

اخبار کنگره‌ها، همایش‌های علمی و مقاله‌های دیگر

یک از بیماران بوده است. علائم بالینی (درد سینه، دیسفاژی، برگشت غذا، سوزش پشت و پائین جناغی (Heartburn) بر حسب شدت از صفر (بدون علامت)، ۱ (خفیف)، ۲ (متوسط)، ۳ (شدید) تا ۴ (خیلی شدید) نمره‌بندی شد.

از طریق اندوسکوپ مجموعاً ۱۰۰ واحد سم بوتولینیوم، ۲۰ واحد در یک میلی‌لیتر در حلقه محل اتصال مری به معده (E.G Junction) تزریق گردید. علائم بالینی قبل و یک ماه بعد از تزریق مورد ارزیابی قرار گرفت و با هم مقایسه گردید. یک ماه پس از تزریق علائم بالینی نسبت به قبل از تزریق به صورت زیر کاهش نشان دادند.

۱) نمره برگشت غذا از ۱/۸ به ۰/۶ با ۶۹ درصد کاهش از نظر آماری حائز اهمیت است ($p < 0/0001$).

۲) نمره دیسفاژی از ۲ به ۰/۹، با ۵۴ درصد کاهش از نظر آماری حائز اهمیت است ($p < 0/0001$).

۴) نمره سوزش پشت جناغی از $0/46 \pm 1/2$ به $0/17 \pm 0/6$ با ۵۳ درصد کاهش از نظر آماری حائز اهمیت است ($p < 0/0001$).

در مجموع میانگین نمره مسائل فوق (علائم فوق) از $0/55 \pm 7/2$ به $0/49 \pm 2/8$ با ۶۲ درصد کاهش نشانگر بهبود بعد از یک ماه بوده است. اختلاف فوق از نظر آماری حائز اهمیت است ($p < 0/0001$).

نکات قابل توجه:

کاستی‌هایی در تحقیق فوق وجود دارد چون با روش دوسوکور انجام نشد، به همین دلیل اثرات روانی تزریق دارونما مورد ارزیابی قرار نگرفت. فقط اثرات کوتاه مدت دارو گزارش گردید. ولی علی‌رغم کاستی‌های فوق می‌تواند راه‌حلی برای این گونه بیماران باشد.

تعداد درد سینه غیرقلبی کم نیستند. حداقل یک سوم بیماران درد سینه را تشکیل می‌دهند که از نظر قلبی کاملاً سالمند. حداقل در نیمی از این افراد درد سینه به نوعی به ضایعات مری مربوط می‌شود. متأسفانه حداقل یک سوم از بیماران درد سینه غیرقلبی تشخیص مشخصی همچون ریفلاکس و آشالازی ندارند. بلکه یافته‌های مانومتریک دیگری به نظر اسپاسم منتشر مری، مری فندق‌شکن، فشار بالای اسفنکتر مری و انقباضات غیرمؤثر مری دارند.

درد سینه غیرقلبی متأسفانه مورد بررسی دقیق قرار نمی‌گیرد و در تحقیقاتی که در این مرکز انجام گردید. درصد بیماران ما همچون آمار غربی بالا است. ولی رغم تعداد قابل توجه و رو به افزایش این نوع بیماران خط مشی درمانی مشخصی توسط همکاران برای آنها تعقیب نمی‌شود. بجاست که مانند بیماران درد سینه غیرقلبی را از نظر ضایعات مری مورد مطالعه قرار دهیم، در صورت وجود ریفلاکس و آشالازی درمان‌های مربوطه انجام گردد و در صورت وجود هر یک از ضایعات

خلاصه مقالات منتشر شده در

مجلات گاستروانترولوژی

ارزش نشانه‌های سرولوژی برای تشخیص Colitis غیرطبقه‌بندی شده، یک بررسی آینده‌نگر

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Joossens s. et al "The value of Serologic Markers in Indeterminate Colitis. A Prospective follow-up study" Gastroenterology 2002; 122: 1242-7

در یک بررسی Joossens و همکاران ۹۷ بیمار مبتلا به Colitis غیرطبقه‌بندی شده را که در سه مرکز به مدت چند سال جمع شده بودند از نظر سرولوژی pANCA (perinuclear Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies) و ASCA (Anti-Saccharomyces Cerevisiae Antibodies) را مورد بررسی قرار داد و آنها را برای تشخیص نهائی پیگیری کردند. مجموعاً فقط در ۳۱ نفر از ۹۷ نفر تشخیص نهائی داده شد. ASCA+/pANCA- در ۸ نفر از ۱۰ بیمار مبتلا به Crohn's disease (CD) کاملاً مطابقت می‌کرد، در صورتی که ASCA-/pANCA+ در ۷ از ۱۱ بیمار با Ulcerative Colitis (UC) دیده می‌شد و با انتظار از تشخیص مطابقت می‌کرد. چهار نفر باقی‌مانده که شبیه Ulcerative Colitis بودند بالاخره CD داشتند. تقریباً نصف بیماران (۴۷ نفر از ۹۷ نفر برابر ۴۸/۵ درصد) بالاخره از نظر pANCA ASCA منفی ماندند و بالاخره تشخیص قطعی برای UC و CD در آنها نتوانست داده شود. بالاخره نتیجه این بررسی آینده‌نگر نشان می‌دهد که ۴۸/۵ درصد از این بیماران از نظر سرولوژی خاموش می‌مانند و ASCA+/pANCA- و CD را در ۸۰ درصد و ASCA-/pANCA+ وجود UC را در ۶۳/۶ درصد پیش‌بینی می‌کند.

درمان دردهای سینه غیرقلبی به دلیل اختلالات حرکتی مری با تزریق سم Botulinum

ترجمه و تلخیص: دکتر قدرت‌الله منتظری

Treatment of Chest Pain in Patients With Noncardiac, Nonreflux, Nonachalasia Spastic Esophageal Motor Disorders Using Botulinum Toxin Injection Into the Gastroesophageal Junction The American Journal of Gastroenterology 2002, 95: 1640 – 1646

در این تحقیق ۲۹ بیمار (۲۴ زن، ۵ مرد، با سن متوسط ۶۱ سال) با درد سینه غیرقلبی مورد مطالعه قرار گرفتند. هیچیک از بیماران ضایعه قلبی نداشتند. علائم بالینی ارتباطی به ریفلاکس معده و مروی نداشت. از کلیه بیماران مانومتری مری به عمل آمد. اسپاسم منتشر مری، فشار بالای اسفنکتر تحتانی مری، مری فندق‌شکن و یا انقباضات نامؤثر (Ineffective Esophageal Motility) منفرداً یافته‌های مانومتریک هر

درمان قرار دادند. در این بررسی شدت حالت سوزش، خارش (۰-۵) و مدت آن قبل و در زمان درمان اندازه‌گیری شد. میزان شدت سوزش (Scoring) که قبل از درمان حدود (۵ در گروه کاپسائیسین) بود پس از چهار هفته به ۱/۸ تقلیل پیدا کرد و پس از دوازده هفته هم اثر دارو باقی ماند، در صورتی که در گروهی که با منتول درمان شده بودند شدت با عدد ۴/۴ باقی بود. ۱۸ بیمار بیش از هشت ماه پی‌گیری شدند، ۴ بیمار بدون علامت و ۱۴ بیمار تقریباً بدون علامت باقی ماندند و احتیاج به مصرف روزانه یک مرتبه کاپسائیسین داشتند، عوارض جانبی ظاهر نشد. محققان معتقدند که کاپسائیسین اثر جلوگیری از سنتز سوبستانس P (Substance p) که نوعی نوروپپتید (Neuropeptide) است دارد. این بررسی در یک سرمقاله پزشکی (Editorial) مورد نقد قرار گرفته و ذکر شده است که این ماده که در فلفل وجود دارد مانند گرما، الکل، ایکوزانویید (Eicosenoids) و لوکوترین (B Leucotriene) در روی رسپتور کاپسائیسین اثر می‌کند.

فیبر غذایی و جلوگیری از سرطان روده بزرگ در بررسی آینده‌نگر اروپائی راجع به سرطان و غذا

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Bingham S.A et al "Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European prospective investigation into cancer and Nutrition (EPIC): an observational study: Lancet 2003; 361: 1496-1501

بنیگهام (Bingham) و همکاران، ۵۱۹۹۷۸ فرد با سنین ۲۵ تا ۷۰ سال در ۱۰ کشور اروپائی که در سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۸ از نظر مصرف مواد مختلف غذایی بررسی شده بودند را به طور متوسط ۴/۵ سال بعد از نظر بروز سرطان روده بزرگ تحت بررسی قرار دادند. مقدار فیبر غذایی روزانه در ۵ گروه ۱۲/۷، ۱۸، ۲۱/۹، ۲۶/۵ و ۳۵/۶ گرم دسته‌بندی شد. اگر نرخ بروز سرطان (Hazard ratio) در پائین‌ترین گروه (۱۲/۷ گرم) ۱ فرض می‌شد، این ضریب به ترتیب برای گروه‌های پنجگانه: ۱، ۰/۹۴، ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۷۵ بود. در مجموع ۱۰۶۵ مورد سرطان روده بزرگ دیده شد. به طور کلی میزان کاهش سرطان روده بزرگ (چه سرطان راست و چه چپ کولون و رکتوم) به وسیله مصرف فیبر حدود ۴۰ درصد کمتر تخمین زده شد. در این بررسی نشان داده شد که نوع فیبر غذایی، چه در میوه‌جات، چه در سبزیجات و چه در دانه‌های گندم و ذرت، نقش مهمی در کم کردن سرطان ندارد. نتایج این بررسی با سه بررسی مشابه آن که در سال‌های ۱۹۹۹ به بعد منتشر شده اند دلالت بر رابطه بین بروز سرطان روده و مصرف کم فیبر غذایی دارد.

انجام گاستروسکوپی به وسیله پرستاران: رویکردی برای آینده

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Smale S. et al "upper gastrointestinal endoscopy performed by nurses: scope for the future" Gut 2003; 52; 1090-4

این بررسی در یک بیمارستان شهرستان شهر لندن انجام شد که در آن ۱۵ پزشک از بخش‌های گوناگون اقدام به اندوسکوپی می‌کردند، سابقه

مانومتریک دیگر نظیر اسپاسم منتشر مری، مری فندق‌شکن، فشار بالای اسفنکتر تحتانی مری، و انقباضات غیرمؤثر مری می‌توان سم بوتولینیوم را در آنها به کار برد. این دارو مهارکننده کولینرژیک است و استفاده از آن خطرات جدی برای بیمار به وجود نمی‌آورد.

شیوع و علت بالا بودن ترانس آمیناز در مردم آمریکای شمالی

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Clark J.M. et al "The prevalence and etiology of elevated aminotransferase levels in United States" Am. J. Gastroenterol. 2003; 98; 60-7

کلارک و همکاران در یک بررسی ملی از ۱۵۶۷۶ نفر که مورد سؤال و آزمایش بالینی قرار گرفته بودند علت بالا رفتن ALT، AST را همراه با اندازه‌گیری کلسترول و تری‌گلیسرید LDL، HDL و انسولین و قند و مارکروهای ویروس C، B و ترانس فرین مطالعه کردند. علاوه بر اندازه‌گیری وزن و BMI و قطر شکم مصرف الکل و مقدار آن از همه افراد سؤال شد.

در ۷/۹ درصد افراد آمریکائی آنزیم‌های ALT و یا AST یا هر دو بالا بود. در بین این گروه ۳۲ درصد از این افراد ALT بیش از حد نرمال (>۳۷IU/l) و در ۴۲/۴ درصد هر دو آنزیم بالاتر از نرمال بودند. در این افراد علت بالا بودن ترانس آمیناز در ۱۳/۵ درصد مصرف الکل، در ۷ درصد هپاتیت C، در ۳/۴ درصد احتمال هموکرماتوز، در ۰/۹ درصد هپاتیت B، ۶/۱ درصد احتمالاً مجموعه‌ای از چند عامل فوق شناخته شد، در ۶۹ درصد علت قابل شناخت نبود. در مطالعه با شاخصه‌های دیگر نشان داده می‌شود که افراد با ترانس آمیناز بالا و علت نامشخص، BMI بالاتر (۲۹/۱ و ۲۹/۵ در زنان و مردان) نسبت به افراد عادی (با ۲۶/۲ و ۲۶/۳ به ترتیب)، قطر بیشتر شکم (۹۵/۸ و ۱۰۰/۸ سانتی‌متر در زن و مرد) نسبت به افراد با ترانس آمیناز نرمال (۸۷ و ۹۴ سانتی‌متر) به ترتیب دارند. در مقایسه با افراد با ترانس آمیناز نرمال ۵/۴ درصد از جمع کل جامعه معمولاً ترانس آمیناز بالا بدون علت مشخص دارند که آن را می‌بایستی به کبد چرب غیرالکلی نسبت داد (NAFL).

اثر کاپسائیسین (capsaicin) موضعی برای درمان خارش ایدیوپاتیک و غیرقابل درمان مقعد که به درمان معمولی پاسخ نداده است: یک بررسی تصادفی و کنترل شده

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Lysy J. et al "Topical capsaicin – a novel and effective treatment for idiopathic pruritus ani: a randomized placebo crossover study" Gut 2003; 52; 1323-6

لیزی و همکاران ۴۴ بیماری که لاقلاً سه ماه از خارش مقعد شکایت می‌کردند و مرض خاصی در رکتوم آنها دیده نمی‌شد و هیچکدام به درمان معمولی جواب نمی‌دادند را به صورت راندوم و دوسوکور با گرمی که ۰/۶ درصد کاپسائیسین و یا با منتول اتر (Menthol) سه مرتبه در روز برای چهار هفته به طور موضعی استفاده می‌شد، تحت

ستون ورودی به این ده نوشته شده است «اگر عزرائیل به سراغ شما آمد به او بگوئید که تا صد سالگی صبر کند» رژیم غذایی سنتی مردم ژاپن و به خصوص در این نواحی شامل سه شاخه اصلی برنج، ماهی و سویا است که چند ماده اساسی از جمله مواد آلفا و خیار شکم دار با نمک کم (به نام گویا) نیز به آن اضافه می‌شود. مطابق نظر مؤسسه طول عمرشناسی (gerontology) در توکیو چنانچه مردم آمریکای شمالی عادات مردم نواحی اکیناوا را در زندگی بپذیرند میزان سرطان در آنجا به یکسوم کاهش خواهد یافت و البته تعداد خانه‌های سالمندان هم به دلیل سالم بودن جمعیت پیر کمتر خواهد شد.

تأثیر ساکارومیسیس بولاردی با آنتی‌بیوتیک در درمان عفونت آمیبی حاد (acute amoebiasis)

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Mansour – Ghane F. et al "Efficacy of Saccharomyces boulardii with antibiotics in acute amoebiasis" world J. Gastroenterol. 2003; 9;1832-33

دکتر منصور قانعی و همکاران از دانشگاه گیلان، در دو گروه از بیماران مبتلا به عفونت آمیبی حاد که هر کدام شامل ۲۷ نفر بودند درمان با رژیم آنتی‌بیوتیک مترونیدازول ۷۵۰ میلی گرم سه مرتبه در روز و یودوکنیول (Iodoquinol) ۶۳۰ میلی گرم سه مرتبه در روز را در گروه اول و همین داروها به همراه ساکارومیسیس بولاردی (saccharomyces boulardii)، ۲۵۰ میلی گرم سه مرتبه در روز را در گروه دوم، برای مدت ده روز مقایسه کردند. بیماران دو و چهار هفته بعد مجدداً بررسی شدند، در گروه اول مدت زمان اسهال $1/5 \pm 48$ ساعت و در گروه دوم $3/7 \pm 12$ ساعت طول کشید. مدت زمان تب و درد شکم هر کدام ۲۴ ساعت در گروه اول و در گروه دوم جدید هر کدام ۱۲ ساعت طول کشید. چهار هفته بعد از درمان، کیست آمیب در مدفوع در گروه اول در ۵ نفر دیده شد، در صورتی که در گروه دوم فقط در یک نفر ثابت شد. نتیجه این که درمان اضافی با ساکارومیسیس بولاردی مدت زمان علائم بیماری را کوتاه‌تر و ناپدید شدن کیست آمیب را سریع‌تر می‌سازد.

تومور بدخیم داخل و خارج کبدی در بیماران مبتلا به کلانژییت اسکروزان (primary sclerosing cholangitis)

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Bergquist . et al "Hepatic and extrahepatic malignancies in primary sclerosing cholangitis" J.Hepatol. 2002;36:321-7

برگ کوئیست (Bergquist) و همکاران خطر بروز تومور بدخیم داخل و خارج از کبد را در ۶۰۹ بیمار که از نظر بالینی، بیوشیمی و داده‌های تصویری به PSC مبتلا بودند و همه در بیمارستان‌های سوئد تشخیص داده شده بودند مورد بررسی قرار دادند. این تعداد دو سوم تمام بیماران تشخیص داده شده در سوئد را در زمان بررسی در بر می‌گرفت. با یک پی‌گیری متوسط ۵/۷ سال پس از تشخیص، ۲۸ درصد از آنها فوت شدند و از این تعداد ۴۴٪ مبتلا به تومورهای بدخیم بودند که بین آنها ۱۳٪ کل بیماران مبتلا به سرطان مجاری صفراوی بودند. احتمال ابتلای این-

مورد گاستروسکوپي توسط دو پرستار به صورت تمرینی وجود داشت و دو پرستار هم در مورد بیمارانی که با علت خونریزی حاد نیامده و کم‌خونی هم نداشتند اندوسکوپي تمرینی انجام می‌دادند. تمام کسانی که اندوسکوپي می‌کردند حداقل ۱۵۰ مورد اندوسکوپي تحت نظارت اندوسکوپيست باتجربه انجام داده بودند. جمع‌بندی نشان داد که پزشکان ۱۵۲۲ اندوسکوپي و پرستاران ۱۴۸۷ اندوسکوپي انجام داده بودند. درصد کم‌خونی (Anemia) در دو گروه با ۱۵ و ۱۶ درصد و دیس‌پپسی با ۵۶ و ۶۰ درصد تقریباً مشابه بود. یافته مهم در اندوسکوپي در ۲۹ درصد موارد توسط پزشکان و در ۳۱ درصد موارد توسط پرستاران دیده شده بود. تعداد بیمارانی که بیوپسی شده بودند در هر دو گروه با ۲۸ درصد یکسان بود. نتایج یک مطالعه آینده‌نگر دیگر در همین زمینه نشان داد که در ۲۳۷ گاستروسکوپي توسط پزشکان و ۲۴۳ گاستروسکوپي توسط پرستاران که به طور راندوم انجام شده بودند، هیچگونه اختلافی از نظر میزان ناراحتی و ترس در بیماران وجود نداشته است. در این بررسی Small و همکاران نشان دادند که پرستاران مجرب در بخش اندوسکوپي می‌توانند گاستروسکوپي را با اطمینان و مؤثر انجام دهند و رضایت بیماران را هم به دست آورند.

چگونه می‌توان عمر بیش از صد سال داشت؟

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Poms P. Le Monde. Nr. 18234, 11.9.2003

برای عمر طولانی غیر از عوامل ارثی، خوردن غذای مناسب را هم به عنوان عاملی مهم برشمردند. شهر اکیناوا (Okinawa) که با ۱/۳ میلیون جمعیت در ناحیه فقیرنشین ژاپن قرار دارد، دارای بیش از ۶۰۰ شهروند پیرتر از ۱۰۰ سال است. در ژاپن میانگین سن مردان ۷۸ و زنان ۸۵ سال است. این کشور بیش از ۲۰/۰۰۰ شهروند دارد که صدسالگی را پشت سر گذاشته‌اند و در این میان فقط در یک ده کوچک به نام اگیمی (Ogimi) که در شمال غرب این منطقه قرار دارد بیش از ۳۰۰۰ نفر زندگی می‌کنند که صدسالگی را پشت سر گذاشته‌اند. در روی یک

توضیح نویسنده مقاله

در مقاله «بقای پنج‌ساله بیماران مبتلا به هیپاتیت خودایمنی پس از درمان با پردنیزولون» که در شماره ۴۱ مجله گوارش به چاپ رسید، نام یکی از نویسندگان، خانم ساناز رضایی، دانشجوی سال ششم دانشگاه آزاد اسلامی از قلم افتاده بود که تصحیح می‌شود. خانم رضائی در جمع‌آوری اطلاعات مورد استناد این مقاله تلاش فراوانی داشته‌اند. مقاله یاد شده توسط آقای دکتر همایون واحدی و خانم ساناز رضایی تهیه شده است.

آترواستاتین (Atrovastatin) به مقدار ۱۰ میلی‌گرم یا سیم‌واستاتین (Simvastatin) به مقدار ۴۰ میلی‌گرم، همراه با یکی از سه داروی پائین آورنده فشارخون یعنی تیازید (Thiazide) یا بلوک‌کننده بتا (β -blocker) و یا آنزیم جلوگیری‌کننده آنژیوتانسین (Angiotensin) با کمترین دوز و همچنین اسید فولیک به مقدار ۰/۸ میلی‌گرم در روز، برای افراد مسن‌تر از ۵۵ سال تجویز شود، آنها، در مقایسه با کسانی که این داروها را مصرف نمی‌کنند به طور متوسط ۱۱ سال بیشتر عمر می‌کنند و خطر ابتلا به بیماری ایسکمیک خون (Ischemic heart disease) و سکتة مغزی در آنها کمتر خواهد بود. این داروها با این دز پائین اثرات جنبی هم در افراد به وجود نمی‌آورند، نتیجه‌ای که از این بررسی گرفته شده است سفارش ساخت یک قرص ترکیبی (Polypill) شامل مخلوطی از این شش دارو برای استفاده عمومی است.

بیماران به سرطان پانکراس ۱۴ مرتبه بیشتر از جمعیت عادی سوئد بود، همچنین در بیماران مبتلا به کولیت اولسروز و کرون، میزان درصد بروز سرطان روده بزرگ ۱۰ برابر افراد عادی بود.

راه و روش پائین آوردن بیماری‌های دستگاه گردش خون تا بیش از ۸۰ درصد

ترجمه و تلخیص: دکتر صادق مسرت

Wald N. J. and law R "A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%" Brit. Med. J. 2003; 320: 1419-23

در یک مقاله از Wald و Law به وسیله متاآنالیز ۱۵ بررسی اپیدمیولوژی که در سال‌های اخیر انجام گرفته و در آنها داروهای مختلف برای پائین آوردن کلسترول LDL- و هوموسیستین (Homocysteine) و پائین آوردن خاصیت چسبندگی ترمبوسیت‌ها (Platelet aggregation) و همچنین فشار خون بررسی شده‌اند، نشان داده شد که اگر آسپرین با دوز ۵۰ تا ۱۲۵ میلی‌گرم را همراه با

خلاصه مقالات فارسی منتشر شده در

مجلات و نشریات علمی و پژوهشی داخل کشور

گردآورنده: دکتر غلامحسین فلاحی، فوق تخصص گوارش اطفال، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که در تمامی بیماران جوان (به خصوص خانم‌ها) که با مجموعه علائم درد، توده شکمی، تب و کاهش وزن و تست توپرکولین مثبت مراجعه می‌کنند تشخیص قطعی بایستی توسط لاپاروسکوپی و یا لاپاروتومی داده شود.

یک مورد پیوند کبد انجام شده در کودکان

دکتر عباس ربانی، دکتر علی جعفریان، دکتر محمد علی محقق

دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی، مجله بیماری‌های کودکان سال ۱۲، شماره ۴ خلاصه: این مقاله گزارشی است درباره پیوند کبد در دختر بچه ۱۲ ساله‌ای که مبتلا به سندرم کریگلر نجار تیپ یک است و از بدو تولد دچار هیپربیلیروبینمی غیرمستقیم بوده است. بیمار علائم کرنیکتروس با کاهش نسبی ضریب هوشی و اختلال در تکلم را نشان می‌داد. فرزند اول والدین در دوره نوزادی به علت زردی فوت شده بود. بیمار یک برادر ۱۰ ساله سالم و یک خواهر ۳ ساله که به همین بیماری مبتلاست دارد. به هنگام بستری شدن بیلیروبین توتال 25 mg/dL و بیلیروبین مستقیم 1 mg/dL بود. کبد نوجوان ۱۶ ساله‌ای که در تصادف دچار مرگ مغزی شده بود به این بیمار پیوند زده شد. مهار ایمنی با متیل پردنیزولون و سیکلوسپورین و سلسپت انجام گرفت. در یک پی‌گیری ۱۸ ماهه کارکرد کبد و کلیه و فرمول شمارش گلبولی طبیعی بود. ۱۴ ماه پس از پیوند، بیمار اولین پرپود ماهانه خود را داشت.

مروری بر پریتونیت سلی

در دو مرکز دانشگاهی تهران طی ۴۰ سال اخیر

دکتر حسین فروتن، دکتر هادی غفرانی و همکاران

فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان،

سال هفتم، شماره ۲۵

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت اپیدمیولوژی تظاهرات بالینی و پاراکلینیکی پریتونیت سلی و به منظور مروری بر وضعیت آن، این تحقیق به منظور بررسی جنبه‌های بالینی و پاراکلینیکی پریتونیت سلی در ایران بر روی مراجعه‌کنندگان به دو مرکز دانشگاهی شهر تهران در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۳۸ صورت گرفت.

طی دوره مورد بررسی تعداد ۱۸۶ بیمار (۳۵ مرد و ۱۴۸ نفر زن) در سنین $24/14 \pm 29/5$ وجود داشتند. بیماری در زنان $4/2$ برابر بیشتر از مردان بود. شایعترین علائم بالینی به ترتیب اتساع شکمی 78% ، کاهش وزن 75% ، تب 73% ، درد شکمی 62% و توده شکمی 40% بود. در 43% از بیماران شواهدی از سل ریوی دیده می‌شد. 86% بیماران تست توپرکولین مثبت داشتند $PPD > 10 \text{ mm}$ متوسط ESR ساعت اول بیماران $67/7$ و 23% بیماران ESR بیشتر از ۱۰۰ داشتند. آسیت اگزوداتیو با برتری لنفوسیتی در 95% بیماران دیده شد. از یکصد بیماری که تحت لاپاراسکوپی قرار گرفتند، 85% بافت‌شناسی مثبت از نظر سل پریوتون داشتند.

بررسی میزان آنتی‌تیت‌های باکتریال ناشی از یرسینیا آنتروکولی تیکا در مقایسه با سویه‌های شیگلا و سالمونلا

دکتر محمد مهدی سلطان دلال، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه بهداشت
دکتر عباس میرشفیعی، استادیار علوم پزشکی تهران، گروه پاتولوژی
مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲

یرسینیا آنتروکولی تیکا از خانواده آنتروباکتریا و عامل اسهال حاد، لنفادنیت مزانتریک، سیتی سمی، آپاندیسیت، فارنژیت اگزوداتیو، آرتریت واکنشی و آریتم ندوزوم است. اسهال به عنوان شایعترین تظاهرات عفونت یرسینیائی در کودکان محسوب می‌شود. در این بررسی ۵۲۷ نمونه مدفوع از کودکان مبتلا به اسهال بیمارستان قدس و ۳۰۰ نمونه از بیماران بزرگسال بستری در بیمارستان بوعلی قزوین در طی یک دوره ۶ ماهه مورد بررسی قرار گرفت. آزمایش‌های میکروب‌شناسی لازم با استفاده از محیط اختصاصی (CIN) آگار و روش سرماگذاری جهت جداسازی یرسینیا آنتروکولی تیکا به کار گرفته شده است. از میان نمونه‌های مورد آزمایش هفت سویه یرسینیا آنتروکولی تیکا شناسائی شدند که هر هفت نمونه مربوط به کودکان بودند. در میان بزرگسالان یرسینیا آنتروکولی تیکا ایزوله نشده است.

بررسی ارتباط کپیر مزمن با هلیکوباکتر پیلوری

دکتر سعید فرج‌زاده، دکتر صدیف درویش‌مقدم، دکتر ایرج اسفندیارپور،
دکتر زهرا رهنما، دکتر محمد جواد زاهدی
مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان دوره دهم، شماره ۱، سال ۱۳۸۱

کپیر مزمن بیماری مزمنی است که تاکنون علت و درمان آن در اکثر موارد ناشناخته باقی مانده است. این مطالعه مورد - شاهدهی به منظور تعیین ارتباط هلیکوباکتر پیلوری و کپیر مزمن انجام گرفت. تعداد ۹۵ بیمار مبتلا به کپیر مزمن که علت زمینه‌ای دیگری نداشتند و به تعداد دو برابر آنها یعنی ۱۹۰ نفر از افراد سالم پس از مطابقت سن و جنس از نظر ابتلا به هلیکوباکتر پیلوری با اندازه گیری IgG اختصاصی مورد بررسی قرار گرفتند.

در کل بیماران ۶۸ نفر زن (۷۱/۶٪) و ۲۷ نفر مرد (۲۸/۴٪) و در گروه شاهد ۱۳۶ نفر زن و ۵۴ نفر مرد بودند. میانگین سنی گروه مورد بررسی ۱۵/۷ ± ۳۲/۴ سال و گروه شاهد ۱۴/۸ ± ۳۱/۹ سال بود که اختلاف معنی‌داری بین آنها وجود نداشت (p < ۰/۰۰۵). میانگین مدت ابتلا به کپیر مزمن در بیماران ۲۲/۷ ماه بود. از نظر وجود سایر علائم همراه در بیماران، مواردی از آسم ۱۳/۷٪، رینیت آلرژیک ۱۶/۸٪، آنژیوادم ۳/۲٪ و مشکلات گوارشی ۶۲/۱٪ دیده شد. از نظر میزان آلودگی به هلیکوباکتر پیلوری در گروه بیمار ۷۱ نفر (۷۴/۶٪) و در گروه شاهد ۹۶ نفر (۵۰/۵٪) دارای سرولوژی مثبت بودند که اختلاف آن معنی‌دار بود (p < ۰/۰۰۱). همچنین در گروه سنی ۲۰-۵۰ سال در گروه بیمار افزایش معنی‌داری در میزان ابتلا به هلیکوباکتر پیلوری دیده شد (p < ۰/۰۱)، اما مدت ابتلا به کپیر

مزمن، وجود آنژیوادم و علائم گوارشی با آلودگی هلیکوباکتر پیلوری ارتباط معنی‌دار نداشت (p > ۰/۰۵). بر اساس این نتایج آلودگی به هلیکوباکتر در بیماران مبتلا به کپیر مزمن ایدئوپاتیک با فراوانی بیشتری نسبت به افراد سالم دیده می‌شود که برای تعیین رابطه سبب‌شناختی آن انجام پژوهش‌های بنیادی و کارآزمایی درمانی لازم است.

میزان وقوع عفونت مجدد هلیکوباکتر پیلوری یک سال پس از ریشه‌کنی موفقیت‌آمیز آن

دکتر محمدجواد زاهدی، دکتر محسن امینی، دکتر حسین اصل سلیمانی،
دکتر محسن ساغری، دکتر ارسلان وکیلی، دکتر رضا ملک‌زاده
مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره هجدهم سال ۱۳۷۹

هلیکوباکتر پیلوری (Hp) در ایجاد گاستریت، زخم معده، زخم دوازدهه، سرطان و لنفومای معده نقش اساسی دارد. ریشه‌کنی (Hp) سبب پیشگیری از عود زخم و عوارض آن می‌شود. در کشورهای توسعه یافته عفونت مجدد (Hp) سبب پیشگیری از عود زخم و عوارض آن می‌شود. در کشورهای توسعه‌یافته عفونت مجدد (Hp) بعد از ریشه‌کنی موفقیت‌آمیز نادر و غیرمعمول است، ولی در کشورهای درحال توسعه وقوع عفونت مجدد دیده می‌شود و میزان آن در مناطق مختلف جهان متفاوت گزارش شده است.

هدف این مطالعه بررسی میزان عفونت مجدد (Hp) در بیماران ایرانی حداقل یک سال بعد از خاتمه درمان موفقیت‌آمیز است.

مطالعه روی ۱۱۰ بیمار شامل ۵۷ مرد و ۳۵ زن با محدوده سنی ۸۰-۱۳ سال با تشخیص اولیه زخم دوازدهه (۸۵/۴٪) زخم معده (۲٪) و گاستریت شدید (۱۲/۶٪) صورت گرفته است. تشخیص ابتلائی عفونت (Hp) بر اساس حداقل یکی از آزمایش‌های اوره‌آز سریع، بافت‌شناسی یا کشت بوده است. این بیماران با رژیم‌های مختلف علیه (Hp) درمان شده‌اند و ریشه‌کنی عفونت نزد بیماران حداقل ۴ هفته پس از خاتمه درمان با آزمون تنفسی اوره حاوی کربن نشان دار (UBT - C۱۴) به صورت قطعی تأیید شد. حداقل یک سال پس از اولین UBT - C۱۴ منفی با میانگین ۱۷ ماه (محدوده ۱۲-۳۹ ماه) مجدداً این بیماران بر اساس علائم بالینی و UBT - C۱۴ مورد بررسی قرار گرفتند. از ۱۱۰ بیمار مورد مطالعه در پایان یک سال، ۲۱ نفر UBT - C۱۴ مثبت داشتند که بیانگر ۱۹/۱٪ عفونت مجدد پس از یک سال است. سن، جنس، تعداد اعضای خانواده و شکایت‌های گوارشی بیماران و مصرف سیگار هیچکدام نتوانسته‌اند پیشگویی کننده عفونت مجدد در بیماران باشند. میزان عفونت مجدد در ایران بالا است (۱-۱۹٪) و لازم است بیماران با زخم معده یا دوازدهه، به خصوص در زخم‌های عارضه‌دار که ریشه‌کنی عفونت (Hp) آنها یک ماه بعد از خاتمه درمان نشان داده شده است، تحت پی‌گیری‌های طولانی‌تر قرار گیرند و درمان نگهدارنده با داروهای کاهش دهنده اسید در آنان ادامه یابد.

پروفسور مارتینی، پیشکسوت هیاتولوژی اروپا در قرن گذشته، در ۸۷ سالگی، از زندگی خود می‌گوید



Prof. Dr. Gustav Adolf Martini

پرفسور گوستاو آدولف مارتینی از جمله شخصیت‌های مشهور اروپا در رشته هیاتولوژی است. این پزشک دانشمند که از بنیانگذاران چندین کنگره جهانی و نیز از پایه‌گذاران اصلی انجمن‌های پزشکی در کشور آلمان است، هم اکنون در سن ۸۷ سالگی در باغچه خود در آلمان روزگار می‌گذراند و اگرچه بازنشسته شده و به قول خودش با بیماران سر و کار ندارد ولی با این وجود هنوز در جریان مسائل روز پزشکی در رشته هیاتولوژی قرار دارد و از مطالعه غافل نیست. ملاقات من با او در باغچه زیبای محل سکونتش در شهر ماربورگ آلمان صورت گرفت و شرح حالی که در زیر به نظر می‌رسد دست‌نوشته خود اوست. خواندن این شرح حال، که از نخستین روزهای پس از پایان جنگ جهانی اول آغاز شده و تا به امروز را در بر می‌گیرد جالب است. پرفسور آمارتینی با همسر ۷۷ ساله‌اش زندگی می‌کند.

دکتر صادق مسرت

احترام و تشویق بزرگ او نسبت به خودم تصور کردم. در همان دوران بچگی همراه با پدر و مادرم مجبور شدیم آن ناحیه را که تحت قیمومیت لهستان درآمده بود به علت این که آلمانی بودیم ترک کنیم و به شهر Raudle برویم. من پس از ۴ سال وارد دبیرستان شدم. در آن زمان دو نوع دبیرستان وجود داشت یکی دبیرستان با رشته زبان‌های جدید (انگلیسی، فرانسه و بعد هم لاتین)* و یکی هم دبیرستان با زبان‌های خارجی قدیمی (یونانی و لاتین) که به آنها هومانستیک می‌گفتند.† من به دبیرستان با رشته‌های زبان‌های جدید رفتم و در سال‌های اول فرانسه و بعد انگلیسی و بالاخره مدت کوتاهی زبان لاتین را انتخاب

من در سال ۱۹۱۸ در مارین‌هوهه (Marienhoehe) که شهر کوچکی در ناحیه پروس غربی (آلمان) است متولد شدم. پدرم قاضی بود. در ۵/۵ سالگی به مدرسه رفتم. در روز ورود به مدرسه به شدت می‌ترسیدم و یادم نمی‌رود که به سختی می‌گریستم. به پدر و مادرم می‌گفتم من که چیزی نمی‌دانم چرا، باید به مدرسه بروم؟ در همان حال گریه کردن پستیچی شهر مرا دید و پدرا نه گفت: چون تو چیزی نمی‌دانی باید به مدرسه بروی تا چیزی یادگیری! با همه بچگی، مفهوم حرف او به دلم نشست و آرام گرفتم. فهمیدم به همان دلیل که چیزی نمی‌دانم باید به مدرسه بروم. معلم دبستان خانمی بود که مرا مورد توجه قرار داد. خانه ما در آن شهر کوچک فاصله زیادی با خانه او و مدرسه نداشت. یک روز، در ۶ سالگی از جلوی خانه خانم معلم می‌گذشتم که او مرا به منزلش برد و به من اجازه داد که میز کارش را با دستمالی تمیز کنم. احساس می‌کردم که امتیاز بزرگی نصیبم شده است و این را نشانه

* - New linguistic Gymnasium

† - Humanistic Gymnasium

کردم. رابطه ما با معلمان بسیار خوب بود. گرچه در دبستان معلمانی بودند که گاهگاهی شاگردان را با شلاق تنبیه می‌کردند، ولی در دبیرستان از تنبیه با شلاق خبری نبود. گاهگاهی در خارج از دبیرستان با معلمان برنامه‌های اجتماعی داشتیم که روح همبستگی را بین ما و معلمان تقویت می‌کرد. آموزش در دبستان برای همه مجانی بود ولی در دبیرستان هر کس به قدر استطاعت مالی خانواده می‌بایستی در مخارج دبیرستان سهیم باشد. میزان شهریه سالیانه دبیرستان را اداره مالیات که از استطاعت و وضع مالی خانواده‌ها در آن محل اطلاعات دقیق داشت تعیین و به پدران ما اطلاع می‌داد و ما در دبیرستان نمی‌دانستیم چه کسی چقدر پرداخت می‌کند. در آن زمان در سال‌های آخر دبیرستان برنامه معاوضه دانش‌آموز بین مدارس آلمان و کشورهای همجوار آلمان از جمله سوئد و فرانسه وجود داشت و من در ۱۷ سالگی برای دو ماه به فرانسه رفتم و در یک مدرسه فرانسوی در کلاس درس شرکت کردم. بعدها، از فرانسه هم یک دانش‌آموز هم سن من به نام کلود (Claude) به آلمان آمد و دو ماه در مدرسه ما بود. کلود در منزل ما زندگی می‌کرد. عجیب این که فقط دوسال پیش، یعنی ۷۰ سال بعد از این رفاقت توانستم بر حسب تصادف، با کلود که صاحب داروخانه‌ای در نورماندی فرانسه بود تلفنی صحبت کنم و قرار ملاقات بگذارم. متأسفانه کلود فوت کرد و این ملاقات میسر نشد. در سال ۱۹۳۶ یعنی سه سال بعد از شروع حکومت نازی‌ها، تحصیلات دبیرستان من خاتمه یافت. در آن زمان کلاس ما ۱۲ دانش‌آموز داشت که فقط یکی از آنها دختر بود. در رژیم نازی‌ها هر کسی که قصد تحصیل داشت می‌بایستی ۶ ماه کار عملی کند و اگر قصد انتخاب رشته حقوق را داشت می‌بایستی حتماً وارد حزب نازی می‌شد. در رشته‌های دیگر از جمله طب فقط کار ۶ ماهه عملی لازم بود و دوره عملی من کار در جنگل با بیل و کلنگ بود. ورود به دانشگاه برای همه امکان داشت و پرداخت شهریه هم اجباری بود، مگر این که دانشجو استطاعت پرداخت شهریه را نداشت، در این حالت می‌بایستی در دو رشته حاضر به امتحان شایستگی تحصیل می‌شد که این دو رشته را خود دانشجو انتخاب می‌کرد. من در سال ۱۹۳۶ وارد مدرسه طب در شهر برسلا (Breslau) که در حال حاضر به لهستان تعلق دارد شدم و بعد در شهر توبینگن و فرایبورگ تحصیل را ادامه دادم. در سال ۱۹۴۲ فارغ‌التحصیل شدم. البته در طی سال‌های تحصیل می‌بایستی هر موقع که لازم می‌شد برای شرکت در جنگ تحصیل را ترک می‌کردیم. همین باعث شد که هم در فرانسه و هم در چکسلواکی و روسیه در جنگ شرکت داشته باشم. پس از خاتمه تحصیل در بیمارستان صحرایی به عنوان سرباز و سپس افسر مشغول به کار شدم. در سال ۱۹۹۴ در روسیه زخمی شدم و چند ماهی تحت مداوا بودم و بالاخره در آخرین ماه‌های جنگ، هنگامی که در ایتالیا بودم، تحت محاصره سربازان آمریکائی قرار گرفتم که مرا پس از دو هفته آزاد کردند. چهار ماه پس از خاتمه جنگ، هنگامی که هنوز کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها به وسیله پزشکان زن اداره می‌شد، به عنوان کمک

آسیستان بخش داخلی در مدرسه پزشکی هامبورگ تحت ریاست پروفسور برگ (Berg) با حقوق نصفه (۱۱۸ مارک هر ماه) مشغول به کار شدم. بخش داخلی پزشکی در آن موقع فقط ۱۰ آسیستان داشت و چون پروفسور برگ به رشته گوارش علاقه داشت من هم کم کم به رشته هیپاتولوژی گرایش پیدا کردم و تحقیقاتم راجع به ساختمان میکروسکوپی Spider naevus را در بیماری‌های کبدی پیشرفته ادامه دادم. در آن موقع در شهر هامبورگ نام تمام بیماران مبتلا به عفونت‌های واگیر به مرکز بهداشت اطلاع داده می‌شد. من تمام خانم‌های باردار را که به هیپاتیت ویروسی حاد مبتلا شده بودند بررسی و پی‌گیری کردم و ثابت کردم که سیر هیپاتیت ویروسی در خانم‌های باردار با افراد غیرباردار یکسان است. همچنین سیر هیپاتیت ویروسی را در مجروحین جنگی بررسی کردم. از جمله بررسی‌هایم هیپاتیت ویروسی B بود که در مجروحان جنگی می‌توانست سیر وخیمی داشته باشد. نتیجه این مطالعات را در اولین کنگره انجمن جهانی بیماری‌های جغرافیائی که در شهر لیژ (Liege) بلژیک با شرکت ۱۲۰ نفر در سال ۱۹۵۲ برگزار شده بود ارائه دادم و در این کنگره فرصت آشنائی با دیگر متخصصین در رشته هیپاتولوژی را پیدا کردم. باید اشاره کنم که در آن زمان پزشکان به دو نوع هیپاتیت اعتقاد داشتند که به یکی هیپاتیت بدون وخامت (Hepatitis catarrhalis) و به دیگری هیپاتیت با سیر نامطلوب (homolog serum hepatitis) می‌گفتند. این دو نوع هیپاتیت را از سال ۱۸۸۳ می‌شناختند. در آن زمان در یک زندان در شهر برمن (Bremen) (آلمان)، همه افراد زندانی را به دلیل شیوع بیماری وبا، بر ضد این بیماری واکسینه کردند ولی در این روند پرسنل زندان را واکسینه نکردند. بعد از چند ماه تعداد زیادی از زندانی‌ها دچار بیماری یرقان (هیپاتیت) شدند در حالی که هیچیک از افراد محافظ زندانیان مریض نشدند. این حادثه باعث شد که اقوام زندانیان اعتقاد پیدا کنند که اپیدمی یرقان به ماده واکسیناسیون بستگی داشته است. با این که پزشکان معالج این رابطه را رد می‌کردند، تحقیق دکتر لورمان Luhrmann ثابت کرد که شکایات اقوام زندانیان صحیح بوده است. در واقع، ماده واکسن که از سرم انسان تهیه شده بود این عفونت را ایجاد کرده بود. مطالعه لورمان با نتیجه مطالعات ما راجع به سیر دوگانه یرقان عفونی همخوانی داشت.

من در سال ۱۹۵۳ با ارائه رساله چگونگی ساختمان میکروسکوپی Spider در بیماران سیروزی، دانشیار دانشگاه هامبورگ شدم در آن زمان تصمیم گرفتم همکاری خودم را با متخصصین هیپاتولوژی بیمارستان هامراسمیت (Hammersmith) در لندن که با آنها در کنگره جغرافیائی آشنا شده بودم شروع کنم. تقاضایم را به نماینده بهداشت بریتانیا در آلمان که در آن زمان موسوم به بریتیش مدیکال کانسیل (British medical council) بود دادم. این نمایندگی می‌توانست مخارج مسافرت و اقامت را در لندن تأمین کند. مرا برای امتحان و بررسی به یکی از شهرهای تحت نفوذ انگلستان در آلمان احضار کردند.

کس که خواست بتواند به زبان کشور خود یعنی فرانسوی، اسپانیایی یا آلمانی صحبت کند. این موضوع باعث ایجاد اتحاد بین همه شد. امروز شاهدیم که غیرانگلیسی‌زبان‌ها هم در کنگره‌های جهانی به زبان قابل فهم همه، یعنی انگلیسی صحبت می‌کنند. من علاوه بر این که ریاست کنگره متخصصین گوارش آلمان را در سال ۱۹۶۵ داشتم و دفتر این انجمن سال‌ها توسط من اداره می‌شد در سال‌های ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۰، ریاست کنگره جهانی امراض داخلی را نیز بر عهده داشتم و به واسطه این مسئولیت، به اغلب کشورهای جهان از جمله کشورهای آمریکای جنوبی و آسیایی و تمام کشورهای اروپایی سفر کردم. از جمله مسئولیت‌های دیگرم، ریاست کنگره جمعیت دانشمندان علوم طبیعی و پزشکی آلمان در سال ۱۹۸۰ بود که معتبرترین جمعیت علمی کشور آلمان به شمار می‌آید.[‡] من همچنین عضو افتخاری جمعیت سلطنتی پزشکان انگلستان (FRCP) و جمعیت پزشکان آمریکا هستم. در سال ۱۹۸۰، در سن ۶۵ سالگی بازنشسته شدم و با این که از آن زمان دیگر با بیماران سر و کار نداشته‌ام ولی از دنیای پزشکی هم دور نمانده‌ام، در سال‌های بعد از بازنشستگی سال‌ها مسئولیت مجله پزشکی طب داخلی (Internist) ارگان جامعه متخصصین داخلی آلمان را به عهده داشتم و به عنوان سخنران برای آموزش پزشکان فعالیت می‌کردم. در حال حاضر، با وجود این که به علت کبر سن امکان حضور فعال در مجامع پزشکی را ندارم ولی با مطالعه مرتب مجلات پزشکی آلمان و همچنین مقالات مجلات Lancet و New Engl.J.Med سعی می‌کنم خود را در جریان مسائل روز پزشکی قرار دهم. پس از بازنشستگی، در فاصله‌های منظم با ۶ تا ۸ نفر از همکاران دفترم و پرستاران بخش تماس دارم و در دو سه سال گذشته با وجود گذشت بیش از ۲۰ سال از بازنشستگی، هر شش ماه آنها را در منزل می‌بینم. دو سال پیش یکی از همکاران سابقم مسئول برگزاری جشن تولد ۸۵ سالگی‌ام شد و ۸۰ نفر از پزشکان همکارم که همه مسئولیت‌های پزشکی را در شهرهای مختلف آلمان داشتند و قبلاً با من کار می‌کردند در جشن تولدم شرکت کردند. تجدید دیدار با همه حاصل شد خیلی از آنها هر از گاهی، بخصوص در زمان تعطیلات نوبل، با تلفن یا نامه با من در تماس هستند. من با خانمم که ۷۷ سال دارد زندگی روزانه خود را می‌گذرانیم. خدمتکاری داریم که از ۳۳ سال پیش سه بار در هفته، چند ساعتی برای کمک و نظافت به منزل ما می‌آید. من و همسرم خودمان مایحتاج منزل را گاهگاهی پیاده و اغلب با استفاده از اتومبیل قدیمی خود تهیه می‌کنیم. پخت و پز و تهیه غذا به عهده همسر و رسیدگی به گل‌ها و تمیزی باغ به عهده من است.

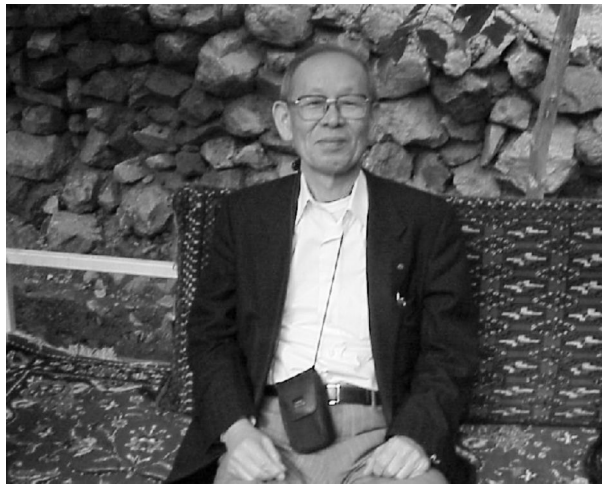
حدود ۶ نفر انگلیسی در اتاقی دور هم نشسته بودند و از من می‌پرسیدند که آیا نویسندگان ادبی انگلستان را می‌شناسم؟ نام چند نفر از جمله شکسپیر و اثر معروف او هاملت را آوردم. در این هنگام از من در مورد یک جمله از رمان هاملت سؤال کردند و چون نتوانستم جواب دهم فکر کردم که تقاضای من برای گرفتن این کمک رد شده است. اما پس از مصاحبه گفتند که با یک بورس تحصیلی یک‌ساله در انگلستان برایم موافقت شده است. بسیار خوشحال شدم و به لندن رفتم و در بیمارستان هامراسمیت در قسمت داخلی که تحت نظر یک پزشک اسکاتلندی به نام مک مایکل (Mc Michel)، اداره می‌شد و در همکاری با خانم شیلا شرلاک (Sheila Sherlock) شروع به کار کردم. در آنجا راجع به اغماء کبدی و باکتری‌های روده کوچک کار کردم، برای تحقیق تعداد و نوع باکتری‌ها در روده کوچک از سوند بخصوصی که برای این هدف و با کمک دیگران ساخته بودم استفاده می‌کردم. سال‌های ۱۹۵۴ و ۱۹۵۵ را در لندن گذراندم و بعد به هامبورگ برگشتم. در سال ۱۹۵۹ به درجه استادی نایل شدم و دو سال بعد به عنوان رئیس بخش داخلی دانشگاه ماربورگ به این شهر آمدم. از کارهای مهم علمی من شناخت بیماری عفونی هپاتیت بود که به وسیله میمون به انسان سرایت می‌کند و امروزه به نام ویروس هپاتیت ماربورگ (Marburger virus hepatitis) معروف شده است. برای شناخت سیر این بیماری سال‌ها با کمک همکاران دیگرم تلاش می‌کردیم. در سال ۱۹۵۸ با همکاری دکتر هانس پوپر (Hans Popper) و خانم شیلا شرلاک از انگلستان نخستین کنگره جهانی بررسی بیماری‌های کبدی (IASL)* را پایه‌ریزی کردیم. در سال ۱۹۶۶ نیز اولین کنگره اروپایی بررسی بیماری‌های کبدی (EASL)[†] را در شهر ماربورگ آلمان برگزار کردیم. از جمله هدف‌هایم این بود که به کمک آسیب‌شناس‌های زنده بتوانیم شاخص‌های مشخص و روشنی برای نام‌گذاری هپاتیت مزمن تعیین کنیم و نوعی همکاری فراملیتی را شکل دهیم. هدف ما در آن زمان ایجاد همکاری بین تمام دانشمندان اروپایی بود و هیچ مشکلی برای ما وجود نداشت نتیجه این بود که این همکاری‌ها همان طوری که تا حدودی به تشکیل Montan union منجر شد به اتحادیه اروپایی پزشکان بدون مرز نیز گسترش یابد. در اولین کنگره اروپایی بحث بر سر این بود که با چه زبانی باید صحبت کنیم که قابل فهم باشد. نظر اکثریت اعضا انتخاب زبان انگلیسی به عنوان تنها زبان ارائه مقالات و سخنرانی‌ها در کنگره‌های سالانه بود. اما فرانسه‌زبان‌ها با این پیشنهاد مخالف بودند و ادعا می‌کردند دولت دوگل (رئیس جمهور فرانسه) در صورتی حاضر به کمک مالی به این کنگره‌های بین‌المللی است که ما به زبان فرانسه صحبت کنیم نه به زبان انگلیسی. برای ایجاد اتحاد تصمیم گرفتیم که انتخاب زبان را آزاد بگذاریم و هر

* - International Association of the Study of Liver Diseases

† - European Association of the Study of liver Diseases

‡ - Gesellschaft der Daturchen Nature forser and Aerzte

درگذشت کونیو اکودا، شخصیت بزرگ آسیائی در رشته هیپاتولوژی



پروفسور کونیو اکودا (Kunio Okuda)، پزشک بزرگ و پژوهشگر بلندپایه هیپاتولوژی در فوریه سال ۲۰۰۳ در شهر شیبا (Chiba) در ژاپن و در سن ۸۱ سالگی بدرود حیات گفت. چهره این پزشک عالیقدر ژاپنی برای ما ایرانی‌ها بسیار آشناست و چهار سال پیش که دعوت انجمن گوارش برای شرکت در کنگره شیراز و سخنرانی در مورد سرطان هیپاتوسلولار کبد* را پذیرفت و با خرج خود به ایران آمد، بسیاری از اعضای انجمن گوارش متوجه شخصیت والا و فروتنی چشمگیر او شدند. شخصیت این پزشک و محقق گرانقدر، در بعد انسانی چیزی کم از بعد علمی نداشت. او در واقع چهره‌ای جهانی بود که برای گسترش دانش پزشکی در سطح دنیا تلاش می‌کرد و در عین حال، در کلینیک خود در ژاپن، بیماران را با آغوش باز می‌پذیرفت و به مداوای آنان می‌پرداخت. مجله گوارش یاد این پزشک دانشمند را گرمی می‌دارد و برای آشنائی بیشتر خوانندگان، خلاصه‌ای از زندگی او را که می‌تواند الگوی هر پزشک محقق و انساندوستی باشد به نظر می‌رساند.

* - این سخنرانی در شماره ۳۴ مجله گوارش چاپ شد.

کار در بخش امراض داخلی، به عنوان صاحب یک گرانت رهسپار آمریکا و در دانشگاه کولومبیا به عنوان فلو (Fullbright Fellowship) مشغول به کار شد. کار او در آزمایشگاه بیوشیمی راجع به ویتامین B12 و متابولیسم آن در بدن و ترشح متابولیت‌ها در ادرار بود. در همان سه سال اول اقامت در آمریکا، ۸ پژوهش علمی از او و همکارانش منتشر شد و مجموع پژوهش‌های پروفسور اکودا در مورد متابولیسم ویتامین B12، تا سال ۱۹۶۳ که در آمریکا اقامت داشت به ۳۵ مورد رسید که در مجله‌های انگلیسی‌زبان منتشر شدند. اکودا در سال ۱۹۶۳ به ژاپن بازگشت و ابتدا در دانشگاه کوروم (Kurume) و بعد از ۱۹۷۱ به عنوان استاد بخش داخلی دانشگاه شیبا مشغول به کار شد. اکودا در جریان کارهای تحقیقاتی خود در سال ۱۹۷۱، سوزنی با قطر داخلی در حدود یک میلی‌متر را ابداع کرد که بعدها بنام سوزن شیبا (Chiba needle) معروف شد. وی توانست با این سوزن از راه پوست و از بین دنده‌ها به

«کونیو، فرزند کین ماتسو (Kinmatsu) که یک دامپزشک بود، در سال ۱۹۲۱ در توکیو به دنیا آمد. او پنج خواهر و یک برادر داشت و پدر او کین‌ماتسو تمام هم خود را در تربیت فرزندان به کار برد به طوری که سه خواهر او یکی متخصص پوست، دیگری داروشناس و سومی آناتومیست و یک برادر او هم رادیولوژیست شدند. پدر او هنگامی که کونیو چهار سال داشت برای تصدی ریاست یک انستیتو دامپرووری به منچوری که در تصرف ژاپن بود منتقل شد. او تا آخر جنگ جهانی دوم در این کشور ماند و تمام تحصیلات دبستان، دبیرستان و دانشگاهی خود را در آنجا گذراند. اکودا در سال ۱۹۴۵ در کالج پزشکی شهر شیبا در ژاپن مشغول به کار شد و تا سال ۱۹۵۳ در آنجا فعالیت داشت. چندین کار علمی در رابطه با اندازه‌گیری پروتئین در مایع صفراوی در ۱۹۵۳ و بررسی بر روی ۴۶۳ بیمار مبتلا به هیپاتیت به مدت ۱۰ سال که در بیمارستان شهر شیبا پرونده آنها وجود داشت، صورت داد. بعد از ۸ سال

پروفسور اکودا چندین کتاب نیز منتشر کرد که مهمترین آنها کتاب «تصویربرداری در بیماری‌های کبد از تشخیص تا درمان» (Imaging in Liver Disease From Diagnosis to Treatment) است. این کتاب با کمک همکار ژاپنی او، کنیچی تاکایاسو (Kenichi Takayasu) به زبان انگلیسی تألیف شد و در سال ۱۹۸۰ توسط انتشارات دانشگاه آکسفورد منتشر گردید. در این کتاب هشتصد صفحه‌ای که در سال ۱۹۹۷ به چاپ دوم رسید، تمام روش‌های تصویربرداری کبد (آنژیوگرافی، پورتوگرافی، سونوگرافی، سینتیگرافی، کامپیوتر توموگرافی) در بیماری‌های گوناگون همراه با با عکس‌های بسیار زیبا درج شده است. در سال ۱۹۹۰، عالی‌ترین نشان رشته هیپاتولوژی از طرف انجمن آمریکائی بررسی بیماری‌های کبد به اکودا اهدا شد و او را در ردیف شخصیت‌های بزرگ رشته هیپاتولوژی جهان نظیر لئون شیف (Leon Schiff)، هانس پوپر (Hans Popper)، شیلا شرلاک (Shiela Sherloch) و هربرت فالک (Herbert Falk) قرار داد و این انجمن از اکودا به دلیل تلاش‌هایش در درمان بیماران کبدی و همچنین فعالیت‌هایش در تشکیل کنگره‌های هیپاتولوژی ستایش کرد. در سال ۱۹۹۸ نیز موفق به دریافت عالی‌ترین مدال Bockus از کنگره جهانی گاستروانترولوژی شد.

پروفسور اکودا سال‌ها رئیس انجمن گاستروانترولوژی ژاپن بود و در سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۲ ریاست انجمن هیپاتولوژی آسیا و اقیانوس آرام را بر عهده داشت. علاوه بر آن او نویسنده مهمان (Guest Editor) بسیاری از مجلات هیپاتولوژی و گاستروانترولوژی جهان بود. علاوه بر تحقیق، در انتشار نشریات پزشکی نیز فعالیت داشت و از ۱۹۸۶ تا ۲۰۰۲، سردبیر نشریه گوارش و کبد آسیا Journal of Gastroenterology and Hepatology J. of Asia بود. این مجله ژاپن، استرالیا و دیگر کشورهای آسیا را از نظر برگزاری کنگره‌ها و انتشار نتایج تحقیقات دانشمندان آسیائی به هم پیوند می‌دهد.

اوقات فراغت پروفسور اکودا با نواختن ویلون، قایقرانی و ماهیگیری می‌گذشت. برای همکاران و دوستانش در هنگام سال نو عکس‌هایی از خود و ماهی‌هایی که صید کرده بود می‌فرستاد. در عین حال، در کارهای علمی و پژوهشی بسیار سخت‌کوش، غوطه‌ور در مطالعه و خستگی‌ناپذیر بود و هر گاه لازم می‌شد در کسوت یک معلم متواضع و باادب آماده کمک به متقاضیان بود. حضور او در کنگره شیراز انجمن گوارش که ۴ سال پیش برگزار شد جلوه‌ای از این شخصیت بارز است، بی‌کمترین منت و با پرداخت هزینه‌های سفر خود به ایران آمد و پس از آن نیز به همکاری ارزنده خود با ما ادامه داد.

با وجود رفتنش به دنیای ابدیت، آثار علمی و ماندنی او باقیست. پروفسور اکودا نه در ژاپن، بلکه در سراسر دنیا سرمشقی برای دانش‌پژوهان باقی خواهد ماند.

دکتر صادق مسرت

مجاری مختلف کبدی از جمله مجاری صفراوی کبد که در اثر یرقان انسدادی دیلاته بودند وارد شود و با تزریق مواد حاجب علل انسداد را مشخص و بررسی کند. در سال ۱۹۷۴ در یک مجله انگلیسی مقاله او در این مورد که با پی‌گیری ۲۶۰ بیمار مبتلا به یرقان و تشخیص آن تهیه شده بود منتشر شد و این، نقطه آغاز شهرت جهانی او شد*. در پی آن، چهارصد بیمارستان در نقاط مختلف دنیا از او تقاضای ارسال این سوزن اختصاصی را کردند. روش جدید تحت عنوان PTC[†] و به نام کونیو اکودا در تاریخ پزشکی ثبت شد. توجه او به هیپاتولوژی و به ویژه سرطان هیپاتوسلولر در سیروز کبدی در ژاپن باعث شد که در اپیدمیولوژی و چگونگی بروز این سرطان و انواع مختلف آن بررسی‌هایی نه تنها در ژاپن بلکه در دیگر کشورهای جهان از جمله آمریکا صورت گیرد. وی در پاتولوژی و طبقه‌بندی سرطان هیپاتوسلولر و تشخیص زودرس این سرطان و درمان آن سال‌ها تلاش کرد، به طوری که او را به عنوان یک مرجع معتبر جهانی در این زمینه می‌شناختند. درمان سرطان هیپاتوسلولر با تزریق اتانول به وسیله سوزن شیبا و تحت سونوگرافی از کارهای او بود. پروفسور اکودا، در بیماری‌های کمیاب‌تر کبد از جمله هیپرتانسیون اولیه پرتال و همچنین سندرم بودکیاری که در ژاپن زیاد دیده می‌شود تحقیقات اساسی تشخیصی و درمانی انجام داد. او با سوزن شیبا و تزریق مواد حاجب به عروق کبد نشان داد که بعد از پونکسیون ساده کبد و برداشتن بافت در حدود ۲۰ درصد از بیماران فیستول کوچکی بین شریان و ورید ایجاد می‌شود که ممکن است به ندرت مسئله‌ساز شود. همچنین او توانست با این روش چندین تحقیق در مورد مسائل همودینامیک و سرعت خون در سیستم وریدی کبد را به انجام رساند و نتایج آن را منتشر کند. ازدیاد سرطان هیپاتوسلولر در ژاپن در ۳۰ سال اخیر مورد مطالعه جدی او قرار داشت و معتقد بود که این سرطان در بیمارانی که به هیپاتیت‌های غیر A و B -Non-A Non-B hepatitis- (یعنی هیپاتیت C) مبتلا هستند ایجاد می‌شود.

او تا چند ماه قبل از مرگش تنها به زبان انگلیسی ۵۵۳ کار علمی با دیگر همکارانش منتشر کرده بود در بررسی‌های علمی خستگی‌ناپذیر بود و با کمک همکاران ژاپنی خود که زحمت انجام آزمایش‌ها را بر عهده داشتند، هر ماه یک مقاله جدید در مجلات معتبر جهان از جمله گاستروانترولوژی و بعدها هیپاتولوژی منتشر می‌کرد. پروفسور اکودا به این ترتیب توانسته بود رابطه بسیار خوبی بین دانشمندان ژاپنی و آمریکائی برقرار کند.

* - Okuda K. et al. "Nonsurgical, percutaneous transhepatic cholangiography, diagnostic significance in medical problems of the liver" Am. J. Dig. 1974; 79:21-36

† - Percutaneous transhepatic cholangiography (PTC)

دو گزارش از یازدهمین کنگره اروپائی بیماری‌های گوارش و کبد

۱۰ - ۱۴ آبان ۱۳۸۲ - مادرید (اسپانیا)

یازدهمین کنگره اروپائی بیماری‌های گوارش از ۱۰ تا ۱۴ آبان ۱۳۸۲ (۱ تا ۵ نوامبر ۲۰۰۳) در شهر مادرید پایتخت اسپانیا برگزار شد. در این کنگره قریب به ۶ هزار تن از متخصصان گوارش و کبد از بیش از ۶۰ کشور دنیا گرد هم آمده بودند. حدود ۳۰ نفر از ایران در این کنگره شرکت داشتند و حدود ۱۰ مقاله به صورت سخنرانی یا پوستر از آنان در این کنگره ارائه شد. دو گزارش از این کنگره که توسط دکتر جواد میکائیلی و دکتر مسعود ستوده‌منش تهیه شده است در پی به نظر می‌رسند.

گزارش اول (یازدهمین کنگره اروپائی ...):

دکتر جواد میکائیلی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویتامین E ۸۰۰ میلی گرم در روز، مؤثرتر از امپرازول همراه با پلاسبو در جلوگیری از عود علائم بالینی و اندوسکوپییک ازوفازیت است و این مسئله می‌تواند در صورت اثبات، به کاهش دوز نگهدارنده ترکیبات PPI در افراد مبتلا به GERD کمک کند.

مقاله‌ای که من به صورت پوستر ارائه کردم در مورد تأثیر دیلاتاسیون پنوماتیک در آشالازی اطفال بود. در این مقاله ۲۵ بیمار مبتلا به آشالازی که از ۴/۵ ماه تا ۱۴ سال سن داشتند معرفی شدند که یک پنجم آنها یعنی ۵ نفر مبتلا به سندرم triple A (Achalasia, Alacrimia, Adrenal insufficiency) بودند. این بیماران دو گروه خواهر و برادر و از اعضای دو خانواده بودند و این مسئله لزوم بررسی این سندرم‌ها را در اطفالی که با تشخیص آشالازی مورد درمان قرار می‌گیرند و نیز لزوم بررسی خواهران و برادران این افراد را می‌رساند. این بیماران به طور متوسط ۳۷ ماه (۹ تا ۶۶ ماه) پی‌گیری شدند و در این مدت ۳۹ مورد دیلاتاسیون پنوماتیک برای آنان انجام شد (۱/۵۶ مورد به ازای هر بیمار) و در پایان بر اساس جدول Vantrappen ۶۴٪ پاسخ عالی، ۸٪ پاسخ خوب و ۲۴٪ پاسخ متوسط داشتند که نتیجه درمانی خوب و قابل قبولی است.

از سخنرانی‌های جالبی که در این کنگره ارائه شد به ذکر چند مورد می‌پردازیم:

مطالعه خانم دکتر Rautiainen از فنلاند در مورد مقایسه درمان ترکیبی بودزنوئید* به تنهایی و یا همراه با اسید اوسودنوکسی کولیک[†] در درمان بیماران مبتلا به PBC بود. در این مطالعه ۷۷ بیمار مبتلا به PBC که بر اساس AMA مثبت و هیستولوژی (Stage I- III) تشخیص داده شده بودند به صورت تصادفی به دو گروه درمانی تقسیم و مدت سه سال تحت درمان قرار گرفتند. این بیماران هر چهار ماه از نظر کلینیکی و آزمایشگاهی بررسی شدند و در پایان مطالعه مجدداً تحت

مادرید شهری است با میادین زیبا و آثار باستانی و موزه‌های فراوان و امکانات مناسب از نظر حمل و نقل عمومی به طوری که امکان دسترسی به محل برگزاری کنگره از نقاط مختلف شهر به وسیله مترو فراهم بود. البته محل برگزاری کنگره نسبت به کنگره‌های قبلی کوچکتر بود و به جز دو سالن اصلی، در بقیه سالن‌ها همیشه تعدادی از شرکت کنندگان ناچار بودند سخنرانی‌ها را به صورت ایستاده گوش کنند. از طرف دیگر چند مورد دزدی و کفزنی از هموطنان ما در شهر مادرید باعث ناراحتی ایرانیان شرکت کننده در کنگره شد.

در کشور اسپانیا شهرها و آثار باستانی فراوانی وجود دارد از جمله شهر تولدو (Toledo) در ۷۰ کیلومتری مادرید که پایتخت قدیمی اسپانیا به شمار می‌آید و در این شهر کاخ‌ها و کلیساها و پل‌های قدیمی جلب توجه می‌کند. در جنوب اسپانیا که چند صد سال در تصرف مسلمانان و در محدوده خلافت اسلامی بوده است آثار باستانی جالبی وجود دارد و از جمله در شهر کوردوبا (Cordoba) که از آن بازدید کردیم مسجد بزرگی بود که می‌گویند سومین مسجد بزرگ جهان است و ستون‌ها و محراب زیبای مسجد جلوه‌ای از هنر و معماری اسلامی را نشان می‌دهد. البته مسیحیان بعد از تسلط مجدد بر منطقه اقدام به ساختن کلیسا در وسط صحن مسجد کرده بودند و ترکیبی از مسجد و کلیسا در یک محل برای تمام بازدید کنندگان جالب بود.

اما در کنگره مادرید، همان طور که ذکر شد چندین مقاله به صورت سخنرانی یا پوستر از کشور ما ارائه شده بود. دکتر ملک زاده در مورد اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی بیماری سلیاک در ایران و مقایسه آن با کشورهای دیگر سخنرانی جالب و جامعی داشتند و دکتر میرمؤمن از بیمارستان امام خمینی راجع به اثر ویتامین E به عنوان یک ماده آنتی‌اکسیدان در جلوگیری از عود ازوفازیت‌های شدید بعد از درمان اولیه به وسیله ترکیبات PPI سخنرانی کرد. مطالعه دکتر میرمؤمن نشان می‌داد که ترکیب امپرازول ۲۰ میلی گرم یک روز در میان همراه با

* - Budesonide

[†] - Ursodeoxy cholic acid (UDCA)

خوراکی پاسخ می‌داد.

در پی‌گیری یکساله این بیماران علائمی مانند سوزش پشت جناغی ۶۶ تا ۶۹ درصد کاهش پیدا کرده بود که از نظر آماری قابل توجه است. ۶۶ تا ۷۰ درصد این بیماران داروهای PPI را کنار گذاشته بودند و در بقیه دوز داروها کاهش پیدا کرده بود. کاهش قابل ملاحظه برگشت اسید در pH متری ۲۴ ساعته این بیماران وجود داشت و مانومتري این بیماران تغییرات مهمی را نشان نمی‌داد.

مطالعه‌ای توسط دکتر H.L. Vail از انگلستان در مورد ارتباط زایمان به روش سزارین و ایجاد بیماری التهابی روده در بزرگسالی گزارش شد. در طول ۴۰ سال گذشته میزان سزارین در انگلیس افزایش قابل توجهی پیدا کرده و از ۳٪ در سال ۱۹۶۰ به ۲۰٪ در سال ۲۰۰۱ رسیده است. این احتمال وجود دارد که بچه‌هایی که با سزارین به دنیا می‌آیند در طول زندگی بیشتر به بیماری کرون مبتلا شوند. شواهدی وجود دارد که نوع و میزان فلور روده‌ای در نوزادانی که با سزارین به دنیا می‌آیند قدری متفاوت از بقیه نوزادان بوده، هم چنین تغییرات جزئی در سیستم ایمنی این نوزادان گزارش شده است. در این مطالعه ۱۹۱ بیمار مبتلا به I.B.D (۹۵ بیمار کرون و ۹۶ بیمار کولیت اولسراتیو) با ۴۱۵ نفر از افراد کنترل مقایسه شدند. آنالیز آماری ارتباط بین بیماری کرون و سزارین را نشان داد، اگرچه اختلاف از نظر آماری قابل توجه نبود. ولی ارتباطی بین کولیت اولسراتیو و سزارین یافت نشد. بنابراین احتمال وجود رابطه بین زایمان به روش سزارین و بیماری کرون در طول زندگی وجود دارد و باید در این زمینه مطالعات بیشتری صورت گیرد.

گزارش دوم (یازدهمین کنگره اروپائی ...):

دکتر مسعود ستوده‌منش، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

در یازدهمین کنگره اروپائی گوارش بیش از ۶ هزار متخصص گوارش شرکت داشتند که از بیش ۶۰ کشور دنیا گرد هم آمده بودند. محل کنگره در نزدیکی فرودگاه در حومه شهر بود. هر چند امنیت شهر در حد کمال نبود و چند تن از همکاران هموطن مورد اذیت قرار گرفتند، ولی روی هم رفته آب و هوای این شهر اروپائی برای ما که مدت مدیدی بود از هوای تمیز بی‌بهره بودیم، دلنشین بود. حدود ۳۰ نفر از ایران در این کنگره شرکت داشتند و حدود ۱۰ مقاله که یکی از آنها به شکل سخنرانی بود از پزشکان ایرانی بود. دو روز اول کنگره به Post graduate course تعلق داشت که بیشتر به شکل ارائه سخنرانی برگزار شد. در قسمتی از ساختمان کنگره که مرکز آموزش (Learning) نامیده می‌شد وسایل آموزشی از قبیل Simulator جهت انجام روش‌های مختلف تشخیصی و درمانی مثل کولونوسکپی - پولیپکتومی، ERCP و اسفنکترتومی، استفاده از Endoclip و ... فراهم بود. به علاوه، در یکی از قسمت‌ها، آموزش زنده سونوگرافی شکم برگزار می‌شد. در همین قسمت از کنگره امکان انجام مصاحبه با صاحب‌نظران رشته گوارش فراهم

بیوسپی قرار گرفتند. ترکیب بودنئوئید ۶ میلی گرم در روز و UDCA 15mg/kg/d مؤثرتر از UDAC به تنهایی بود و باعث بهبود قابل ملاحظه در هیستولوژی کبد و مقادیر بیلیروبین سرم شد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود.

سخنرانی آقای دکتر Fernandez- Diez از اسپانیا راجع به تداخل کپسول اندوسکوپي با پیس‌میکر* قلبی بود. تا به حال تصور و توصیه عموم بر عدم انجام کپسول اندوسکوپي در بیماران دارای پیس‌میکر قلبی بوده است. این مطالعه به منظور بررسی تداخل این دو دستگاه صورت گرفت و در ۵ بیمار دارای پیس‌میکر با سن متوسط ۷۳ سال که به علت خونریزی گوارشی با منشا ناشناخته تحت بررسی بودند کپسول اندوسکوپي انجام شد.

در طول انجام اندوسکوپي بیماران تحت نظر بودند و الکتروکاردیوگرام آنها به طور مرتب کنترل می‌شد. این بیماران در طول مطالعه بدون علامت بودند و کپسول اندوسکوپي بدون هیچ عوارضی در همه آنها انجام شد. بنابراین در کسانی که پیس‌میکرهای بطنی جدید دوقطبی (bipolar) دارند کپسول اندوسکوپي می‌تواند بدون هیچ تداخلی انجام شود.

دکتر J.L. Goldstein از آمریکا در مورد ضایعات مخاطی روده باریک در کسانی که NSAID استفاده می‌کنند سخنرانی کرد. در این مطالعه کسانی که سلکوکسیب (Celecoxib) استفاده می‌کردند با افرادی که ناپروکسن (Naproxen) همراه امپرازول مصرف می‌کردند مقایسه شدند. مخاط روده باریک در این افراد با کپسول اندوسکوپي بررسی شد و ضایعات مخاطی مثل آروزبون‌ها در گروه ناپروکسن + امپرازول به طور قابل توجه و معنی‌داری بیشتر بود، بنابراین باید توجه داشت که مصرف همزمان امپرازول با NASID های قدیمی و غیرانتخابی نمی‌تواند از بروز ضایعات مخاطی روده باریک جلوگیری کند. مطالعه چند مرکزی از کشورهای اروپائی مثل آلمان و فرانسه و نیز آمریکا در مورد تزریق محلول Enteryx در LES در بیماران مبتلا به GERD انجام شده بود که توسط دکتر Schumacher مطرح شد. در این مطالعه ۹۳ بیمار از کشورهای اروپائی و ۱۴۱ بیمار در آمریکا تحت این روش درمانی قرار گرفتند و مدت یک سال پی‌گیری شدند. در این مطالعه افراد مبتلا به GERD که علائمشان با داروهای PPI کنترل می‌شد و pH متری ۲۴ ساعته تشخیص GERD را در آنها ثابت می‌کرد وارد مطالعه شده بودند و افراد مبتلا به اختلالات تنه مری در مانومتري یا هرنی هیاتال بزرگ (بیش از ۳ سانتیمتر) و کسانی که از فوآزیت‌های آروزبو شدید (grade ≥ ۳) داشتند، از مطالعه حذف شده بودند. تنها عارضه تزریق Enteryx درد خفیف تا متوسط رترواسترنال به مدت ۱ تا ۷ روز بعد از تزریق بود که در اغلب بیماران دیده می‌شد و به مسکن‌های

* - Capsule Endoscopy با Pacemaker

بود. برگزیده‌ای از خلاصه مقالات مربوط به سیستم صفراوی - پانکراسی و اندوسونوگرافی ارائه می‌شود.

پانکراتیت حاد و مزمن:

۱) انترلوکین ۲ سرم و میزان رسپتور محلول آن در بیماران با نوع شدید پانکراتیت حاد: سیتوکین‌ها نقشی در حفظ پروسه التهابی و ایمنی موضعی و عمومی در ایجاد نارسائی اعضاء در مسیر پانکراتیت حاد دارند. انترلوکین ۲ (IL-2) که از لنفوسیت‌های T آزاد می‌شود نقش اصلی را در پاسخ ایمنی ارگانسیم دارد که از راه فعال کردن منوسیت‌ها و فراخوانی لنفوسیت‌های T عمل می‌کند و باعث تنظیم عملکرد متقابل آنها با منوسیت‌ها می‌شود. در این مطالعه که بر روی ۳۸ بیمار مبتلا به پانکراتیت حاد و ۱۰ نفر به عنوان کنترل صورت گرفت، غلظت IL-2 میزان رسپتور محلول انترلوکین و میزان CRP اندازه‌گیری شد. در مراحل اولیه فرم شدید پانکراتیت حاد میزان IL-2 به نحو قابل چشم‌گیری نسبت به انواع خفیف و افراد کنترل کاهش می‌یابد، در حالی که به طور هم‌زمان افزایش در سطح رسپتور IL-2 را در سرم داریم. این یافته ممکن است اختلال زودرس پاسخ ایمنی در فرم شدید پانکراتیت حاد باشد و اندازه‌گیری IL-2 و رسپتور آن ممکن است شاخص مفیدی برای فاز نقص ایمنی در مراحل اولیه پانکراتیت حاد شدید باشد. Gut 2003;52(suppl-vi)A9

۲) فعالیت COX-2 برای اثر محافظتی فاکتور رشد هیپاتوسیتی در پانکراتیت حاد ادماتو لازم است: در این مطالعه که در پانکراتیت حاد صورت گرفت نشان داده شد که اولاً مصرف فاکتور رشد هیپاتوسیتی باعث تولید COX-2 (نه COX-1) می‌شود و درثانی فعالیت COX-2 برای اثر حمایتی فاکتور رشد هیپاتوسیتی در پانکراتیت حاد الزامی است. Gut 2003;52(suppl-71)A10

۳) ریسک فاکتورهای ناتوانی استنت اندوسکوپیک تنگی صفراوی در پانکراتیت مزمن: در این مطالعه که جهت بررسی ارزشی اندوسکوپیک مداخله‌گر در ۶۱ بیمار مبتلا به تنگی CBD ناشی از پانکراتیت مزمن ناشی از الکل انجام شد، برای بیماران هر ۳ ماه اقدام به تعویض استنت (Stent) شد. درناژ صفراوی با استنت فوائد زود هنگام خوبی دارد ولی نقش آن در نتایج درازمدت متوسط است. بیمارانی که کلسیفیکاسیون در سر پانکراس ندارند از استنت‌گذاری سود می‌برند، در حالی که آنهایی که کلسیفیکاسیون دارند ۱۷ برابر (CI/۹۵ برابر ۴-۷۴) خطر شکست خوردن روش استنت‌گذاری را دارند. Gut 2003;52(suppl-71)A11

کبدی - صفراوی

۱) کاربرد بالینی اسکن ۱۸ - فلورو داکسی گلوکز - PET (Positron.Emission.Tomography) در تشخیص و مرحله‌بندی سرطان مجاری صفراوی: پیش‌بینی سرطان مجاری صفراوی بد است که عمده‌تاً به دلیل اشکال در تشخیص بیماری است. در این مطالعه که بر روی ۵۳ بیمار مبتلا به سرطان مجاری صفراوی انجام شد، حساسیت PET - اسکن بیشتر از CT اسکن بوده است (۹۷/۵٪ در مقابل ۹۱/۵٪).

از نظر تعیین آناتومی نیز حساسیت PET - اسکن بیشتر از CT اسکن است (در مورد درگیری مجاری صفراوی داخل کبدی دقت PET نسبت به سی‌تی‌اسکن ۱۰۰٪ در مقابل ۹۱٪ و در مورد تومور کلاتسکین ۱۰۰٪ در مقابل ۷۳٪ است) و به خصوص در یافتن متاستازهای داخل شکمی نیز مفیدتر است و به نظر می‌رسد که راهی مفید برای پیشگیری از لاپاروتومی‌های غیرلازم قبل از جراحی است.

Gut 2003;52(suppl-vi)A29

۲) مقایسه هزینه و تأثیر دو استراتژی در درمان سنگ‌های کلدوک: در این مطالعه بیماران به دو گروه A (۴۳ نفر) و گروه B (۴۹ نفر) تقسیم شدند که از نظر سن، جنس و بیماری‌های همراه مشابه هم بودند برای گروه A قبل از کوله‌سیستکتومی با لاپاروسکوپی اقدام به ERCP و اخراج سنگ کلدوک شد و در گروه B در حین جراحی اقدام به ERCP و اخراج سنگ شد. در مقام مقایسه، هر دو روش موفقیت یکسانی داشتند ولی پی‌آمدها در گروه A بیشتر از گروه B بود (که به دلیل عوارض ERCP بود) و هزینه روش قبل از جراحی بیشتر از روش حین جراحی بود. Gut 2003;52(suppl-71)A56

۳) هماتوم کبدی؛ عارضه‌ای نادر بعد از ERCP: این عارضه در این مطالعه به دنبال وارد کردن عمقی سیم راهنما (guidewire) به داخل شاخه‌های صفراوی داخل کبدی و ناشی از پارگی شاخه‌های مجاری صفراها داخل کبدی بوده است. این عارضه نادر بوده ولی ممکن است عواقب بالینی شدیدی داشته باشد. نتیجه این که بایستی مراقب استفاده از سیم راهنما در حین کار بود. Gut 2003;35(suppl-11)A82

کارسینوم پانکراس:

۱) بررسی بالینی سرطان‌های کوچک پانکراس: در این مطالعه که یافته‌های بالینی و آسیب‌شناختی سرطان‌های کوچک پانکراس مورد ارزیابی قرار گرفته است، مهم‌ترین عوامل مؤثر در پیش‌آگهی بیمارانی که جراحی شدند مشخص شد. ۲۸ بیماری که سرطان‌های پانکراس کمتر از ۲ سانتیمتر داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. ۲۷ سرطان در قسمت سر پانکراس و یکی در قسمت تنه پانکراس قرار داشت. در ۲۲ بیمار عمل جراحی و پیپل انجام شد و در ۵ بیمار پانکراتکتومی توتال و در یک بیمار پانکراتکتومی دیستال انجام شد. بیش از نیمی از سرطان‌های کوچک آدنوکارسینوم توبولر بودند که با گسترش وسیع به سمت شبکه‌های لنفاتیک، وریدی و عصبی پیش‌آگهی بدی داشتند. نما و طرح هیستولوژیک پانکراس نقش مهمی در تعیین پیش‌آگهی کارسینوم کوچک پانکراس دارد. Gut 2003;52(suppl-71)A112

۲) ارزش CA-19-9 در بررسی و پی‌گیری کارسینوم پیشرفته پانکراس تحت درمان شیمی - پرتودرمانی، به عنوان یک ردیاب تومومارکر حساس در تعدادی از بیماری‌های بدخیم دستگاه گوارش به خصوص پانکراس کاربرد دارد. در ۱۰۱ بیمار مبتلا به سرطان پانکراس با گسترش موضعی که تحت شیمی - پرتودرمانی قرار گرفته‌اند قبل و بعد از درمان سطح CA-19-9 خون بررسی شد. هرچه سطح این ردیاب

گزارشی از پنجاه و هشتمین کنگره گاستروانترولوژی آلمان (سپتامبر ۲۰۰۳)

دکتر صادق مسرت

کنگره گاستروانترولوژی آلمان از ۲۵ تا ۲۸ سپتامبر امسال، در شهر نورنبرگ آلمان و با شرکت ۱۷۰۰ نفر اعضای انجمن گوارش و کبد آلمان برگزار شد. برنامه‌های رسمی کنگره از ساعت ۷/۵ صبح تا ۶ بعدازظهر و برنامه شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی از ساعت ۶ تا ۸/۵ بعدازظهر هر روز برقرار بود. ۷ سالن کوچک و بزرگ محل برگزاری جلسات این کنگره بود که به طور همزمان تشکیل می‌شدند. در این کنگره اهمیت خاصی به پوسترها داده شده بود و ظهر هر روز ۲ ساعت وقت اختصاصی فقط برای ملاحظه پوسترها وجود داشت. سابقه برگزاری این کنگره به سال ۱۹۱۸ بازمی‌گردد که ابتدا در فواصل مختلف و پس از خاتمه جنگ دوم جهانی، به طور مرتب و به صورت گردشی در شهرهای مختلف آلمان تشکیل می‌شود. در این گزارش اشاره‌ای داریم به برخی مسائل مهم که در این کنگره مطرح شدند.

صرفه‌جویی در بودجه بهداشت و درمان آلمان با استفاده از نظام جدید بیمه

یکی از جلسات این کنگره به صرفه‌جویی در بودجه بهداشت و درمان آلمان اختصاص داشت که ضمن آن توصیه شد روش سازمان‌های بیمه از نظام «پرداخت مخارج بر حسب مدت زمان توقف بیمار در بیمارستان» به نظام «پرداخت مخارج بر حسب تشخیص و درمان بیماری خاص هر فرد و بدون در نظر گرفتن مدت توقف او در بیمارستان» تغییر یابد. پیش‌بینی می‌شود که در نظام جدید، زمان بستری بیمار در بیمارستان کاهش یابد و علاوه بر آن، تمرکز بیماران در بخش‌های اختصاصی نیز کمتر شود و بیماران بخش‌های مشارکتی افزایش یابند. به طور مثال نتایج یک تحقیق در یک مرکز شهری که دارای ۲۰۰ تخت جراحی و داخلی بود و به طور آزمایشی با روش جدید کار می‌کرد نشان داد که با ایجاد یک بخش ۲۴ تختی مخصوص بیماران گوارشی در این مرکز و اختصاص یک جراح و یک متخصص گوارش که هر روز کار ویزیت را انجام می‌دادند، متوسط روزهای بستری ۱۷۰۰ بیمار در سال از ۶/۸ روز به ۵/۲ روز کاهش یافت.

در این مرکز برای هر بیمار با توجه به یک مسئله کلی خاص مثل خونریزی از قسمت بالای جهاز هاضمه یا قسمت پایین یا کم‌خونی یا درد مجاری صفراوی یک برنامه کاملاً حساب شده برای هر روز تعیین شده بود (diagnostic and therapeutic pathway) که در این

مارکر کمتر بود، طول عمر و پیش‌آگهی تومور بهتر بود. سطح CA-19-9 حساسیت حدود ۱۰۰٪ و اختصاصیت ۸۸٪ در یافتن عود تومور داشت. Gut 2003;52(suppl-71)A113

(درمان مرکب مداخله‌گر برای سرطان پانکراس مرحله نهایی: این درمان‌ها شامل رفع انسداد سیستم صفراوی گوارشی و نیز مصرف داخل شریانی موضعی مواد شیمی‌درمانی است. در مقایسه با روش‌های جراحی، روش استنت‌گذاری، زخم کوچکتر و بهبود سریعتر با بهبود بالینی بهتری داشت. به علاوه شیمی‌درمانی شریانی موضعی نسبت به پرتودرمانی + شیمی‌درمانی معمولی اثر بهتری داشت. Gut 2003;52(suppl-71)A115

اندوسونوگرافی

۱) اثر کوله‌سیستکتومی در تغییر قطر کلدوک در بررسی با اندوسونوگرافی: در این بررسی که بر روی ۱۲۰ بیمار انجام شده است، میزان قطر کلدوک ۶ ماه بعد از کوله‌سیستکتومی تغییر محسوسی نسبت به قبل از جراحی نداشت (متوسط ۳/۶ میلی‌متر). هیچ ارتباطی بین کوله‌سیستکتومی و تغییر قطر کلدوک یافت نشد محقق معتقد است که تغییرات درازمدت در قطر کلدوک بعد از کوله‌سیستکتومی احتمالاً به دلیل بیماری‌های دیگر است و نیز اندوسونوگرافی نسبت به سونوگرافی معمولی در تعیین دقیق قطر کلدوک دقیق‌تر است. Endoscopy 2003;35(suppl-II)A84

۲) بررسی بی‌اختیاری مدفوع با استفاده از اندوسونوگرافی آنال و مانومتري آنورکتال: در این مطالعه ۳۰ بیمار (۲۳ بیمار زن و ۷ بیمار مرد) با متوسط سنی ۵۸/۵ سال مبتلا به بی‌اختیاری مدفوعی مورد بررسی قرار گرفتند. برای تمامی آنها مانومتري آنال توسط فردی مجرب انجام شد و سپس همگی تحت اندوسونوگرافی آنال قرار گرفتند. اندوسونوگرافیست اطلاعاتی از نتیجه مانومتري نداشت. ۲۹ نفر از ۳۰ نفر در اندوسونوگرافی و ۲۸ نفر از ۳۰ نفر در مانومتري اشکال داشتند. در ۱۵ مورد هر دو شیوه یک عارضه را نشان داد. اندوسونوگرافی و مانومتري آنال ۲۰ آزمون مهم برای بی‌اختیاری هستند که به خصوص به کار گرفتن آنها قبل از جراحی نتایج خوبی داشته است، البته باید در نظر داشت که کاهش در فشار اسفنکتر می‌تواند نمودی نداشته و با اندوسونوگرافی طبیعی همراه باشد. Endoscopy 2003;35(suppl-11)A84

۳) نقش اندوسونوگرافی در پانکراتیت حاد ایدیوپاتیک: این مطالعه که در ۲۶ بیمار مبتلا به پانکراتیت حاد ایدیوپاتیک انجام شد (نیمی از بیماران زن بودند)، اندوسونوگرافی در ۸۴٪ بیماران ضایعه‌ای را در توجیه علت پانکراتیت نشان داد. در ۸ بیمار لجن صفراوی در کیسه صفرا، در ۷ بیمار پانکراتیت مزمن، در ۴ بیمار میکرولیتیزیس در کیسه صفرا، در ۱ بیمار سنگ کلدوک، در ۱ بیمار تومور پانکراس و ۱ بیمار پانکراس دو شاخه (Pancreas divisum) دیده شد. در ۱۵ مورد تشخیص ERCP با جراحی یا ERCP به اثبات رسید. بنابراین اندوسونوگرافی ممکن است در تشخیص پانکراتیت راجعه مفید باشد. Gut 2003;52(suppl-v1)A179

لیتر آن مواد زیر:

PEG : ۵۹ گرم

Natrium sulfate : ۵/۶۸۵ گرم

Natrium hydrocarbonate : ۱/۴۸۵ گرم

Natrium chloride : ۱/۴۶۵ گرم

Kalium chloride : ۰/۷۴۳ گرم

قبلاً حل شده باشد را به طور سرد، ضمن ۴ ساعت و هر ساعت یک لیتر در فاصله‌های ۱۰ تا ۱۵ دقیقه مصرف کنند. از آنجائی که برای خیلی از بیماران آشامیدن چهار لیتر یک مرتبه پشت سر هم ممکن است مشکل باشد، ذکر شد که بیماران می‌توانند ۳ یا ۲ لیتر از مایع را روز قبل و بقیه را در فاصله یک یا دو ساعت تا یک ساعت قبل از اندوسکوپی صرف کنند مشروط بر این که در فاصله بین صرف این چهار لیتر مایع تا اندوسکوپی هیچگونه غذا و سوپ و شیر جز مایعات صاف (چای شیرین یا مایعات دیگر) صرف نشود. ماده PEG چون جذب نمی‌شود و حالت اسموتیک خود را حفظ می‌کند مانع از جذب آب در روده کوچک می‌شود و قابلیت شست و شوی روده بزرگ را به علت حجم بالای آب افزایش می‌دهد. همچنین، اختلالات الکترولیتی در بیماران با این مایع نمکی دیده نمی‌شود. در ضمن، پرستاران مسئول مراقبت بیماران باید توجه کنند که مایع خارج شده از روده پس از چهار لیتر مصرف رنگ روشن صاف و زرد و همگون بدون هیچگونه محتویات پیدا کند در غیر این صورت باید شست‌وشوی روده را با صرف یک یا دو لیتر دیگر در هر ساعت یک لیتر ادامه دهند.

بزرگنمایی مطلوب اندوسکوپ برای مشاهده ضایعه

در یک سخنرانی دیگر در بخش اندوسکوپی به بررسی‌هایی اشاره و گفته شد که پخش مایع اسید استیک ۱/۵ درصد بر روی مخاط، ضایعات کوچک را در صورتی که از اندوسکوپ با صد و پنجاه مرتبه بزرگنمایی استفاده شود بهتر مشخص می‌کند. پژوهشگران گفتند در یک بررسی که در ۱۰۹۸ بیمار انجام گرفته بود با استفاده از ماده لوگل (Lugol) یک تا سه درصد، که ماده ید آن جذب گلیکوژن می‌شود و به مقدار ۲۰ سی‌سی از پائین روی مخاط مری پاشیده و بعد از ۵ دقیقه رؤیت می‌شود، ضایعات سرطانی مری حدود ۸ درصد بهتر دیده شده‌اند. با این روش در ۱۰ تا ۳۰ درصد از بیماران سرطانی هم چند ضایعه سرطانی از نوع Squamous Cell Carcinoma که همزمان در نقاط دیگر وجود دارند را می‌توان بهتر مشاهده کرد. عدم رنگ‌پذیری در مخاط مری باعث می‌شود که ضایعات برای نمونه‌برداری بهتر دیده شوند (Target biopsy) همچنین با رنگ کردن مخاط کولون با متیلن بلو (Methylene blue) به صورت ۰/۱ درصد هم می‌توان پولیپ‌های کمتر از ۱۰ میلی‌متر را تا ۴۰٪ و ضایعات دیس‌پلازی در مری‌بارت را ۱۰ تا ۱۸٪ بهتر رؤیت کرد.

چهارچوب بدون اتلاف وقت و پشت سر هم کار مداوای بیمار صورت می‌گرفت. موفقیت در کاهش مخارج و درمان بهتر بیمار با کیفیت مطلوب در این روش اجباراً باعث ایجاد مراکز تشخیص و درمان برای یک عضو (مرکز قلب، مرکز گوارش، مرکز جمجمه شامل: مغز، گوش و حلق و بینی) در مراکز دیگر شده است و در این مراکز همه متخصصان باهم بیمارانی را که محتاج به همکاری چند نفر هستند به طور همزمان درمان می‌کنند. این همکاری باعث می‌شود که بخصوص در شرایط حاد کمک مؤثر به بیماران زودتر و بدون اتلاف وقت انجام گیرد. مثلاً در قسمت جراحی‌های لاپاروسکوپی که همکاری بین جراح و اندوسکوپیست ضرورت دارد، هر دو تیم با مونیستور جداگانه موضع بیماری را ملاحظه می‌کنند و در صورت لزوم برداشت قسمت کوچکی از معده یا روده را با توافق هم انجام می‌دهند. چنین همکاری‌ای برای درمان خونریزی از دستگاه گوارش بین متخصصان دوگانه در یک مرکز کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آینده مراکز تخصصی و درمانی مشترک گسترش یابند و صرفه‌جویی حاصل از روش جدید ۲۰ درصد از تخت‌های بیمارستانی را آزاد کند. علاوه بر آن، در درازمدت، کنترل کیفیت کار (موفقیت در عمل جراحی بدون وخامت) امکان‌پذیر می‌شود و ارجاع بیماران از مراکز کم‌تجربه به مراکز باتجربه سبب خواهد شد که از فعالیت مراکز با کیفیت نامطلوب جلوگیری شود.

پاک کردن و آماده‌سازی روده بزرگ برای کولونوسکوپی

جلسه دیگری از این کنگره به موضوع آماده‌سازی و پاک کردن روده بزرگ از مدفوع برای کولونوسکوپی اختصاص داشت که ضمن آن گفته شد اگر چند دارو با مکانیسم‌های مختلف در روز قبل از اندوسکوپی یا روز اندوسکوپی تجویز شود، بیماران نمی‌توانند آنرا به طور دقیق اجرا کنند و هر قدر که برنامه آماده‌سازی ساده‌تر باشد بیماران با رغبت بیشتری آن را انجام می‌دهند. در این کنفرانس، سه روش که اساس آن تجویز ماده پلی‌اتیلن‌گلیکول (PEG)* ولی با میزان متفاوت بود، در ۱۸۰ بیمار (سه گروه تقریباً ۶۰ نفری) مقایسه و نشان داده شد که مقدار مایع کمتر از ۳ و ۴ لیتر که بیماران گروه اول، پشت سر هم و هر ساعت یک لیتر می‌خوردند مطلوب نیست. در گروه دوم، از ۶۱ نفری که چهار لیتر در چهار ساعت به طور کنترل شده مصرف کردند در ۵۹ نفر روده بزرگ صاف و تمیز بود در صورتی که با روش fleet که در آن بیماران گروه سوم، در روز قبل، دو مرتبه مایع لاکسازن و در روز اندوسکوپی یک لیتر مایع همراه با PEG صرف می‌کردند، در ۱۷ نفر از ۶۰ نفر روده به علت پوشش با مدفوع مخاط قابل تشخیص نبود. توصیه محققان این بود که بیماران لااقل باید قبل از اندوسکوپی چهار لیتر از مایعی که در هر

* - Polyethylene glycol = PEG

درمان موفق تومورهای رکتوم

یکی دیگر از جلسات کنگره گوارش و کبد آلمان به درمان تومورهای رکتوم اختصاص داشت که ضمن آن گفته شد خطر عود سرطان رکتوم بستگی کامل به عمل جراحی درست و صحیح دارد که آن برداشتن لایه چربی‌دار ۱/۵ تا ۲ سانتی‌متر اطراف رکتوم با جداکردن آن از لایه روی واژن در خانم‌ها و پروستات در مردها (Total Mesorectal excision) است. با برداشتن بافت مزورکتال کاملاً ثابت شده است ۳۰ درصد بیماران بعد از ۳ سال بیشتر زنده می‌مانند و میزان عود سرطان که در مطالعات قبل از ۱۹۸۶ بین ۴ تا ۵۵ درصد بود حال با این روش به طور متوسط به ۴٪ کاهش پیدا می‌کند، جراح موظف است که بافت اطراف رکتوم (Mesorectal) را با دقت تا پرده دیوار خارج اطراف رکتوم که از بقایای peritoneal fascia جنین است از آن جدا کند و تمام رکتوم را بدون این که باز کند جهت یافت غدد لنفاوی اطراف رکتوم و هیستولوژی برای آسیب‌شناس ارسال کند و این آسیب‌شناس است که با آزمایش میکروسکوپی می‌تواند دقت عمل جراح را سنجیده و تذکرات لازم را به جراح بدهد.

از سال ۱۹۹۷ تجارب کسب شده در مراکز مختلف نشان داده‌اند که در بیماران مبتلا به سرطان رکتوم درمان با اشعه و شیمی درمانی قبل از جراحی (Neoadjuvant Therapy)، هم میزان عود و هم طول عمر را زیادتر می‌کنند. اولین بررسی بزرگی که در مجله New Eng. J. Med در این سال منتشر شد نشان داد که این گونه درمان نسبت به جراحی تنها، میزان عود تومور را از ۲۷ درصد به ۱۱ درصد کاهش و زنده ماندن بعد از سه سال را از ۴۸ درصد به ۵۸ درصد افزایش می‌دهد. بنابراین در این بیماران اشعه و شیمی‌درمانی قبل از جراحی در تومورهای T3، T4 رکتوم درمان استاندارد محسوب می‌شود.

در بررسی‌های گوناگون دیگر در مورد درمان سرطان مری ثابت شده است چنانچه توموری پیشرفته ولی محدود به یک محل باشد (T3، T4) برداشتن تومور به وسیله جراحی تنها در مقایسه با درمان با دارو و اشعه بعد از دو سال نتیجه یکسان دارد و ۴۰ درصد بیماران هنوز زنده می‌مانند. اگر قبل از عمل جراحی درمان با اشعه و دارو انجام گیرد (Neoadjuvant Chemotherapy) میزان درصد بیماران زنده مانده در گروه اشعه و شیمی‌درمانی شده قبل از جراحی ۲۸٪ و در گروه اشعه و شیمی‌درمانی شده بعد از جراحی ۲۰ درصد پس از ۳ سال است، بنابراین در تمام بیمارانی که سرطان مری در قسمت وسط و پایین مری قرار دارد و تومور به نظر قابل عمل است، درمان استاندارد، اشعه و شیمی‌درمانی قبل از جراحی و نیز چند هفته بعد از عمل جراحی است. در تومورهای بالای مری اشعه و شیمی‌درمانی همراه با هم درمان مطلوب است. مطابق یک بررسی بزرگ که نتایج آن امسال گزارش شده است سرطان معده (T3-T4) نیز اگر قبل از جراحی به طور محدود با

دارو (Epirubicin+ Cis-Platin +5 FU) درمان شود و بعد از عمل جراحی هم شیمی‌درمانی ادامه پیدا کند، در مقایسه با کسانی که فقط مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند میزان درصد افراد زنده پس از دوسال ۴۸٪ در مقابل ۴۰ درصد است، از آنجائی که تعداد بیماران در این بررسی (Allum, Asco2003) با ۵۰۳ نفر چشمگیر است این روش درمان برای تمام بیماران مبتلا به سرطان معده با شدت پیشروی تومور T3-T4 (درگیری Serosa و غدد لنفاوی اطراف) قابل توصیه است. امروزه درمان تمام تومورهای رکتوم، معده چنانچه محدود به مخاط و یا تا لایه عضلانی بین‌مخاطی (Muscularis mucosa) باشند (که این با اندوسونوگرافی تأیید می‌شود)، درمان موضعی Mucosectomy از راه اندوسکوپی و یا در صورت وجود مشکل در برداشتن آن، از راه لاپاروسکوپی همراه با اندوسکوپی است.

شیمی‌درمانی سرطان معده پس از عمل جراحی که تومور کاملاً بیرون آورده شده و متاستاز در غدد لنفاوی از نظر هیستولوژی دیده نشده باشد (R0- resection)، کار جایزی نیست مگر این که در بررسی‌های تحقیقاتی کنترل شده مفید بودن آن به اثبات برسد.

تجلیل از دکتر ایساکن آسیب‌شناس انگلیسی

یکی از مدعوین این کنگره آقای دکتر ایساکن (Dr P. Isaacson) آسیب‌شناس دانشگاه لندن بود که به عضویت افتخاری جامعه گاستروانترولوژی آلمان نایل آمد. ایشان سال‌هاست راجع به Malt- Lymphoma فعالیت علمی دارد و اولین گزارش با موضوع «درمان ۵ از ۶ نفر بیمار مبتلا به لنفوم معده با ریشه‌کنی هلیکوباکتر» در سال ۱۹۹۳ از ایشان بود. وی در سخنرانی خود گفت که این لنفوم معده ۷/۶ درصد تمام لنفوم‌های غیرهوچکین را به خود اختصاص می‌دهد و هم در تمام اعضا و هم حتی به طور تنها در کبد، کلیه، پروستات، تیروئید، تیموس و چشم دیده شده است. ایشان اشاره کردند که لنفوسیت‌های تغییر شکل یافته یک پروتئین BCL10 ایجاد می‌کنند که معمولاً در سیتوپلاسم سلول‌های عادی در حد اندک دیده می‌شود. به علت جابه‌جاشدگی (Translocation) کروموزوم‌های ۱۱ و ۱۸ و همچنین ۱۴ و ۱، این پروتئین ممکن است به جای این که در سیتوپلاسم دیده شود فقط در هسته سلول دیده شده و از این مسیر بتوان به عنوان مارکری تغییرات کروموزومی را تشخیص داد. چنانچه تغییرات کروموزومی بین ۱ و ۱۴ ناخوانا باشد پروتئین BCL10 فقط در هسته لنفوسیت‌ها ظاهر می‌شود و این نوع لنفوم به خوبی به درمان ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری جواب می‌دهد در صورتی که تغییرات کروموزومی ۱۱ و ۱۸ وابسته به هلیکوباکترپیلوری بوده و در اثر ریشه‌کنی غیرقابل برگشت است.

خبرها

گروه پژوهشگران هلیکوباکتریپیلوری ایران در حال انسجام

دکتر صادق مسرت

از زمانی که نقش هلیکوباکتریپیلوری در زخم دوازدهه، زخم معده و سرطان معده مشخص شده است علاقه به تحقیق در این رشته نه تنها از طرف گروه‌های بالینی و گوارشی بلکه از طرف محققان رشته‌های علوم پایه در ایران بیشتر و حجم فعالیت‌ها گسترده‌تر شده است، رژیم‌های درمانی گوناگونی تاکنون در بیماران ایرانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند و رابطه این باکتری با برخی از بیماری‌های خارج از دستگاه گوارش نیز مطالعه شده است. در علوم پایه مقاومت این باکتری نسبت به داروها و شناخت سوش‌های توکسیک و انواع آنها هم تا حدودی در دست مطالعه هستند. راه‌های انتقال عفونت هم از جمله مباحث مورد علاقه برای مطالعه بوده‌اند و در زمینه تشخیص عفونت چندین بررسی از طرف چند گروه پژوهشی انجام گرفته است.

مدت سه سال است که در ماه خرداد سمینار یک روزه‌ای از طرف علاقه‌مندان به این رشته برگزار و نتایج این بررسی‌ها منتشر می‌شود. متأسفانه با وجود این تحقیقات هنوز امکان تشخیص عفونت به وسیله سرولوژی با کیت‌های ساخته شده در ایران عملی نشده است. از سوی دیگر در مورد کیفیت کیت‌های وارداتی و قدرت تشخیصی آنها بررسی‌های مقایسه‌ای محدود و با تعداد اندکی بیمار صورت گرفته که نتایج یأس‌آوری داشته‌اند و به آنها نیز نمی‌توان اعتماد کرد. از آنجا که تحقیق در این موارد با محدودیت‌های مالی روبرو می‌شود، لازم است اعضای گروه پژوهشگران هلیکوباکتریپیلوری ایران برای کسب بودجه تحقیقاتی و جهت دادن آن برای کارهای ضروری و با کیفیت مطلوب، همکاری لازم را داشته باشند. همچنین برای جلوگیری از دوباره‌کاری باید محیط مناسب بحث و مشورت فراهم شود که می‌تواند در چارچوب انجمن گوارش و کبد ایران و یا به طور مستقل باشد. برای رسیدن به این هدف و با توجه به این که دکتر ملک‌افضلی، معاون وزارت بهداشت و درمان، همکاری همه گروه‌های فعال را برای ایجاد شبکه و قطب تحقیقاتی شرط اساسی برای جذب کمک‌های مالی دانسته است، جلسه‌ای توسط گروه پژوهشگران هلیکوباکتریپیلوری ایران در روز چهارشنبه ۱۲ آذر ۸۲ در دانشکده بهداشت دانشگاه تهران برگزار شد که حدود ۲۶ نفر از دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی، ایران و انستیتوپاستور در آن شرکت و نظریات خود را در مورد سازمان دادن گروه مطرح کردند. از جمله موارد مطرح شده انتقاد بسیاری از همکاران رشته‌های علوم پایه بود که می‌گفتند متخصصان گوارش به همکاری با متخصصان علوم پایه بهای لازم را نمی‌دهند و برخلاف روند مرسوم در کشورهای پیشرفته جهان، به این محققان با دید برابر نگاه نمی‌کنند. در پایان، قرار شد که این جلسات هر چهار هفته یک بار برگزار شوند و برای آشنائی افراد گروه با هم سخنرانی‌های علمی در مورد بررسی‌هایی که شرکت‌کنندگان روی آن کار می‌کنند ارائه شود. همچنین در این جلسات، مسائل مورد اهمیت مطرح و تصمیم مقتضی پس از مشورت اعضای گروه‌های بالینی و علوم پایه اتخاذ شود.

نامه به سردبیر

هیاتیت B در دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۰

دانشگاه تهران

دکتر اکرم پورشمس، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد
دکتر محمدرضا اکبری، پژوهشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد

هیاتیت مزمن B نهمین عامل مرگ و میر در سطح جهان است و بیش از ۳۵۰ میلیون نفر ناقل این ویروس هستند^(۱). هریک از ناقلین در طول زندگی می‌توانند چند نفر از نزدیکان را آلوده کنند و در نهایت سالانه بیش از یک میلیون نفر از مبتلایان به هیاتیت B در اثر عوارضی چون سیروز و سرطان کبد از بین می‌روند^(۱). ایران در گروه کشورهای با شیوع متوسط این نوع هیاتیت است و بیش از یک دهه است که برنامه واکسیناسیون نوزادان را به منظور کنترل این بیماری اجرا می‌کند. برخی از صاحب‌نظران معتقدند که برای سایر گروه‌های جمعیتی به ویژه جوانان نیز باید برنامه واکسیناسیون به اجرا درآید و واکسیناسیون در زمان ورود به دوره خدمت نظام وظیفه، یا زمان ورود به دانشگاه و یا زمان ازدواج را پیشنهاد می‌کنند.

این بررسی به منظور تخمین آلودگی در جوانانی که به دانشگاه وارد می‌شوند و با دعوت از تمام دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۰ دانشگاه تهران که حدود ۳۱۰۰ نفر بودند دز زمان ثبت‌نام ترم اول صورت گرفت. در مجموع ۳۰۰۸ دانشجو دعوت را پذیرفتند و از نظر میزان فراوانی آلودگی با HBs Ag با روش الیزا مورد بررسی قرار گرفتند. از ۳۰۰۸ نفر (۱۷۸۵ زن، ۱۲۲۳ مرد) دانشجوی شرکت کننده در مطالعه، ۱۶۷۶ نفر ساکن تهران و بقیه (۱۳۳۲ نفر) ساکن سایر شهرستان‌ها بودند. میانگین سنی دانشجویان ۱۹/۱±۲/۱ سال بود. فقط ۴ نفر (۰/۱۳٪) از دانشجویان (یک نفر از هریک از شهرستان‌های اراک، شیراز، رامهرمز و اصفهان) HBs Ag مثبت بودند. هر چهار نفر مرد بودند. این بررسی نشان می‌دهد دانشجویان از گروه‌های کم‌خطری برای آلودگی با این ویروس هستند. در مقایسه با این گروه می‌توان به رانندگان کامیون اشاره کرد که ۵/۹٪ از آنها HBsAg مثبت هستند^(۲).

- 1) Daveg S. State of the world's vaccines and Immunization. World Health Organization. Geneva 1996; 76-82
- 2) Jahani MR, Motevalian SA, Mahmoodi M. Hepatitis B Carriers in large vehicle drivers of Iran Vaccine 2003; 21: 1948-51