

گزارش کنفرانس یک روزه بیماری‌های خوش خیم مری

۲۸ آبان ۱۳۷۹ - سالن کنفرانس بیمارستان شریعتی / تهیه کننده دکتر علی یونسی (دبیر اجرایی کنفرانس)

بیماری‌های خوش خیم مری بخصوص ازوفازیت ناشی از ریفلاکس اسید از معده به مری از جمله شایعترین بیماری‌های گوارشی در کشور ما محسوب می‌شوند و میزان شیوع این بیماری در ۱۰ سال گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و روش‌های تشخیصی و درمانی این بیماری در طی همین سال‌ها به سرعت متحول شده است. از علل احتمالی این افزایش می‌توان به تغییر رژیم‌های غذایی منجر به چاقی، ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری، فشارهای عصبی و صنعتی شدن اشاره کرد. در جوامع غربی آمار نشان می‌دهد که در طی یک دوره یک ماهه از هر ۳ نفر یک نفر از بازگشت اسید به مری رنج می‌برد. در مورد ایران آماری در دست نیست ولی متخصصان با توجه به تجربیاتی که داشته‌اند آماری در همین حدود را برای جامعه ایران پیش‌بینی می‌کنند.

با توجه به اهمیت بیماری‌های خوش خیم مری، کنفرانس یک روزه‌ای ویژه این نوع بیماری‌ها در روز ۲۸ آبان ۱۳۷۹ در بیمارستان شریعتی تهران با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شد. در این کنفرانس گروهی از اساتید ایرانی مقیم داخل و خارج از کشور آخرین دستاوردهای تشخیصی، درمانی در ایران و جهان را در زمینه بیماری‌هایی نظیر بازگشت اسید معده به مری (GERD) و آسلازی عرضه کردند.

دکتر رضا ملک‌زاده نخستین سخنران این کنفرانس بود که مقدمه‌ای در مورد بیماری آسلازی برای حاضران بیان کرد و سپس دکتر جواد میکائیلی در مورد آسلازی در ایران (معرفی ۳۰۰ مورد)، دکتر یعقوبی در مورد مقایسه دو روش درمانی BT و PD، دکتر محمود واعظی در مورد تجربیات آسلازی در جهان، دکتر هدایت، دکتر مرآت در مورد آناتومی و فیزیولوژی مری، دکتر ستوده در مورد آسیب‌شناسی مری، دکتر ناصری مقدم در مورد اپیدمیولوژی ازوفازیت در جهان و ایران، دکتر محمود واعظی در مورد فیزیوپاتولوژی GERD، دکتر رضا ملک‌زاده در مورد مری‌بارت، دکتر قدرت‌الله منتظری در مورد pHمتری و تست حرکتی، دکتر ملک‌زاده و دکتر عظیمی در مورد درمان طبی بیماری GERD و دکتر خالقی‌نژاد در مورد درمان جراحی بیماری GERD سخنرانی کردند.

در این کنفرانس یک‌روزه همچنین دو پانل یکی با موضوع: تشخیص و درمان آسلازی داخلی و جراحی با حضور دکتر هدایت، دکتر محمود واعظی، دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر آقازاده و دکتر جواد میکائیلی و پانل دیگر با عنوان GERD داخلی و جراحی با حضور دکتر محمود واعظی*، دکتر خطیبیان، دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر محمدرضا زالی و دکتر خالقی‌نژاد برگزار شد. در ادامه گزارشی از مقالات ارائه شده در این کنفرانس را می‌آوریم

* - دکتر محمود واعظی، اکنون در مرکز بیماری‌های مری در کلینیک کلیولند (آمریکا) فعالیت می‌کنند و تهیه راهنمای درمانی (Guidline) بیماری آسلازی را برای انجمن متخصصان گوارش و کبد آمریکا (AGA) بر عهده دارند.

آسلازی

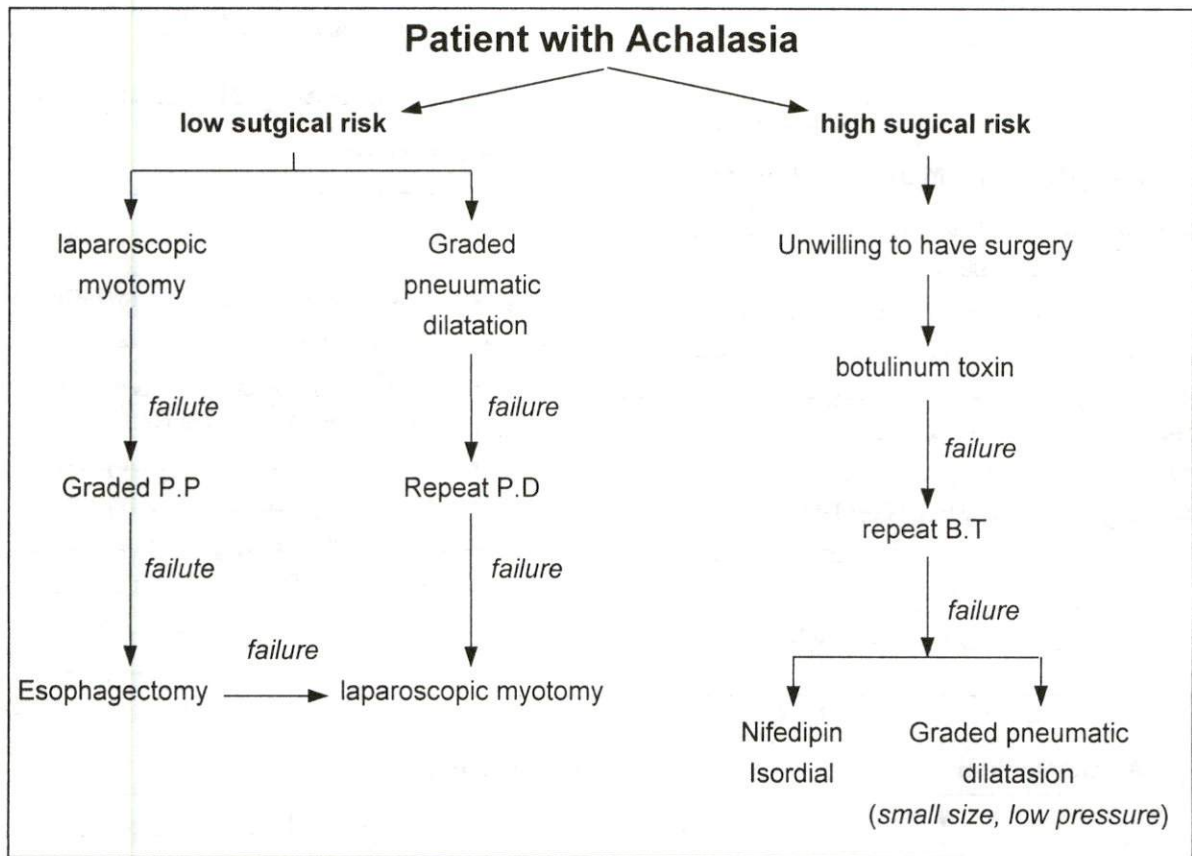
دانسته‌های کنونی ما

دکتر محمود واعظی

بر اساس دانسته‌های کنونی ما آسلازی یک بیماری اولیه حرکتی مری با علت نامعلوم می‌باشد که باعث شکایاتی چون دیسفاژی، ترش کردن و درد سینه می‌گردد. درمان کنونی برای آسلازی شامل کاهش فشار LES است که منجر به تخلیه بهتر مری می‌گردد. دیلاتاسیون اندوسکوپیک به وسیله هوا اکنون مؤثرترین روش غیرجراحی برای بیماران آسلازی است. با استفاده از بالون‌های مقاوم، گشادکننده‌های

هوایی فعلی بسیار مؤثرتر بوده، اثرات بهتری نسبت به بالون‌های نرم‌تر قبلی دارند. روش‌های درمان دیلاتاسیون با هوا با استفاده از بالون‌های (Rigiflex 3, 5/3, 4 سانتیمتر) باعث بهبود در ۹۰٪ بیماران می‌گردد. گزارش‌های قبلی مبنی بر اثرات کمتر موفقیت‌آمیز دیلاتاسیون بادی در قیاس با جراحی با وجود نتایج موفقیت‌آمیز بالای گشادکننده‌های جدید Rigiflex دیگر اعتبار چندانی ندارد. با وجود پیشرفت در دیلاتاسیون با بالون‌ها و میوتومی اندوسکوپیک، اکثر بیماران دچار آسلازی، اکنون می‌توانند بین این دو روش مؤثر یکی را انتخاب کنند. تزریق سم بوتولینوم در LES باید برای بیمارانی که نمی‌توانند تحت دیلاتاسیون بالونی درمان شوند و در عین حال نامزد جراحی نیز نمی‌توانند باشند ذخیره گردد، مهار کننده‌های کانال کلسیم و نیترات‌ها در حالی که در گذشته به عنوان روش اول درمانی استفاده می‌شدند، اکنون تنها زمانی

الگوریتم درمان بیماران مبتلا به آشالازی



پذیرد. دسته‌ای که از این طریق درمان نگردند، به خصوص آنانی که دارای مگازوفاجوس (مری سیگموئیدی با قطر بیش از ۸ سانتیمتر) هستند، یا آنانی که فشار کم LES با علائم پایا دارند ممکن است نیاز به ازوفاگکتومی داشته باشند. در بیمارانی که نامزد عمل جراحی نیستند، درمان ابتدایی با سم بوتولینوم روش انتخابی ما است. نیفیدپین (Nifedipine) یا ایزوردیل (Isordil) ممکن است در آنانی که به سم بوتولینوم جواب نداده‌اند موثر باشد.

مورد استفاده قرار می‌گیرند که بیمار نتواند تحت دیلاتاسیون اندوسکوپی و جراحی قرار گیرد و به تزریق بوتولینوم نیز پاسخ ندهد. الگوریتم درمان بیماران علامت‌دار آشالازی که نامزد جراحی می‌باشند باید شانس استفاده از دیلاتاسیون پله‌ای هوایی با استفاده از Rigidflex و یا کاردیومیوتومی را داشته باشند (شکل). انتخاب بین این دو روش بستگی به تمایل مؤسسه و تجربه آنان دارد. در بیماران بدون پاسخ به دیلاتاسیون با بالون، میوتومی مری از طریق لاپاراسکوپی باید انجام پذیرد. در موارد شکست میوتومی، دیلاتاسیون بادی مجدد باید صورت

منابع:

1. Vaezi M, Richter J. Current therapies for achalasia. J. Clin Gastroenterol. 1998; 27:21-35.
2. Speiss AE, Kahrilas PJ. Treating achalasia: from whalebone to laparoscope. JAMA 1998; 280:638-42.
3. Eckardt VF, Aignherr C, Bernhard G. Predictors of outcome in patients with achalasia treated by pneumatic dilation. Gastroenterology 1992; 103:1732-1738.
4. Kadakia SC, Wong RKH. Graded pneumatic dilation using Rigidflex achalasia dilators in patients with primary esophageal achalasia. Am J Gastroenterol 1993; 88:34-38.
5. Abid S, Champion G, Richter JE, McElvein R, Slaughter RL, Koehler RE. Treatment of achalasia: the best of both worlds. Am J Gastroenterol 1994; 89:979-985.
6. Vaezi MF, Baker ME, Richter JE. Assessment of esophageal emptying post-pneumatic dilation: Use of a timed-barium esophagram. Am J Gastroenterol 1999; 94:1802-1807.
7. Pasricha PJ, Rai R, Ravich WJ, Hendrix TR, Kalloo AN. Botulinum toxin for achalasia: long-term outcome and predictors of response. Gastroenterology 1996; 110:1410-1415.
8. Vaezi MF, Richter JE, Wilcox M, Schroeder P, Slaughter R. Botulinum toxin versus pneumatic dilation in the treatment of achalasia: a randomized trial. Gut 1999; 44:231-239.

نقش اسید و صفرا

در بازگشت مواد از معده به مری

دکتر محمود واعظی

مقدمه:

لغت GEnRD^(۱) (بازگشت مواد از دوازدهه و معده به مری) به بازگشت مواد از دوازدهه از طریق پیلور به معده، که در پی آن منجر به بازگشت مواد به مری می‌گردد اطلاق می‌شود. قبلاً لغت بازگشت صفرا و بازگشت قلیا یعنی Alkaline Bile Reflux برای توصیف این روال به کار می‌رفت. اما محتویات دوازدهه بیشتر از صفرا تشکیل شده است و مطالعات اخیر نشان داده است که لغت بازگشت قلیا اشتباهی در نام‌گذاری است چرا که pH قلیایی (بیش از ۷) با بازگشت محتویات دوازدهه مرتبط نیست. نقش اسید در GEnRD و در ایجاد آسیب‌های مری آزمایش‌ها و تجربیات متعدد بالینی به اثبات رسیده است و اهمیت

زیادی برای اسید و پپسین در ایجاد آسیب مخاطی مری می‌توان قائل شد. آزمایش‌های انجام گرفته بر روی حیوانات بیانگر آن است که اسید مخلوط شده با پپسین باعث آسیب جدی‌تری در مقایسه با اسید تنها می‌گردد. علاوه بر این، مطالعات بالینی نشان دهنده رابطه میان شدت آسیب مری و بازگشت اسید اندازه‌گیری شده در طی مراقبت

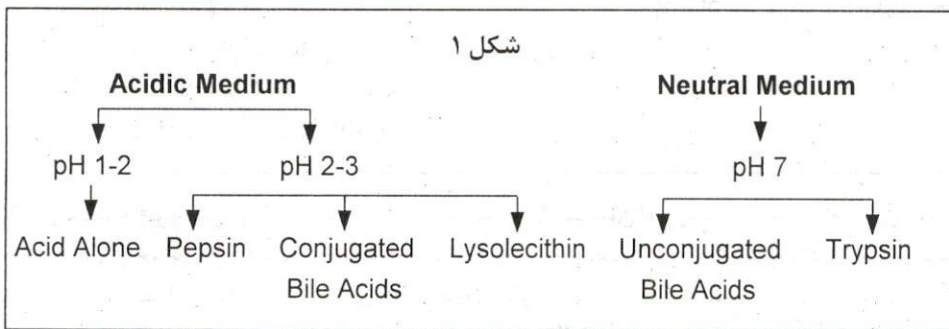
اسیدپته مری در طی ۲۴ ساعت وجود دارد^(۲). اما باید در نظر داشت که تناوب و طول مدت در معرض اسید قرار گرفتن همیشه پیشگوی مناسبی برای درجه آسیب مخاط مری نیست. سوای آن فاکتورهای مهم دیگری در GEnRD وجود دارد. نقش اجزای مختلف مواد داخل دوازدهه آسیب‌زا به مری در مطالعات حیوانی به دقت بررسی شده است. از این مطالعات برداشت می‌شود که اسیدهای صفراوی کنژوگه و

لیزولستین، که یک محصول فرعی هیدرولیز لستین در صفرا به وسیله آنزیم‌های پانکراس است، عاملان اصلی تخریب در pH اسیدی هستند، در حالی که اسیدهای صفراوی غیرکنژوگه و تریپسین مجرمان اصلی در pH های خنثی هستند (شکل ۱).

Esophageal Mucosal Injury

به تعمیم دادن نتایج آزمایش‌های حیوانی به انسان‌ها اشکالاتی وارد است. مشکل اصلی این است که هیچ استاندارد طلایی برای تشخیص GEnRD در انسان وجود ندارد. مطالعات اندوسکوپییک صفرا در انسان‌ها نشانگر ضعیفی از آسیب مری ناشی از صفرا است. کشیدن محتویات معده برای اندازه‌گیری اسید صفراوی و تریپسین، اگرچه کمک کننده است اما تنها بیانگر ارزیابی کوتاه مدت بازگشت محتویات دوازدهه به معده در طی یک دوره ۲۴ ساعته است. ارزیابی سینتیگرافیک برای GEnRD ایستا است و در ضمن باعث تایش رادیواکتیو به بیمار می‌گردد و نشان داده شده است که نتایج آن تداخلاتی دارد. استفاده از pH بیش از ۷ (بازگشت قلیا) نشانگری برای تماس مری با مواد دوازدهه نیست و دقیق نبودن آن ثابت شده است.

شکل ۱



اکثر موارد اسیدپته بیش از ۷ در مری به دلیل بلع بزاق و یا عملکرد بد پروب است. اخیراً یک اسپکتروفتومتر فیبر اپتیک جدید (بیلیتک ۲۰۰ ساخت سیناکتیک، استکهلم، سوئد) تهیه شده است که GEnRD را بدون ارتباط با اسیدپته می‌سنجد. این سیستم از خصوصیات نوری بیلیروبین، بیشترین رنگدانه موجود در صفرا استفاده می‌کند. اصل پایه‌ای این دستگاه جذب نور در طول موج بیلیروبین است که نشانگر حضور صفرا است که مبین GERD است. این وسیله به دقت به وسیله چند گروه آزمایش شده است و نشان دهنده ارتباط خوبی ($r=0.82$) میان مقادیر اندازه‌گیری شده توسط دستگاه و غلظت اسید صفراوی موجود در شیره معده بوده است^(۳). مطالعات اخیر با این وسیله در بیماران دچار بازگشت اسید، از جمله بیماران دچار بارت، نوری بر درک بهتر نقش GEnRD در ایجاد آسیب مخاطی مری تابانده است. این یافته‌ها ثابت می‌کند که افزایش در بازگشت هم اسید و هم ترشحات روده‌ای در بیماران دچار بارت که دچار بالاترین میزان بازگشت اسید و ترشحات روده‌ای هستند وجود دارد. علاوه بر آن، این مطالعات آشکار

۱ - توجه کنید آقای دکتر واعظی در این مقاله GERD را که حروف اول Gastro Esophageal Reflux Disease است و در زبان طبی کاملاً جا افتاده است برای Gastro Enteric Reflux Disease آورده‌اند و تأکید ایشان بر نقش ترشحات روده‌ای است و ایشان گاه این GERD را برای بازگشت ترشحات روده‌ای به کار گرفته‌اند. ما صلاح دانستیم تا زمان جا نیفتادن GERD برای برگشت معدی روده‌ای Gastro Enteric Reflux Disease آنرا به صورت GEnRD بنویسیم و GERD را هنوز برای بیماری ریفلکس معدی مروی (Gastro Esophageal Reflux Disease) نگهداریم.

نتیجه

مطالعات انسانی و حیوانی هر دو به شدت مطرح کننده این هستند که اسید عامل کلیدی آسیب مخاطی مری و مری بارت در بیماران دچار GERD است. مطالعات با روش‌های پیشرفته برای تشخیص GERD با استفاده از سنجش طیف نور و بدون در نظر گرفتن اسیدیته (بیلیتک) مبین آن است که محتوای دوازدهه اغلب در مری یافت می‌شوند. درجه تماس مری با اسید و GERD یک رابطه مستقیم و مشابه افزایش در نمونه‌های شاهد با بیماران دچار ازوفازیت نشان داد که بیشترین مقادیر در بیماران دچار بارت مشاهده می‌گردید. این رابطه نزدیک احتمال اثرات تقویتی اسید، پپسین و اسیدهای صفراوی کنژوگه در ایجاد و توسعه متاپلازی بارت و حتی احتمالاً آدنوکارسینوما را بالا برد. مطالعات انسانی نشان داد که GERD در محیط‌های بدون اسید (مانند بیماران پارشیال گاسترکتومی) ممکن است باعث ایجاد علائم گردد اما باعث ایجاد آسیب مخاطی مری نمی‌گردد. برخلاف این نظر بعضی گروه‌های جراحی معتقدند که سرکوب شدید اسید معده با مهارکننده‌های پمپ پروتون باعث کاهش اسید و GERD می‌گردد، شاید این عمل با کاهش حجم محتویات معده حاضر برای ریفلاکس انجام می‌شود. علاوه بر این، افزایش اسیدیته داخل معده و مری به وسیله مهارکننده‌های پمپ پروتون، اسیدهای صفراوی کنژوگه، به عنوان عامل اصلی GERD در ایجاد آسیب مری، را غیرفعال می‌کند. بنابراین مهارکننده‌های پمپ پروتون به گونه‌ای مؤثر ازوفازیت را حتی در موارد شدید بازگشت و مری بارت بهبود می‌بخشند.

References:

1. Champion G, Richter JE, Vaezi MF, Singh S, Alexander R. Duodenogastroesophageal reflux: relationship to pH and importance in Barrett's esophagus. *Gastroenterology* 1994; 107:747-754.
2. Vaezi MF, Singh S, Richter JE. Role of acid and duodenogastroesophageal reflux in esophageal mucosal injury: a review of animal and human studies. *Gastroenterology* 1995; 108:1897-1907.
3. Vaezi MF, Richter JE. Role of acid and bile in gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 1996; 111:1192-1199.
4. Vaezi MF, LaCamera EG, Richter JE. Validation studies of Bilitec 2000: an ambulatory duodenogastric reflux monitoring system. *Am J Physiol* 1994; 267:G1050-1057.5.
5. Vaezi MF, Richter JE. Contribution of acid and duodenogastroesophageal reflux to esophageal mucosal injury and symptoms in partial gastrectomy patients. *Gut* 1997; 41:297-302.6.
6. Vaezi MF, Sears R, Richter JE. Double-blind placebo-controlled cross-over trial of cisapride in postgastrectomy patients with duodenogastric reflux. *Dig Dis Sci* 1996; 41:754-763.

LES قرار می‌گیرد. دستگاه قابل حمل که به بیمار وصل می‌شود قادر است هر ۶ ثانیه یک بار pH را در محل مذکور ثبت کند. به این ترتیب مقدار ریفلاکس، مدت زمان آن و درجه اسیدیته در ۲۴ ساعت در تمام حالات اعم از نشسته، ایستاده، خوابیده، قبل و بعد از غذا ثبت می‌شود. در صورتی که مری بیش از ۴ درصد زمان از کل مدت ۲۴ ساعت با اسید $pH < 4$ برخورد داشته باشد، بیمار قاعداً دچار علائم خواهد شد. در ریفلاکس معدی - مروی تا آنجا که علائم بالینی اختصاصی وجود داشته باشد مشکلی برای تشخیص و درمان وجود ندارد و نیازی برای pHمتری نیست ولی در دو سوم موارد ریفلاکس معدی - مروی علائم

کرد که تماس هم‌زمان با اسید و ترشحات روده‌ای شایعترین طرح بازگشت بود که در ۹۵٪ بیماران دچار بارت و ۷۹٪ بیماران GenRD رخ می‌داد. بدین ترتیب این مطالعات حمایت کننده یافته‌های آزمایش‌های حیوانی بود و نشان دهنده این موضوع که نوعی افزایش اثر میان اسید و بازگشت ترشحات روده‌ای در ایجاد ازوفازیت و مری بارت وجود دارد. نقش بازگشت ترشحات روده‌ای در ایجاد آسیب مخاطی مری، در غیاب بازگشت اسید، تا همین تاژگی معلوم نشده بود. بررسی‌ها در ۳۲ بیمار گاسترکتومی پارشیال دچار علائم بازگشت، مبین افزایش بازگشت ترشحات روده‌ای در ۷۸٪ بیماران بود^(۵). اما، ازوفازیت اندوسکوپیک تنها در افراد دچار بازگشت هم‌زمان اسید دیده می‌شد، این امر پیشنهاد کننده این مطلب است که GenRD بدون بازگشت اسید ممکن است تنها باعث ایجاد علائم، بدون ایجاد آسیب مخاطی مری گردد. علاوه بر آن دستگاه بیلیتک برای ارزیابی اثرات دارودرمانی در GenRD به کار رفت. مطالعات اخیر^(۶) نشان داد که سرکوب شدید اسید با امپرازول (۲۰ میلی‌گرم دو بار در روز) به طرز معجزه‌آسایی هم بازگشت اسید و هم GenRD را در بیماران دچار GenRD کاهش داده است. کاهش GenRD به وسیله امپرازول ممکن است مربوط به کاهش اسیدیته معده باشد که منجر به کاهش بازگشت محتوای معده می‌گردد. در بیماران بعد از عمل پارشیال گاسترکتومی که دچار علائم بازگشت بودند، یک مطالعه اخیر دو سو کور کنترل شده با پلاسبو و متقاطع^(۶) نشان داد که سیزاپراید (۲۰ میلی‌گرم چهار بار در روز) به طور آشکاری هم GenRD اندازه‌گیری شده به وسیله بیلیتک و هم علائم گوارشی مربوط به آن را کاهش می‌دهد.

کاربرد pHمتری و مانومتری

خلاصه سخنرانی - دکتر قدرت‌الله منتظری در کنفرانس

بیماری‌های خوش‌خیم مری

دانشیار گروه داخلی - گوارش بیمارستان دکتر شریعتی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

pH متری روشی است که با آن می‌توان ریفلاکس معدی - مروی را مورد ارزیابی قرار داد. نوک کاتاتر pHمتر حدود پنج سانتیمتر بالاتر از

حتی ممکن است فشار LES و شل شدن LES طبیعی باشد. بهترین یافته مانومتريک آشالازی وجود انقباضات همزمان - با دامنه کوتاه است (Low Amplitude Synchronous) تنه مری است که در صددرصد موارد وجود دارد. به عبارت دیگر امواج نرمال تنه مری در بیماری آشالازی اولیه وجود ندارد. در بیماری مری فندقشکن ارتفاع و دامنه امواج بیشتر از حد طبیعی است. اسپاسم منتشر مری در مانومتري وجود امواج نرمال به همراه امواج همزمان با دامنه کوتاه است. در این گونه موارد امواج نرمال نباید بیشتر از دو سوم کل امواج را تشکیل دهد.

۲) قبل از عمل جراحی Fundoplication قدرت انقباضات مری باید مورد ارزیابی قرار گیرد.

۳) قبل از عمل جراحی میوتومی در آشالازی اولیه، انجام مانومتري جهت تشخیص ضرورت دارد.

۴) دانستن محل LES در بیمارانی که نیاز به pHمتری دارند.

« ۷۱ بیمار با آشالازی اولیه مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران از ۲ تا ۹۲ سال سن داشتند. دیسفاژی به جامدات علت اصلی مراجعه بوده است (صددرصد موارد). بهترین یافته مانومتري وجود امواج نرمال بادامنه کوتاه بوده است (صددرصد موارد). گروه آشالازی Vigorous از نظر کاهش وزن با گروه کلاسیک از نظر آماری اختلاف معنی داری داشتند ($P=0.001$). در ۱۸ بیمار، مانومتري بعد از دیلاتاسیون با بالون انجام شد. افت فشار LES و افت فشار تنه مری در حالت استراحت نسبت به بعد از درمان از نظر آماری معنی دار بوده است ($P=0.01$). برگشت امواج طبیعی بعد از معالجه در هیچ یک از موارد مشاهده نشد.»

قابل رؤیت در اندوسکوپی ندارد و از طرف دیگر ممکن است تظاهرات بالینی غیرمروی ریفلاکس مثل آسم، سرفه مزمن، لارنژیت و دردهای غیرقلبی و امثال آن بروز کند. در این گونه موارد از pHمتری ۲۴ ساعته به عنوان یک وسیله تشخیصی مهم استفاده می کنیم.

دیگر موارد کاربرد pHمتری زمانی است که طیب ناچار است توانائی داروها در تخفیف اسیدیتة معده را بسنجد. به عنوان مثال بیمار از داروی PPI به حد کفایت استفاده می کند ولی علائم بالینی تخفیف پیدا نمی کند، در این وضعیت انجام pHمتری ضرورت خواهد داشت و نشان می دهد که آیا شکایت بیمار مربوط به ناتوانی دارو است و یا مشکل دیگری در میان است؟ و یا این که به هر دلیل بیمار نیاز به عمل جراحی Fundoplication داشته باشد. تشخیص ریفلاکس با pHمتری و همچنین انجام مانومتري جهت ارزیابی قدرت انقباضات مری ضرورت دارد.

مانومتري روشی است که با آن می توان حرکات مری را مورد مطالعه قرار داد. در مانومتري فشار LES، محل LES، انبساط LES، قدرت انقباضات تنه مری را می توان ارزیابی کرد. کاربرد مانومتري به شرح زیر است:

۱) در بیماری های حرکتی مری، نظیر آشالازی (Achalasia) اولیه، مری فندقشکن (nutcracker esophagus) اسپاسم منتشر مری (Diffuse esophageal spasm)

در آشالازی معمولاً فشار LES بالاتر از حد طبیعی است، LES به درستی شل نمی شود ولی در تمام بیماران آشالازی این چنین نیست.

تأثیر دراز مدت TIPS در بیماران سیروتیک دچار سندرم هپاتورنال

شماره ۴۷ (اوت ۲۰۰۰)

این مطالعه بر روی ۴۱ بیمار مبتلا به سندرم هپاتورنال که کاندید پیوند کبد نبودند انجام شده است. ۳۱ نفر از این بیماران TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt) دریافت کرده و به مدت ۲۴ ماه پیگیری شده اند. فونکسیون کلیه در عرض دو هفته بعد از گذاشتن TIPS بهبود پیدا کرده و ۷۱٪ این بیماران بعد از ۶ ماه و ۴۸٪ بعد از یک سال زنده بوده اند در حالی که در بیمارانی که TIPS نگرفتند هیچ کدام بیشتر از سه ماه عمر نکردند.

نتایج تزریق داخل اسفنکتری توکسین بوتولسم در بیماران مبتلا به آشالازی

شماره ۴۶ (ژوئیه ۲۰۰۰)

در یک مطالعه چند مرکزی ۱۱۸ بیمار به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند و به ترتیب ۵۰ واحد در یک گروه، ۲۰۰ واحد در یک گروه در یک نوبت و ۲۰۰ واحد در گروهی دیگر در دو نوبت (دو تزریق ۱۰۰

خلاصه مقالات انتخاب شده

از مجله GUT در سال ۲۰۰۰

ترجمه از: دکتر جواد میکائیلی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

نقش موتاسیون ژن ki-ras در افتراق تنگی های

خوش خیم از بدخیم مجاری صفراوی

شماره ۴۷ (سپتامبر ۲۰۰۰)

در این مقاله از ۱۱۷ بیمار که جهت بررسی تنگی مجاری صفراوی تحت ERCP قرار گرفته اند نمونه صفرا جهت بررسی گرفته شده و موتاسیون Ki-ras روی DNA استخراج شده از صفرا بررسی شده است. علاوه بر ERCP در تمام بیماران سیتولوژی با کشیدن برس و بیوپسی نیز انجام گردیده و در نهایت تنگی های بدخیم با جراحی ثابت شده است. موتاسیون ژن ki-ras در ۲۴/۴٪ تنگی های بدخیم وجود داشته در حالی که فقط در ۴٪ آنهايي که تنگی خوش خیم داشته اند وجود داشته است.

۲۰٪ از گروه پلاسبو بدون علامت بودند و در افرادی که PMF-100 استفاده کردند مدفوع سفت و پشکل مانند و زور زدن موقع دفع کمتر بود و دفعات دفع به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش پیدا کرده بود. بنابراین تجویز دوزهای پائین محلول PEG ایزواسموتیک (300 ml معادل 17.52 gr روزانه) درمانی بدون عارضه و مؤثر در درمان یبوست‌های مزمن می‌باشد.

ریسک خونریزی از زخم در بیماران مبتلا به عفونت هلیکوباکتری پیلوری که داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) استفاده می‌کنند

Gut (2000) 46, No 3

در این مطالعه ۱۳۲ بیمار مبتلا به خونریزی گوارشی که در یک هفته قبل از انجام بررسی، NSAID استفاده کرده بودند با ۱۳۶ نفر افراد کنترل که NSAID استفاده می‌کردند ولی عوارض گوارشی نداشتند مقایسه شده‌اند. مثبت بودن H.P با سرولوژی و یا U.B.T بررسی شده بود.

H.P در ۵۷٪ افراد مبتلا به خونریزی و ۴۳٪ افراد کنترل وجود داشته است. ضمناً خونریزی از زخم پپتیک در کسانی که سابقه خونریزی از زخم، دیسپپسی در سه ماه قبل از زمان بررسی و نیز مصرف مشروبات الکلی داشته‌اند بیشتر بوده ولی با کشیدن سیگار رابطه‌ای نداشته است. نتیجه‌گیری این مقاله این بوده که در مصرف کنندگان NSAID که عفونت با H.Pylori دارند خطر خونریزی از زخم پپتیک تقریباً دو برابر کسانی است که NSAID استفاده می‌کنند ولی عفونت با H.P ندارند.

افزایش خطر شکستگی‌های استخوان در بیماران مبتلا به کرون

Gut(2000) 46, No 2

نتیجه مطالعه این بوده که در زنان مبتلا به بیماری کرون خطر شکستگی‌های استخوانی افزایش دارد ولی این افزایش در مردان مبتلا به کرون و بیماران مبتلا به کولیت اولسراتو دیده نمی‌شود. افزایش خطر شکستگی در بیماران مبتلا به کرون با افزایش طول دوره درمان با کورتیکواستروئیدهای سیستمیک رابطه داشته است.

تغییرات ترشح اسید معده قبل و بعد از ریشه‌کنی هلیکوباکتری پیلوری

Gut 2000 46, No 1

در این مطالعه ۲۶ بیمار مبتلا به زخم اثنی عشر و ۳۳ بیمار مبتلا به زخم معده که همگی مبتلا به عفونت هلیکوباکتری پیلوری بودند بررسی شدند و ترشح اسید معده این افراد قبل و بعد از ریشه‌کنی H.P با تست جدید EGT (endoscopic gastrin test) اندازه‌گیری شد. ضمناً بررسی هیستولوژیک مخاط معده و اندازه‌گیری سطح گاسترین پلاسما

واحدی به فاصله ۳۰ روز) از توکسین بوتولیسیم (Botox) دریافت کردند. در پایان ۱۲ ماه پیگیری ۱۹٪ از بیمارانی که ۲۰۰ واحد توکسین (در دو نوبت صد واحدی به فاصله سی روز) گرفته بودند دچار عود علائم شدند در حالی که علائم در ۴۷٪ آنهایی که ۵۰ واحد و ۴۳٪ آنهایی که ۲۰۰ واحد توکسین در یک نوبت دریافت کرده بودند عود کرد. ضمناً در کسانی که Vigorous Achalasia داشتند پاسخ به درمان با Botox بهتر بود. در مجموع به نظر می‌رسد که دو تزریق صد واحدی Botox به فاصله سی روز رژیم درمانی مؤثرتری در درمان بیماران آشالازی با توکسین بوتولیسیم باشد.

تأثیر ریشه‌کنی هلیکوباکتری پیلوری روی گاستریت مزمن در طول درمان با امپرازول

Gut (2000) 46, No, 5

در این مطالعه آینده‌نگر بیماران مبتلا به ازوفازیت ناشی از ریفلاکس که مبتلا به عفونت با H.Pylori نیز بوده و با امپرازول به مدت ۱۲ ماه تحت درمان بودند به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. در یک گروه ریشه‌کنی H.P با امپرازول، کلاریترومایسین و آموکسی سیلین صورت گرفت و در گروه دیگر ریشه‌کنی H.P انجام نشد. در کسانی که عفونت H.P ادامه یافت در طول درمان التهاب فعال در تنه معده افزایش و در انتروم معده کاهش پیدا کرد ولی در افرادی که عفونت H.P با درمان ریشه‌کن شد التهاب فعال و مزمن هم در تنه و هم در انتروم کاهش پیدا کرد. بنابراین ریشه‌کنی H.P از افزایش شدت گاستریت در تنه معده که به دنبال مهار شدید ترشح اسید معده با امپرازول ایجاد می‌شود جلوگیری می‌کند.

اثر Sumatriptan روی تون فوندوس معده و احساس درد ناشی از اتساع معده

Gut(2000) 46, No, 4

Sumatriptan یک آگونیست رسپتور تیپ یک سروتونین (5-HT1) است که تجویز آن باعث شل شدن (relaxation) فوندوس معده می‌شود و آستانه ایجاد درد و ناراحتی ناشی از اتساع معده افزایش پیدا می‌کند. بنابراین اثر Sumatriptan روی فوندوس معده می‌تواند در درمان Functional Dyspepsia مورد استفاده قرار بگیرد.

اثرات دراز مدت و بی‌خطر و قابل تحمل بودن دوزهای پائین و روزانه محلول الکترولیتی ایزوتونیک پلی‌اتیلن گلیکول (PEG) که به اسم محلول PMF-100 نامیده می‌شود در درمان یبوست مزمن فونکسیونل

Gut(2000) 46, No 4

مصرف این محلول به مدت ۶ ماه به صورت double-blind با پلاسبو مقایسه شده است. در پایان مطالعه ۷۷٪ از گروه PMF-100 و

قبل از درمان و ۷ ماه بعد از ریشه‌کشی H.P انجام شد. نتایج این بررسی نشان داد که کاهش اسید معده در بیماران مبتلا به زخم معده و افزایش ترشح اسید معده در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر (نسبت به افراد کنترل) که قبل از درمان دیده می‌شد هر دو بعد از درمان ریشه‌کشی

H.P به طرف مقادیر طبیعی سیر کردند ضمناً افزایش اسید در بیماران مبتلا به زخم معده و کاهش ترشح اسید در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر بعد از درمان وجود داشت و در نهایت ترشح اسید در هر دو گروه طبیعی شد

روش کار (چگونگی انتخاب بیماران): ۳۵ بیمار که هپاتیت C داشتند و دو بار یا بیشتر به طور پیایی سطح آمینوترانسفراز طبیعی داشتند در طی ۶ ماه تحت بیوپسی کبد قرار گرفتند. نتایج حاصله با نتایج مشابه از بیوپسی ۳۵ بیمار با هپاتیت C که همیشه ALT بالا دارند توسط یک پاتولوژیست مقایسه شد.

نتایج: هیچ فرقی از نظر سن، جنس، مصرف الکل یا ریسک فاکتورهای هپاتیت بین دو گروه وجود نداشت. اندکس فعالیت هیستولوژیک 4 ± 2 نزد بیماران با سطح آمینوترانسفراز طبیعی و 7 ± 3 نزد بیمارانی بود که سطح بالای ALT را داشتند.

در آنهایی که سطح ALT نرمال بود 46% اسکور بالاتر از ۵ داشتند در مقایسه با 86% از گروه مقابل گروه‌ها Overlap قابل توجهی داشتند. از بیمارانی که آنزیم‌های کبدی طبیعی داشتند 90% فیبروز پلی (Bridging fibrosis) و 11% سیروز داشتند که ۷ نفر از این بیماران مرد بودند. از بیمارانی که ALT بالا داشتند 40% فیبروز پلی و 20% سیروز داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج هیستولوژیک در رد بیماری پیشرفته ناشی از هپاتیت C ارزشمندتر از مطالعات آزمایشگاهی است.

نظریه مرورگر: به نظر من، هنوز، شناخت سیر بالینی هپاتیت C و این که چه فاکتورهایی مسئول ایجاد بیماری پیشرفته نزد این بیماران هستند نیاز به بررسی بیشتر دارد.

Mutt AK et al. AM J Med 2000: 62-64

اثر امپرازول داخل وریدی در پیشگیری از عود خونریزی بعد از درمان اندوسکوپی زخم‌های خونریزی دهنده:

۲۴۰ بیمار با خونریزی در زخم پپتیک مورد بررسی قرار گرفتند. روش کار: بعد از هموستاز با تزریق اپی‌نفرین و تروموکوکوآکولاسیون بیماران به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه پلاسبو گرفتند و گروه دیگر ابتدا ۸۰ میلی‌گرم امپرازول و بعد انفوزیون امپرازول به میزان هر ۸ ساعت برای ۷۲ ساعت بعد از انفوزیون هر دو گروه ۲۰ میلی‌گرم امپرازول خوراکی در روز دریافت کردند. نقطه ختم مطالعه عود خونریزی بود.

یافته‌ها: در ۸ مورد از ۱۲۰ مورد ($6/7$) گروه انفوزیون امپرازول خونریزی عود کرد در حالی که عود در گروه پلاسبو ۲۷ از ۱۲۰ ($22/5$) بود. عود خونریزی در طی دوره انفوزیون (در ۷۲ ساعت اول) بیشتر بود. ۳ بیمار در گروه امپرازول نیاز به جراحی پیدا کردند، در حالی که در گروه پلاسبو ۹ نفر نیازمند به جراحی شدند. تعداد واحد خون مورد نیاز و طول مدت بستری در گروه امپرازول کمتر بود.

خلاصه مقالات مهم از مجلات گاستروانترولوژی جهان

گردآوری و تلخیص از: دکتر صادق مسرت

استفاده از کولونوسکوپی جهت ارزیابی بزرگسالان آسیمپتوماتیک برای کانسر کولون

روش کار: بعد از کنار گذاشتن بیمارانی که علائم یا تاریخچه بیماری کولونی داشتند ۳۱۹۶ بیمار وارد مطالعه شدند که از اینها ۳۱۲۱ نفر تحت کولونوسکوپی کامل قرار گرفتند. متوسط سنی بیماران ۶۳ سال بود و 97% بیماران مرد بودند و حدود 14% سابقه فامیلی سرطان کولون در بستگان درجه اول خود داشتند. همه بیماران تحت کولونوسکوپی قرار گرفتند و محل تومور، اندازه آن و بافت‌شناسی مربوط به پولیپ‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نئوپلاسم پیشرفته وقتی بود که یک آدنوم به اندازه یک سانتی‌متر یا بزرگتر بود و آدنوم ویلوس و یا آدنوم با دیسپلازی شدید و یا کانسر موجود بود.

یافته‌ها: در $27/5$ درصد از بیماران یک یا چند ضایعه نئوپلاستیک مشاهده شد و نئوپلاسم پیشرفته در $10/5$ درصد وجود داشت. از ۱۷۶۵ بیماری که در رکتوم، سیگموئید یا کولون نزولی پولیپ نداشتند ۴۸ نفر ($2/7$) دارای نئوپلاسم پیشرفته در قسمت پروگزیمال بودند و 52% از بیماران با نئوپلاسم پیشرفته پروگزیمال آدنوم دیستال نداشتند. حضور آدنوم‌های کوچک و بزرگ دیستال خطر آدنوم‌های پروگزیمال را افزایش می‌دهد ولی این قضیه در مورد پولیپ‌های هیپرپلاستیک دیستال صادق نیست.

نتیجه‌گیری: کولونوسکوپی روتین می‌تواند نئوپلاسم‌های پیشرفته را در بزرگسالان بدون علامت بالینی نشان دهد و حدود نیمی از آنهایی که ضایعات پیشرفته پروگزیمال دارند ضایعه‌ای در قسمت دیستال ندارند و اگر فقط رکتوسیگموئیدوسکوپی می‌شدند این ضایعات یافت نمی‌شدند.

Lieberman DA et al. N. Engl. J Med 2000: 162-168

بیوپسی کبد در بررسی بیمارانی که هپاتیت مزمن C دارند و مکرراً ALT نرمال یا نزدیک به نرمال دارند

موضوع: مقایسه نتایج بیوپسی کبد بیماران مبتلا به هپاتیت C با و بدون ALT افزایش یافته.

روش کلی: مطالعه پس‌نگر کنترل شده و مقایسه‌ای

نتیجه‌گیری: انفوزیون دوز بالای امپرازول مشخصاً خطر عود خونریزی را کم می‌کند.

نظر مرور کننده: این مقاله در تأیید جلوگیری از عود خونریزی با مصرف ۴۰ میلی‌گرم امپرازول خوراکی در روز می‌باشد.

Lau JYW et al. N. Engl. J. Med. 2000; 310 - 316

داروهای درمان AIDS به وسیله شرکت هندی

روزنامه نیویورک تایمز مورخ ۷ فوریه ۲۰۰۱ خبر می‌دهد که یک شرکت هندی به نام Cipla آمادگی خود را برای فرستادن مجموعه داروهای لازم جهت درمان بیماری AIDS به پزشکان بدون مرز که در آفریقای جنوبی به کمک بیماران رفته‌اند به قیمت ۳۵۰ دلار در سال برای هر بیمار اعلام کرده است رئیس این شرکت آقای یوسف حمید حاضر است این مجموعه دارو را برای بیماران کشورهای دیگر به قیمت ۶۰۰ دلار در سال برای هر بیمار تولید و ارسال نمایند در حالی که قیمت این داروها در کشورهای غربی ۱۰ تا ۱۵ هزار دلار در سال است. جمعیت پزشکان بدون مرز دو سال پیش کمپانی‌های کشورهای غربی را متهم به سودجویی و عدم آمادگی کمک برای بیماران فقیر آفریقا کرد به طوری که بالاخره این کمپانی‌ها آمادگی برای تحویل این داروها به قیمت هزار دلار در سال برای هر بیمار برای کشورهای اوگاندا، سنگال و رواندا شدند. قرار است شرکت هندی این داروها را در اواخر فوریه ۲۰۰۱ به قیمت ذکر شده در اختیار سازمان پزشکان بدون مرز قرار دهد و این سازمان هم اظهار امیدواری کرده است که با پائین آمدن قیمت این داروها برای یک سال برای هر بیمار از هزار به ۳۵۰ دلار نبرد خود را بر ضد بیماری AIDS در دیگر کشورهای آفریقای بیشتر ادامه دهد.

روش‌های عملی Surveillance بارت در ایالات متحده آمریکا:

روش کار: برای ۱۰۰۰ نفر گاستروانترولوژیست که در کلینیک‌ها و مراکز دانشگاهی کار می‌کردند پرسشنامه‌هایی با پست ارسال شد تا روش‌های عملی مربوط به مری‌بارت (B)، با دیسپلازی خفیف، B با دیسپلازی شدید و استفاده از ازوفازکتومی یا ablation برای درمان مری B مورد بررسی قرار گیرد.

یافته‌ها: ۴۵٪ به پرسشنامه‌ها جواب دادند که از اینها، ۷۹٪ مربوط به مراکز خصوصی بود. در ۹۶٪ موارد بررسی مراقبتی (Surveillance) انجام می‌شد ولی بازهم بیشتر در مراکز خصوصی. در مواردی که دیسپلازی وجود نداشت ۵۴٪ از پزشکان هر ۲ سال و ۲۴٪ هر یک سال اقدام به اندوسکوپی مجدد می‌کردند. وقتی که دیسپلازی خفیف بود بررسی مراقبتی را هر ۶ ماه (۵۱٪) و هر ۲ ماه (۱۷٪) انجام می‌دادند و اگر شدید بود بررسی مراقبتی را هر ۳ ماه (۵۰٪) و هر ۶ ماه (۸٪) و ۳۳٪ هم توصیه به انجام عمل جراحی داشتند. ۸۳٪ پزشکان از فورسپس‌های بیوپسی استاندارد استفاده می‌کردند.

درمان Ablative معمولاً به وسیله ۲۸٪ از پزشکان در حضور

دیسپلازی توصیه می‌شود. پزشکانی که کمتر از ۱۰٪ تجربه کاری داشتند بیشتر از سایرین توصیه به ازوفازکتومی برای دیسپلازی شدید می‌کردند.

نتایج: بررسی مراقبتی در مورد مری B خیلی متفاوت است و هیچ فاصله زمانی استاندارد یا تکنیک بخصوصی در این بررسی وجود نداشت.

نظریه: بررسی مراقبتی در مورد مری B تحت اختلاف نظر است چرا که فاکتورهای مختلفی را که در تعیین یک استراتژی مناسب برای پیشگیری به عمل می‌آید، بایستی تعیین کرد. با شواهد موجود بررسی مراقبتی سالانه بارت بدون دیسپلازی توصیه نمی‌شود.

Falck GW et al. Gastrointest. Endosc. 2000; 197-203

بررسی پیش‌آگهی درازمدت هپاتیت C اکتسابی در یک Cohort بر روی سرم‌های ذخیره شده از سال ۱۹۷۱ تا ۱۹۷۵

جهت بررسی سیر عفونت اکتسابی با ویروس هپاتیت C (HCV) در بیمارانی که در بین سال‌های ۱۹۷۱ تا ۱۹۷۵ دچار عفونت حاد HCV شده بودند این مطالعه صورت گرفت.

سرم ذخیره شده ۱۵۱۱ بیماری که هپاتیت حاد بین سال‌های ۱۹۷۱ تا ۱۹۷۵ داشتند به وسیله Elisa از نسل سوم از نظر Anti-HCV مورد بررسی قرار گرفت.

از این تعداد، ۲۳۸ مورد قویاً از نظر A-HCV مثبت بودند. پیگیری در این تعداد و نیز در ۴۷۶ موردی که سرنگاتیو بودند صورت گرفت. در حدود ۴۰٪ بیماران قابل پیگیری بودند و در حدود ۱۰٪ بیماران فوت شده بودند ولی بیش از ۸۵٪ از بقیه مطالعه را کامل کردند و بنابراین در مطالعه ۹۸ بیمار A-HCV مثبت و ۲۰۲ بیمار سرنگاتیو مورد بررسی قرار گرفتند.

نتیجه: در مقایسه با افراد سرنگاتیو، در افراد سرپوزیتو سابقه مصرف تزریقی دارو وجود داشت. ۸۷٪ بیماران به طور متوسط ۱/۵ سال قبل از بروز هپاتیت تزریقی وریدی داشتند، ۶۶٪ آنها ۳ بار یا بیشتر در هفته تزریق داشتند و ۹۰٪ بیماران از سوزن‌های مشترک استفاده می‌کردند. افراد سرپوزیتو الکل را به مدت طولانی‌تری مصرف می‌کردند. (۲۸۰ گرم در هفته در مقابل ۱۲۰ گرم در هفته). حدود ۳۰ - ۲۵ سال بعد از هپاتیت حاد ۵۴٪ از افراد سرپوزیتو HCV-RNA مثبت و ۴۶٪ منفی داشتند (به روش PCR).

افراد سرپوزیتو با عفونت مداوم HCV (HCV-RNA مثبت) فرکانس بالاتری از مصرف داروهای تزریقی داشتند و در مقایسه با بیماران A-HCV مثبت دارای HCV-RNA منفی، مصرف بیشتری از الکل داشتند.

در طی پیگیری، موربیدیت ناشی از بیماری کبدی در بیماران سرپوزیتو بیشتر از سرنگاتیو بود و تنها ۶٪ از افراد سرنگاتیو ALT غیرطبیعی داشتند و ۳٪ آنان شواهد هیستولوژیک یا بالینی سیروز کبدی داشتند. بر عکس ۴۲٪ از افراد سرپوزیتو ALT غیرطبیعی

داشتند. افزایش در میزان ALT در بیماران HCV-RNA مثبت بیشتر از منفی بود (۶۹٪ در مقابل ۱۴٪). به طور کلی ۶٪ از افراد سرروپوزیتیو دچار سیروز شدند که سیروز در افراد HCV-RNA مثبت مختصری بیشتر از انواع منفی بود (۸٪ در مقابل ۵٪). هیچ موردی از کارسینوم هیاتوسلولر (HCC) دیده نشد و مورتالیته ناشی از بیماری کبدی تنها در یک درصد از گروه سرروپوزیتیو مشاهده شد (در مقابل صفر درصد از گروه سرروتگاتیو). به طور کلی مورتالیته در گروه سرروپوزیتیو بالاتر از سرروتگاتیو بود (۱۲٪ در مقابل ۸٪) ولی افزایش در مورتالیته به دلیل افزایش میزان خودکشی و عوارض جانبی دارو بود تا ناشی از بیماری

کبدی. نتیجه‌گیری: سیر بالینی HCV اکتسابی نسبتاً خوش‌خیم بوده و تنها ۸٪ از بیماران در عرض ۳-۲ دهه دچار سیروز شده‌اند و حدود یک درصد از مرگ‌های ناشی از بیماری کبدی در این مدت ناشی از عفونت با HCV بوده است. نظریه مرورگر: افرادی که معتاد تزریقی هستند و آلودگی HCV مزمن دارند ممکن است از نظر موربیدیت و مورتالیته ناشی از بیماری کبدی با خطر کمتری نسبت به کبد چرب غیرالکلیک (NASH) مواجه باشند. Rodger AG et al. Hepatology 2000: 582-587

دوازدهمین کنگره جهانی گاستروانترولوژی

دوازدهمین کنگره جهانی گاستروانترولوژی در سال ۲۰۰۲ در شهر بانکوک (تایلند) از ۲۴ فوریه تا ۲ مارس تشکیل می‌شود، تاریخ خانمه پذیرش مقالات ۳۰ ژوئن ۲۰۰۱ است و خلاصه مقالات را می‌توان با پست الکترونیکی هم فرستاد. وجه شرکت در کنگره قبل از اول ژوئیه ۲۰۰۱، برابر ۶۵۰ دلار و پس از آن تا اول دسامبر ۷۰۰ دلار و بعدها ۷۵۰ دلار تعیین شده است. برای افراد در حال آموزش، وجه شرکت به ترتیب تاریخ ذکر شده ۲۵۰، ۲۵۰ و ۲۵۰ دلار است
آدرس تماس:

WCOG 2002 SECRETARIAL
CONGREX HOLLAND BV
P.O. BOX 302
1000 AH AMSTERDAM / THE NETHERLAND
HTTP:// WWW.WCOG2002.ORG
00662 - 6447113

نهمین کنگره گاستروانترولوژی اروپای متحد

۶ تا ۱۰ اکتبر ۲۰۰۱ - آمستردام - هلند

آدرس تماس:

Professional Conference Organiser
Scientific Secretariat
C/O Eurocongres
Conference Management
Jan Van Goyenkade 11
1075 HP Amsterdam
Tel: +31-(0)20-679 34 11
Fax: +31-(0)20-673 73 06
Website: www.uegw.org/uegw2001
e.mail: uegw@eurocongres.com

شرکت دو نفر از همکاران ایرانی در سمینار انجمن جهانی گاستروانترولوژی در جزیره کرت (یونان)

انجمن جهانی گاستروانترولوژی که هر چهار سال کنگره خود را با شرکت اعضاء انجمن‌های ممالک مختلف در یکی از کشورهای مورد قبول اکثریت نمایندگان برگزار می‌کند، مدتی است که برای گاستروانترولوژیست‌های جوان پیشنهاد شده از طرف انجمن‌های ملی، امکان شرکت در بعضی از سمینارهای علمی را فراهم می‌کند. حدود دو دوره است که با پیشنهاد انجمن‌های عضو در انجمن جهانی مخارج کامل مسافرت و اقامت دو نفر از افراد جوان و محقق را که در رشته گوارش فعالیت در ممالک خود می‌کنند در مدت زمان برگزاری کنگره جهانی می‌پردازد، علاوه بر آن در فاصله برگزاری دو کنگره جهانی، سمینارهایی هم در کشورهای مختلف برگزار می‌کند. و امکان شرکت محققین جوان در رشته گوارش را در این سمینارها فراهم می‌سازد. از جمله در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۰ کارگاهی در جزیره کرت (Crete) یونان برگزار شد که دو نفر از گردانندگان انجمن جهانی آقایان J.D. Wayo و J. Toouli مسئول برگزاری این کارگاه بودند و راجع به تدریس رشته گوارش به طور اعم، آموزش اندوسکوپی با استفاده از سیمولاتور، طب مستند Evidence based medicine، انجام بررسی‌های کلینیکی کنترل شده، چگونگی کسب اطلاعات الکترونیکی، طب اخلاقی در گوارش، چگونگی فراهم کردن و نوشتن مطالب علمی به شکل خلاصه (Abstract) و مقاله یا سخنرانی تجارب لازم را در اختیار شرکت‌کنندگان می‌گذاشتند. انجمن متخصصین گوارش ایران هم از زمانی که به عضویت انجمن جهانی گاستروانترولوژی پذیرفته شده است در جریان برگزاری کنگره‌ها و سمینارها قرار می‌گیرد، بنا به پیشنهاد هیئت مدیره انجمن دو نفر از همکاران جوان عضو از طرف انجمن در این سمینار شرکت کردند و از امکانات ارائه شده از طرف انجمن جهانی استفاده کردند. انجمن جهانی امیدوار است که شرکت‌کنندگان در این سمینارها بتوانند تجارب کسب شده را به همکاران خود در ممالک مختلف انتقال دهند، در کنگره جهانی گاستروانترولوژی که در فوریه سال ۲۰۰۲ در بانکوک در تایلند برگزار خواهد شد امکان شرکت دو نفر از همکاران جوان و فعال در تحقیقات و آموزش با قبول مخارج سفر و اقامت یک هفته‌ای آنان وجود دارد.

دومین کنگره بیماری‌های گوارش و کبد ایران ۵ تا ۹ آبان ۱۳۸۰ - تهران - سالن همایش‌های رازی

شرایط ثبت نام

- ۱- هزینه ثبت نام در کنگره ۱۵۰,۰۰۰ ریال است که باید به حساب ۱۷۵۸۷۴ بانک ملت شعبه سپهبد قرنی به نام آقایان دکتر میرمجلسی و دکتر آقازاده واریز و اصل رسید به همراه فرم تکمیل شده به نشانی دبیرخانه کنگره ارسال شود. (وجه در کلیه شعب بانک ملت قابل پرداخت و خواهشمند است فتوکپی رسید را نزد خود نگهدارید).
- ۲- هزینه ثبت نام در هر یک از کارگاه‌ها ۱۵۰,۰۰۰ ریال است و نحوه پرداخت آن پس از ثبت نام اعلام خواهد شد.
- ۳- امکان ثبت نام همزمان در هر سه کارگاه وجود دارد.
- ۴- با توجه به محدود بودن ظرفیت کارگاه‌ها، اولویت با افرادی است که زودتر اقدام به ثبت نام فرمایند.
- ۵- برای اعضای انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران ثبت نام در کنگره به صورت رایگان و در کارگاه‌ها با ۵۰ درصد تخفیف خواهد بود.
- ۶- دستیاران فوق تخصصی گوارش و کبد مشمول ۵۰ درصد تخفیف در ثبت نام کنگره و کارگاه‌ها می‌شوند.

انجمن متخصصین بیماری‌های گوارش و کبد با همکاری مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران دومین کنگره بیماری‌های گوارش و کبد ایران را در آبان ماه ۱۳۸۰ در تهران و در محل سالن همایش‌های رازی برگزار خواهد کرد. این کنگره با شرکت ده‌ها نفر از برجسته‌ترین دانشمندان گوارش و کبد جهان و حضور فعال اساتید و متخصصین داخل کشور به مدت ۴ روز از ۶ تا ۹ آبان ماه برگزار خواهد شد. سه کارگاه آموزشی در مورد اندوسکوپی فوقانی، اندوسونوگرافی، و اندوسکوپی درمانی کبد و مجاری صفراوی و لوزالمعده در روزهای قبل و بعد کنفرانس برگزار خواهد شد که به ویژه برای دستیاران فوق تخصصی گوارش و کبد طرح‌ریزی شده است. علاقه‌مندان به شرکت در این کنگره می‌توانند فرم ثبت نام را تکمیل و به نشانی دبیرخانه کنگره ارسال کنند.

نوع نگارش و ارائه خلاصه مقاله

خلاصه مقالات باید به دو زبان فارسی و انگلیسی ارسال شوند. رعایت نکات زیر در تهیه خلاصه مقاله ضروری است:

- ۱- عنوان مقاله
- ۲- نویسنده یا نویسندگان
- ۳- ارائه‌دهنده مقاله
- ۴- آدرس ارائه‌دهنده مقاله (به ویژه نشانی پست الکترونیک)

خلاصه مقاله باید شامل چهار بخش باشد:

- ۱- زمینه و اهداف (Aims & Background)
- ۲- روش‌ها (Methods)
- ۳- نتایج (Results)
- ۴- نتیجه نهایی (Conclusion)

نوع و تاریخ ارسال مقاله

خلاصه مقالات به صورت پستی و یا ترجیحاً با پست الکترونیک ارسال شود. (ارسال از طریق نمابر پذیرفته نمی‌شود) آخرین تاریخ پذیرش خلاصه مقالات ۱۵ مردادماه ۱۳۸۰ خواهد بود و تأیید یا عدم تأیید خلاصه مقاله تا ۳۱ شهریورماه به نویسندگان اعلام خواهد شد.

آدرس دبیرخانه کنگره:

تهران - خیابان کارگر شمالی - بیمارستان دکتر شریعتی - مرکز

تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد - کدپستی: ۱۴۱۱۴

تلفن: ۸۰۱۲۹۹۲ - نمابر: ۲۲۵۳۶۳۵

E-mail: icgh@ams.ac.ir

Web Page: www.ams.ac.ir/icgh

فرم ثبت نام شرکت در دومین کنگره بیماری‌های گوارش و کبد ایران

نام نام خانوادگی

مدرک تحصیلی

نشانی پستی:

تلفن:

نمابر:

پست الکترونیک:

- متقاضی شرکت در کنگره
- با ارائه مقاله
- بدون ارائه مقاله

- متقاضی شرکت در کارگاه
- اندوسونوگرافی
- اندوسکوپی درمانی فوقانی
- اندوسکوپی درمانی مجاری صفراوی (ERCP)

اولین همایش پرستاری بخش‌های گوارش و کبد و اندوسکوپی

۶ و ۷ آبان ۱۳۸۰ تهران - سالن همایش‌های رازی

نمونه نگارش و ارائه خلاصه مقالات

۱ - خلاصه مقاله را در یک صفحه A4 به صورت تایپ شده به همراه فرم تکمیل شده به آدرس دبیر شاخه پرستاری همایش ارسال فرمائید.

۲ - عنوان مقاله

۳ - نویسنده یا نویسندگان

۴ - آدرس ارائه‌دهنده مقاله بخصوص نشانی پست الکترونیک

خلاصه مقاله باید شامل چهار بخش زیر باشد:

۱ - زمینه و اهداف (Aims & Background)

۲ - روش‌ها (Methods)

۳ - نتایج (Results)

۴ - نتیجه نهائی (Conclusion)

نمونه و تاریخ ارسال مقالات

خلاصه مقالات به صورت پستی و یا ترجیحاً با پست الکترونیک ارسال شود. (ارسال از طریق نمابر پذیرفته نمی‌شود)
آخرین تاریخ پذیرش خلاصه مقالات ۱۵ مردادماه ۱۳۸۰ است و تأیید یا عدم تأیید خلاصه مقاله تا ۳۱ شهریورماه به نویسنده اعلام خواهد شد.

شرایط ثبت نام

۱ - هزینه ثبت نام در کنگره ۵۰,۰۰۰ ریال است که باید به حساب ۱۷۵۸۷۴ بانک ملت شعبه سپهبد قرنی به نام آقایان دکتر میرمجلسی و دکتر آقازاده واریز و اصل رسید به همراه فرم تکمیل شده به نشانی دبیرخانه کنگره ارسال شود. (وجه در کلیه شعب بانک ملت قابل پرداخت و خواهشمند است فتوکپی رسید را نزد خود نگهدارید).

۲ - هزینه ثبت نام در هر یک از کارگاه‌ها ۵۰,۰۰۰ ریال است و نحوه پرداخت آن پس از ثبت نام اعلام خواهد شد.

۳ - امکان ثبت نام همزمان در هر دو کارگاه وجود دارد.

۴ - با توجه به محدود بودن ظرفیت کارگاه‌ها، اولویت با افرادی است که زودتر اقدام به ثبت نام فرمایند.

آدرس دبیرخانه کنگره:

دبیر شاخه پرستاری

تهران - خیابان کارگر شمالی - بیمارستان دکتر شریعتی - مرکز

تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد - کدپستی: ۱۴۱۱۴

تلفن: ۸۰۱۲۹۹۲ - ۲۲۵۳۶۳۵

E-mail: icgh@ams.ac.ir

Web Page: www.ams.ac.ir/icgh

اولین همایش آموزشی، پژوهشی پرستاران بخش‌های گوارش و کبد و اندوسکوپی همزمان با دومین کنگره بین‌المللی گوارش و کبد ایران در روزهای ۶ و ۷ آبان ماه ۱۳۸۰ در تهران و در محل سالن همایش‌های رازی برگزار خواهد شد.

هدف از برگزاری این همایش بالابردن سطح آگاهی علمی شرکت‌کنندگان و ارائه تازه‌های علم پرستاری در زمینه بیماری‌های گوارش و کبد و تبادل نظر در مورد تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده در سطح کشور است.

محورهای اصلی این همایش به شرح زیر است:

۱ - پرستاری از بیماران در بخش پیوند کبد.

۲ - مراقبت از بیماران کبدی به خصوص مبتلایان به هپاتیت‌های ویروسی.

۳ - آموزش بیماران در حین درمان، پیگیری و مراقبت در منزل.

۴ - کنترل عفونت در بخش‌های اندوسکوپی

۵ - آماده‌سازی بیمار برای اندوسکوپی فوقانی (خونریزی حاد و اسکروتراپی و ...) و اندوسکوپی تحتانی (پولیپکتومی، کولیت اولسروز، کرون و ...)

همزمان با این همایش کارگاه‌های عملی توسط شرکت‌های Olympus و Pentax جهت آموزش نحوه ضدعفونی و نگهداری از اندوسکوپ برگزار خواهد شد.

فرم ثبت نام شرکت در اولین همایش پرستاری بخش‌های گوارش و کبد و اندوسکوپی

نام نام خانوادگی

مدرک تحصیلی

نشانی پستی:

تلفن:

نمابر:

پست الکترونیک:

با ارائه مقاله متقاضی شرکت در کنگره

بدون ارائه مقاله

Olympus متقاضی شرکت در کارگاه

Pentax

هشتمین کنگره بین‌المللی فدراسیون آسیایی

کولوپروکتولوژی

۱۵ تا ۱۸ آبان ۱۳۸۰ - تهران - سالن همایش‌های رازی

هشتمین کنگره بین‌المللی فدراسیون آسیایی کولون و رکتوم که یکی از چهار فدراسیون جهانی این رشته است از ۱۵ تا ۱۸ آبان ۱۳۸۰ با مشارکت اساتید و پژوهشگران ایرانی و میهمانانی از کشورهای آمریکا، ژاپن، انگلستان (بیمارستان سنت مارک لندن) و ... در مرکز همایش‌های رازی دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار خواهد شد. این همایش به ابتکار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران و با هماهنگی دکتر آبکاریان ریاست ASCRS و انجمن جراحان کولون و رکتوم آمریکا و با همکاری اساتید و متخصصان رشته کولوپروکتولوژی ایران برگزار خواهد شد.

هدف از برگزاری این همایش، آشنایی با تجربیات و شیوه‌های مورد استفاده متخصصان و اساتید خارج از کشور و امکان ایجاد ارتباط علمی با مراکز تخصصی و دانشگاهی مختلف است.

موضوعات مورد بحث همایش عبارتند از:

Colorectal Surgery	Pathology
Digestive Endoscopy	Pediatric Surgery
Gastroenterology	Radiology
Laparoscopy	Ultrasound
Genetic & Cancer	Laser
Adjuvant therapy	Eradication

علاقه‌مندان به شرکت در این همایش می‌توانند فرم ثبت نام زیر را تکمیل و به نشانی دبیرخانه این همایش: مرکز همایش‌های محمدبن زکریای رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران - ضلع جنوبی اتوبان شهید همت، نرسیده به بزرگراه شهید چمران ارسال فرمایند. (صندوق پستی ۶۱۷۱ - ۱۵۸۷۵ - تلفن: ۸۰۵۴۴۱۵ - ۸۲۹۴۲۷۱۵ - نمابر: ۸۰۵۴۴۱۴)

فرم ثبت نام اولیه در کنگره پروکتولوژی

نام نام خانوادگی.....
رشته تخصصی
شماره نظام پزشکی:.....
متقاضی ارائه مقاله در کنگره بلی خیر
عنوان مقاله پیشنهادی:
آدرس دقیق و شماره تلفن تماس:.....
.....

نکاتی در مورد مقالاتی که برای مجله ارسال می شوند

* - تا جایی که ممکن است در نگارش مقاله از کلمات اصیل فارسی استفاده کنید و مقاله را در سه نسخه تایپ شده و در صورت امکان همراه با دیسکت (فایل) ارسال فرمایید.

* - عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان، عنوان دانشگاهی و مرتبه علمی آنها، محل کار، محل تحقیق، ضمایم مقاله (شامل عکس، تصویر، دیسکت و ...)، نشانی دقیق و شماره تلفن نویسنده مسئول را در صفحه اول ذکر فرمایید.

* - مقالات پژوهشی باید به غیر از خلاصه شامل مقدمه، مواد و روش کار، نتایج، بحث و فهرست منابع باشد. خلاصه مقاله به زبان فارسی و انگلیسی و هر کدام در حداکثر ۲۵۰ کلمه که از یک صفحه A4 تجاوز نکند 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 واضح چگونگی انتخاب موارد، تعداد، مشخصات و روش کار قید شود. چگونگی استفاده از آمار و اسم همکار متخصص آمار و سایر 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 اختلافات مورد بحث قرار گیرد. در خاتمه بحث در چند سطر نکته‌های مهم نتایج، مجدداً به عنوان چکیده اصلی که پژوهشگران به آن رسیده‌اند برای خواننده بازگویی شود.

* - در صورتی که می‌خواهید مقاله‌ای را برای مجله گوارش ترجمه کنید قبلاً با شورای نویسندگان هماهنگی فرمایید.

* - مقالاتی که حاوی گزارش معرفی موارد و بیماری‌های نادر هستند (Case Report) باید کوتاه باشند.

* - ذکر منابع علمی (References) به ترتیب زیر صحیح است:

◀ نام خانوادگی، حرف اول نام [.] [.] [.] [.] «» عنوان مقاله [«] اسم مجله ▶ سال انتشار [:] [:] «» شماره سالانه (Volume) [:] [:] «» صفحه اول مقاله مرجع [-] «» صفحه آخر مقاله مرجع (مثال):

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

(شماره مسلسل مجله فقط در مجلاتی که در هر شماره از صفحه یک

شماره‌گذاری می‌شوند، آورده شود.)

* - در صورت شرکت بیش از ۶ 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 پیگیری باشند و در پایان مقاله ذکر شوند.

* - در بالای هر جدول باید عنوان آن که نشانگر محتویات جدول است درج و جدول‌ها به ترتیب نمره‌گذاری 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.

امتیازهایی که به نویسندگان مقاله در مجله گوارش تعلق می‌گیرد:

۱ - نویسندگان مقالات تحقیقی در مجلاتی که هنوز به عنوان پژوهشی شناخته نشده‌اند، مطابق مصوبه پیشنهادی کمیسیون نشریات پزشکی تا ۶۰ درصد امتیاز چاپ مقاله در مجلات پژوهشی را دریافت خواهند کرد.

۲ - همکاری‌هایی که به مجله گوارش مقاله می‌دهند در استفاده از امکانات انجمن گوارش (ارائه امکانات و تسهیلات، اعزام به همایش‌های جهانی و ...) در اولویت قرار دارند.