

● گزارش کوتاه

مقایسه درمان دارویی مهار کننده پمپ پروتونی با ضد هلیکوباکتر پیلوری در بهبود علائم بالینی بیماران مبتلا به دیس پپسی در یک بیمارستان نظامی

ساندرا سعیدی^۱، *سوسن علیمحمد زاده ظاهر^۱

چکیده

مقدمه: دیس پپسی مرتبط با هلیکوباکتر پیلوری بوده و از جمله شایعترین علل مراجعه بیماران نظامی (با پیش فرض ارتباط شغلی و استرس) به کلینیک‌های گوارش است. این مطالعه با هدف مقایسه دو نوع درمان، شامل داروهای ضد اسید معده مهار کننده پمپ پروتونی و داروهای ضد هلیکوباکتر پیلوری در بهبود علائم بالینی دیس پپسی انجام شد.

روش بررسی: طی یک کارآزمایی بالینی ۱۶۰ نفر از کارکنان نظامی مراجعه کننده به کلینیک گوارش در یک بیمارستان نظامی با علائم دیس پپسی به طور تصادفی تحت درمان با دو رژیم دارویی قرار گرفتند. رژیم اول فقط ضد اسید مهار کننده پمپ پروتونی و رژیم دوم داروهای ضد اسید و ضد هلیکوباکتر پیلوری بود.

یافته‌ها: بعد از درمان، تقریباً کلیه علائم بیماری در گروه ضد هلیکوباکتر به میزان معناداری کمتر از گروه مهار کننده پمپ پروتونی بود ($p < 0.05$)

بحث و نتیجه گیری: توصیه می‌شود در بیماران مبتلا به دیس پپسی از رژیم ضد هلیکوباکتر پیلوری همراه با ضد اسید استفاده شود تا اثرات درمانی بهتری به دست آید.

کلمات کلیدی: هلیکوباکتر پیلوری، مهار کننده‌های پمپ پروتونی، دیس پپسی

(سال نوزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۶، مسلسل ۵۹)

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۲

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۱۹

۱. استادیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی آجا

(مؤلف مسئول) drs_taher@yahoo.com

مقدمه

دیس پپسی مرتبط با هلیکوباکتر پیلوری بوده و از جمله شایعترین علل مراجعه به کلینیک‌های گوارش است که با عوارض دارویی در بیماران نیازمند کنترل درد مثل ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی نیز مرتبط است [۱].

شیوع هلیکوباکتر پیلوری از ۵۲٪ در ایالات متحده تا بیش از ۸۰٪ در ایران گزارش شده است. با توجه به شیوع بالا، وقت‌گیر بودن و هزینه و مشکلات تشخیصی [۲-۴] و غیراختصاصی بودن و حساسیت پایین تست‌های آزمایشگاهی و از طرف دیگر درمان کم هزینه و با عوارض کم، تصمیم بر انجام تحقیقات بالینی مبتنی بر درمان پیرامون ریشه کن کردن این باکتری انجام شد.

مطالعه‌ای در مجارستان ۲۰۰۷، بهبودی ریشه کنی باکتری را تا ۸۰٪ نشان داد [۵]. در روسیه ۲۰۰۹، موفقیت رژیم سه دارویی ضد باکتری بدون ضد اسید ۵۰٪ و در رژیم ضد اسید معده تا ۷۰٪ بود [۶].

در ایران، موفقیت رژیم فاقد آنتی اسید بر ضد هلیکوباکتر به تنهایی ۵۰٪ [۷] و در آمریکا ۷۵٪ و در صورت مصرف تنها داروهای ضد اسید موفقیت درمانی ۶۰٪ بود [۸].

در انگلستان، مقایسه داروهای ضد اسید و ضد باکتری هر یک به تنهایی ۷۰٪ بوده ولی هر کدام از این دو دسته برخی علائم را بیش از سایر علائم بهبود بخشیدند [۹]. در تگزاس، برتری نتایج درمان سرطان معده را با وجود ریشه‌کنی باکتری نشان داده شده است [۱۰].

این مطالعه با هدف مقایسه دو نوع درمان، شامل داروهای ضد اسید معده مهار کننده پمپ پروتونی و داروهای ضد هلیکوباکتر پیلوری در بهبود علائم بالینی دیس پپسی انجام شد.

روش بررسی

طی یک کارآزمایی بالینی ۱۶۰ بیمار نظامی با علائم دیس پپسی مراجعه کننده به کلینیک آندوسکوپی یک

بیمارستان نظامی در شهر تهران در سالهای ۹۲ تا ۹۴ به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و در صورت تمایل از ایشان رضایت نامه کتبی گرفته شد. انتخاب بیماران نظامی با پیش فرض ارتباط شغلی و استرس با دیس پپسی بود [۱۱].

۷۴ نفر رژیم ضد اسید معده شامل کپسول امپرازول (۲۰ میلیگرم دو بار در روز) برای دو هفته و ۸۶ نفر رژیم چهار دارویی ضد هلیکوباکتر پیلوری را دریافت نمودند که شامل قرص مترونیدازول (۵۰۰ میلیگرم سه بار در روز)، کپسول تتراسیکلین (۵۰۰ میلیگرم چهار بار در روز) کپسول امپرازول (۲۰ میلیگرم دو بار در روز) و قرص بیسموت (۱۲۰ میلیگرم چهار بار در روز) جمعاً به مدت دو هفته بود.

ملاک انتخاب نمونه‌ها یک یا چند علامت از علائم ذیل طبق تعریف کمیته بین المللی پژوهشگران بالینی از دیس پپسی بود [۱۲]: احساس پری شکم بعد از غذا، سیری زودرس و ناتوانی در اتمام یک وعده غذا به مقدار طبیعی، درد اپی گاستر، سوزش سردل، نفخ و تهوع و استفراغ

معیار رد نمونه‌ها شامل شکم حاد، درمان قبلی، سابقه زخم معده یا اثنی عشر، بدخیمی‌ها و خونریزی معده بود. اطلاعات توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در گروه اول چهار و از گروه دوم هشت نفر از مطالعه خارج و ۷۰ نفر در هر گروه باقی ماند. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بوده و نشان می‌دهد که احتمالاً درمان هلیکوباکتر پیلوری سخت‌تر و با مشکلات بیشتری برای بیماران است. میانگین کل درصد بهبودی در گروه اول ۳۰/۹٪ و گروه دوم ۷۴/۶٪ بود. بجز نفخ، بهبودی در گروه دوم بیشتر بود که اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هر چند کاهش علائم در هر دو رژیم حاصل شده است

بررسی نتایج درمان منحصر به یک علامت بالینی انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه افرادی که با مشارکت در این پژوهش به ارتقای علم و دانش یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

ولی با رژیم ضد باکتری بهبودی ۴۳/۷٪ بیشتر است. بالاترین اختلاف پاسخ به درمان در مورد درد اپیگاستر با اختلاف ۷۵٪ است که اتفاقاً مهمترین و آزاردهنده‌ترین علامت دیسپپسی نیز است (۱۰۰٪ در مقابل ۲۵٪).

در انتها پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده به صورت

References

1. Scheiman JM. The use of proton pump inhibitors in treating and preventing NSAID-induced mucosal damage. *Arthritis research & therapy*. 2013; 15(Suppl 3):1-6.
2. Qin H, Tang G, Yi P, Pan X, Huang H, Chang R, et al. Diagnosis of Genus *Helicobacter* through a hemi-nested PCR assay of 16S rRNA. *Saudi pharmaceutical journal*. 2016; 24(3):265-272.
3. Calik Z, Karamese M, Acar O, Aksak Karamese S, Dicle Y, Albayrak F, et al. Investigation of *Helicobacter pylori* antigen in stool samples of patients with upper gastrointestinal complaints. *Brazilian journal of microbiology*. 2016; 47(1):167-171.
4. El Khadir M, Alaoui Boukhris S, Benajah D-A, El Rhazi K, Ibrahim SA, El Abkari M, et al. Detection of *Helicobacter pylori* urease antigen in saliva in patients with different gastric H. pylori status. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2016; 79(7):363-367.
5. Buzás GM, Lotz G, Kiss A. A clarithromycin-rezisztencia magyarországi epidemiológiája *Helicobacter pylori* fertőzésben. *Orvosi hetilap*. 2007; 148(31):1461-1467.
6. Salih BA. *Helicobacter pylori* infection in developing countries: the burden for how long? *Saudi journal of gastroenterology*. 2009; 15(3):201-207.
7. Amini M, Tajik A. Oral and intravenous eradication of *Helicobacter pylori*. *Pakistan journal of biological sciences*. 2009; 12(10):809-812.
8. Vakil N. Dyspepsia, peptic ulcer, and H. pylori: a remembrance of things past. *The American journal of gastroenterology*. 2010; 105(3):572-574.
9. Harvey RF, Lane JA, Nair P, Egger M, Harvey I, Donovan J, et al. Clinical trial: prolonged beneficial effect of *Helicobacter pylori* eradication on dyspepsia consultations - the Bristol *Helicobacter* Project. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2010; 32(3):394-400.
10. Lee Y-C, Chiang T-H, Chou C-K, Tu Y-K, Liao W-C, Wu M-S, et al. Association between *Helicobacter pylori* eradication and gastric cancer incidence: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2016; 150(5):1113-1124.
11. Abdel-Aziz H, Wadie W, Zaki HF, Müller J, Kelber O, Efferth T, et al. Novel sequential stress model for functional dyspepsia: efficacy of the herbal preparation STW5. *Phytomedicine*. 2015; 22(5):588-595.
12. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada J-R, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1466-1479.

Comparison of Proton Pump Inhibitors (PPI) with Anti-Helicobacter Pylori therapy in the relief of clinical symptoms of dyspepsia in a military hospital

Saeedi S¹, *Alimohammadzade Taher S¹

Abstract

Background: Dyspepsia is related to Helicobacter pylori and is among the most common reasons of military patients' referring to Gastroenterology clinics. This study was performed to compare the efficacy of anti-Helicobacter pylori (anti-HP) and Proton Pump Inhibitors (PPI) treatment in patients with dyspepsia.

Materials and methods: This randomized clinical trial was performed on 160 patients with dyspepsia who were randomly received two treatment regimens including only PPI medicines and both PPI and anti-HP agents

Results: After the treatment, almost all symptoms had significantly less severity in the patients receiving anti-HP treatment compared with those receiving only PPI treatment ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results, it is recommended that anti-HP treatment be used to improve the symptoms severity in patients with dyspepsia.

Keywords: Helicobacter pylori, Proton Pump Inhibitors, Dyspepsia

1. Assistant Professor, AJA
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran
(*Corresponding Author)
drs_taher@yahoo.com