

مقاله اصلی

برگشت دئودنوگاستریک به علت اعتیاد به مواد مخدر در بیماران با سوء هاضمه

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۰/۴/۷

خلاصه

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یک رفتار پرخطر شایع در جوامع مختلف بوده که با عوارض مختلف گوارشی همراه می باشد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع برگشت ترشحات دوازدهه به داخل معده (رفلوی دئودنوگاستریک) است.

روش کار

این مطالعه مورد شاهدهی در سال ۱۳۸۶-۱۳۸۷ در کلینیک گوارش بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) انجام شده است طی یک مطالعه کوهورت تاریخی، تعداد ۳۰ نفر بیمار مبتلا به سوءهاضمه و معتاد به تریاک به عنوان گروه مواجهه با مواد مخدر و ۳۲ نفر بیمار مبتلا به سوءهاضمه غیر معتاد به عنوان گروه غیر مواجهه با مواد مخدر وارد مطالعه شدند. تمام بیماران تحت اندوسکوپی فوقانی و ۳ نمونه برداری از ناحیه جسم و آنتر معده قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون آماری تی، مربع کای و دقیق فیشر انجام شد.

نتایج

از گروه مواجهه، ۲ نفر و از گروه غیر مواجهه نیز، ۳ نفر با تشخیص بدخیمی از مطالعه خارج شدند. میانگین سنی در گروه مواجهه $48/1 (\pm 13/2)$ و در گروه غیر مواجهه $37/8 (\pm 13/9)$ سال بود ($p=0/006$). از ۲۸ بیمار گروه مواجهه ۱۶ نفر ($57/1\%$) و از ۲۹ بیمار گروه غیر مواجهه ۵ نفر ($17/2\%$) شواهد آندوسکوپییک بازگشت صفرا به داخل معده را داشتند ($p=0/003$). شواهد پاتولوژییک گاستریت صفراوی (foveolar elongation) در ۷ نفر ($25/0\%$) از اعضاء گروه مواجهه و در گروه غیر مواجهه تنها در ۱ نفر ($3/4\%$) گزارش گردید ($p=0/025$). فراوانی عدم مشاهده H.pylori و گاستریت همزمان (گاستریت H.pylori منفی) در گروه مواجهه ۵۰٪ و در گروه غیر مواجهه ۱۷/۲٪ بود ($p=0/012$).

نتیجه گیری

بازگشت دئودنوگاستریک را نباید فقط به افرادی که سابقه عمل جراحی دستگاه گوارش داشته اند، محدود دانست بلکه این مشکل در بیماران معتاد مبتلا به سوءهاضمه نیز شایع می باشد.

کلمات کلیدی: اعتیاد، سوءهاضمه، مواد مخدر، تریاک، گاستریت صفراوی، برگشت دئودنوگاستریک

۱ علی بهاری
۲ شاهرخ ایزدی*
۳ حمید حیرانی مقدم
۴ امین صانعی مقدم

۱ دانشیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲ دانشیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳ استادیار گروه آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۴ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

*چاپهار - دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، شعبه بین المللی چاپهار، چاپهار، ایران
تلفن: ۹۸-۵۴۵-۲۲۲۱۹۲۵

email: Izadish@yahoo.com

مقدمه

بازگشت دئودنوگاستریک به برگشت بیش از حد محتویات دئودنوم به داخل معده گفته می شود که باعث ایجاد التهاب معده (گاستریت) می شود (۱). محتویات دوازده از جمله اسیدهای صفراوی از علل اصلی ایجاد آسیب های مخاطی معده بوده که می تواند باعث متاپلازی روده ای و آتروفی مخاط شده و در مخاط مری می تواند منجر به متاپلازی روده ای و بدخیمی گردد (۲،۳). گاستریت صفراوی با علائم درد قسمت فوقانی شکم، احساس ناراحتی، سیری زودرس، نفخ و تورم شکم پس از غذا، تهوع و استفراغ (صفراوی) مشخص می شود (۴). به طور کلی گاستریت صفراوی در اعمال جراحی دستگاه گوارش که همراه با خارج کردن پیلور است و رفلاکس صفراوی اولیه که ناشی از نارسایی پیلور می باشد، رخ می دهد (۱). گاستریت صفراوی در افرادی که سابقه عمل جراحی نداشته اند بسیار نادر می باشد (۵). روشهای تشخیصی گاستریت صفراوی عبارتند از: ۱- اندوسکوپي معده و مشاهده ترشحات غلیظ صفرا در داخل معده (۶). ۲- انجام نمونه برداری از مخاط معده و مشاهده عمیق شدن چینهای مخاطی همراه با افزایش سلولها و ادم، گشادی عروق و پرخونی و کم بودن سلولهای التهابی در لامینا پروپریا (۷). ۳- اسکن 99m TC-HIDA و مشاهده ورود مواد نشاندار داخل معده که نشانه برگشت دئودنوگاستریک می باشد (۸).

از طرف دیگر مصرف مواد مخدر در جهان بخصوص کشورهای در حال توسعه در حال گسترش است. در این میان ایران نیز استثنا نبوده و گرچه بر اساس بعضی شواهد الگوی مصرف در حال تغییر است ولی تریاک و شیره تریاک شایعترین موادی هستند که سوء مصرف می شوند (۹-۱۳).

در مطالعه ای که در ده استان کشور و در بین معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی، زندانیان و معتادین خیابانی انجام شده است ۷۳/۳٪ افراد مصرف تریاک و ۳۹/۴٪ افراد مصرف هروین را طی یک ماه اخیر ذکر کرده اند (۱۴).

مصرف مواد مخدر عوارض گوارشی شایعی مانند تهوع، استفراغ و کاهش حرکات معده ای-روده ای دارد (۱۵). مشاهده شیوع بالای گاستریت صفراوی در بین افراد معتاد به تریاک و شیره تریاک مراجعه کنند، به بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر

زاهدان که از سوء هاضمه شکایت داشتند، و همچنین شیوع بالای اعتیاد به تریاک در مناطق مختلف کشور، نویسندگان را بر آن داشت، طی یک مطالعه بیماران معتاد متبلا به سوء هاضمه و غیر معتاد مبتلا به سوء هاضمه را از نظر شیوع برگشت دئودنوگاستریک را با هم مقایسه کنند.

روش کار

این مطالعه مورد شاهدهی در سال ۱۳۸۶-۱۳۸۷ در کلینیک گوارش بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) انجام شده است. مراجعین به کلینیک که تشخیص سوء هاضمه داشتند و انجام آندوسکوپی در آنان الزامی بود به عنوان جمعیت تحت بررسی وارد مطالعه شدند. تشخیص دیس پپسی بر اساس معیارهای ROM III به شرح زیر گذاشته شد: وجود یکی یا بیشتر از موارد زیر: احساس نفخ ناراحت کننده پس از غذا، سیری زود هنگام، احساس درد در ناحیه اپیگاستر، احساس سوزش در ناحیه اپیگاستر، به علاوه فقدان وجود شواهدی (شامل مشاهدات اندوسکوپی فوقانی) دال بر بیماری استراکچرال که توضیح دهنده علائم باشند (۱۶).

همانگونه که ذکر شد جمعیت هدف را بیماران دچار سوء هاضمه دارای اعتیاد به تریاک تشکیل می دادند. شرایط ورود به مطالعه و انجام آندوسکوپی عبارت بود از: کاهش وزن بیش از ۱۰٪ طی ۶ ماه اخیر، کاهش اشتها، سن بالای ۴۵ سال، استفراغ مقاوم به درمان، توده شکمی، لنفادنوپاتی و عدم پاسخ به درمان های استاندارد قبلی. شرایط خروج از مطالعه: وابستگی به الکل و سیگار، سابقه اعمال جراحی دستگاه گوارش، سابقه دیابت و مصرف مزمن هر گونه دارو بود. ملاکهای تشخیصی وابستگی به مصرف مواد طبق معیارهای DSM-IV تعریف و لحاظ گردید.

مطالب مهم در طراحی این مطالعه عبارت بودند از: جمعیت تحت بررسی، مبنای تقسیم بندی شرکت کنندگان در گروه های مواجهه و غیر مواجهه و بیماری یا outcome مورد بررسی. در این مطالعه جمعیت تحت بررسی را مراجعین بیمارستان که دچار سوء هاضمه بودند تشکیل می دادند، به عبارتی کلیه شرکت کنندگان (در هر دو گروه مورد بررسی) دچار سوء هاضمه بودند. مبنای تقسیم بندی بیماران در گروه های مقایسه، سابقه اعتیاد ایشان به مواد مخدر بوده است. شرکت کنندگانی که لااقل طی

یک سال گذشته (یا بیشتر) به طور منظم مصرف کننده مواد مخدر (از نوع تریاک یا شیره) بوده اند، در گروه مواجهه و کسانی که سابقه هیچگونه مصرف مواد نداشته اند در گروه غیر مواجهه طبقه بندی شدند (جهت رعایت اختصار از این پس از این دو گروه به ترتیب به عنوان گروه های «مواجهه» و «غیر مواجهه» یاد خواهد شد). بیماری یا outcome مورد بررسی در این مطالعه بازگشت دئودنو گاستریک بود.

برای تایید وقوع این پدیده نیز از ملاک های اندوسکوپییک و پاتولوژی بهره گرفته شد. بر اساس مطالب فوق با استفاده از طراحی مطالعه از نوع کوهورت گذشته نگر (یا همان کوهورت تاریخی historical cohort) به بررسی رابطه بین اعتیاد به تریاک با برگشت دئودنو گاستریک اقدام شد.

همانطور که ذکر شد در این مطالعه عارضه تحت بررسی «بازگشت دئودنو گاستریک» بود. بر اساس مشاهدات و انتظارات محقق اصلی احتمال بازگشت دئودنو گاستریک برای گروه مواجهه حدود ۴۰٪ و برای گروه غیر مواجهه حدود ۱۰٪ در نظر گرفته شد و بر اساس میزان خطای اول معادل ۵٪ و میزان خطای نوع دوم معادل ۲۰٪، حجم نمونه لازم برای هر گروه حدود ۳۲ نفر محاسبه شد. نمونه گیری به روش پی در پی از اوایل خرداد سال ۱۳۸۶ شروع و تا اواخر بهمن ۱۳۸۷ تداوم داشت. کلیه کسانی که ارزیابی وجود بیماری نزد شرکت کنندگان در مطالعه را برعهده داشتند شامل اندوسکوپیست، متخصص پاتولوژی و متخصص پزشکی هسته ای از وضعیت گروه بندی ایشان به مواجهه و غیر مواجهه بی اطلاع بودند. تمام بیماران تحت اندوسکوپی فوقانی و ۳ نمونه برداری از ناحیه جسم و آنتر معده قرار گرفتند. تمام اندوسکوپی ها توسط یک فوق تخصص گوارش انجام شد و تمام نمونه های مخاط معده توسط یک متخصص پاتولوژی بررسی گردید. اندوسکوپی با دستگاه الیمپوس ویدئویی سری smartage (CV40) در بخش اندوسکوپی بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) توسط یک نفر فوق تخصص گوارش با بی حسی ناحیه دهان و گلو با اسپری لیدوکائین ۱۰٪ انجام شده است. جهت بیماران پره مدیکاسیون ویریدی از قبیل میدازولام به کار نرفته است. به تمامی بیماران انجام اسکن ایزوتوپ پیشنهاد گردید. تمام موارد اسکن پس از

اخذ رضایت از بیمار در یک مرکز و توسط یک متخصص پزشکی هسته ای تفسیر می شد. در صورت مشاهده ترشحات غلیظ و فراوان صفراوی در معده توسط اندوسکوپیست تشخیص گاستریت صفراوی اندوسکوپییک اعلام می گردید. علاوه بر بی اطلاعی از گروه بندی شرکت کنندگان، پاتولوژیست و متخصص پزشکی هسته ای از نتیجه اندوسکوپی هم بی اطلاع بودند. نمونه های مخاط معده توسط پاتولوژیست به طور کلاسیک بررسی گردید. جهت بررسی از نظر ارگانیزم هلیکوباکتر پیلوری نیز رنگ آمیزی گیمسا انجام گردید. فقط در صورت یافته های کاراکترستیک گاستریت صفراوی مانند foveolar elongation تشخیص گاستریت صفراوی گذاشته می شد (۱۷). در تحلیل داده ها علاوه بر SPSS از نرم افزار آماری STATA نیز استفاده شد.

در ارائه نتایج و تحلیل داده ها علاوه بر استفاده از جداول آمار توصیفی از محاسبه میزان بروز، خطر منتسب، خطر نسبی، نسبت شانس، تی تست مستقل، آزمون کای دو برای بررسی روند خطی (chi-square for linear trend)، استفاده شد. نظر به کم بودن حجم نمونه در موارد لزوم از روش های exact (دقیق) در محاسبه احتمالات و p-value استفاده شد. در مواردی که مناسب بود نتایج به صورت میانگین \pm یک انحراف معیار گزارش شده اند. حد نصاب برای رد وجود رابطه $p \geq 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

از مجموع بیمارانی که در فاصله بهمن ۸۶ - خرداد ۸۷ به کلینیک گوارش بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) مراجعه و تشخیص سواضمه داشتند، بر اساس انطباق با معیارهای ورود و خروج به مطالعه ۶۲ بیمار وارد مطالعه شدند و تحت بررسی قرار گرفتند. ۳۰ نفر از این عده معناد بودند (گروه مواجهه) و ۳۲ نفر از ایشان غیر معناد (گروه غیر مواجهه). از ۳۰ بیمار گروه مواجهه، ۲ نفر و از ۳۲ بیمار گروه غیر مواجهه نیز، ۳ نفر با تشخیص بدخیمی از مطالعه خارج شدند. میانگین سنی در گروه مواجهه $48.1 (\pm 13.25)$ و در گروه غیر مواجهه $47.8 (\pm 14.0)$ سال بود ($p=0.006$). جدول ۱ برخی از مهمترین خصوصیات بیماران دو

به عبارت دیگر می توان بروز ۷۰٪ موارد گاستریت صفراوی در گروه مواجهه را ناشی از مصرف مواد مخدر دانست (Attributable Fraction= ۰/۷۰، ۹۵ CI: ۰/۱۳ - ۰/۹۱).

همانطور که ذکر شد، ۱۶ (۵۷/۱٪) نفر از بیماران گروه معتاد دچار گاستریت صفراوی بودند. در مقایسه طول مدت اعتیاد این ۱۶ بیمار با ۱۲ نفر معتادی که گاستریت صفراوی نداشتند، مشاهده شد میانگین مدت اعتیاد در معتادان دچار گاستریت صفراوی تقریباً ۲ برابر معتادان بدون گاستریت صفراوی بود (۱۱/۹±۸/۶ سال در مقابل ۶/۵±۳/۹ سال) (p=۰/۰۳۵; two sample t-test with unequal variances).

در گزارش پاتولوژی از گروه مواجهه ۷ نفر (۲۵/۰٪) نمای foveolar elongation (کاراکترستیک گاستریت صفراوی) را در بیوپسی معده داشتند. در گروه غیر مواجهه برای تنها یک مورد (۳/۴٪) این موضوع گزارش شد (آزمون دقیق فیشر: p=۰/۰۲۵). گزارش همزمان گاستریت و عدم مشاهده H.pylori (گاستریت H.pylori منفی) در گروه مواجهه ۵۰/۰٪ و در گروه غیر مواجهه ۱۷/۲٪ بود (p=۰/۰۱۲). در کل بیماران فقط ۸ نفر از گروه مواجهه، اسکن HIDA را انجام دادند که در ۶ مورد (۷۵/۰٪) برگشت دئودنوگاستریک تأیید شد. در بیماران گروه مواجهه روش مصرف ماده مخدر (تدخینی در مقابل خوراکی) تأثیری در ایجاد گاستریت صفراوی نداشت (p=۰/۹۱۲) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه فراوانی شواهد آندوسکوپییک بازگشت صفرا

به داخل معده در گروه مواجهه به تفکیک روش مصرف

شواهد آندوسکوپییک بازگشت صفرا به داخل معده		
ندارد	دارد	
تعداد (%)	تعداد (%)	
۷ (۴۳/۸)	۹ (۵۶/۲)	تدخینی
۵ (۴۱/۷)	۷ (۵۸/۳)	خوراکی
۱۲ (۴۲/۹)	۱۶ (۵۷/۱)	جمع

(p=۰/۹۱۲)

گروه را نشان می دهد. میزان بروز گاستریت صفراوی آندوسکوپییک در گروه مواجهه ۵۷/۱٪ و در گروه غیر مواجهه ۱۷/۲٪ بوده است به عبارتی خطر بروز گاستریت صفراوی در گروه معتاد حدوداً ۳/۳ بار بیشتر از افراد غیر معتاد بوده است (Relative Risk=۳/۳، ۹۵ CI: ۱/۲ to ۱۱/۶، p=۰/۰۰۳) و مقدار مطلق خطر قابل انتساب به مصرف مواد مخدر حدود ۰/۴ (یعنی ۴۰٪) برآورد می شود (Attributable Risk=۰/۴۰، ۹۵ CI: ۰/۰۸ to ۰/۷۱).

جدول ۱- مقایسه فراوانی برخی خصوصیات و یافته های مهم گروه های شرکت کننده در مطالعه

P-value	غیر معتاد (غیر مواجهه) تعداد (%)	معتاد (مواجهه) تعداد (%)	
			جنس
			مذکر
۰/۰۲۰۳	۱۳ (۴۴/۸)	۲۱ (۷۵/۰)	مونث
	۱۶ (۵۵/۲)	۷ (۲۵/۰)	گروه سنی
			≥ ۳۰ سال
۰/۰۱۵*	۱۱ (۳۷/۹)	۴ (۱۴/۳)	۳۱ تا ۴۵ سال
	۱۰ (۳۴/۵)	۱۰ (۳۵/۷)	۴۶ تا ۶۰ سال
	۷ (۲۴/۱)	۸ (۲۸/۶)	بالتر از ۶۰ سال
	۱ (۳/۴)	۶ (۲۱/۴)	نوع مخدر مصرفی
	۲۹ (۱۰۰)	۰ (۰/۰)	عدم مصرف
	۰ (۰/۰)	۱۸ (۶۴/۳)	تریاک
	۰ (۰/۰)	۱۰ (۳۵/۷)	شیره
			نحوه مصرف مخدر
	۲۹ (۱۰۰)	۰ (۰/۰)	عدم مصرف
	۰ (۰/۰)	۱۶ (۵۷/۱)	استنشاق
	۰ (۰/۰)	۱۲ (۴۹/۲)	خوردن
			شواهد آندوسکوپییک بازگشت صفرا
			مثبت
۰/۰۰۳۰	۵ (۱۷/۲)	۱۶ (۵۷/۱)	منفی
	۲۴ (۸۲/۸)	۱۲ (۴۲/۹)	هلیکوباکتر پیلوری
			مثبت
۰/۳۴۶۱	۷ (۲۴/۱)	۴ (۱۴/۳)	منفی
	۲۲ (۷۵/۹)	۲۴ (۸۵/۷)	نتیجه پاتولوژی
			دارای foveolar elongation
۰/۰۲۵۰	۱ (۳/۴)	۷ (۲۵/۰)	بدون foveolar elongation
	۲۸ (۹۶/۶)	۲۱ (۷۵/۰)	

بحث

در مطالعه حاضر نشان داده شد که ۵۷/۱٪ از افراد معتاد به تریاک و شیره تریاک دچار سوء هاضمه، دارای شواهد اندوسکوپییک بازگشت دئودنوگاستریک بودند که این میزان در افراد غیر معتاد حدود ۱۷/۲٪ بود. همچنین خطر بروز گاستریت صفراوی اندوسکوپییک در افراد معتاد ۳/۳ برابر گروه غیر معتاد بود که اگر اعتیاد را از گروه معتاد حذف کنیم این خطر حدود ۷۰٪ کاهش می یابد. بازگشت دئودنوگاستریک به دنبال اعمال جراحی بیلروت I و II، واگوتومی تنه ای، پیلوروپلاستی شایع بوده و پس از عمل کوله سیستکتومی هم دیده می شود ولی در بالغین و اطفالی که سابقه عمل جراحی نداشته اند به ندرت دیده می شود (۱۸،۵). در مطالعه ای که توسط سوبالا^۱ و همکاران انجام شده است در ۱۵٪ از افرادی که هیچ سابقه عمل جراحی دستگاه گوارش و یا دستکاری های پیلور را نداشته اند و به دلیل داشتن علائم سوء هاضمه تحت اندوسکوپی قرار گرفته اند شواهد بازگشت دئودنوگاستریک مشاهده شده است (۷). در یک مطالعه بر بیش از ۲۵۰۰ بیمار علامت دار که سابقه عمل جراحی معده نداشته و تحت اندوسکوپی فوقانی طی ۹ سال قرار گرفته بودند گاستریت صفراوی اندوسکوپییک فقط در ۴/۲٪ مشاهده شد. البته ۵۰٪ این افراد سابقه کوله سیستکتومی داشتند (۱۹). با توجه به آنکه در اغلب افراد معتاد، مصرف مواد پدیدار ای دائمی نیست و اغلب ایشان دوره های ترک و اعتیاد مجدد را تجربه می کنند، برای یک دست شدن مطالعه در گرفتن شرح حال شرکت کنندگان بر سوء مصرف مواد طی یک سال گذشته تاکید شد و در این مطالعه معتاد به کسی اطلاق شد که علاوه بر سابقه سوء مصرف مواد، طی یک سال گذشته اقدام به ترک نکرده باشد. از طرفی برای اجتناب از سوء طبقه بندی موارد غیر معتاد (گروه غیر مواجهه)، تنها کسانی که به هیچ عنوان سابقه اعتیاد نداشتند به عنوان غیر معتاد وارد مطالعه شدند. با این حال سابقه اعتیاد بیشتر کسانی که در گروه مواجهه حضور داشتند بیش از یک سال بود و در بررسی که بر این اساس انجام شد مشخص شد که میانگین مدت اعتیاد در

گروه معتادی که دچار گاستریت صفراوی اندوسکوپییک شده اند تقریباً ۲ برابر گروه معتاد غیر مبتلا به گاستریت صفراوی اندوسکوپییک است که باز اهمیت نقش مصرف مواد مخدر را در ایجاد برگشت دئودنوگاستریک روشن می سازد. بازگشت دئودنوگاستریک از چند نظر اهمیت زیادی دارد. محتویات دئودنوم قادر به آسیب رسانی به مخاط معده و مری می باشند. نشان داده شده است که اثر اسیدهای صفراوی بر گیرنده های موسکارینی M3 که بر سلولهای اصلی (Chief Cell) قرار دارند باعث فعال شدن سیستم التهابی، متاپلازی روده ای، هایپرپلازی فوکال و سایر تظاهرات پاتولوژیک بازگشت صفرا می گردد (۲۰). همچنین اثر تخریبی صفرا و اسید به صورت سینرژیک افزایش می یابد (۲۱). همچنین بازگشت دئودنوگاستریک در مطالعات حیوانی اثرات اولسرژیایی و کارسینوژنی در معده داشته است (۲۲). بازگشت دئودنوگاستریک نه تنها به طور مستقیم به مخاط معده آسیب می رساند بلکه باعث خنثی شدن اسیدیته معده و در نتیجه باعث تحریک ترشح گاسترین می شود. گاسترین نیز به نوبه خود باعث افزایش ترشح کوله سیستوکینین و سکرین می شود که این دو باعث کاهش تونوسیت پیلور و در نهایت افزایش بازگشت دئودنوگاستریک می شوند (۲۳).

روشهای تشخیصی گاستریت صفراوی عبارتند از اندوسکوپی معده و انجام نمونه برداری از مخاط معده و انجام اسکن 99m TC-HIDA. به علت عدم رضایت اکثریت بیماران به انجام اسکن HIDA اساس تشخیص برگشت دئودنوگاستریک بر مبنای مشاهده اند و سکوپیک و نمونه برداری مخاط معده قرار داده شد. در سایر مطالعات مشابه نظیر مطالعه ای که توسط ژکو^۲ و همکاران انجام شده است نیز آندوسکوپی به عنوان روش اصلی تشخیصی پیشنهاد شده است (۲۴).

نمای پاتولوژیک گاستریت صفراوی شامل dilated cystic glands, foveolar hyperplasia و کم بودن سلولهای التهابی می باشد (۱۲، ۷).

² Zhukov¹ Sobala

تأثیرات سیستمیک ماده مخدر در ایجاد بازگشت صفراوی نسبت به تأثیرات مستقیم این مواد دانست، اگرچه نباید از نظر دور داشت که در روش تدخینی هم ماده مخدر همراه دود وارد معده می شود و تأثیرات مستقیم صفر نیست.

نتیجه گیری

این اولین مطالعه در ایران می باشد که به نقش مواد مخدر به عنوان علتی در ایجاد گاستریت صفراوی اشاره می نماید و با توجه به شیوع بالای اعتیاد در جامعه ایرانی از اهمیت بالایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای داشی پور بابت مشاوره آماری و از پرسنل محترم بخش تشخیص بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) سرکار خانم رضایی و آقای ریگی بابت همکاری در انجام این طرح تشکر و قدردانی می شود.

foveolar hyperplasia یک واکنش جبرانی در پاسخ به افزایش exfoliation سلولهای اپیتلیال می باشد و به عنوان یافته اصلی دال بر گاستریت صفراوی محسوب می شود (۱۷).
یک یافته مهم در این مطالعه شیوع بالاتر گاستریت هلیکوباکتر پیلوری منفی در گروه مصرف کننده اپیوم نسبت به گروه کنترل بود (۵۰٪ در مقابل ۱۷/۲٪). نشان داده شده است که وجود صفرا و سایر ترشحات دئودنوم اثر ضد باکتریایی در مقابل این ارگانسیم دارد (۲۵). این یافته مطرح کننده این احتمال است که شاید یکی از علل مهم گاستریت های هلیکوباکتر پیلوری منفی، گاستریت صفراوی ناشی از اعتیاد بیمار باشد و شاید لازم باشد این مطلب در گرفتن شرح حال و ارائه توصیه های درمانی به این بیماران در نظر گرفته شود. یکی دیگر از یافته های این مطالعه عدم تأثیر نحوه مصرف ماده مخدر در ایجاد برگشت دئودنوگاستریک می باشد. این عارضه در مصرف خوراکی و استنشاقی ماده مخدر با شیوع یکسان مشاهده می گردد (به ترتیب ۵۶٪ و ۵۸٪). شاید بتوان این مشاهده را شاهدی بر پرننگتر بودن نقش

References:

- 1- Vere CC, Cazacu S, Comănescu V, Mogoantă L, Rogoveanu I, Ciurea T. Endoscopic and histological features in bile reflux gastritis. Rom J Morphol Embryol 2005; 46:269-274.
- 2- Chen SL, Mo JZ, Cao ZJ, Chen XY, Xiao SD. Effects of bile reflux on gastric mucosal lesions in patients with dyspepsia or chronic gastritis. World J Gastroentrol 2005; 11:2834-2837.
- 3- Sobala GM, O'Connor HJ, Dewar EP, King RF, Axon AT, Dixon MF. Bile reflux and intestinal metaplasia in gastric mucosa. J Clin Pahtol 1993; 46: 235-40
- 4- Warshaw AL. Intra-gastric alkali infusion: a simple, accurate provocative test for diagnosis of symptomatic alkaline reflux gastritis. Ann Surg 1981; 194:297-304.
- 5- Seymour NE, Anderson DK. Surgery for peptic ulcer disease and postgastrectomy syndromes. In: Yamada T, Alpers DH, Kaplawitz N, Laine L, Owyang C, Powell DW, editors. Textbook of gastroenterology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.p.1451.
- 6- Kleba T. Gastroscopic criteria and most frequent pain in bile reflux gastritis. Pol Merkur Lekraski 1998; 4:190-192.
- 7- Sobala GM, King RF, Axon AT, Dixon MF. Reflux gastritis in the intact stomach. J Clin Pahtol 1990; 43:303-6.
- 8-Thrall JH, Ziessma HA. Nuclear medicine. 4th ed. Missouri: Mosby;1995.
- 9- Ali R, Chiamwongpaet S, Isfandari S, Jirammakoon S, Mardiati R, Murauskiene L, et al. The WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS. 1st ed. Geneva: World Health Organization: 2006.
- 10- Rajabzade G, Ramezani MA, Shakibi MR. Prevalence of opium addiction in Iranian drivers 2001–2003. J Med Sci 2004; 4:210–213.
- 11- Ziaaddini H, Ziaaddini MR. The household survey of drug abuse in Kerman, Iran. J Appl Sci 2005; 5:380–382.

- 12- Shahmoradgoli-Najafabadi M, Ohadi M, Joghataie MT, Valaie F, Riazalhosseini Y, Mostafavi H, *et al.* Association between the DRD2 A1 allele and opium addiction in the Iranian population. *Am J Med Genet* 2005; 134B: 39-41.
- 13- Vafaei, B. Comorbidity of mood disorders and substance use disorder. *Arch Iranian Med* 2003; 6:189-191.
- 14- Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Arch Iranian Med* 2002; 5: 184-90.
- 15- Jaffe HJ. Substance-related disorders. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.p.924-952.
- 16- Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, *et al.* Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1466-1479.
- 17- Odze RD, Goldblum JR. *Surgical pathology of GI tract, Liver, Biliary tract and Pancreas*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2004.
- 18- lee LE, feldman M. Gastritis and Gastropathies. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.p.1081.
- 19- Buxbaum KL. Bile gastritis occurring after cholecystectomy. *Am J Gastroenterol* 1982; 77:305-311.
- 20- Nakamura M, Haruma K, Kamada T, Mihara M, Yoshihara M, Imagawa M, *et al.* Duodenogastric reflux is associated with antral metaplastic gastritis. *Gastrointest Endosc* 2001, 53:53-59.
- 21- lee LE, feldman M. Gastritis and Gastropathies. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8th ed. Philadelphia; Saunders Elsevier; 2006.p.913-914.
- 22- Øvrebø KK, Aase S, Grong K, Viste A, Svanes K, Sørbye H. Ulceration as a Possible Link between Duodenogastric Reflux and Neoplasms in the Stomach of Rats. *J Surg Res* 2002; 107:167-178.
- 23- Cai J, Jia BQ. Clinical characteristics of bile reflux gastritis. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi* 1989; 28:89-92.
- 24- Zhukov NA, Akhmedov VA, Turilova NS, Ereemeev SI. Functional and morphological characteristics of the gastric mucosa in duodenogastric reflux. *Eksp Klin Gastroenterol* 2002; 101:22-224.
- 25- Thao TD, Ryu HC, Yoo SH, Rhee DK. Antibacterial and anti-atrophic effects of a highly soluble, acid stable UDCA formula in *Helicobacter pylori*-induced gastritis. *Biochem Pharmacol* 2008; 75:2135-2146.