بررسی ارتباط هلیکوباکترپیلوری با ازوفاژیت در بیماران مبتلا به گاستریت مراجعه کننده به بیمارستان فیروزگر طی سال‌های ۸۲-۱۳۸۱

دکتر هاشم فخریاسری I
*دکتر مهدی یدا...زاده II
دکتر مریم حسین‌نژاد یزدی III
دکتر فروزان اردستانی III

چکیده

عفونت هلیکوباکتر پیلوری همیشه با گاستریت فعال مزمن همراه است اما در مورد نقش هلیکوباکترپیلوری در بروز ازوفاژیت اتفاق نظر وجود ندارد. در مطالعات اخیر نقش محافظت‌کننده‌ای(Protective) برای هلیکوباکترپیلوری در برابر بروز ازوفاژیت در بیماران مبتلا به گاستریت گزارش شده است. با توجه به این مطلب تحقیق حاضر جهت بررسی وجود ارتباط بین هلیکوباکتر پیلوری و ازوفاژیت در بیماران مبتلا به گاستریت صورت گرفت. در این مطالعه مقطعی ۹۲ نفر از بیماران مبتلا به گاستریت که طی سال‌های ۸۲-۱۳۸۱ برای انجام شدن اندوسکوپی به بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تشخیص، از تست اوره‌آز و آندوسکوپی استفاده شد. از ۹۲ بیمار مورد بررسی ٥٦ نفر(٦٠/٩٪) ازوفاژیت داشتند و ٣٦ نفر(٣٩/١٪) مبتلا به ازوفاژیت نبودند. بین فراوانی بروز ازوفاژیت در انواع مختلف گاستریت اختلاف آماری معنی‌داری(Pvalue=٠/٠٠٣) به دست آمد. از نظر فراوانی بروز ازوفاژیت در گروه‌های مبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری و غیر مبتلا به هلیکوباکترپیلوری اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. در بیماران مبتلا به ازوفاژیت، فراوانی افراد غیرمبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری بیش‌تر از افراد مبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری بود. در گروه غیرمبتلا به ازوفاژیت عفونت هلیکوباکترپیلوری به میزان بیش‌تری نسبت به افراد بدون این عفونت مشاهده شد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت ازوفاژیت بیش‌تر در افرادی که مبتلا به گاستریت نوع B هستند رخ می‌دهد. بین ۲ گروه مبتلا و غیرمبتلا به ازوفاژیت از نظر شیوع ابتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. مطالعه حاضر، عدم وجود ارتباط بین عفونت هلیکوباکترپیلوری و ازوفاژیت را در بیماران مبتلا به گاستریت مطرح می‌کند.

کلیدواژه‌ها: ۱ – گاستریت ۲ – هلیکوباکترپیلوری ۳ – ازوفاژیت

مقدمه

گاستریت التهاب مخاط معده و شامل گروهی از بیماری‌ها است که سبب بروز تغییرات التهابی در مخاط معده می‌شوند. انواع گاستریت عبارت است از: ۱) گاستریت حاد ۲) گاستریت مزمن که خود شامل نوع A(با برتری ابتلای

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر فروزان اردستانی جهت دریافت درجه پزشکی عمومی به راهنمایی دکتر هاشم فخریاسری سال ۱۳۸۲. همچنین این مقاله در چهارمین سمینار پژوهشی دانشجویان پزشکی در همدان سال ۱۳۸۲ ارائه شده است.

I) استادیار و فوق‌تخصص بیماری‌های گوارش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.
II) پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، کمیته پژوهشی ـ دانشجویی، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.(*مولف مسئول)
III) پزشک عمومی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

تنه، با علت اتوایمیون)، نوع B(با برتری ابتلای ناحیه آنتر، وابسته به عفونت هلیکوباکتر پیلوری و به علت عوامل محیطی)، نوع AB و نوع نامشخص است ۳) شکل‌های غیرشایع گاستریت مانند گاستریت‌های لنفوسیتیک.[۱و ۲] ازوفاژیت التهاب مخاط مری است که شامل انواع برگشتی(reflux esophagitis)، عفونی، ناشی از پرتوتابی، سوزاننده (corrosive esophagitis)، ناشی از مصرف قرص و همراه با بیماری‌های سیستمیک می‌باشد.[۱، ۲و ۳]

در واقع عفونت با هلیکوباکتر پیلوری همیشه با گاستریت فعال و مزمن همراه است. در مورد نقش هلیکوباکتر پیلوری در بروز ازوفاژیت و به طور کلی بیماری‌های مری نظریه‌های مختلفی وجود دارد. در بسیاری از مقالات نقش حفاظتی این باکتری مطرح شده است[۱۰-٤] اما در برخی دیگر، هیچ نقشی برای آن در نظر گرفته نشده است.[۱۱و ۱۲] و حتی برخی آن را از جمله عوامل خطر برای این بیماری ذکر کرده‌اند.[۱۳و ۱٤]

دکتر Vakil عفونت هلیکوباکترپیلوری را به عنوان یک عامل محافظت‌کننده علیه بیماری‌های مری در نظر گرفته است.[۱۵] در چندین پژوهش دیگر نیز چنین بیان شده که بیماران زمانی که تحت درمان ضد هلیکوباکترپیلوری قرار می‌گیرند، در معرض خطر بروز ازوفاژیت و بیماری‌های مری خواهند بود و ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری ممکن است سبب القا یا بروز ریفلاکس معده‌ای شود که مکانیسم آن تأثیر بر اسیدیته معده و عمل‌کرد ضد ترشحی مهارکننده‌های پمپ‌های پروتونی می‌باشد.[۱٦، ۱۷و ۱۸] تعدادی از محققان مکانیسم آن را ایجاد گاستریت آتروفیک می‌دانند.[۱۹-۲۲]

در مطالعه‌ای دیگر عفونت هلیکوباکترپیلوری عامل محافظت‌کننده‌ای در برابر ابتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری(GERD) در مبتلایان به فتق هیاتال بیان شده است.[۲۳] طبق مطالعه انجام شده در ژاپن بیماری ریفلاکس معده به مری (ازوفاژیت ریفلاکسی اروزیو) در غیاب عفونت هلیکوباکترپیلوری و گاستریت همراه با کاهش ترشح، بیش‌تر رخ می‌دهد بنابراین عفونت هلیکوباکترپیلوری ممکن است سبب مهار ایجاد ازوفاژیت ریفلاکسی توسط ایجاد هیپواسیدیتی شود.[۲٤] با توجه به نتایج و گزارش‌های متعدد در مورد عفونت هلیکوباکترپیلوری و ارتباط آن با بروز بیماری‌های مری، ضرورت انجام شدن چنین پژوهشی در بیماران ایرانی احساس می‌شود تا وجود چنین رابطه‌ای مورد بررسی قرار گیرد.

روش بررسی

در این مطالعه مشاهده‌ای تحلیلی (Observational Analytical Study) که به صورت مقطعی (Cross Sectional) انجام شد، ۹۲ بیمار مبتلا به گاستریت که طی سال‌های ۸۲-۱۳۸۱ جهت انجام دادن اندوسکوپی به بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت تشخیص وجود عفونت هلیکوباکترپیلوری از تست اوره‌آز سریع، توسط محلول شیم‌آنزیم طی آندوسکوپی استفاده گردید و تشخیص وجود ازوفاژیت در طی اندوسکوپی توسط افراد دوره دیده و مجرب صورت گرفت. در این مطالعه تغییر رنگ محلول در تست آوره‌آز سریع طی مدت ۲۰ دقیقه به رنگ صورتی(به هر میزان) به عنوان وجود عفونت هلیکوباکتر پیلوری در نظر گرفته شد و وجود تغییرات التهابی اپی‌تلیوم مری طی اندوسکوپی، ازوفاژیت محسوب گردید. نمونه‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS۱۱/٥ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در تمام مراحل مطالعه، پژوهش‌گران عهدنامه هلسینکی را در نظر داشته‌اند.

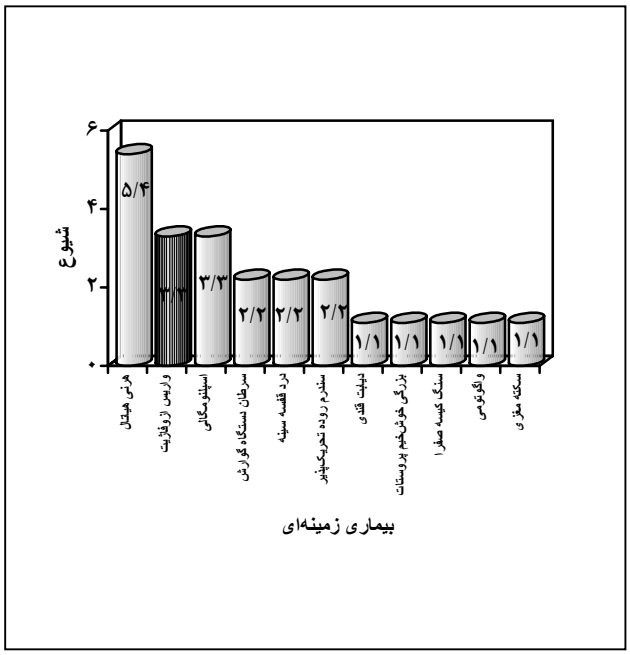
نتایج

در این مطالعه ۹۲ بیمار مبتلا به گاستریت مورد بررسی قرار گرفتند که ٤٦ نفر(٥٠٪) زن و ٤٦ نفر(٥٠٪) مرد بودند. از این تعداد ٥٦ نفر(٦٠/۹٪) ازوفاژیت داشتند و ۳٦ نفر(۳۹/۱٪) مبتلا به ازوفاژیت نبودند. تمام افراد مبتلا به ازوفاژیت، گرید A بودند، ٤٦ نفر(٥٠٪) عفونت هلیکوباکترپیلوری داشتند و ٤٦ نفر(٥٠٪) نیز مبتلا به عفونت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

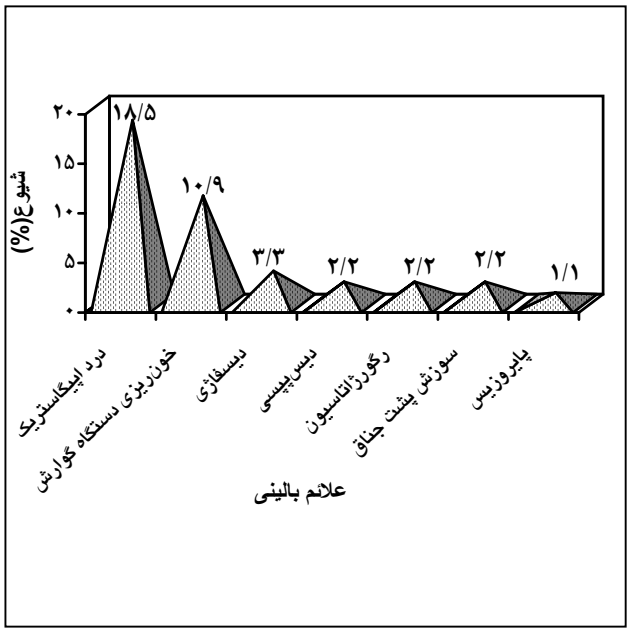
هلیکوباکترپیلوری نبودند. از نظر دسته‌بندی انواع گاستریت براساس منطقه درگیری آن، نتایج به دست آمده عبارت بود از: ٤ نفر(٤/٣٪) گاستریت نوع A، ٤٠ نفر(٤٣/٥٪) گاستریت نوع B و ٤٨ نفر(٥٢/٢٪) گاستریت نوع AB. در مورد وجود سابقه PUD، ٧٠ نفر(٧٦/١٪) سابقه زخم پپتیک نداشتند اما در ٢٢ نفر(٢٣/٩٪) این سابقه وجود داشت.

در رابطه با وجود بیماری زمینه‌ای در افراد مورد بررسی، شایع‌ترین بیماری، هرنی هیاتال با ٥ مورد(٥/٤٪) بود و در درجه بعد اسپلنومگالی و واریس‌مری هر یک با فراوانی ٣ مورد(٣/٣٪) قرار داشتند. در ٧٠ نفر(٧٦/١٪) نیز هیچ بیماری زمینه‌ای ثبت شده‌ای وجود نداشت(نمودار شماره ١).



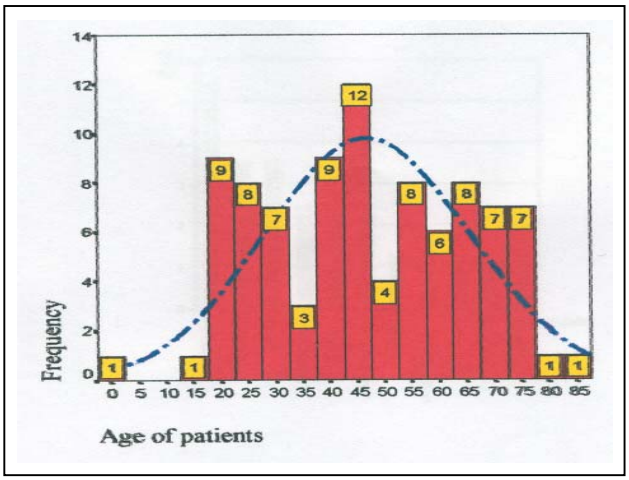
نمودار شماره ١- درصد فراوانی بیماری‌های زمینه ای در بیماران مبتلا به گاستریت که جهت آندوسکوپی در سال‌های ٨٢-١٣٨١ به بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند.

نتایج حاصل از بررسی علائم بالینی در بیماران در نمودار شماره ٢ آورده شده است. براساس این نتایج شایع‌ترین علامت بالینی، درد ناحیه اپی‌گاستر بود که در ١٧ مورد(١٨/٥٪) دیده شد و پس از آن خون‌ریزی از دستگاه گوارش با فراوانی ١٠ مورد(١٠/٩٪) قرار داشت. در ٥٥ مورد(٥٩/٨٪) نیز هیچ علامت بالینی در زمان انجام شدن اندوسکوپی ذکر نشد(نمودار شماره ٢).



نمودار شماره ٢- درصد فراوانی علائم بالینی در بیماران مبتلا به گاستریت که برای آندوسکوپی در سال‌های ٨٢-١٣٨١ به بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند.

میانگین سنی افراد مورد بررسی ٤٦/٧٧ سال با SD=١٨/٧ سال بود. در ٧٥٪ افراد میانگین سنی کمتر از ٦٣ سال و در ٥٠٪ میانگین سنی کمتر از ٤٧ سال و در ٢٥٪ افراد میانگین سنی کمتر از ٣٠ سال به دست آمد(نمودار شماره ٣).



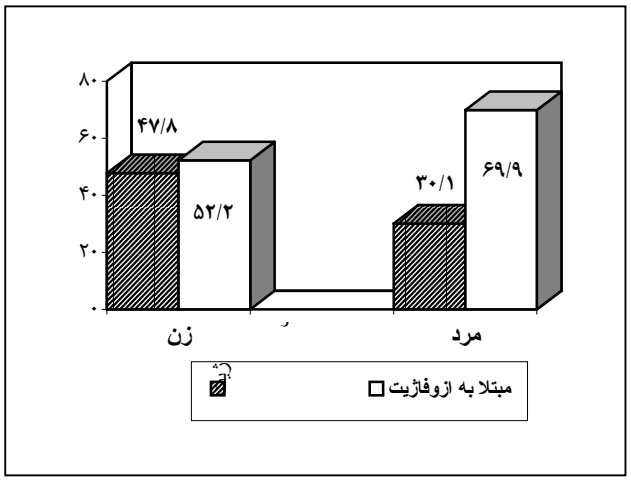
نمودار شماره ٣- فراوانی سنی بیماران مبتلا به گاستریت در این مطالعه

بررسی میانگین سنی در ٢ گروه مبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری(٤٧/١٥ سال) و غیرمبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری(٤٦/٣٨ سال) اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

در افراد مبتلا به ازوفاژیت(گرید A) میانگین سنی ۴۳/۶۲ سال(SD=۱۸/۹۶) و در افراد غیرمبتلا به ازوفاژیت میانگین سنی ۵۱/۶۷ سال(SD=۱۷/۴۲) بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود داشت(Pvalue=۰/۰۴۳).

میانگین سنی بیماران براساس جنس، اختلاف آماری معنی‌داری با هم نداشتند. با وجود این، مردان مراجعه کننده (۴۷/۵۹ سال) پیرتر از زنان مراجعه کننده(۴۵/۹۵ سال) بودند. برای میانگین سنی بر اساس سایر عوامل بررسی شده در بین گروه‌ها اختلاف آماری معنی‌داری به دست نیامد. در ۶۹/۹٪ از مردان و ۵۲/۲٪ از زنان بررسی شده، ابتلا به ازوفاژیت وجود داشت اما از نظر آماری اختلاف معنی‌داری به دست نیامد(نمودار شماره ٤). از نظر بروز انواع گاستریت براساس منطقه درگیری بین ۲ جنس اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. بررسی میزان فراوانی سایر عوامل نیز در ۲ جنس اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد. در رابطه با فراوانی بروز ازوفاژیت در انواع مختلف گاستریت، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (Pvalue=۰/۰۰۳)(جدول شماره ۱). از نظر فراوانی بروز ازوفاژیت در گروه‌های مبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری و غیرمبتلا به هلیکوباکترپیلوری اختلاف آماری معنی‌داری به دست نیامد(جدول شماره ۲). ارتباط فراوانی بروز ازوفاژیت و عواملی مانند سابقه PUD و بیماری زمینه‌ای و علائم بالینی



نمودار شماره ۴- فراوانی ازوفاژیت برحسب جنس در بیماران مبتلا به گاستریت در این مطالعه

در گروه‌های زیر مجموعه آن‌ها، از نظر آماری معنی‌دار نبود. از نظر فراوانی وجود عفونت هلیکوباکترپیلوری در بین افراد مبتلا به گاستریت، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. از نظر فراوانی انواع گاستریت در افراد مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مختلف، اختلاف آماری معنی‌داری به دست آمد (Pvalue=۰/۰۲۳) (جدول شماره ۳). در سایر موارد، فراوانی انواع گاستریت در گروه‌های مختلف اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد. اختلاف شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری در رابطه با عوامل مورد بررسی از نظر آماری معنی‌دار نبود.

جدول شماره ۱- درصد فراوانی انواع گاستریت برحسب ابتلا به ازوفاژیت در بیماران مبتلا به گاستریت در این مطالعه

وجود ازوفاژیت		نوع گاستریت			کل
		A	B	AB	
بدون ازوفاژیت	تعداد	۰	۲۳	۱۳	۳٦
	٪ در وجود ازوفاژیت	٪۰	٪٦۳/۹	٪۳٦/۱	٪۱۰۰
	٪ در نوع گاستریت	٪۰	٪۵۷/۵	٪۲۷/۷	٪۳۹/۱
	٪ در کل	٪۰	٪۲۵	٪۱٤/۱	٪۳۹/۱
مبتلا به ازوفاژیت	تعداد	۵	۱۷	۳٤	۵٦
	٪ در وجود ازوفاژیت	٪۸/۹	٪۳۰/٤	٪٦۰/۷	٪۱۰۰
	٪ در نوع گاستریت	٪۱۰۰	٪٤۲/۵	٪۷۲/۳	٪٦۰/۹
	٪ در کل	٪۵/٤	٪۱۸/۵	٪۳۷	٪٦۰/۹
کل	تعداد	۵	٤۰	٤۷	۹۲
	٪ در وجود ازوفاژیت	٪۵/٤	٪٤۳/۵	٪۵۱/۱	٪۱۰۰
	٪ در نوع گاستریت	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
	٪ در کل	٪۵/٤	٪٤۳/۵	٪۵۱/۱	٪۱۰۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

جدول شماره ۲- درصد فراوانی عفونت هلیکوباکترپیلوری برحسب ابتلا به ازوفاژیت در بیماران مبتلا به گاستریت در این مطالعه

وجود ازوفاژیت		عفونت هلیکوباکتر پیلوری		کل
		غیرمبتلا	مبتلا	
غیرمبتلا به ازوفاژیت	تعداد	۱۷	۱۹	۳۶
	٪ در وجود ازوفاژیت	٪۴۷/۲	٪۵۲/۸	٪۱۰۰
	٪ در عفونت هلیکوباکترپیلوری	٪۳۷	٪۴۱/۳	٪۳۹/۱
	٪ در کل	٪۱۸/۵	٪۲۰/۷	٪۳۹/۱
مبتلا به ازوفاژیت	تعداد	۲۹	۲۷	۵۶
	٪ در وجود ازوفاژیت	٪۵۱/۸	٪۴۸/۲	٪۱۰۰
	٪ در عفونت هلیکوباکترپیلوری	٪۶۳	٪۵۸/۷	٪۶۰/۹
	٪ در کل	٪۳۱/۵	٪۲۹/۳	٪۶۰/۹
کل	تعداد	۴۶	۴۶	۹۲
	٪ در وجود ازوفاژیت	٪۵۰	٪۵۰	٪۱۰۰
	٪ در عفونت هلیکوباکترپیلوری	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
	٪ در کل	٪۵۰	٪۵۰	٪۱۰۰

جدول شماره ۳- درصد فراوانی بیماری‌های زمینه‌ای برحسب انواع گاستریت در بیماران مبتلا به گاستریت در این مطالعه

بیماری زمینه‌ای		نوع گاستریت			کل
		A	B	AB	
بدون بیماری زمینه‌ای مشخص	تعداد	۳	۳۱	۳۶	۷۰
	٪ از کل	٪۳/۳	٪۳۳/۷	٪۳۹/۱	٪۷۶/۱
سرطان دستگاه گوارش	تعداد	۰	۰	۲	۲
	٪ از کل	٪۰	٪۰	٪۲/۲	٪۲/۲
دیابت قندی	تعداد	۰	۰	۱	۱
	٪ از کل	٪۰	٪۰	٪۱/۱	٪۱/۱
هرنی‌هیاتال	تعداد	۰	۴	۱	۵
	٪ از کل	٪۰	٪۴/۴	٪۱/۱	٪۵/۴
هیپرپلازی خوش‌خیم پروستات	تعداد	۰	۰	۱	۱
	٪ از کل	٪۰	٪۰	٪۱/۱	٪۱/۱
سنگ صفراوی	تعداد	۰	۰	۱	۱
	٪ از کل	٪۰	٪۰	٪۱/۱	٪۱/۱
درد قفسه سینه	تعداد	۰	۲	۰	۲
	٪ از کل	٪۰	٪۲/۲	٪۰	٪۲/۲
واریس مری	تعداد	۰	۲	۱	۳
	٪ از کل	٪۰	٪۲/۲	٪۱/۱	٪۳/۳
اسپلنومگالی	تعداد	۰	۱	۲	۳
	٪ از کل	٪۰	٪۱/۱	٪۲/۲	٪۳/۳
واگوتومی	تعداد	۰	۰	۱	۱
	٪ از کل	٪۰	٪۰	٪۱/۱	٪۱/۱
سندرم روده تحریک‌پذیر	تعداد	۰	۰	۲	۲
	٪ از کل	٪۰	٪۰	٪۲/۲	٪۲/۲
سکته مغزی	تعداد	۱	۰	۰	۱
	٪ از کل	٪۱/۱	٪۰	٪۰	٪۱/۱
کل	تعداد	۴	۴۰	۴۸	۹۲
	٪ از کل	٪۴/۴	٪۴۳/۵	٪۵۲/۲	٪۱۰۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

بحث

در این مطالعه ۹۲ بیمار مبتلا به گاستریت که جهت آندوسکوپی به بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

از این تعداد ۵۰٪ مرد و ۵۰٪ زن بودند که با توجه به شیوه نمونه‌گیری(Simple random) چنین نتیجه‌ای قابل انتظار بود. در مطالعه‌ای که در مورد کاردیت انجام شد نیز این نسبت ۱/۰۸ به ۱ ذکر گردید.[٤]

در این مطالعه ٦۰/۹٪ از افراد مبتلا به ازوفاژیت بودند و ۳۹/۱٪ ازوفاژیت نداشتند. گاستریت نوع AB شایع‌ترین نوع بود و در مرحله بعد گاستریت نوع B قرار داشت. از نظر شیوع بیماری‌های زمینه‌ای شایع‌ترین بیماری، هرنی هیاتال بود که براساس مطالعات موجود این بیماری می‌تواند زمینه را برای بروز بیماری‌های مری مساعد کند.[۲۳]

از نظر علائم بالینی شایع‌ترین علامت درد ناحیه اپی‌گاستر با شیوع ۱۸/۵٪ بود و در مرحله بعد خون‌ریزی گوارشی با شیوع ۱۰/۹٪ قرار داشت. میانگین سنی افراد مورد بررسی ٤٦/۷۷ سال بود که با متوسط سنی گزارش شده در مقالات دیگر هم‌خوانی دارد.[٤و ۱۲] با وجود آن که بین ۲ گروه مبتلا و غیرمبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری اختلافی از نظر میانگین سنی مشاهده نشد، افراد مبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری اندکی مسن‌تر از افراد غیرمبتلا بودند. تنها بین ۲ گروه مبتلا به ازوفاژیت و غیرمبتلا به ازوفاژیت از نظر میانگین سنی اختلاف معنی‌داری وجود داشت(Pvalue=۰/۰٤۳) بدین معنی که افراد مبتلا به ازوفاژیت، میانگین سنی پایین‌تری داشتند. در سایر موارد میانگین سنی در گروه‌های مختلف معنی‌دار نبود.

بین ۲ جنس از نظر عوامل مورد بررسی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت که این مطلب در سایر مطالعات نیز گزارش شده است.[٤، ٥، ۸، ۱۵و ۲۰] در رابطه با شیوع ازوفاژیت در افراد مبتلا به گاستریت برحسب مناطق درگیری، اختلاف آماری معنی داری به دست آمد(Pvalue=۰/۰۰۳). براساس تحقیق حاضر شیوع ازوفاژیت در گاستریت با درگیری تمام معده(نوع AB) بیش از بخش‌های خاص معده به تنهایی بوده است. در مرحله بعد درگیری آنتروم(نوع B) قرار داشت اما یافته قابل توجه آن بود که تمام افرادی که درگیری کاردیا و تنه معده(نوع A) داشتند، مبتلا به ازوفاژیت بودند(جدول شماره ۱).

از نظر شیوع ازوفاژیت در ۲ گروه مبتلا و غیرمبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. اگر چه با توجه به جدول شماره ۲ در گروه غیرمبتلا به ازوفاژیت، شیوع عفونت هلیکوباکترپیلوری(۵۲/۸٪) بیش از موارد بدون عفونت هلیکوباکترپیلوری(٤۷/۲٪) بوده است، از سوی دیگر در گروه مبتلا به ازوفاژیت، افراد غیرمبتلا به عفونت هلیکوباکتر پیلوری(۵۱/۸٪) تعداد بیش‌تری را نسبت به افراد مبتلا به عفونت هلیکوباکتر پیلوری(٤۸/۲٪) به خود اختصاص داده بودند. در مطالعه دکتر Koile و همکارانش ۳۳/۷٪ بیماران مبتلا به ازوفاژیت ریفلاکسی، مبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری نیز بوده‌اند در حالی که در ۷۲٪ از افراد سالم شاهد انطباق یافته، این عفونت وجود داشت(P<۰/۰۵).[۱۹] هم‌چنین در پژوهشی دیگر عفونت هلیکوباکترپیلوری در بیماران غیرمبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری(GERD) بیش از بیماران مبتلا به GERD ذکر شده است(٦٦/٤٪ در برابر ۵۷/۳٪ با P<۰/۰۵).[۲۳]

در مطالعه حاضر نیز شیوع عفونت هلیکوباکترپیلوری در افراد بدون ازوفاژیت بیش از افراد مبتلا به ازوفاژیت بود اما برخلاف مطالعات ذکر شده این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. بدین ترتیب با توجه به نتایج به دست آمده، بر خلاف مقالاتی که نقش حفاظتی یا ایجاد کننده خطر را برای عفونت هلیکوباکترپیلوری در بیماری‌های مری بیان کرده‌اند،[۱۰-٤، ۱۳و ۱٤] در مطالعه حاضر، عدم وجود ارتباط بین عفونت هلیکوباکترپیلوری و ازوفاژیت در بیماران مبتلا به گاستریت مشاهده شد که مشابه نتیجه به دست آمده در مطالعاتی است که آن‌ها نیز عدم وجود ارتباط بین اختلالات مری و عفونت هلیکوباکترپیلوری را ذکر کرده‌اند.[۱۱و ۱۲]

در مورد ارتباط ازوفاژیت و سایر عوامل مورد بررسی نیز ارتباطی به دست نیامد. در تعدادی از مطالعات به این

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

نکته اشاره شده است که عفونت هلیکوباکتر پیلوری بیش‌تر با نوع B گاستریت در ارتباط می‌باشد($P<0/001$) اما در این مطالعه چنین ارتباطی به دست نیامد.

با توجه به این مطلب انجام شدن مطالعه‌ای دقیق‌تر براساس این هدف و با حجم نمونه بیش‌تر و جامعه هدف بزرگ‌تر توصیه می‌گردد. در این مطالعه نیز مانند مطالعات مشابه، بین شیوع انواع گاستریت براساس بیماری‌های زمینه‌ای مختلف اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت.[۸و ۱۳] برای بررسی و روشن شدن دقیق ارتباط این بیماری‌ها با گاستریت، انجام دادن مطالعاتی پیوسته در مورد ارتباط هر یک از بیماری‌های زمینه‌ای با گاستریت توصیه می‌شود و به نظر می‌رسد در این مطالعه این ارتباط تنها محدود به وجود و عدم وجود بیماری زمینه‌ای باشد. هم‌چنین بین شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری و عوامل مورد بررسی ارتباطی به دست نیامد.

منابع

1- Braunwald E, Hauser S, Fauci A, Longo D, Kasper D, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 15 th ed. New York: Mc Graw-Hill Companies; 2001. P. 1649-65.

2- Goldman L, Anderoli T, Carpenter C, Bennet J, Plum F. Cecil text book of medicine. 21st ed. Philadelphia: Saunders Co.; 2000. P. 668-70.

3- Robbin S, Cottran R, Kumar V. Basic pathology. 7 th ed. New york: MC Graw-Hill Companies; 1996. P. 600-703.

4- Ayhan S, Demir MA, Saruc M. Features of chronic inflammation at the gastric cardia and the relationship with helicobacter pylori infection and esophagitis. Acta Gastroenterol Belg 2003 Apr-Jun; 66(2): 144-9.

5- Sharma P, Vakil N. Review article: Helicobacter pylori and reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2003 Feb; 17(3): 297-305.

6- Oksanen A, Sipponen P, Karttunen R, Rautelin H. Inflammation and intestinal metaplasia at the squamocolumnar junction in young patients with or without Helicobacter pylori infection. Gut 2003 Feb; 52(2): 194-8.

7- Queiroz DM. Role of corpus gastritis and cagA-positive helicobacter pylori infection in reflux esophagitis. J Clin Microbiol 2002 Aug; 40(8): 2849-53.

8- Fujishiro H, Ono M, Yuki M. Influence of helicobacter pylori infection on the prevalence of reflux esophagitis in Japanese patients. J Gastroenterol Hepatol 2001 Nov; 16(11): 1217-21.

9- Xia H, Berry A, Talley NJ. Reduction of peptic ulcer disease and helicobacter pylori infection but increase of reflux esophagitis in western sydney between 1990 and 1998. Dig Dis Sci 2001 Dec; 46(12): 2716-23.

10- Falk GW. GERD and H.Pylori: is there a link?" Semin Gastrointest Dis 2001 Jan; 12(1): 16-25.

11- Zentilin P, Mansi C, Mele MR, Fiocca R. Helicobacter pylori infection is not involved in the pathogenesis of either erosive or non-erosive gastro-oesophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2003 Apr5; 17(8): 1057-64.

12- Tefera S. Eradication of Helicobacter pylori does not increase acid reflux in patients with mild to moderate reflux oesophagitis. Scand J Gastroenterol 2002 Aug; 37(8): 877-83.

13- Wu JC, Lai AC, Wong SK. Dysfunction of oesophageal motility in helicobacter pylori-infected patients with reflux oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther 2001 Dec; 15(12): 1913-9.

14- Jang TJ, Kim NI, Yang CH. Carditis is associated with Helicobacter pylori-induced gastritis and not reflux esophagitis. J Clin Gastroenterol 2003 Jan; 36(1): 26-9.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

15- Vakil N. Gastroesophageal reflux disease and Heliconbacter pylori infection. Rev Gastroenterol Disord 2003 Winter; 3(1): 1-7.

16- Loffeld RJ, Van Der Halst RW. Helicobacter pylori and gastro-oesophageal reflux disease: association and clinical implications. To treat or not to treat with anti-H. pylori therapy? Scand J Gastroenterol Suppl 2002; 236: 15-8.

17- Dent J. Review Article: is helicobacter pylori relevant in the management of reflux disease? Aliment pharmacol Ther 2001 Jun; 15 Suppl 1: 16-21.

18- Befrits R, Odman B, Lindborg G. Helicobacter pylori infection in patients with duodenal ulcer does not provoke gastroesophageal reflux disease. Helicobacter 2000 Dec; 5(4): 202-5.

19- Koike T, Ohara S, Sekine H, Iijima K, Kato K, Shimosegawa T, et al. Helicobacter pylori infection inhibits reflux esophagitis by inducing atrophic gastritis. Am J Gastroentrol 1999 Dec; 94(12): 3468-72.

20- Xia H, Tolley NJ. Helicobacter pylori infection, reflux esophagitis and atrophic gastritis: an unexplored triangle. Am J Gastroentrol 1998 Mar; 93(3): 394-400.

21- Jang TJ, Kim NI, Yang CH, Suh JI. Reflux esophagitis facilitates low helicobacter pylori infection rate and gastric inflammation. J Gastroenterol Hepatol 2002 Aug; 17(8): 839-43.

22- Ohkuma K, Okada M, Seo M, Kanda M. Association of Helicobacter pylori infection with atrophic gastritis and intestinal metaplasia. J Gastroenterol Hepatol 2000 Oct; 15(10): 1105-12.

23- Manes G, Vomo G, Mosca S. Relationship of sliding hiatus hernia to gastroesophageal reflux disease: a possible role for Helicobacter pylori infection? Dig Dis Sci 2003 Feb; 48(2): 303-7.

24- Koike T, Ohara S, Abe Y, Kato K. Helicobacter pylori infection prevents erosive reflux oesophagitis by decreasing gastric acid secretion. Gut 2001 Sep; 49(3): 330-4.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

Assessment of the Relationship between Helicobacter Pylori and Esophagitis in Patients with Gastritis Referred to Firoozgar Hospital (2002-2003)

H. Fakhr Yaseri, MD [I] ****M. Yadollahzadeh, MD*** [II] ***M. Hossein Nejad Yazdi, MD*** [III] ***F. Ardestani, MD*** [III]

Abstract

Helicobacter pylori(HP) infection is always with active chronic gastritis, but there is no agreement on the role of HP in esophagitis. Recent articles have noted the protective role of HP in the incidence of esophagitis in patients with gastritis. The goal of the present research was to assess the relationship between HP and esophagitis incidence in patients with gastritis. This cross-sectional study was undertaken on 92 patients with gastritis who had referred for endoscopy to Firoozgar Hospital between 2002 & 2003. Urease test and endoscopy were used for diagnosis. Of 92 patients, 56(60.9%) and 36(39.1%) cases were with and without esophagitis respectively. Esophagitis frequency had significant difference in different kinds of gastritis with (Pvalue=0.003). There was not any significant difference between esophagitis frequency in patients with and without HP infection. In patients with esophagitis the HP frequency in non-infected patients was more than HP infected patients and in patients without esophagitis the HP frequency of infected patients was more than non-infected patients with HP. Based on the obtained results, esophagitis was more in cases with gastritis B. There was not any significant difference for HP infection between patients with and without gastritis and, therefore, it is concluded that there is not any relationship between HP infection and esophagitis in patients with gastritis.

Key Words: 1) Gastritis 2) Helicobacter Pylori 3) Esophagitis

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

This article is a summary of the thesis by F. Ardestani for MD degree under supervision of H. Fakhr Yaseri, MD(2003). It was also presented in the 4th Medical Students Research Seminar in Hamedan (2003).

I) *Assistant Professor of Gastroenterology. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*

II) *General Practitioner. School of Medicine. Student-Research Committee. Sattarkhan Ave., Niayesh St. (*Corresponding Author)*

III) *General Practitioner*