

ارتباط بین ریشه‌کنی هلیکوباکتریپیلوری و بهبود بالینی با چهار رژیم دارویی مختلف در بیماران با دیس پپسی مزمن

دکتر فریده مرادی مقدم^۱، دکتر حسن سعادت نیا^۲، دکتر حسین اربابی^{۳*}

تاریخ دریافت ۸۸/۱۲/۱۲، تاریخ پذیرش ۸۹/۲/۲۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: دیس پپسی مزمن با عفونت هلیکوباکتریپیلوری و اختلالات حرکتی همراه است. این که آیا درمان عفونت باعث بهبود علائم بالینی می‌شود، مورد سوال است. در این مطالعه اثر چهار رژیم مختلف ریشه‌کنی هلیکوباکتریپیلوری در بهبود علائم بالینی بیماران، بررسی شد.

مواد و روش کار: این مطالعه بالینی مداخله‌گر، از خرداد ۸۶ تا خرداد ۸۷ روی ۱۶۰ بیمار با دیس پپسی مزمن انجام شد. ۶۵ بیمار از مطالعه خارج شدند. در هر بیمار نمره علائم بالینی (GIS score) مشخص گردید. افراد با تست اوره از سریع مثبت، تحت درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتریپیلوری با یکی از چهار رژیم سه دارویی برای ۷ یا ۱۰ روز و چهار دارویی برای ۱ یا ۳ روز قرار گرفتند. موفقیت درمان با تست اوره از تنفسی کنترل شد و در هر گروه پاسخ بالینی به درمان ثبت شد.

یافته‌ها: از ۹۵ بیمار ۱۰/۵ درصد رژیم چهار دارویی را برای یک روز، ۲۲/۱ درصد برای سه روز، ۴۲/۱ درصد رژیم سه دارویی را برای هفت روز و ۲۵/۳ درصد برای ده روز دریافت کردند. میزان ریشه‌کنی در رژیم هفت و ده روزه به ترتیب ۷۰ درصد و ۷۹/۲ درصد بود درحالی‌که در رژیم‌های یک و سه روزه به ترتیب ۳۰ درصد و ۶۱/۹ درصد بود (P=۰/۰۴۱). میانگین بهبود نمره GIS بعد از درمان قابل توجه بود (P=۰/۰۳).

بحث و نتیجه‌گیری: گرچه بهبود نمره GIS در رژیم‌های مختلف درمانی تفاوت قابل توجهی با یکدیگر نداشت، ولی در تمام بیماران نسبت به قبل از درمان بهبودی قابل ملاحظه بود و در بیمارانی که ریشه‌کنی در آن‌ها با موفقیت همراه بود بهترین نتیجه حاصل شد.

کلید واژه‌ها: هلیکوباکتر، دیس پپسی، ریشه‌کنی، سه دارویی، چهار دارویی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره سوم، ص ۲۷۲-۲۶۶، پاییز ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: استان خراسان رضوی، شهرستان مشهد، بیمارستان آموزشی قائم (عج)، بخش داخلی، تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۰۰۰۰۰

E-mail: moradif@mums.ac.ir

مقدمه

غیر اولسری شامل ازدیاد حساسیت سیستم گوارشی، افزایش ترشح اسید معدی، اختلال حرکتی معده و اثنی عشر و اشکالات درکی محرک‌های روده ای هستند (۴-۶). عوامل سایکولوژیک نظیر اضطراب، افسردگی و استرس نیز ممکن است در عود علائم نقش داشته باشند (۱). اینکه آیا درمان عفونت نهایتاً باعث بهبود علائم می‌شود، مورد اختلاف نظر است (۴ و ۵). اما با در نظر گرفتن منافع و مضرات درمان احیاً توصیه می‌شود که در بیماران علامت دار درمان ریشه‌کنی انجام شود (۷ و ۸). برای ریشه‌کنی هلیکوباکتر در بیماران با دیس پپسی چندین رژیم درمانی وجود دارد و این که بهترین رژیم کدام است، هنوز مورد بحث می‌باشد.

دیس پپسی غیر اولسری (NUD) از شایع‌ترین شکایات در مراکز درمانی است. اگرچه پاتوفیزیولوژی زمینه‌ای آن نامشخص است، ولی هلیکوباکتریپیلوری و اختلالات حرکتی را ایجاد آن موثر دانسته‌اند (۱). تقریباً ۵۰ درصد جمعیت دنیا آلودگی به هلیکوباکتریپیلوری دیده می‌شود (۲). در کشورهای در حال توسعه شیوع این عفونت به ۷۰ درصد می‌رسد. عفونت حاد همراه با علائم دیس پپسی است در حالیکه مشخص نیست عفونت مزمن علائم واضحی ایجاد کند (۳). اطلاعات فعلی نشانگر نقش احتمالی این ارگانسیم در بروز علائم می‌باشد. سایر عوامل مسبب دیس پپسی

^۱ فوق تخصص گوارش و کبد، استادیار گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان قائم (عج)

^۲ فوق تخصص گوارش و کبد، استاد گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان قائم (عج)

^۳ پزشک عمومی (نویسنده مسئول)

اما همه معتقدند که باید رژیم چند دارویی باشد و بیمار تحمل و پذیرش آن رژیم را داشته باشد. در این مطالعه، چهار رژیم مختلف ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری از نظر بهبود علائم بالینی مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش کارآزمایی بالینی است که از خرداد ماه ۱۳۸۶ لغایت خرداد ماه ۱۳۸۷ در درمانگاه گوارش بیمارستان قائم (عج) مشهد انجام گرفت. ۱۶۰ بیمار مبتلا به دیس پپسی مرمن که به طور متوالی به درمانگاه گوارش بیمارستان قائم (عج) مراجعه کردند به مطالعه وارد شدند که از این تعداد ۶۵ نفر به دلیل عدم رضایت به انجام تست UBT و یا عدم مراجعه برای ویزیت‌های بعدی از مطالعه حذف شدند.

در بیماران با ناراحتی گوارشی در سمت فوقانی شکم، پس از اخذ شرح حال و معاینه، شدت دیس پپسی براساس درجه بندی GIS مشخص شد و در صورت لزوم، آندوسکوپی و بررسی از نظر وجود عفونت هلیکوباکتر پیلوری از طریق RUT به عمل آمد. بیماران حداقل ۷ روز قبل از آندوسکوپی امپرازول را قطع کرده و در صورت نیاز از H2 بلوکر استفاده می‌کردند.

بر اساس نتایج آندوسکوپی، RUT انجام شد و در صورت مثبت شدن تست و تمایل بیمار برای ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری داوطلبین بطور انتخابی در یکی از چهار گروه وارد شدند. سپس هر گروه تحت رژیم‌های ریشه کنی متفاوت، شامل رژیم‌های سه دارویی؛ امپرازول (کپسول ۲۰ میلی گرمی هر ۱۲ ساعت) آموکسی سیلین (۱ گرم هر ۱۲ ساعت) کلاریترومایسین (۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت) به مدت هفت و یا ده روز و رژیم‌های چهار دارویی؛ امپرازول (کپسول ۲۰ میلی گرمی هر ۱۲ ساعت) آموکسی سیلین (۱ گرم هر ۱۲ ساعت) کلاریترومایسین (۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت) سیپروفلوکساسین (۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت) به مدت یک و یا سه روز قرار گرفتند. در انتخاب رژیم دارویی، بیمارانی که دارای یافته‌های آندوسکوپی پرخطر مانند اولسر بودند تحت رژیم‌های استاندارد هفت روزه و ۱۰ روزه قرار گرفتند. در هر گروه عوارض

دارویی و نتایج بالینی به ثبت رسید. بیمارانی که به هر دلیل مراجعه نکردند از مطالعه حذف شدند و بیمارانی که پس از یک دوره درمان تجربی هنوز دارای علائم بودند مجدداً درمان شده و در فواصل ۱ و ۴ هفته ویزیت شدند و از نظر علائم بالینی و عوارض مورد بررسی قرار گرفتند. حداقل ۶ هفته بعد از پایان دوره درمان، ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری به وسیله تست UBT در مرکز پزشکی هسته ای بررسی شد. سپس نتایج بدست آمده با نرم افزار SPSS تحت تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه:

- سن بالاتر از ۱۴ سال
- RUT مثبت و یا هیستولوژی مثبت از نظر هلیکوباکتر پیلوری (در صورت RUT منفی)
- ابتلا به دیس پپسی مزمن و داشتن اندیکاسیون آندوسکوپی فوقانی شامل:
 ۱. عدم پاسخ درمانی به داروهای ضد اسید
 ۲. وجود علائم هشدار دهنده (کاهش وزن غیر قابل توجیه، آنمی، دیسفاژی، استفراغ طول کشیده و...)
 ۳. سن بالای ۴۵ سال
 ۴. سابقه سوزش سردل به مدت ۵ سال
 ۵. ترس از وجود بیماری ارگانیک و سرطان

معیارهای خروج از مطالعه:

- عدم آمادگی بیمار، سابقه مصرف آنتی بیوتیک، وجود حاملگی
- نداشتن اندیکاسیون انجام آندوسکوپی فوقانی در بیمار
- داشتن سابقه درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری با رژیم‌های ۳ و ۴ دارویی
- تشخیص سرطان و یا بیماری مهم دیگر در آندوسکوپی. طبقه بندی علائم براساس درجه بندی GIS (۹).

برای تعیین درجه GIS بیماران، می‌بایست ده سؤال از بیمار پرسیده شود که شامل موارد ذیل می‌باشد:

تهوع^۱، احساس بیماری^۲، استفراغ^۳، نفخ^۴، کرامپ‌های شکمی^۵، احساس سیری زود رس^۶، سوزش سر دل^۷، از بین رفتن

¹ nausea
² sickness
³ vomiting
⁴ bloating
⁵ abdominal cramps
⁶ early satiety
⁷ acid eructation/heartburn

میانگین سنی بیماران $37/6 \pm 12/02$ که مشابه سایر مطالعات انجام شده می باشد (۵). ۱۰ بیمار (۱۰/۵ درصد) با رژیم چهار دارویی یک روزه، ۲۱ بیمار (۲۲/۱ درصد) با رژیم چهار دارویی سه روزه، ۴۰ بیمار (۴۲/۱ درصد) با رژیم سه دارویی هفت روزه و ۲۴ بیمار (۲۵/۳ درصد) با رژیم سه دارویی ده روزه درمان شدند (نمودار ۲).

شایع ترین یافته آندوسکوپی شامل اریتم و اروزیون معده (قرمزی و خراش) ($n=86, 90.5\%$) بود. سایر یافته ها به ترتیب شیوع شامل اولسر اثنی عشر ($n=21, 22.1\%$)، ازوفازیت ($n=17, 17.9\%$)، اروزیون اثنی عشر ($n=7, 7.4\%$) و اولسر معده ($n=3, 3.2\%$) بود. قابل ذکر است که بسیاری از بیماران بیش از یک نوع ضایعه در آندوسکوپی داشتند (جدول ۲).

بر طبق یافته های این مطالعه، پاسخ درمانی به رژیم های ریشه کنی استاندارد به طور قابل توجهی بیشتر بود ($X^2=13.16, df=6, P=0.04$). بهترین پاسخ درمانی به ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در رژیم سه دارویی ده روزه مشاهده شد. پاسخ درمانی به رژیم چهار دارویی یک روزه ۳۰ درصد، چهار دارویی سه روزه ۶۱/۹ درصد، سه دارویی هفت روزه ۷۰ درصد و سه دارویی ده روزه ۷۹/۲ درصد بود. یافته های آندوسکوپی ارتباطی با نمره GIS که علائم بالینی را نشان می دهد، نداشت. در مقایسه نمره GIS قبل و بعد از درمان، اختلاف معنی داری بین چهار رژیم درمانی وجود نداشت اما بهترین بهبودی علائم در رژیم های سه دارویی گزارش شد (جدول ۳). ارتباطی بین مدت دیس پیسی و بهبودی GIS وجود نداشت ($P=0/3$). در این مطالعه تفاضل میانگین دو نمره GIS قبل و بعد از درمان بعنوان نمره بهبودی در نظر گرفته شد. میانگین نمره بهبودی؛ پس از درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در دو گروه UBT منفی و مثبت از نظر آماری معنی دار بود. به عبارت دیگر علائم بیمارانی که به ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری پاسخ داده بودند به طور معنی داری بیشتر از بیمارانی که به ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری پاسخ نداده بودند بهبود یافته بود (جدول ۴).

میزان شکست درمانی در رژیم های یک روزه و سه روزه بالا بود و در بسیاری از بیماران این گروه علائم بیماری بدتر شد. تعداد بیماران در رژیم یک روزه و سه روزه به ترتیب ۱۰ و ۲۱ نفر بودند و علت تعداد کم بیماران در رژیم های فوق این

اشتها^۱، احساس ناراحتی در پشت جناغ^۲ و درد اپیگاستر یا قسمت فوقانی شکم^۳ بود.

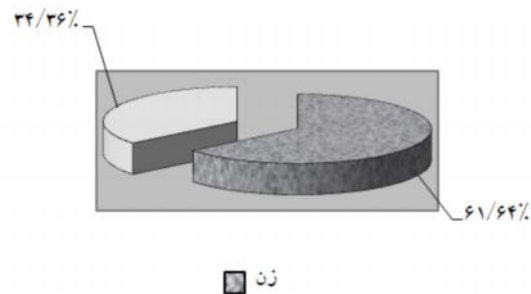
سپس درجه و شدت علائم بیمار (GIS score) براساس پاسخ بیمار در مصاحبه چهره به چهره بصورت ذیل تعیین می شود:

- ۰ - بیمار مشکلی ندارد.
- ۱ - مشکل خفیف (بیمار خودش مشکلی را ذکر نمی کند و فقط در زمان مصاحبه جواب مثبت می دهد).
- ۲ - مشکل در حد متوسط (بیمار با وجود داشتن مشکل قادر به ادامه کار روزانه و فعالیت های معمولی خود می باشد).
- ۳ - مشکل در حد شدید (بیمار قادر به ادامه کار روزانه خود نیست).
- ۴ - مشکل خیلی شدید (مشکل بیمار به قدری شدید است که به اورژانس مراجعه می کند).

روش تجزیه و تحلیل داده ها و بررسی آماری: اطلاعات خام بدست آمده به وسیله نرم افزار SPSS version 11 تحت تجزیه و تحلیل آماری مناسب قرار گرفت. آزمون های آماری کای دو برای متغیرهای کیفی و آزمون t برای متغیرهای کمی و در صورت نیاز از آزمون های غیر پارامتری مناسب دیگر استفاده شد.

یافته ها

از ۱۶۰ بیماری که وارد مطالعه شدند، ۶۵ بیمار از مطالعه حذف شدند و ۹۵ بیمار توانستند مطالعه را به پایان برسانند. از این میان آن ها ۳۴ بیمار (۳۵/۸ درصد) مرد و ۶۱ بیمار (۶۴/۶ درصد) زن بودند. اختلاف جنس در بیماران ما از نظر آماری معنی دار بود (نمودار ۱).



نمودار شماره (۱): درصد فراوانی بیماران مبتلا به

دیس پیسی مزمن به تفکیک جنسیت

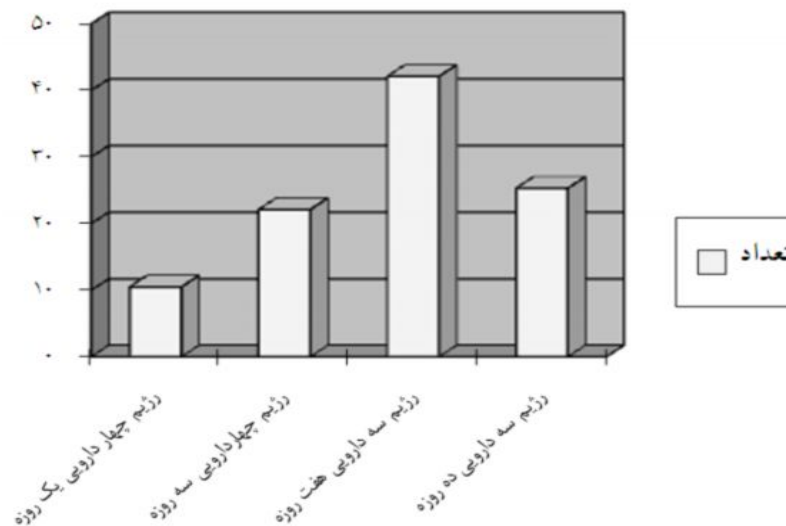
¹ loss of appetite

² retrosternal discomfort

³ upper abdominal pain\epigastric pain

حدود ۸۰ درصد). طبق تحقیقات انجام شده در کشور؛ میزان موفقیت ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری در جامعه ماء، کم تر از ۸۰ درصد است. بنابراین می توان گفت رژیم سه دارویی هفت روزه و حتی چهار دارویی سه روزه بکار رفته در این مطالعه در مقایسه با رژیم هایی که پایه آن ها مترونیدازول می باشد، موثرتر است (۱۱،۱۰). بر اساس نتایج بدست آمده شاید بتوان گفت که رژیم چهار دارویی سه روزه در بیماری که زخم معده و اثنی عشر ندارند، برای ریشه کنی هلیکوباکتر قابل استفاده باشد، چرا که ریشه کنی یا عدم ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در این بیماران بحث انگیز است. در این مطالعه یافته های آندوسکوپی با میانگین سنی نیز مقایسه شد و مشاهده شد که رابطه معنی داری بین سن افراد و یافته های آندوسکوپی وجود ندارد. اگرچه علایم بیماران (نمره GIS قبل از درمان) با یافته های آندوسکوپی رابطه آماری نداشت، ولی نشان داده شد که میزان نمره GIS در بیماران با ضایعات اثنی عشر، بیشترین نمره GIS را به خود اختصاص داده بودند. به این معنا که بیماران مبتلا به ضایعات اثنی عشر، از علایم شدیدتر و متنوع تری برخوردار هستند و بیماران با زخم معده علایم بالینی کم سر و صدا تری را دارند. میزان بهبودی در GIS بیماران در چهار گروه مورد مطالعه از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت و همچنین ارتباطی بین یافته های آندوسکوپی و بهبودی GIS یافت نشد (جدول ۵).

بود که برخی از بیماران خودسرانه یا با توصیه دیگران، رژیم را به مدت بیشتری ادامه می دادند و بنابراین از مطالعه ما خارج شدند. همه بیماران با زخم معده، تحت رژیم سه دارویی ۱۰ روزه قرار گرفتند. در این مطالعه که تمامی افراد RUT مثبت بودند، ۹۰ درصد قرمزی و یا ندولاریتی در معده داشتند. میزان ریشه کنی در رژیم سه دارویی ده روزه حدود ۸۰ درصد بود که به نظر می رسد با میزان مورد انتظار فاصله اندکی دارد. معمولاً رژیم را رژیم خوب و قابل قبول می دانیم که در ۸۵ درصد موارد ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری اتفاق افتاده باشد (۶). به نظر می رسد رژیم سه دارویی هفت روزه با میزان ریشه کنی ۷۰ درصد چندان مناسب نباشد. بنابراین می توان گفت افزودن طول درمان عامل مهمی در افزایش ریشه کنی رژیم سه دارویی می باشد و شاید اضافه شدن طول درمان به ۱۴ روز بتواند نتیجه ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری را به ۸۵ درصد برساند. همان طور که مشاهده شد، افزودن تعداد آنتی بیوتیک ها در مقایسه با افزودن طول درمان، تأثیر کم تری در میزان موفقیت ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری دارد. در رژیم چهار دارویی یک روزه، درصد ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری ۳۰ درصد و در رژیم چهار دارویی سه روزه ۶۲ درصد (بیش از دو برابر) می باشد. بنابراین به نظر می رسد برای ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری افزایش طول درمان مهم تر از افزایش تعداد آنتی بیوتیک ها باشد. در مطالعه ما رژیم ارجح رژیم سه دارویی ده روزه است (ریشه کنی



نمودار شماره (۲): فراوانی بیماران مبتلا به دیس پپسی مرمن به تفکیک

رژیم های درمانی

جدول شماره (۲): فراوانی یافته‌های اندوسکوپی در بیماران مبتلا به دیس پپسی در مطالعه

تعداد	درصد	یافته اندوسکوپی
۸۶	۹۰/۵۱	اریتم در معده
۲۱	۲۲/۱	زخم اثنی عشر
۱۷	۱۷/۹	ازوفازیت
۷	۷/۴	قرمزی اثنی عشر
۳	۳/۲	زخم معده

جدول شماره (۳): میانگین GIS قبل و بعد از درمان با ۴ رژیم مختلف دارویی

مقدار P براساس آزمون t زوج	میانگین GIS بعد از درمان	میانگین GIS قبل از درمان	رژیم دارویی
۰/۰۰۰	۶/۸ ± ۶/۲	۱۰/۳ ± ۶/۰۹	رژیم یک روزه چهار دارویی
۰/۰۰۰	۳/۱ ± ۴/۱	۸/۹ ± ۵/۴	رژیم سه روزه چهار دارویی
۰/۰۰۰	۴/۱ ± ۳/۴	۱۰/۳ ± ۴/۸	رژیم هفت روزه سه دارویی
۰/۰۰۰	۳/۱ ± ۳	۹/۶ ± ۵	رژیم ده روزه سه دارویی

جدول شماره (۴): اختلاف میانگین نمره بهبودی GIS در دو گروه بیماران، با ریشه‌کنی و بدون ریشه‌کنی هلیکوباکتریپیلوری

میانگین نمره بهبودی	تعداد	تست
۶/۴ ± ۵	۶۳	UBT منفی
۴/۲ ± ۴/۳	۳۲	UBT مثبت

(P=0/03 , df=93 , t=2/1)

جدول شماره (۵): میانگین سنی و میانگین GIS در بیماران مورد بررسی بر اساس یافته‌های آندوسکوپی

میانگین سنی با انحراف معیار	میانگین GIS با انحراف معیار قبل از درمان	یافته‌های آندوسکوپی
۳۸/۷ ± ۱۱/۳	۱۱/۸ ± ۴/۵	ازوفازیت
۳۰ ± ۱/۴	۴/۵ ± ۲/۱	زخم معده
۴۰/۹ ± ۱۳/۵	۸/۹ ± ۵	زخم اثنی عشر
۳۷/۱ ± ۱۲/۲	۹/۴ ± ۴/۸	اریتم معده
۳۲/۶ ± ۱۱/۶	۱۳ ± ۸/۲	اریتم اثنی عشر
P=0/5 F=0/8 df=4	P=0/18 F=1/5 df=4	مقدار P.v

بحث

هلیکوباکتریپیلوری و اختلالات حرکتی در آن دخالت داشته باشند. عوامل سایکولوژیک نظیر اضطراب، افسردگی و استرس ممکن است در عود علائم نقش داشته باشند (۱). مطالعات

پاتوفیزیولوژی زمینه ای دیس پپسی غیر اولسری به‌طور کامل شناخته نشده است ولی به نظر می‌رسد که عفونت

هلیکوباکتریپیلوری اساسی است. صرف نظر از سن، جنس و یافته‌های آندوسکوپی. تمام علائم جدید در سیر بیماری نظیر تهوع، استفراغ، اسهال در بیماران ما ثبت شدند اما عوارض در حدی نبود که آنالیز آماری شود. ما توصیه می‌کنیم تحقیق بیشتری جهت جستجوی عوارض با رژیم‌های مختلف انجام شود.

نتیجه گیری

براساس یافته‌های ما گرچه ارتباطی بین نمره GIS قبل از درمان و یافته‌های آندوسکوپی نبود، بالاترین نمره GIS بیماران با ضایعات اثنی‌عشر دیده شد. نمره بهبودی GIS تفاوت قابل توجهی در رژیم‌های مختلف نداشت. بهترین بهبودی علائم در گروه سه دارویی و در کسانی بود که ریشه کنی موفق داشتند. به این ترتیب ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری با توجه به نقشی که در بهبود علائم بیماران با دیس پپسی دارد، در اغلب بیماران با دیس پپسی توصیه می‌شود. با این وجود اطلاعات بیشتری برای تأیید این مسئله لازم است. در بیماران با دیس پپسی که اندیکاسیون دیگری برای ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری ندارند، توصیه ما استفاده از یکی از رژیم‌های کوتاه مدت با هدف بهبود علائم بالینی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از نظر منابع مالی، توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأمین شده است. بدینوسیله از آن معاونت محترم و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که با نقطه نظرات ارزشمند خود ما را در انجام این مطالعه یاری نموده اند، سپاسگزاری می‌نماییم.

جمعیتی نشان داده است که هلیکوباکتریپیلوری در بیماران با دیس پپسی مزمن در مقایسه به گروه کنترل بیشتر دیده می‌شود (۱۲). در برخورد با دیس پپسی بدون عارضه، اینکه از میان درمان تجربی با سرکوب کننده اسید یا استراژزی تست و درمان هلیکوباکتریپیلوری کدام یک مناسب‌تر است، هنوز مورد بحث می‌باشد. Ford و همکاران در مطالعه متاآنالیز خود نتیجه گرفتند که تفاوت خیلی زیادی بین این دو روش از نظر بهبود بالینی یا هزینه درمان وجود ندارد (۱۳). در یک مطالعه که به وسیله Koivisto و همکاران روی ۳۴۲ بیمار با دیس پپسی انجام شد، ۲۶۱ بیمار هلیکوباکتریپیلوری مثبت درمان موفقیت آمیز ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری شدند در حالی که علائم در ۲۹ تا ۳۲ درصد بیماران کاهش پیدا کرد (۱۴). آن‌ها نشان دادند که بهترین نتایج بهبود بالینی در بیماران با ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری در کسانی بوده که اولسر اثنی‌عشر داشتند. در مطالعه ما گرچه اریتم معده شایع‌ترین یافته آندوسکوپی بود، بیماران با اولسر اثنی‌عشر در آندوسکوپی علائم پر سر و صدا تر و متنوع تری را داشتند. درحالی‌که بیماران با اولسر معده علائم جزئی و خفیفی داشتند. بهبودی GIS در رژیم سه دارویی و طولانی مدت بیشتر بود گرچه بهبودی در GIS در تمام گروه‌ها قابل توجه بود. بنابراین به نظر نمی‌رسد بهبودی علائم فقط مرتبط با ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری باشد و عواملی مثل انجام آندوسکوپی و اطمینان بیمار از عدم وجود بیماری‌های خطرناک مانند سرطان، می‌تواند نقش مهمی در احساس بهبودی وی داشته باشد (۱۵). بهبودی در GIS بعد از درمان در بیماران UBT مثبت، در مقایسه با کسانی که UBT منفی شده بود، اختلاف قابل توجهی را نشان داد ($P=0/03$). ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری نقش مهمی در بهبود بالینی بیماران داشت بنابراین برای بهبودی علائم این بیماران، ریشه کنی

References:

1. Loh KY, Siang TK. Understanding non ulcer dyspepsia. Med J Malaysia 2008;63(2):174-6.
2. Bode G, Brenner H, Adler G, Rothenbacher D. Dyspeptic symptoms in middle-aged to old adults: the role of Helicobacter pylori infection, and various demographic and lifestyle factors. J Intern Med 2002; 252(1):41-7.
3. Rosenstock S, Kay L, Rosenstock C, Andersen LP, Bonnevie O, Jorgensen T. Relation between helicobacter pylori infection and gastrointestinal symptoms and syndromes. Gut 1997; 41:169-76.
4. Laine L, Schoenfeld P, Fennerty MB. Therapy of helicobacter pylori in patients with nonulcer dyspepsia. A meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Medical 2001; 134: 361-9.
5. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, et al. Systematic review and economic evaluation of Helicobacter pylori eradication

- treatment for non-ulcer dyspepsia. *BMJ* 2000; 321: 659–64.
6. Schubert TT, Schubert AB, Ma CK. Symptoms, gastritis, and *Helicobacter pylori* in patients referred for endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 357–60.
 7. Hunt RH, Xiao SD, Megraud F, Bazzoli F, Hamid S, Vakil N, Malfertheiner P, Leon-Barua R, Merwe SV, Wong BCY, Goh KL, Cohen H, Coecheo LG, Fock KM, Fefail S, Krahshuis JH. *Helicobacter pylori* in developing countries. *WGO Practice Guideline* 2006.
 8. Kenneth R, David Y. Dyspepsia and *Helicobacter pylori*. In: Feldman L, Sleizenger M. *Sleizenger & Fordtran's Gastrointestinal and liver diseases*. 8th Ed. Philadelphia: Saunders; 2006. P. 121-34, 1049-62.
 9. Adam B, Liebrechts T, Saadat-Gilani K, Vinson B, Holtmann G. Validation of the gastrointestinal system score for assessment of symptoms in patients with functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22(4): 357-63.
 10. Kaviani MJ, Malekzadeh R, Vahedi H, Sotoudeh M, Kamalian N, Amini M, et al. Various durations of a standard regimen (amoxicillin, metronidazole, colloidal bismuth sub-citrate for 2 weeks or with additional ranitidine for 1 or 2 weeks) on eradication of *Helicobacter pylori* in Iranian peptic ulcer patients. A randomized controlled trial. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13(8):915-9.
 11. Moradimoghadam F, Khosravi A, Mokhtarifar A. Comparison between quadruples therapy and triple therapy for eradication of *Helicobacter pylori* in patients with chronic dyspepsia. *Ofoogh-e-Danesh J* 2009; 15(1): 13-18. (Persian)
 12. Selgrad M, Kandulski A, Malfertheiner P. Dyspepsia and *Helicobacter pylori*. *Dig Dis* 2008;26(3):210-4.
 13. Ford AC, Moayyedi P, Jarbol DE, Logan RF, Delaney BC. Meta-analysis: *Helicobacter pylori* 'test and treat' compared with empirical acid suppression for managing dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2008 1;28(5):534-44.
 14. Koivisto TT, Voutilainen ME, Färkkilä MA. Symptoms, endoscopic findings and histology predicting symptomatic benefit of *Helicobacter pylori* eradication. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43(7):810-6.
 15. Mahadeva S, Chia YC, Vinothini A, Mohazmi M, Goh KL. Cost-effectiveness of and satisfaction with a *Helicobacter pylori* "test and treat" strategy compared with prompt endoscopy in young Asians with dyspepsia. *Gut* 2008; 57(9):1214-20.