

## همراهی هلیکوباکتریپیلوری با سوءهاضمه عملکردی

دکتر شهریار سمنانی<sup>۱</sup>، دکتر مریم نعمتی<sup>۲</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: با شناسایی نقش هلیکوباکتریپیلوری در ایجاد گاستریت و زخم پپتیک، فرضیه‌هایی در مورد دخالت احتمالی این میکروب در ایجاد سوءهاضمه مطرح شده است. این مطالعه به منظور تعیین توزیع فراوانی همراهی عفونت هلیکوباکتریپیلوری در مبتلایان به سوءهاضمه عملکردی به تفکیک زیر گروهها انجام گرفته است. مواد و روشها: این مطالعه روی ۲۷۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر گرگان انجام گردید. تشخیص سوءهاضمه عملکردی بر اساس معاینه بالینی و پاراکلینیک و در نهایت آندوسکوپی داده می‌شد. بعد از تأیید تشخیص با آندوسکوپی ۲ نمونه بیوپسی از ناحیه آنتر معده برداشته شده و در محیط اوره جهت تست اوره‌آز قرار می‌گرفت. داده‌ها بعد از ورود به رایانه از طریق نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای آماری کای اسکور و تی مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی در بیماران ۴۰/۹ سال بود. نسبت مرد به زن تقریباً برابر یک بود. عفونت هلیکوباکتریپیلوری در ۵۱/۵ درصد (۱۳۹) افراد یافت شد. شیوع عفونت در زیرگروه: شبه اولسر ۶۲ درصد، شبه‌ریفلاکس ۴۰/۴ درصد، نامشخص ۴۶/۱ درصد و در شبه‌اختلال حرکت ۲۰ درصد که این اختلافات از لحاظ آماری معنادار بود ( $P < 0/05$ ). اختلاف آماری معنادار بین شیوع عفونت هلیکوباکتریپیلوری با جنسیت یافت نشد، ولی در بین گروههای سنی مختلف اختلاف آماری معنادار وجود داشت ( $P < 0/05$ ). بدین صورت که بیشترین میزان شیوع عفونت در دهه ۶ و ۷ زندگی بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که شیوع عفونت با هلیکوباکتریپیلوری در مبتلایان به سوءهاضمه عملکردی بالا می‌باشد و همچنین بیشترین فراوانی در زیرگروه سوءهاضمه عملکردی شبه اولسر دیده شد. واژه‌های کلیدی: سوءهاضمه، هلیکوباکتریپیلوری، آندوسکوپی، تست اوره‌آز

۱ - فوق تخصص گوارش و کبد و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان، نشانی: گرگان، مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان

بخش داخلی گوارش، تلفن: ۰۱۷۱-۴۴۲۴۵۴۰

۲ - پزشک عمومی

## مقدمه

سوءهاضمه<sup>۱</sup> یکی از شایعترین مشکلات گوارشی می باشد که تا حدود یک چهارم جمعیت بالغ ممکن است به آن گرفتار باشند (۱). حدود ۳-۲ درصد ویزیت های اولیه پزشکان عمومی و ۳۰ درصد بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های داخلی و ۵۰ درصد مراجعه کنندگان به درمانگاه های تخصصی گوارش را این افراد تشکیل می دادند (۲).

سوءهاضمه را بر پایه علائم بالینی به زیرگروه هایی تقسیم می کنند که این دسته بندی می تواند در برخورد بالینی پزشک و ارزیابی و هدایت تشخیصی - درمانی به کار آید. این زیرگروه ها عبارتند از: سوءهاضمه شبه اولسر، دیس موتیلیتی گونه، شبه ریفلاکس و نامشخص حالتی از سوءهاضمه که با توجه به نتایج معاینات بالینی، آزمایشگاهی و آندوسکوپی بدون وجود بیماری عضوی از جمله زخم باشد تحت عنوان سوءهاضمه عملکردی<sup>۲</sup> مطرح می گردد (۳).

اخیراً توجه زیادی به عفونت هلیکوباکتریلوری، به عنوان عامل احتمالی در بیماریزایی این مشکل گوارشی شده است. مطالعاتی که این باکتری را به عنوان عامل اصلی در آسیب زائی سوءهاضمه مورد بررسی قرار داده است، به نتایج متناقضی منجر شده است که این خود باعث پیچیده شدن مسأله گشته است (۳). در بعضی از مطالعات نشان داده شده است که درمان عفونت هلیکوباکتریلوری در بیماران باعث رفع علائم سوءهاضمه می شود و این پاسخ به درمان در نوع شبه زخم بیشتر و طولانی تر از انواع دیگر سوءهاضمه بدون زخم است (۶-۴). اما در مطالعات دیگر نتایج درمان بیماران با سوءهاضمه بدون زخم و عفونت همزمان هلیکوباکتریلوری مبهم بوده است و این محققان درمان عفونت

هلیکوباکتریلوری را در بیماران با سوءهاضمه بدون زخم توصیه نمی کنند (۸-۶).

این احتمال وجود دارد که تفاوت در پاسخ به درمان در مطالعات مختلف در زیرگروه های سوءهاضمه بدون زخم، به نوع علائم بالینی و میزان شیوع عفونت در این زیرگروه ارتباط داشته باشد (۹). مطالعات اپیدمیولوژیک و پاتوفیزیولوژیک نیز مانند مطالعات کارآزمایی بالینی که سعی در یافتن ارتباط بین هلیکوباکتریلوری و سوءهاضمه عملکردی دارند به نتایج متناقض دست یافته اند (۹).

عفونت هلیکوباکتریلوری<sup>۳</sup>، یکی از شایعترین عفونت های مزمن باکتریال در جهان به ویژه در کشورهای در حال توسعه می باشد (۹). الگوی اپیدمیولوژیک این عفونت در کشورهای صنعتی و در حال توسعه متفاوت است. چنانکه در کشورهای صنعتی به تدریج و با افزایش سن شیوع عفونت افزایش یافته ولی در کشورهای در حال توسعه اکثر افراد در سنین کودکی آلوده می شوند و تقریباً درصد زیادی از افراد جوان وقتی به سن بزرگسالی می رسند، آلوده شده اند. شیوع عفونت حدود ۹۰-۶۰ درصد در همه گروه های سنی دیده شده است (۹ و ۱۰). با توجه به مطالب و نتایج متفاوت از شیوع هلیکوباکتریلوری در مبتلایان به سوءهاضمه عملکردی و زیرگروه های آن و با توجه به عوارض و اهمیت تشخیص و درمان به موقع آن و عدم انجام این چنین مطالعه در این منطقه، این مطالعه برای بررسی میزان شیوع عفونت هلیکوباکتریلوری در بیماران مبتلا به سوءهاضمه مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر گرگان در سال ۱۳۸۰ انجام گرفته است.

## مواد و روشها

این مطالعه مشاهده ای از نوع مقطعی<sup>۴</sup> و دارای دو جزء

<sup>۳</sup> *H. pylori*<sup>۴</sup> *cross-sectional*<sup>۱</sup> *dyspepsia*<sup>۲</sup> *functional*

### یافته‌ها

از ۲۷۰ بیمار مورد مطالعه ۱۳۶ نفر (۵۰/۴ درصد) مرد و ۱۳۴ نفر (۴۹/۶ درصد) زن بودند. جوانترین بیمار ۱۵ سال و پیرترین آنها ۷۸ سال سن داشت و میانگین سن بیماران مورد مطالعه ۴۰/۹ سال بود. بیشترین میزان بیماری در دهه سوم زندگی (۸۳ نفر معادل ۳۰/۷ درصد) بوده است.

بر اساس علائم بالینی بیماران مورد مطالعه، تقسیم بندی زیر گروه‌های سوءهاضمه انجام گرفت که شایعترین زیرگروه شبه اولسر با ۱۴۵ نفر (۵۳/۷ درصد) و نادرترین زیرگروه، شبه اختلال حرکتی با ۱۵ نفر (۵/۶ درصد) بوده است (جدول ۱). این اختلاف از لحاظ آماری معنادار بوده است ( $P < 0/05$ ).

جدول ۱: توزیع فراوانی هلیکوباکتریلوری به تفکیک زیرگروه سوءهاضمه

جمع تعداد (درصد)	هلیکوباکتریلوری	
	منفی تعداد (درصد)	مثبت تعداد (درصد)
۱۵ (۱۰۰)	۱۲ (۸۰)	۳ (۲۰)
شبه اختلال حرکتی		
۱۸۴ (۱۰۰)	۵۰ (۵۹/۵۲)	۳۴ (۴۰/۴۷)
شبه ریفلکس		
۱۴۵ (۱۰۰)	۵۵ (۳۷/۹۳)	۹۰ (۶۲/۰۶)
شبه اولسر		
۲۶ (۱۰۰)	۱۴ (۵۳/۸۴)	۱۲ (۴۶/۱۵)
نامشخص		

در بررسی نمونه‌های بیوپسی شده توسط تست اوره‌آز عفونت هلیکوباکتریلوری در ۱۳۹ نفر (۵۱/۵ درصد) مثبت و در ۱۳۱ نفر (۴۸/۵ درصد) منفی بوده است. از نظر جنسی عفونت هلیکوباکتریلوری در ۷۱ نفر از مردان (۵۲/۵ درصد) و ۶۸ نفر از زنان (۵۰/۷ درصد) مثبت بوده است. اختلاف آماری معنی‌داری در بین دو جنس یافت نشد (نمودار ۱).

توصیفی<sup>۱</sup> و تحلیلی<sup>۲</sup> بوده است. جمعیت مورد مطالعه، کلیه بیماران با علائم درد مداوم و راجعه یا احساس ناراحتی در قسمت فوقانی شکم، سیری زودرس، احساس پری بعد از غذا خوردن، نفخ، تهوع و استفراغ (شکایات سوءهاضمه و یا اولسر) مراجعه کننده به کلینیک تخصصی ۵ آذر در گرگان بود. در این مطالعه ۲۷۰ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مطالعه از فروردین ۱۳۸۰ آغاز و تا آذرماه ۱۳۸۰ ادامه یافت. کلیه بیماران که از این تاریخ با تشخیص سوءهاضمه یا اولسر تحت آندوسکوپی قرار گرفته و در آنها آروزیون<sup>۳</sup> یا زخم پپتیک مشاهده نشده بود مورد بررسی قرار گرفتند. تشخیص نهایی سوءهاضمه با توجه به معاینه بالینی پاراکلینیک و در نهایت آندوسکوپی برای بیمار مطرح می‌شد. سپس توسط آندوسکوپی، بیوپسی از معده (۲ نمونه از آنتر) برداشته می‌شد و برای انجام تست اوره‌آز سریع در محیط اوره قرار می‌گرفت. در صورت وجود هلیکوباکتریلوری به علت آنزیم اوره‌آز، اوره به آمونیاک تجزیه و موجب افزایش PH و تغییر رنگ محیط از زرد به صورتی می‌شد.

همچنین پرسشنامه‌ای برای هر بیمار با تشخیص سوءهاضمه شامل اطلاعات: جنس، سن، سابقه مصرف NSAID، سیگار، قهوه، شکایات گوارش و سابقه فامیلی برای بیماران تکمیل گردید. داده‌ها از طریق نرم افزار آماری SPSS-10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمونهای آماری تی و کای اسکوئر در تجزیه و تحلیل استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون با اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha = 0/05$ ) بوده است. در تمام مراحل تحقیق رعایت اصول اخلاق پژوهش مد نظر بود. از تمامی بیماران رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و بیماران در جریان مطالعه قرار گرفتند.

<sup>۱</sup> descriptive  
<sup>۲</sup> analytic  
<sup>۳</sup> erosion

عفونت در بیماران ۵۱/۵ درصد بود. مطالعات در زمینه بررسی شیوع این ارگانیزم در بیماران مبتلا به سوءهاضمه انجام شده است که آمار مختلفی گزارش کرده‌اند (۱۱).

در مطالعه‌ای که در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۷۴-۷۵ انجام شده شیوع عفونت ۴۷/۶ درصد و در بیمارستان امام خمینی تبریز ۷۵/۵ درصد و در بیمارستان هفتم تیر تهران در سال ۷۹-۷۸، ۶۸/۳ درصد گزارش شده است (۱۴-۱۲). نتایج مطالعه ما با نتایج کاشان، تبریز و تهران (۱۴-۱۲) شباهت داشته است.

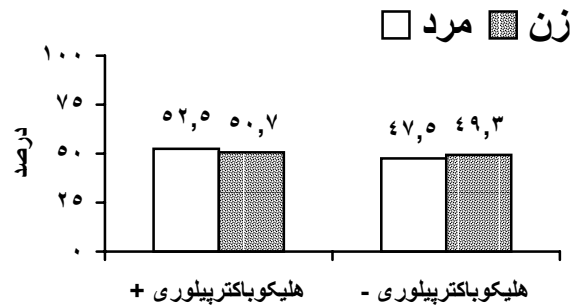
شیوع عفونت در بین دو جنس از لحاظ آماری اختلاف معناداری نداشت. این نتایج با مطالعات انجام شده در سایر مناطق ایران (۱۴-۱۲) مطابقت دارد.

میانگین سن افراد مبتلا به عفونت هلیکوباکتریپیلوری ۴۴/۴ سال بود که از نتایج به دست آمده در مطالعات تبریز و کاشان این که به ترتیب ۳۱/۳ و ۲۷/۱ سال بوده است، بیشتر می‌باشد (۱۲ و ۱۳).

در اکثر مطالعات با افزایش سن میزان عفونت هلیکوباکتریپیلوری افزایش یافته است. مطالعه سیل و همکارانش در سال ۱۹۹۷ در اسپانیا و ساتار و همکارانش در سال ۱۹۹۸ در جنوب آفریقا بیانگر همین مسأله باشد (۱۴ و ۱۵). همچنین در مطالعه مگراند در سال ۱۹۸۹ ذکر شده است که در کشورهای غربی درجه ابتلاء به هلیکوباکتریپیلوری تقریباً ۱ درصد به ازاء هر سال سن افزایش می‌یابد (۱۶).

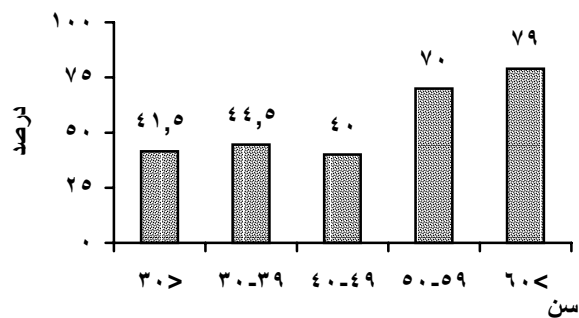
در مطالعات دیگر شیوع زیادی از عفونت هلیکوباکتریپیلوری در بالغین جوان و حتی کودکان در کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، به طوری که تا سن ۲۰ سالگی بیش از ۸۰ درصد افراد دچار آلودگی شده و بالطبع در سنین پایتتری هم علامتدار می‌شوند (۲ و ۵).

در این مطالعه علی‌رغم این که تعداد بیماران مبتلا به



نمودار ۱: توزیع فراوانی همراهی هلیکوباکتریپیلوری با سوءهاضمه در بیماران به تفکیک جنس

از لحاظ سن بیشترین میزان شیوع عفونت در دهه ششم با ۷۹/۴ درصد (۲۷ نفر از ۳۴ نفر) و کمترین آن در دهه چهارم با ۴۰/۶ درصد (۲۴ نفر از ۵۹ نفر) این اختلاف از لحاظ آماری با  $P < 0.05$  معنادار بوده است (نمودار ۲).



نمودار ۲: توزیع فراوانی همراهی هلیکوباکتریپیلوری با سوءهاضمه در بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی ۵ آذر گرگان به تفکیک سن

در بررسی بیماران به تفکیک زیرگروه سوءهاضمه، بیشترین میزان عفونت در زیرگروه شبه اولسر با ۶۲ درصد (۹۰ نفر از ۱۴۵ نفر) و کمترین میزان شیوع عفونت در زیرگروه شبه اختلال حرکتی با ۲۰ درصد (۳ نفر از ۱۵ نفر) بود.

در بررسی بیماران با توجه به مشکلات گوارشی ۲۵۲ نفر (۹۳/۳ درصد) از درد اپی گاستر، ۲۱۳ نفر (۷۸/۹ درصد) از سوزش سردل، ۱۹۵ نفر (۷۲/۲ درصد) از نفخ و ۱۰۴ نفر (۳۸/۵ درصد) از درد شبانه شکایت داشتند.

## بحث

در مطالعه انجام شده در بیمارستان ۵ آذر گرگان شیوع

در مطالعه اسچایلینگ شیوع عفونت در زیر گروه شبه اولسر بیشتر (۴۱ درصد) بوده است (۱۹).

در مطالعه انجام شده در تبریز نیز بیشترین شیوع مربوط به زیر گروه شبه اولسر (۴۶ درصد) و کمترین شیوع مربوط به زیر گروه شبه اختلال حرکتی (۳/۹ درصد) بوده است (۱۳).

نتایج مطالعه ما با نتایج مطالعه دیگران (۱۳) مطابقت دارد. بالا بودن شیوع عفونت در زیر گروه شبه اولسر را می توان به شایع تر بودن این زیر گروه نسبت به سایر زیر گروهها نسبت داد. به نظر می رسد برای اثبات مسأله فوق نیاز به مطالعات وسیعتری باشد.

در این مطالعه فراوانی سوءهاضمه و ارتباط آن با هلیکوباکتریپیلوری مشخص گردید و همچنین مشخص شد بین انواع مختلف سوءهاضمه و شیوع هلیکوباکتریپیلوری اختلاف وجود دارد و این میزان در زیر گروه شبه اولسر بیشتر می باشد. البته جهت اثبات ارتباط عوامل مؤثر و عوامل تغذیه ای نیاز به مطالعات گسترده تر می باشد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و سپاس خود را از جناب آقای مهندس ناصر بهنام پور و سرکار خانم دکتر نفیسه عبدالمهی اعلام می دارند.

سوءهاضمه در دهه های سنی مختلف تفاوت چندان نداشته است ولی میزان بالای شیوع عفونت در دهه ۶ و ۷ چشمگیر و قابل توجه است.

در مطالعه فوق بیشترین شیوع عفونت مربوط به زیر گروه شبه اولسر (۶۲ درصد) و کمترین شیوع مربوط به زیر گروه شبه اختلال حرکتی بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار بوده است ( $P < 0/05$ ).

مطالعات انجام شده توسط اکثر محققان نتوانسته است ارتباط روشن بین شیوع عفونت هلیکوباکتریپیلوری به تفکیک زیر گروههای سوءهاضمه در بیماران مشخص کند (۱۷).

در مطالعه تهران این اختلاف معنادار نبوده است هر چند که بیشترین میزان عفونت در زیر گروه شبه اولسر دیده شده است (۱۴). همچنین در مطالعه پریرالیمما و همکارانش روی ۱۰۳ بیمار مبتلا به سوءهاضمه عملکردی نیز این اختلاف معنادار گزارش نشده است (۱۸).

از سوی دیگر در سایر مطالعات پاسخ به درمان در گروه شبه زخم بیشتر و طولانی تر از انواع دیگر سوءهاضمه بدون زخم بوده است (۶-۴). این مطلب احتمال وجود رابطه بین اختلاف فراوانی انواع سوءهاضمه بدون زخم و هلیکوباکتریپیلوری و لذا تفاوت در پاسخ به درمان این افراد را تقویت می کند.

### منابع

- 1) Goldman L, Bennett JC, et al. Cecil text book of medicine, Vol 1. 21th editon. Philadelphia: W.B.Saunders, 2000; P: 691-695.
- 2) Misiewicz, Sleisenger, Fordtran, Gastrointestinal disease. 4th editon. vol 2. 1994; P: 572-579.
- 3) Elta GH, Scheiman JM, Barnett JL, Nostrant TT, Behler EM, Crause I, Appelman H. Long term follow up of helicobacter pylori treatment in non ulcer dyspspsia patients. Am J Gartrs. 1995; 90 (7): 1089-1101.
- 4) Gillvary J, Buckley MJM, Batties. Eradication of helicabacter pylori affects symptoms in non-ulcer dyspepsia. J Gastroentrol. 1997; 32(6): 535-540.
- 5) Laheij RJ, Jansen JB, Vande Lisdonk EH. Review article: symptom improvement through eradication of helicobacter pylori in patient with non ulcer dyspesia. Alimen Pharmacol Ther. 1990; 10(6): 843-850.
- 6) Nicholas J, Talley NJ. A cirique of therapeutic trials in helicobacter pylori positive function dyspepsia. Gastroenterology. 1994; 106: 1174-1182.

7) Neldhuyzen Van Zanter SJ. The role of helicobacter pylori infection in non ulcer dyspepsia. *Aliment Pharmcol Ther.* 1997; 1: 63-69.

8) Kang JY, Fock KN, Ng HS. Working party report of the gastroenterological society of singapor-part II. Helicobacter pylori and non ulcer dyspepsi in Singapor. *Singapor Med J.* 1996; 37(4): 428-429.

9) Matysiak BT, Megraud F. Epidemiology of helicobacter pylori infection with special refernce to professional risk. *J Pysiol Pharmacol.* 1997; 48 (4): 3-17.

10) Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Isselbaoher KJ, Wilson J, Marthin JB, Hauset S, Longo D. Harrison's principles of internal medicin. Vol 1. 15th edition. New York: Mc graw-Hill. 2001; P: 239-240.

(۱۱) دکتر فتاحی ابراهیم. مقایسه اثر داروهای مختلف بر روی سوءهاضمه بدون زخم. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز. سال ۱۳۷۷. جلد سی و دوم. شماره ۳۸. صفحه ۷۷ تا ۸۳

(۱۲) دکتر فقیهی امیرحسین. بررسی شیوع عفونت هلیکوباکتریلوری در بیماران مبتلا به بدهضمی غیراولسری. مجله دانشگاه علوم پزشکی کاشان. بهار ۱۳۷۶. شماره یک. صفحه ۷ تا ۱۱.

(۱۳) بیکلردی آفاق. شیوع عفونت هلیکوباکتریلوری در بیماران با سوءهاضمه بدون زخم مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تبریز. پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی

تبریز. سال ۱۳۷۵.

(۱۴) کاشانی ، امیرحسین. کبیر ، علی. باسی ، علی. مقایسه فراوانی وجود میکروپ هلیکوباکتریلوری در گروههای مختلف بیماران مبتلا به سوءهاضمه بدون زخم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران. زمستان ۱۳۸۱. سال نهم. شماره ۳۱. صفحه ۱۶۵ تا ۵۵۷.

15) Sathar MA, Gauw E, Simjee AE, Mayat AM. Socioepidemiological study of helicobacter pylori infection in south African. *Trans R Soc Tyop Med Hyg.* 1997; 91 (4): 593-595.

16) Megraud F, Brassens-Rabbe MP, Denis F, Bebouri A, Hoa DO. Seroepidemiology of campylobacter pylori infection in various populattions. *Journal of Clincical Microbiology.* 1989; 27(8): 1870-1873.

(۱۷) صلصالی ، مرتضی. هلیکوباکتریلوری و امراض دستگاه گوارش فوقانی. تهران. انتشارت نور دانش. ۱۳۷۹. صفحات ۱۶۰ تا ۱۷۵.

18) Pereira Lima JG, Schall J, Pinheiro JB. Helicobacter pylori associated agstritis: does it play a role in functional dyspepsia? *Gastroenterol.* 1995; 33(8): 421-425.

19) Zober A, Schilling D, Ott MG, Schauwecker P, Riemann JF, Messerer P. Helicobacterpylori infection: prevalence and clinical relevance in a large company. *J Occup Environ Med.* 1998; 40(7): 586-94.