

بررسی ارتباط زخم سوراخ شده پتیک با مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر

دکتر خلیج امیری

متخصص جراحی عمومی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

علی چهره ای - علی فقیهی

کارآموزان پزشکی و عضو کمیته پژوهشی دانشجویی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مریم عطائی - دکتر سودابه بلانی آبادی

بزشکان عمومی

چکیده

مقدمه: زخم پتیک، یک ضایعه مخاطی معده یا دوازدهه است که به دو شکل اصلی زخم معده و زخم دوازدهه تظاهر می کند. سوراخ شدن زخم پتیک شیوعی معادل ۱۰-۵ درصد دارد و اولین تظاهر زخم دوازدهه در ۲ درصد بیماران می باشد. علت بیشتر موارد سوراخ شدن زخم پتیک ناشناخته است. تنها عامل خطر اثبات شده، مصرف داروهای اولسروژن است. با در نظر گرفتن عوارض و میزان مرگ و میر ناشی از سوراخ شدن زخم پتیک، هدف مطالعه مورد - شاهدهی حاضر، بررسی ارتباط میان زخم سوراخ شده با مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر می باشد تا در صورت کشف ارتباط، انگیزه بیشتری برای پیشگیری از مصرف این مواد ایجاد شود.

روش کار: این تحقیق مطالعه مورد - شاهدهی است. حجم نمونه، به تعداد ۳۹۰ نفر (۱۲۹ نفر مورد و ۲۶۱ نفر شاهد) محاسبه گردید. افراد گروه مورد شامل تمامی بیماران مبتلا به زخم سوراخ شده پتیک می باشند که در فاصله سالهای ۱۳۷۷-۱۳۷۰ در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) بستری و جراحی شده بودند. در جمع آوری اطلاعات جنس، سن، تأهل، محل تولد و محل سکونت، شغل، سابقه قبلی زخم پتیک، مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در نظر گرفته شدند. هماهنگ کردن گروههای مورد و شاهد براساس سن و به روش **Frequency matching** انجام شده و سپس داده ها به کمک نرم افزار **SPSS** تجزیه و تحلیل شد و با تستهای **chi-square** و شاخص **Mantel hanzel odd 's ratio** با ضریب اطمینان ۹۵ درصد به جامعه تعمیم یافت.

نتایج: افراد مبتلا به زخم پتیک سوراخ شده بیشتر ساکن مرکز ایران بودند و شغل آزاد در میان آنها بیشتر دیده می شد. سابقه ابتلا به زخم پتیک در گروه مورد به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P = ۰/۰۰۰۰۱$). وضعیت تأهل در در گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری نداشت. بین مصرف سیگار و زخم پتیک سوراخ شده ارتباط معنی داری یافت گردید ($P = ۰/۰۰۰۰۹$, **odd 's ratio = ۲/۴**). بین مصرف الکل و زخم پتیک سوراخ شده ارتباط معنی داری مشاهده شد. ($P = ۰/۰۰۰۰۹$, **odd 's ratio = ۳/۱۲**).

بحث: در مقایسه اثر سیگار، الکل و مواد مخدر بر زخم پتیک سوراخ شده، سیگار کمترین اثر را داشته و مواد مخدر بیشترین ارتباط را با زخم پتیک سوراخ شده داشته اند که علل گوناگونی از جمله کاهش احساس درد در مبتلایان و در نتیجه عدم تشخیص و درمان به موقع سوراخ شدن یا اسپاسم اسفنکتر اودی و افزایش تحریک زخم پتیک را می توان مطرح کرد. با توجه به ارتباط قوی میان مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر با زخم پتیک سوراخ شده و عوارض، مرگ و میر و هزینه درمانی زیاد، اهمیت پیشگیری از مصرف این مواد در جامعه بیشتر مشخص می شود و پیشنهاد می گردد جهت بررسی مکانیسم اثر سیگار، الکل و مواد مخدر بر سوراخ شدن زخم پتیک، مطالعات تجربی بر روی مدل های حیوانی صورت بگیرد.

کلید واژه ها: الکل، زخم سوراخ شده پتیک، سیگار، مواد مخدر

مقدمه

می دهد که با افزایش مرگ و میر، مدت بستری در بیمارستان و هزینه بسیار همراه می باشد (۵، ۲).

علت بیشتر موارد پرفوراسیون در PU ناشناخته است. تنها عامل خطر اثبات شده، مصرف داروهای اولسروژن است که خطر پرفوراسیون را ۸-۶ برابر افزایش داده و در یک چهارم بیماران دیده می شود (۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۵، ۳، ۲، ۱). نقش عواملی مانند عفونت با *H. pylori* در پرفوراسیون، روشن نشده است (۱۳).

سیگار کشیدن خطر پرفوراسیون PU در سنین ۷۴-۱۵ سال را، ده برابر افزایش می دهد که این مقدار، ارتباط مستقیمی با میزان مصرف سیگار دارد. نتایج بدست آمده در زنان و مردان در مورد پرفوراسیون DU و GU با هم مشابه بوده است (۱۳). نتایج حاصل از تحقیقات نشان می دهد که ارتباط قوی بین پرفوراسیون DU و مدت زمان بیماری، سابقه خانوادگی زخم و مصرف سیگار وجود دارد (۹). شیوع مصرف سیگار در بین بیمارانی که پرفوراسیون DU داشته اند، ۸۶-۸۴ درصد گزارش شده و میزان مرگ و میر DU در میان سیگاریها، سه برابر غیرسیگاریهاست (۱۳).

عوامل خطر دیگر در پرفوراسیون DU عبارتند از: ضعف سیستم ایمنی (به ویژه در بیماران دریافت کننده پیوند که تحت درمان با استروئید هستند)، سن بالا، بیماری انسدادی مزمن ریه^۵، سوختگی های وسیع و نارسایی چند ارگان^۶ (۱، ۲، ۳، ۵، ۱۴).

در مطالعه ای گذشته نگر بر روی ۷۸ نفر از بیمارانی که بین سالهای ۱۹۹۶-۱۹۹۰ تحت عمل جراحی اورژانس به علت عوارض PU قرار گرفته بودند، بیماران به دو گروه A و B تقسیم شدند. گروه A (n = ۲۴) بیمارانی بودند که در مدت ۸ ساعت قبل از تظاهرات بالینی، کوکائین مصرف کرده بودند و گروه B (n = ۵۴) بیمارانی بودند که سابقه مصرف کوکائین نداشتند. در هر دو گروه، توزیع جنسی، استعمال دخانیات، علائم قبلی PU و یافته های آزمایشگاهی مشابه هم بود. پرفوراسیون PU، در ۷۵ درصد بیماران گروه A و ۴۶ درصد بیماران گروه B (P = ۰/۰۴) دیده شد و نتیجه گرفته شد در بیمارانی که مصرف اخیر کوکائین و یا الکل داشته اند، احتمال پرفوراسیون PU بیشتر است (۱۵).

زخم پپتیک^۱، یک ضایعه مخاطی معده یا دوازدهه است که به دو شکل اصلی زخم معده^۲ و زخم دوازدهه^۳ تظاهر می کند (۱). بیماری زخم پپتیک، سالانه ۷/۵-۳/۵ میلیون نفر را در ایالات متحده مبتلا می کند و موجب اتلاف هزینه بسیار بطور مستقیم و غیرمستقیم، در اثر کاهش کیفیت زندگی و غیبت های کاری می گردد (۲).

گرچه آگاهی ما درباره علل ایجاد PU ناکامل است، اما می دانیم ایجاد زخم به عدم توازن میان عوامل تشدید کننده (عمدتاً اسید و پپسین) و عوامل مقاومت مخاطی بستگی دارد. PU زمانی ایجاد می شود که دفاع مخاطی معده و دوازدهه قادر به حفاظت آن در مقابل اثرات مخرب اسید و پپسین نباشد (۵، ۴، ۳، ۲، ۱).

در گذشته، عامل اصلی ایجاد PU را اسید و پپسین می دانستند؛ اما مطالعات اخیر نشان می دهند که بسیاری از اختلالات ترشح اسید در مبتلایان به PU، نتیجه مستقیم عفونت با هلیکوباکتری پیلوری^۴ می باشد (۸، ۷، ۶، ۵، ۱). بررسی های اپیدمیولوژیک، نقش عواملی چون سیگار، الکل و فاکتورهای تغذیه ای را در ایجاد PU نشان داده اند. (۹، ۵، ۱).

سیگار کشیدن با افزایش بروز DU و اختلال در ترمیم آن همراه است که احتمالاً ناشی از کاهش تولید پروستاگلاندین ها، افزایش ترشح اسید و کاهش ترشح بی کربنات از لوزالمعده و دوازدهه می باشد (۵، ۳، ۱).

پرفوراسیون (سوراخ شدن) یکی از عوارض PU است که شیوعی معادل ۱۰-۵ درصد دارد، در ۷ درصد بیماران بستری به علت PU دیده می شود و اولین تظاهر DU در ۲ درصد بیماران محسوب می شود. تخمین زده می شود در ده سال اول، بعد از تشخیص DU، سالانه ۰/۳ درصد بیماران دچار پرفوراسیون می شوند (۵).

متعاقب پرفوراسیون PU، عوارض خطرناکی مانند پریتونیت منتشر و فیستول کولون یا مجاری صفراوی رخ

۱- Peptic Ulcer (PU)

۲- Gastric Ulcer (GU)

۳- Duodenal Ulcer (DU)

۴- *H. pylori*

۵- COPD

۶- MOF

سن، جنس، تأهل، محل تولد، محل سکونت، شغل، سابقه PU مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر.

لازم به ذکر است که برای متغیرهای اهلیت، سکونت و شغل تقسیم بندی قراردادی منظور شد؛ به این صورت که اهلیت و سکونت به شش ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز (براساس تقسیم بندی جغرافیایی) و افغانستان (به دلیل اینکه تعدادی از افراد مورد، اهل افغانستان بودند، تعدادی از افراد گروه کنترل نیز از افراد اهل افغانستان انتخاب شدند) و شغل به یازده گروه خانه دار، کارمند، آزاد، دام دار و کشاورز، محصل و دانشجو، کارگر، مشاغل پزشکی، مهندس، بازنشسته، قاضی و بیکار تقسیم شد.

حجم نمونه بر اساس 0.1 درصد = α ؛ 95 درصد = β ؛ $Power = 0.8$ ؛ $Control/Case = 2$ ؛ $Expected\ odd's\ ratio = 3$ و درصد ریسک در گروه شاهد = 35 درصد، به تعداد 390 نفر محاسبه گردید که با توجه به نسبت 2 به یک شاهد به مورد، 129 نفر مورد و 261 نفر شاهد انتخاب شدند. جمع آوری 126 نفر مورد از پرونده های بیمارستانی موجود در بایگانی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) از سال $1377-1370$ ، انجام شد. برای جمع آوری گروه شاهد، از بیماران بستری در بخشهای چشم، ارتوپدی، داخلی و جراحی که به دلایلی غیر از زخم پپتیک سوراخ شده در بیمارستانهای حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزآبادی و فیروزگر بستری شده بودند و افراد عادی جامعه^۵ استفاده شد. هماهنگ کردن^۶ گروههای مورد و شاهد براساس سن به روش Frequency Matching انجام گردید.

برای جمع آوری داده ها از فرم جمع آوری اطلاعات استفاده شد. سپس داده ها به وسیله نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. در آنالیز این پژوهش از تستهای آماری Kruskalwalis, Corrected chi-square, Yat's, Mentel Hanzel chi-square استفاده و جهت تخمین میزان ارتباط از شاخص odd's ratio و جهت حذف متغیرهای مخدوش کننده در رابطه با جنس و سابقه ابتلا به زخم پپتیک از روش طبقه بندی داده ها^۷ و در مواقع لزوم از شاخص Maximum likelihood odd's ratio و روش

علیرغم درمانهای پیشرفته برای PU، بیماران معمولاً به دلیل عوارض PU به جراحی اورژانس نیاز پیدا می کنند. بسیاری از این بیماران، مشکلات طبی همزمانی دارند که نه تنها موجب افزایش میزان پرفوراسیون می شوند بلکه بر سیر بالینی آنها تأثیر می گذارند. در همین راستا، مطالعه ای بر روی 147 بیمار مبتلا به سوراخ شدن PU بین سالهای $1996-1987$ انجام گرفت که براساس آن، مرگ و میر ناشی از PU، ارتباط مستقیمی با شوک قبل از عمل، بدخیمی، بستری در ICU و پرفوراسیون مجدد زخم بدنال بستن ساده آن یا درمان محافظه کارانه^۱ داشته است (14).

در یک مطالعه بر روی 300 بیمار مبتلا به پرفوراسیون PU، ارتباط میان سپتی سمی، آبسه های داخل شکمی، وضعیت تأهل، سیگار و الکل با مرگ و میر ناشی از پرفوراسیون PU بررسی شده است. نتایج بدست آمده نشان داد بیماریهای قلبی، ریوی، کلیوی، مغزی، کبدی و بدخیمی ها، مجرد یا مطلقه بودن، همراهی مثبت و مصرف مقدار متوسط الکل، همراهی منفی با مرگ و میر ناشی از پرفوراسیون PU دارند (16).

با در نظر گرفتن موارد فوق و با توجه به عدم وجود بررسی های کامل در مورد ارتباط الکل، سیگار و مواد مخدر با زخم سوراخ شده پپتیک، مصمم به انجام مطالعه حاضر شدیم.

روش کار

این تحقیق، مطالعه ای مورد - شاهدی^۲ با هدف بررسی ارتباط میان زخم سوراخ شده پپتیک^۳ با مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر می باشد.

افراد تحت مطالعه شامل تمامی بیماران مبتلا به زخم سوراخ شده پپتیک می باشد که در فاصله سالهای $1377-1370$ در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) بستری و جراحی شده اند. جمع آوری داده ها توسط فرم جمع آوری اطلاعات^۴ انجام شده که در آن اطلاعات زیر مد نظر قرار گرفتند:

- ۱- Conservative
- ۲- Case - Control
- ۳- Perforated Peptic ulcer
- ۴- Check list

۵- Normal Population

۶- Matching

۷- Stratification

مشروبات الکلی استفاده می کردند؛ در حالی که تنها ۸ درصد از افراد گروه شاهد سابقه استفاده از مشروبات الکلی را داشتند. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بوده و نشان دهنده ارتباط میان زخم سوراخ شده پیتیک و مصرف الکل می باشد. ($odd's\ ratio = 2/48, P = 0/005$).

با توجه به اینکه سابقه ابتلا به PU در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری داشته ($P = 0/00001$) و در گروه مورد بیش از گروه شاهد می باشد، لذا به نظر می رسد عامل فوق در این تحقیق یک متغیر مخدوش کننده می باشد که برای رفع آن، گروه مورد و شاهد براساس سابقه ابتلا به PU، دسته بندی^۱ شده و داده ها مجدداً آنالیز گردید که نتایج زیر بدست آمد (جدول ۲):

در خصوص ارتباط میان الکل و زخم سوراخ شده پیتیک مشخص شد که ارتباط معنی داری میان این دو متغیر وجود دارد ($MLO=2/36, P=0/01$).

همچنین ارتباط آماری معنی داری میان مصرف مواد مخدر و زخم سوراخ شده پیتیک ($MLO = 3/15, P = 0/07$) و مصرف سیگار با زخم سوراخ شده پیتیک ($P = 0/03, P = 1/69$) بدست آمد.

با توجه به اینکه متغیر جنس نیز در گروههای مورد و شاهد اختلاف آماری معنی داری داشت، برای آن هم آنالیز مشابه انجام گرفت و نتایج مشابه نتایج فوق بدست آمد.

بحث

در این پژوهش مشخص گردید در افراد مبتلا به زخم سوراخ شده پیتیک، فراوانی مردان بیشتر از زنان می باشد. در مطالعه مشابهی که درباره عوامل خطر سوراخ شدن PU در سال ۱۹۹۷ انجام گرفت (۱۰) نیز جنس مذکر به عنوان یک عامل خطر برای زخم سوراخ شده پیتیک مطرح شده بود. این مطلب می تواند به دلایل ژنتیکی، استرس بیشتر در مردان، عوامل هورمونی یا دسترسی و استفاده بیشتر آنها از سیگار، الکل و مواد مخدر باشد.

تعمیم Mid-P استفاده گردید. محققین در تمام مراحل انجام تحقیق متعهد به رعایت اصول اخلاقی معاهده هلسینکی بوده و مشخصات بیماران نزد مجریان طرح محفوظ می باشد.

نتایج

از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۷ در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) جمعاً ۱۲۹ بیمار مبتلا به زخم پیتیک سوراخ شده بستری گردید که از این تعداد ۱۱۹ نفر مذکر و ۱۰ نفر مؤنث بودند ($M/F = 11/9$) و فراوانی گروههای جنسی در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری داشت ($P = 0/003$). با توجه به اینکه گروه شاهد به لحاظ سن، هماهنگ با گروه مورد انتخاب شده بودند، میانگین سن در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری نداشت.

افراد مبتلا به زخم سوراخ شده پیتیک، بیشتر ساکن مرکز ایران بودند و فراوانی افراد دارای شغل آزاد از سایر گروههای شغلی بیشتر بود، همچنین محل تولد و شغل در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری داشت (به ترتیب $P = 0/0001$ ، $P = 0/00002$).

۷۲ درصد (۹۴ نفر) از گروه مورد، سابقه ابتلا به زخم معده یا دوازدهه داشته اند که این میزان در گروه شاهد ۲۱ درصد (۵۵ نفر) بود. این اختلاف از نظر آماری معنی دار می باشد ($P = 0/00001$). وضعیت تأهل در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری نداشت.

میزان مصرف سیگار در گروه مورد، ۵۱ درصد (۶۸ نفر) و در گروه شاهد ۳۱ درصد (۸۳ نفر) بود که ارتباط معنی داری میان مصرف سیگار و زخم سوراخ شده پیتیک را مشخص می سازد ($odd's\ ratio = 2/4, P = 0/00009$).

میزان مصرف مواد مخدر در گروه مورد ۲۵ درصد (۳۳ نفر) و در گروه شاهد ۹ درصد (۲۶ نفر) بود که این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار بوده و نشان دهنده ارتباط بین زخم سوراخ شده پیتیک و مواد مخدر می باشد ($odd's\ ratio = 3/12$ و $P = 0/00009$).

لازم به ذکر است که در گروه مورد، یک نفر (۰/۷۷ درصد) هروئین، یک نفر (۰/۷۷ درصد) حشیش و بقیه تریاک مصرف می کردند. در گروه شاهد نیز یک نفر هروئین (۰/۳۸ درصد)، یک نفر کوکائین (۰/۳۸ درصد) و بقیه تریاک مصرف می کردند. ۱۸ درصد از افراد گروه مورد از

P	%۹۵ CI	Odd' ratio	شاهد (Control)		مورد (Case)		
			تعداد کل	تعداد موارد مثبت	تعداد کل	تعداد موارد مثبت	
۰/۰۰۰۰۹	۱/۵۶-۳/۷۱	۲/۴	۲۶۱	۸۳	۱۲۹	۶۸	سیگار
۰/۰۰۰۵	۱/۳۳-۴/۶۳	۲/۴۸	۲۶۱	۲۲	۱۲۹	۲۴	الکل
۰/۰۰۰۰۹	۱/۷۷-۵/۵	۳/۱۲	۲۶۱	۲۶	۱۲۹	۳۳	مواد مخدر

جدول ۱- توزیع فراوانی گروه‌های کنترل و شاهد به تفکیک نوع ماده مصرفی

P	Mid-P 95% CI	MLO	شاهد				مورد				
			سابقه Pu ندارد		سابقه PU دارد		سابقه PU ندارد		سابقه PU دارد		
			تعداد کل	تعداد موارد مثبت	تعداد کل	تعداد موارد مثبت	تعداد کل	تعداد موارد مثبت	تعداد کل	تعداد موارد مثبت	
۰/۰۳	۱/۰۲-۲/۷۹	۱/۶۹	۲۰۶	۶۰	۵۵	۲۳	۳۴	۱۲	۹۵	۵۶	سیگار
۰/۰۱	۱/۱۳-۴/۹	۲/۳۶	۲۰۶	۱۷	۵۵	۵	۳۴	۶	۹۵	۱۹	الکل
۰/۰۰۷	۱/۲۶-۴/۷	۳/۱۵	۲۰۶	۱۵	۵۵	۱۱	۳۴	۱۰	۹۵	۲۳	مواد مخدر

جدول ۲- توزیع فراوانی زخم پپتیک به تفکیک گروه‌های مورد و شاهد

نسبت به دو ماده دیگر، دارای بیشترین ارتباط با زخم سوراخ شده پپتیک می باشند که درباره علل این ارتباط، فرضیه های گوناگونی را می توان مطرح ساخت؛ از جمله اینکه استفاده از این مواد موجب کاهش احساس درد در افراد مبتلا به PU گردیده، در نتیجه به علت عدم تشخیص و درمان به موقع، شناس ایجاد عوارض PU از جمله سوراخ شدن افزایش می یابد. شاید هم مصرف مواد مخدر به ویژه تریاک باعث اسپاسم اسفنکتر اودی و در نتیجه افزایش روند تحریک زخم پپتیک و ایجاد عوارض آن از جمله سوراخ شدن می شود. اثبات این فرضیات نیاز به تحقیقات وسیعتری دارد.

با توجه به ارتباط قوی معنی دار بین سیگار، الکل و مواد مخدر با زخم سوراخ شده پپتیک و عوارض و مشکلاتی که این بیماری برای افراد مبتلا ایجاد می کند و همچنین هزینه های درمانی زیاد و سایر مضراتی که این مواد دارند، لزوم پیشگیری

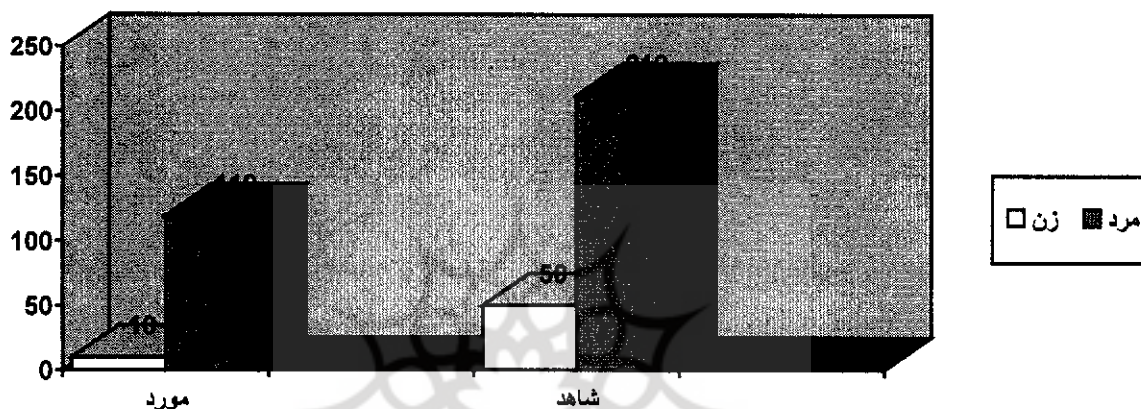
در این مطالعه، بیشترین میزان ابتلا به زخم سوراخ شده پپتیک در مشاغل آزاد بود که می تواند به علت فراوانی بیشتر شغل آزاد در جامعه یا دسترسی بیشتر این افراد به سیگار، الکل و مواد مخدر باشد که با توجه به بیشتر بودن شغل آزاد در گروه شاهد، فرضیه اول قوی تر می باشد. بیشترین میزان زخم سوراخ شده پپتیک در افراد ساکن مرکز ایران بود که شاید به علت استرس بیشتر افراد ساکن در مرکز و زندگی در شهرهای شلوغ یا دسترسی بیشتر آنها به سیگار، الکل و مواد مخدر و استفاده آزادتر از آن به لحاظ فرهنگ متفاوت مرکز ایران و به ویژه تهران با سایر شهرها یا به علت انجام این پژوهش در مرکز ایران باشد. ذکر این نکته لازم است که در گروه شاهد نیز بیشترین افراد، ساکن مرکز ایران بوده اند.

در مقایسه اثر سیگار، الکل و مواد مخدر بر زخم سوراخ شده پپتیک، سیگار کمترین ارتباط را داشته و مواد مخدر

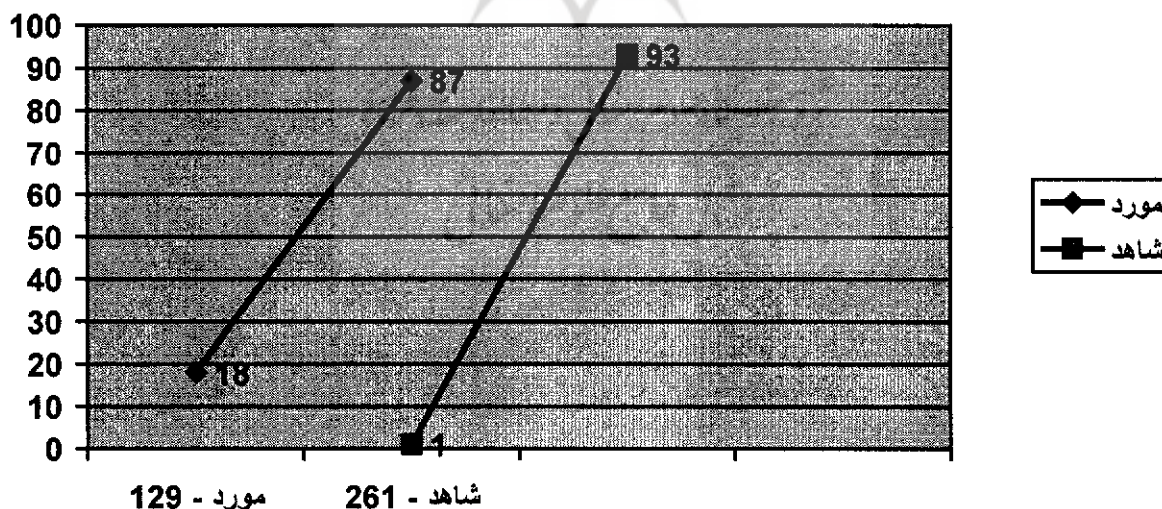
مناسب، نگرش افراد را نسبت به این مواد به حدی برسانیم که این رفتار زیان بخش در جامعه ما حذف گردد. محققین براساس یافته های این پژوهش، پیشنهادات زیر را ارائه می نمایند:

- ۱- مطالعه تجربی بر روی حیوانات جهت کشف سازوکار^۱ اثر سیگار، الکل و مواد مخدر بر زخم سوراخ شده پیتیک.
- ۲- تبلیغات رسانه ای فراگیر برای کاهش مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر

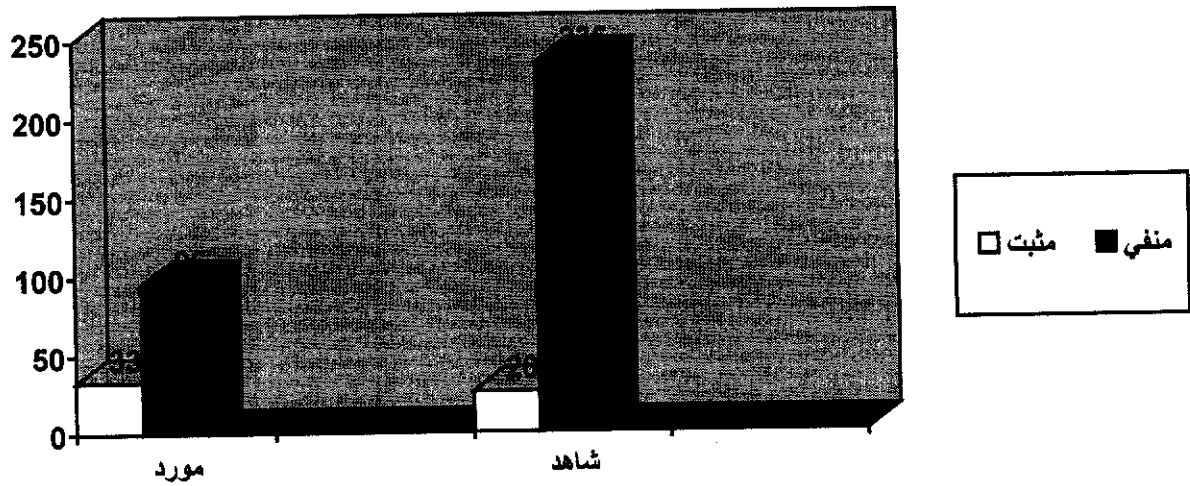
از مصرف این مواد در جامعه هرچه بیشتر آشکار می گردد. باید توجه داشت که قدم اول پیشگیری، دادن اطلاعات بهداشتی مناسب در این باره به مردم به منظور پذیرش رفتارهای سودمند و حذف رفتارهای زیان بخش می باشد. گرچه به سبب فرهنگ اسلامی و بومی ما مصرف این مواد در کشور ما از بسیاری از کشورهای جهان کمتر می باشد، باز هم بسیاری از جوانان این کشور در چنگال اعتیاد به این مواد گرفتار می باشند که امیدواریم با فعالیتهای علمی و تبلیغاتی



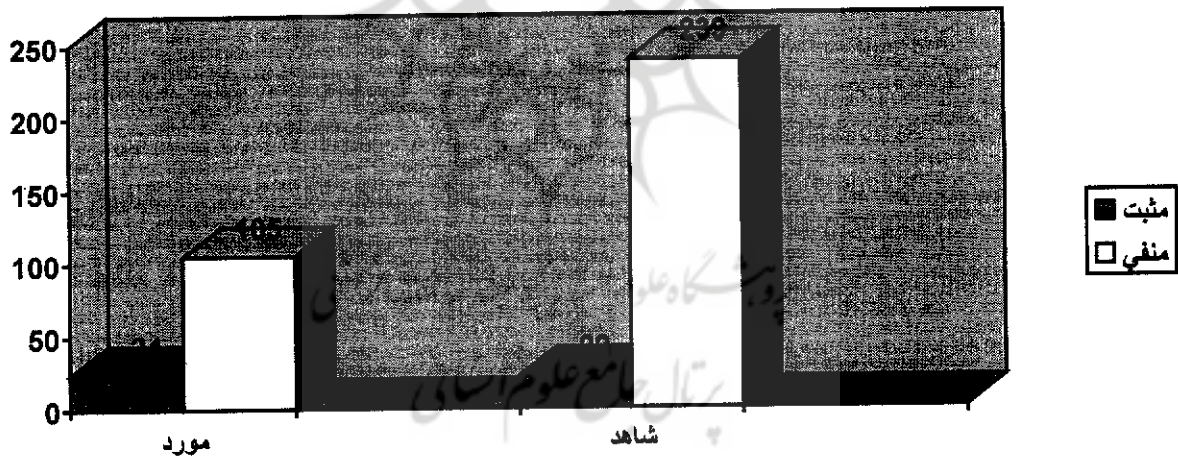
بررسی جنسیت در دو گروه مورد و شاهد



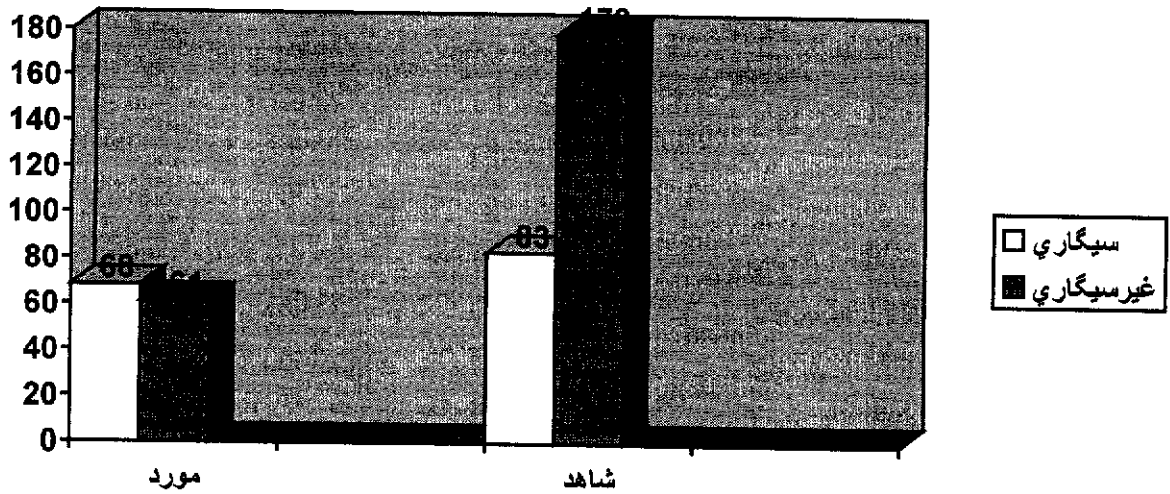
نمودار سنی در دو گروه مورد و شاهد



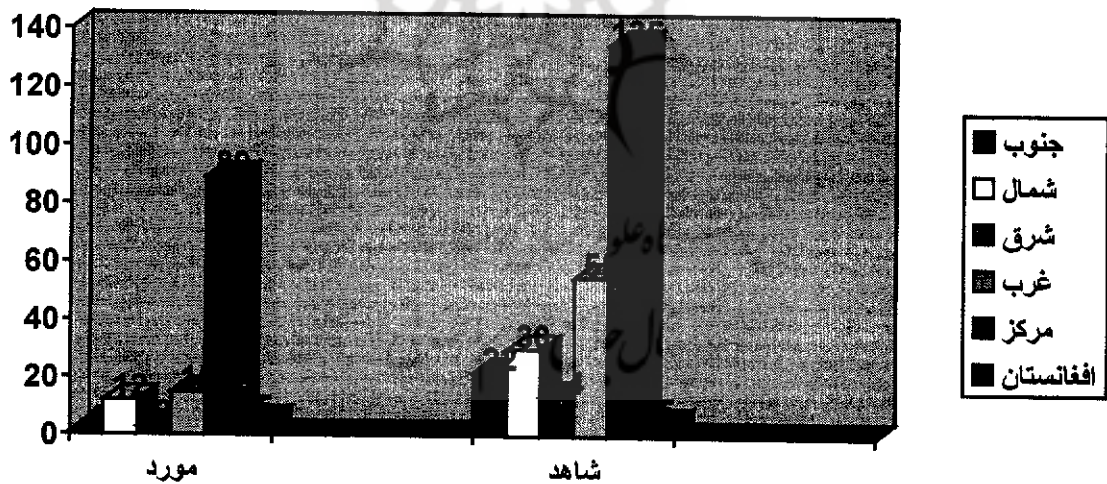
سابقه مصرف مواد مخدر در دو گروه مورد و شاهد



بررسی نوشیدن الکل در دو گروه مورد و شاهد



آمار سیگاریها و غیر سیگاریها در دو گروه مورد و شاهد



بررسی افراد از نظر محل سکونت و ملیت در دو گروه مورد و شاهد

منابع

- 1 _ ANTHONY S. FAUCI et al: Peptic ulcer and related disorders. Harrison's principles of internal medicine, mcgaraw-hill companies, 1998, 1596-1616.
- 2 _ MICHAEL J. ZINNER, SEYMOUR I. SCHWARTZ, HAROLD ELLIS: Maingot's abdominal operation 1997, P 913-1130.
- 3 _ DAVID C.SABISTON et al: Text book of surgery, USA, W.B sunder company, 1997, 847-908.
- 4 _ H. GEORGE LURKITT, CLIVE RG QUICK, DENNIS GATT: Essential Surgery 1996.
- 5 _ SEYMOUR I. SCHWARTZ, G. TOM SHIRES, FRANK C. SPENCER, JOHN M. DALY, JOSEF D. FISCHER, AUDREY C. GALLOWAY: Principles of surgery. 1999, P 1181-1217.
- 6 _ WALSH JH, PETERSON WL: The treatment of H. pylori infection in the managerment of peptic ulcer disease. N Engl J Med 333: 984, 1995.
- 7 _ EL - OMAR EM et al: Helicobacter Pylori infection and abnormalities of acid secretion in patients with doudenal ulcer disease. Gastro enterology 109: 681, 1995.
- 8 _ Mc GOWAN CC et al: Helicobacter pylori and gastric acid: Biological and therapeutic implications. Gastroenterology 110: 926, 1996.
- 9 _ JARCZYK-G, JEDRZEGCZYK -W: Epidemilogic and demographic aspects characteristic of patients with perforated doudenal ulcer. Pol-Tyg-Lek 1996 Apr: 51 (14-18): 215-8.
- 10 _ GUTTHANN-SP, GARCIA-RODRIGUEZ-LA, RAIFORD-DS: Individual nonsteroidal anti-inflammatory drugs and other risk factors for upper GI bleeding and perforation-Epidemiology 1997 jan; 8 (1): 18-24.
- 11 _ HOLLANDER G: GI Complications of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: prophylactic and therapeutic strategies. Am J Med 96: 274, 1994.
- 12 _ SOLL AH: WEINSTEIN WM et al: NSAID drugs and peptic ulcer disease. Ann Int Med 114: 307, 1991.
- 13 _ SVANES-C, SOREIDE-JA, SKARSYEIN-A, FEVANG -BT, BAKKE-P, VOLLSET-SE, SVANES-K, SOOREIDE-O: Smoking and ulcer perforation- Gut 1997 Aug; 41 (2): 177-80.
- 14 _ EVANC-JP, SMITH -R: Predicting poor outcome in perforated peptic ulcer disease. Aust-N-Z-J- Surg 1997 Nov; 67 (11): 792-5.
- 15 _ SHARMA - R, ORGAN - CH JR, HIRVELA-ER, HENDERSON-VJ: Clinical observation of the temporal association between crack cocaine and duodenal ucler perforation. Am J surg 1997; 174 (6): 629-32.
- 16 _ MCINTOSH-JH, BERMAN-K, HOLLIDAY-FM, BYTH-K, CHAMPAN-R, PIPER-DW: Some factors associated with mortaligy in perforated peptic ulcer. J-Gastroenterology-Hepatology 1996 Jan; 11 (1): 82-7.