاهده شده در اندوسکوپی، ریفلاکس صفراوی، بررسی هلیکوباکتریلوری با کمک تست اوره آز سریع، زمان

مثبت شدن آن، اسکور هیستولوژیک هلیکوباکتریلوری ثبت شده است.

#### نتایج:

از ۱۰۰ مورد بیمار که ۵۲ مرد و ۴۸ زن با سن متوسط ۳۹ سال بودند. در ۵۰ درصد موارد تست اوره آز سریع مثبت بوده و در ۵۸ درصد موارد هیستولوژی مثبت بوده است. بین نوع دیس پپسی، تحصیلات، شغل و جنس بیماران با میزان مثبت شدن تست اوره آز سریع یا هیستولوژی ارتباطی وجود ندارد. در حالی که در ۵۷/۸٪ سیگاری ها تست اوره آز سریع مثبت بوده در ۴۶/۷٪ غیر سیگاری ها این تست مثبت شده است (p<۰/۰۵). ۹۲٪ آنها که تست اوره آز سریع مثبت داشتند، هیستولوژی هم مثبت شده است و ۷۶٪ آنها که تست اوره آز سریع منفی داشتند، هیستولوژی نیز منفی بود است (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر ۲۴٪ بیمارانی که تست اوره آز سریع منفی داشتند، هیستولوژی مثبت شده است و فقط ۸٪ بیمارانی که تست اوره آز سریع مثبت داشتند، هیستولوژی منفی بوده است. از آنها که تست اوره آز سریع مثبت داشتند در ۸۶٪ موارد طی ۱۵ دقیقه اول اینست مثبت شده است و تنها در ۷ درصد آنها که طی ۱۵ دقیقه اول تست اوره آز سریع مثبت داشتند، هیستولوژی منفی بوده است و ۸۴٪ آنها که طی ۱۵ دقیقه اول تست اوره آز سریع مثبت داشتند اسکور هیستولوژیک هلیکوباکتریلوری بیشتر یا مساوی ۲ داشتند در حالی که همه بیمارانی که تست اوره آز سریع طی ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از نمونه برداری مثبت شده است اسکور هیستولوژیک هلیکوباکتریلوری کمتر از ۲ بوده است. آنها که ارتشاح و تراکم هلیکوباکتریلوری در پاتولوژی اسکور یک بوده، ۳۸/۵٪ اوره آز مثبت بوده بیمارانی که اسکور دو بودند ۸۴/۲٪ اوره آز مثبت و آنها که

در این مطالعه تنها در سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها میزان مبتلایان به *H.pylori* فعال بیشتر بوده است ( $P < 0.05$ ). اکثر قریب به اتفاق بیمارانی که اوره‌از مثبت داشتند هیستولوژی حضور *H.pylori* را تایید کرده است (۹۲٪) و تعداد قابل توجهی از آنها که اوره‌از منفی داشتند، هیستولوژی حضور هلیکوباکتری پیلوری را اثبات نموده است (۲۴٪). یعنی موارد منفی کاذب این آزمون بیش از مثبت کاذب آن است. علاوه بر این هرچه شدت ارتشاح میکروب در هیستولوژی بیشتر بوده احتمال مثبت بودن اوره‌از در دقایق اولیه بیشتر بوده است. هیچیک از عوامل و متغیرهای مورد مطالعه مثل جنس بیمار، استعمال دخانیات، مصرف آنتی‌بیوتیک طی ۴ هفته اخیر یا مصرف سیر و پیاز طی یک هفته اخیر و یا مصرف چایی طی سه روز اخیر، نوع دیس‌پسی و ضایعه مشهود در اندوسکوپی و ریفلاکس صفاوی نقشی در افزایش موارد منفی کاذب تست اوره‌از نداشته است.

### مقایسه یافته‌های اندوسکوپی و شکایات بالینی در بیماران کاندیدای پیوند کلیه ناشی از نارسایی مزمن کلیه با بیماران ارجاعی دارای شکایات گوارشی فوقانی

ناشی سید محمد حسن، حکیمیان محمد رضا\*، حکیمیان ندا، شهیدی شهرزاد

\* - ارائه کننده: دکتر محمدرضا حکیمیان، موسسه تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان حکیم - اصفهان. mohammadrza\_hakimian@yahoo.com

اریتیم دوازدهه (۲۹/۷۸٪) / التهاب دوازدهه (۱۴/۸۹٪) / ضایعات Varioliform دوازدهه یا معده (۱۷/۰۲٪).  
در گروه ۲: درگیری مری (۲۷/۳۳٪) / درگیری معده (۶۵/۹۸٪) / درگیری دوازدهه (۲۹/۴۵٪) / طبیعی (۲۰/۶۶٪) / اریتم آنتر (۵۷/۳۳٪) / اریتم دوازدهه (۱۹/۳۳٪) / التهاب دوازدهه (۱۰/۶۶٪) / ضایعات Varioliform دوازدهه یا معده (۰٪).

به شیوع شکایات گوارشی در گروه ۱.

۷۲/۳۴٪ بیماران فاقد شکایات گوارشی بودند (که ۷۶/۴۸٪ آنها ضایعه اندوسکوپیک داشتند) و ۲۷/۶۵٪ بیماران، واجد شکایات گوارشی بودند (که ۶۹/۲۴٪ آنها ضایعه اندوسکوپیک داشتند). بدیهی است که تمام افراد گروه ۲ دارای شکایات گوارشی بودند (که ۷۹/۱۹٪ آنها ضایعه اندوسکوپیک داشتند).

نتیجه‌گیری نهایی:

الف: بر اساس علائم بالینی نمی‌توان وجود ضایعات اندوسکوپیک را پیش‌بینی کرد لذا اندوسکوپی روتین در افراد گروه ۱ توصیه می‌شود.

ب: نوعی ضایعه التهابی (varioliform) در دوازدهه یا معده بیماران گروه ۱ مشاهده می‌شود که در این بررسی در گروه ۲ مشاهده نشد.

ج: شایعترین مکان درگیری گوارشی هم در گروه ۱ و هم در گروه ۲ معده است.

د: شایعترین ضایعه گوارشی هم در گروه ۱ و هم در گروه ۲ اریتم آنتر است.

ه: تفاوت اریتم آنتر در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار است ( $P < 0.05$ ) ولی در مورد سایر ضایعات تفاوتی با این سطح اطمینان مشاهده نشد.

اسکور به داشتند ۹۰٪ اوره‌از مثبت و تمامی مواردی که اسکور چهار و پنج بوده اوره‌از نیز مثبت بوده است. سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک طی ۴ هفته اخیر به مدت حداقل سه روز متوالی، استعمال دخانیات، مصرف پیاز یا سیر طی یک هفته اخیر همراه غذا، مصرف منظم چای طی سه روز گذشته، ریفلاکس صفاوی، جنس بیمار تأثیری در کاهش حساسیت تست اوره‌از ندارد (مواردی که تست اوره‌از منفی و هیستولوژی مثبت است) نوع دیس‌پسی و یا ضایعه مشهود در اندوسکوپی نیز با میزان مثبت شدن هیستولوژی ارتباط ندارد.

نتیجه نهایی:

حضور میکروب هلیکوباکتری پیلوری فعال در معده افراد مبتلا به دیس‌پسی یا جنس بیماران، نوع دیس‌پسی، وضعیت حرفه‌ای و شغلی بیمار، نوع تغذیه بیمار و مصرف مسودای که از نظر تنوریک می‌توانند خواص ضد میکروبی داشته باشند مانند سیر، پیاز و چایی ارتباطی ندارد.

زمینه و اهداف:

عوارض زخم پپتیک، از قبیل خونریزی و پرفوراسیون در بیماران پیوندی با میزان مرگ و میر بالایی همراه هستند. به همین دلیل در بسیاری از مراکز بیماران را قبل از پیوند کلیه اندوسکوپی می‌کنند. در این مطالعه شیوع شکایات گوارشی و شیوع یافته‌های اندوسکوپی در کاندیداهای پیوند کلیه ناشی از نارسایی مزمن کلیه (گروه ۱) مورد بررسی قرار گرفته‌اند و با بیماران معمولی مراجعه کننده با شکایات گوارشی (گروه ۲) مقایسه شده‌اند.

روش‌ها:

در یک دوره ۱۵ ماهه (فروردین ۸۱ لغایت تیر ۸۲) تمام افراد ارجاع شده گروه ۱، توسط یک نفر فوق تخصص گوارش مورد اندوسکوپی قرار گرفتند و از مناطق دارای ضایعه عکس تهیه شد و وجود یا عدم وجود علائم دستگاه گوارش فوقانی در زمان مراجعه، ثبت گردید. تعداد بیش از سه برابر افراد مذکور، به روش تصادفی اسان از بین افراد گروه ۲ انتخاب شدند و توسط همان فرد مورد اندوسکوپی قرار گرفته و اطلاعات مربوط ثبت گردید.

نتایج:

در این بررسی ۴۷ بیمار گروه ۱ (۲۶ مرد و ۲۱ زن با میانگین سنی ۴۰/۵۳) و ۱۵۰ بیمار گروه ۲ (۷۲ مرد و ۷۷ زن با میانگین سنی ۴۴/۷۴) تحت بررسی قرار گرفته‌اند که نتایج حاصله به طور خلاصه به شرح زیر بوده است:

الف: مقایسه درصد شیوع ضایعات اندوسکوپیک در گروه ۱ با گروه ۲.

در گروه ۱: درگیری مری (۲۴/۰۴٪) / درگیری معده (۵۷/۴۴٪) / درگیری دوازدهه (۴۰/۴۲٪) / طبیعی (۲۵/۵۲٪) / اریتم آنتر (۳۸/۳۹٪)

## نقش اسکروتراپی در درمان خونریزی از واریس مری در کودکان

نحی مهری، خداداد احمد، فلاحی غلامحسین، فرهمند فاطمه، میرناصری سیدمهدی، حاجبی غلامرضا  
واحد، تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد کودکان، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

### زمینه و اهداف:

هیپر تانسین پورت از مهمترین علل مرگ و میر کودکان مبتلا به بیماری‌های کبدی است، که تظاهر عمده آن به صورت خونریزی گوارشی می‌باشد، و درمان آن نیز بر اساس درمان خونریزی از واریس است. در مطالعه فعلی در نظر است بیماری‌هایی که به دلیل خونریزی از واریس مری در بخش اندوسکوپی مرکز طبی کودکان در برنامه اسکروتراپی قرار گرفته‌اند، از نظر پاسخ به درمان و میزان عوارض مورد بررسی قرار گیرند. هدف این مطالعه تعیین میزان تأثیر اسکروتراپی در کنترل خونریزی حاد از واریس‌های مری و جلوگیری از خونریزی‌های بعدی در کودکان مبتلا به هیپر تانسین پورت می‌باشد.

### روش‌ها:

اطلاعات لازم در مورد ۷۹ بیماری که در طی سه سال در مرکز طبی کودکان به دلیل case series در این مطالعه خونریزی از واریس مری در برنامه اسکروتراپی قرار گرفته‌اند، بر اساس فرم جمع‌آوری اطلاعات از پرونده آنها و دفتر اسکروتراپی جمع‌آوری شده و آنالیز می‌شود. بیماران در حد سنی (۱/۵ تا ۱۴ سال، متوسط = ۶/۷ سال) بوده، و ۶۵/۸٪ آنها پسر بودند. ماده اسکروتزان ترومبووژل (ترا دیسیل سولفات ۰.۳٪) بود که با حجم مساوی آب مقطر و الکل مخلوط می‌شد. میزان تزریق بر اساس سن بیمار بین ۱ تا ۴ سی سی در هر ردیف واریس تزریق می‌شد، حجم کلی در هر نوبت بین ۴ تا ۱۲ سی سی بوده است. علت هیپر تانسین

پورت در ۵۷٪ سیروز، و در ۳۰/۴٪ آکسترا هیپاتیک و در ۱۲/۶٪ فیبروز پورتال غیر سیروزی بود.

### نتایج:

در این مطالعه، میزان موفقیت اسکروتراپی اوزانسی در کنترل خونریزی حاد از واریس مری ۱۰۰٪ و موفقیت برنامه درازمدت اسکروتراپی ۵۵/۷٪ بود. ۵۳/۳٪ از بیماران مبتلا به درگیری کبدی و ۶۳/۷٪ از بیماران مبتلا به درگیری خارج کبدی به اسکروتراپی دراز مدت پاسخ مناسب داده بودند. ۵۸/۳٪ از موارد Child A، ۳/۸۳٪ از Child B و ۳/۱۴٪ از Child C سیروز پاسخ درمانی مثبت داشتند. تغییرات واریس‌های فوندوس در ضمن اسکروتراپی دراز مدت واریس‌های مری به این صورت بود که در ۱۵/۲٪ سیر بهبودی، ۲۱/۵٪ سیر تشدید، ۴۴/۳٪ عدم تغییر و ۱۹٪ پاسخ نامشخص نشان دادند. در طول برنامه درمانی ۳۱/۶٪ از بیماران حداقل دچار یکی از عوارض اسکروتراپی شدند. بیشترین عوارض، خونریزی مجدد، و پسودوپولپ بودند. تنگی مری فقط در یک بیمار به وجود آمد. میزان خونریزی مجدد و مرگ و میر به ترتیب ۲۵/۴٪ و ۸/۹٪ گزارش شد.

### نتیجه‌گیری:

میزان موفقیت اسکروتراپی اوزانسی در کنترل خونریزی حاد بسیار بالا است. همچنین در کنترل دراز مدت خونریزی در بیش از نیمی از بیماران مؤثر است.

## یک روش درمانی جدید کوتاه مدت برای ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری

کریمی محمد مهدی

فوق تخصص گوارش و کبد، دانشکده علوم پزشکی همدان

### زمینه و اهداف:

هلیکوباکتر پیلوری (HP) عامل ایجاد کننده زخم‌های پپتیک، اتنوکارسینومای معده و لنفوم معده می‌باشد. برای ریشه‌کنی آن رژیم‌های مختلفی در نظر گرفته شده که هر کدام دارای معایبی است و ایده‌آل نمی‌باشد. درمان‌های رایج شامل دو آنتی‌بیوتیک از بین آنتی‌بیوتیک‌های (تراسایکلین / مترونیدازول / آموکسی‌سیلین / کلاریترومایسین) و یک مهار کننده پمپ پروتون (امپرازول یا نئوپرازول) یا آنتاگونیست گیرنده هیستامین (رانیتیدین) یا یا بدون بیسموت برای مدت ۱۴ روز است. موفقیت ریشه‌کنی این رژیم‌ها تا ۹۰٪ گزارش شده است. چون مدت استفاده از این قبیل روش‌های درمانی طولانی بوده، بنابراین علاوه بر عوارض جانبی داروها، هزینه اقتصادی بالا، پذیرش بیمار نیز برای مصرف کامل داروها کاهش یافته و به شکست درمان منجر می‌شود. ما در این تحقیق می‌خواهیم کارایی یک رژیم چهار دارویی جدید که برای اولین بار شامل ۳ آنتی‌بیوتیک است را فقط

به مدت ۵ روز برای ریشه‌کنی HP آزمایش کنیم.

### روش‌ها:

بیماران HP مثبت با زخم معده، زخم دوازده، دیس‌پسی و آروزیون‌های معده و دوازده وارد مطالعه شدند. روش شناسایی HP در این بیماران تست سریع اوره‌آز یا سرولوژی بود. رژیم درمانی (COMA) به صورت زیر در ۵ روز برای تمام بیماران تجویز شد:

Clarithromycin	250 mg	PO	BID	}
Omeprazole	20 mg	PO	BID	
* 5 days				
Metronidazole	500 mg	PO	BID	}
Amoxicillin	1 g	PO	BID	

بیمارانی که قبلاً هر نوع آنتی‌بیوتیکی گرفته بودند، از مطالعه خارج شدند. بعد از تمام شدن دوره دارویی، حداقل ۴ هفته بیماران هیچ دارویی حتی رانیتیدین مصرف نمی‌کردند و ریشه‌کنی HP با تست تنفسی اوره (UBT) اثبات می‌گردید.

بعد از درمان HP منفی و فقط ۱۲ نفر (۱۲٪) HP مثبت بعد از درمان داشتند.

#### نتیجه‌گیری:

ما به این نتیجه رسیدیم که رژیم چهار دارویی جدید COMA ۸۸٪ موفقیت در ریشه‌کشی HP دارد. این رژیم درمانی مؤثر، تقریباً بدون عارضه است و چون فقط برای مدت ۵ روز استفاده می‌شود پذیرش بیمار بسیار عالی است (۹۸/۵٪). توصیه ما آن است که از این پس از COMA برای ریشه‌کشی HP استفاده کنید.

#### نتایج:

۱۶۲ بیمار HP مثبت وارد مطالعه شدند. ۳۲ نفر مطالعه را ادامه ندادند. ۶۳ نفر (۴۸٪) مرد و ۶۷ نفر (۵۲٪) زن بودند. متوسط سن ۴۰±۸ سال یا حداقل ۱۵ و حداکثر ۸۰ سال بود. از ۱۳۰ بیمار با HP مثبت، ۱۰۲ نفر (۷۸٪) دیس‌پسی، ۱۹ نفر (۱۵٪) زخم دوازده، ۱ نفر (۱٪) زخم معده، ۸ نفر (۶٪) آروزیون‌های دوازده داشتند. ۲ نفر (۱/۵٪) به علت عدم تحمل دارو که شامل تهوع، استفراغ و بدی مزه دهان بود از مطالعه کنار رفتند و ۱۹ نفر به دلیل گزارش UBT نامشخص (indeterminate) حذف شدند. از ۱۰۹ بیمار باقیمانده، ۹۶ نفر (۸۸٪)

### میزان ابتلا به هپاتیت ویروسی در متولدین ۷۰-۶۸ استان تهران با سابقه تعویض خون

نیک بین مهری، علویان سید مؤید

#### نتایج:

از بین کودکانی که مراجعه کرده بودند تعداد ۴۴۵ نفر سابقه تعویض خون به دلیل ایکنتر نوزادی داشتند که آزمایش HCVAb به روش الیزا انجام شد. که تنها دو نفر HCVAb به روش الیزا مثبت بود و در بررسی تکمیلی با آزمون RIBA تنها یک نفر مثبت بود.

#### نتیجه‌گیری:

با توجه به این که در مطالعات گذشته میزان شیوع HCVAb به روش الیزا در اهداکنندگان بین ۰/۳-۱۲٪ متغیر بوده است و با توجه به این که هر نوزاد هنگام تعویض خون تنها با خون یک فرد تماس پیدا می‌کند میزان ابتلا یک در ۴۴۵ مورد منطقی به نظر می‌رسد. به هر حال این مطالعه اهمیت غربالگری نوزادانی که در قبل از ۱۳۷۵ (زمان غربالگری خون از نظر HCV) تعویض خون شده‌اند را مطرح می‌نماید.

#### زمینه و اهداف:

نگاه به گذشته در مورد عوامل خطر ساز ابتلا به هپاتیت ویروسی می‌تواند میزان خطر ابتلا را مشخص نماید. سابقه تزریق خون از علل مهم ابتلا به هپاتیت HBV و HCV است.

#### روش‌ها:

در این مطالعه در دو سال متوالی ۸۰ و ۸۱ در مدارس راهنمایی دخترانه و پسرانه پرستشامای تحت عنوان «آیا کودک شما که در سال‌های ۶۸ تا ۷۰ به دنیا آمده، در بدو تولد به دلیل زردی تعویض خون شده یا خیر» خطاب به والدین پخش گردید و با همکاری بهداشت مدارس استان تهران که در مجموع ۷۴۲۲۷ خانواده مورد خطاب قرار گرفتند. کلاس‌های آموزشی جهت توجیه والدین گذاشته شد و در مجموع ۱۱۰۰۰ نفر از والدین دانش‌آموزان اصلاً مراجعه نکردند و از مطالعه حذف شدند.

### A comparison between Botulinum toxin injection and topical Nitroglycerin ointment in the treatment of chronic anal fissure

Sotoudehmanesh R, Ali Asgari A, Pourshams A, Movahedi Z, Ansari R, Khatibian M, Merat S

Digestive Disease Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

#### Background & Aims:

Background & Aims: Anal fissure is a common condition, which is frequently treated by lateral internal sphincterotomy. This surgical approach may cause permanent injury to the anal sphincter leading to fecal incontinence. An effective medical treatment is thus required.

#### Methods:

Our aim was to compare the efficacy of botulinum toxin injection and topical nitroglycerin ointment in the treatment of chronic anal fissure. We randomly assigned 38 adults with symptomatic chronic posterior mid-line anal fissures to receive treatment with either a total of 20 units of botulinum toxin injected into the internal anal sphincter on each side of the anterior midline or 0.2 percent

nitroglycerin ointment applied twice daily for 4 weeks.

#### Results:

After one month, the fissures were healed in 10 of the 24 patients (41.7%) in the botulinum toxin group and in 6 of the 14 (42.9%) patients in the nitroglycerin group ( $p=0.94$ ). No patient in either group had fecal incontinence. Transient, moderate-to-severe headaches were seen in 11 patients (28.2%) in the nitroglycerin treated group. None of the patients in the botulinum-toxin group reported any adverse effects.

#### Conclusion:

Treatment with botulinum toxin is as effective as topical nitroglycerin in patients with chronic anal fissure and has fewer side effects.



## Amantadine and Interferon versus Interferon alone as initial treatment of chronic hepatitis C infected thalassemic patients: a pilot randomized study

Mirmomen S<sup>1</sup>, Malekzadeh R<sup>2</sup>, Ebrahimi Daryani N<sup>2</sup>, Sohrabi M R<sup>2</sup>

1 - Gastroenterology Department, Imam Khomeini General Hospital.

2 - Gastroenterology Department, Digestive Disease Research Center, Tehran, Iran

### Background & Aims:

Interferon (INF) is currently the only approved initial treatment for chronic hepatitis C (CHC) infection in transfusion dependent (TD) thalassemic patients, in which ribavirin has limited use because of its hematologic complications. Our aim was to compare the efficacy and safety of a combination of INF plus amantadine (AMA) with that of INF alone in previously untreated TD thalassemic patients with CHC infection in an open-label randomized study.

### Methods:

A total number of 34 TD thalassemic patients whose serum HCV RNA was positive and mean ALT remained greater than 1.5 times upper limit of normal, during the past 6 months prior to study, were enrolled. All patients underwent a percutaneous liver biopsy before study. Patients were randomized to either 3 MU of INF-alpha 2b 3 times per week with AMA 200 mg daily (n=16) or to an identical dose of INF-alpha 2b (n=18). Treatment period was 12 months and patients were observed for 6 months

post treatment.

### Results:

There was no significant difference between the mean age, sex, histological and biochemical (including serum Ferritin) characteristics between two groups. AMA was well tolerated but weakness and fatigue were more prominent in AMA group. At the completion of treatment, 50% of patients in monotherapy group and 75% of patients in combination group had a complete biochemical and virological response (P=0.1). At 6 months post-treatment follow up, sustain virological and biochemical responses were observed in 22.2% of patients treated with INF alone versus 56.3% of patients who were treated with INF plus AMA (P=0.04).

### Conclusion:

Our study showed that in TD thalassemic patients, in which ribavirin is not approved, the initial treatment of INF plus AMA is superior to INF alone in achieving a sustain response.

## Anti HCV in Intravenous Drug Users in Tehran

Pourstehi H, Mir-Nasseri M M, Tahaghoghi Mehrizi S, Nasseri-Moghaddam S, Mohammadkhani A, Afshar P, Tavakoli H, Minapour M, Malekzadeh R

Digestive Disease Research Center, Tehran University of Medical sciences, Shariati Hospital, Tehran Iran.

### Background & Aims:

About 3% of the world's population have been exposed to hepatitis C virus (HCV) and its prevalence in Iran has been rising during the last 10 years. The prevalence of HCV is higher in prisoners than non prisoners and among intravenous drug users (IDU) than non-IDU. IDU are at risk of blood borne infections by the high frequency of needle sharing and promiscuous sexual behavior. The risk of HCV infection also has a direct relationship with duration of injection. The aim of this study was to determine the prevalence of HCV infection among IDU prisoners and to compare our findings with those of non prisoners.

### Methods:

This cross sectional survey was carried out on IDU (subjects regularly injecting any kind of drug for at least one year) in Tehran, Iran from August 2001 to February 2002. Prison inmates were selected by random sampling and IDU attending three of the drug treatment centers were enrolled as they referred. After obtaining written consent from each subject, a questionnaire was completed and 5ml

of venous blood was drawn and transferred into a sterile disposable Falcon tube. They were then transported to the laboratory within 2-5 hours at 2-8°C where they were centrifuged and the sera separated and then stored at -70°C until laboratory processing. HCVAb was detected by ELISA (DIA. PRO, Italy) with a sensitivity and specificity of over 98%. The tests were performed by one laboratory technician. Data were analyzed using SPSS software, version 10. Chi-square, Fisher's exact test and logistic regression analysis were used where appropriate.

### Results:

A total of 518 subjects (386, 74.5% prisoners; 464 (89.6%) males were enrolled. Overall, we found a seroprevalence of 65.9% for HCVAb among all IDU. HCVAb was positive in 287 males (67.5%) and 21 females (50.0%), (P<0.02). HCVAb seropositivity was higher among prisoners (78.3%) than non prisoners (30.6%) (P<0.001) and among older than younger (77.8% vs. 54.2%) subjects (P=0.002). Multivariate analysis showed a statistically significant association between HCVAb and imprisonment (OR: 9.32, 5.60-15.51), use of common

syringes (OR: 2.00, 1.26-3.17) and duration of intravenous drug use (OR: 0.86, 0.80-0.92).

#### Conclusion:

The high prevalence of HCV infection found in the IDU prison inmates in our study and the fact that HCV is increasing in the general Iranian population indicates that the infected IDU who go back to the community may be an important source of distribution of this infection. This calls for preventive measures to be taken by the authorities of

penitentiaries and the Ministry of Health of Iran and strategies to be set to reduce the risk of this infection. HCV infection should be considered as one of the public health priorities of Iran and comprehensive prevention programs should be implemented, including educating, provision of sterile syringes, identification and appropriate treatment of HCV infected IDU and encouragement of addicts to give up drug abuse.

### An Association Between Helicobacter pylori Infection and Serum Vitamin B12 Levels in women

yari F, kheifmat H

Lorestan university of medical sciences, khorramabad, E-mail: yari1672@yahoo.com

#### Background & Aims:

Helicobacter pylori (H.P) infection, causally related to peptic ulcer disease, atrophic gastritis, has been recently shown to be associated with vitamin B12 deficiency. In order to further define the association between vitamin B12 and H.pylori infection, serum vitamin B12 levels were measured in women and correlated with serological evidence of H.pylori infection.

#### Methods:

105 women, who met the following exclusion criteria, history of H.pylori eradication, liver disease, inflammatory bowel disease, previous gastrointestinal surgery and used of the vitamin supplementation were studied. Blood was drawn for a complete blood count, serum vitamin B12, folic acid and H.pylori IgG antibodies. Statistical methods included student t-test, ANOVA, Fisher

exact test and Spearman's correlation, as appropriate.

#### Results:

Of 105 women 65 (52.2%) were seropositive for H.pylori IgG antibodies (HP+). Age of H.P+ women did not differ from that of seronegative women (HP-). Prevalence of HP seropositivity was significantly higher among women with low normal (180-250pg/ml) vitamin B12 levels. Folic acid levels were significantly lower in H.pylori seropositive women.

#### Conclusion:

The higher prevalence of H.pylori infection among women with serum vitamin B12 levels that are within the lower end of the normal range suggests a causal relationship between H.pylori infection and vitamin B12 levels in women.

### Analgesic doses of non – steroidal anti – inflammatory drugs and acute gastrointestinal bleeding

Savadkouhi S, Heidari B, Akbari H

Department of Medicine, Shaheed Beheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

#### Background & Aims:

Nonsteroidal anti – inflammatory drugs (NSAID's) are an important cause of upper gastrointestinal bleeding (GIB) from gastric and duodenal erosion and ulcers. Dose and duration of NSAID's administration correspond to gastrointestinal (GI) injury. To determine the contribution of lower analgesic doses of NSAID's to GIB.

#### Methods:

Patients with acute GIB (hematemesis, melena or both) who attended to emergency room of Shaheed Beheshti hospital between June to December 2001 were studied. Patients with abdominal discomforts without GIB who were referred for upper GI endoscopy during the same period were randomly selected as controls. Diagnostic endoscopy was performed for all patients and controls. Data were provided with respect to NSAID's taking, dose, duration of treatment, history of GIB and H-pylori infection (HP) for patients and controls. Logistic

regression analysis was performed to determine the adjusted odds ratio and the association of NSAID's taking with GIB.

#### Results:

115 patients with mean (SD) age of 48 (20) years and 119 controls with mean (SD) age of 45 (18) years (P = NS) were studied. 81.5% of patients were males, versus 37% of controls (P < 0.0001) the most common causes of GIB were, duodenal ulcer (45.2%) erosive gastritis (34%) and gastric ulcer (25%) which were found alone or in combination. The frequency of corresponding diseases in the controls were 13.5%, 14.3% and 26% (P < 0.0001, P = NS and < 0.05, respectively). Analgesic doses of NSAID's was used in 18.3% of patients and 10.1% of controls for less than a week, 2.6%, 1.7% for 2 – 4 weeks, 27.8% and 28% for over than 4 weeks, respectively (P = NS). The frequency of patient's and controls taking NSAID's were 47.8% and 39.5% (P = NS). HP, previous GIB, age and

duration of NSAID's therapy were not associated with GIB. There was also no significant differences regarding to sex, age, severity of GIB, and HP in patients taking or not taking NSAID's.

#### Conclusion:

The results of this study show no contribution of analgesic doses of NSAID's to acute GIB in patients presenting to emergency room.

### A study on incidence of H. Pylori infection in patients with End Stage Renal Failure on hemodialysis, in Khatam-ol-anbia hospital (Zahedan)

Nezam, S.K\*, Farzad, Z.

\* - Assistant Professor of Internal Medicine, Zahedan University of Medical Science

#### Background & Aims:

Helicobacter Pylori is a small, curved, high motile, gram negative bacillus that colonize only the mucus layer of the human stomach. Since its discovery in 1982, it has been recognized as the principal cause of peptic ulcer disease and as the main risk factor for the development of gastric cancer. Dyspeptic symptoms and chronic gastritis are common in patients with CRF (Chronic Renal Failure) and dialysis patients. Helicobacter Pylori infection is associated with dyspepsia and chronic gastritis seen in about 80% of dialysis patients.

Different studies reported the prevalence of Helicobacter Pylori infection in about 30 - 70% of dialysis patients

#### Methods:

ELISA test is the best diagnostic method for detection

of Helicobacter Pylori. Our design is to test this hypothesis that Helicobacter Pylori is a causative factor for gastric symptoms in dialysis patients. It is a cross-sectional study in which Serum samples of 39 patients were examined with ELISA Test for detection of IgG Anti H. pylori.

#### Results:

IgG Anti H. Pylori was Positive in 15 patients (38.4%), negative in 20 patients (51%), and questionable in 4 patients (10%). Suspicious cases dropped out from the study.

#### Conclusion:

There was no statistically significant relation between H. pylori infection and Age, Sex, BUN & duration of dialysis in population of our study (Like the previous studies).

### Comparison between two methods of endoscopic sphincterotomy in the treatment of patients with biliary tract diseases; a preliminary study

Khatibian M, Sotoudehmanesh R, Mokhtari A, Ansari A, Ali-Asgari A, Mikaeli J, Movahedi Z

Digestive Disease Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

#### Background & Aims:

Sphincterotomy is the most commonly used therapy for the treatment of choledocholithiasis and sphincter of Oddi dysfunction (SOD). The most common complication associated with endoscopic sphincterotomy is pancreatitis, which can also occur during endoscopic retrograde cholangiography (ERC) without sphincterotomy.

#### Methods:

The aim of this study was to compare the complications of two different methods of sphincterotomy. Patients undergoing ERC and endoscopic sphincterotomy were randomly divided to two groups: conventional sphincterotomy through the papilla (group A) and suprapapillary fistulotomy-sphincterotomy (group B). The procedures were done by expert endoscopists in ERC. Pancreatitis was defined as abdominal pain and amylase levels higher than 3 times of pre-procedure state. Cholangitis, post-procedure bleeding and perforation were also evaluated.

#### Results:

During 4 months, 122 cases (51 males and 71 females with mean age of  $57.2 \pm 16.8$ ) were enrolled in the study.

Diagnosis after ERC was: choledocholithiasis in 90 (75%) cases, SOD in 16 (13.3%) cases and others in 14 (11.7%). Seventy seven cases were studied as group A and 45 cases were in group B. The mean number of attempts for cannulation was significantly less in group B ( $1.2 \pm 0.8$  vs.  $4.6 \pm 3.2$ ,  $p < 0.001$ ). The mean duration of attempts for cannulation was also less in group B ( $4.4 \pm 5.0$  minutes vs.  $9.4 \pm 6.8$  minutes,  $p = 0.018$ ). Furthermore, cannulation was unsuccessful in 10 patients in group A, who underwent fistulotomy. Fistulotomy was successful in all patients in group B. None of the patients developed pancreatitis, cholangitis, perforation or bleeding.

#### Conclusions:

Preliminary study shows that complications of fistulotomy-sphincterotomy are similar to conventional sphincterotomy and can be safely performed in those who failed conventional sphincterotomy in experienced hands. Further study with more patients is required for more definite conclusion.

## Atrophic Gastritis and Helicobacter Pylori Infection in Patients with Reflux Esophagitis: A Case-Control Study

Masjedizadeh A, MoezArdalan K, Zali M R

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shahaed Beheshti University of Medical Sciences, Correspondence: ardalani@rcgld.org

### Background and Objective:

Emerging evidence suggests that the presence of Helicobacter pylori (H.P.) may provide protection against gastroesophageal reflux disease (GERD), but there other evidence showing no benefit of H.P. in esophagus protection. We conducted a case-control study to examine the relationship between H.P., atrophic gastritis, and GERD in Iran.

### Methods:

In this study, 51 GERD patients (referred for endoscopy at Taleghani hospital) were compared with 49 age-sex matched controls. Diagnosis of H.P. was made by gastric mucosal biopsy and rapid urease test while the result of one or both diagnostic methods was positive. Presence of atrophic gastritis was assessed by histology.

### Results:

Among 51 reflux esophagitis patients, 17 (33.3%) were in grade A, 24 (47.1%) in grade B, 9 (17.6%) in grade C, and 1 (1.9%) in grade D of reflux esophagitis (using L.A.

classification). Barrett s esophagus was found in 20 (39.2%): 17 (33%) in the short segment and 3 (5.9%) in the long segment. Hiatal hernia was observed in 30 (58.8%) patients. The prevalence of H.P. infection, based on the results of urease test, was 23 (45.1%) in cases and 22 (44.9%) in controls. Table 1 shows the frequency of different histological findings among the cases and controls in different parts of stomach. The frequency of H.P. infection did not show any significant difference between the cases and controls based on urease and histology ( $P=0.15$ ). The frequency of gastric dysplasia in the cases was lower than that in the controls ( $P < 0.01$ ). There was no significant difference in the frequency of atrophy and other histological findings between the cases and controls.

### Conclusion:

Our study shows no benefit of H.P. for the protection of GERD in this region. Prospective, multi-centre studies are needed to further explore this relationship and to avoid confusing potential benefits with known risks.

Table 1. The frequency of different histological findings among the cases and controls in different parts of stomach

Pathological findings	case			control		
	cardia	corpus	antrum	cardia	corpus	antrum
H.P. infection	27 (51.9%)	25 (48.1%)	37 (72.5%)	28 (57.1%)	27 (55.1%)	31 (63.3%)
density of infection	5 (9.6%)	2 (3.9%)	2 (3.9%)	10 (20.4%)	3 (6.1%)	5 (10.2%)
atrophic gastritis	0	0	2 (3.9%)	1 (2.1%)	0	1 (2%)
gastric metaplasia	0	0	6 (11.8%)	1 (2.1%)	0	6 (12.2%)
gastric dysplasia	4 (7.7%)	1 (1.9%)	6 (11.8%)	17 (34.7%)	10 (20.4%)	19 (38.8%)

## Assessing Economic Aspects of Preventing Intra-Familial HBV Transmission in Pre-Marriage Stage in Iran

Adibi P, Rezailashkajani M, Roshandel D, Behrouz N, Ansari S, Sajednia F, Shahrz S, Zali M R

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shahaed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
Correspondence: debuz53@yahoo.com

### Background & Aims:

Since one of the most common routes of HBV transmission in Iran is sexual contact, preventing spouse-spouse transmission, especially in the pre-marriage stage when would-be spouses are obliged by law to undergo a pre-defined battery of screening tests, seems reasonable. In

this study, we assessed the economic aspects of pre-marriage HBV transmission prevention.

### Methods:

A cost effectiveness analysis model was used from the society perspective to include all pre-marriage males and females presenting to the government-designated

laboratories for the obligatory pre-marriage tests. The effectiveness was defined as the number of individuals rescued from a chronic HBsAg positive state owing to one of the following preventive strategies:

1) HBsAg screening for all subjects with a second screening of HBcAb for those having a negative HBsAg result and finally putting the HBcAb negative subjects on a protection protocol comprising a 3 dose (0-1-6) HBV vaccination, single dose HBIG and condom protection for each intercourse until full immunity proved by HBsAb titer.

2) Taking all measures in the strategy 1 excluding HBcAb screening.

All direct medical costs were calculated disregarding governmental subsidies. The relevant probabilities (Table1) were derived from Iranian medical data. All data were incorporated into a decision analytic model and final comparisons were made calculating marginal cost effectiveness. Sensitivity analysis was performed for the range of probabilities in Table1.

#### Results:

The cost of saving one individual from getting into a chronic HBsAg positive state due to sexual contact with an HBsAg positive spouse was 2,399,833 Rls and 2,424,473 Rls for the strategies 1 and 2 respectively. On sensitivity analysis within the range of probabilities shown in Table1, the cost of strategy 1 was always lower than that of strategy 2, except for the values below 9 of p3 where strategy 2 offered a lower cost.

Moreover, when p1, p2 and p4 drifted towards their maximum values in Table1, a significantly lower cost could be reached for both strategies.

Table1- The probabilities used in decision analysis model for pre-marriage prevention of spouse-spouse transmission of HBV in Iran §

Probability	Min*	Estimated*	Max*
P1: Prevalence of HBsAg positive individuals in the society	0.5	2	7
P2: Prevalence of HBcAb positive individuals in the society	5	15	30
P3: Probability of getting into a chronic HBsAg positive state due to sexual contact with an HBsAg positive spouse	4	6	17
P4: Efficacy of prevention protocol; including 3 dose vaccination, single dose HBIG and condoms	75	95	100

§ All probabilities are in percent.

\* Maximum and minimum values were derived from available medical data whose complete list of references can be found in the full text draft of the article. Estimated values were decided through discussions by the members of the Focus Group for Decision Making in Gastroenterology of the Research Center for Gastroenterology & Liver Diseases.

#### Conclusion:

The cost of prevention of spouse-spouse transmission of HBV in Iran seems to be lower with the strategy 1 explained here except for the areas where p3 is below 9 percent. It is recommended to repeat the analysis with the probabilities in Table 1 tailored for different areas of the country.

### Comparison of Helicobacter Pylori Infection Frequency in Subgroups of Patients with Non-Ulcer Dyspepsia

Faghihi Kashani A H<sup>1</sup>, Bahar M A<sup>2</sup>, Kabir A<sup>3</sup>, Bassi A<sup>4</sup>

1 - Assistant professor of Gastroenterology, Iran University of Medical Sciences and Health Services

2 - Assistant professor of Immunology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

3 - General Practitioner, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

4 - Assistant Professor of Hematology and Oncology, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

Corresponding author: Ali Kabir: [alikabir@yahoo.com](mailto:alikabir@yahoo.com), [alikabir@salavian-TIIC.org](mailto:alikabir@salavian-TIIC.org)

#### Background:

The worldwide prevalence of dyspepsia is 7-41% of which less than 50% are being visited by the physicians. Huge amount of money and medical efforts are spent for this problem. Treating or not treating Helicobacter Pylori (HP) in different subgroups of these patients is controversial, which may be due to difference between HP prevalence in subgroups. In this study we surveyed prevalence of HP in subgroups of non-ulcer dyspepsia (NUD).

#### Methods:

This analytical cross-sectional study was performed on 120 patients with NUD. Patients with symptoms of dyspepsia for more than 3 months were examined clinically and paraclinically (CBC, serum amylase, T3, T4, TSH, liver function tests, stool exam, abdominal ultrasound, ECG, endoscopy) thus by ruling out other diagnoses, presence and type of dyspepsia were specified. Distinguishing HP was according to Urease test. For analyzing data, we used T-test, Chi square test and correlation coefficients.

**Results:**

HP was detected in 68.3% of patients. Mean of age and percentage of patients with HP were the same in subgroups of NUD.

**Conclusion:**

Considering this study, HP or age had no effects on a

specific type of NUD. In almost all studies, HP eradication has been ineffective in improving or reducing patients' symptoms. So far, HP has not been accepted as an important cause for NUD, so we would not be able to recommend its eradication as an intervention in treating these patients.

### Comparison of Three Diagnostic Modalities of Helicobacter Pylori Infection in Children: Histology, Papid Urease Test and Serology

Esmaeili M R, Moradi S

*Antirkola children Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, IRAN, esmaeilidooki@yahoo.com*

**Aims & Background:**

Helicobacter pylori (H.Pylori) has been known to be a culprit in many diseases of children. During the last decade several modalities have been employed for diagnosis of H. pylori infection. Our objective was to compare three of these diagnostic tests in children: Histology, Rapid urease test (Rut) and serology (ELISA).

**Methods:**

This prospective study was performed on 50 children (3-14) years old age) with various complaints requiring upper gastrointestinal endoscopy in a pediatric center at the north of Iran (Babol city) from April 2000 to May 2001. In addition to histopathologic examination of each gastric antral specimen (Giemsa staining) and performance of Rut on it (in endoscopy suit), a blood sample was sent for ELISA examination in each case. Our gold standard of H.pylori infection was any 2 positives of 3 tests.

**Results:**

Of the 50 individuals studied, 38% (n=19) were infected with H.pylori. The frequency of this infection was 45.1% in boys and 26.3% in girls. (p>0.05) In our study, ELISA with an optimal and specific cut-off value calculated according to our studied population (0-23 ur/ml in ELISA supplied by RADIM) had a sensitivity of 89.4% and a specificity of 96.7%. Histology yielded sensitivity and specificity resemble to ELISA. Also Rut had 89.4% sensitivity and 100% specificity.

**Conclusion:**

With standardization of ELISA in our study, We concluded that these three diagnostic tests had similar sensitivity but Rut was more reliable than others. Sensitivity and specificity of ELISA without standardization in children were lower.

### Decreasing incidenc of the upper gastrointestinal bleeding in central Iran

Babaei M, Mosavi S, Malek M, Gahremanfard F, Malek F.

*Semnan University of Medical Science, Department of Gastroenterology*

**Introduction:**

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is one of the most common causes of mortality, morbidity and hospitalization in various communities. Peptic ulcer (PU) is responsible for more than 50% of UGIB, which mostly related to helicobacter pylori infection. Can the helicobacter eradication lead to reduce the incidence of the upper gastrointestinal bleeding?

**Methods:**

The records of patients older than 15 years in time period of 1993-2002, referred to endoscopic centers for assessment of hematemesis or melena were reviewed. Study setting was town of Semnan with 150,000 population in the central area of Iran. Patients were divided into two groups; suffering from bleeding peptic ulcer and those bleeding without peptic ulcer. The incidence of UGIB during ten years was calculated.

**Results:**

Totally 978 cases of UGIB (69.1% men & 30.9% women) were studied. 51.3% of subjects were 50 years or older; and 48.7% of them was below 50 years. Among them, bleeding peptic ulcer was 423 (43.3%, (DU 33%, GU 10.3%)) ulcer, erosive gastritis 254 (26%), esophageal varices 42 (4.3%) and other causes 259 (26.4%). The crude incidence rate of UGIB was 101/100,000 per year (male 67%, female 33%). The disease incidence has been increased with rising the age so that it was changed from 25.5 patients at the age 15-19 years old reached to 104 at the age of more than 60. The disease incidence in men has been two times more than women; 136 versus 67.7. And the proportion of this figure has been stable during 10 years. Thus, the incidence of disease in the first 3 years of study (1993 - 1995) has been 136 patients per 100,000 person; bleeding peptic ulcer (54 patients per 100,000) and non-peptic ulcer etiologies (81 patients per 100,000). In

middle years (1996–1999) incidence rate was 95 patients per 100,000 (47.5 peptic ulcer, versus 47 non-peptic ulcer causes). In the last years of study (2000-2002) incidence rate was 84 patients per 100,000 (33 peptic ulcer cases versus 51 non-peptic ulcer cases).

#### Discussion:

This study shows that the incidence of UGIB during ten

years has reduced gradually; this reduction has been observed both in peptic ulcer and in non-peptic ulcer patients. So more than 35% of the UGIB incidence has been decreased. Reduction of UGIB incidence may be attributed to the antimicrobial treatment of the helicobacter pylori; but there isn't any reason for the incidence reduction in patients without peptic ulcer.

### Diagnostic Colonoscopy in children with lower GI symptoms

Khatami G R, Mir-Nasseri M M, Allah-verdi B, Seyghali F, Najafi M, Khodadad A, Fallahi G H, Farahmand F.

*Digestive Disease Research Center, Pediatric Digestive Disease Research Unit, The children's Medical Center, Tehran, Iran, Email: mirna@ams.ac.ir*

#### Background & Aims:

Colonoscopy is used for both diagnostic as well as therapeutic purposes in patients with lower GI symptoms. The aim of this study was to assess the clinical signs and symptoms and to determine the colonoscopic findings in children attending the hospital.

#### Methods:

During a 5 year period (1996-2001), all children less than 16 years of age who had undergone colonoscopy after attending the gastroenterology department of the children's medical Center in Tehran, Iran, were studied in respect to presenting symptoms, colonoscopic and pathologic findings, and size, number and site of polyps.

#### Results:

Among the 694 children less than 16 years of age (431 boys, 263 girls) who entered this study, 49.4% of the children who underwent colonoscopy, were aged between 1 and 5 years.

Hematochezia, Anal protrusion of mass, diarrhea, dysentery, constipation, abdominal pain, fever, growth retardation, clubbing, history of ulcerative colitis and polyps were present in 87.9%, 5.9%, 2.7%, 10.2%, 0.6%,

2.7%, 2.6%, 1.4%, 0.6%, 1.4%, 0.7% of the patients. Polyps, non-lymphoid hyperplasia, ulcerative colitis, chron's disease, edema, fragility, ulcer, solitary rectal ulcer, cobble stone appearance, vascular disorders, fissure, fistula and anal tags were present in 34.6%, 16.7%, 15.1%, 0.9%, 1.9, 0.6%, 2.4%, 3.7%, 0.4%, 0.6%, 3%, 0.6% of the patients; 23.1% of the children had normal colonoscopic findings.

Among the 240 cases of polyps found on colonoscopy, 209, 18, 7, 4, 2 cases were reported as juvenile polyps, hamartoma, hyperplastic, lymphoid and necrotic. Of the 232 patients with polyps, 197 had a solitary polyp, 22 had 2 to 4 polyps, and 13 had more than 5 polyps. In respect to site, the polyps were more frequent in the rectum, rectosigmoid region, left colon, diffuse, and right colon in decreasing order of occurrence.

#### Conclusion:

Colonoscopy is performed more frequently in children with hematochezia, dysentery and Anal protrusion of mass, polyps, NLH and ulcerative colitis were the most frequent findings in the colonoscopies performed.

### Effects of Omeprazole on peak expiratory flow rate of patients with refractory bronchial asthma

Babaei M, Moghimi J, Mousavi S, Malek M, Iaghmaci S, Hejazi R A.

*Semnan University of Medical Sciences*

#### Background & Aims:

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common GI problem which increasing in incidence globally. Typical symptoms of GERD (heart burn, acid Regurgitation) are common, but atypical symptoms as well as cough; hoarseness, laryngitis and sinusitis are uncommon. It raises a question that the asthma is the only symptom of GERD or exacerbates it. To address this question a group of patients with refractory bronchial asthma (RBA) were treated with proton pump inhibitor.

#### Methods:

In this study all patients with RBA referred from pulmonary clinic regardless of their GERD symptoms, enrolled consequently. Inclusion criteria were age 15-70

years, no systemic infection, being cooperative and no response to conventional systemic or inhalator therapy with beta-adrenergic agonists, glucocorticoids, methylxanthines and anticholinergics. Peak expiratory flow rate (PEFR) was measured within 0, 2 and 4 weeks after treatment with Omeprazole 20 mg twice daily for 4 weeks.

#### Results:

Twenty two patients with mean age,  $50.9 \pm 13.6$  years enrolled; 15(68%) female, 7(32%) male, and their mean BMI was  $29.7 \pm 4.8$ . Clinical finding were wheezing in 22(100%), acid regurgitation or heart burn in 15(72%) and epigastric pain in 10(45%) of patients. Endoscopic finding in 7(31%) of patients showed reflux esophagitis (LA grade

A to C) and in 15(69%) of patients esophagus was normal. Mean pretreatment PEFR was  $32.2\% \pm 4.5$  of predicted for same age and sex. Mean PEFR of 2 and 4 weeks after trial were  $63\% \pm 12.1$  and  $68.2\% \pm 9.2$  respectively ( $p < 0.05$ ). Wheezing completely cleared in 13 (59%) and decreased in 6 (28%) of patients. Three of patients (13%)

didn't show any response to trial. In 5 (22%) of responders we could not reveal any typical symptoms of GERD.

#### Conclusion:

According to these findings, we concluded that RBA may be the only sign of GERD, especially in patients with obesity. A short period of PPI trial will be a useful diagnostic test for refractory bronchial asthma.

### Did use of NSAIDs affect severity of acute gastrointestinal bleeding in patients with peptic ulcer?

Mousavi S, Babaei M, Malek M, Malek F.

*Semnan University of Medical Science, Department of Gastroenterology*

#### Background & Aims:

Peptic ulcer disease is the one of the most common cause of acute upper gastrointestinal bleeding. Although NSAIDs have well known role in basic pathogenesis of acid-peptic disease; relationship between some complications of peptic ulcer and NSAIDs is controversial. We aimed to investigate the effects of NSAIDs in severity of acute bleeding.

#### Methods:

During a 39-month period of study (Jan 2000-March 2003), 164 patients with acute upper GI bleeding due to gastric or duodenal ulcer were diagnosed. After exclusion of patients with history of anticoagulation, use of antibiotics, antisecretory agents, alcohol, and smoking, 88 patients were enrolled. According to use of NSAIDs within last month, patients were divided to two groups: users (A) and non user (B); and matched by age and sex. Hypovolumic shock, necessity of transfusion, required blood packs, need to therapeutic endoscopy, need to surgical intervention, endoscopic stigmata of ulcer and mortality were assessed in both groups.

#### Results:

37 patients with mean age 55.9 years and 51 patients with mean age 55.4 years were allocated to group A and B respectively. The DU/GU ratios were 1.9:1 in group A and 2.1:1 in group B. Frequency of hypovolumic shock was 10.8% in group A and 6.8% in group B. Transfusion was necessary in 64.8% of group A and in 60.7% of group B. Amount of required blood packs were 3.3 and 3.8 unit in group A and B respectively. In group A, 27.0% of patients needed therapeutic endoscopy; this index was 23.5% in group B. Surgical intervention were done in 2.0% of group B and none of group A patients. Active bleeding stigmata were observed in 24.3% and 31.3% of group A and group B respectively. No mortality was reported in both groups. None of above differences were statistically significant in level of  $\alpha = 0.05$ .

#### Conclusion:

According to exact indices of hemorrhage severity, use of NSAID doesn't affect this complication of peptic ulcer in our study.

### End-of-Treatment Response and Safety Profile of Using Peg-interferon alfa-2a plus Ribavirin in Hemophilic Patients with Hepatitis C

Khaleghi S, Sohrabpour A A, Merat S, Malekzadeh R.

*Digestive Disease Research Center, Shariati Hospital, Tehran Iran.*

#### Background & Aims:

Hepatitis C is a global health problem with an estimated 170-200 million people infected with hepatitis C virus (HCV) around the world. Hemophilic patients who received clotting factors before mid- to late 1980s were almost universally infected with hepatitis C. Little evidence is present regarding anti-HCV treatment in hemophiliacs.

#### Methods:

In this prospective open-label study, 35 male hemophilic patients with chronic hepatitis C infection were enrolled. All patients were over 18 years of age and had positive HCV RNA and elevated ALT levels. HIV- and HBV infection and other hepatic diseases were ruled out

before entry. Liver biopsy was not performed due to the potential risks involved. The patients received peginterferon alfa-2a 180 $\mu$ g weekly and ribavirin 800mg daily for 48 weeks. The treatment was adjusted as necessitated by side effects.

#### Results:

Three patients failed to complete the full course of treatment due to personal reasons not related to therapy. Two of them refused to stay on therapy after the PCR turned negative in month 6 of treatment. The third patient suffered an intracranial hemorrhage. Reported side effects in the remaining 32 were fatigability (34.3%), hair loss (34.3%), mood change (34.3%), pruritus (20.0%), and musculoskeletal pain (14.3%). In one patient, development



of aggressive behavior mandated dose reduction, and was resolved so that the treatment was later resumed. Dose reduction was necessary in 3 cases (8.6%) due to neutropenia (absolute neutrophil count < 750/mm<sup>3</sup>), and in 2 cases (5.7%) due to anemia (Hb < 10 g/dL). HCV RNA became negative in all but one patient (31% 32). Including the two patients with negative PCR who withdrew from the study, the end-of-treatment virological response and end-of-treatment biological response were 97.1% and 94.1%.

#### Conclusion:

Combination therapy with peginterferon alfa-2a and ribavirin was accompanied with excellent end-of-treatment response in hemophilic patients with chronic hepatitis C. No significant life-threatening complications were faced. The 6-month follow up period will be over by 2 months and the sustained response rate will then be reported.

### Evaluation of pulmonary function abnormalities in patients with inflammatory bowel disease: A case control study

Hajiani E<sup>1</sup>, Tawakol H<sup>2</sup>, Masjedi R, Hasbemi J, Azmi M

1 - Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

2 - Division of Hematology and Oncology, Department of Internal Medicine, University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

Correspondence: Hajiani E. Golestan hospital, po Box: 173, Ahwaz, Iran, E-mail: ehajiani@msu.ac.ir

#### Background & Aims:

Extraintestinal and systemic manifestations occur commonly in patients with inflammatory bowel disease, and affect most all organ systems of the body. Recently, latent pulmonary involvement has been described in adult patients with inflammatory bowel disease. We studied the pulmonary involvement in inflammatory bowel disease (IBD) patients, using the clinical pulmonary symptoms, chest roentgenograms and pulmonary function tests.

#### Methods:

36 cases (34 cases receiving no drug therapy) with ulcerative colitis and 4 cases of Crohn's disease (19 females, 21 males, mean age 30.2 years) were admitted into the study. Forty healthy controls were also studied. All patients were free of respiratory symptoms. Pulmonary function tests (PFT) including, FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/FVC ratio, and chest radiographs were carried out in all subjects.

#### Results:

No airways obstruction was found in 40 patients or

controls. We found a significant difference in FEV<sub>1</sub> between IBD patients and controls. There was a greater decrease in FEV<sub>1</sub> of IBD patients 30% (n=12) than in controls (2/5%; P < 0.04). The FEV<sub>1</sub>/FVC ratio was higher in the IBD population (106%) than in controls (95/6%; P < 0.03). In most cases (8/12) with abnormal FEV<sub>1</sub> and FEV<sub>1</sub>/FVC ratio were pancolitis and in the remainder, left side colitis eight patients were females, and four males. Chest radiographs were abnormal in 15% (n=6) including linear infiltration (3 cases), patchy infiltration (3 cases) all were in normal PFT subjects.

#### Conclusion:

These data suggest that pulmonary involvement is present in IBD population despite an absence of symptoms of lung disease. Pulmonary abnormalities are more common in males and patients with pancolitis than limited colitis. There is no correlation between radiographic and PFT abnormalities.

### Frequency of "Occult Hepatitis B" (OHB) in Chronic Liver Diseases

Honarkar Z<sup>1</sup>, Saeedfar K<sup>1</sup>, Alavian S M<sup>2</sup>, Amiri S<sup>2</sup>, Samiee S<sup>1</sup>, Zali M R<sup>1</sup>

1 - Research Center for Gastroenterology & Liver Diseases (RCGLD), 2 - Tehran Hepatitis Center (THC)

3 - Iran Blood Transfusion Organization (IBTO)

Correspondence: honarkar\_z@yaho.com

#### Background & Aims:

Occult hepatitis B (OHB), one of the recently described presentations of hepatitis B infection, is defined as the existence of hepatitis B virus (HBV) particles in the body of serologically HBs-Ag negative patients. In this study we tried to determine the frequency of OHB in chronic liver disease (CLD) patients, registered in Research Center for Gastrointestinal & Liver Diseases (RCGLD) and Tehran Hepatitis Center (THC) in the years 1380 to 1381

#### Methods:

Fifty-six patients with multiple negative test results for HBsAg, suffering from CLD and having liver biopsy were enrolled in the study. PCR were performed on their paraffin blocks for detection of HLA-DR and HBV-DNA. It was assumed that the existence of HLA-DR and HBV-DNA in the samples would approve the presence of human and viral genomes, respectively.

**Results:**

Among 56 CLD patients, hepatitis C was identified in 38, cryptogenic cirrhosis in 4, malignancy in 3, autoimmune hepatitis in 1 and Wilson's disease in 1. The etiology was unknown in 9 patients. Unfortunately, in 19 cases, paraffin blocks did not contain enough liver tissue for DNA extraction. In the remaining 37 cases who were HLA-DR positive, HBV-DNA was found in 7, hepatitis C in 4, cryptogenic cirrhosis in 2 and unknown etiology in 1.

In 30 other patients, hepatitis C (23 cases), autoimmune hepatitis (1 case), Wilson's disease (1 case) and unknown etiology (5 cases) were found as the causes of CLD.

**Conclusion:**

Our findings suggest that OHB can be found in nearly 19% of HBs-Ag negative CLD patients. The clinical and epidemiological importance of this finding should encourage us to further investigate in this area and remember this point in the diagnosis of CLD patients.

### Epidemiology and demographic features of irritable bowel syndrome (IBS) at Northeast of Iran, a study of eighty eight consecutive patients.

Saadatnia H, Niroomand M.

Department of Medicine, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R., Iran.

**Background& Aims:**

(IBS) is a common disease worldwide. In this study we present demographic characteristics of eighty eight patients with (IBS) at Northeast of Iran.

**Methods:**

Eighty eight patients were identified who met the Rome II criteria for (IBS). Patients considered to have (IBS) when they had abdominal pain and/or discomfort for 12 weeks or more during the preceding year and at least two of the following three features: (1) Relieved by defecation. (2) Associated with a change in frequency of stool. (3) Associated with change in consistency of stool. Patients who had the so called red flags (anemia, weight loss, fever, night symptoms, rectal bleeding ...) were not included. All patients had a complete blood count, ESR, urinalysis, stool (OB, OP) for three times and a flexible rectosigmoidoscopy. Other studies were done when indicated. Patients with suspected lactase deficiency were identified by two weeks of dairy product abstinence. Patients had an average follow up of 16 months and if final diagnosis changed they were not included.

**Results:**

47 Patients (53%) were female with an average age of 35.4 years (range 16-62) and 41 patients (47%) were male with an average age of 33.6 (range 20-63) years. 52% of patients had at least high school education and 2/3 belonged to medium and high income group. In 24% of patients (IBS) followed an episode of infectious diarrhea and 37% reported aggravation of their symptoms in stressful situations. Other main features are outlined in tables.

**Conclusion:**

The prevalence of (IBS) is not known in our country. To author's knowledge even the clinical features of Iranian patients with (IBS) has not been described. Here we report clinical features and epidemiology of 88 patients with (IBS).

Table I : IBS related symptom

Heartburn	33	37.5%
Functional dyspepsia	31	35.2%
Non cardiac chest p.	9	10.2%
Back pain	39	44.13%
Headache	23	26.1%
Genitourinary symp.	30	34%
Anxiety/Depression	38	43.18%

Table II :Other symptoms

Abdominal pain	62	70.4%
Abdominal discomfort	26	29.5%
Diarrhea-predominant	43	48.8%
Constipation-predominant	27	30.6%
Diarrhea/Constipation	18	20.4%
Bloating	68	77.2%
Passage of mucus	42	47.7%
Inadequate defecation	58	65.9%
Urgency	27	30.6%
Straining at stool	37	42%

### Gastrointestinal causes of iron deficiency anemia in patients without gastrointestinal symptoms: (A pilot study)

Hajtani E, Parsi M, Masjedi R, Hashemi J, Azmi M, Alevi nejad P

*Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran*

#### Background & Aims:

Iron-deficiency anemia (IDA) is a common clinical problem and is believed to result from chronic gastrointestinal tract blood loss or defective absorption. Prevalence of gastrointestinal tract lesions in patients with IDA varies significantly from study to study. We sought to determine the prevalence of potential gastrointestinal sources for IDA in patients without gastrointestinal symptoms.

#### Methods:

Over a 48-month period, 88 outpatients were referred to the Gastroenterology clinic and Department with Iron-deficiency anemia (IDA), defined by a hemoglobin concentration less than 14 g/dL (less than 12 g/dL in women), mean corpuscular volume less than 80 fL, and ferritin level less than 30 µg/L. Patients with obvious causes of blood loss, inadequate diet, chronic diseases, or malignancies were excluded. The patients (56 women, 32 men, median age 40/6 years) underwent colonoscopy, as well as gastroscopy with astric (antrum and body) and duodenal biopsies and small bowel study.

#### Results:

The cause of (IDA) was detected in 66 patients (75%). Upper GI etiology were found in 48 patients (54/5%), including hiatal hernia with linear erosions (21 patients) celiac disease (12) peptic ulcer (7) miscellaneous (8) including gastric cancer, Helicobacter pylori gastritis, duodenitis, fundus varices. Causes associated with lower GI etiology were found in 18 patients (20/5%), including colon cancer (7 patients) colonic polyps (6), hemorrhoids (4) rectal ulcer (1). Eight (9%) patients had coincident gastrointestinal findings, and 22 patients (25%) were normal and no cause identified. Hemoglobin level was 8/18gr/dl in patients with upper GI lesions and 7/4gr/dl in patients with lower GI lesions (P < 0.05).

#### Conclusion:

Gastrointestinal diseases are frequently associated with IDA in patients without gastrointestinal symptom or obvious bleeding. Mucosal lesions that led to bleeding were the most common lesions causing IDA in our patients. The combination of gastroscopy and colonoscopy identifies potential bleeding sources in most patients with IDA.

### HCV genotype in Iranian chronic hepatitis patients

Keyvani H\*, Alavian SM, Merat S, Nasiri Toosi M, Zand V, Khaleghi S, Karimi K, Lak M, Doroudi T, Hajibeighi B, Hashemi A, Adibi P

*Department of virology, Tehran university, Tehran, Iran.*

#### Background & Aims:

Hepatitis C is an emerging infection in Iran especially due to unsafe needle sharing between IVDUs. HCV genotype has an important role in clinical decision-making and drug therapy protocols. Up to now data was lacking and controversial in Iranian patients.

#### Methods:

We included 237 patients that hepatitis C was confirmed in them with routine HCV RNA PCR method in the protocol for genotyping during 2002-3. The test was done in a single lab all by one person using reverse dot blot test. Genotype of the patients was analyzed against their sex, age, risk factors and liver disease status. Corrdation of being genotype 1 or non-1 and these factors was also calculated.

#### Results:

Excluding 30 cases in which the test was untypable,

207 cases remained in the study. Relative frequency of different genotypes and subtypes were: 1a forty eight percent, 1b nineteen percent, 3a twenty nine percent and 4 two percent. One case had mixed infection with 1b and 3a, and 5 cases had mixed 1a-3a infection (2 percent mixed genotype). The relative frequency of genotype was not significantly different in IVDUs from others (60 % were genotype 1 within IVDUs). Age, sex and risk factors showed no correlation with genotype except for thalassemics that were mostly in genotype 1 group.

#### Conclusion:

According to typing results the about half of Iranian patients are categorized in "easy- to-treat" group, but no discrimination function could be estimated to differentiate this group of patient that need shorter duration of therapy with lower dose so genotyping is still necessary for clinical decision making.

## Helicobacter pylori infection is more common in duodenal ulcer than gastric ulcer in high prevalence areas

Hejazi RA. (Assistant of Internal Medicine)

Department of Internal Medicine, Semnan University of medical science  
Address: Fatemeh hospital, 17 shahrivar Blvd, Semnan, Iran, hejazi\_reza@hotmail.com

### Background & Aims:

Helicobacter pylori (H.pylori) infection is very common worldwide particularly in developing countries. However, there have been recent reports of declining h.pylori infection in duodenal ulcer and increasing in gastric ulcer in developed countries but, it is not clearly detected in developing countries and more data is needed. This study was aimed to review the recent h.pylori infection in peptic ulcer disease in Semnan, a province in central part of Iran.

### Methods:

During a three years period, patients diagnosed with peptic ulcer by upper endoscopy were enrolled. H.pylori infection was assessed by rapid urease test and urea breath

test. Exclusion criteria were active bleeding, cancer and recent use of antibiotics or proton pump inhibitors.

### Results:

58 peptic ulcer patients were enrolled. 505 duodenal ulcers, 63 gastric ulcer and 12 with combined gastric and duodenal ulcer. Overall h.pylori prevalence was 82% (476/580) and 83% (429/505) in duodenal ulcer, 59% (37/63) in gastric ulcer and 83% (10/12) in combined gastric & duodenal ulcer.

### Conclusion:

It shows that h.pylori infection is still more common in duodenal ulcer than gastric ulcer in this area and it should be considered in developing countries in contrast to developed countries.

## Hepatitis C Virus Genotypes in 45 Iranian Patients

Sendi H, Ghaziani T, Agha M R, Aghabozorgi S, Mohammad Alizadeh A H, Zali M R

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases Shauheed Beheshti University of Medical Sciences  
Correspondence: dousendi@yahoo.com

### Background and Objective:

The aim of the study was to determine the distribution of the genotypes of hepatitis C virus in Iran.

### Methods:

Forty-Five consecutive HCV RNA positive cases were enrolled in the study during a one-year (2002) period. Ten were classified as high risk (IV drug users [IVDU]) and 35 were defined as low risk (patients without any definite etiology or with a history of single blood transfusion after 1992). Cases with a known history of having multiple blood transfusions or hemodialysis were excluded. PCR products were purified and a bi-directional sequencing reaction was performed using 5'NC HCV genotyping kit. Each sequencing reaction product was loaded on a long read tower, in an automated DNA sequencer (Visible Genetics Inc, Canada). The final sequence that was a merge of two directions was compared automatically to a database consisting of known HCV isolates and HCV genotypes while subtypes were determined on the basis of similarity and alignment scoring system automatically.

### Results:

Of the cases, ten (22.2%) were female. Mean  $\pm$ SD of the patients' age was  $42.3 \pm 9.5$  years. In general, Genotype

3 was found to be the predominant type (57.8% [70% and 54.3% of IVDU and low risk groups respectively]). Genotype 1 was detected in 37.8% of the cases [30% and 40% of IVDU and low risk groups respectively]. Genotype 4 seemed to be the least prevalent type seen in just 2 (4.4%) of the low risk patients.

Among the subtypes, 3a was the predominant subtype (55.6% of the cases) followed by 1a (17.8%). In 15.6% of the patients, it was impossible to differentiate between 1a and 1b subtypes. For more details, refer to Table 1.

Table1-Distribution of HCV subtypes in different groups of Iranian patients.

	1a	1b	1u	3a	3d	4a	4c
IV Drug users	20%	0%	10%	70%	0%	0%	0%
Low risk group	17.1%	5.7%	17.1%	51.4%	2.9%	2.9%	2.9%
Total patients	17.8%	4.4%	15.6%	55.6%	2.2%	2.2%	2.2%

### Conclusion:

The frequency of the subtypes found in our study is very similar to those of the IVDUs in the United States and Europe while it is far different from most of the neighboring countries except Pakistan.

## Heptitis B and C among thalassemiac patients in Iran, a multi-center study

Mirmomen SH<sup>1</sup>, Alavian SM<sup>2</sup>, Hajarizadeh B<sup>2</sup>, Doroudi T<sup>2</sup>, Kafaei J<sup>1</sup>, Yektafarast B<sup>3</sup>, Zand V<sup>4</sup>, Zahedi MJ<sup>4</sup>, Hosseini MMA<sup>5</sup>, Faridi AR<sup>6</sup>, Davari K<sup>6</sup>

1. GI and Liver Research Center, Emam Khomeini Hospital

2. Tehran Hepatitis Center, Baghiatollah University of Medical Sciences

3. Ghazvin Branch of Blood Transfusion Organization

4. Kerman Branch of Blood Transfusion Organization; Kerman University of Medical Sciences

5. Semnan Branch of Blood Transfusion Organization

6. Zanjan Branch of Blood Transfusion Organization; Zanjan University of Medical Sciences

Address: P.O. Box 14155-3651, Tehran, Tel: 8967923, E-mail: sin\_alavian@alavian-the.org

### Background & Aims:

Regular blood transfusions for patients thalassemia have improved their overall survival, but carry a definite risk of being infected with blood born viruses especially hepatitis B and C. Nowadays, it has remained as main health concern about these patients. We carried out this multi-center study to define the prevalence rate of hepatitis B and C and survey the related risk factors among a large number of thalassemic patients in Iran.

### Methods:

We enrolled 732 patients with thalassemia major or thalassemia intermediate in 5 various provinces of Iran including Tehran (410), Kerman (100), Ghazvin (95), Semnan (81), and Zanjan (46). The initial data were recorded and the sera were tested for HBs Ag, anti-HCV Ab, and anti-HIV Ab using ELISA-2nd generation and confirmed by RIBA-2nd generation. Second samples tested to measure hemoglobin and serum ferritin levels.

### Results:

The patients consisted of 413 males and 319 females

with a mean age of 17.9±9.0 years. The number of 141 patients (19.3%) was anti-HCV Ab positive, 11 patients (1.5%) were HBsAg positive, and there was no anti-HIV positive case. Univariate analysis showed that thalassemia major (P=0.01), older age (P=0.001), longer transfusion duration (0.000), HBsAg seropositivity (P=0.01), and higher serum ferritin level (P=0.002) were significantly associated with higher HCV prevalence. Furthermore, HCV prevalence rate has significantly dropped after applying anti-HCV Ab screening in blood donors (22.8% vs. 2.6%, P=0.000). Using multivariate analysis, thalassemia major (P=0.002), age (P=0.000), serum ferritin level (P=0.003), as well as consuming unscreened blood (P=0.005) showed up as the factors independently associated with HCV infection.

### Conclusion:

HCV infection prevalence rate is much higher among thalassemics compared to HBV and HIV in Iran. Screening of blood donors seems to be able to decrease prevalence and incidence rate of HCV infection effectively.

## HLA class I and II antigens associated with susceptibility and resistance to ulcerative colitis.

Shariatzadeh M A<sup>1</sup>, Ghaznavi E<sup>2</sup>, Fani A<sup>1</sup>, Mosayebi G.

1 - Dept of Biology, Arak University, Arak, Iran.

2 - Dept of Immunology and Microbiology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3 - Division of Gastroenterology, Faculty of internal medicine, Vali-ast Hospital, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Correspondence: Mosayebi Ghazem, Dept. of Immunology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

E-mail: gmosayebi@yahoo.com

### Backgrounds :

The pathogenesis of ulcerative colitis (UC) is still unknown, but the epidemiological and family studies have shown that the inflammatory bowel diseases (IBD), encompassing ulcerative colitis and crohn's disease are in large part genetically determined. Genetic association studies have established a role of HLA in the pathogenesis of UC.

### Methods:

In this study, the frequency of HLA class I and II antigens has been determined in 30 Iranian with UC and 27 normal healthy controls with similar ethnic background.

### Results:

The typing of HLA antigens was carried out using

standard microlymphocytotoxicity method. A higher frequency of HLA-B53, B35 and DR13 were found in UC patients compared to the controls. Thus, there is positive association between these HLA antigen and UC. In contrast, HLA-DR2, DQ2, A1, B5 and CW5 were represented at a somewhat higher frequency in Controls compared to the UC patients.

### Conclusion:

These results indicated that HLA-B53, B35 and DR13 antigens contribute to susceptibility to UC independently and HLA-A1, B5, CW5, DR2 and DQ2 antigens may be associated with prevention of in Iranian patients.

## Inflammatory Bowel Disease in Iran; A Report of 450 Cases

Zali M R, Aghazadeh R, Bahari A, Ghahghai F, Amin K, Firouzi F

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shahrood Beheshti University of Medical Sciences, Correspondence: yalia121@yahoo.com

### Background & Aims:

Inflammatory bowel disease (IBD) was believed to be infrequent in Iran; however, non-official reports have confessed to the continuing rise in IBD prevalence in our country. Delay in diagnosis of IBD could not only impose large expenses on the patient but also disturb his normal life.

### Methods:

This retrospective study was conducted on 401 ulcerative colitis and 49 Crohn's disease patients, referred to Taleghani Hospital, Imam Hossein Hospital and two other GI clinics in Tehran, from 1999 to 2001. In the present study, we studied IBD manifestations, some of its risk factors, as well as diagnostic and therapeutic approaches. Meanwhile, the pattern of medical care was determined in 186 patients.

### Results:

The mean ( $\pm$  SD) age at diagnosis was  $30.5 \pm 11.8$  years. Thirty-nine (10.4%) patients were over 50 years old. Female to male ratio was 1.15. Most patients (84.5%) were nonsmokers. History of breast-feeding was positive in 86.5%. As mentioned in 159 females, 50 (31.4%) were OCP users. UC patients chiefly presented with rectorrhagia

(41.9%) or bloody diarrhea (31%) whereas those with CD complained of abdominal pain and discomfort (40.2%) or diarrhea (27.6%). Of 273 patients, 156 (57.1%) stated a disease other than IBD, among which hemorrhoid and inguinal hernia were more prevalent in UC and CD patients 7.5% and 4.3%, respectively. of all patients, 14.8% had noted IBD in their family. Among UC patients, proctosigmoid turned out to be affected in 51.9%, however, left-sided colitis and pancolitis were reported in 22% and 16.2%, respectively. Of 47 CD patients, extension of lesions was demonstrated in 23, among which terminal ileum was the most common affected part (25%). Colorectal cancer was diagnosed in 2 patients (0.4%).

### Conclusion:

Our results suggest that the demographic and clinical picture of IBD are more or less the same as other developing countries. It seems as if gradual adoption of a western lifestyle may be associated with the continuing rise in IBD. Higher prevalence of infectious diseases and lack of attention to the increased incidence of IBD in Iran are possible reasons for delayed diagnosis of IBD. Thus further attentions should be paid to the educational programs for physicians especially internists.

## Human Papilloma Virus-16 and -18 DNA And Epstein-Bar Virus DNA In Esophageal Squamous Cell Carcinoma

Ghaziani T, Sendi H, Javeri A, Noorinayer B, Edrisian M O, Mithasani Moghaddam S J, Samii S, Peyman S, Esteghamat F S, Zali M R

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shahrood Beheshti University of Medical Sciences, Correspondence: docsendi@yahoo.com

### Background & Aims:

Esophageal squamous cell carcinoma (ESCC) demonstrates wide regional variation in incidence and causal associations. An association between viral infection and the development of esophageal carcinoma has been reported, particularly for the human papilloma virus (HPV) and Epstein-Bar virus (EBV). However, geographic variation in carcinogenesis has been realized. The aim of this study was to determine whether HPV and EBV are associated with ESCC, one of the most common malignancies in Iran.

### Methods:

To elucidate the association of HPV and EBV infection with ESCC, 120 consecutive samples of paraffin-embedded surgically resected specimens were gathered from a non-high-incidence area in Tehran, Iran, and the

DNAs were extracted from the specimens. Fragments of HFE gene that served as internal controls were successfully amplified from 94 of 120 specimens. Two sets of type specific primers for HPV -16 and -18 and 1 set of primer for EBV genome were used to amplify HPV and EBV DNA sequences in the tumor samples by polymerase chain reactions (PCR).

### Results:

Our PCR analysis detected no specific HPV-16 and -18 or EBV DNA in ESCC specimens.

### Conclusion:

The results of our study suggest that HPV-16, HPV-18 and EBV are not generally associated with esophageal squamous cell carcinoma.

### Isospora belli infection denotes to underlying malignancy a report of Four cases

Rokni H, Khosravi A, Saadatnia H

Department of medicine, Ghaem Hospital, Mashad University of Medical Sciences Mashad, I.R. Iran

#### Background & Aims:

Isospora Belli infection causes an acute usually self limited infection with fever, abdominal pain, and watery diarrhea in immunocompetent humans. In patients who have AIDS or are immunocompromised for other reasons infections often are not self-limited and causes severe chronic diarrhea and or malabsorption and wasting. here we present four cases of Isosporiasis with underlying non AIDS related malignancy.

#### Methods:

(1): A 44 years old man with 2 years history of watery diarrhea and weight loss found to have isosporiasis and HTLV1 related adult T cell lymphoma leukemia (ATLL).

(2): A 66 years old man with chronic diarrhea due to Isosporiasis who died of disseminated diffuse large cell lymphoma 8 months later. (3): A 22 years old man with immunoproliferative small intestinal disease (IPSID) and isosporiasis on partial remission with proper treatment. (4): A 18 years old girl with isosporiasis, positive HTLV1 serology and disseminated langerhans cell histiocytosis who died after six month.

#### Results:

During a six years period only four cases of chronic isosporiasis were seen all harboured underlying non AIDS related malignancy.

### Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Morbidly Obese Patients Before and After Intestinal Bypass Surgery

Pourshams A, Hemayati R, Sotoudeh M, Fazel I, Faraji A, Merat S, Malekzadeh R

Digestive Disease Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

#### Background & Aims:

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a common finding in morbidly obese patients. Unfortunately severe weight loss, such as that seen after intestinal bypass surgery, may aggravate or even induce this condition with rapid progression to cirrhosis.

#### Methods:

We studied 15 morbidly obese cases. They all underwent a modified form of intestinal bypass surgery in which the proximal end of the blind intestinal loop is connected to the gallbladder. A liver biopsy was taken in all patients during operation. A repeated liver biopsy was performed after 16 months in 13 patients, after 4 years in one patient, and after 8 years in 2 patients (one case had biopsies both after 16 months and after eight years). The degree of steatosis (S), grade (G) and fibrosis (F) was scored. (S: 0-4, G: 0-18, F: 0-6).

#### Results:

The mean BMI decreased from a pre-op value of 42 to a mean of 24, sixteen months post-op. No significant change was observed in fibrosis score. Although a trend in worsening degree of steatosis and grading was observed, it did not reach statistical significance.

In two cases in whom biopsies were available 8 years after operation, the pre-op histologic scores (S:1, F:0, G:2 and S:2, F:0, G:3) fell to normal (S:0, F:0, G:0) in both patients.

#### Conclusions:

Rapid weight loss as induced by this surgical method may mildly aggravate NAFLD in short-term follow up, but in long-term, may improve this condition.

### Is Hepatitis B screening in pregnant mothers cost-effective?

Adibi P, Shahraz S, Rahimi H, Kiani Armin F, Ghassemian R, Hekmatdoost A, Zali M R

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Correspondence: shahraz@rcgld.org

#### Background & Aims:

Mother to infant transmission of hepatitis B is supposed to be a major route of hepatitis B virus (HBV) transmission. In this study the cost effectiveness of pregnant mother's screening for HBV was evaluated.

#### Methods:

Using cost-effectiveness analysis model, a decision tree was designed through which the target population (all Iranian pregnant mothers) were divided into two decision branches. The first branch comprised those who were

hypothetically screened to detect HBsAg and the second one included those for whom no screening program was arranged. In case of detecting any positive mother, the offspring of the mother was supposed to get immunization by hepatic B immune globulin (HBIG) in addition to the vaccine according to Iranian Expanded Program of Immunization since 1993. After determining the possible outcomes of each branch and the related costs in social point of view, the probability of each branch was defined according to current literature review, consensus or crude estimation. Marginal cost effectiveness was calculated and by using sensitivity analysis, the extent of MCE sensitivity against changing the probabilities was tested.

#### Results:

Marginal cost effectiveness (MCE) was 16,620,000 Rls, which is the cost of preventing one positive HBsAg neonate when compulsory screening is performed. MCE was found to be fairly insensitive against changing in major probabilities.

#### Conclusion:

Comparing the total costs related to the treatment of all possible outcomes of a neonate with positive HBsAg and preventing the infection supposed to be transmitted from her/him to others, it is plausible to admit the strategy of compulsory nation wide screening of pregnant mothers for HBV and injecting HBIG (as well as the vaccine) to neonates borne to positive HBsAg mothers.

### One of the secrets of Abdominal Pain Etiology

Emami MH<sup>1</sup>, Riazi B<sup>2</sup>, Esmaili A<sup>3</sup>.

1 - M.D, Internist, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. *m\_emami@med.mui.ac.ir*

2 - M.D, Pediatrician, 577 Artesh Hospital, Isfahan, Iran. *riazi1346@yahoo.com*

3 - M.D, Research Assistant, Gastroenterology Research Center, Isfahan, Iran. *abfascr@yahoo.com*, 577 Artesh Hospital, Isfahan, Iran.

With prospective study of 62 patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in a single tertiary referral center, we found 2 patients with anomalous pancreaticobiliary duct junction both of them led to the diagnosis of pancreas divisum. This was the first ERCP study in Isfahan from March 2000 to Sep 2001. The first case was a 31 years old woman presented with recurrent severe colicky abdominal pain accompanied with nausea and mild vomiting. The pain was exaggerated with feeding. She had a mean of 6 episodes of this pain per year for the last 2 years. Her body weight decreased 20 kilograms during the last year. Laboratory studies were unrevealing but serum amylase that was high during abdominal pain and normal after relieving of pain. Imaging

studies including MRCP were normal. The second case was a 29 years old woman presented with the same picture but reported less severe abdominal pain since childhood and her abdominal sonography detected intrahepatic and extrahepatic ducts dilatation suggesting the presence of a pancreatic head tumor. CT-scan did also show the early stage of a pancreatic tumor. Diagnosis of pancreas divisum was established by ERCP. Pathognomic ERCP finding was acinarization of pancreatic head duct with short length but pancreatic duct was not visualised in body and tail. Minor papilla intubation was unsuccessful. Our study emphasizes on using ERCP to find the characteristic features and to launch the therapeutic approach in cases of pancreatic divisum.

### Opium and smoking; two important habitual risk factors of peptic ulcer disease

Babaei M, Mousavi S, Malek M, Samiei M.

*Semnan University of Medical Science*

#### Background & Aims:

Although H.pylori infection has important role in peptic ulcer disease etiology; other preventable habitual risk factors should be assessed in patients.

We aimed to evaluate effects of opium consumption, smoking, NSAID, alcohol, familial history of PUD on occurrence of gastric ulcer (GU), duodenal ulcer (DU) and non-ulcer dyspepsia (NUD).

#### Methods:

In setting of multi central case-control study during 1999-2002, 458 patients with DU and 106 subject with GU compared with 509 case of NUD as control group. All case and control subjects were age and sex matched and

evaluated for family history of PUD, smoking, use of NSAID opium and alcohol consumption. Cigarette smoking was also expressed as number per day for quantitative assessment of relationship with ulcer disease. Mantel-Haenszel odds ratios and attributable risk were used for measuring probable risk factors. Positive proportion was used for evaluation of effect of cigarette number.

#### Results:

Inhaled and oral opium with OR=3.7 (95% CI: 2.1-5.3), smoking: OR=6.8 (95% CI: 4.6-9.0), positive family history of PUD: OR=2.0 (95% CI: 1.3-2.7), use of NSAID: OR=8.0 (95% CI: 5.7-10.3) and alcohol: OR=2.3 (95% CI:



1.1-3.5), were major risk factor for peptic ulcers. Table 1 shows correlation of number of smoked cigarette per day and peptic ulcer. Correlation coefficient was ( $r = 0.000011$ ). Attributable risk for opium, smoking, family history of PUD, use of NSAID, and alcohol were 0.28, 0.40, 0.18, 0.44 and 0.29 respectively.

#### Conclusion:

In addition to well-known risk factors such as H.pylori and NSAID, opium consumption should be considered as an important preventable habitual factor in assessing of each patient with peptic ulcer. Although risk of peptic ulcer was significantly affected by smoking, this effect hadn't linear correlation with number of cigarette per day.

	Cigarette (number per day)						total
	0	<6	6-10	11-14	15-20	>20	
Peptic Ulcer	379	53	37	20	20	55	564
Non Ulcer Dyspepsia	475	7	7	10	5	5	509
Positive Proportion	0.44	0.88	0.84	0.67	0.80	0.92	
Standard Error	±0.16	±0.04	±0.06	±0.09	±0.01	±0.05	

### Optimal time for reading routine "rapid (biopsy) urease test" result

Adibi P, Biladast M\*, Ehsani Ardekani MJ, Zali MR.

Research center of gastroenterology and liver diseases, Shaheed Beheshti medical sciences university, Tehran, Iran

#### Background & Aims:

Rapid urease test is now one of the most frequent point-of-care tests in Gastroenterology practice. Apart from its accuracy in detection H.pylori infection, the test performance circumstances are very important in quality of result; within them reading time may be the most important and this study aimed to check the optimal time.

#### Methods:

On a time sequential base sampling one hundred cases enrolled in the study. The cases were selected from those who underwent upper GI endoscopy and a rapid biopsy urease test was indicated for them. All tests were done after standard disinfection protocol of all endoscopy equipment. All samples were biopsied from antrum and the test was done with Iran-made commercial microtube method. The test tubes were checked in 15th minute, 1st, 6th, and 24th hour for the color change in test tube; all tubes stored for up to 24 hours until the final result was read positive or negative. Just those cases whose final result became positive were enrolled in the 100-case sample. Sensitivity of reading time was estimated by cumulative proportion of positive results in each reading session.

#### Results:

Within cases, 55 were men and 45 percent were female. Eighteen cases were under 25 years old, 46 between 26 and 45, 27 in 46-64 age group and 9 over 65.

Sensitivity of test result reading time was 75 percent in 15th minute, 91% in 1st hour, and 97 percent in 6th hour in comparison with 100% sensitivity in 24th hour. No significant difference was seen in optimal time between age groups or two sexes. Within those with peptic ulcer disease sensitivity in minute 15 were 84 percent whereas in non-peptic ulcer group it was 72% but the difference was not significant statistically.

#### Conclusion:

Since the most significant change in sensitivity was showed between 15th minute and first hour, it may be assumed that the rapid biopsy urease test result may not be valid by one hour from sampling time, and even it may be suggested that the optimal time is between 1 to 6 hours, i.e. the practitioner should wait for a longer time than currently popular routine practice to get a valid result.

### Over Night Rifampin test for Diagnosis of Gilbert's Syndrome

Mousavi S, Babaei M, Hejazi R, Malek M

Semnan University of Medical Science

#### Background & Aims:

Introduction: Gilbert syndrome (GS) is one of the most common congenital diseases with disturbance of the bilirubin metabolism that causes hyperbilirubinemia and slight jaundice. The easy diagnostic method has not found

for it; so that to diagnose the disease is proved by ruling out the other causes of the liver diseases. It is believed that, Rifampin trial would be useful diagnostic test, but the results are controversial.

**Methods:**

In this study we selected 16 patients with age of 15-35 years, having elevated unconjugated bilirubin. Their diagnostic tests such as HBsAg, HCV Ab, were negative and also PT, ALT, AST, Alkaline phosphates, TSH, PT, serum albumin, and hepatobiliary sonography were normal. 16 healthy volunteers as control group (CG) matched for age and sex; without any systemic and liver disease. All above-mentioned tests were done for control group. Both groups were checked for fasting bilirubin before and after intervention. The intervention was single dose of 600 mg Rifampin that given to both groups at 10 pm, and in the next morning, their fasting bilirubin was checked.

**Results:**

In 16 Cases with GS, total bilirubin (mean  $\pm$  SD) was

$2.12 \pm 0.65$ , unconjugated bilirubin (UCB) =  $1.48 \pm 0.49$ , while after test, total bilirubin was  $3.05 \pm 0.94$ , and UCB was  $2.31 \pm 0.71$ . In control group, total bilirubin was  $0.81 \pm 0.11$ , UCB =  $0.49 \pm 0.21$  and after the test, the level of total bilirubin and UCB were  $1.80 \pm 0.56$  and  $1.18 \pm 0.61$  respectively. In GS, total bilirubin changes was  $0.93 \pm 0.76$  before and after test, but in control group was  $0.99 \pm 0.53$  and mean of changes of UCB in GS was  $0.38 \pm 1.05$  and  $0.69 \pm 0.41$  in controls; respectively. Statistically, there was not any meaningful difference before and after the test ( $p=0.384$ ).

**Discussion:**

This study showing that over night Rifampin test is not useful for diagnosis of GS. Rifampin induces hyperbilirubinemia in both groups.

### Outcome of Patients Who Have Undergone Percutaneous Endoscopic Gastrostomy for Nutritional Support

Mohammad alizadeh A H, Aghazadeh R, Ehsani ardakani M J, Antikchi M H, Beladi Moghaddam N, Zali M R, Ebtia M

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

Correspondence: mhantikchi@yahoo.com

**Background & Aims:**

Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) is the preferred way for long-term feeding in patients having a normal GI tract, unable to eat by oral route. Compared to NG tube feeding, the patients with PEG feel more comfortable have fewer complications, and benefit from better nutritional support. PEG insertion is a highly successful procedure with more than 95% rate of achievement in most studies. The most common indication for PEG is deglutition disorder due to neurologic or malignant disorders.

**Methods:**

We studied 8 patients, in Taleghani Hospital, in whom PEG was inserted, between the last quarter of 1381 and the first quarter of 1382 (January -June 2003).

**Results:**

The mean  $\pm$  SD age of the patients was  $58 \pm 22$  years and 62.5% of them were female. The most common cause of deglutition disorder was CNS diseases (62.5% of cases).

Other cases (37.5%) had malignancy of nasopharynx or esophagus. The most common complication was cutaneous infection at the gastrostomy site (25%). No life threatening complications such as aspiration pneumonia, bleeding or peritonitis were observed. In 3-month follow up, 25% of patients had morbidity, mainly due to the underlying disorder that mandated PEG. Gastrostomy was removed in one case because of deglutition reflex restoration. To asses the outcome of patients, we evaluated quality of life index at the time of PEG insertion and 3 months after. We found a significant difference between patients' quality of life before and after PEG insertion ( $P<0.012$ ).

**Conclusion:**

Feeding via PEG is an efficient way for improving nutritional status and quality of life in patients with swallowing disorders which are not reversible in short-term.

### P53, Cyclin D1, Rb, c-fos And N-Ras Genes Expression Changes In Hepatocellular Carcinoma In Iran

Mirhassani Moghaddam S J, Daneshmand M A, Shahid N, Samiee S, Norouzi N, Tavakoli M, Zali M R

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Correspondence: moghadam@rcgld.org

**Background & Aims:**

Hepatocellular carcinoma is the most common fatal solid tumor affecting human worldwide. The effect of some genes especially those involved in cell cycle regulation have been shown in the development of this cancer in several studies but there are still some

controversies about them. We studied the expression changes of some of these genes in our samples.

**Methods:**

The paraffin-embedded tissue samples of 25 patients (18 male, 7 female) with documented hepatocellular carcinoma were collected from 22 pathology centers in

Tehran during a period of 3 years (1999- 2001). Using immunohistochemistry method (Avidin-Biotin-Peroxidase), they were stained for detection of p53, cyclin D1, Rb, c-fos and N-ras proteins. The results were expressed as frequency and odds ratio.

#### Results:

The mean  $\pm$  SD age of patients was  $60.56 \pm 12.52$  (M/F = 2.57/1) and the highest prevalence (44%) was seen in the sixth decade of life. Six (24%), 3 (12%), 5 (20%), 13 (52%) and 2 (8%) were positive for p53, Rb, cyclin D1, c-fos and N-ras, respectively. Comparing p53 positive cases with the negative ones, the former group showed a higher (2.25 times) risk of being positive for Rb gene. This figure was 2.66, 2.75 and 3.6 for cyclin D1, c-fos and N-ras, respectively. Moreover, among Rb positive cases, when

compared to Rb negative ones, the risk of being positive for cyclin D1 and c-fos was 1.29 and 0.5 times higher, respectively. Comparing cyclin D1 positive cases with the negative ones, the former group showed a higher (2.85 and 4.75 times) risk of being positive for c-fos and N-ras genes.

#### Conclusion:

Like other parts of the world, the development of mutation in some of these genes especially C-fos, Cyclin D1 and p53 appears to have a key role in the carcinopathogenesis of hepatocellular carcinoma in Iran. In addition, it is likely that there is a significant association between the simultaneous mutations of some of these genes during development of this cancer.

### Poor Dental Hygiene As A Risk Factor For Esophageal Cancer

Hejazi R A\*, (Assistant of Internal Medicine), Rashidi A,\*\* (Assistant of Internal Medicine)

\* - Department of Internal Medicine, Semnan University of Medical Science, Iran

\*\* - Department of Internal Medicine, Fairview Hospital, Cleveland clinic health system, USA, [hejazi\\_reza@hotmail.com](mailto:hejazi_reza@hotmail.com)

#### Background & Aims:

Esophageal cancer is a relatively uncommon but extremely lethal malignancy in the world. Very high annual incidence is reported in northern region of Iran. Epidemiological studies implicate dietary and environmental factors in risk of it, especially in high prevalence area, but more data is needed.

#### Methods:

In setting of multi centric case-control study during 1998-2002 in north west of Iran (west azerbaijan province), 180 patients with histological diagnosis of esophageal cancer and 200 healthy individuals as control group were enrolled. All case and control subjects were matched for age, sex and alcohol drinking and evaluated for smoking, hot tea drinking, dietary habits of pickled vegetables and preserved bread consumption and low intake of fruit & fresh vegetables, family history of

esophageal cancer and dental hygiene. Mantel Haenszel Odds Ratio (OR) were used for measuring probable risk factors.

#### Results:

Smoking with OR 6.8 and 95% confidence interval (CI) 4.6-9, hot tea: (OR 5.84, 95% CI 3.15-10.83), high pickled vegetables intake (OR 4.68, 95% CI 2.05-10.72), poor dental hygiene: (OR 4.65, 95% CI 1.99-10.84), preserved bread consumption: (OR 3.7, 95% CI 2.1-5.3), low fruit & fresh vegetables intake: (OR 2.3, 95% CI 1.1-3.5), were major risk factors in this area.

#### Conclusion:

In addition to well known risk factors for esophageal cancer such as drinking, smoking, hot tea, pickled vegetables, preserved bread and low fruit & fresh vegetables intake. Poor dental hygiene should be considered as a potential preventable risk factor.

### Prevalence and risk factors of hepatitis B infection in intravenous drug users

Mir-Nasseri M M, Tavakoli H, Poustchi H, Afshar P, Motalebi M N, Mohammadkhani A, Malekzadeh R

Digestive Disease Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, E-mail: [mirna@ams.ac.ir](mailto:mirna@ams.ac.ir)

#### Background & Aims:

Hepatitis B virus (HBV) infection occurs with high incidence among intravenous drug users (IVDUs). Several important behavioral risk factors influence transmission of HBV in this group. However, consensus has not been achieved for many of them. the aim of this investigation is to asses prevalence of, and risk factors for HBV in IVDUs.

#### Methods:

This cross-sectional study carried out between 2001 and 2002 in Tehran. IVDUs included who were being

treated for drug abuse and those in the prison, were enrolled. Physician-completed risk factor questionnaires and blood sample (5mL) for serologic HBV markers (Eliisa, DIA.PRO, Italy) were used. The risk factors evaluated in binary logistic regression model LR (forward) procedure for possible association with odds of past or current HBV infection included age, gender, sexual behavior, common syringe use, duration of addiction, being in prison, tattooing, past history of surgery, dental

procedures, transfusion or jaundice, type of drug used and level of education.

#### Results:

The study sample comprises of 518 IVDUs (89.6% Males), included 386 (74.5 %) prisoners. Antibody against the core antigen of HBV (HBe Ab) was detected in 61.2% (n = 317). The prevalence of hepatitis B surface antigen (HBs Ag) was 3.7% (n = 19). Among HBsAg positive patients, HBe Ag was demonstrated in 12 persons (63.2%).

Compared with seronegative IVDUs for HBe Ab and/or HBs Ag the odds of being prisoner 5 ( $p < 0.001$ ), sex 3.1 ( $p < 0.05$ ) and past history of jaundice 1.9 ( $p < 0.05$ ).

#### Conclusion:

These results suggest that seroprevalence of hepatitis B is high but chronic carrier state is not frequent in IVDUs. Being prisoner, male sex and past history of jaundice are independent risk factors for past or current hepatitis B infection.

## Prevalence of Bacterial overgrowth in I.B.S patient and its management

Agah S\*, Sohrabi MR\*, Abbasian A\*\*, Malekzadeh R\*

\* - Digestive diseases research center, Shariati hospital

\*\* - Resident of internal medicine Iran university of medical science

#### Background & Aims:

I.B.S is a very common gastrointestinal syndrome between patient who refer to Gastrointestinal clinics. Gaseousness is a common complaint in these patients. It may be a correlation between this gaseousness and lactase deficiency.

#### Methods:

94 patients were selected between the patients who was under diagnosis IBS with rome criteria and referred in 2 years to Shariati Hospital and their common complaint are fluctuation and gas passing. For these patients, the following tests performed: 1/H<sub>2</sub> breathing test was performed with/without oral lactose as the following manner

First in a fast patient, H<sub>2</sub> breathing test was performed. Then 1g/kg glucose was ingested by patients and 30 another H<sub>2</sub> test was performed. The last H<sub>2</sub> test was performed in 120 minutes after ingestion of glucose. Abnormal fasting h<sub>2</sub> breath test (more than 20 ppm) or an early peak (more than 20 ppm after 30 minutes) considered a positive test for bacterial overgrowth

#### Results:

Bacterial over growth was diagnosed for 25 patients whom had early peak (27%).

Results of second and third part of the test was normal in 36 patients (under 10ppm) (38%).

Oral antibiotic (Metronidazole 250 mg three times per day and cephalixin 250mg q8h) was performed for the patients who were bacterial overgrowth for 2 weeks; then they examined for fluctuation and gas passing.

The majority of their complaint from fluctuation was reduced and only in those patients who had severe fluctuation before free Lactate regimen, complained from a little this after therapy and in some patients' fluctuation were disappeared.

#### Conclusion:

Bacterial overgrowth may see with IBS and in patients who were known case of IBS with severe distention, tests for bacterial overgrowth should be performed. antibiotic therapy may be effective in controlling gaseousness in I.B.S patients.

## Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease in the Citizens of Tehran in 2002

Ehsani Ardukani M J, Maleki I, Shahid N, Mohammadzadeh F

Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

Correspondence: ehsani@rcgld.com

**Background and Objective:** Due to the recent reports of globally increasing rate of gastroesophageal reflux disease (GERD) and lack of related information in our country, we conducted this study in Tehran in 2002.

#### Methods:

Our study is a descriptive one in which sampling was performed by multistage randomized method. Seven hundred cases were selected from different age groups with an equal sex distribution in each subgroup (with risk ratio prevalences of 20% and 3%). Heartburn was considered the most prevalent symptom of the GERD. The

severity and frequency of heartburn was measured and the role of individual characteristics in revealing complications was evaluated. The prevalence of reflux among cases was determined and consequently the real prevalence of reflux in the society was estimated.

#### Results:

The study was conducted on 700 cases (350 males and 350 females), equally categorized in 7 age groups. GERD was found in 278 cases (39.7%) which corresponded to 36-43% of general population. GER in smoker cases was 2 times more common than in nonsmoker ones.

**Conclusion:**

Our study suggests that the prevalence of GERD in our society is relatively high. Thus, considering its known

complications, it is strongly recommended to conduct more studies in order to discover the main causes of this disease.

### Prevalence of Hepatitis C and Its Risk Factors in Diabetic Patients

Mir-Nasseri M.M, Dibanejad A.A, Sadjadi A.R, Radjab A, Malekzadeh R

*Digestive Disease Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, E-mail: mirna@ams.ac.ir*

**Background & Aims:**

Recent reports indicate a higher prevalence of hepatitis C infection among diabetics. To assess the prevalence of HCV among Iranian diabetic patients this study was performed.

**Method:**

One- hundred and eighty one diabetic patients (IDDM 60, NIDDM 121), followed by the Iranian Diabetes Organization were randomly selected. Their sera were tested for anti HCV Ab with an ELISA method and amino transferase levels (ALT & AST) were checked. Positive sera were checked for HCV-RNA with a nested PCR method. Data were then compared with that of Simo et al's (1995).

**Results:**

Of the 181 patients (mean age  $45.8 \pm 16.8$  years), only one had positive ELISA, but the PCR for HCV RNA was negative. Mean liver enzyme levels were (ALT= $25.4 \pm 11.2$  IU/L, AST= $28.7 \pm 10.9$  IU/L), both within normal limits. Our patients' age was similar to that of Simo's patients, but they had a lower duration of disease ( $9.1 \pm 6.5$  years vs.  $11.1 \pm 9.5$  years,  $P < 0.001$ ).

**Conclusion:**

HCV is for less common in our IDDM and NIDDM patients than that reported from the west. This is probably due to the lower prevalence of HCV in our general population (0.3%).

### Prevalence of lactase deficiency in I.B.S patient and its management

Agah S\*, Sohrabi M.R\*, Abbasian A\*\*, Malekzadeh R\*

\* - Digestive diseases research center, Shariati hospital

\*\* - Resident of internal medicine Iran university of medical science

**Background & Aims:**

I.B.S is a very common gastrointestinal syndrome between patient who refer to Gastrointestinal clinics. Gaseousness is a common complaint in these patients. It may be a correlation between this gaseousness and lactase deficiency.

**Methods:**

94 patients were selected between the patients who was under diagnosis IBS with rome criteria and referred in 2 years to Shariati Hospital and their common complaint are fluctuation and gas passing. For these patients, the following tests performed: 1/H<sub>2</sub> breathing test was performed with/without oral lactose as the following manner First in a fast patient, H<sub>2</sub> breathing test was performed. Then 1g/kg Lactose was ingested by patients and 30 another H<sub>2</sub> test was performed. The last H<sub>2</sub> test was performed in 120 minutes after ingestion of Lactose rise more than 20 ppm in breath hydrogen considered a positive test for lactase deficiency

**Results:**

33 patients was Lactase deficient (35%). Bacterial over growth was diagnosed for 25 patients whom had early peak (27%). Results of second and third part of the test was normal in 36 patients (under 10ppm) (38%). The free Lactate regimen was performed for the patients who were Lactase deficient for 2 weeks; then they examined for fluctuation and gas passing. The majority of their complaint from fluctuation was reduced and only in those patients who had severe fluctuation before free Lactate regimen, complained from a little this after therapy and in some patients' fluctuation were disappeared.

**Conclusion:**

Lactase deficiency may see with IBS and in patients who were known case of IBS with severe distention, tests for Lactase deficiency must be done.

## Prophylactic Lamivudine in carrier hepatitis B patient under chemotherapy: A Decision analysis study

Adibi P, Hatami S

GI Decision Making Group - Research Center for Gastroenterology & Liver Diseases, payad2008@yahoo.com, hatami\_s@yahoo.com

### Background & Aims:

There are 2 million hepatitis B infected in Iran that 200,000 of them have chronic hepatitis B. Today, Lamivudine is a nucleoside analog drug which inhibits from viral DNA synthesis. Lamivudine is used as an appropriate drug for treatment of chronic hepatitis B. Since many carrier hepatitis B patients under chemotherapy, have hepatitis B, the main aim of this study was evaluation of cost-effectiveness of HbsAg screening and prophylactic Lamivudine usage in these patients.

### Methods:

In a systematic review study, we evaluated all of studies that treated or followed carrier hepatitis B patients under chemotherapy with or without Lamivudine. After designing the decision tree, we found probabilities and costs for each branch and then calculated cost-effectiveness for each decision to find the best available one.

### Results:

In general, we found 6 articles that followed these patients without Lamivudine (group I) to evaluate acute reactivation and also 3 articles that study with Lamivudine (group II). There was no reactivation in group II after following up but there was 32% acute reactivation in group I that 40% of them died for this reason.

### Conclusion:

We considered 730\$ for one year Lamivudine treatment, 10\$ for hepatitis B screening and 2% for prevalence of hepatitis B in Iran. We found that the cost for prevention of one acute reactivation is 3843.7\$ and 9461.5\$ for prevention of one death in these patients. With regard to low serious complication of Lamivudine and high prevalence of acute reactivation and death in without prophylactic patients, it is reasonable to choose hepatitis B screening and prophylactic Lamivudine decision in these patients.

## Prospective Evaluation of Gastro-intestinal Tract in Patients with Iron Deficiency Anemia in Caspian Littoral in Iran.

Fakheri H, Mansouri M, Mansouri N

**Introduction:** Iron deficiency anemia (IDA) is the most prevalent form of anemia all over the world. In women with non-gynecologic cause and in men, iron deficiency anemia has been traditionally assumed to be the result of chronic occult gastrointestinal bleeding. Thus, the standard of care for this groups with iron deficiency anemia is to investigate for the presence of gastrointestinal tract pathology.

### Methods:

For the evaluation of GI causes of IDA, this study has been carried out from October 1999 to March 2003. All patients with IDA (serum ferritin < 20 ng/ml) were enrolled in this study. The area of research was the Mazandaran province, Sari Town (Caspian littoral). The excluding criteria were abnormal uterine bleeding and gross GI bleeding. Primary evaluations were based on the site of specific symptoms. If no specific symptom was found, full colonoscopy was performed and if negative, upper GI endoscopy was planned and if no lesion was found, extensive GI work up was considered. Data were analyzed, using the SPSS software.

### Results:

From totally 89 patients, 49 were male and 40 were female. Mean age was  $52 \pm 20.56$  years. The mean hemoglobin levels were  $9.77 \pm 1.74$  mg/dl in males and

$10 \pm 1.73$  mg/dl in females. The mean serum ferritin levels were  $9.4 \pm 3.7$  ng/ml and  $7.9 \pm 2.8$  ng/ml respectively. Clinical signs and symptoms included: epigastric pain in 41 patients, malaise without specific GI complaint in 14, epigastric pain and weight loss in 12, epigastric pain and recurrent vomiting in 7, chronic abdominal pain in 6, chronic diarrhea in 4, dysphagia in 3, growth retardation in 1 and acute intestinal obstruction in 1 patient. GI evaluation showed the upper lesions causes of IDA to be 67(75.28%) cases, including: esophageal carcinoma in 3(3.37%), duodenal ulcers in 27(30.33%), gastric erosions and ulcers in 12(13.48%) and gastric carcinoma in 25(28.08%) patients. Lower lesions causes included 10(11.23%) cases of colon carcinoma (8 in right side and 2 in sigmoid colon). 10 cases(11.23%) showed the involvement of small intestine, including crohn's disease in 5(5.61%), celiac in 3(3.37%), jejunal carcinoma in 1(1.12%), meckle's diverticulum in 1(1.12%) patient and no GI cause was found in 2(2.24%) patients, despite our extensive work up.

### Conclusion:

Although right sided colon carcinoma is considered to be the major source of occult bleeding and IDA, our study documented prominent abnormalities in the upper GI tract as the cause.

**Right-sided gastric cardia cancer; the most common upper gastrointestinal cancer in Ardabil, Iran**

Derakhshani MH\*, Yazdanbod A\*\*, Shokoochi B\*\*, Rakhshani N\*, Malekzadeh R\*

\* - Digestive Disease Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\* - Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

**Background & Aims:**

According to recent cancer data, gastric cardia cancer (GC) is the most incident upper gastrointestinal in Ardabil province, Northwest of Iran. This prospective endoscopic survey was designed to further explore the characteristics of cardia and other subsites of GI cancers in this high incidence area.

**Method:**

Out of the 33,718 patients who visited our clinic from March 2000 to Jan 2003, 3119 (9.3%) with persistent upper GI symptoms underwent upper GI fiberoptic endoscopy. Exact tumor site, subsite and axial view were determined. Demographic data including age, gender and place of residence were assessed. Using matched data of cancer registry and endoscopic survey, age standardized rates (ASR) were calculated and compared with Scottish cancer registry data of 1999.

**Results:**

GI cancer was diagnosed histologically in 499 patients (16.0%). The most frequent site was the gastric cardia 123 (24.6%) followed by esophageal body 90 (18.0%), the antrum 83 (16.5%), gastric corpus 78 (15.6%), distal esophagus 57 (11.4%), gastroesophageal junction 45 (9.0%) and proximal esophagus 22 (4.4%). Considering axial view of cardia, 51.4% of tumors were right-sided and

41.7% and 6.8% were located circumferentially and left side respectively. ASR of gastric cancer was 50.8 in males and 16.9 in females. Cardia cancer with ASR of 27.1 in males and 9.3 in females was major component of gastric cancer. In the females, esophageal Squamous cell carcinoma (SCC) with ASR of 17.5 was in first place. Ignoring sex differences, adenocarcinoma of cardia and esophageal SCC were the first and second incident upper GI malignancies in Ardabil. Except for esophageal adenocarcinoma of Scottish males (ASR: 6.0), all other rates of Scotland were smaller than related rates in Ardabil. Cardia/ non cardia rate ratio in Ardabil males and females were 1.14 and 1.22, but related rate ratios in Scottish males and females were 0.45 and 0.35 respectively. The mean age of the patients with cardia cancer in Ardabil was 64.2 (95% CI: 62.6 - 65.8) that is lower than corpus cancer 66.4 (95% CI: 64.2 - 68.6) and is greater than antrum 61.7 (95% CI: 59.2 - 64.2). The male to female ratio of cardia cancer was 3.7:1.

**Conclusion:**

Majority of gastric cancers in Ardabil located in right side cardia. It is recommended that sub site-specific gastric cancer risk factors, including GERD, H. pylori and dietary nitrates, be studied in this region in the future.

**Risk factors of upper gastrointestinal bleeding in patients with peptic ulcer disease: a prospective case-control study**

Sotoudehmanesh R, Ali Asgari, Tirgar Fakheri H, Khatibian M, Ansari R, Mikaeli J, Asl Soleimani H, Vahedi H.

**Background & Aims:**

Many researchers have studied the risk factors of acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB). The results are however, controversial.

**Aims & Methods:**

Our objective was to study the role of several risk factors in upper gastrointestinal bleeding. Patients with acute bleeding due to gastric or duodenal ulcer, presenting with hematemesis or melena were compared to patients with peptic ulcer disease without bleeding. Upper GI endoscopy and rapid urease test for evaluation of Helicobacter pylori infection has been performed in both groups. The factors evaluated in multivariate logistic regression models for possible association with UGIB included sex, age, smoking, previous history of bleeding,

non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) use, duration of acid peptic disease, ulcer size and Helicobacter pylori status.

**Results:**

During a period of one year, 161 cases of UGIB and 287 patients with non-bleeding peptic ulcer were enrolled. The odds for previous GI bleeding was 9.1, for NSAID-use 2.3, male sex 1.96, age increased by 0.97 for every year, smoking 0.4 and ulcer size 0.9. Helicobacter pylori status was not found to be associated with UGIB.

**Conclusion:**

The risk of UGIB is strongly associated with previous history of bleeding and NSAID use. H.pylori infection is not an important factor for UGIB in endemic area for H.pylori infection.

**Risk factors for upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation.**

Fattahi E, Ahmadi Nezhad R, Dastgiri S.

*Department of internal medicine, Tabriz university of medical sciences, Tabriz - Iran. E-mail: Fattahi@tbmed.ac.ir.com***Background & Aims:**

stress ulceration is observed in 70 – 90 % of critically ill patients and causes overt and clinically important bleeding. In the past twenty years, the incidence of overt gastrointestinal bleeding has significantly decreased from 20-30% to 11.5-14%. The aim of our study was to evaluate the incidence and risk factors for clinically important upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients requiring mechanical ventilation.

Setting: Internal wards (respiratory, renal, general, Infections), neurology ward and intensive care units (ICUs) in Imam Khomeini hospital of tabriz.

**Methods:**

In prospective, observational, analytical and cohort study determined the presence of clinically important gastrointestinal bleeding using a priori criteria, evaluating relevant clinical, Laboratory and diagnostic data. In this study baseline and time – dependent risk factors for bleeding were determined and analyzed.

**Results:**

In 300 mechanically ventilated patients, the incidence of clinically important gastrointestinal bleeding was 26.7%

and about 65% of bleeding episodes occurred in the first 2 weeks of hospital stay. sex and age of patients weren't predictors of bleeding. The highest incidence of GI bleeding was observed in septic (46.4%), CNS (32.2%), and renal failure (33.3%) patients. Duration of hospital stay and ventilation were predictive of clinically important bleeding. The patients who had more risk factors, were associated with an increased risk of bleeding. The significant risk factors for bleeding were coagulopathy (low platelet, increased PTT > 1.5 normal ratio), maximum serum creatinine, maximum MOD) score, maximum pulmonary component of the MOD score, maximum cardiac component of the MOD entral nutrition and stress ulcer prophylaxis.

**Conclusion:**

We conclude that in critically ill ventilated patients, renal failure, dysfunction of pulmonary and cardiovascular system and coagulopathy were associated with an increased risk of clinically important gastrointestinal bleeding, whereas entral nutrition and stress ulcer prophylaxis conferred significantly lower bleeding rates.

**Sensitivity of Immunohistochemistry (IHC) in "Occult Hepatitis B" (OHB) Diagnosis**Honarkar Z<sup>1</sup>, Saeedfar K<sup>1</sup>, Alavian S M<sup>2</sup>, Amiri S<sup>3</sup>, Samiee S<sup>3</sup>, Zali MR<sup>1</sup>

1. Research Center for Gastroenterology & Liver Diseases (RCGLD), 2. Tehran Hepatitis Center (THC), 3. Iran Blood Transfusion Organization (IBTO)  
Correspondence: kayvan\_saeedfar@hotmail.com

**Background & Aims:**

Occult hepatitis B (OHB), one of the recently described presentations of hepatitis B infection, is defined as the existence of hepatitis B virus particles in the body of serologically HBsAg negative patients. Its clinical and epidemiological importance urges us to find cheaper and easier diagnostic laboratory methods, as an alternative to more expensive and complex techniques such as PCR, to be used as screening tests for OHB. Immunologic tests, especially immunohistochemistry (IHC) tissue staining, seems to be a good candidate for this purpose. In this study, we tried to evaluate the sensitivity of IHC in the diagnosis of OHB in HBsAg negative chronic liver disease (CLD).

**Methods:**

The 56 samples of the study were selected from the patients registered in the Research Center for Gastrointestinal and Liver Diseases (RCGLD) and Tehran Hepatitis Center (THC) during the years 1380 to 1381. All of them were HBsAg negative CLD patients having a liver

biopsy. The paraffin blocks of their liver tissues were investigated for presence of HBsAg and HBcAg by IHC technique. PCR was used, as a gold standard, to find HLA-DR (human genome) and HBV-DNA (viral genome) in the same tissue samples.

**Results:**

Of 56 samples, investigated for the presence of HBV-DNA by PCR, we found 7 positive and 30 negative cases of HBV infection. In 19 cases, paraffin blocks did not contain enough liver tissue for DNA extraction for PCR. IHC failed to detect HBsAg or HBcAg in any one of the 56 liver tissues samples.

**Conclusion:**

IHC negative reports reveal the low (near zero) sensitivity of this technique compared to PCR. Although IHC is a valuable technique in many other clinical and laboratory settings, it does not seem to be a useful technique for OHB detection and so, new methods must be evaluated for this purpose.



## Serum and ascites CA125 level in ascites patients

Azmi M., Ghanavati M.

Department of Gastroenterology, Imam Khomeini Hospital, Ahwaz Medical University, Ahwaz-Iran. mehrdad\_azmi@hotmail.com

**Background & Aims:**

Elevated serum and / or ascites CA125 were reported in the TB peritonitis. In this study serum and ascites CA125 were measured in the ascites patients with different etiology to determine if elevated serum and / or ascites CA125 is a diagnostic method for TB peritonitis.

**Methods:**

53 ascites patients (9 TB peritonitis, 33 cirrhosis, 6 malignancy, 5 nephrotic syndrome) and 29 controls were assessed for serum and / or ascites CA125 level.

**Results:**

CA125 were increased in %100 and %88.9 serum and ascites fluid samples of 9 TB peritonitis patients (mean: 449 u/ml +134 & 749 u/ml +128, respectively). In cirrhotic patients, 28 and 31 of 33 patients had elevated serum and ascites fluid CA125 respectively (mean: 336.7

u/ml + 57.3 & 492.6 u/ml +61.1, respectively). Among malignancy group, 6 and 4 of 6 patients had elevated serum and ascites fluid CA125, respectively (mean: 118 u/ml + 66.6 & 479 u/ml +140, respectively). There were not meaningful differences between TB peritonitis with cirrhotic and malignancy patient groups ( $p > 0.05$ ) for serum and / or ascites CA125 level but differences between TB peritonitis with nephrotic syndrome patients and controls were meaningful ( $p=0.00$ ). serum and / or ascites CA125 of all the groups except nephrotic syndrome and controls remarkably were elevated.

**In conclusions:**

These findings suggest that measuring serum and / or ascites is not a suitable method for diagnosis of TB peritonitis and this tumor marker increases in the ascites patients with different etiology except nephrotic syndrome.

## Topographic study of esophago- gastric junction tumors in Ardabil province, IRAN

Yazdambod A<sup>1</sup>, Sezavar SH<sup>1</sup>, Derakhshian MH<sup>2</sup>, Malekzadeh R<sup>2</sup>, Iranparvar M<sup>1</sup>

1 - Medical university of Ardabil, IRAN 2 - Medical university of Tehran, IRAN

**Background & Aims:**

Our previous study in Ardabil province about upper GI cancers showed that, the most common site of upper GI cancers is located at esophago-gastric junction (E-G junction) area especially at the right or the lesser side of cardia. According to this observation at upper GI endoscopy, we planned an study to determine the exact topographic focus of detected lesions at E-G junction area since three years ago.

**Methods:**

Routine upper GI endoscopy at private clinic and portraying the exact site of involved zone or area at endoscopy report sheet with history and other information of the cancer patients.

**Results:**

During at three years period (from March 2000 to March 2003), 3339 endoscopy were done and 488 histologically proven upper GI cancer were detected. Out of 488 cases, 233 cases were located at E-G junction area. The topographic and pathologic analysis of our data presented at the table 1, clearly, most of the lesions located at right side or is circular type and

Table1: study of topographic involvement at esophago – gastric junction tumors in Ardabil province.

site	pathology	subsite	Subsite Topography n(%)
ESOPHAGO – GASTRIC JUNCTION TUMORS	Adenocarcinoma n=202 (%86.7)	Cardia n=181(%89.6)	R* n=87(%48.1) L* n=10(%5.5) C* n=84(%46.4)
		EG+Cardia n=3(%1.5)	R n=2(%66.7) L n=0(%0) C n=1(%33.3)
		EG Junction n=4(%2)	R n=4(%100) L n=0(%0) C n=0(%0)
		Lower Third(Esoph.) n= 14(%6.9)	R n= 9(%64.3) L n=1(%7.1) C n=4(%28.6)
	S.C.C. n=31(%13.3)	Lower Third(Esoph.) n=31(%100)	R n=18(%58.1) L n=2(%6.5) C n=11(%35.4)
TOTAL	233 (%100)		233 (%100)

\* R: Right L: Left C: Circular

there is meaningful difference between right and left side involvement.

**Conclusion:**

According to professor McColl KEL theory from Gardiner institute of Glasgow, UK which presented at the

Amsterdam Congress of Cancer of the esophagus and gastric cardia 2002, about the role of saliva nitrite at cancer of the cardia, we suppose that predominantly right-sided or circular located lesions in our patients is due to long contact and gravity directed movement of saliva essentially

at right side than the left side of esophagus and E-G junction area in considering the normal anatomic axis of esophagus. Our sense is to do more study about these findings.

### The Association between Helicobacter pylori and Iron Deficiency.

Kosarian M, Bahar, Khalilian A, Mahdavi M R, Fakheri H

#### Background & Aims:

Helicobacter pylori (H.p) may have some effects on iron metabolism, thus, the aim of this study is to investigate serum iron, ferritin and total iron binding capacity (TIBC) in companion with Hp infection in children.

#### Methods:

We randomly allocated 400 children of 7 – 18 years old and assessed the presence of H.p infection using ELISA test. Of these, 74 had positive test results and were considered as the case group. Then 74 children without H.p infection and being adjusted in age, sex and socio-economical state with the case group, were considered as the control group. Then serum iron, ferritin and TIBC levels were compared between the two groups.

#### Results:

mean age was  $14.3 \pm 2.5$  years in both groups. Apart from sex, serum iron was  $120 \pm 33$  microg/dl and  $102 \pm 37$  microg/dl, ferritin was  $45 \pm 26$  ng/ml and  $34 \pm 19$  ng/ml and TIBC was  $298 \pm 48$  % and  $\pm 51$  % in the control and the case groups respectively. These showed statistically significant differences between the two groups. Regarding sex, serum ferritin level was the only one showing statistically significant difference between the two male groups, but all levels showed significant differences between the two female groups.

#### Conclusion:

Deficits in iron stores of those children infected with H.p may be due to ferritin uptake in stomach by the microorganism. Possible health implications of H.p induced low ferritin levels warrant further investigation.

### Virologic Characteristics of Patients Presenting with Chronic Hepatitis B Infection

Mohammad Alizadeh A H, Ranjbar M, Adibi P, Behrouz N, Zali M R

Research center for gastroenterology and liver diseases, Shahvel Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran

Correspondence: Negar\_behrouz@yahoo.com

#### Background & Aims:

HbeAg-negative active hepatitis B is now an accepted entity that is caused mostly due to precore mutation. The proportion of HBeAg negative cases is different within countries and it significantly changes clinical approach to virological lab results since it changes pretest likelihood of active hepatitis within those with HBeAg negative result.

#### Methods:

Three hundred naive cases with positive HBsAg result enrolled in the study. The instances were classified in inactive carrier, active hepatitis, or cirrhosis according to liver function tests and liver histology. Viral markers of hepatitis B including HBsAb, HBeAg, and HBeAb were checked with ELISA method in a single lab.

Results: The rate of HBeAg positivity was 45.1%, 20.3% and 5.9% in the chronic hepatitis patients, cirrhosis patients and inactive cases, respectively; 54.1% of the chronic hepatitis patients

were HbeAg negative. The rate of HbeAb positivity was 61.1% in chronic hepatitis patients, 76.6% in healthy carriers and 100% in the cirrhosis patients (table 1). There were significant correlations between age and HbeAg positivity in chronic hepatitis patients ( $p < 0.001$ ) and also between age and the clinical state of hepatitis B ( $p < 0.005$ ). There were no significant relationship between sex and the results of serologic tests. In 27.1% of chronic hepatitis patients HbeAg was positive while HbeAb was negative.

State	HBeAg	HBeAb	HBsAb
Chronic	Within HBeAg 71.1%	Within HBeAb 42.9%	Within HBsAb 40%
	Within States 45.1%	Within States 61.1%	Within States 5.1%
Carrier	Within HBeAg 26.7%	Within HBeAb 6.8%	Within HBsAb 40%
	Within States 20.3	Within States 76.6%	Within States 5.6%
Cirrhosis	Within HBeAg 2.2%	Within HBeAb 10.4%	Within HBsAb 20%
	Within States 5.9%	Within States 100%	Within States 25%

**Conclusion:**

The relatively high frequency of HbeAg negativity in the chronic hepatitis patients accentuates the value of DNA methods in the diagnosis of these patients, although it need further research to find real proportion of virologically

active HBV infection within those presenting with positive HbeAg high liver function test to decide if HBVDNA is essential or optional.

### The effects of repairing and helicobacter pylori eradication on perforated duodenal ulcer

Savadkoobi Sh.S<sup>1</sup>, Hashemi R<sup>2</sup>, Mansori P<sup>2</sup>

1 - Department of Medicine

2 - Department of Surgery, Babol University of Medical Sciences

**Background & Aims :**

Perforation is a common complication of peptic ulcer and for treatment needs to several methods (repairing, vagotomy, antrectomy). These methods, in spite of difficulties are associated with complication and helicobacter pylori not to be eradicate. In these study, effects of combine therapy with repairing and helicobacter pylori eradication on perforated duodenal ulcer to be consider.

**Methods :**

18 patients that referred to hospital for perforation of peptic ulcer entered in the study (from September 2000 to March 2001). For all patients repairing was done and treatment for helicobacter pylori eradication by quadruple therapy (omeprazole, bismuth, amoxicillin, metronidazole) began for two weeks and omeprazole continuous for 4 weeks. After 6 weeks of treatment, UGI endoscopy was performed.

**Results :**

Relation of men to women was (5/1) and patients year (30 - 89) with average (59 years). After 6 weeks all of 18 patients were asymptomatic, but only 10 patients consent for UGI endoscopy. Complete healing ulcer and helicobacter pylori eradication were seen at 8 patients. For two patients that ulcers not healing and helicobacter pylori was positive, another complete treatment (6 weeks) and then UGI endoscopy performed. Ulcers to be complete healing and helicobacter pylori was negative. So all patients completely treated by this methods.

**Conclusion :**

This study shows simple repairing of perforation with helicobacter pylori eradication and PPI for 6 weeks is sufficient for therapy of perforated duodenal ulcer.

### The diagnostic yield of upper endoscopy and colonoscopy in the investigation of iron deficiency anemia in an outpatient population

Hajiani E\*, Parsi M, Masjeedi R, Hashemi J, Nateghi J, Alevisnejad P, Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

Division of Hematology and Oncology, Department of Internal Medicine, University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

\* - Correspondence: Hajiani E, E-mail: ehajiani@noavar.com

**Background & Aims:**

Iron deficiency anemia (IDA) is commonly caused by gastrointestinal blood loss, and a thorough examination of the gastrointestinal tract has become standard practice. To determine the prevalence of various etiologies of iron deficiency anemia in outpatients in order to better define the diagnostic value of endoscopy and colonoscopy in the evaluation of these patients, prospectively evaluated for gastrointestinal lesions.

**Methods:**

Over a 48-month period, 88 outpatients (56 women, 32 men median age 40/6 years) were referred to the Gastroenterology clinic with IDA defined by a hemoglobin concentration less than 14 g/dL (less than 12 g/dL in women), mean corpuscular volume less than 80 fL, and ferritin level less than 30 µg/L at two separate

occasions. The patients were investigated using gastroscopy with gastric (antrum and body) and duodenal biopsies, with colonoscopy and small bowel study.

**Results:**

A potential upper gastrointestinal tract lesion was found in 48 patients (54/5%), including hiatal hernia with linear erosions (21 patients) celiac disease (12) peptic ulcer (7) miscellaneous (8) including gastric cancer, Helicobacter pylori gastritis, duodenitis, fundus varices. Colonoscopic findings in 18 patients (20/5%), were colon cancer (n=7), colon polyp (6), hemorrhoids (4) rectal ulcer (1). Eight (9%) patients had coincident gastrointestinal findings, twenty-two of 88 patients (25%) had no cause for IDA at the end of all investigations. Hemoglobin level was 8/18gr/dl in patients with upper GI lesions and 7/4gr/dl in patients with lower GI lesions (P < 0.05).

**Conclusion:**

Upper gastrointestinal sources of iron deficiency are more prevalent than colonic etiology and are frequently can be identified by upper endoscopy. Therefore, gastroscopy with small bowel biopsies should be included

in the evaluation of IDA irrespective of the hemoglobin level. In some patients with a lower gastrointestinal tract lesion a synchronous upper gastrointestinal lesions, may be found.

### The comparison of titer of H. Pylori Antibody in patients with gastric carcinoma and control group in Zahedan hospitals

Nezam S.K<sup>1</sup>, Rahimi. H<sup>2</sup>

1 - Assistant Professor of Internal Medicine, Zahedan University of Medical Science

2 - Resident of Internal Medicine, Zahedan University of Medical Science.

**Background & Aims:**

Gastric cancer is the second most common cause of cancer related death in world. Helicobacter pylori is associated with chronic gastritis, a known precursor of gastric cancer. Carcinomas have been shown to be related to a high prevalence of H. Pylori infection.

**Methods:**

During an eleven month course (October 2001-september 2002) we studied the relation between H. Pylori infection and gastric carcinom in a case - control study in zahedan hospitals. the subjects divided into two groups; 40 control subject and 40 patient with gastric carcinoma. IgG

Antibody to H. Pylori was checked in serum of patients in both groups by Elisa method.

**Results:**

IgG anti H. Pylori was positive in 100% of patients with gastric carcinoma but only in 27% of the control subjects. ( $p < 0.001$ ,  $K^2 = 45.5$ ).

Patients with gastric carcinoma had higher titer of IgG in contrast to those who did not have cancer.

**Conclusion:**

H. pylori infection is associated with an increased risk of gastric carcinom and may be a cofactor in the pathogenesis of this Malignant condition.

**بسامدواژگان نام‌های فارسی - صفحه ۱۹۵ تا ۲۶۸ ویژه‌نامه (گوارش شماره ۴۲)، صفحه ۱ تا ۶۴ متمم (گوارش شماره ۴۳)**

۱۴..... درخشان محمدحسین	۱۹۵..... پونجی حسین	۲۴۱..... آخوندی محسن
۲۰، ۱۹، ۵..... درودی طاهر	<b>ت</b>	آقازاده رحیم
۱۹۸..... دروگر سیده رقیه	تحقیقی سوسن..... ۱۹۸، ۱۹۵	<b>الف</b>
۲۱۶، ۲۱۴..... درویش مقدم حدیف	تمنن فرمه‌اسا..... ۱۹۸	ابراهیمی دریایی ناصر..... ۲۱۵، ۲۰۰، ۱۹۵، ۵، ۴
۱۹۸..... دلاور	توانگر سید محمد..... ۲۰۱	ابراهیمی تیره..... ۱۹۸
۱۹۶..... دولتشاهی شهاب	<b>ج</b>	احسانی سیمین‌دخت..... ۱۳
۲۶۷، ۱۹۸..... دیندوست اختر	جانشین کبری..... ۱۹۸	احسانی اردکانی محمدجواد..... ۱۹۵
<b>ذ</b>	جانشین مهدی..... ۱۹۸	احمدی فضل کله..... ۲۶۶، ۱۹۸
۱۰..... ذوالفقاری معصومه	جز، کبری فریده..... ۱۹۸	اخلاقپور شهرام..... ۱۹
<b>ر</b>	حجالی ناهید..... ۲۰	استخری آرزو..... ۱۹۸
۱۹۶..... رادبهر علی	حجوتیان مرگال..... ۲۱	اسلامی نازنین..... ۱۹۸
۲۱۷، ۱۶..... ربیعی روزبه	<b>چ</b>	افتخاری حسن..... ۱۳
۲۶۴، ۲۵۴، ۱۹۸..... رحیمی سربین	چمیلی بشیر..... ۲۲۱	اقدسی ناصر..... ۱۶
۱۹۶..... رحیمیان قربانعلی	جوینیان..... ۲۱۹، ۲۰۰	اقتشایی اکرم..... ۱۹۸
۱۹۸..... رزاقی زهرا	<b>ح</b>	اکبری محمدرضا..... ۲۰۱
۲۵۷، ۱۹۸..... رسول زاده سربین	حائری صنو..... ۲۵۰	البهاری فرامرز..... ۱۹۸، ۱۹۵
۲۵۰..... رضایی نادیا	حائمی سعید..... ۲۰	امامی نجفی دهکردی سیدمحمدحسین..... ۲۲، ۲۰
۲۵۷..... رضوانی معصومه	حاجتی‌نگی بشیر..... ۲۰	امینی محسن..... ۲۲۰، ۲۱، ۱۰، ۸، ۷
۶..... ربیعی ماندانا	حجاری زاده بهزاد..... ۲۱۹، ۵	انصاری رضا..... ۱۹۵
۲۶۷..... روحانی کاملیا	حسینه ناصر..... ۸	اویلیایی شهرام..... ۲۰۱
۲۰..... ریاضی تنول	حسین زاده صفیه..... ۲۶۰	ابدی‌یار مینا..... ۱۷
۱۳..... رحمانی ثابت فخرالدین	حسینی سعیده..... ۲۵۲	ابروانی شاهرخ..... ۱۹۵
<b>ز</b>	حق آرزوی سیده..... ۶	ایمان زاده فرید..... ۱۹۵
۲۱۸، ۱۹۶..... زاتی محمدرضا	حق آرزوی مهرداد..... ۶	<b>ب</b>
۲۱۶، ۲۱۴..... زاهدی محمد جواد	حق پناه بابک..... ۴	بابائی فاطمه..... ۱۹۸
۱۹۸، ۱۹۵..... زنده دل نادر	حقیقت محمود..... ۱۹۶	بابائی مهدی..... ۱۸، ۱۰
۲۲۳، ۱۹۶..... زنده دل سربین	حکیمیان محمدرضا..... ۲۲	ماننده یوسف..... ۴
۱۹۸..... زهری کیوش	حکیمیان ندا..... ۲۲	باقری لنگرانی کامران..... ۱۹۵
<b>س</b>	حمایشی رؤیا..... ۲۰۱	باقری محمد..... ۶
۲۰۱، ۱۹۶..... ستوده سعفود	حیدریزاد حسن..... ۲۲۲	بخشنده هومن..... ۲۰۰
۱۹۶..... ستوده منش رسول	<b>خ</b>	بشارتی آذر..... ۱۹۸
۲۱۶..... سجادی علیرضا	خانمی غلامرضا..... ۱۹۶، ۲۲، ۱۵، ۱۴، ۶	بوختری حسین..... ۱۹۸
۲۲۱..... سرجمعی محمدرضا	خالقی نژاد طبری احمد..... ۲۲۲، ۱۹۶	بهار کمال..... ۱۳
۱۹۶..... سروش احمدرضا	خباز زینت..... ۱۹۸	بهرامی حسین..... ۴
۱۹۶..... سعادت لیا حسن	خداداد احمد..... ۱۹۶، ۲۲، ۱۵، ۱۴	بهرزبان رامین..... ۱۶
۲۰۱..... سعیدی سلاندر	خداوردی فهیمه..... ۱۹۸	بهدا فاطمه..... ۱۹۸
۱۹۶..... سعیدی فرخ	خلمت حسین..... ۲۲۰، ۲۱، ۱۰	بیشه سری فرامرز..... ۱۹۵
۱۹۶..... سلمان روحی حسن	خسروی حدیجه..... ۲۶۰	بیتش فریبا..... ۲۲۱
۱۹۶..... سحانی شهریار	خطیبیان مرتضی..... ۱۹۶	<b>پ</b>
۱۹۶..... سعیدی زاد کتابون	خیاط عالی ملیحه..... ۱۹۸	پاک مهر الهه..... ۱۱
۱۹..... سمعی شهرام	<b>د</b>	پرتویق پروانه..... ۱۳
۱۳..... سهیلی زهرا	داتالی نوید..... ۱۰	پورشمس اکرم..... ۲۰۱، ۱۹۵
۲۱۵، ۲۰۰، ۵، ۴..... سیاح علیرضا	دبیریان اعظم..... ۲۵۹، ۱۹۸	پورسعیدی بریسا..... ۴
۱۹۶..... سیاری علی اکبر	درخشان فرامرز..... ۱۹۶	

۳۱۶، ۳۰۱، ۱۹۶، ۱۹۵، ۱۴.....	ملک زاده رضا	۳۳، ۱۵.....	فرهتد فاطمه	۱۹۶.....	سپاسی فریده
۱۸، ۱۰.....	ملک مجسی	۱۴.....	فرهتد فرزبان	۱۹۶.....	ش
۸.....	منافی اناری علی	۱۹۶.....	فرینوش محمد جعفر	۲۵۸.....	شریف زاده مهدی
۱۹۶.....	منظری قدرت الله	۱۹۶.....	فروش محمد حسن	۲۱۵، ۲۰۰، ۵.....	شریفی مریم
۱۹۸.....	منیر الهه	۱۹۶.....	فلاحی غلامحسین	۲۰۰.....	شکیبا مجید
۱۹۸.....	موحدی زهره	۲۳، ۱۷، ۱۵.....	فلاحی غلامحسین	۴.....	شگرف نغمی محمدرضا
۱۸، ۱۰.....	موسوی شاهرخ	۱۹۸.....	قدوسی علیرضا	۱۹۶.....	شوشتری زاده تینا
۳۵۹.....	موفق پروانه	۱۹۶.....	قدیمی رامین	۲۶۴، ۲۵۷، ۱۹۸.....	شهباز خانی سژن
۱۹۸.....	مجدوی با محبوبه	۱۹۶.....	قناعتی حسن	۲۲.....	شهال سهیلا
۷.....	مهذبیلو عباس	۱۹۶.....	ک	۲۲۳.....	شهیدی شهرزاد
۱۹۸، ۱۹۵، ۲۳، ۱۷، ۸.....	میر ناصری سید محمد مهدی	۱۹۵.....	کاملعلی ادم عباس	۲۲۳.....	شیوا شادی
۱۹۶.....	میرزاقری سید امیر	۹، ۶.....	کبیر علی	۱۹۶.....	ص
۱۹۶، ۱۹۵.....	میرمعلی سید حسن	۲۵۷.....	کرد فرجه لو مونا	۲۰۰.....	صابری قیووی مهدی
۱۹۶، ۵.....	میرمومن شهرام	۲۵۲.....	کریمی زهره	۱۹۶.....	صادقین بهنام
۱۹۶، ۱۴، ۸.....	میکنایی جوان	۸.....	کریمی علی اکبر	۱۹۶.....	صالحی کرمانی محمد حسن
	ن	۲۳.....	کریمی محمد مهدی	۱۹۸.....	صدرالدینی مسعود
۱۹۶.....	ناصری مقدم سیلوش	۲۲۲، ۱۸.....	کشاورز علی اصغر	۱۹۵.....	صغری مهزی
۱۹۶، ۲۳، ۱۵.....	نجفی لیلی مهزی	۹.....	کشایی جعفر	۱۹۸.....	صفوی حسن
۱۹۶.....	نغمی شهرنایب	۱۹۶.....	کمالیان ناصر	۲۶۵.....	صیاد مرال
۱۵.....	نعمتی حمید	۲۶۳.....	کوهپای الهام		صیادی ایلا
۲۱۹، ۱۹.....	نعمتی زاده فریروز	۲۵۰.....	کیمیگار مسعود		ط
۱۹۸.....	نعمتی علیرضا	۱۹۸.....	گلزار شهلا	۲۱۷.....	طالب پور محمد
۱۹۵.....	نوری نگین	۲۴۰، ۱۹۸.....	گودرزی زهرا	۲۵۰.....	طاهباز فریده
۲۱۹، ۳۰۰، ۱۹۵.....	نوری	۲۱۹.....	لاریجانی باقر	۲۰۰.....	طریفی پیام
۲۱۵.....	نیرجیبی آتوسا	۱۹۸.....	لطافت نژاد مهناز	۲۶۵، ۱۹۸.....	طل اذر
۱۹۸.....	نیرومند زندی کیانوش	۲۱۹.....	م		ع
۲۴.....	نیک بین مهزی	۱۹۸.....	مالمیر سهیلا	۱۹۸.....	عالیخانی مریم
۱۹۸.....	نیک خو ناهید	۲۵۳.....	محبی نوینگلانی زینت	۲۲۰.....	عاملی میترا
۱۹۸.....	نیکبخت علیرضا	۱۹۸.....	محدث اردبیلی فاطمه	۱۰.....	عبدالهی عباس
۱۲.....	نیکبهر	۱۹۸.....	محبی فریخته	۱۵، ۱۱.....	علائی مهناز
	و	۱۹۶.....	محمد نژاد مهدی	۱۹۸.....	علوی سیده شهره
۱۹۶.....	واحدی همایون	۱۹۸.....	محمدپور رزا	۲۱۹، ۱۹۶، ۲۴، ۲۰، ۱۹، ۹، ۵، ۱۰.....	علویان سید مؤید
۱۹۶.....	وتوالی نیا حسن	۱۹۸.....	محمدخانی اشرف	۲۶۳.....	علی اصغرپور منصوره
۹.....	وحید طاهره	۱۹۸.....	محمدی قرحتاز	۱۹۵.....	علی سنگری علی
	ه	۲۰۱، ۱۹۸.....	مورات شاهین	۲۱۹، ۲۰۰.....	علی نژاد خرم میترا
۲۱۸.....	هاشمی سید جلال	۲۶۲.....	مساجدی نازیلا	۱۹۸.....	عماد بیبا
۶.....	هاشمی سید مرتضی	۱۹۶، ۱۹۵.....	مستحلی پردیس		غ
۲۱۵، ۲۱۴.....	هاشمی سیدحسین	۱۹۸.....	مرت صائق	۲۶۰، ۱۹۸.....	غیاثوندیان شهرزاد
۲۱۵، ۵، ۴.....	هشترودی علی اسد	۱۹۸.....	مرت صائق		ف
۱۹۸.....	هویت طلب سیدخدیجه	۲۲۳.....	مسلمی کبری مهدی	۱۹۶.....	فاحری حافظ
	ی	۲۵۹.....	مشتاق زهرا	۲۰۱.....	فاضل ابرج
۱۹۶.....	یزداند عباس	۱۹۸.....	معروفی بنفشه	۱۷.....	فتحی افشین
۱۴.....	یعقوبی محمد	۱۹۸.....	معروفی نسیم	۱۹۶.....	فدایی سهیلا
۹.....	یکتاپرست بابک	۱۹۸.....	معماری اشرف الملوک	۱۹۸.....	فراهانی نیا مرجعت
۱۹۵.....	یونسی علی	۱۹۸.....	ملازم زهرا	۲۰۱.....	فرجی علی
		۱۹۸.....		۱۹۶.....	فروتن حسین
		۲۵۲.....		۱۹۸.....	فروزان راشیه

## English Author Index – Pages 195-268 Gowareh No. 42, Pages 1-64 Gowareh No. 43

- A**
- Aarabi M ..... 237
- Abbasgholizadeh N ..... 246, 248
- Abbasian A ..... 44, 45
- Abedi B ..... 244
- Abnet CC ..... 244
- Adibi P ..... 206, 207, 209, 212, 238, 239, 240, 28, 35, 39, 41, 46, 50
- Afshar P ..... 25, 43
- Agah M R ..... 36
- Agah S ..... 44, 45
- Aghabozorgi S ..... 36
- Aghazadeh R ..... 38, 42, 226, 237
- Agheheli K ..... 244
- Ahamd Nezhad R ..... 48
- Akbari H ..... 26
- Alavian S M ..... 33, 35, 37, 48, 231, 237, 239, 240
- Alevi nejad P ..... 35, 51
- Ali Ahmadi S ..... 240
- Ali Asgari A ..... 24, 27, 47, 205, 233, 234, 235, 243
- Alimohamadi S M ..... 233
- Allah-verdi B ..... 31
- Ameli M ..... 225, 234
- Amin K ..... 38, 226
- Amini M ..... 245, 248
- Amini S ..... 33, 48, 238
- AmozeshNasab A ..... 229
- Amraee G ..... 207
- Ansari A ..... 27
- Ansari R ..... 24, 47, 202, 205, 208, 234, 235, 236
- Ansari S ..... 28, 207
- Antikchi M H ..... 42
- Arabbi S M ..... 207, 237
- Ardalan A ..... 207
- Asl Soleimani H ..... 47, 205, 234, 235
- Ataee A ..... 207
- Ataei Z ..... 238
- Awad Salem ..... 196
- Ayman Ali ..... 235
- Azami A ..... 246, 248
- Azmi M ..... 33, 35, 49, 211, 244
- B**
- Babaei M ..... 30, 31, 32, 40, 41
- Bahar M A ..... 29, 224
- Bahar ..... 13, 50
- Bahari A ..... 38, 226, 237
- Baladast M ..... 41
- Bassi A ..... 29
- Behrooz N ..... 28, 50
- Beladi Moghaddam N ..... 42
- Biasco Guido ..... 196
- Bishehsari F ..... 202, 208, 232, 236
- Bishr Daaboul ..... 235
- Brazandeh MH ..... 244
- Brugge William R ..... 196
- C**
- Catassi Carlo ..... 196
- Charaghi M ..... 211, 244
- Cohan N ..... 238
- Crespi Massimo ..... 196
- D**
- Daneshmand M A ..... 42
- Darvish Moghaddam S ..... 239
- Dastgiri S ..... 48
- Dawsey SM ..... 244
- Dehbashi R ..... 242
- Derakhshan MH ..... 47, 49
- Dibanedjad A A ..... 45
- Dolatshahi S ..... 240
- Doroudi T ..... 35, 37
- E**
- Ebidy Gamal ..... 196
- Ebrahim Daryani N ..... 25
- Ebtia M ..... 42
- Edalatkah H ..... 203, 210, 241
- Edrisian M O ..... 38
- Ehsani ardakani MJ 41, 42, 206, 212, 240
- Einollahi B ..... 245, 248
- Emami MH ..... 40, 210, 232
- Esmaceli M R ..... 30
- Esteghamat F S ..... 38
- F**
- Faghihi Kashani A H ..... 29, 224
- Fahimi S ..... 244
- Fakheri H ..... 46, 50
- Fallahi G H ..... 31
- Fani A ..... 37, 213
- Farahmand F ..... 31
- Faraji A ..... 39
- Farzad, Z ..... 27
- Fattahi E ..... 48
- Fayez Sandouk ..... 197, 235
- Fazel I ..... 39
- Firouzi F ..... 38, 226
- G**
- Gahremanfard F ..... 30
- Ghaffarzadegan K ..... 206, 211, 241
- Gbahghai F ..... 38
- Ghahghaie F ..... 226
- Ghanavati M ..... 49
- Ghasemalian S ..... 224
- Ghassemian R ..... 39
- Ghaziani M ..... 238
- Ghaziani R ..... 244
- Ghaziani T ..... 36, 38, 237
- Ghaznavi E ..... 37
- Ghazzi Hasan ..... 196
- Ghobadi H ..... 236
- Gholami H ..... 209, 230
- Ghotbi H ..... 238
- Ghourchiebigy ..... 225
- Greiner Lucas ..... 196
- H**
- Habibi E ..... 203, 210, 241
- Habibi M ..... 207
- Haffar Samir ..... 196
- Haghighat P ..... 224
- Hajarizadeh B ..... 37, 231
- Hajiani E ..... 33, 35, 51, 211, 244
- Hajibeighi B ..... 35
- Hashemi A ..... 35
- Hashemi J ..... 33, 35, 51, 211, 244
- Hashemi R ..... 51
- Hatami S ..... 46, 238
- Hedayati M ..... 237
- Heidari B ..... 26
- Hejazi R ..... 31, 36, 41, 43
- Hejazi RA ..... 36
- Hekmatdoost A ..... 39, 237, 242
- Hemayati R ..... 39
- Honarkar Z ..... 33, 48
- Honarmand S ..... 245
- Hoseinian M ..... 209, 230
- Hosseinian A ..... 248
- Hugot Jean-Pierre ..... 196
- I**
- Iacobelli Stefano ..... 196
- Iaghmaei S ..... 31
- Iranparvar M ..... 49
- Isla Alberto M ..... 196
- Islami F ..... 244
- J**
- Jaafari F ..... 203, 210, 241
- Jamali N ..... 210, 232
- Javeri A ..... 38
- Jeddi-tehrani M ..... 207
- K**
- Kabir A ..... 29, 224
- Kamalian N ..... 228, 233
- Kamangar F ..... 244
- karbakhsh M ..... 240
- Karimi K ..... 35
- Kavari M ..... 238
- Keshavarzian Ali ..... 197
- Keyvani H ..... 35
- Khaleghi S ..... 32, 35
- Khalegnejad A ..... 205, 227
- Khalilian A ..... 50
- Khatami G R ..... 31
- Khatibian M ..... 24, 27, 47, 205, 208, 232, 234, 235, 244
- Khedmat H ..... 26, 245, 248
- Khezri M ..... 210, 232
- Khodadad A ..... 31
- Khodadoostan M ..... 206, 212

Khorsand A.....	243	Mulder Chris.....	197	Sandouk Fayez.....	197
Khosravi F.....	245	<b>N</b>		Sarrafinejad A.....	245
Khosravi A.....	39, 209, 230, 236	Najafi M.....	31	Savadkouhi S.....	26, 51
Kiani Amin F.....	39	Nasiri J.....	228	Schuppan Detlef.....	197
Kosarian M.....	50	Nasiri S.....	243	Sedarat Ali.....	197
<b>L</b>		Nasiri Toosi M.....	35	Semnani S.....	244
Lak M.....	35	Nasseri-Moghaddam S.....	25, 202, 228, 233, 244	Sendi H.....	36, 38, 237
Larijani B.....	231	Nateghi J.....	51	Setareh A.....	206, 211, 241
Latifi Navid S.....	203, 226	Nekooei, M.....	234	Seyedi Sh.....	207
Lessan Pezeshki M.....	245, 248	Nematizadeh F.....	231	Seyghali F.....	31
<b>M</b>		Nezam S K.....	27, 52, 234	Sezavar SH.....	49
Mahdavi M R.....	50	Niroomand M.....	34	Shahbazkhani B.....	234
Mahmazi S.....	207	Noorinayer B.....	38, 207, 212	Shahid N.....	42, 44
Jeddi-tehrani M.....	212	Norooziniya M.....	238	Seyedi S.....	212
Arabi M.....	206, 212	Norouzi N.....	42	Shahraz S.....	28, 39, 207, 238
Malek F.....	30, 32	Nourate M.....	244	Shakeri M T.....	206, 211, 241
Malek M.....	30, 31, 32, 40, 41	<b>P</b>		Sharaha Ziad.....	197
Malekzadeh R.....	25, 32, 39, 43, 44, 45, 47, 49, 202, 203, 204, 208, 226, 227, 228, 232, 233, 236, 243, 244	Parsi M.....	35, 51	Shariatzadeh M A.....	37
Mamar-Abadi M.....	233	Peyman S.....	38	Shavakhi A.....	206, 212
Mansori P.....	51	Poorkhaje A.....	229	Shokoobi B.....	47
Mansouri M.....	46	Porfarziani V.....	245, 248	Shokravi M.....	227
Mansouri N.....	46	Pounder Roy.....	197	Siavoshi F.....	203, 204, 226, 242, 243, 245, 247
Marjani HA.....	244	Pourshams A.....	24, 39, 233, 244	Sima H.....	237, 239, 240
Mashayekh A.....	237	Poustchi H.....	25, 43, 227	Sina M.....	206, 211, 241
Masjedi R.....	33, 35, 51, 211, 244	Pouyosefi F.....	225	Sobhani Iradj.....	197
Masjedizadeh A.....	28	<b>R</b>		Soheili Z.....	238
Massarrat S.....	203, 204, 226, 243, 245	Radjab A.....	45	Sohrabi M.....	25, 44, 45, 205, 235
Mazen Masri Zuda.....	235	Rahimi H.....	39, 52	Sohrabpoor A A.....	32, 202, 228, 233
Mecoll KEL.....	49	Rajabiani A.....	233	Sotoudeh M.....	39, 244
Merat S.....	24, 32, 35, 39, 202, 205, 235, 244	Rakhsani N.....	47, 202, 228, 233	Sotoudehmanesh R.....	24, 27, 47, 202, 205, 208, 234, 235, 236, 243
Mikaeli J.....	27, 47, 202, 205, 208, 232, 234, 235, 236	Ranjbar M.....	50, 207, 239, 240	<b>T</b>	
Minapour M.....	25	Rashidi A.....	43	Taghavi N.....	244
Mirarab S A.....	207	Razjooyan H.....	233	Taha Bali Shafik.....	196
Mirbagheri S A.....	228	Rezaei Hemami M.....	203, 210, 241	Tahaghoghi Mehrizi S.....	25, 228, 233
Mirhassani Moghaddam S J.....	38, 42	Rezaeilashkajani M.....	28	Talebpoor M.....	230
Miri MM.....	206, 212	Riazi B.....	40, 210, 232	Tavakoli H.....	25, 43
Mirmomen S.....	25, 37	Rofougaran R.....	204, 243	Tavakoli M.....	42
Mir-Nasseri M M.....	25, 31, 43, 45, 227	Rokni H.....	39	Tavangar S M.....	202, 228, 233
Mozardalan K.....	28, 203, 210, 241	Roshandel D.....	28	Tawakol H.....	33
Moghimi J.....	31	Rostami k.....	197, 246	Taylor PR.....	244
Mohaghegh H.....	239, 240	<b>S</b>		Tirgar Fakheri H.....	47
Mohaghegh Shalmani H.....	226, 237	saadatnia H.....	34, 39, 209, 230, 236	<b>V</b>	
Mohamadkhani A.....	25, 43, 227, 233	Saatara Helieh.....	197	Vahedi H.....	47
Mohamadizadeh A H.....	36, 42, 50, 207, 239, 240	Sadjadi A R.....	45	Vossoghnia H.....	209, 230, 236
Mohamadnejad M.....	202, 227, 228, 233	Saeedfar K.....	33, 48	<b>Y</b>	
Mohammad K.....	209	Safaralizadeh R.....	245	Yaghoobi Juibari M.....	232
Mohseni M.....	237	Saghafi M.....	209, 230	Yaghoobi M.....	202, 208, 236
Mokhtari A.....	27	Sajednia F.....	28, 242	Yari F.....	26, 245, 248
Montazeri G.....	208	Salimi J.....	240	Yazdanbod A.....	47, 49, 246
Moradi Moghaddam F.....	242	Salman Roghani H.....	224	Yazdani R.....	239
Moradi S.....	30	Salmanian A H.....	204, 243	<b>Z</b>	
Mosayebi G.....	37	Salmanzade S.....	203, 210, 241	Zahedi MJ.....	37, 239
Mostafa Ibrahim.....	197	Samalavičius Narimantas Evaldas.....	197	Zali M R.....	28, 33, 36, 38, 39, 41, 42, 48, 50, 206, 207, 209, 212, 226, 231, 237, 238, 239, 240, 242
Motalebi M N.....	43	Samie S.....	33, 42, 48	Zamani F.....	234
Mousavi S.....	30, 31, 32, 40, 41	Samiei M.....	40	Zand V.....	35, 37
Movahedi Z.....	24, 27, 243	Samei S.....	238	Zandieh T.....	238
Movassagh H.....	247	Samii S.....	38	Zarianei.....	225
		Samir Haffar.....	196, 235		
		Sanaz Mahmazi.....	212		



پسامد واژگان موضوعی - صفحه ۱۹۵ تا ۲۶۸ ویژه نامه (گوارش شماره ۴۲)، صفحه ۱ تا ۶۴ متمم (گوارش شماره ۴۳)

۲۵۸.....	الکترونیها	۲۶۰، ۲۵۳، ۲۵۲، ۱۶.....	ادراری	۲۵۲.....	آروزنوزا
۲۶۶، ۲۶۵، ۲۶۱، ۲۶۰، ۲۵۹، ۲۳، ۵، ۴.....	الکل	۱۵.....	ادم آنازاک	۲۳.....	آب مقطر
۲۱۹، ۲۱۵، ۲۰۰، ۱۸، ۸.....	امیرازول	۲۶۴.....	ارتباط حسی	۷.....	آبریزش
۱۰.....	اندوسونوگرافی	۲۲، ۲۱.....	ارتجاع	۲۶۶.....	آسه
۲۵۷.....	انفوزیون	۲۲۳.....	ارتودزوکسی	۲۲۲.....	ایمانوگنومی
۲۶۲، ۲۶۰، ۲۵۷، ۲۵۱، ۱۱.....	اسفاد	۲۲۱، ۲۲۰، ۴.....	آروزینو	۲۵۰، ۱۶، ۱۳.....	آرپی
۱۶.....	الگنت	۲۴، ۲۳، ۴.....	آروزین	۹.....	آریشگر
۲۶۴.....	اورمیک	۲۱۷، ۲۰۰، ۱۷، ۷، ۶.....	آرولازیت	۲۶۱.....	آرتیت
۲۱، ۱۸، ۱۶، ۸، ۵، ۴.....	اوره آر	۲۶۲، ۲۵۸، ۲۲۱، ۲۲۰، ۲۱۹، ۲۱۸.....	اسپیلومگالی	۲۶۴.....	آیمنی
۲۲۱، ۲۲۰، ۲۱۷، ۲۱۴، ۲۳، ۲۲.....	ایفز	۲۶۴.....	استاپلر	۲۶۴، ۱۰.....	آسم
۲۶۶، ۲۵۲.....	ایمیک	۲۰۱.....	استانوماییت	۱۶، ۱۵.....	آسیت
۱۰.....	ایکتو	۱۵.....	استوپوز	۲۵۴، ۲۵۳، ۱۵، ۱۴.....	اشالازی
۲۴.....	ایکتوسومی	۲۵۲.....	استرانیپولیدز	۲۲۲.....	اشکلیونیک
۲۶۰، ۲۲۳.....	ایلموسکوپ	۲۶۴، ۹.....	استرس	۲۶۲.....	الزایمر
۲۱.....	ایلموسکوپ	۲۶۷، ۲۶۶، ۲۶۵، ۲۶۲، ۲۵۵.....	استریل	۲۵۲.....	آلبومی
۱۹، ۱۸، ۱۷.....	ایستروفون	۲۲۱، ۲۴، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۷، ۵.....	استرغ	۱۸، ۱۷.....	آفتادین
	با	۲۶۶، ۲۶۴، ۲۵۷، ۲۵۵، ۲۵۲، ۲۵۱، ۲۵۰، ۲۲۲.....	استنث	۱۱.....	آمیول واتر
۲۱۹.....	باردار	۱۰.....	استنث	۲۱۵، ۲۳، ۱۸، ۸.....	آموکسی سیلین
۱۸.....	باریم	۲۶۲، ۲۶۱، ۲۶۰.....	استومی	۱۳.....	آمیو گلنکال
۱۴.....	بازدم	۲۱۸، ۱۴.....	استفکر	۲۶۲.....	آمیونالیسات
۲۵۴، ۱۰.....	بالمون	۲۱۸، ۱۱، ۱۰.....	استفکروتومی	۲۱۸.....	انستومور
۲۶۶، ۲۶۰، ۲۵۹، ۲۵۷، ۱۸، ۱۰.....	بدخیم	۲۶۵.....	استرین	۲۳.....	انتگونیست
۲۱۸، ۲۱۷، ۱۱، ۱۰.....	بکت	۲۳.....	استرولترایی	۲۶۷، ۲۲، ۲۱، ۱۶، ۴.....	انتر
۲۵۸، ۲۵۴، ۲۵۳، ۲۵۱، ۲۲۲.....	بلع	۲۵۲.....	استکلوردرمی	۲۵۲.....	انتروباکتر
۱۴.....	بولولیسوم	۲۲۶، ۲۳.....	استکلوروزان	۱۲.....	انتروباتی
۲۵۴.....	بوتولینوم	۲۲۰، ۲۱.....	استکور	۲۰، ۱، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۴.....	انسی بولیک
۱۸.....	بوی بد دهان	۲۵۷.....	استولاریته	۲۶۲، ۲۵۹، ۲۵۳، ۲۲۱، ۲۲۱، ۲۲۰.....	
۱۴، ۱۵.....	بی اشتها	۲۶۲، ۲۵۷، ۲۵۱، ۲۲۲، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۷.....	اسهال	۲۵۳، ۱۵.....	انسی بادی
۲۵۱، ۱۶، ۱۳.....	بیحالی	۲۲۲، ۲۱۸، ۱۴، ۱۳، ۵، ۴.....	اسید	۱۵.....	انسی گلیدین
۲۰.....	بیزاکونیدیل	۲۶۶، ۲۵۸، ۲۵۵، ۲۵۴، ۲۵۰.....	اسیدامنه	۲۶۴.....	اندوکرتی
۲۳، ۱۸، ۸، ۴.....	بیموت	۲۵۷.....	اسیدامنه	۱۶، ۱۵.....	اندومیرال
۲۶۶.....	بیموت	۲۶۵.....	استرشیا	۲۱، ۲۰، ۱۷، ۱۶، ۶.....	انزیم
۲۶۲، ۲۵۸، ۲۵۳، ۲۵۱، ۲۱۵، ۲۲، ۱۸، ۹، ۵.....	بینی	۲۵۳، ۲۲۳، ۱۲، ۱۱، ۷.....	اطفال	۲۶۰.....	انسفالوبالی
۲۰، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۷، ۲.....	بیوسی	۲۰۰.....	اغتیارسجی	۲۶۲، ۲۵۰، ۱۳، ۴.....	انسی
۲۶۶، ۲۶۵، ۲۵۸، ۲۲۲، ۲۲۰، ۲۱۵، ۲۰۲، ۲۰۱.....	بیودین	۷.....	افتراق	۲۶۵.....	آن
۲۰.....	بیودین	۱۶.....	افزایش اشتها		الف
	بیا	۲۵۵.....	افسردگی	۱۴.....	آبی نیوم
۲۶۴، ۲۶۳، ۲۵۸، ۷.....	بیا	۲۳.....	افسردگی	۲۶۶، ۲۲۲، ۸، ۴.....	ایگانتر
۱۱.....	بایبلا	۲۲۳.....	اکسجری	۱۲.....	آنوایمون
۱۰.....	بایبولوژی	۲۶۴.....	اکسجور	۱۶، ۱۵، ۴.....	آنپولوزیک
۱۸.....	بازاریت	۲۶۷.....	اکروزن	۲۲۱، ۲۲۰، ۵.....	انسی عثر
۸، ۷.....	باراگلیتیک	۲۵۳، ۲۴، ۱۳.....	الیزا - الایزا	۷.....	اختلال رشد
۱۱، ۱۰.....	بارکراتیت				

۲۶۲، ۲۳۳، ۷	زان بولوزیک	۷	تنگی نفس	۲۱۶، ۱۱، ۱۰	پانکراس
۱۷	زاش	۲۶۷، ۲۵۲	تیر کلوزیس	۷	پان کولیت
۲۳	زشتیدین	۷	توکسیک	۲۲۱، ۲۱۵، ۲۳، ۲۲، ۱۸، ۱۵، ۸، ۴	پیتیک
۲۴، ۲۳، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۸	زخم	۲۵۱، ۲۱۶، ۱۸، ۱۰	تومور	۱۰	پتیدین
۲۶۶، ۲۶۲، ۲۶۱، ۲۶۰، ۲۵۸، ۲۵۳، ۲۵۰، ۲۱۵	زخم‌ها	۲۶۶، ۲۶۲، ۲۵۵، ۲۵۲، ۲۵۱، ۲۵۰، ۲۴، ۷	توبوع	۲۶۳	یردنیبولون
۲۵۹، ۲۵۸	زخم‌ها	۱۶	تیرنید	۲۵۹، ۲۵۰، ۲۳۳، ۲۰۰، ۲۴، ۱۸، ۱۲، ۱۰، ۹	یرشنامه
۹	زگرسیون	۲۰۱، ۱۹۹، ۱۹، ۱۲، ۱۱، ۱۰	ج	۲۵۸، ۲۲، ۱۵، ۱۱	یرفورلسیون
۲۱	زنگ آمیزی	۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۲، ۲۵۱، ۲۳۳، ۲۳۲، ۲۱۷	جراحی	۲۱۶، ۷	یروکتیت
۱۶	زنگ‌بردگی	۲۶۵، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۲، ۲۶۱، ۲۶۰، ۲۵۸	جای	۶	یروگریمال
۲۰	زوعن کرچک	۲۶۵، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۲، ۲۶۱، ۲۶۰، ۲۵۸	جای	۱۶	یرولابس رکوم
۱۹	زینلورین	۲۶۵، ۲۰۱، ۲۳، ۲۱	جای	۲۵۵، ۲۵۲	یرپتون
۱۶	زیزمغذی	۲۲	جای	۲۵۹، ۱۴	یرپتالیم
۲۵۶، ۲۵۱	زیش	۲۶۶، ۲۶۵، ۲۵۰، ۱۸	جری	۱۱	یری کات
۲۰۱، ۲۰۰، ۲۲، ۲۱، ۱۸	زینلاکس	۲۶۶، ۲۳۲، ۷	چشم	۲۶۶	یریکازن
۲۶۲، ۲۵۷، ۲۵۴، ۲۱۹، ۲۱۸	زینوی	۲۶۶، ۲۳۲، ۷	چشم	۲۶۴	یریکاردیت
۲۶۶، ۲۶۲، ۲۵۴، ۲۳۳، ۱۸، ۱۰، ۷	زینوی	۲۶۱، ۲۵۹	ح	۲۶۵، ۲۵۲	یرودو مونا
۸	زانو	۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۷	حیوانات	۲۳	یرودوبولیب
۱۲	زایمان	۲۶۶، ۲۶۲، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۰۲، ۲۲	حسابت	۱۳	یراساسل
۱۶، ۷	زخم‌های دهانی	۲۵۸، ۱۸	حلق	۲۱	یرلی اتیلن گلیکول
۲۶۶، ۲۲، ۷	زردی	۲۶۴، ۲۵۵	خ	۲۳	یرمب پروتون
۲۰	زفیکس	۲۶۴، ۲۵۵	خارش	۲۳۲، ۱۲	یرنومونی
۲۵۰، ۱۵، ۶	زشتیکی	۲۶۶، ۲۶۲، ۲۵۵، ۲۵۲، ۱۳	خس خس سیه	۲۵۲، ۲۵۱، ۲۱۷، ۷	یروست
۱۹، ۱۴	زئونیب	۲۵۱، ۷	خسکی	۲۶۶، ۲۶۲، ۲۶۱، ۲۶۰، ۲۵۶	یرولتروساوه
۸	ساکروایلنیت	۲۶۴، ۲۵۵، ۲۰	خلط	۲۲۳	یرولیب
۲۶۵، ۲۵۲	سالمونلا	۲۱۷، ۱۷	خواب	۲۶۵، ۲۳۱، ۱۹	یرولیکومی
۲۶۷، ۲۰	سالمین	۲۵۹، ۲۲، ۲۱، ۵	د	۲۶۵، ۲۵۹، ۲۲۱	یرپاز
۱۷	سایکوز	۲۵۸، ۱۰	دلتویت	۲۲، ۲۱	یرروزیس
۲۶۲، ۲۵۹، ۲۵۰	سزینجات	۲۰	دخقیات	۲۳۱	یرس میگر
۲۵۲	سپترو باکتر	۱۶	دیرلاژ	۲۵۹، ۱۰	یروند کبد
۲۶۱	سئون فقرات	۲۶۲	دکمپانه	۲۶۷، ۲۶۶، ۲۵۳	ت
۲۵۸	سفاتیو	۲۵۶، ۱۸	دگرپلوز	۷	تاری دید
۲۶۶، ۲۶۲	سردرد	۲۶۰، ۲۵۸، ۲۵۱، ۲۳، ۱۸، ۷	دماس	۲۶۶	تاکیکاردی
۲۶۶، ۲۶۱، ۲۵۵، ۲۵۲، ۲۵۱، ۷	سرفه	۲۶۲، ۲۵۸، ۲۵۴، ۲۵۰، ۲۱۹، ۱۰، ۶، ۵	دندانپزشکی	۱۹، ۱۷، ۶، ۵، ۴	تالاسمی
۲۳۳، ۲۱۷، ۲۱۴، ۲۳، ۱۲	سرولولوزی	۱۰	دهان	۱۸، ۱۷	تالاسمیک
۱۳	سلول‌های سازمانی	۲۶۲، ۲۵۸، ۲۵۴، ۲۵۰، ۲۱۹، ۱۰، ۶، ۵	دهانت	۲۶۶، ۲۶۲، ۲۵۹، ۲۵۸، ۲۵۳، ۷	تاس
۲۳۳، ۲۰۱، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۱۲	سللیاک	۱۰	دهانزایام	۲۳	تترانسیل سولفات
۲۵۴	سم	۲۶۴	دهالیز	۲۳	تتراسیکلین
۱۵	سندرم نفروتیک	۲۲۰، ۲۱	دهس پیتیک	۱۶	تحریرک پذیری
۲۶۰، ۹، ۸	سندرم روده تحریرک پذیر	۲۳۱، ۲۲۰، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۱۸، ۱۲	دهس بیسی	۱۶	تحلیل عضلانی
۲۶۲، ۲۱۸، ۲۱۷، ۱۱، ۷	سنگ	۲۲۱	دهسپاری	۵	ترانس آمیناز
۲۶۴، ۲۵۷، ۲۵۴، ۲۵۱، ۱۲، ۱۱	سوه تغذیه	۲۵۴، ۲۱۴، ۵، ۴	دهسغازی	۱۹، ۶، ۵	ترانسفوزیون
۲۵۹	سوسیس	۹	دهسغوزه	۲۳	ترومبوپوز
۲۵۱، ۲۱۸	سوند	۲۱۸، ۱۵، ۱۴، ۱۱	دهیلانسیون	۲۳، ۱۸، ۸	تست تنفسی
		۱۸، ۱۱	دهیوریکول	۲۶۴، ۱۷	تشنج
		۲۵۷	دهیاسیون	۲۵۶، ۹	تمایش جنسی

۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵.....	گاستریت	۲۱۶، ۱۹۹، ۲۰، ۱۷، ۱۰.....	قلب	۱۱.....	سونوگرافیک
۲۶۲، ۲۲۲، ۲۲۱، ۲۲۰، ۲۱۷.....	گانگلیون	۲۶۶، ۲۶۴، ۲۶۰، ۲۵۹، ۲۵۴، ۲۵۱، ۲۵۰.....	قلبی	۱۹.....	سی تی اندوسکوپی
۲۵۲.....	گانگلیونیک	۲۲۲.....	قند	۱۹.....	سی تی کولونوگرافی
۲۲۲.....	گلوفاژ	۲۶۶، ۲۵۸، ۲۵۰.....	قیمت	۲۶۵، ۲۶۱، ۲۲، ۲۱.....	سیر
۲۶۵.....	گلوکز	۲۱۷، ۲۱۵، ۲۰، ۸.....	ک	۲۲۲.....	سیروتیک
۱۴، ۱۵، ۱۲.....	گلوکز	۲۵۹.....	کالیاس	۲۱۴، ۲۰۱، ۲۳، ۱۰، ۱۳، ۵.....	سیروز
۲۵۷، ۲۱۹، ۶.....	گلوکوزولونیت	۲۵۹.....	کرامپ	۲۶۶، ۲۶۰، ۲۲۳، ۲۲۲، ۲۱۹، ۲۱۶.....	سیری زودرس
۲۶۴.....	گلیکوز	۵.....	کرایوگلوبولینمی	۱۳.....	سیستیک
۱۳.....	گونش	۲۱۷، ۱۸.....	کربن	۲۱۸، ۲۱۷.....	سیگار
۲۵۸، ۲۵۵، ۱۸.....	ل	۲۱۹.....	کریوهدرات	۲۱، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۵، ۴.....	سیگاریت
۲۱۸، ۲۱۷.....	لاپاروسکوپی	۲۵۲.....	کریو سیوریدیوم	۲۶۵، ۲۵۹، ۲۲۱، ۲۱۷، ۲۲.....	سیگمئیدوسکوپی
۱۲.....	لاتری	۲۶۳، ۸، ۷.....	کرون	۲۶۵، ۲۵۸، ۱۹.....	سینوس
۲۶۴.....	لکوپنی	۱۶، ۱۳.....	کریبت	۱۸.....	ش
۲۵۱.....	لکوسیت	۱۶.....	کلاینگ	۲۶۴، ۲۵۱، ۲۲۲.....	شرابی
۲۴۱، ۲۵۵.....	لگن	۲۱۷، ۲۱۵، ۲۳.....	کلاریترامیسین	۲۲۱، ۲۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۷.....	شکم
۶.....	لنفوم	۱۱، ۸.....	کلاریت اسکروزولان	۲۶۶، ۲۶۱، ۲۵۹، ۲۵۸، ۲۵۵، ۲۵۴، ۲۵۰، ۲۲۲.....	شیر
۲۳.....	لنزوپرازول	۲۶۳، ۱۱، ۱۰، ۸.....	کلاریت	۱۳.....	شیر
۱۶، ۱۳.....	لنفوسیت	۱۱.....	کلاریتوگاریتوما	۲۲۲، ۲۲۱، ۱۴.....	شیرخواران
۲۶۴.....	لنفوسیتونی	۲۱۸، ۲۱۷، ۱۱.....	کلاریتوگرافی	۱۰.....	ص
۱۷.....	مادرزادی	۲۵۲.....	کلپلا	۲۶۶، ۲۶۰، ۲۵۵، ۲۲، ۲۱، ۱۱، ۱۰.....	صفرای
۱۳، ۷.....	ماکروسکوپی	۲۱۸، ۲۱۷.....	کلدوک	۱۰.....	ض
۲۱۸.....	مانومتري	۲۱۸.....	کلدو کونومی	۲۶۷، ۲۶۵، ۲۶۳، ۲۶۱، ۲۵۲.....	ضدعفونی
۲۶۲، ۲۵۴.....	ماهجه	۱۱.....	کلدو کولینتاریس	۱۱، ۱۰.....	ضد عفونی
۲۶۷، ۲۵۲.....	مایکو پلازمو	۲۶۴.....	کلوزکتال	۱۱.....	ع
۲۶۴، ۲۱۹.....	متابولیزم	۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۷، ۶.....	کلوی	۲۶۴، ۲۵۹، ۲۱۶، ۲۰.....	عروقی
۲۱۵، ۲۳، ۱۸، ۸.....	مترویدازول	۲۵۰، ۲۱۹، ۲۱۶، ۲۰، ۱.....	کلیوی	۲۶۴، ۲۶۲، ۲۵۴، ۱۷، ۱۴.....	عصبی
۲۶۴، ۱۳، ۱۲.....	مطابقی	۲۶۶، ۲۶۴، ۲۵۸، ۲۵۴.....	کمر خونی	۹.....	عقوت لنفلی
۲۶۲، ۲۶۱، ۲۵۱، ۲۰۱، ۱۸.....	مدفوع	۲۶۴، ۲۵۱، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۵.....	کمر وزنی	۹.....	ع
۱۳.....	مدیاتور	۱۲.....	کما	۲۵۰، ۲۲۲، ۲۱۹.....	غده
۲۵۹.....	مرغ	۲۶۴.....	کوتاه قدی	۲۵۱، ۲۵۰، ۲۲۲، ۲۲۲، ۲۴، ۲۰، ۱۹، ۹.....	غریبالگری
۲۱۹، ۲۰۰.....	مری بارت	۱۵، ۱۲.....	کودکان	۲۱۹، ۲۰۰.....	ف
۱۹.....	معدنک	۲۵۳، ۲۲۳، ۲۲۲، ۲۲۱، ۲۲، ۱۷.....	کودکان	۲۲۲.....	فارماکولوژیکال
۹.....	معیارهای تشخیصی	۲۶۲.....	کورتیکو استروئیدی	۱۹.....	فایبروئیک
۲۵۷، ۲۵۴.....	مفر	۱۱.....	کولوسیتکومی	۲۵۳، ۲۰.....	فراگهان
۸.....	مغسل	۲۶۵، ۲۵۹، ۲۵۸، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۷.....	کولولوسکوپی	۲۵۱، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۴.....	فشار خون
۱۸، ۱۷، ۱۵، ۸.....	مقاوم	۲۶۳، ۷.....	کولیت اولسراتیو	۲۶۵، ۲۱۴.....	فقر آهن
۲۶۴، ۲۶۳، ۲۵۷، ۲۵۴، ۲۱۴.....	مکاکولون	۷.....	کولیت اولسرو	۲۶۵، ۱۳.....	فورسیس
۲۱۴، ۱۱، ۷، ۴.....	میلنا	۲۵۹، ۲۱۵.....	کولیت اولسرو	۲۶۵، ۱۳.....	فولات
۲۶۶، ۲۶۵، ۲۵۴.....	مو	۷.....	کولیت	۲۱۷، ۱۷.....	فولیکولر
۲۵۷، ۲۵۱، ۱۶.....	مواد معدنی	۲۶۲، ۲۱۶.....	کولیت	۲۲.....	فوندوس
۱۳.....	موزائیکی	۲۶۲، ۲۶۱، ۲۲۲، ۱۳.....	کولیت	۱۳.....	فیبروبلاست
۱۳.....	مویزگ	۸.....	کولیت	۲۶۰، ۲۱۹، ۲۳، ۱۳، ۷، ۵.....	فیبروز
۲۵۸، ۲۲۲.....	میدارولام		کولیت	۲۵۲.....	ق
			کولیت	۲۵۱، ۷.....	قارچ
			کولیت		قروزی

۲۴۴، ۲۲۲، ۱۵.....	هیپو گلیسمی	۲۵۲، ۲۲۰.....	میکروارگانیسم
۲۴۲.....	هیپو و هیپرکالمی	۱۳.....	میکروسکوپی
۲۲۳.....	هیرشبروک	۲۴۲، ۲۵۹، ۲۵۰.....	میوه‌جات
۲۳.....	هستامن		<b>ن</b>
۱۲.....	هیستوپاتولوژیکی	۲۵۶.....	ناخن
۱۰.....	هیوسین	۱۰.....	ناز و سلیبری
	<b>ی</b>	۲۲۱.....	نئوپلاستیک
۲۵۰، ۱۶، ۱۵.....	پیوست	۱۷، ۱۵، ۱۳.....	نئولاریتی
۱۶.....	بد	۲۴۶، ۲۲۳، ۲۱۹، ۲۰۰، ۱۹۸، ۱۹۶.....	نژاد
		۲۴۶، ۲۵۹، ۲۵۸، ۲۵۰، ۲۲۱، ۱۲.....	نفخ
		۲۱۸.....	نلاتون
		۲۴.....	نوزاد
		۲۰.....	نوکلئوزیدی
			<b>و</b>
		۲۲۲، ۲۲۲، ۲۲.....	واریس
		۲۵۲، ۲۵۲، ۹.....	واکسیناسیون
		۲۴۶، ۲۵۷، ۲۵۲، ۱۶.....	ویتامین
		۱۱.....	ویروسنگ
		۲۱۶، ۲۱۴، ۱۷، ۴.....	ویروس
		۲۴۶، ۲۵۵، ۲۵۲، ۲۵۲، ۲۱۷.....	ویروپوزیک
		۲۰.....	ویسسون
		۲۴۶.....	ویلوزینه
		۱۶.....	<b>ه</b>
		۲۵۲.....	هیپانیت A
		۲۰، ۱۴، ۱۳، ۹.....	هیپانیت B
		۲۴۶، ۲۴۳، ۲۵۲، ۲۵۲، ۲۱۹، ۲۱۶، ۲۱۲.....	.....
		۲۵۵، ۲۵۳، ۱۸، ۱۷، ۱۴، ۶، ۵، ۴.....	هیپانیت C
		۲۵۵، ۲۵۰، ۲۱۸، ۲۳، ۲۱، ۲۰، ۸.....	هرینه
		۱۶، ۱۵، ۸، ۵، ۴.....	هلیکوباکتر پیلوری
		۲۲، ۲۲، ۲۱، ۱۸.....	.....
		۲۵۲، ۲۲۲، ۲۲۱، ۲۲۰، ۲۱۷.....	.....
		۲۱۴، ۱۱، ۷.....	هماتمر
		۱۱.....	هماتوشری
		۱۱.....	هماتوکریت
		۲۴۷، ۱۹.....	همودینالیز
		۱۹.....	هموفیلی
		۲۴۵.....	هورمون
		۱۴، ۱۳.....	هیپروونیک
		۲۴۴.....	هیپراورسمی
		۱۱.....	هیپرپیلیروپتیمی
		۲۴۴.....	هیپرپارائیروتیدیم
		۱۶.....	هیپرپلازی
		۲۴۴، ۲۴۰، ۲۳، ۱۰.....	هیپرپلازی
		۲۴۴.....	هیپرپلاستی
		۲۴۴.....	هیپرپلاستی

## English Subject Index – Pages 195-268 Gowareh No. 42, Pages 1-64 Gowareh No. 43

- A**  
 Abdominal..... 40, 255  
 abnormalities..... 33, 46  
 Achalasia..... 202, 208, 232  
 Acute..... 203, 210, 241  
 Age..... 26, 27, 35, 202, 209, 237, 249  
 alanine..... 203, 229, 233  
 Alcohol..... 32, 40, 43, 244  
 Alkaline phosphatase..... 10, 229  
 Alp..... 17  
 ALT..... 5, 10, 17, 25, 32, 42, 45, 229, 233, 234, 240  
 Amantadine..... 25  
 Aminotransferase..... 203, 229, 233  
 Amoxicillin..... 23  
 Anal..... 24, 29, 31, 224  
 Analgesic..... 26  
 ANCA..... 7, 8  
 anemia..... 33, 34, 35, 46, 51, 213, 214  
 Angiodisplasia..... 247  
 angiographic..... 229  
 anorexia..... 206, 236  
 AntiEndomysium..... 13  
 antimicrobial..... 31, 203, 226, 243  
 antral..... 30, 245, 248  
 antrum..... 35, 41, 47, 51, 234  
 appendicitis..... 246  
 ascites..... 49  
 aspiration..... 42, 234, 235  
 AST..... 5, 17, 42, 45, 229, 238, 240  
 asthma..... 31, 32  
 Atrophic..... 28  
 Autoimmune..... 228, 233
- B**  
 BID..... 23, 236  
 biliary..... 27, 196, 229, 235  
 biochemical..... 25, 202, 209, 230, 238  
 biopsy..... 25, 28, 32, 33, 39, 41, 48, 202, 206, 212, 234, 237, 239, 240, 242, 247  
 Bivudin®..... 20  
 Bloating..... 205, 235  
 BMI..... 6, 31, 39, 201, 219, 233, 234  
 bone..... 209, 230, 231, 240  
 Botulinum..... 24, 202  
 breath..... 36, 44, 45, 205, 235, 236  
 bronchial..... 31, 32  
 BS..... 17  
 Bypass..... 39, 201
- C**  
 carcinoma..... 38, 42, 43, 46, 47, 52, 206, 211, 235, 241, 242, 243  
 cardia..... 47, 49, 50, 225, 244  
 cardinal..... 208  
 Cardiovascular..... 224  
 CD..... 7, 38, 212, 213, 226, 237, 245  
 cDNA..... 19
- CELIAAC**..... 234, 237  
**CHC**..... 25  
 chemotherapy..... 46, 204, 227  
 chest..... 33, 205, 227  
 childhood..... 40  
 Children..... 30, 203, 205, 210, 227, 241  
 cholangiography..... 27, 230  
 cholecystectomy..... 229, 230  
 choledochoduodenostomy..... 230  
 choledocholithiasis..... 27, 230  
 chronic..... 24, 25, 27, 29, 32, 33, 35, 37, 39, 44, 46, 48, 50, 51, 52, 202, 206, 207, 209, 210, 212, 213, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 237, 238, 245, 246, 248  
 Ciprofloxacin..... 236  
 Cirrhosis..... 202  
 Clarithromycin..... 23  
 Cocceid..... 245  
 colitis..... 31, 33, 37, 38, 209, 212, 230, 231, 237, 245  
 colonoscopy..... 224  
 colonic..... 35, 52, 210, 212, 229, 232, 245  
 Colorectal..... 225  
 condom..... 29  
 Constipation..... 229  
 coronary..... 224  
 cost 28, 29, 39, 40, 46, 224, 230, 235, 238  
 Cr..... 17  
 cryptogenic..... 34  
 Cyclin..... 42, 43  
 CYP2C19..... 207, 208, 212, 213  
 cystic..... 230, 240  
 cytometry..... 245
- D**  
 D.U..... 215, 220, 234  
 Dental..... 43  
 Depression..... 255  
 Dermoid..... 240  
 Diabetic..... 45, 249  
 dialysis..... 27  
 Diarrheagenic..... 203, 210, 241  
 discrimination..... 35, 240  
 Diverticul..... 247  
 DNA..... 19, 20, 34, 36, 38, 46, 48, 51, 203, 204, 207, 211, 213, 238, 241, 243, 244, 253  
 Donors..... 233  
 duodenitis..... 51  
 dyspepsia..... 27, 29, 40, 245, 248  
 dyssynergia..... 229
- E**  
 E-Cadherin..... 206, 211, 241  
 edema..... 31  
 Electrocardiogram..... 248, 249  
 ELISA..... 5, 25, 27, 30, 45, 50, 206, 209, 212, 214, 216, 239
- Endemic**..... 227  
 enema..... 224, 229  
 environmental..... 43, 204, 242, 243, 244, 245, 247  
 Epidemology..... 34  
 epigastric..... 31, 46  
 Escherichia Coli..... 203, 210, 241  
 Esophagectomy..... 205, 227  
 Esophagogastroduodenoscopy..... 221  
 etiology..... 34, 35, 36, 40, 49, 52, 244
- F**  
 fatigability..... 32  
 Fatty..... 39  
 FBS..... 17  
 Ferritin..... 25  
 Fibrosis..... 228, 233  
 fissure..... 24, 31, 247  
 flowcytometry..... 245  
 FOBT..... 19, 265  
 fragility..... 31
- G**  
 gallbladder..... 39, 228, 229  
 Genes..... 42  
 Genotypes..... 36  
 GERD..... 5, 28, 31, 32, 44, 45, 47, 200, 201, 219, 231, 254, 257, 258  
 Glaxcosmithclain..... 20  
 glutaraldehyde..... 227  
 gold standard..... 30, 48, 210, 232
- H**  
 H.pylori..... 4, 8, 15, 22, 26, 28, 30, 36, 40, 41, 47, 50, 51, 52, 203, 204, 215, 220, 222, 225, 226, 227, 234, 236, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 264  
 Haenszel..... 43  
 HBcAb..... 29, 207  
 HBsAg..... 17, 29, 33, 37, 40, 42, 44, 48, 50, 207, 216, 228, 238  
 HBV- DNA..... 14  
 HBV..... 4, 14, 19, 20, 24, 28, 29, 32, 33, 37, 39, 40, 43, 44, 48, 51, 214, 216, 217, 227, 228, 231, 238, 239, 267  
 HCV- RNAc..... 14  
 HCV RNA..... 17, 19, 32, 33, 35, 36, 45, 239  
 HCV..... 5, 6, 14, 17, 19, 24, 25, 26, 32, 33, 35, 36, 37, 42, 45, 231, 238, 239, 240, 255, 267  
 HCVAb..... 24, 25  
 headaches..... 24  
 heart..... 31, 224, 246, 248, 249  
 Heartburn..... 44  
 hemartoma..... 31  
 hematemesis..... 26, 30, 47  
 hematochezia..... 31, 243  
 hemodialysis..... 27, 36, 245, 248  
 Hemophilic..... 32  
 Hemorrhoid..... 247

histopathologic.....	30, 206, 211, 241	Opium.....	40	Surgery.....	24, 32, 39, 51, 196, 197, 240, 242
HIV.....	19, 32, 37	<b>P</b>		Symbiosis.....	243
HLA.....	37	PS3.....	42	<b>T</b>	
HLA827.....	8	pancreas.....	40, 240	teratoma.....	240
HLA27.....	7, 8	Papid.....	30	thalassemic.....	25, 37
Hygiene.....	43	papilla.....	27	toxin.....	24, 202, 203, 208, 211, 232, 236, 241
hyperbilirubinemia.....	41, 42	Papilloma.....	38	TPN.....	257
hyperplasia.....	31	paraffin.....	33, 34, 48	T-Tube.....	218, 230
Hypovolumic.....	32	PCR.....	4, 17, 19, 32, 33, 35, 36, 38, 45, 48, 203, 204, 207, 211, 213, 238, 239, 241, 243, 244, 253	tumor.....	38, 40, 42, 47, 49, 206, 211, 225, 235, 240, 241, 242
<b>I</b>		PCR-Reverse Dot Blot.....	14	<b>U</b>	
IBD.....	7, 8, 33, 37, 38, 211, 212, 213, 226, 237, 244, 245, 265	pCVD432.....	203, 211, 241	UC.....	7, 8, 37, 38, 212, 213, 215, 226, 245
IBS.....	9, 34, 44, 45, 200	Peg-interferon.....	32	UGIB.....	30, 31, 47
idiopathic.....	208, 228, 229, 232	Peritonitis.....	254	ulcerative colitis.....	31, 33, 37, 38, 209, 212, 213, 226, 230, 231, 237, 245
IgA.....	13, 201	pH.....	204, 218, 231, 242, 247	ultrasonography.....	229, 240, 242
IgG.....	26, 27, 52, 206, 212, 224, 237	pneumonia.....	42, 234, 235	Ultrasound.....	228
IgG Antigliadin.....	13	polipe.....	247	Urea.....	36, 204, 236, 243
Ileoscopy.....	210, 232	Polymorphisms.....	207, 212	urease.....	28, 30, 36, 41, 47, 236, 243, 245, 248
immobility.....	229	polyps.....	31, 35, 225, 226	<b>V</b>	
immunity.....	29, 206, 207, 212	pre-biopsy.....	239	VacA.....	204
Immunohistochemistry.....	48	pregnant.....	39, 40, 231	vaccination.....	29, 40, 206, 207, 209, 210, 212, 238, 239
inertia.....	229	prolaps.....	247	virological.....	25, 33, 50
inflammatory.....	26, 33, 37, 209, 210, 211, 226, 230, 232, 234, 237, 244	Prophylactic.....	46	<b>Y</b>	
Interferon.....	25	proton pump.....	31	Yeast.....	204, 242, 244, 247
intrahepatic.....	40	PSC.....	8	<b>Z</b>	
Intravenous.....	25	PT.....	7, 10, 11, 17, 42, 203	Zeffix®.....	20
IPSID.....	39	PTT.....	7, 48		
Iron.....	35, 46, 50, 51, 52	PUD.....	8, 40		
Isospora.....	39	<b>R</b>			
<b>J</b>		radioopaque.....	229		
jaundice.....	41, 44, 240	Ranitidine.....	234		
<b>K</b>		Reflux.....	28, 44, 222, 231		
Ketoconazole.....	203, 204, 226, 227	regurgitation.....	31		
Kupffer.....	13	Renal.....	27		
<b>L</b>		resistance.....	37, 203, 204, 226, 247		
Lamivudine.....	20, 46	RIBA.....	4, 6, 24		
laparotomy.....	240, 246	Ribavirin.....	32		
laryngitis.....	31	Rifampin.....	41, 42		
LES.....	14, 218, 231, 254	ROME.....	9, 18		
leukemia.....	39	RUT.....	4, 221, 234		
LFT.....	7, 214, 216, 217, 240	<b>S</b>			
<b>M</b>		screening.....	28, 29, 37, 39, 40, 46, 48, 207, 224, 237, 238		
malignancy.....	34, 39, 42, 43, 49, 52, 225	SEC.....	13		
Manometric.....	231	Sensitivity.....	29, 30, 41, 48, 238, 240		
melena.....	26, 30, 47	Seroprevalence.....	25, 207, 237		
Metronidazole.....	23, 44, 205, 235, 236	sex.....	25, 27, 32, 35, 40, 42, 43, 44, 47, 48, 50, 202, 206, 209, 211, 212, 225, 230, 234, 236, 241, 244, 245, 248		
Microlithiasis.....	228	sinusitis.....	31		
mineral.....	209, 230	Sinusoidal Endothelial Cells (SEC).....	13		
morphology.....	242	smoking.....	32, 40, 41, 43, 47, 212, 225, 244, 245, 249		
MRCP.....	10, 40	solitary rectal ulcer.....	31		
<b>N</b>		sphincterotomy.....	24, 27, 229, 230		
nausea.....	40	Stellate Cells.....	13		
Nitroglycerin.....	24	stone.....	31, 230		
NSAID.....	4, 26, 27, 32, 40, 41, 47	stress.....	48, 247		
NUD.....	5, 29, 30, 40, 220	Sucralfate.....	234		
<b>O</b>					
OAMB.....	8				
Obese.....	39				
Omeprazole.....	23, 31, 242				

بسمادواژگان مکان‌ها - صفحه ۱۹۵ تا ۲۶۸ ویژه نامه (گوارش شماره ۴۲)، صفحه ۶۴ تا ۶۷ متمم (گوارش شماره ۴۳)

<b>الف</b>	<b>ب</b>	<b>ب</b>	<b>ب</b>
اروپا..... ۱۵	بندر عباس..... ۱۵، ۱۲، ۱۱	فروین..... ۹	ق
اروپه..... ۱۶	تبریز..... ۲۲۲، ۲۱۵، ۲۱۴، ۶، ۴	کومان..... ۲۱۶، ۲۱۴	ک
استهبان..... ۲۲	د	کرمانشاه..... ۲۲۲، ۱۸	ی
الگوودرز..... ۲۵۰	دلمقان..... ۱۰	گرماز..... ۱۰	ی
انگلتان..... ۱۵	ر	ه	ه
اهواز..... ۲۲۱، ۲۱۸	رشت..... ۲۵۸	هرمزگان..... ۱۵، ۱۲	س
ایالات متحده آمریکا..... ۲۵۳	س	عمدان..... ۲۳	س
ایران..... ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۹، ۷، ۶، ۴، ۳	سمنان..... ۱۸، ۱۰	ی	س
..... ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۱۹۵، ۱۹۸	ش	یاسوج..... ۲۵۳	ش
..... ۱۹۹، ۲۰۱، ۲۱۵، ۲۲۲، ۲۶۲	شاهرود..... ۱۰	یزد..... ۲۲۱	ش
ایرلند غربی..... ۱۵			

English Location Index - Pages 195-268 Gowareh No. 42, Pages 1-64 Gowareh No. 43

<b>A</b>	<b>K</b>	<b>U</b>
Ahwaz..... 33, 35, 49, 51, 211, 244	Karaj..... 203, 210, 211, 241	UK..... 49, 196, 197
Amsterdam..... 50, 197	Kerman..... 37, 239	USA..... 43, 207, 244
Arab..... 196, 197, 212, 245	khoramabad..... 26	<b>Z</b>
Arak..... 37, 213	Khouzeestan..... 211, 244	Zahedan..... 27, 52, 234
Ardabil..... 47, 49, 203, 226, 246, 248	<b>M</b>	Zanjan..... 37
<b>B</b>	Maryland..... 244	
Babol..... 26, 30, 51	Mashhad..... 34, 39, 206, 209, 211, 230, 236, 241	
<b>C</b>	<b>N</b>	
Canada..... 36	Nahavand..... 207, 212, 213	
Caspian..... 46	<b>R</b>	
Cleveland..... 43	Rasht..... 246	
<b>F</b>	<b>S</b>	
Fars..... 212, 245	Semnan..... 30, 31, 32, 36, 37, 40, 41, 43	
<b>G</b>	<b>T</b>	
Ghazvin..... 37	Tabriz..... 48	
Gorgan..... 244	Tehran..... 24, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248	
<b>I</b>	Tonekabon..... 225, 234	
Iran..... 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244		
Isfahan..... 40, 210, 232		
Italy..... 25, 43, 196, 207		

# GOWARESH

Official Journal of Iranian Association of  
Gastroenterology and Hepatology.

E-mail: medgi@ams.ac.ir

Volume 8, Number 43 Oct. 2003 (supplement)



Editor-in-Chief: Mirmadjlessi S.H., M.D.  
Executive Editor: Massarrat S., M.D.  
Editorial address: P.O.Box 14395-163, Tehran/Iran  
Executive Manager: Shafti M.

*Supplement of Special Issue:*

*Other Abstracts*

**Third Iranian Congress of  
Gastroenterology and Hepatology (ICGH3)**

**Second Iranian Nursing Congress of  
Gastroenterology and Hepatology (INCGH2)**

*Oct 18-22, 2003, Tehran, Iran*

## Contents:

Introduction 3

### *ICGH3 Other abstracts*

Other distinguished abstracts 4

### *Indexes*

Persian author index 53

English author index 55

Persian subject index 57

English subject index 61

Location index 63