

خلاصه‌ای از مقالات مهم چاپ شده در مجلات گاستروانترولوژی ۱۹۹۷

ترجمه از: دکتر صادق مسرت*

نشد ولی در ده درصد قطع دارو لازم به نظر رسید. رویهمرفته می‌توان نتیجه گرفت که همراه کردن ریباویرین با انترفرون می‌تواند درمان دارویی جدید و مطمئن برای درمان هپاتیت مزمن ناشی از ویروس C باشد.

۳ - تغییرات مخاط مری بارتی (در یک سگمان کوتاه) در Short segment barrett's & esophagus (فراوانی، تشخیص و مسائل تشخیصی.

گفته می‌شود که در مواردی که مری بارت در یک سگمان کوچک وجود دارد و نمای آندوسکوپی نیز طبیعی است، ضایعات در ۱۸ درصد از موارد با رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین و در ۳۶ درصد رنگ آمیزی با آلسیان بلو دیده می‌شوند، در این مطالعه از ۱۵۸ نفری که به طور پیاپی آندوسکوپی شدند دو نمونه بافت از مخاط معده داخل لومن مری برای آزمایش هیستولوژی با رنگ آمیزی هماتوکسیلین انوزین (H-E) و همچنین رنگ آمیزی آلسیان بلو (Alcian blue) برداشته شد و جهت یافتن مخاط بارت همراه با ضایعات التهابی مورد بررسی قرار گرفت. یک نمونه بافت هم از قسمت تحتانی مری مورد آزمایش قرار گرفت متاپلازی روده‌ای در صورت وجود سلول‌های جامی شکل (Goblet cells) مورد تأیید قرار می‌گرفت. مخاط بارت (متاپلازی روده‌ای) در ۳۶ درصد از افراد به کمک رنگ آمیزی آلسیان بلو دیده شد در صورتی که در رنگ آمیزی هماتوکسیلین انوزین ۵۰ درصد کمتر (در ۱۸ نفر) متاپلازی روده‌ای تشخیص داده شد. گفتنی است در تمام کسانی که با رنگ آمیزی H-E، متاپلازی روده‌ای دیده می‌شود، می‌توان با رنگ آمیزی آلسیان بلو نیز این متاپلازی را رؤیت کرد. در این موارد علائم التهابی در مخاط متصله بین مری و معده و هم در مخاط مری بالاتر از آن نیز دیده می‌شود. بنابراین در کسانی که به علل مختلف مورد آندوسکوپی معده قرار می‌گیرند مخاط بارت که کرتاریای آن متاپلازی انتستینال است، اگر رنگ آمیزی آلسیان بلو به کار گرفته شود، بیشتر دیده می‌شود.

۴ - ریشه کن کردن باکتری هلیکو در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر می‌تواند بیماری ریفلکس اسید (GERD) را به وجود بیاورد.

۲۴۴ بیماری را که در آنها هلیکو باکتریلوری ریشه کن شده بود به مدت سه سال پی‌گیری شدند. این بیماران در آندوسکوپی ابتدائی بیماری ریفلکس نداشتند. اما در ۲۵ / ۸ درصد این بیماران که ریشه‌کن شدن باکتری به وسیله تست اوراز و هیستولوژی تأیید شده بود بیماری ریفلکس اسید دیده شد در صورتی که در کسانی که هنوز

۱ - هموسیدروز (Haemosiderosis) در سیروز: بررسی بر روی ۴۴۷ کبد(۱)

هدف از بررسی، تعیین مقدار آهن در کبد و اثر آن در ضایعات مزمن کبدی و اهمیت تشخیصی آنست برای این مقصود مقدار آهن در بافت کبدی ۴۴۷ نفر اندازه‌گیری شد و لام هیستولوژی از همه فراهم گردید، در ۳۲/۴ درصد از موارد در رنگ‌آمیزی، آهن دیده شد و در ۲۰/۳ درصد میزان آهن زیادتر از مقدار طبیعی بود، از این میان در ۸/۵ درصد میزان آهن کاملاً بالا و در حد هموسیدروز یعنی بیشتر از عدد ۱/۹ (نسبت میزان آهن به میکرومول در گرم بافت، به سن) بود. آهن در نمای بافتی در ۲۲ تا ۶۷ درصد سیروزهای غیر وابسته به مجاری صفراوی (nonbiliary cirrhosis) و در ۷ تا ۲۰ درصد بیماران سیروزی وابسته به مجاری صفراوی دیده شد. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که زیاد شدن آهن در خیلی از انواع سیروز غیر صفراوی شایع است ولی در سیروزهای صفراوی به ندرت دیده می‌شود، چنانچه هموسیدروز در کبد نمایان باشد، با ضایعات پیشرفته که دال بر سرعت تکامل به طرف سیروز است همراه خواهد بود.

۲ - ریباویرین (Ribavirin) اثر انترفرون را، بدون این که روی پی‌آمدهای وخیم بیماری تأثیر بگذارد، در هپاتیت مزمن ناشی از ویروس C تشدید می‌کند.

هدف بررسی، ارزیابی اثر ریباویرین با انترفرون در هپاتیت مزمن C بود. بررسی با شیوه متآنالیز* با استفاده از ۹۰ درصد کارهای منتشر شده انجام گرفت. رویهمرفته در ۱۸۶ نفر مبتلایان هپاتیت مزمن ویروسی C که در چهار بررسی مورد مطالعه شده قرار گرفتند ۵۱ نفر تنها با ریباویرین با مقدار ۱/۲ - ۱ گرم و ۳۷ نفر فقط با انترفرون (سه مرتبه در هفته و هر بار با ۳ میلیون واحد) درمان شدند و ۷۸ نفر نیز دو دارو را باهم برای شش ماه گرفتند. همچنین ۲۰ بیمار به عنوان شاهد با هیچ دارویی درمان نشدند. طبیعی شدن آنزیم ALT و منفی شدن HCV-RNA شش ماه بعد از درمان به عنوان جواب کامل به درمان محسوب شد.

پاسخ کامل به درمان از نظر آماری، در درمان دودارویی از درمان با ریباویرین تنها و یا انترفرون تنها، بیشتر بود و در ۵۱ درصد از بیماران که قبلاً با انترفرون درمان شده بودند پاسخ کامل دیده شد، این میزان دو تا سه برابر درمان با یک دارو بود. عواقب وخیم ناشی از دارو دیده

* - در متآنالیز سعی می‌شود که نکات مشترکی که در کارهای علمی منتشر شده راجع به یک مطلب، از لحاظ متدیک، وجود دارد گرفته شده و نتایج تمام بررسی‌ها با در نظر گرفتن نکات مشترک مجدداً باهم ارزیابی شده و نظر جامع‌تری به دست آید.

عفونت هلیکو را داشتند بیماری تنها در ۱۲/۹ درصد دیده شد. در بیماریانی که مبتلا به بیماری ریفلاکس اسید شدند گاستریت در محدوده بدنه معده خیلی شدیدتر از زمان قبل از درمان ریشه‌کنی بود. بیماران مبتلا به ریفلاکس وزن بیشتری داشتند و بیشتر هم مرد بودند. محققین نتیجه می‌گیرند که تعداد چشمگیری از بیماران مبتلا به زخم دوازدهه پس از ریشه‌کن شدن باکتری دچار بیماری ریفلاکس اسید می‌شوند

۵ - واکسیناسیون جهت ویروس هپاتیت B در تایوان و رابطه آن با سرطان کبد در کودکان .

در سال ۱۹۸۴ واکسیناسیون عمومی برای جلوگیری از سرطان بافت کبدی انجام گرفت. میزان وفور سرطان در کودکان از ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۴ بررسی شد از ۱۴۲ بیمارستان که هر کدام بیش از ۵۰ تختخواب داشتند گزارش‌های مربوط به سرطان کبد در بچه‌هایی که سن آنها بیش از ۶ سال بود دریافت شد. مرگ ناشی از سرطان کبد در بچه‌ها مابین ۶ تا ۱۴ سالگی از ۰/۷ در صد هزار نفر به ۰/۳۶ در صد هزار نفر در سال‌های ۱۹۹۴ - ۱۹۹۰ رسید ($P < 0.01$) و همچنین میزان مرگ و میر هم از ۵۲/۰ در صد هزار در بچه‌های متولد بین سالهای ۱۹۷۴ - ۱۹۸۴ به ۱۳/۰ در صد هزار نفر در بچه‌های متولد ۱۹۸۴ - ۱۹۸۶ رسید ($P < 0.001$) نتیجه بررسی نشان می‌دهد که واکسیناسیون ضد ویروس هپاتیت B بروز هپاتوما را در بچه‌ها کمتر می‌کند.

۶ - میزان شیوع مخاط بارت مری در یک بیمارستان دانشگاهی

مخاط بارت یک ضایعه پیش سرطانی است که باید مورد بررسی قرار گیرد لذا در تمام بیمارانی که در سال‌های پیش برای جراحی مناسب بودند در ۶۰۰۰ نفر جستجو (غربال‌گری) برای ضایعات بارت به مدت ده سال انجام گرفت. از میان ۲۹۳۷۴ آندوسکوپی فوقانی در ۱/۴ درصد متاپلازی بارت دیده شد که شیوع آن در زن و مرد یکسان و پیشرفت در سنین بیش از ۵۰ سال دیده شد که از این تعداد ۳۵ درصد مناسب برای کنترل هر ساله بودند در مدت غربال‌گری طول مخاط قبلی به بارت تغییری پیدا نکرد و از میان ۳۷۹ آندوسکوپی که بدین جهت انجام گرفت فقط یک نفر مبتلا به سرطان مری شد و دو نفر هم به علت دیسپلازی پیشرفته به مرور زمان بافت سرطانی پیدا کردند. هر سه بیمار مبتلا به سرطان مری ضایعه بارتی با طول بیش از ۸ سانتیمتر با یک تنگی در آندوسکوپی اولیه داشتند به طور کلی میزان درصد بافت سرطانی در بررسی‌های جستجویی (غربالی) بسیار کم بود به طوری که به نظر می‌رسید که غربال‌گری بایستی در بیمارانی که علاوه بر ضایعات متاپلازی، مبتلا به زخم یا تنگی مروی هستند انجام شود.

۷- تعویض کبد یا رزکسیون کبدی در بیماران مبتلا به هپاتوما.

نقش جراحی در بیماران سیروتیکی که مبتلا به هپاتوما هستند کاملا

روشن نیست هدف از این بررسی مقایسه عمل برداشتن تومور کبد یا تعویض کبد در طول عمر بیماران و شرایط عود تومور است. اطلاعات بایگانی شده در شش مرکز دانشگاهی از ۲۱۵ بیمار مبتلا به هپاتوما مورد بررسی قرار گرفت. ۱۰۲ نفر از بیماران عمل جراحی با رزکسیون تومور و ۱۱۳ نفر از آنها تعویض کبد داشتند. نتایج پیگیری ۵ ساله در رابطه با طول عمر بیماران در هر دو گروه شبیه هم بودند (۳۲ در مقابل ۳۱ درصد) اما میزان طول عمر بیماران در طول ۵ سال در بیمارانی که عود تومور نداشتند در گروه تعویض کبدی زیادتر از گروه دیگر با رزکسیون تومور بود (۶۰ درصد در برابر ۱۴ درصد، $P < 0.001$) سه عامل مهم برای طول عمر بیماران در تمام دو گروه از اهمیت خاص برخوردار بود: تعویض کبدی: ($P < 0.001$) تعداد تومورها ($P < 0.01$) و میزان بزرگی تومور ($P < 0.001$). با در نظر گرفتن عوامل پیدا شده از این بررسی می‌توان مواردی از بیماران را برای تعویض کبد برگزید.

۸ - آیا درمان هلیکو باکتری پیلوری با آنتی‌بیوتیک‌ها می‌تواند زخم دوازدهه را ترمیم کند.

برای دانستن این که آیا آنتی‌بیوتیک‌ها به تنهایی می‌توانند بدون همراهی با داروهای پایین آورنده اسید زخم دوازدهه را ترمیم کنند یک بررسی دوسرکور (Double Blind) و مقایسه شده با پلاسبو با رژیمی که حاوی مترونیدازول ۳۰۰ میلی گرم و آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی گرم و کلاریترومایسین ۲۵۰ میلی گرم چهار مرتبه در روز برای دو هفته در ۱۰۰ بیمار انجام گرفت، ۸۱ نفر از ۹۷ بیمار که هلیکو باکتر داشتند توانستند مورد بررسی کامل قرار گیرند. ۴۰ نفر از آنها فقط آنتی‌بیوتیک و ۴۱ نفر پلاسبو گرفته بودند، درمان آنتی‌بیوتیک در ۹۲/۵ درصد بعد از چهار هفته در ۱۰۰ درصد از بیماران پس از ۸ هفته با ترمیم کامل زخم دوازدهه همراه بود در صورتی که میزان درصد ترمیم زخم در گروه پلاسبو در چهار هفته و هشت هفته به ترتیب ۳۶/۶ درصد و ۶۱ درصد و پس از ۱۲ هفته ۶۳/۴ درصد بود. اما در مورد بررسی هلیکوباکتر: در ۸۵ درصد از بیماران باکتری بعد از چهار هفته وجود نداشت. در ۶۲/۵ درصد از بیماران آنتی‌بیوتیک گرفته، باکتری بعد از هشت هفته ریشه‌کن شده بود. بررسی‌های بعدی در روی بیماران ریشه‌کن شده و نشده نشان داد که میزان درصد التیام زخم در گروهی که در آنها باکتری ریشه‌کن شده بود (با ۸۶/۲ درصد) بیشتر از گروهی بود که باکتری هنوز وجود داشت (با ۵۱ درصد). در این بررسی برای التیام زخم، ریشه‌کن شدن باکتری و عمق زخم از اهمیت برخوردار بود. نتیجه این بررسی نشان می‌دهد که ریشه‌کن شدن باکتری اثر مهم در التیام زخم دارد.

۸- اهمیت تشخیص بیماری ویلسون کبد :

در بیماران ویلسونی که کبد درگیر است تشخیص صحیح بعضی مواقع مشکل و یا دیر انجام می‌گیرد. معیارهای تشخیص در ۵۵ بیمار ویلسون کبدی قبل از درمان مورد ارزیابی قرار گرفت. در ۱۷ بیمار هپاتیت

مزمّن، در ۵ بیمار هیپاتیت حاد و در ۳ بیمار همولیز و در ۲۰ بیمار اختلالات عصبی در صدر علائم بالینی قرار گرفته بودند. معیارهای تشخیصی عبارت بودند از: آزمایش عصبی و چشم و بررسی‌های آزمایشگاهی، بررسی متابولیسم مس از جمله اندازه گیری مس در بافت کبدی بود. میزان سرولوپلاسمین کمتر از ۲۰ میلی گرم در ۱۰۰ سی سی در ۷۳ درصد بیماران بود، افزونتر بودن مس در ادرار در ۸۸ درصد و بالا بودن مس در بافت کبدی در ۹۱ درصد وجود داشت. حلقه کایزر فلاشر (Keyser Fleischer Ting) در ۵۵ درصد بیماران دیده می‌شد. برخلاف بیماران با ضایعات عصبی که ۹۰ درصد آنها حلقه کایزر فلاشر و ۸۵ درصد سرولوپلاسمین پائین در سرم را داشتند فقط ۶۵ درصد بیماران با درگیری کبدی این دو علائم را نشان دادند. میزان سرولوپلاسمین در بیماران حامل حلقه چشمی و یا با ضایعات عصبی پائین تر از بیماران بدون علائم بالینی بود. بر طبق این بررسی علائم بالینی و تست های آزمایشگاهی معمولی کافی برای رد بیماری ویلسون در کسانی که ضایعات مزمّن کبدی با علل ناشناخته دارند نیستند.

۱۰ - شانت پور توسیستمیک از راه سیاهرگ گردن (Tips) در مقایسه با اسکروتراپی و ریدهای مری

عمل Tips امکانات درمانی برای پائین آوردن فشار در ورید پورت (Vena Porta) را افزونی بخشیده است. مقایسه درمانی بین این متد با دیگر متدها انجام نگرفته است. برای این منظوریک بررسی کنترل شده به طور راندوم در دو گروه، که یکی با Tips و دیگری با اسکروتراپی، در ۱۰۰ بیمار صورت گرفت. این بیماران در ده روز قبل از شروع بررسی مبتلا به خونریزی شده بودند. بررسی، در ۲۰ بیمار به علل مختلفه قابل انجام نبود. در ۴۱ نفر Tips و در ۳۹ نفر اسکروتراپی انجام شد، پی گیری بیماران به مدت ۱۰۰۰ روز (بیش از سه سال) در ۹ بیمار گروه درمان شده با Tips و سه بیمار گروه اسکروتراپی صورت گرفت، میزان درصد مرگ در گروه Tips بیشتر بود ($P < 0.03$) ۵ بیمار از گروه Tips و سه بیمار از گروه اسکروتراپی به علت خون ریزی شدید فوت شدند، ۱۲ نفر از گروه Tips مبتلا به انسفالوپاتی شدند و ۱۰ نفر از گروه اسکروتراپی بعد از درمان درد شدید داشتند، میزان اقامت در بیمارستان در هر دو گروه شبیه هم بود. این بررسی نشان می دهد که اسکروتراپی و Tips از نظر خون ریزی همانند هستند، اما گروه اسکروتراپی از نظر طول عمر بر گروه Tips برتری نشان می دهند.

۱۱ - مقایسه Tips با اسکروتراپی در جلوگیری از خونریزی وریدهای مری

در بررسی دیگری ۱۲۶ بیمار که از سال ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۶ به طور راندوم انتخاب شده بودند با Tips (۶۱ نفر) و با اسکروتراپی و یا با حلقه اندازی (Ligation) و پروپرانولول (۶۵ نفر) تحت درمان قرار گرفتند و مدت ۱۴ ماه پیگیری شدند. در ۵۱ درصد از بیماران با Tips

درمان دیگری با آمبولیزه کرون ورید مری انجام گرفت. ۶۸ درصد بیماران اسکروتراپی پروپرانولول مصرف می کردند، میزان خونریزی مجدد پس از یک سال در بیماران معالجه شده با Tips ۱۵ درصد و در گروه دیگر ۴۱ درصد بود و پس از دو سال ۲۱ و ۲۵ درصد ($P=0/001$). در این مدت در ۹ بیمار از گروه درمان شده با Tips ۱۱ مرتبه خون ریزی از مری، و در ۲۹ بیمار گروه دیگر ۵۶ مرتبه خون ریزی دیده شد، میزان درصد انسفالوپاتی در گروه Tips با ۳۶ درصد بیشتر از گروه دیگر با ۱۸ درصد بود میزان بستری شدن در بیمارستان در هر دو گروه برابر هم بود در ۳۰ درصد از گروه Tips مجددا عمل باز کردن Shunt پس از ۸ ماه انجام شد، پژوهشگران در این بررسی نتیجه گرفتند که Tips میزان درصدعود خون ریزی را کم می کند ولی به طول عمر بیماران در مقایسه با اسکروتراپی اضافه نمی کند.

۱۲ - بیماری های ریوی و حلق همراه و در رابطه با ازوفازیت

بیماری های ریوی و حلق همراه با ازوفازیت می توانند فارنژیت، لارنژیت، گرفتگی صدا، آسم و برونشکتازی و آبسه های ریوی، ذات الریه و سیروزبافت ریه ظاهر شوند. آمار جمع شده از ۱۷۲ بیمارستان ارتشی آمریکا در سال های ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۴ که شامل بررسی بر روی ۱۰۱۳۶۶ نفر می شود نشان داده است که بیماری های زیر با ضریب خطر بیشتری در ازوفازیت در قیاس با افراد سالم همراه هستند: سینوزیت (ضریب خطر ۱/۶)، فارنژیت (با ضریب خطر ۱/۴۸)، آفونی (با ضریب خطر ۱/۸۱)، لارنژیت (با ضریب خطر ۲)، تنگی حلق (با ضریب خطر ۲/۱)، برنشیت مزمّن (با ضریب خطر ۱/۲۸)، آسم (با ضریب خطر ۱/۵۱)، بیماری مزمّن ریه (با ضریب خطر ۱/۳۶)، برونشکتازی (با ضریب خطر ۱/۲۶) و ذات الریه (با ضریب خطر ۱/۱۵). (ضریب خطر در گروه شاهد یک گرفته شده است - م)

۱۳ - آپاندکتومی و خطر ظهور کولیت اولسروز و بیماری کرون

بعد از این که در یک بررسی ادعا شده بود که آپاندکتومی از ظهور کولیت اولسروز جلوگیری می کند مجدداً همان محققین پژوهش دیگری انجام دادند و در ادامه کارشان ۲۳۲ نفر از بیماران مبتلا به کولیت اولسروز را بررسی کردند.

در این پژوهش، در مقایسه با افراد عادی، ضریب خطر در افراد آپاندکتومی شده بسیار پائین تر (۰/۳۶) بود. در ادامه این پژوهش نشان داده شد که گرفتاری سراسری کولون (پان کولیت) در افراد آپاندکتومی شده با ضریب خطر کمتر (۰/۲) همراه است. این وضعیت البته در مورد بیماری کرون برعکس بود و ضریب خطر در این مورد بالا (۱/۶۵) بود. از این بررسی می توان نتیجه گرفت که آپاندکتومی از ایجاد کولیت اولسراتیو پیشگیری می کند اما در مورد کرون برعکس است. (لازم به اشاره است که عده ای از این بیماران که آپاندکتومی شده اند، ممکن است در واقع از همان ابتدا کرون داشته اند و ضریب خطر برای کرون شاید به

این علت بالا بوده است).

۱۴ - برگشت لنفوم محدود به بافت معده به وسیله ریشه‌کنی هلیکوباکتر از راه درجه بندی اندوسونوگرافی قابل پیش‌بینی است.^(۱۴)

در یک بررسی چند مرکزی از آلمان از ۲۲ بیماری که لنفوم محدود به بافت آنها از درجه‌های پائین (Low Grade) بوده است و بافت معده هم هلیکوباکتری داشته است عمل ریشه‌کنی باکتری انجام گرفته است در ضمن تمام بیماران به وسیله اندوسونوگرافی قبل از درمان معاینه شده‌اند، در تمام بیماران ریشه‌کن شدن هلیکوباکتر موفقیت آمیز بوده است. در ۱۲ بیمار (۵۴٪) لنفوم بافت معده کاملاً و در ۵ بیمار بطور نسبی برگشته و در ۵ بیمار دیگر در طول پیگیری متوسط ۱۰ ماهه (بین ۲ تا ۲۰ ماه) هیچ تغییری در سیر بیماری مشاهده نشده است.

قبل از درمان مخاط در تمام بیماران به وسیله تومور درگیری داشته است اما در ۱۴ نفر فقط (Submucosa) و در ۶ نفر لایه عضلانی (Muscularis) و در ۳ نفر لایه (Serosa) کاملاً با سلول‌های توموری درگیر شده بودند. در ۱۴ نفر که تومور فقط محدود به لایه زیر مخاط (Submucosa) بود از نظر اندوسونوگرافی به درجه E1₁ تعلق داشت برگشت تومور در ۱۲ نفر دیده شد در صورتی که در بیماران دیگر با درگیری لایه‌های عمیق‌تر که به درجه E1₂ و E1₁ متعلق بودند (به تعداد ۱۰ نفر) برگشت تومور دیده نشد. با پی‌گیری طولانی‌تر محققین به این نتیجه رسیده‌اند که امکان برگشت کامل تومور هنگامی که به E1₁ درجه‌بندی شده باشد به طور صددرصد پس از ۱۴ ماه دیده می‌شود و اندوسونوگرافی یک روش بسیار مفید برای تعیین پیش‌آگهی برگشت لنفوم محدود به مخاط معده است.

(برای اطلاع همکاران در تمام شهرهای ایران در بخش گوارش بیمارستان دکتر شریعتی تهران این دستگاه جهت تشخیص درجه‌بندی تمام تومورهای دستگاه گوارش فوقانی وجود دارد و بیمارستان آماده پذیرش این بیماران است.)

۱۵ - جلوگیری از عود زخم دوازدهه پس از ریشه‌کنی موفقیت‌آمیز هلیکوباکتر پیلوری:^(۱۵)

گروه متخصصین هلندی در آمستردام (Tytgat و همکاران) جزو اولین کسانی بودند که پس از گروه مارشال در استرالیا در سال ۱۹۸۴ شروع به درمان بیماران با ریشه‌کنی باکتری هیلکو کردند. در یک بررسی ۶ ماهه تا ۱۰ ساله (میانگین ۶/۲ ساله) در ۱۸۳ بیمار مبتلا به زخم دوازدهه و ۶۴ بیمار مبتلا به زخم معده که در سال اول هر سه ماه و سپس هر ۶ ماه یا هنگام ظهور ناراحتی و یا حداقل یک بار دیگر در خاتمه بررسی مورد آندوسکوپی با جستجوی باکتری از راه هیستولوژی و کشت قرار می‌گرفتند و در تمام آنها در سال اول پس از درمان باکتری ریشه‌کن شده بود و هیچکس یک عفونت مجدد و یا خود زخم را ندیدند،

در این بررسی بیمارانی که از داروهای NSAID استفاده می‌کردند در همان ابتدا از بررسی خارج می‌شدند، این بررسی نشان می‌دهد که اگر عود زخم و عفونت در سال اول پس از ریشه‌کن شدن باکتری دیده نشد احتمال اینکه در سال‌های بعد این حادثه ظاهر شود بسیار نادر است بطوری که پس از درمان موفقیت‌آمیز باکتری بیماری از التیام کامل باید در سال‌های بعد برخوردار باشد.

در ادامه این بررسی همین گروه بیماران را برای یک سال طولانی‌تر پیگیری کرده و نتیجه گزارش قبلی را قدری تصحیح کرده‌اند، مدت میانگین این پیگیری در ۱۷۳ نفر ۵/۳ سال (یک سال تا ۲/۹ سال) بوده است در ۹ نفر از این تعداد عود عفونت دیده شده است که چون آنالیز DNA از نوع باکتری‌ها قبل و بعد از عود عفونت انجام گرفته است توانستند نشان دهند که در ۲ نفر از ۹ نفر باکتری از راه آندوسکوپی به بیمار سرایت کرده است، در ۶ نفر عود عفونت از قبل ظاهر شده است به طوری که روی هم‌رفته می‌توان تخمین زد که میزان عود عفونت در سال ۲/۱ درصد می‌باشد و بنابراین در جمعیت متعلق به کشورهای غربی عود عفونت پس از درمان کامل باید یک حادثه بسیار نادری باشد.^{۱۶}

* - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران بیمارستان دکتر شریعتی

References:

- 1- Ludwig et al. Gastroenterology 1997; 112: 882-88
- 2- Schalm S. w. et al. J. Hepatology 1997; 26: 961 - 66
- 3- Nandurkar S. et al. Gut 1997; 40: 710- 15
- 4- Labenz J. et al. Gastroenterology 1997; 112: 1442 - 74
- 5- Chang m-h. et al. N. Eng. J. Med. 1997; 33: 1855 - 59
- 6- Macdonald C. E. et al. Gut 1997; 41: 303 - 7
- 7- Michel J. et al. J. Hepatology 1997; 26: 1274 - 80
- 8- Lam S - K. et al. Gut 1997; 41: 43 -48
- 9- Steindl B. et al. Gastroenterology 1997; 113: 212 - 8
- 10- Sanjyl A. J. et al. Ann. Int. Med. 1997; 126: 849 - 57
- 11- Roessie M. et al. Lancet 1997; 349: 1043 - 49
- 12- El - Sarag H. B. et al. Gcskroenterology 1997; 113: 755 - 60
- 13- Russel M. G. V. M. Gastroenterology 1997; 113: 377 - 382
- 14- Sackmann M. et al. Gastroenterology 1997; 113: 108-1090
- 15- Vander Hulst R. w. M. et al. Gastroenterology 1997; 113: 1082-86
- 16- Vander Hulst R. W. M. et al. J. Infect Dis. 1997; 176: 196-200