

بررسی شیوع هلیکوباکتریلوری در آندوسکوپی قسمت فوقانی دستگاه گوارش در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر همایون زجاجی^۱

خلاصه

شیوع هلیکوباکتریلوری، در نمونه مخاط آنتر مراجعین به بخش آندوسکوپی بیمارستان شماره ۱ دانشگاه علوم پزشکی کرمان، از تیرماه ۱۳۷۱ تا پایان فروردین ۱۳۷۲، با استفاده از تست اوره آز مورد بررسی قرار گرفت. از مجموع ۵۱۳ نمونه آزمایش شده، هلیکوباکتریلوری در ۵۶/۹٪ موارد مثبت بوده است. رابطه معنی داری بین سن، جنس و سیگاری بودن فرد، با شیوع هلیکوباکتریلوری وجود نداشت. میزان شیوع در گروه کنترل ۱۶٪، واریس مری ۱۰٪، اولسر معده ۲۰٪، ازوقائیت ۲۲/۵۸٪، سرطان معده ۲۵٪، سوء هاضمه بدون اولسر ۲۹/۵۴٪، دئودنیت ۵۹/۴۲٪، اولسر پرهیلوریک ۶۲/۵٪، گاستریت آنتر ۶۷/۲۲٪، اولسر دئودنوم ۷۷/۸۵٪ می باشد که در گروههای دئودنیت، اولسر پرهیلوریک، گاستریت و اولسر دئودنوم میزان شیوع در مقایسه با گروه کنترل، از نظر آماری معنی دار می باشد. در گروه مبتلایان به اولسر دئودنوم، میزان شیوع هلیکوباکتریلوری نزد خانمها بیش از آقایان می باشد (۹۱/۴۳٪ در مقابل ۷۲/۴۱٪) که این اختلاف اهمیت آماری دارد.

واژه های کلیدی: هلیکوباکتریلوری، اولسر دئودنوم، اولسر معده، گاستریت، دئودنیت

مقدمه

گوناگون مجزا نموده اند. براساس بررسیهای انجام شده، میزان شیوع آن در نژادهای مختلف، متفاوت گزارش شده است (۱۸). جهت ارزیابی وجود هلیکوباکتریلوری در مخاط آنتر معده، روشهای مختلفی از جمله کشت، پاتولوژی، تست اوره آز، تست تنفسی و سرولوژی وجود دارد (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷). تست اوره آز روش دقیقی برای ارزیابی وجود هلیکوباکتریلوری بوده و بر اساس مطالعات انجام شده، حساسیت و دقت آن حدود ۹۰٪

هلیکوباکتریلوری (*H. pylori*)، ارگانیزم گرم منفی مارپیچی است که از سال ۱۹۸۳ میلادی به وسیله مارشال (Marshall) و وارن (Warren) به عنوان یک عامل بیماریزا در ایجاد برخی بیماریهای قسمتهای فوقانی دستگاه گوارش، از جمله اولسرپپتیک مطرح گردیده است (۱۲). در مطالعات مختلف این ارگانیزم را از بیوسپی مخاط ناحیه آنتر بیماران مبتلا به گاستریت، دئودنیت، اولسرپپتیک و افراد سالم، با درصدهای

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی - تهران - ایران

متعدد قسمت اعظم ناحیه آتر را پوشانده باشد (۴،۵) و به نظر برخی از مؤلفین این نوع گاستریت در مقایسه با مواردی که تنها ادم واریتم در ناحیه آتر مشاهده می‌شود، با شیوع بیشتر هلیکوباکتریپیلوری همراه است (۵).

بیماران تحت آندوسکوپی قرار گرفته و یک نمونه بیوپسی از ناحیه آتر معده به فاصله تقریبی ۳ سانتیمتر از پیلور گرفته شده و نمونه جهت بررسی بلافاصله داخل محلول آبگوشت اوره قرار داده شد و نتیجه تست اوره‌آز به صورت مثبت، منفی و مثبت ضعیف بر اساس تغییر رنگ محیط بوسیله همکار آندوسکوپست، بعد از مدت زمان ۱۶-۲۴ ساعت ثبت گردید. کلیه موارد مثبت و مثبت ضعیف به عنوان نمونه مثبت تلقی گردید.

نتایج

از مجموع ۵۱۳ مورد بررسی شده، تست اوره‌آز در ۲۹۲ مورد مثبت (۵۶/۹٪) بوده است. جدول شماره ۱، میزان شیوع هلیکوباکتریپیلوری را بر حسب سن نشان می‌دهد (جدول شماره ۱) و چنانکه مشخص است، شیوع آن با بالا رفتن سن افزایش چشمگیری نشان نمی‌دهد. از مجموع بیماران، ۳۰۳ مورد مرد و ۲۱۰ مورد زن بودند که میزان موارد مثبت در آنها به ترتیب ۵۶/۱٪ و ۵۸/۰۹٪ می‌باشد (جدول شماره ۲).

جدول ۱: میزان شیوع هلیکوباکتریپیلوری بر حسب سن

سن	تعداد	موارد منفی	موارد مثبت	درصد موارد مثبت
زیر ۲۰ سال	۳۲	۱۷	۱۵	۴۶/۸۷
۲۰ تا ۴۰ سال	۲۸۴	۱۲۳	۱۶۱	۵۶/۶۹
بالای ۴۰ سال	۱۹۷	۸۱	۱۱۶	۵۸/۸۸
جمع کل	۵۱۳	۲۲۱	۲۹۲	۵۶/۹

P=NS

جدول ۲: میزان شیوع هلیکوباکتریپیلوری بر حسب جنس

جنس	تعداد	موارد منفی	موارد مثبت	درصد موارد مثبت
مرد	۳۰۳	۱۳۳	۱۷۰	۵۶/۱۰
زن	۲۱۰	۸۸	۱۲۲	۵۸/۰۹
جمع کل	۵۱۳	۲۲۱	۲۹۲	۵۶/۹

P=NS

میزان شیوع هلیکوباکتریپیلوری به تفکیک در گروه‌های فوق در جدول شماره ۳ آورده شده است.

میزان شیوع هلیکوباکتریپیلوری در گروه

می‌باشد (۱۷). اساس تست بدین ترتیب است که نمونه بیوپسی مخاط معده در محیطی حاوی اوره و یک معرف که در مقابل تغییرات pH تغییر رنگ می‌دهد، قرار داده می‌شود. در صورت وجود هلیکوباکتریپیلوری در مخاط، آنزیم اوره‌آز ارگانیزم، اوره را به آمونیاک تغییر داده و تغییر pH منجر به تغییر رنگ محیط می‌گردد. تست اوره‌آز به فرمهای مختلفی انجام می‌گیرد که بر اساس خصوصیات محیط اوره متفاوت بوده و از جمله می‌توان به محیط اوره بدون بافر - کریستینسن و آبگوشت اوره اشاره نمود (۲).

در ایران مطالعات محدودی بر روی میزان شیوع هلیکوباکتریپیلوری انجام شده (۱،۲) و میزان شیوع آن در استان کرمان دقیقاً مشخص نمی‌باشد؛ بهمین منظور شیوع هلیکوباکتریپیلوری در مراجعین به بخش آندوسکوپی بیمارستان شماره ۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

کلیه افرادی که به طور سرپائی جهت انجام آندوسکوپی به بخش آندوسکوپی بیمارستان شماره ۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان معرفی شده؛ و یا در بخش بستری بوده و به هر دلیل کاندید انجام آندوسکوپی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. مراجعین به این بیمارستان از طبقات مختلف جامعه بوده و عمدتاً از استان کرمان؛ و در مرحله بعدی از استانهای هرمزگان و سیستان و بلوچستان بودند. این تحقیق، از اول تیرماه ۱۳۷۱ تا پایان فروردین‌ماه ۱۳۷۲، بر روی ۵۱۳ بیمار بر اساس سن، جنس و یافته آندوسکوپی انجام شد. بیماران بر اساس یافته آندوسکوپی و علت انجام آندوسکوپی به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول شامل بیماران مبتلا به سوء هاضمه بدون اولسر [Non-Ulcer Dyspepsia (NUD)]، دئودنیت، گاستریت (دو نوع اریتماتو و ندولر)، اولسر پره‌پیلوریک، اولسر جسم معده، اولسر دئودنوم، ازوفازیت، واریس مری و سرطان معده بود. گروه دوم (شاهد) شامل افرادی بود که شکایت گوارشی نداشتند و به دلایلی نظیر بررسی علت آنمی، آندوسکوپی شده و آندوسکوپی آنها طبیعی بوده است.

گروه سوء هاضمه بدون اولسر، شامل بیمارانی است که با علائم گوارشی مراجعه نموده و آندوسکوپی آنها طبیعی بوده است.

گاستریت ندولر به حالتی گفته می‌شود که ندولهای کوچک

جدول ۳: میزان شیوع هلیکوباکتریلوری بر اساس یافته‌های اندوسکوپی

Pvalue	درصد موارد مثبت	موارد مثبت	موارد منفی	تعداد	یافته اندوسکوپی
	۱۶	۴	۲۱	۲۵	کنترل
P=NS	۱۰	۱	۹	۱۰	واریس مری
P=NS	۲۲/۵۸	۷	۲۴	۳۱	ازوفازیت
P=NS	۲۹/۵۴	۱۳	۳۱	۴۴	سوء هاضمه بدون اولسر
P=NS	۲۵	۱	۳	۴	سرطان معده
P=NS	۲۰	۴	۱۶	۲۰	اولسر جسم معده
P<0/05	۶۲/۵	۵	۳	۸	اولسر پره پیلوریک
P<0/001	۶۷/۲۲	۱۲۱	۵۹	۱۸۰	گاستریت (در مجموع)
P<0/001	۶۳/۷۶	۸۸	۵۰	۱۳۸	گاستریت اریتماتو
P<0/001	۷۸/۵۷	۳۳	۹	۴۲	گاستریت ندولر
P<0/01	۵۹/۴۲	۴۱	۲۸	۶۹	دئودیت
P<0/001	۷۷/۸۵	۹۵	۲۷	۱۲۲	اولسر دئودنوم
	۵۶/۹	۲۹۲	۲۲۱	۵۱۳	جمع

گاستریت نوع اریتماتو بود (۷۸/۵۷٪ در مقابل ۶۳/۷۶٪)، اگرچه از نظر آماری اختلاف معنی داری بدست نیامد ($P < 0/1$).

بحث

میزان شیوع هلیکوباکتریلوری در افراد کنترل بدون علامت، در آمارهای مختلف، متفاوت و در اکثر آمارها ۲۵-۱۵٪ گزارش شده است (۱۸) که با نتیجه حاصل از این بررسی مطابقت دارد. هرچند دامنه میزان موارد مثبت هلیکوباکتر در آمارهای مختلف، متفاوت و حتی در افراد مقیم شانگهای با اندوسکوپی طبیعی تا ۷۴٪ گزارش شده است (۷)، در برخی مطالعات نشان داده شده که میزان شیوع هلیکوباکتریلوری با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. هرچند در این مطالعه نیز درصد مثبت بودن با افزایش سن بالا می‌رود، اما این افزایش از نظر آماری فاقد اهمیت می‌باشد.

میزان شیوع هلیکوباکتریلوری در مبتلایان به اولسر دئودنوم، از ۷۴٪ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است (۳، ۱۱). در این مطالعه، موارد مثبت در مبتلایان به اولسر دئودنوم، ۷۷/۸۵٪ بدست آمد. از نکات جالب، شیوع بالای هلیکوباکتریلوری در زنان مبتلا به اولسر دئودنوم (۹۱/۴۳٪) در مقایسه با مردان مبتلا (۷۲/۴۱٪) می‌باشد ($P < 0/05$)، که بر خلاف گزارش‌های است که میزان شیوع را در آقایان بالاتر می‌دانند (۱۸).

بسیاری از مطالعات، شیوع هلیکوباکتریلوری را در مبتلایان به اولسر معده بیشتر از گروه کنترل نشان داده‌اند. هرچند این افزایش به حد اولسر دئودنوم نمی‌رسد، اما در این مطالعه چنین ارتباطی مشاهده نشد، که شاید به علت تعداد کم موارد اولسر جسم معده باشد. در گروه مبتلا به اولسر پره پیلوریک، درصد شیوع

کنترل ۱۶٪، سوء هاضمه بدون اولسر ۲۹/۵۴٪، واریس مری ۱۰٪، اولسر معده ۲۰٪ و کانسر معده ۲۵٪ بوده است. اگرچه به علت تعداد کم موارد در گروه واریس مری و کانسر معده، نتایج باید با احتیاط ارزیابی شود. بالاترین میزان موارد مثبت در گاستریت آنتر نوع ندولر با ۷۸/۵۷٪ و اولسر دئودنوم با ۷۷/۸۵٪ بود که بوضوح نسبت به گروه کنترل بیشتر می‌باشد ($P < 0/001$).

جدول ۴: میزان شیوع هلیکوباکتریلوری در مبتلایان به اولسر دئودنوم به تفکیک جنس

جنس	تعداد	موارد منفی	موارد مثبت	درصد موارد مثبت
زن	۳۵	۳	۳۲	۹۱/۴۳
مرد	۸۷	۲۴	۶۳	۷۲/۴۱
جمع کل	۱۲۲	۲۷	۹۵	۷۷/۸۵

$P < 0/05$

جدول ۵: میزان شیوع هلیکوباکتریلوری بر حسب مصرف یا عدم مصرف سیگار

	تعداد	موارد منفی	موارد مثبت	درصد موارد مثبت
سیگاری	۱۱۱	۴۶	۶۵	۵۸/۵۵
غیرسیگاری	۳۴۳	۱۵۰	۱۹۳	۵۶/۲۶
نامشخص	۵۹	۲۵	۳۴	۵۷/۲۲

P=NS

میزان شیوع اولسر دئودنوم در آقایان تقریباً دو برابر خانمها بود و میزان شیوع هلیکوباکتریلوری در این مطالعه، در گاستریت ۶۷/۲۲٪ بدست آمد که این میزان در گاستریت نوع ندولر بیشتر از

با توجه به نتایج حاصله بنظر می‌رسد آلودگی با هلیکوباکتریلوری با نسبت‌های تقریباً مشابه با سایر آمارها، در بیماران ما نیز وجود داشته و تنها اختلاف، شیوع بالاتر آلودگی با هلیکوباکتریلوری در زنان مبتلا به اولسر دئودنوم در مقایسه با مردان می‌باشد که نیاز به مطالعات بعدی دارد.

بر خلاف برخی آمارهای بدست آمده که شیوع هلیکوباکتریلوری را در افراد سیگاری کمتر از افراد غیر سیگاری گزارش نموده است (۱۰)، در این بررسی چنین نتیجه‌ای بدست نیامد (جدول شماره ۵).

سیاسگزاری

نویسنده مقاله مایل است مراتب سپاس و قدردانی خود را از آقای پدا... نیکیان بخاطر مساعدت‌های ایشان در تفسیر آماری نتایج بدست آمده و آقای دکتر هوشنگ قاضی‌زاده بخاطر زحماتی که در تهیه محلول اوره آز متحمل گردیده‌اند، ابراز نماید.

۶۲/۵٪ بدست آمد، که این نسبت بیشتر از گروه کنترل می‌باشد ($P < 0/01$).

نتایج حاصله در سرطان معده نیز، به علت کمی تعداد نمونه قابل ارزیابی نمی‌باشد. شیوع هلیکوباکتریلوری در مبتلایان به دئودنیت و گاستریت نیز بیشتر از گروه کنترل می‌باشد که این نتایج با سایر تحقیقات مطابقت دارد ($P < 0/001$ در مورد گاستریت و $P < 0/01$ در مورد دئودنیت) (۱۸). میزان شیوع در گاستریت نوع ندولر بیشتر از نوع اریتماتو بوده (۷۸/۵۷٪ در مقابل ۶۳/۷۶٪) ولی از نظر آماری به حد قابل قبول نمی‌رسد ($P < 0/1$).

درصد آلودگی با هلیکوباکتریلوری در مبتلایان به واریس مری و ازوفازیت، تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل نداشته و در گروه سوء هاضمه بدون اولسر، گرچه افزایش درصد آلودگی در مقایسه با گروه کنترل وجود دارد، اما این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نیست.

Summary

Prevalence of *Helicobacter Pylori* in Patients Undergoing Upper GI Endoscopy in Hospital No 1, Kerman University of Medical Sciences

H.Zojajy, MD¹

1. Assistant Professor of Internal Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

Prevalence of Helicobacter pylori was evaluated by urease test in 513 patients undergoing GI endoscopy, in Hospital No1, Kerman University of Medical Sciences and Health Services from June 1992 through April 1993. H. pylori was detected in 56.9% of tested samples by urease test. There was no significant correlation with sex, age and cigarette smoking. Prevalence of H. pylori was 16% in control group, 10% for esophageal varices, 20% for gastric ulcer, 22.58 for reflux esophagitis, 25% for gastric cancer, 29.55% for non-ulcer dyspepsia, 59.42% for duodenitis, 62.5% for prepyloric ulcer, 67.22% for antral gastritis and 77.85% for duodenal ulcer. Prevalence in duodenitis, prepyloric ulcer, antral gastritis and duodenal ulcer groups compared to control was higher (statistically significant). Prevalence of H. pylori in females suffering from duodenal ulcer was also higher than males (91.43% compare to 72.41%, respectively), and this difference was statistically significant.

Journal of Kerman University of Medical Sciences 1994;1:103-107

Key Words: *Helicobacter, Duodenal Ulcer, Peptic Ulcer, Gastritis, Duodenitis*

References

- ۱- سالاری، سهیلا. دهباشی، نجف: درمان و پیشگیری زخم پپتیک با ریشه کن کردن هلیکوباکتر. مجله نبض، ۱۳۷۰. سال اول، شماره پنجم، ص ۹-۱۵.
- ۲- میرصالحیان، اکبر. ادیب‌فر، پرویز: بررسی کمپیلوباکتریلوری (هلیکوباکتریلوری) در مبتلایان به گاستریت و اولسره‌های پپتیک. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۱، صفحه ۲۰-۱۳.
3. Barthei JS, Westblom TU, *et al*: gastritis and *Campylobacter pylori* in healthy, asymptomatic volunteers. *Arch Intern Med* 1988;148:1149-1151.
4. Bujanver Y, Konikoff F, *et al*: nodular Gastritis and *Helicobacter pylori*. *J Pediat Gastroenterol Nutr* 1990;11:41-44.
5. Conti Nibali S, Sferlazzas C, *et al*: *Helicobacter pylori* infection: A simplified diagnostic approach. *Am J Gastroenterol* 1990;85(12):1579-1593.
6. Craham DY, Klein PD, *et al*: Epidemiology of *Campylobacter pyloridis* infection. *Gastroenterology* 1987;92:1411,(abstract).
7. Dooley CP, Cohen H: The clinical significance of *Campylobacter pylori*. *Ann Intern Med* 1988;108:70-79
8. Goodwin CS, Armstrong JA, *et al*: *Campylobacter pyloridis*, gastritis and peptic ulceration. *J Clin Patol* 1986; 39:353-365.
9. Jones DM, Eldridge J, *et al*: Antibody to the gastric *Campylobacter - like organism* (*campylobacter pyloridis*), clinical correlations and distribution in the normal population. *J Med Microbiol* 1986;22:57-62.
10. Lindell G, Hesselvik M, *et al*: *Helicobacter pylori*, smock and gastroduodenitis. *Digestion* 1991;49:192-197.
11. Marshall BJ, MeGechie OB, *et al*: Pyloric *campylobacter* infection and gastroduodenal disease. *Med J Aust* 1985;142:439-444.
12. Marshall BJ, Warren JB, *et al*: Rapid urease test in the management of *Campylobacter pyloridis*, associated gastritis. *Am J Gastroenterol* 1987;82(3):200-210.
13. McNulty AM, Dent JC: Rapid identification of *Campylobacter pylori* by preformed enzymes. *J Clin Microbiol* 1987;25(9): 1683-1986.
14. Novis BH, Gabay G, *et al*: Two point analysis 15 minute ¹⁴C-urea breath test for *Helicobacter pylori* infection. *Digestion* 1991;50:16-21.
15. Peterson WL: Current concepts: *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *N Eng J Med* 1991;324(15):1043-1048.
16. Pettross CW, Cohen H, *et al*: *Campylobacter pyloridis*: Relationship to peptic disease, gastric inflammation and other conditions. *Gastroenterology* 1986; 90:1585(abstract).
17. Schnell GA, Schubert TT: Usefulness of culture, histology and urease testing in the detection of *Campylobacter pylori*. *Am J Gastroenterol* 1989;84(2):133-134.
18. Schubert TT, schnell GA: Prevalence of *Campylobacter pylori* in patients undergoing upper endoscopy. *Am J Gastroenterol* 1989;84.69:637-642.
19. Talley NJ, Phillips SF: Non-ulcer dyspepsia potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1988;108:865-879.