

تأثیر ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی حسن آخوندی میبدی^{۱*}، آذر ربیعی^{**}

چکیده

هدف: با توجه به شیوع بالای سوء هاضمه غیرزخمی و نقش هلیکوباکتریلوری در پاتوژنز این بیماری مطالعات متفاوتی انجام شده ولی با توجه به اینکه درمان سوء هاضمه غیرزخمی تاکنون رضایت بخش نبوده اثر ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در درمان این بیماری مورد ارزیابی قرار گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است، که در آن تعداد ۹۰ مرد وزن را که از فروردین سال ۱۳۸۱ لغایت فروردین ۱۳۸۲ به یک کلینیک گوارش در شهر یزد مراجعه نموده بودند و از لحاظ علائم بالینی و آندوسکوپی تشخیص سوء هاضمه غیرزخمی^۱ گذاشته شده و همگی تست اوره آزر سریع مثبت داشتند، انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شده، یک گروه را تحت درمان با رژیم ریشه کنی هلیکوباکتریلوری با (امپرازول ۲۰ میلیگرم دوبار در روز، فورازولیدون ۱۰۰ میلیگرم سه بار در روز، آموکسی سیلین ۱۰۰۰ میلیگرم دو بار در روز و بیسموت سبب سیترات ۱۲۰ میلیگرم چهار بار در روز به مدت دو هفته قرار داده و سپس درمان با امپرازول ۲۰ میلیگرم دو بار در روز دو هفته دیگر ادامه یافت. شش هفته پس از پایان دوره دو هفته‌ای ریشه کنی، آندوسکوپی مجدد و بیوپسی از آنتر و بادی معده انجام و جهت پاتولوژی و اثبات ریشه کنی هلیکوباکتریلوری فرستاده شد، که در صورت اثبات ریشه کنی، بعنوان گروه درمان در نظر گرفته شد. ۴۵ نفر باقیمانده نیز تحت درمان امپرازول به صورت ۲۰ میلیگرم دوبار در روز به مدت چهار هفته قرار داده شدند و درمان با مهارکننده H₂ در هر دو گروه بیمار به مدت یک سال ادامه یافت. بیماران در فواصل سه ماه، شش ماه و یک سال پیگیری شدند. جهت تحلیل آماری از روش *per protocol* استفاده شد.

یافته‌ها: در پیگیری سه ماهه و شش ماهه و یک ساله میزان بهبود علائم در گروه درمان ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بیشتر بوده ولی فقط در پیگیری یک ساله این بهبودی از لحاظ آماری معنی دار بود. $P < 0/01$ در گروه درمان ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بهبودی کامل در ۲۸ نفر (۷۰ درصد) و بهبودی نسبی در ۱۲ نفر (۳۰ درصد) حاصل شد، در مقایسه در گروه شاهد با ۱۶ نفر (۴۱ درصد) بهبودی کامل و ۲۱ نفر (۵۹ درصد) بهبودی نسبی بدست آوردند. ارتباط معنی داری بین میزان بهبودی علائم و متغیرهای، سن، جنس، میزان تحصیلات، مصرف داروهای روانی، شغل، مصرف سیگار و تعداد افراد همسفره و طول مدت بیماری در گروه درمان یافت نشد. در مقایسه در گروه شاهد این ارتباط فقط با سن افراد مورد مطالعه معنی دار بود، بطوریکه میزان بهبودی در افراد سن زیر ۳۹ سال در مقایسه با افراد با سن بالای ۴۰ سال بیشتر بود ($P = 0/009$). میزان عوارض دارویی در گروه درمان نسبت به گروه شاهد بیشتر بود ($P = 0/013$).

نتیجه گیری: با توجه به افزایش میزان بهبودی سوء هاضمه غیرزخمی در گروهی که ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در آنها انجام شده، (خصوصاً در پیگیری یک ساله) پیشنهاد می شود که ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در درمان سوء هاضمه غیرزخمی، انجام شود.

کلید واژه‌گان: هلیکوباکتریلوری، سوء هاضمه غیرزخمی م ع پ ۱۳۸۷؛ ۷ (۱): ۲۳-۳۱

* استادیار و فوق تخصص گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

**متخصص اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۱-نویسنده مسئول: Email: akhondei@Yahoo.com

1-Non-ulcer dyspepsia

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۲/۱۰ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۶/۵/۲۸ اعلام قبولی: ۱۳۸۶/۸/۲۶

مقدمه

مجله علمی پزشکی، دوره ۷، شماره ۱، بهار ۱۳۸۷

اما مطالعه متا آنالیز دیگر بهبود علائم را با میزان Odd Ratio (OR) حدود ۱/۹ در افراد ریشه کن شده نشان داد. (۱۵) در مطالعه متاآنالیز که اخیراً از چین گزارش شده از ۱۲۷ مطالعه، هفت مطالعه دارای شرایط کامل ورود بوده اند، بطور متوسط ریشه کنی هلیکوباکتر با $OR= 3.61 (2.62, 4.98)$ $P= 0.00001$ در بهبود علائم نقش داشته است (۳) در ایران نیز مطالعات مشابه انجام شده است که نتایج متفاوتی را به دنبال داشته است (۱۶ و ۱۷).

با توجه به نتایج متناقض در مورد نقش هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی این بررسی صورت گرفت.

روش بررسی

در این مطالعه که یک کارآزمایی بالینی است، از فروردین ۱۳۸۱ لغایت فروردین ۱۳۸۲ افراد مورد مطالعه از بین بیمارانی که به علت سوء هاضمه به یک کلینیک گوارش در شهر یزد مراجعه نموده بودند، انتخاب شدند. هدف اصلی تعیین میزان بهبودی بیماران، سه ماه، شش ماه و یک سال بعد از درمان ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی بوده است و سپس دردگروه شاهد و درمان برحسب متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، تعداد افراد همسفره، مصرف سیگار، مصرف داروهای اعصاب، مدت بیماری و شغل افراد میزان بهبودی بررسی شد و عوارض دارویی با هم مقایسه شد.

شرایط ورود به مطالعه: بیمارانی در این مطالعه وارد شدند، که علائم سوء هاضمه را به صورت درد اپیگاستر حداقل به مدت سه ماه داشته، که با غذا و H_2 بلوکر،

سوء هاضمه برحسب علت به دو گروه ارگانیک و عملکردی تقسیم می‌شود. بر اساس تعریف سوء هاضمه عملکردی به درد یا ناراحتی قسمت فوقانی شکم که به صورت مزمن و راجعه وجود داشته و حداقل سه ماه طول کشیده باشد، گفته می‌شود. علائم باید حداقل در یک چهارم مدت زمان وجود داشته باشد و همچنین در بررسی‌های معمولی، از نظر بالینی بیوشیمیایی، آندوسکوپی یا سونوگرافیک نباید شواهدی به نفع بیماری عضوی داشته باشند. (۲-۱)

نتایج ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در درمان سوء هاضمه غیرزخمی متناقض است (۳-۴-۵-۶-۷) ولی در مورد سوء هاضمه بدون عارضه اثرات مفید ریشه کنی این میکروب و کاهش نیاز به آندوسکوپی در بیماران جوان مبتلا به هلیکوباکتریلوری دیده شده است. (۸) استراتژی آزمایش و درمان^۱ هنوز برای درمان سوء هاضمه توصیه می‌شود. علت تناقض در نتایج، وجود مطالعات مختلف با زمانهای پیگیری و پرسشنامه های متفاوت، درمان های ریشه کنی غیر مؤثر و دارونها نامناسب بودند.

شش مطالعه دارونما-کنترل در این زمینه وجود دارد که بیماران آنها، حدود یک سال پیگیری شدند، که در پنج مطالعه اختلافی بین دو گروه، مشاهده نشده ولی در یکی از آنها بهبود گاستریت همراه با بهبود علائم بوده است (۹). در دو مطالعه بهبودی علائم در گروه ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در مقایسه با گروه شاهد وجود داشته، ولی از لحاظ آماری معنی دار نبوده است. (۱۱-۱۰) در مطالعات مروری ساختارمند^۲، که ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در درمان سوء هاضمه را مورد ارزیابی قرار داده اند، حدود نه درصد کاهش ریسک را تخمین زده‌اند. (۱۲) در همین مطالعه از نظر کیفیت زندگی، ارتباطی وجود نداشت اما در دو مطالعه مروری ساختارمند دیگر، ارتباط واضحی بین ریشه کنی هلیکوباکتریلور و بهبود علائم نشان داده نشد (۱۳ و ۱۴)

شب ادامه یافت. در گروه شاهد چهار هفته امپروازول ۲۰ میلی‌گرم (صبح و شب) دریافت می‌کردند و سپس هر دو گروه با مهارکننده H₂ درمان را ادامه می‌دادند و بعد از سه ماه، شش ماه و یک سال پیگیری شدند.

بیماران گروه کنترل بعد از ۶ هفته از پایان رژیم ریشه کنی مجدداً آندوسکوپی شدند و در آندوسکوپی مجدد تحت بیوپسی از آنتروم و تنه معده و بررسی پاتولوژی جهت تأیید ریشه کنی هلیکوباکتریلوری قرار گرفتند.

متغیر پیامد در این مطالعه میزان بهبودی علائم بخصوص درد ایگاستر بود که در مراجعه سه ماهه انجام شد. میزان بهبودی به صورت بهبودی کامل (بالای ۷۵ درصد)، بهبودی نسبی (۲۵ تا ۷۵ درصد)، بهبودی جزئی (زیر ۲۵ درصد) و عدم بهبودی و بدتر شدن علائم تقسیم بندی شد. جهت تحلیل آماری به روش *per protocol* و با تست مربع کای *chi squared* مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه بیماران که به دو گروه تقسیم شده بودند به مدت یک سال پیگیری شدند. بیمارانی که جهت اثبات ریشه کنی هلیکوباکتریلوری یا در پیگیری سه ماهه مراجعه نمودند، حذف شدند و تعداد مورد نظر از افراد بعدی جمع آوری شد.

در جدول ۱ یافته‌های بیماران در دو گروه ۴۵ نفری خلاصه شده که شامل خصوصیات جامعه مورد نظر و همچنین میزان بهبودی سه ماهه، شش ماهه و یک ساله آنها بود.

میزان بهبودی بیمار، برطبق گفته آنان ارزیابی شده است. در مدت یک سال پیگیری تعدادی از بیماران مراجعه نداشته که با تماس تلفنی وضعیت آنها ثبت شد، ولی یازده بیمار به دلیل عدم پیگیری شش ماهه و یک ساله از مطالعه خارج شدند. (۶ نفر از گروه شاهد و ۵ نفر از گروه کنترل)

بهبودی و با گرسنگی تشدید می‌یافته و دردهای دوره‌ای (حداقل دو هفته بهبودی و چندماه درد) داشته باشند. در همه آنها وجود هلیکوباکتریلوری از طریق آندوسکوپی و انجام تست اوره آز سریع مثبت بود. (تا ۲۴ ساعت مثبت در نظر گرفته شد) و از نظر سنی، سن بین ۱۵ تا ۷۰ سال داشته باشند. از تمام بیماران برای ورود به مطالعه رضایت کامل گرفته شد.

شرایط خروج از مطالعه: بیمارانی که در آندوسکوپی، زخم معده واثنی عشر، گاستریت اروزویو، شواهدی به نفع بدخیمی داشتند، وارد مطالعه نشدند. بیماران نباید علائمی به نفع سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیارهای Rome داشته و در معاینه، شرح حال و آزمایشات معمولی و آندوسکوپی علائم واضحی از بیماری مجاری صفراوی، یافته‌ای به نفع بیماری ساختاری نداشته باشند. بیمارانی که مصرف روزانه NSAID^۱، سابقه درمان آنتی بیوتیکی ظرف ۴ هفته اخیر، مهارکننده H₂ و مهارکننده پمپ هیدروژن پتاسیم (ظرف سه روز اخیر) را داشته و بیمارانی که تاکنون تحت رژیم ریشه کنی هلیکوباکتریلوری قرار گرفته یا سابقه حساسیت دارویی داشته باشند از مطالعه خارج شدند. افرادی که سابقه زخم پپتیک یا عمل جراحی روی معده را داشته و زنان حامله نیز، از مطالعه خارج شدند.

حجم تقریبی نمونه حدود ۸۰ بیمار در نظر گرفته شد و با توجه به احتمال ریزش تعدادی از مراجعه کنندگان تعداد ۹۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. روش جمع آوری اطلاعات، مصاحبه ساختارمند بود.

بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۴۵ نفره تقسیم شدند گروهی تحت ریشه کنی هلیکوباکتریلوری با امپرازول ۲۰ میلی گرم صبح و شب، فورازولیدون ۱۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت (یک هفته)، آموکسی سیلین ۱۰۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت و بیسموت ساب سیترات ۱۲۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت دو هفته قرار گرفتند. سپس به مدت دو هفته امپرازول ۲۰ میلی گرم صبح و

1- Non Steroid Anti-inflammatory Drugs

سن، بیماران به دو گروه سنی زیر ۳۹، ۴۰ سال و بالاتر تقسیم شدند جدول ۴. در گروه درمان ارتباط معنی داری بین بهبود علائم در گروه ریشه کنی هلیکوباکتریلوری برحسب سن افراد وجود نداشت. $P > 0.01$ در هر دو گروه سنی بهبودی مناسب بیشتر بوده است اما در گروه شاهد بین بهبود علائم و سن افراد رابطه وجود داشت.

($P > 0.009$) بدین صورت که بهبودی مناسب در افراد با سن کمتر از ۳۹ سال به مراتب بیشتر از افراد با سن ۴۰ سال و بالاتر بوده است.

در مورد میزان بهبودی علائم در هر دو گروه درمان و شاهد برحسب جنس، شغل، میزان تحصیلات، مصرف سیگار، مصرف داروهای آرام بخش و تعداد افراد همسفره ارتباط معنی داری وجود نداشت. در جدول ۴ میزان بهبودی علائم در هر دو گروه برحسب مدت بیماری مورد مطالعه قرار گرفت. مدت بیماری به دو گروه زیر یک سال و یک سال و بالاتر تقسیم بندی شد. همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، ارتباط معنی داری بین میزان بهبود علائم در هر دو گروه با مدت بیماری وجود نداشت، هر چند در گروه کنترل ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بهبودی علائم در طول بیماری بیش از یکسال وجود داشت. در جدول ۵ میزان عوارض در هر دو گروه مقایسه شده است که در گروه درمان میزان عوارض دارویی بیشتر بود. ارتباط معنی داری بین وجود عوارض دارویی در گروه ریشه کنی هلیکوباکتریلوری و گروه شاهد وجود دارد.

به علت سهولت در آنالیز آماری، میزان بهبودی بیماران را به دو گروه، بهبودی کامل و نسبی را تحت عنوان بهبودی مناسب و بیماران با بهبودی جزئی، عدم بهبودی یا بدتر شدن علائم را تحت عنوان بهبودی نامناسب، گروه بندی شدند، سپس میزان بهبودی علائم در پیگیریهای سه ماهه، شش ماهه و یک ساله بین دو گروه مقایسه شد.

با توجه به جدول ۲ میزان بهبودی مناسب در گروه درمان ۲۶ (۵۷.۸ درصد) و بهبودی نامناسب ۱۹ (۴۲.۲ درصد) بوده است که اگر چه بهبودی مناسب در گروه درمان بیشتر بوده است اما این ارتباط معنی دار نمی باشد.

$P > 0.014$ در بهبودی شش ماهه بیماران، تعداد ۱۱ بیمار به دلیل عدم پیگیری از مطالعه حذف شدند و در نتایج بدست بهبودی مناسب در گروه درمان ۲۶ (۶۵ درصد) بهبودی و نامناسب ۱۴ (۳۵ درصد) بوده است. در مقابل در گروه شاهد بهبودی مناسب ۱۷ (۴۳.۶ درصد) و بهبودی نامناسب ۲۲ (۵۶.۴ درصد) بوده است، اگر چه بهبودی مناسب در گروه ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بیشتر است ولی ارتباط معنی دار نیست. $P > 0.05$ جدول ۳. ارتباط معنی داری بین ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی در مدت یک سال پیگیری برحسب سن وجود ندارد. اما در گروه شاهد ارتباط بین بهبود علائم با سن افراد وجود دارد.

در پیگیری یک ساله بیماران میزان بهبودی معنی دار برحسب متغیرهای مستقل سنجیده شد. در مورد متغیر

جدول ۱: نمایش توزیع فراوانی میزان بهبودی سه ماهه، شش ماهه و یک ساله در گروه درمان و شاهد

میزان بهبودی	گروه درمان	گروه شاهد
بهبودی کامل	۸	۵
بهبودی نسبی	۱۸	۱۴
بهبودی جزئی	۱۲	۱۷
عدم بهبودی	۴	۸
بدتر شدن	۳	۱
عدم مراجعه	-	-
بهبودی کامل	۹	۵
بهبودی نسبی	۱۷	۱۲
بهبودی جزئی	۹	۱۴
عدم بهبودی	۴	۸
بدتر شدن	۱	-
عدم مراجعه	۵	۶
بهبودی کامل	۱۰	۴
بهبودی نسبی	۱۸	۱۲
بهبودی جزئی	۸	۱۵
عدم بهبودی	۴	۸
بدتر شدن	-	-
عدم مراجعه	۵	۶

جدول ۲: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی بهبودی علائم سه ماهه در گروه درمان (ریشه کنی هلیکوباکتریلوری) و گروه شاهد

گروه	میزان		بهبودی مناسب		بهبودی نامناسب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه درمان	۲۶	۵۷.۸ درصد	۱۹	۴۲.۲ درصد		
گروه شاهد	۱۹	۴۲.۲ درصد	۲۶	۵۷.۸ درصد		
جمع	۴۵	۵۰ درصد	۴۵	۵۰ درصد		

$$X^2=2.178$$

$$P=0.014$$

ارتباط معنی داری بین ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی در مدت سه ماه پیگیری وجود ندارد

جدول ۳: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی بهبودی علائم شش ماهه در درگروه درمان (ریشه کنی هلیکوباکتریلوری) و گروه شاهد

میزان	بهبودی مناسب		بهبودی نا مناسب		گروه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
گروه درمان	۲۶	۶۵ درصد	۱۴	۳۵ درصد	
گروه شاهد	۱۷	۴۳.۶ درصد	۲۲	۵۶.۴ درصد	
جمع	۴۳	۵۴.۰۴ درصد	۳۶	۴۵.۰۶ درصد	

$X^2=3.649$ $P=۰/۰۵۶$

ارتباط معنی داری بین ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی در مدت شش ماه پیگیری وجود ندارد.

جدول ۴: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی میزان بهبودی علائم یک ساله درگروه درمان (ریشه کنی هلیکوباکتریلوری) و گروه شاهد

میزان	بهبودی مناسب		بهبودی نا مناسب		مدت بیماری	گروه درمان
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
زیر یک سال	۹	۶۹.۲ درصد	۴	۳۰.۸ درصد		
بالای یک سال	۱۹	۷۰.۴ درصد	۸	۲۹.۶ درصد		
جمع	۲۸	۷۰ درصد	۱۲	۳۰ درصد		

$X^2=0.005$ $P=۰/۹۴۱$

ارتباط معنی داری بین ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی در مدت یک سال پیگیری برحسب مدت بیماری وجود ندارد. همچنین بین بهبودی علائم و مدت بیماری درگروه شاهد نیز ارتباط معنی داری وجود نداشت.

جدول ۵: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی عوارض دارویی در گروه درمان (ریشه کنی هلیکوباکتریلوری) و شاهد

میزان	عدم وجود عوارض		وجود عوارض		گروه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
گروه درمان	۳۵	۷۷.۸ درصد	۱۰	۲۲.۲ درصد	
گروه شاهد	۴۳	۹۵.۶ درصد	۲	۴.۴ درصد	
جمع	۷۸	۸۶.۷ درصد	۱۲	۱۳.۳ درصد	

$$X^2=6.154 \quad P=0.013$$

بحث

علائم با سن و جنس ارتباطی نداشت ولی در گروه شاهد، در سن زیر ۴۰ سال بهبودی مناسب، بیشتر بود که شاید نتیجه جانبی از طول مدت بیماری باشد و یا پذیرش درمان بهتر بوده است. در مطالعه مشابهی که در شیراز انجام شده، در دو گروه درمان و شاهد ارتباط معنی داری بین بهبودی علائم برحسب سن و جنس افراد وجود نداشت. (۱۷)

در مورد متغیرهایی مثل، شغل تعداد افراد همسفره و میزان تحصیلات با توجه به اینکه شیوع هلیکوباکتریلوری در گروه‌های مختلف متفاوت بوده است انتظار این بود که اگر ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم نقش داشته باشد باید میزان بهبود علائم در گروه‌های مختلف ارتباطی مشاهده نشود چون همه بیماران از جهت عفونت هلیکوباکتریلوری یکسان بودند.

با توجه به شیوع بالا تر هلیکوباکتریلوری در خانواده‌های شلوغ، اگرچه بهبودی علائم در گروه شاهد در افراد خانواده‌های با جمعیت پنج نفر و بیشتر بوده‌اند، کاهش داشته، ولی این ارتباط از لحاظ آماری معنی دار نبود.

یکی از اهداف مطالعه یافتن ارتباط بین مصرف سیگار و بهبود علائم بود، که از لحاظ آماری، ارتباط معنی دار وجود نداشت. اگرچه شیوع هلیکوباکتریلوری در سیگاریها بیشتر و ریشه کنی آن با موفقیت کمتری همراه است (۱۹-۲۰)

همچنین در مطالعه قبلی نگارنده، میزان تحصیلات فرد با شیوع هلیکوباکتریلوری ارتباط وجود داشت و در سطح تحصیلات بالاتر شیوع هلیکوباکتریلوری کمتر بود (۱۸) در این بررسی ارتباط بهبود علائم با میزان تحصیلات در هردو گروه از لحاظ آماری، معنی دار نبود. البته شاید پذیرش دارویی با تحصیلات مختلف متفاوت باشد ولی با توجه به اینکه همه بیماران گروه درمان، داروی ریشه کنی

هلیکوباکتریلوری علت اصلی زخم پپتیک است. اما نقش آن در سوهاضمه غیر زخمی مشخص نیست (۴) نتایج ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در درمان سوء هاضمه غیرزخمی متناقض است (۶-۷). در این مطالعه اگرچه بهبودی مناسب در گروه ریشه کنی بعد از سه ماه، بیش از گروه شاهد بود، و بعد از شش ماه درمان، ارتباط بهبود علائم و ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بازتر گردید، ولی هر دو از لحاظ آماری معنی دار نبودند. میزان بهبودی یکساله در گروه ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بطور معنی داری بیشتر بود. ($P < 0.05$) که مشابه نتایج مطالعات مروری ساختارمند است. رژیم ریشه کنی هلیکوباکتریلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی در اکثر مطالعات مؤثر بوده هر چند این اثر ناچیز بوده است. در بررسی که در سال ۲۰۰۷ در Cochrane، از ۲۱ مطالعه کارآزمایی که در مورد سوهاضمه غیر زخمی انجام شده و یک بازوی آن ریشه کنی هلیکوباکتریلوری و بازوی دیگر آن بدون ریشه کنی بوده است مورد بررسی قرار گرفته که در مجموع منجر به ۱۰ درصد کاهش ریسک در گروه درمان شده است. (۱۴ درصد - ۶ درصد) CI ۹۵ درصد (تعداد افراد برای درمان یک بیمار ۱۴ نفر است. Number need to treat) در مطالعه متاآنالیز که اخیراً از چین گزارش شده، بطور متوسط ریشه کنی هلیکوباکتر با ($P < 0.00001$) $OR = 3.61(2.62, 4.98)$ در بهبود علائم نقش داشته است. (۳) دو مطالعه مروری ساختارمند دیگر، ارتباط واضحی بین ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بهبود علائم نشان داده نشد (۱۳ و ۱۴) اما مطالعه متا آنالیز دیگر بهبود علائم را با میزان OR حدود ۱/۹ در افراد ریشه کن شده نشان داد. (۱۵)

از نظر ارتباط بهبودی علائم با متغیرهای مستقل در دو گروه، در مورد سن و جنس در گروه درمان، بهبودی

معنی داری بین مصرف داروهای آرام بخش و بهبود علائم در دو گروه مشاهده نشد.

از نظر عوارض جانبی داروها، در دو گروه به علت مصرف آنتی بیوتیک در گروه کنترل این اختلاف به طور واضحی معنی دار بود.

نتیجه گیری

با توجه به بهبود علائم بیماران سوء هاضمه غیرزخمی با ریشه کنی هلیکوباکتری پیلوری، توصیه می شود این درمان بعنوان یکی از راههای بهبود علائم بیمارانی که مبتلا به عفونت ناشی از هلیکوباکتری پیلوری هستند در نظر گرفته شود.

قدردانی و تشکر: از آقای دکتر اصغر خشنود که در جمع آوری اطلاعات نقش ارزنده ای داشتند، صمیمانه تشکر و قدر دانی می شود.

هلیکوباکتری پیلوری را دریافت نمودند، نباید اختلافی دیده می شد.

در گروه درمان اختلافی بین بهبودی علائم با طول مدت بیماری وجود نداشت اما در گروه شاهد، افرادی که مدت بیماریشان زیر یک سال بود بهبودی مناسب بیشتری نسبت به گروه مشابه با طول مدت بیماری بالای یک سال داشتند ولی از لحاظ آماری این ارقام معنی دار نبود. در یک مطالعه دیگر ریشه کنی هلیکوباکتری پیلوری در بهبود علائم سوء هاضمه غیرزخمی خصوصاً، اگر مدت زمان بیماری زیر سه سال باشد مؤثر بود (۲۰)

در مورد مصرف داروهای آرام بخش، اینکه بیماریهایی چون اضطراب و افسردگی باعث سوء هاضمه غیرزخمی باشند اختلاف نظر وجود دارد و همچنین در بعضی مطالعات، اضطراب و افسردگی را نیز معلول سوء هاضمه غیرزخمی می دانند تا علت آن (۶)، با اینحال ارتباط

منابع

- 1-Tack, J, Talley, NJ, Camilleri, M, G. Holtmann, P. Hu, J. Malagelada, V. Stanghelliniet. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterol* 2006; 130:466.
- 2-Nicholas J, Talley. MD. Guidline for manangement of dyspepsia. *Am J Gastroentrol* 2005, 100: 2324-37
- 3- Xi Jin, You-ming Li Systematic review and meta-analysis from Chinese literature: the association between *Helicobacter pylori* eradication and improvement of functional dyspepsia. *Helicobacter*, 2007, 12 (5):541-6.
- 4- Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakes R, Wilson S, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 18;(4).
- 5- Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2003; (1):CD001960
- 6- Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroentrol* 1992, 102:1259-1268
- 7- Dobrilla G, Comberlato M, Steele A, Vallaperta P. Drug treatment of functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Clin Gastroentrol* 1989, 11:169-177
- 8- Bruley Des Varannes S, Flejou JF, Colin R, Zaim M, Meunier A, Bidaut-Mazel C. There are some benefits for eradicating *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15(8):1177-85
- 9-Talley NJ, Janssens J, Lauritsen K, Racz I, Bolling-Sternevald E. Eradication of *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia: randomized double blind placebo controlled trial with 12 months follow up. *BMJ* 1999; 318: 833-7.
- 10- McColl KEL, Murray L, El-Omar E, Dickson A, El-Nujumi A, Wirz A, Kelman A, Penny C, Knill-Jones R, Hilditch T. Symptomatic benefit from eradicating *Helicobacter pylori* infection in patients with nonulcer dyspepsia. *N Engl J Med* 1998; 339:1869-74.

- 11- Malfertheiner P, Fischbach W, Layer P, Moessner J, Stolte M. ELAN study proves symptomatic benefit of *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia (FD) *Ann Intern Med* 2001 Mar 6;134 (5):361-9.
- 12-Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Forman D, Mason J, Innes M, Delaney B. Systematic review and economic evaluation at *Helicobacter pylori* eradication treatment for non ulcer dyspepsia. *BMJ* 2000; 321:659-64.
- 13- Danesh J, Lawrence M, Murphy M, Roberst S, Collins R. Systematic review of the epidemiological evidence on *Helicobacter pylori* infection and nonulcer or uninvestigated dyspepsia. *Arch Intern Med* 2000;160:1192-8.
- 14-Laine L, Schoenfeld P, Brian Fennerty M. H. *pylori* therapy is not effective for treatment of non-ulcer dyspepsia: meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastroenterology* 2000; 4: A440.
- 15- Jaakkimainen RL, Boyle E, Tudiver F. Is *Helicobacter pylori* associated with non-ulcer dyspepsia and will eradication improve symptoms? A meta-analysis. *BMJ* 1999; 319: 1040-4
- ۱۶- زجاجی، همایون [و دیگران] بررسی شیوع هلیکوباکتر پیلوری در مبتلایان به سوء هاضمه بدون زخم و نقش درمان ضد هلیکوباکتر در بهبود علائم بیمار. خلاصه مقالات نهمین کنگره سراسری و بازآموزی بیماریهای داخلی. ص ۲۱۷. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۲۴-۲۱ اردیبهشت ۱۳۷۷. (۱۳۷۷)
- ۱۷- صابرفیروزی، مهدی [و دیگران] بررسی تأثیر ریشه کنی میکروب هلیکوباکتر پیلوری بر درمان بیماران دارای سوء هاضمه غیرزخمی گوارشی شیراز در سال ۱۳۷۴-۷۵" خلاصه مقالات دهمین کنگره بین المللی پزشکی جغرافیایی و ششمین کنگره بیماریهای عفونی و گرمسیری ایران". ۱۸۷ ص. ص ۱۳۹. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، ۱۹-۲۲ آبان ۱۳۷۶. (۱۳۷۶)
- ۱۸- آخوندی، محسن تعیین تیتراژ *IgG* آنتی بادی ضد هلیکوباکتر پیلوری در افراد بدون علامت شهر یزد- مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره هشتم شماره چهارم. زمستان ۱۳۷۹
- 19- Rajashekhar V, Bhasin DK, Ray P, Vaiphei K, Sharma BC, Singh K. *Helicobacter pylori* infection in chronic smokers with non ulcer dyspepsia. *Trop Gastroentrol* 2000 Apr-June; 21(2): 71-2
- 20-Gonzalez Carro P, Legaz Huidobro ML, Perez Roldan F, Esteban Lopez Jamar JM, Valenzuela Gamez JC, Ponte Tellechea A, Ruiz Carrillo F, Pedraza Martin C, Diaz de Rojas F, Saez Bravo JM. Efficacy of *Helicobacter pylori* eradication in non-ulcer dyspepsia. *J Med Clin (Barc)*. 2004 ; 122 (3): 87-91.