ORIGINAL ARTICLE

The effect of Helicobacter pylori eradication on idiopathic chronic urticaria

Iraj Maleki[1], Siavosh Abedi[1], Zohreh Hajheydari[2], Mohammad Reza Ghoreyshi[2], Shahram Ala[3], Ali Reza Khalilian[4]

[1] Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Department of Medical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Department of Epidemiology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received 14 April, 2009 ; Accepted 9 November, 2009)

Abstract

Background and purpose: Chronic idiopathic urticaria (CIU) is a recurrent disorder that is characterized by itching wheels lasting more than 6 weeks. Etiology of CIU is unknown. The aim of this study is to assess the efficacy of Helicobacter pylori (Hp) infection eradication in improvement of CIU.

Materials and methods: In this double blind placebo-controlled clinical trial, 60 CIU patients were enrolled in the study. Urea breath test (UBT) was performed for indicating the Hp infection. Hp positive patients were divided in 2 groups: cases that were treated with quadruple therapy for eradication of Hp(Amoxicillin, Omeprazole, Bismuth and Metronidazole) and controls (placebo). The gastrointestinal (GI) and dermatologic symptoms and signs were recorded and compared in the beginning of the study, and 1 and 3 months after the treatment.

Results: From 60 CIU patients, 32 (53%) were UBT positive. 15 cases and 13 controls completed the study. There were no significant statistical differences between the two groups for their GI and dermatologic complaints before intervention, and 1 and 3 months after eradication, except for pyrosis that was improved in cases after 3 months (P= 0.029)

Conclusion: Eradication of Hp does not have any effect on improving CIU symptoms or signs.

Key words: Chronic idiopathic urticaria, helicobacter pylori, eradication, quadruple therapy

J Mazand Univ Med Sci 2009; 19(72): 2-8 (Persian).

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره نوزدهم شماره ۷۲ مهر و آبان سال ۱۳۸۸ (۸-۴)

بررسی اثر ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری بر درمان کهیر مزمن ایدیوپاتیک

ایرج ملکی[۱] سیاوش عابدی[۱] زهره حاج حیدری[۲] محمدرضا قریشی[۲] شهرام علا[۳] علیرضا خلیلیان[۴]

چکیده

سابقه و هدف : کهیر مزمن ایدیوپاتیک (Chronic Idiopathic Urticaria;CIU) بیماری عودکننده‌ای است که با کهیر خارش دار برای حداقل۶ هفته همراه است. دراین بیماران عامل شروع‌کننده بیماری یا علت آن ناشناخته است. برخی مطالعات ارگانیزم هلیکوباکترپیلوری را در بروز آن دخیل دانسته و برخی آن را رد کرده‌اند. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر رژیم درمانی ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری در درمان CIU انجام شد.

مواد و روش ها : این مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده بصورت دوسویه کور انجام شد. ۶۰ بیمار مبتلا به CIU وارد مطالعه شده و با استفاده از تست تنفس اوره از نظر آلودگی به هلیکوباکترپیلوری بررسی شدند. بیماران با تست تنفسی اوره مثبت به دو گروه مورد (دریافت کننده رژیم درمانی ۴ دارویی آموکسی‌سیلین، امپرازول، بیسموت و مترونیدازول) و شاهد (پلاسبو) بطور تصادفی تقسیم شدند. علائم گوارشی و پوستی بیماران پیش از درمان، یک ماه و سه ماه پس از درمان مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

یافته ها : از ۶۰ بیمار CIU، ۳۲ نفر(۵۳/۴ درصد) تست تنفسی اوره مثبت(آلوده) داشتند. ۱۵ نفر از گروه مورد و ۱۳ نفر از گروه شاهد در تجزیه و تحلیل نهایی شرکت کردند. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر علائم گوارشی و پوستی در آغاز مطالعه یک و سه ماه پس از درمان مشاهده نشد. فقط ترش‌کردن درگروه مورد بعد از ۳ ماه کمتر از گروه شاهد بود ($p=۰/۰۲۹$).

استنتاج : درمان ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری در بیماران CIU تأثیری در بهبودی آنان ندارد.

واژه‌های کلیدی: هلیکوباکترپیلوری، کهیر مزمن ایدیوپاتیک، درمان ریشه‌کنی

مقدمه

کهیر مزمن ایدیوپاتیک (Chronic Idiopathic Urticaria;CIU) بیماری عود کننده‌ای است که با کهیر خارش‌دار برای حداقل ۶ هفته همراه است(۱). دراین بیماران عامل شروع‌کننده بیماری یا علت آن ناشناخته است. کهیر بر اساس طول مدت ابتلا به دو دسته حاد ومزمن تقسیم می‌شود. کهیرمزمن بیماری عودکننده با کهیر خارش‌دار در اکثر روزها برای حداقل ۶ هفته می‌باشد(۱). تقریباً ۲۵- ۱۵ درصد از جمعیت دنیا

این تحقیق طی شماره ۸۱- ۸۴ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

مولف مسئول: سیاوش عابدی- ساری: بلوار امیرمازندرانی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی، گروه داخلی E-mail: siavash.abedi0@gmail.com

۱. گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه عفونی و پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۳. گروه داروسازی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۴. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸۸/۱/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۸/۲/۲۷ تاریخ تصویب : ۸۸/۸/۱۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

حداقل یک دوره از کهیر را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند که یک چهارم این افراد از کهیر مزمن رنج می‌برند(۲،۳). علائم کلینیکی کهیر ناشی از آزادشدن هیستامین و بعضی از مدیاتورهای وازو اکتیو از ماست‌سل‌ها است(۴،۵). کهیر مزمن ایدیوپاتیک (CIU) کهیر مزمنی است که علت آن مشخص نمی‌باشد. در این بیماران عامل شروع‌کننده بیماری قابل شناسایی نمی‌باشد. کهیر مزمن ایدیوپاتیک بیماری است که باعث آزردگی بیمار و پزشک معالج آن می‌شود که نهایتاً در بسیاری از موارد باعث ناتوانی بیمار می‌شود. برخی مطالعات ارگانیزم هلیکوباکترپیلوری را در آن دخیل دانسته‌اند. هلیکوباکتر پیلوری یک باکتری گرم منفی میکروآئروفیلیک است که مخاط معده بیش از نیمی از مردم دنیا را آلوده می‌کند(۶) بنابراین هلیکوباکترپیلوری شایعترین عفونت باکتریال مزمن انسانی در سراسر جهان می‌باشد(۷). این باکتری یک اتیولوژی مهم برای گاستریت، زخم پپتیک و (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) MALT Lymphoma و کانسر معده می‌باشد. مطالعات اخیر بر نقش آن در بیماری‌های خارج از دستگاه گوارش از روزاسه گرفته تا فنومن رینود، دلالت دارد(۸،۹). تظاهرات کلینیکی ناشی از عفونت هلیکوباکترپیلوری بستگی به تعامل بین هلیکوباکترپیلوری و پاسخ میزبان دارد(۱۰). درمورد ارتباط بیماری کهیر مزمن ایدیوپاتیک و هلیکوباکترپیلوری برخی ازمحققین یک ارتباط بصورت کاهش علائم کهیر با ریشه‌کنی میکروارگانیسم را ذکر می‌کنند(۱۱،۱۲)، در حالیکه برخی از مقالات این ارتباط را متناقض ونامشخص ذکرکرده‌اند(۱۳). این احتمال وجود داردکه این ارتباط چند وجهی بوده وعواملی نظیر ژنوتیپ هلیکوباکترپیلوری و دارا بودن عوامل بیماریزا در هلیکوباکترهای برخی مناطق و نیز میزان شیوع کلی این عفونت در هر جامعه در میزان ارتباط آن با بروز کهیر مزمن ارتباط داشته باشد. درمان کهیر مزمن ایدیوپاتیک درحال حاضر بصورت علامت درمانی می‌باشد.درصورتی که اتیولوژی یاعوامل مرتبط باعلت این بیماری شناخته شود می‌توان رویه درمان را بصورت درمان اتیولوژیک و موثر تغییر داد. ازآنجائی‌که نتایج مطالعات در خصوص رابطه هلیکوباکترپیلوری و CIU در مطالعات مختلف متناقض بوده و در این منطقه چنین مطالعه‌ای صورت نگرفته است، این مطالعه با هدف برای تأثیر رژیم درمانی ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری در درمان CIU انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت یک کار آزمایی بالینی دوسوکور کنترل شده با پلاسبو، پس از تصویب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه انجام شد.

جامعه مورد مطالعه ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به CIU مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست بیمارستان بوعلی سینا(ساری) و مطب‌های خصوصی همکاران متخصص پوست بودند که برای حداقل ۶ هفته به کهیر مزمن مبتلا بوده‌اند و داده‌های آزمایشگاهی و معاینات فیزیکی آنها جهت یافتن علل احتمالی کهیر مزمن (غیر ایدیوپاتیک) نرمال بوده است.

زنان باردار و شیرده کودکان کمتر از ۱۵ سال، بیماران مبتلا به آنژیو ادم شدید، افراد الکلیک مزمن و بیمارانی که سابقه مصرف اخیر داروهای منع‌کننده پمپ پروتون، آنتی بیوتیک و بیسموت و یا داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و یا مهارکننده ACE را داشته‌اند از مطالعه حذف شدند. بدیهی است کلیه بیمارانی که به هر نحوی براساس شرح حال، معاینات و یا بررسی‌های آزمایشگاهی دلیلی برای کهیر آنها نیز یافت شده بود هم از مطالعه حذف گردیدند.

بیماران براساس تست تنفسی اوره به دو گروه هلیکوباکترپیلوری مثبت و منفی تقسیم شدند. گروه هلیکوباکترپیلوری مثبت به صورت تصادفی به دو گروه مورد درمانی اصلی و شاهد (درمان با پلاسبو) تقسیم شدند. (البته هر دو گروه فوق در صورت نیاز به صورت

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

علامتی با آنتی هیستامین نیز کنترل می‌شدند). گروه مورد و شاهد در ماه صفر، یک و سه ماه بعد از اتمام درمان از نظر علائم پوستی بررسی و مقایسه گردیدند. بیمارانی که دوره درمانی را تکمیل نکرده، درمان ریشه‌کنی ارگانیزم ناموفق بوده (یک ماه پس از درمان تست تنفسی اوره مثبت داشتند) و یا کاملا پیگیری نشدند از تجزیه و تحلیل مطالعه خارج گردیدند.

شدت خارش در بیماران به‌شرح ذیل تقسیم گردید: خارش خفیف به علایم خفیف که زندگی بیمار را متأثر نکرده، خارش متوسط به علایمی که بر زندگی روزمره تاثیر کم داشته و خارش شدید به علایمی که واضحاً زندگی روزمره و فعالیت‌های بیمار را مختل کرده است، گفته می‌شد. وسعت ضایعات کهیری در حملات بیماری بر اساس قانون پارکلند (درصد وسعت ضایعه) مشخص شد: سروگردن= ۹ درصد؛ اندام فوقانی(هریک)= ۹ درصد؛ اندام تحتانی (هریک)= ۱۸ درصد؛ قدام تنه= ۱۸ درصد؛ خلف تنه= ۱۸ درصد؛ ژنیتال= ۱ درصد(۱۴). مدت زمانی (برحسب ساعت) که بین شروع علایم پوستی تا بهبود کامل ضایعات طول می‌کشد، طول مدت کهیر در نظر گرفته شد. بهبود علایم پوستی شامل بهبود در هر یک از معیارهای شدت علایم پوستی (خارش و یا کاهش دفعات یا کاهش طول مدت ضایعات و یا کاهش وسعت ضایعات) بود.

آلودگی به هلیکوباکترپیلوری را در این مطالعه بر اساس مثبت بودن تست تنفسی اوره و ریشه کنی آن را نیز بر اساس منفی شدن همان تست ۴ هفته پس از اتمام درمان تعریف شد.

رژیم درمانی ریشه‌کنی هلیکو باکتر پیلوری در گروه مورد شامل امپرازول ۲۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت، آموکسی‌سیلین یک گرم هر ۱۲ ساعت، بیسموت ۲۴۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت و مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۲ هفته بود. گروه شاهد پلاسبو دریافت کردند که از نظر شکل ظاهری مشابه داروهای گروه مورد بوده وتوسط دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ساخته شده بود. گروه مورد و شاهد در صورت نیاز به صورت علامتی با آنتی‌هیستامین کنترل شدند.

قبل از آغاز مطالعه به بیماران در مورد اهداف و چگونگی این پژوهش اطلاعات لازم داده شد و در صورت رضایت وارد مطالعه شدند. از آنجائی که در حال حاضر بیماران بصورت علامتی درمان می‌شوند و به درمان قطعی دسترسی ندارند و ممکن است این روش، تنها درمان قطعی (موجود در حال حاضر) باشد، این مطالعه اخلاقی می‌باشد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند و از آزمون‌های آماری t، χ^2، Fisher's exact test و Mann-Whitney جهت مقایسه نتایج مطالعه استفاده شد. مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۶۰ بیمار مبتلا به کهیر مزمن ایدیوپاتیک (CIU) که بیش از ۶ هفته از شروع علائم آنها گذشته بود و واجد معیارهای مطالعه بودند، وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۴۳ نفر (۷۱/۷ درصد) زن و ۱۷ نفر (۲۸/۳ درصد) مرد بودند. میانگین سنی آنها ۹/۳۳ ± ۳۰/۰۵ سال (بین ۱۵ تا ۵۳ ساله) بود. از نظر تحصیلات، ۱۴ نفر (۲۳/۳ درصد) بی‌سواد تا ابتدایی، ۲۶ نفر (۴۳/۳ درصد) راهنمایی تا دیپلم، ۱۷ نفر (۲۸/۳ درصد) تحصیلات دانشگاهی و ۳ نفر نامعلوم بودند.

تست تنفسی‌اوره در۳۲ نفر(۵۳/۴ درصد) مثبت و در ۲۸ نفر(۴۶/۶ درصد) منفی بود. از بیماران با تست تنفسی اوره مثبت، ۱۸ نفر در گروه مورد (Active treatment) و ۱۴ نفر درگروه شاهد(پلاسبو) قرار گرفتند. در بیماران گروه مورد، یک ماه پس از خاتمه درمان، مجدداً تست تنفسی اوره انجام شد که در ۲ نفر همچنان مثبت بوده و یک نفر نیز به دلایل شخصی پیگیری ننمود که از مطالعه حذف شدند. بنابراین ۱۵ نفر از گروه مورد بررسی شدند

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

و در گروه شاهد نیز ۱۳ بیمار تا پایان مطالعه همکاری نمودند.

علائم گوارشی بیماران در بدو ورود، ماه اول و ماه سوم پس از درمان در جدول شماره ۱ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری از نظر این علائم یا بهبود آنها بین گروه مورد و گروه شاهد دیده نمی‌شود(P>۰/۰۵). تنها علامتی که بین ۲ گروه تفاوت معنی‌دار داشت، ترش کردن در ماه سوم مطالعه بود.

شدت خارش در پیش از درمان (P=۰/۸۳) ، ماه اول (P=۰/۴۹) و ماه سوم پس از درمان (P=۰/۷۵) بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری نداشت. تعداد دفعات حمله کهیر نیز در پیش از درمان (P=۰/۵۲)، ماه اول (P=۰/۰۶۵) و ماه سوم پس از درمان (P=۰/۷۱) بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری نداشت.

بحث

در این مطالعه، شیوع آلودگی به هلیکوباکترپیلوری که با آزمون تست تنفس اوره بررسی شد، ۵۳/۴ درصد (۳۲ نفر از ۶۰ بیمار CIU) بوده است. هر چند هدف از انجام این مطالعه، بررسی شیوع آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در بیماران CIU نبوده است و لذا معیارهای خروج از مطالعه مانند مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتن و یا سایر بیماری‌های همراه امکان تعمیم این میزان را به کل بیماران CIU ناممکن می‌کند اما حدودی تقریبی از میزان ابتلا به آن به دست می‌دهد. از طرف دیگر حساسیت بالای تست تنفسی اوره با اندوسکوپی قابل مقایسه بوده و نزدیک به ۹۱ درصد می باشد(۱۴). در مطالعات مختلف میزان شیوع آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در بیماران CIU بین ۲۴ تا ۸۰ درصد بوده که با توجه به منطقه جغرافیایی و سن بیماران، متفاوت بوده است(۱۵،۱۶،۷). با این حال در مطالعه Dauden و همکاران تفاوت معنی‌داری با جامعه معمول نداشت (۶۸ درصد بیماران CIU و ۸۴ درصد داوطلبان سالم، P > ۰/۰۵) (۱۷).

این مطالعه، نشان داده است که درمان ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری تأثیری بر علائم پوستی کهیر مزمن ایدیوپاتیک در بیماران مبتلا ندارد. نتایج مطالعات گوناگون فاقد یک اتفاق نظر کلی در مورد تأثیر

جدول شماره ۱: فراوانی علائم گوارشی در گروه مورد (۱۵ نفر) و گروه شاهد (۱۳ نفر) در بدو ورود به مطالعه، ماه اول و ماه سوم پس از درمان

زمان	بدو مطالعه			ماه اول پس از درمان			ماه سوم پس از درمان		
گروه / علائم	مورد تعداد(درصد)	شاهد تعداد(درصد)	p value	مورد تعداد(درصد)	شاهد تعداد(درصد)	p value	مورد تعداد(درصد)	شاهد تعداد(درصد)	p value
نفخ	۴ (۲۶)	۵ (۳۸)	۰/۶۸۹	۳ (۲۰)	۲ (۱۵)	۱	۲ (۱۳)	۴ (۳۱)	۰/۳۷۲
ترش کردن	۵ (۳۳)	۶ (۴۶)	۰/۴۸۸	۱ (۷)	۴ (۳۱)	۰/۱۵۳	۱ (۷)	۶ (۴۶)	۰/۰۲۹
درد اپی گاستر	۷ (۴۷)	۶ (۴۶)	۰/۹۷۸	۲ (۱۳)	۳ (۲۳)	۰/۶۳۹	۲ (۱۳)	۵ (۳۸)	۰/۱۹۸
بوی بد دهان	۲ (۱۳)	۰	۰/۴۸۴	۱ (۷)	۰	۱	۱ (۷)	۰	۱
باد گلو	۶ (۴۰)	۵ (۳۸)	۰/۹۳۴	۲ (۱۳)	۲ (۱۵)	۱	۲ (۱۳)	۴ (۳۱)	۰/۳۷۲
تهوع	۲ (۱۳)	۰	۰/۴۸۴	۱ (۷)	۰	۱	۱ (۷)	۰	۱

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار طول مدت حملات کهیر(به ساعت) در ماه اول و سوم در گروه مورد و شاهد

	مورد انحراف معیار± میانگین	شاهد انحراف معیار± میانگین	t	p value
پیش از درمان	۱/۵۶ ± ۱/۷۲	۴/۵۵ ± ۵/۲۵	-۱/۹۹	۰/۰۵۷
ماه اول	۱/۲۲ ± ۰/۹۸	۳/۰۱ ± ۴/۰۴	-۱/۸۵۷	۰/۰۷۵
ماه سوم	۰/۹۵ ± ۰/۷۹۳	۲/۷۵ ± ۳/۸۴	-۱/۹۱	۰/۰۶۷

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار وسعت ضایعات کهیری (٪) در ماه اول و سوم در گروه مورد و شاهد

	مورد انحراف معیار±میانگین	شاهد انحراف معیار±میانگین	t	p value
پیش از درمان	۴۳/۶۶ ± ۳۰/۰۷	۳۵/۳۰ ± ۲۰/۲۱	۰/۶۵	۰/۵۲
ماه اول	۲۶/۶۶ ± ۲۹/۱۳	۱۲/۱۵ ± ۱۲/۵۱	۱/۶۶	۰/۱۰۸
ماه سوم	۲۶/۳۳ ± ۲۹/۳۰	۱۳/۳۰ ± ۱۱/۰۸	۱/۴۹	۰/۱۴۷

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

ریشه‌کنی این ارگانیزم بر علائم و نشانه‌های بیماری CIU می‌باشد. متدهای مختلف، نمونه‌گیری‌های گوناگون، تعاریف متفاوت ازگروه مورد و شاهد، رژیم‌های درمانی با طول مدت درمان متفاوت و تعاریف گوناگون از بهبودی و یا توصیف علائم و نشانه‌ها بر این اختلاف نظر دامن زده است: در مطالعه‌ای که توسط DI Campli و همکاران در ایتالیا انجام شد، ۴۲ بیمار مبتلا به کهیر مزمن ایدیوپاتیک را وارد مطالعه کردند(۸). که از میان آنها ۲۳ نفر با تست تنفسی اوره، مبتلا به عفونت هلیکوباکترپیلوری شناخته شدند. در آن مطالعه، تمامی بیماران هلیکوباکترپیلوری مثبت تحت درمان سه دارویی آموکسی سیلین، کلاریترومایسین و لانزوپرازول به مدت ۷ روز قرار گرفتند. گروه غیر آلوده به عنوان شاهد در نظر گرفته شدند و علائم پوستی و گوارشی بیماران مورد و شاهد در ماه اول و سوم درمان با هم مقایسه شد. نتایج نشان داد که ۱۳ بیمار از ۱۶ بیماری که Hp در آنها ریشه کن شده بود، بهبودی کامل و سه نفر دیگر نیز به بهبودی نسبی یافتند. اما علائم پوستی یا گوارشی گروه شاهد تغییری نکرده بود. همان طور که اشاره شد، در مطالعه DI Campli و همکاران، گروه شاهد نه تنها آلوده به هلیکوباکترپیلوری نبود بلکه پلاسبو نیز دریافت نکرده بود و لذا می‌تواند نتایج مطالعه را دچار تورش کند. مع الوصف تفاوت‌هایی که در جامعه آنها گزارش شده در این مطالعه نیز مشاهده نشده است.

در مطالعه‌ای که توسط Gaig و همکاران(۱۴) در اسپانیا انجام شد از ۸۸ بیمار مبتلا به CIU ، تست تنفسی اوره در ۴۹ نفر (۵۶ درصد) مثبت بود که ۲۰ نفر آنها وارد مطالعه شدند. ۱۰ نفر تحت درمان ۷ روزه با آموکسی سیلین، کلاریترومایسین و امپرازول و ۱۰ نفر دیگر پلاسبو دریافت کردند. پیگیری علائم پوستی بیماران با استفاده از معیارهای بالینی بود و اگر ۷۰ درصد از علائم کاهش می یافت آن را بهبودی معنی‌دار در نظر می‌گرفتند. بهبود CIU در ۹ بیمار از ۴ بیمار گروه مورد و یک نفر از ۷ نفر گروه شاهد مشاهده شد که معنادار بود. در این مطالعه، وضعیت بیماران یک هفته پس از شروع درمان و ۶ هفته بعد بررسی شد و بهبودی دو گروه مورد مقایسه قرارگرفت. اما در مطالعه حاضر که از نظر انتخاب بیماران و گروه مورد و شاهد مشابه مطالعه فوق است، تک تک آیتم‌های گوارشی و پوستی در ماه اول و سوم بین دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت و این جزئیات دقت بیشتر در مطالعه حاضر را نشان می‌دهد. چرا که در مطالعه Gaig و همکاران به هر یک از علائم کهیر مزمن (کهیر، آنژیوادم، خارش و نیاز به درمان آنتی هیستامین و کورتیکواستروئید) امتیاز داده شد و امتیاز کل بیماران در بدو مطالعه و ۶ هفته بعد با هم مقایسه شده بود.

در مطالعه دیگری که توسط Dauden وهمکاران در اسپانیا انجام شده بود، ۲۵ بیمار مبتلا به CIU و۲۵ داوطلب سالم از همان منطقه جغرافیایی به عنوان کنترل از نظر آلودگی به هلیکوباکترپیلوری با تست تنفسی اوره مورد ارزیابی قرارگرفتند و افراد آلوده با آموکسی‌سیلین، امپرازول و کلاریترومایسین به مدت یک هفته درمان شدند(۱۷). همان‌طور که قبلاً اشاره شد، میزان آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در بیماران CIU و افراد سالم تفاوتی نداشت. پس از ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری فقط یک بیمار CIU بهبودی کامل و ۲ بیمار نیز بهبودی نسبی (بهبودی ۵۰ درصد علائم) یافتند و ۳ بیماری که هلیکوباکترپیلوری در آنها ریشه کن نشده بود نیز علائم آنها تغییر نکرد. نویسندگان آن مطالعه، به ناکافی بودن شواهد مبنی بر تأثیر ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری بر علائم CIU تأکید کردند. همان‌طور که مشاهده شد، این مطالعه نیز فاقد گروه شاهد کنترل شده برای اتخاذ یک نتیجه مناسب و درست از تأثیر ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری بر علائم CIU می‌باشد.

Federman و همکاران در یک مطالعه متاآنالیز، ۱۰ مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده را بررسی کردند و دریافتند که زمانی که ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری در بیماران CIU انجام می‌گیرد، احتمال بهبودی در بیماران

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

بیشتر می‌شود(۱۹). هرچند در این متاآنالیز اشاره شده است که با درمان ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری فقط یک سوم بیماران آلوده بهبود می‌یابند و لذا باید اتیولوژی‌های ناشناخته دیگری در CIU نقش داشته باشد. نویسندگان این متاآنالیز همان طور که خودشان نیز اشاره کرده‌اند، نتوانستند متاآنالیزی کامل ارائه کنند و به مقالاتی که در نتیجه تورش انتشار (احتمالاً مقالاتی که نشاندهنده بی‌تأثیر بودن درمان بودند) دسترسی داشته باشند.

در این مطالعه از نظر علائم گوارشی تفاوت مشخصی بین گروه مورد و شاهد در شروع مطالعه وجود نداشت. حتی پس از ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری نیز بین گروه درمان شده و درمان نشده، تفاوتی از این نظر مشاهده نشد. تنها علامت گوارشی که در گروه درمان نشده بیشتر گزارش گردید، ترش کردن بود که در ماه سوم بیشتر از گروه مورد بود. در مطالعه DI Campli و همکاران (۱۸) نیز پس از ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری در بیماران CIU، فقط در علائم بوی بد دهان و بادگلو قبل و ۳ ماه پس از درمان بهبودی دیده شد. به نظر می‌رسد آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در این بیماران بصورت بدون علامت است و یا اینکه علائم گوارشی آنها مستقل از آلودگی به ارگانیزم وناشی از سایرعلل باشد و ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری موجب بهبود تمام علائم آنها نمی‌شود.

همانطورکه گفته شد، همچنان ماهیت CIU ناشناخته بوده و حتی برخی مطالعات نشان داده‌اند که CIU در نیمی از بیماران طی ۶ ماه خود به خود بهبود می‌یابد(۱۵،۱). لذا مطالعاتی که به اندازه کافی کنترل شده باشد، واجد تعداد نمونه کافی بوده، گروه شاهد ومورد مناسب داشته وبه خوبی علائم و نشانه‌های بیماری را پیگیری کرده باشند، نتایج را از انواع تورش‌ها حفظ می‌کنند. در مطالعات متعددی که در این مورد انجام شده عدم تناسب گروه‌های مورد و شاهد، تفاوت در معیارهای پیگیری و تعاریف متعدد از بهبودی سبب شده است تا نتوان به یک اجماع کلی از مفید بودن ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری در درمان CIU رسید. همانطورکه دیده شد مهمترین معیارها برای بررسی CIU اکثراً بر مبنای اظهارات بیماران بوده و لذا از دقت مطالعات به خصوص آنهایی که به خوبی با پلاسبو کنترل نشده بودند می‌کاهد.

با توجه به نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد هلیکوباکترپیلوری یا ریشه‌کنی آن تأثیری بر علائم CIU نداشته و حتی ماهیت ارتباط این ارگانیزم با CIU را زیر سؤال می‌برد. تلاش جهت یافتن سایر اتیولوژی‌های CIU راه را برای درمان این بیماران هموارتر خواهد کرد.

سپاسگزاری

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در تصویب و مراحل اجرایی این طرح همکاری داشتند صمیمانه سپاسگزاری می‌نماییم. این مقاله حاصل پایان نامه آقای دکتر سیاوش عابدی دستیار داخلی می‌باشد.

References

1. Champion RH. A practical approach to urticaria syndromes-a dermatologist's review of 554 patients. Br Dermatol 1969; 81: 588-597.
2. Cooper KD, Arbor A.Urticaria and angioedema: diagnosis and evaluation. Am J Acad Dermatol 1991; 25: 166-174.
3. Greaves MW. Chronic urticaria. New Engl J Med 1995; 332: 1767-1772.
4. Kaplan AP, Horakova Z, Katz ST. Assessment of tissue histamine levels in patients with urticaria. J Allergy Clin Immunol; 1978; 61: 350-354.
5. Maxwell DL, Atkinson BA, Spur BW, Lessof MH, Lee TH. Skin responses to intradermal histamine and leukotrienes C4, D4 and E4 in patients with chronic idiopathic urticaria and

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

in normal subjects. J Allergy Clin Immunol; 1990; 86: 759-765.

6. Pounder RE, Ng D: The prevalence of Helicobacter pylori in different countries. Aliment Pharmacol Ther 1995; 9(suppl): 33-39.
7. Realdi G, Dore MP, Fastame L. Extradigestive manifestations of H. Pylori infection. Fact and fiction. Digest Dis Sci 1999; 44(2): 229-236.
8. Gasbarrini A, Franceschi F, Gasbarrini Gm, Pola P. Extraintestinal pathology associated with Helicobacter infection. Eur J Gastrienterol Hepatol; 1997; 9: 231-233.
9. Gasbarrini A, Serricchio M, Tondi P, Gasbarrini G, Pola P. Association of H. Pylori infection with Raynaud phenomenon. Lancet 1996; 348: 966-967.
10. Mobley HLT. Defining Helicobacter pylori as a pathogen: Strain heterogeneity and virulence. Am J Med 1996; 100: 2S-11S.
11. Hernando-Harder AC, Booken N, Goerdt S, Singer MV, Harder H; Helicobacter pylori infection and dermatologic diseases. Eur J Dermatol 2009; 19(5): 431-444.
12. Yadav MK, Rishi JP, Nijawan S. Chronic urticaria and helicobacter pylori. Ind J Med Sci 2008; 62(4): 157-162.
13. Suzuki H, Marshal BJ, Hibi T. Overview: Helicobacter pylori and extragastric disease. Int J Hematol 2006; 84(4): 291-300.
14. Gaig P, Garcia-Ortega P, Enrique E, Papo M, Quer JC, Richard C. Efficacy of the eradication of Helicobacter pylori infection in patients with chronic urticaria. A placebo- controlled double blind study. J Allergol Immunopathol 2002; 30(5): 255-258.
15. Schnyder B, Helbing A, Pichler WJ. Chronic idiopathic urticaria: natural course and association with Helicobacter pylori infection. Int Arch Allergy Immunol 1999; 119: 60-63.
16. Erel F, Sener O, Erdil A, Karaayvaz M, Gur G, Caliskaner Z, et al. Impact of Helicobacter pylori and Giardia lamblia infections on chronic urticaria. J Investig Allergol Clin Immunol 2000; 10: 94-97.
17. Dauden E, Jimenez-Alonso I, Garcia- Deiz A. Helicobacter pylori and idiopathic chronic urticaria. Int J Dermatol 2000; 39(6): 446-452.
18. Di Campli C, Gasbarrini A, Nucera E, Franceschi F, Ogetti V, Sanz Torre E, et al. Beneficial effects of Helicobacter pylori eradication on idiopathic chronic urticaria. Digest Dis Sci 1998; 43(6): 1226-1229.
19. Federman DG, Kirsner RS, Moriarty JP, Concato J. The effect of antibiotic therapy for patients infected with Helicobacter pylori that have chronic urticaria. J Am Acad Dermatol 2003; 49 (5): 861-864.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]