



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینة تشخیص و درمان عفونت های کوباکتر پیلوری

مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی

با همکاری:

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای بالینی تشخیص و درمان عفونت هلیکوباکتر پیلوری/تالیف مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه ؛ به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت.
مشخصات نشر	: تهران: نشر پونه، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	: ۱۷ص.
شابک	: 978-600-6681-20-7
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: هلیکوباکتر پیلوری -- عفونت
موضوع	: هلیکوباکتر پیلوری -- عفونت -- تشخیص
موضوع	: هلیکوباکتر پیلوری -- عفونت -- درمان
شناسه افزوده	: بیمارستان شریعتی (تهران). مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. معاونت بهداشت
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۳ ۲/۵۸۸ / RC۸۴۰
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۳۳۰۱۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۵۷۸۳۴۸



خ طالقانی شرقی - خ جهان- ساختمان پونه- شماره ۶- طبقه سوم- تلفن ۷۷۶۰۵۷۹۸

نام کتاب: راهنمای بالینی تشخیص و درمان عفونت هلیکوباکتر پیلوری

تالیف: مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی (با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه) (به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت)

ناشر: پونه

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر هنری: علی منتشری

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: معلی

شابک: ۷-۲۰-۶۶۸۱-۶۰۰-۹۷۸

قیمت: رایگان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینے تشخیص و درمان عفونت های کوباکتر پیلوری

مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی

با همکاری:

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



۶۱ اپیدمیولوژی

۶۲ متدولوژی

۶۳ اهداف راهنما

۶۴ اهمیت و دلایل انتخاب کاربران راهنما

۶۵ جمعیت هدف

۶۶ کاربران هدف راهنما

۶۷ سوالات بالینی

۶۸ روش استناد به شواهد

۶۹ معیارهای غربالگری

۷۰ روش ارزیابی راهنماها

۷۱ تعریف سطح شواهد و توصیه‌ها

۷۲ توصیه‌های کلیدی

۷۳ ارزیابی، اقدامات تشخیصی

۷۴ پیگیری

۷۵ درمان‌های دارویی

۷۶ منابع

۷۷ ضمیمه

بسمه تعالی

تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی بیش از یک دهه است که به عنوان ابزاری مهم برای افزایش کیفیت خدمات درمانی و سلامت عمومی در کشور مطرح و پیگیری شده است. برنامه‌های متعدد کشوری، برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همین‌طور سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی درمان (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) بر این ضرورت تأکید کرده‌اند. در پاسخ، بخش‌های مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راهنمای بالینی متعددی در سطوح مختلف و برای مخاطبان مختلف تدوین کرده‌اند که برخی در عمل نیز به کار گرفته شده‌اند. ولی هنوز نیاز نظام سلامت به این مکتوب‌های ارزشمند کامل پاسخ داده نشده است.

تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد علمی که بتواند نیازهای واقعی کشوری با درآمد متوسط مثل جمهوری اسلامی ایران را پاسخ بدهد با دو دشواری مهم روبه‌رو است. نخست آنکه بسیاری شواهد علمی اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات مختلف از مطالعات کشورهای پردرآمد به دست آمده‌اند. چنین مطالعاتی هر چند می‌توانند کمک فراوانی به کشور کنند، لزوماً پاسخگوی پرسش‌های مرتبط با شرایط کشور نیستند. دشواری مهم دیگر هزینه و زمان بر بودن تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد است که البته نیازمند تخصص‌های مختلف فنی و همکاری میان گروه‌های متفاوت بالینی است.¹ در نتیجه لازم است موضوع راهنماهای بالینی به درستی انتخاب، و روش‌های معتبری در تدوین راهنماها به‌کارگرفته شوند که هزینه کمتری از نظر نیروی انسانی و زمان اجرا داشته باشند. به خصوص به‌کارگیری روش‌های معتبری برای سازگارسازی راهنماهای معتبری که دیگران برای کشور و شرایط خودشان تدوین کرده‌اند ضرورت می‌یابد.²

مجموعه حاضر، که یک جلد آن اکنون در برابر شما است، گامی در این راستا است. این مجموعه نتیجه تلاش همکاران اینجانب در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه و مراکز مختلف تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول دو سال گذشته است که در دوران مدیریت آقایان دکتر فرید ابوالحسنی و دکتر علیرضا دلوری آغاز شده و اکنون منتشر می‌شوند. هدف این راهنماها تهیه مجموعه‌ای مبتنی بر شواهد از راهنماهای بالینی برای پزشکان خانواده و عمومی است. البته محتوای این راهنماها می‌تواند برای متخصصان پزشکی، دانشجویان دوره‌های عمومی و تخصصی و همین‌طور همکاران بالینی و نظام سلامت غیرپزشک نیز مفید و ارزشمند باشد و در عین حال آگاهی عمومی جامعه را در زمینه روش‌های درست تشخیص، درمان و مدیریت بیماری‌ها افزایش دهد.

افزایش کیفیت خدمات تنها با انتشار راهنماهای بالینی رخ نمی‌دهد. بدون استفاده از آنها در بالین بیمار و در تشخیص و درمان بیماری، راهنماها تأثیری بر ارتقای خدمات نخواهند داشت. مطالعه‌ی در سال ۱۳۹۰ در تهران نشان داد که فقط حدود یک سوم پزشکان شهر تهران با راهنماهای بالینی آشنایی داشتند.³ بدون برنامه‌ریزی مدون در به‌کارگیری راهنماها و اجرای مداخلات مختلف آموزشی، مدیریتی و اجتماعی، تأثیر آنها بر افزایش کیفیت محدود خواهد ماند. تجربه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در به‌کارگیری راهنماهای بالینی درمان دیابت در درمانگاه‌های سرپایی ویژه در شبکه‌های بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر نمونه‌ای موفق از کاربرد راهنماهای بالینی در بهبود مراقبت و درمان و ارتقای سلامت بیماران است.

وظیفه دارم از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مجموعه تلاش کرده‌اند، به خصوص همکاران ارجمند آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و خانم‌ها دکتر آزاده سیاری فرد و دکتر لاله قدیریان از دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، آقای دکتر امید خیرخواه و خانم شیما لشگری از معاونت بهداشت، تمامی نویسندگان راهنماها و دیگر همکاران و مسئولان صمیمانه سپاسگزاری کنم و برای همه ایشان و شما خوانندگان گرامی آرزوی توفیق و بهروزی دارم.

دکتر آرش رشیدیان

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

1- Rashidian A. *Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries. Primary Care Respiratory Journal* 2008; 17(3):136-7.

2- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. *Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012, 18(3):676-681.

3- Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Rashidian A, Gholami J. *Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'Evidence-based clinical guidelines'. International Journal of Preventive Medicine* 2013 4(3): 349-57.

پیشگفتار

توجه به طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی در کشور علاوه بر ارتقای کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران، در کاهش هزینه‌ها نیز موثر خواهد بود. برای رسیدن به این اهداف، طبابت باید بر اساس يك شیوه استاندارد و کارآمد، در سراسر کشور قابل اجرا باشد تا بر اساس چک لیست‌های استاندارد بتوان اقدامات انجام شده را ارزیابی نمود. با توجه به جایگاه پزشك خانواده به عنوان بازوی مهم گروه ارائه دهندگان خدمات بالینی در نظام سلامت، تولید راهنماهای بالینی برای این گروه گامی اساسی و موثر در خدمت رسانی بهینه به بیماران به شمار می‌رود.

بنابراین پیرو اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درخواست دانشگاه علوم پزشکی تهران مبنی بر تهیه و تولید راهنماهای بالینی بومی و مبتنی بر شواهد برای پزشك خانواده، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به بومی‌سازی راهنمای بالینی تشخیصی و درمان عفونت هلیکوباکتریلوری نمود. برای تهیه این مستند از راهنماهای معتبر بالینی موجود در دنیا استفاده شده است. همچنین تلاش گردید تا برای استفاده از نظرات، توصیه‌ها و راهنمایی‌های صاحب‌نظران در جهت بومی سازی آن، پیش‌نویس اولیه راهنمای بالینی تشخیصی و درمان عفونت هلیکوباکتریلوری در اختیار گروه‌های مختلف ذینفع در سراسر کشور قرار گیرد.

با این حال معتقدیم که این راهنمای بالینی، خالی از اشکال نبوده و کوشش خواهد شد. در به روزرسانی‌های بعدی اشکالات موجود شناسایی و اصلاح گردد. در اینجا لازم است از حمایت های مقام محترم ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر باقر لاریجانی و معاون محترم بهداشت وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر دلآوری و همچنین جناب آقای دکتر جعفریان، ریاست محترم دانشگاه و جناب آقای دکتر رشیدیان، معاون محترم بهداشت دانشگاه قدردانی نماییم.

همچنین از زحمات کلیه دست اندرکاران تولید و انتشار این راهنما تشکر نموده و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این مجموعه یاری خواهند نمود، سپاسگزاری می‌نماییم.

دکتر رضا ملک زاده

رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی

کمیته مطالعه و تدوین راهنمای بالینی تشخیص و درمان عفونت هلیکوباکتریلوری:

۱. دکتر رضا ملک زاده
۲. دکتر صادق مسرت
۳. دکتر مهدی صابری فیروزی
۴. دکتر سیاوش ناصری مقدم
۵. دکتر پیمان ادیبی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۶. دکتر محمدحسن امامی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۷. دکتر حسن سعادت نیا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۸. دکتر فریبرز منصورقناعتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۹. دکتر حافظ تیرگر فاخری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۱۰. دکتر محمدحسین صومی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۱۱. دکتر شهریار نیک پور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۲. دکتر صدیف درویش مقدم، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۱۳. دکتر شیفته عابدیان
۱۴. دکتر نرگس فضل الهی

کمیته بومی سازی راهنمای بالینی تشخیص و درمان عفونت هلیکوباکتریلوری:

۱. دکتر رضا ملک زاده، فوق تخصص گوارش
۲. دکتر صادق مسرت، فوق تخصص گوارش
۳. دکتر مهدی صابری فیروزی، فوق تخصص گوارش
۴. دکتر ناصر ابراهیمی دریانی، فوق تخصص گوارش
۵. دکتر سیاوش ناصری مقدم، فوق تخصص گوارش
۶. دکتر اکرم پورشمس، فوق تخصص گوارش
۷. دکتر شاهین مرآت، فوق تخصص گوارش
۸. دکتر محمد باقری، فوق تخصص گوارش
۹. دکتر بیژن شهبازخانی، فوق تخصص گوارش
۱۰. دکتر رسول ستوده منش، فوق تخصص گوارش
۱۱. دکتر مرتضی خطیبیان، فوق تخصص گوارش
۱۲. دکتر رضا انصاری، فوق تخصص گوارش
۱۳. دکتر علی علی عسگری، فوق تخصص گوارش
۱۴. دکتر ندا نوذری، فوق تخصص گوارش

۱۵. دکتر محمد امامی، فوق تخصص گوارش
۱۶. دکتر امیرعلی سهراب پور، فوق تخصص گوارش
۱۷. دکتر علیرضا موید کاظمی، فوق تخصص گوارش
۱۸. دکتر علیرضا سیما، فوق تخصص گوارش
۱۹. دکتر بهروز افشار، فوق تخصص گوارش
۲۰. دکتر لطف اله عسگری، فوق تخصص گوارش
۲۱. دکتر رستگار مقدم، فوق تخصص گوارش
۲۲. دکتر آناهیتا صادقی، متخصص داخلی
۲۳. دکتر زینب نادرپور، متخصص داخلی
۲۴. دکتر شیفته عابدیان، پزشک عمومی
۲۵. دکتر نرگس فضل الهی، پزشک عمومی

کمیته مدیریت دانش راهنماهای بالینی پزشک خانواده:

۱. دکتر رضا مجد زاده، استاد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۲. دکتر آزاده سیاری فرد، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۳. دکتر لاله قدیریان، متخصص پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۴. دکتر لیلا حق جو، پزشک عمومی، MPH، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۵. لیلا مونسان، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۶. دکتر فاطمه رجبی، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۷. سمانه عروجی، کارشناس IT، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

کمیته اجرایی برنامه ریزی، نشر و ویرایش نهایی:

۱. دکتر امید خیرخواه، پزشک عمومی، MPH، معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه
۲. دکتر سعید تأملی، پزشک عمومی، MPH، معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه
۳. شیما لشگری، کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، معاونت بهداشت دانشگاه

اپیدمیولوژی

هلیکوباکتر پیلوری یکی از شایعترین عفونت‌ها در انسان می‌باشد که تقریباً نیمی از جمعیت جهان به آن مبتلا هستند. تنها مخزن شناخته شده برای این عفونت معده انسان است. عفونت از راه دهان به دهان، و از راه مدفوع به دهان منتقل می‌شود. این عفونت عمدتاً در کودکی شروع می‌شود و بدلیل وضعیت خاص میکروبی و عدم دسترسی مستقیم سیستم ایمنی به آن تا آخر عمر در معده باقی می‌ماند. شیوع عفونت با هلیکوباکتر پیلوری در کشورهای توسعه یافته رو به کاهش است ولی شیوع آن در کشورهای در حال توسعه که بخش بزرگی از جمعیت جهان را در خود جای داده است بسیار بالاست. شیوع هلیکوباکتر پیلوری در مناطق مختلف بر حسب وضعیت بهداشت عمومی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی نیز متفاوت است.

در بررسی‌های متعدد بر روی افراد سالم جامعه ایرانی، نزدیک به ۸۰٪ افراد بالغ به عفونت هلیکوباکتر پیلوری مبتلا می‌باشند. حدود ۵ الی ۱۰ درصد این افراد دچار بیماریهای معده و دوازدهه شامل زخم معده و دوازدهه و به میزان بسیار کمتری سرطان معده یا لنفوم دچار می‌شوند. از اولین عارضه‌های این عفونت بخصوص در سنین پایین و کودکان گاستریت مزمن می‌باشد که می‌تواند به عنوان یک ضایعه پیش سرطانی در معده عمل نماید. این ضایعه به عنوان نقطه شروع تغییرات مخاط معده عمل می‌کند که در نهایت می‌تواند به آدنوکارسینومای تیپ روده ای منجر شود. این عفونت با تحریک واکنش ایمنی میزبان، موجب آماس مزمن فعال، صدمات مخاطی، و در نتیجه گاستریت آتروفیک چند کانونی و متاپلازی روده‌ای، دیسپلازی غده ای (گلاندولار)، و آدنوکارسینوم می‌شود. چنانچه این عفونت در بالغین ایجاد شود بخصوص در حضور اسید و پپسین بالا باعث ایجاد زخم معده و دوازدهه می‌شود. احتمال تاثیر سایر عوامل محیطی و ژنتیکی در تکمیل این مسیر بسیار مهم است. هلیکوباکتر پیلوری عامل خطر مهمی برای گاستریت در تمام مناطق معده و از جمله کاردیای معده است ولی همبستگی آن با التهاب در آنتر و کاردیا قوی تر از تنه معده است. در ۸۰ درصد افراد جامعه ایرانی انجام سرولوژی در اغلب موارد مثبت خواهد بود، لذا انجام روتین این آزمایش ضرورتی ندارد. هنگامی آزمایش تشخیصی ارزشمند می‌باشد که پزشک موظف به درمان بیماری ناشی از این عفونت باشد.

متدولوژی

اهداف راهنما

- هدف اصلی: بومی سازی راهنمای بالینی عفونت هلیکوباکتر پیلوری معده
- هدف فرعی: یکسان سازی روشهای غربالگری و درمان در کشور و ارائه برنامه ای نظام مند جهت بیماریابی به موقع و اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب

- اهداف کاربردی: پرهیز از ارائه خدمات به شیوه پرهزینه و غیرضروری به افراد جامعه و ارائه هزینه اثربخش‌ترین روشهای تشخیصی، درمان و در نتیجه تخصیص بهتر منابع سلامت در کشور

اهمیت و دلایل انتخاب کاربران هدف:

پزشکان خانواده که کاربران هدف این راهنما هستند، اولین سطح مواجهه با بیماران بوده و موظف به شناسایی و درمان صحیح بیماران در جمعیت تحت پوشش خود و در صورت لزوم ارجاع به متخصصین جهت ارزیابی‌های بیشتر گوارشی هستند. با توجه به شواهد موجود، میزان بررسی و بالطبع درمان این عفونت در جامعه بیش از حد نیاز احساس می‌شود. بسیاری از بیمارانی که مورد درمان آنتی بیوتیکی برای این میکروب قرار می‌گیرند افراد با سوء هاضمه غیر اولسری یا عملکردی می‌باشند. در صورتیکه از هر ۱۳ تا ۱۵ بیمار یک نفر از آنها ممکن است به این درمان پاسخ مناسب بدهند. از طرفی برای تایید ریشه کنی این ارگانیزم به طور معمول از روش سرولوژی استفاده می‌شود، ولی با سرولوژی نمی‌توان ریشه کنی را تایید کرد و آزمون سرولوژی برای ماهها و سالها پس از درمان ریشه کنی می‌تواند مثبت باقی بماند لذا هزینه و نگرانی زیادی به بیماران وارد می‌شود. پزشک خانواده می‌تواند با تشخیص صحیح و درمان موارد ضروری و بررسی صحیح برای پیگیری بیماران موجبات کاهش هزینه‌های اقتصادی این عفونت را فراهم نماید.

جمعیت هدف

- بالغین

کاربران هدف راهنما

- پزشکان خانواده
- پزشکان عمومی
- پزشکان متخصص داخلی

سوالات بالینی

۱. برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری چه روشهایی توصیه می‌شود؟
۲. شرایط لازم برای تست هلیکوباکتر پیلوری چیست؟
۳. چه کسانی نیاز به درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری دارند؟
۴. درچه کسانی تست و درمان هلیکوباکتر پیلوری توصیه می‌شود؟
۵. برای درمان هلیکوباکتر پیلوری در ایران چه رژیم‌های دارویی توصیه می‌شود؟
۶. توصیه‌های لازم به بیمار قبل از شروع درمان چیست؟
۷. برای تایید ریشه کنی هلیکو باکتر پیلوری ازچه تستی استفاده می‌شود؟
۸. در چه مواردی برای تایید ترمیم زخم و ریشه کنی هلیکوباکتر از روش اندوسکپی استفاده می‌شود؟
۹. در چه کسانی مجدداً هلیکوباکتر پیلوری بررسی می‌شود؟

روش استناد به شواهد

با کلمات کلیدی زیر موتورهای جستجوی پاب مد و گوگل اسکولار و وب سایت انجمن‌های معتبر گاستروانترولوژی در آمریکا، اروپا و آسیا بررسی شد. گایدلاین هایی که به زبانهای انگلیسی چاپ شده و نسخه کامل آنها در دسترس بود جمع آوری شد. گایدلاین هایی که مخصوصاً برای پزشکان خانواده یا پزشکان شاغل در مراکز مراقبت‌های اولیه ارائه شده بود در اولویت قرار گرفت.

Helicobacter pylori, Eradication, Dyspepsia, Peptic ulcer

بازه زمانی جستجو: شهریورماه ۱۳۹۲

معیارهای غربالگری

در دسترس بودن نسخه کامل راهنما، به روز بودن (بعد از سال ۲۰۰۰ میلادی)، سازماندهی مناسب، با اولویت و تکیه بر راهنماهایی که برای پزشکان خانواده یا پزشکان عمومی تدوین شده باشد. با توجه به اینکه هدف اصلی این پروژه بومی سازی توصیه‌های انجام شده در راهنماهای معتبر بین المللی بود تمامی راهنماهای بالینی که شرایط فوق را داشتند، در بررسی و تدوین توصیه‌ها به کار گرفته شدند. در مواردیکه بیش از نیمی از گایدلاین‌ها توصیه خاصی را ارائه کرده بودند بعنوان توصیه اصلی پذیرفته شد و در مواردیکه درصد توافق هر توصیه کمتر از ۵۰ درصد بود با ذکر نظر هر گایدلاین نظر یک گروه از پزشکان متخصص گوارش و کبد با تجربه مورد بررسی و نظر اکثریت اعضا پذیرفته شد. نتایج نهایی در کمیته تدوین راهنما مطرح شد و نظر اکثریت اعضا در راهنمای نهایی ثبت شد.

روش ارزیابی راهنماها

نقد راهنماهای بالینی بر پایه سیستم امتیاز دهی Agree انجام گرفت. قبل از شروع ارزیابی راهنما، کلیه اطلاعات مرتبط با فرایند تولید راهنما جمع آوری شد. در ابزار AGREE ۲۳ معیار در ۶ بخش طبقه بندی شده و هر بخش به یک جنبه از کیفیت راهنما می‌پردازد. به هر معیار نمره ای بین ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) تعلق می‌گیرد مطابق زیر:

۱. کاملاً مخالف: هرگاه اطمینان دارید معیار مورد نظر اصلاً رعایت نشده است

۲. مخالف

۳. تا حدی مخالف

۴. نه مخالف نه موافق

۵. تا حدی موافق

۶. موافق

۷. کاملاً موافق: هر گاه اطمینان دارید معیار مورد نظر کاملاً رعایت شده است.

محاسبه نمره هر بخش با جمع نمره داده شده به معیارهای آن بخش و استاندارد کردن نمره کل با توجه به حداکثر نمره قابل کسب در آن بخش به دست آمد.

تعریف سطح شواهد و توصیه‌ها

توصیه‌های این راهنما بر اساس معیارهای زیر دسته بندی شده‌اند:

سطح شواهد

۱. شواهد حاصل از متآنالیز مطالعات تصادفی کنترل شده (الف) (Ia) یا حداقل از یک مطالعه تصادفی کنترل شده (ب) (Ib)
۲. شواهد حاصل از حداقل یک مطالعه کنترل شده غیر تصادفی (الف) (IIa) یا مستندات حاصل از حداقل یک مطالعه با طراحی خوب نیمه تجربی (ب) (IIb) شواهد حاصل از مطالعات با طراحی خوب غیرتجربی مانند مطالعات مقایسه‌ای، مطالعات رابطه‌ای و موارد نادر (III)
۳. شواهد حاصل از کمیته‌های صاحب نظران و یا نظرات و تجارب افراد صاحب نظر (IV)

درجه بندی توصیه‌ها

- A توصیه‌های مبتنی بر مطالعات کنترل شده تصادفی و مطالعات با کیفیت و انسجام خوب
- B توصیه‌های مبتنی بر مطالعات با طراحی منسجم و خوب ولی غیر تصادفی
- C مواردی که علیرغم نبود مطالعات با طراحی منسجم و کیفیت خوب توصیه می‌شود.

توصیه‌های کلیدی

ارزیابی، اقدامات تشخیصی

درجه توصیه	بررسی عفونت هلیکوباکتر پیلوری
سطح شواهد ۱ سطح توصیه الف	<ul style="list-style-type: none"> • برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری از چه تستی استفاده می‌شود؟ <p>برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری در صورت انجام اندوسکپی از تست اوره آز سریع و یا هیستولوژی با رنگ آمیز مخصوص و در صورتی که بیمار اندوسکپی نمی‌شود از تست تنفسی اوره با کربن نشاندار معتبر (ترجیحا از نوع اوره با کربن ۱۳C) یا تست آنتی ژن مدفوع از نوع مونوکلونال آنتی ژن استاندارد شده استفاده نمود.</p> <p>استفاده از آزمون سرولوژی برای تشخیص اولیه و تایید ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری و پیگیری بیمار روش مناسبی نمی‌باشد. ولی در مناطقی که آزمون‌های بهتر از جمله تست تنفسی اوره یا آنتی ژن مدفوع موجود نمی‌باشد یا در موارد زیر می‌توان از سرولوژی استاندارد شده هلیکوباکتر پیلوری از نوع GgI تنها برای تشخیص اولیه (و نه برای تایید ریشه کنی عفونت) استفاده نمود (۳ و ۶)</p>

در موارد زیر انجام آزمون سرولوژی استاندارد شده می‌تواند مفید باشد:
 الف - وجود تناقض بین آزمایشات دیگر از جمله بیوپسی معده
 ب - در بیماران با خونریزی پپتیک اولسر و تست اوره آز یا هیستولوژی منفی
 ج - در بیمارانی که نمی‌توان داروهای IPP* را قطع نمود.
 د - گزارش گاستریت حاد فعال در بیوپسی معده و منفی بودن آزمون‌های تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری

*Proton Pump Inhibitor

سطح شواهد ۲

• **شرایط لازم برای انجام آزمون هلیکوباکتر پیلوری چیست؟**
 توصیه می‌شود ۴ تا ۶ هفته قبل از بررسی تشخیصی عفونت هلیکوباکتر پیلوری از درمان‌های آنتی بیوتیکی و بیسموت و از دو هفته قبل از داروهای مهار کننده اسید معده استفاده نشده باشد.

شرایط ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری

سطح شواهد ۱

سطح توصیه ب

• **چه کسانی نیاز به درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری دارند؟**
 توصیه می‌شود درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری برای بیماران زیر تجویز شود:
 ۱. وجود زخم‌های پپتیک معده و دوازدهه (اروزیون‌های فعال معده یا دوازدهه و سابقه قبلی زخم پپتیک که درمان نشده‌اند نیز شامل می‌شوند)
 ۲. (MALTOMA) لنفوم معده،
 ۳. بستگان درجه اول بیمار با سرطان معده (این ریشه‌کنی پس از سن ۴۵ تا ۵۰ سال ارزشی ندارد و بایستی قبل از این سن و ترجیحاً در زیر ۰۳ سال انجام شود).
 ۴. بیماران کاندیدای دریافت طولانی مدت آسپیرین و داروهای ضد التهابی غیراستروئید با یک یا چند شرط زیر:

سطح توصیه ب

سطح توصیه ب

الف - سابقه زخم پپتیک معده یا دوازدهه
 ب - سابقه خونریزی از زخم پپتیک
 ج - مصرف توام داروهای دیگر ضد التهابی
 د - مصرف توام ترکیبات استروئیدی
 ه - سن بیش از ۰۶ سال
 و - بیماری‌های پیشرفته همزمان

سطح توصیه ب

لازم بذکر است که ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری در این بیماران به تنهایی برای پیشگیری از خونریزی و زخم پپتیک کفایت نمی‌کند و در مواردی نیاز به مصرف داروهای کاهش دهنده اسید (IPP) نیز می‌باشد.

سطح توصیه ب

۵ - سوء هاضمه عملکردی از نوع شبه اولسر که به درمان کاهنده اسید پاسخ نداده یا مرتباً عود می‌کند
 ۶ - بیماران با جراحی سرطان معده

سطح شواهد ۳

سطح توصیه‌ها ج

• **در چه کسانی تست و درمان هلیکوباکتر پیلوری توصیه می‌شود؟**
 آزمون هلیکوباکتر پیلوری و درمان بر اساس آن برای بیماران با علامت غالب رفلاکس توصیه نمی‌شود.

درمان‌های دارویی

رژیم‌های درمانی

سطح شواهد ۱
سطح توصیه الف

• برای درمان هلیکوباکتر پیلوری در ایران چه رژیم‌های دارویی توصیه می‌شود؟
توصیه می‌شود برای ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری رژیم درمانی زیر (برای حداقل ۲ هفته) به همراه قطع دخانیات (در صورت استفاده) تجویز شود:
آموکسی سیلین یک گرم دو مرتبه در روز + بیسموت ساب سترات دو قرص (۴۲۰ میلی‌گرم) دو مرتبه در روز + (PPI) مهارکننده‌های پمپ پروتون دوز استاندارد دو بار در روز با اضافه یکی از درمانهای زیر:

الف - مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز

ب - فورازولیدون دو قرص (۲۰۰ میلی گرمی) دو مرتبه (در بیماران با سابقه فاویسم یا کمبود آنزیم گلوکز ۶ فسفات دئیدروژناز از رژیم فورازولیدون استفاده نشود) یا

ج - تتراسیکلین ۵۰۰ میلی گرم چهار بار در روز

د - کلاریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز

سطح شواهد ۱
سطح توصیه الف/ب

• توصیه‌های لازم به بیمار قبل از شروع درمان چیست؟
با توجه به اینکه مصرف کامل دارو تاثیر بسیار مثبتی در میزان ریشه کنی عفونت دارد توصیه می‌شود قبل از شروع درمان با توجه کافی بیمار در مورد لزوم درمان و عوارض احتمالی داروها، وی را برای تمکین کامل از رژیم درمانی مورد نظر آماده کنیم.

پیگیری

سطح شواهد ۱-الف
سطح توصیه الف

❖ برای تایید ریشه کنی هلیکو باکتر پیلوری از چه آزمونی استفاده می‌شود؟
توصیه می‌شود ۸ تا ۱۲ هفته پس از درمان برای تایید ریشه کنی هلیکو باکتر پیلوری از تست تنفسی اوره با کربن نشاندار و یا آزمون آنتی ژن مونوکلونال باکتری در مدفوع استفاده شود. آزمون سرولوژی برای بررسی ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری توصیه نمی‌شود. تغییر سطح آنتی بادی هم در این مورد اهمیتی ندارد.

سطح شواهد ۱-الف
سطح توصیه الف

❖ در چه مواردی آزمون‌های حین اندوسکپی برای تایید ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری توصیه می‌شود؟

در بیماران زیر توصیه می‌شود ضمن انجام اندوسکپی برای بررسی ترمیم زخم از آزمون‌های اوره از و یا هیستولوژی برای تایید ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری استفاده شود و در بقیه بیماران تایید ریشه کنی عفونت را می‌توان با روش‌های غیر اندوسکپی انجام داد:

سطح شواهد ۱
سطح توصیه ب

۱. بیماران با زخم معده
۲. بیماران با زخم دوازدهه (که همراه با عوارض خونریزی، پارگی یا انسداد انتهای معده بوده اند.
۳. بیماران با ضایعات پیش سرطانی معده مانند گاستریت‌های همراه با متاپلازی روده ای و دیسپلازی

سطح شواهد ۱
سطح توصیه ب

در چه کسانی بررسی مجدد هلیکوباکتر پیلوری و درمان تجربی آن توصیه می‌شود؟
در بیماران با سابقه قبلی زخم دوازدهه و عفونت هلیکوباکتر پیلوری در صورت عود سوءهاضمه و علائم زخم (در صورتی که علائم هشدار وجود نداشته باشد)، مجدداً هلیکوباکتر پیلوری بررسی و در صورت مثبت شدن درمان ریشه‌کنی دریافت دارند.

نشانه‌های خطر در بیماران با سوء هاضمه:

سطح شواهد ۱
سطح توصیه ب

- کاهش وزن پیش‌رونده بدون رژیم غذایی (بیش از ۱۰ درصد در طی ۶ ماه یا ۵ درصد وزن قبلی در یک ماه اخیر)
- خونریزی گوارشی به صورت استفراغ خونی، مدفوع قیری شکل، یا کم خونی فقر آهن
- اختلال پیش‌رونده بلع (دیسفاژی) و یا بلع دردناک (اودینوفاژی)
- استفراغ مکرر یا برگشت غذا،
- توده شکم، لنفادنوپاتی یا آسیت
- سابقه فامیلی بدخیمی‌های معده در بستگان نسبی درجه اول

سطح شواهد ۲
سطح توصیه ب/ج

توصیه می‌شود با توجه به احتمال افزایش بیماری‌های رفلاکس و آسم پس از ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری توصیه می‌شود قبل از درمان در این مورد با بیماران صحبت شود و توصیه‌های لازم غذایی و نحوه زندگی مبنی بر ثابت نگه داشتن وزن و پرهیز از غذاهای چرب و پرخوری به آنها داده شود.

ارزیابی، اقدامات تشخیصی

جدول ۱: روش‌های تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری:

روش‌های آندوسکوپی	حساسیت	دقت	مزیت	محدودیت
۱- پاتولوژی	>٪۹۵	>٪۹۵	دقت و حساسیت عالی	گران بودن- نیاز به آندوسکوپی نیاز به امکانات و کارشناس
۲- آزمون اوره آز سریع	٪۸۹-۹۸	٪۸۹-۹۳	ارزان- سریع	نیاز به آندوسکوپی دارد
۳- کشت	-	-	دقت و حساسیت خوب	حساسیت پس از درمان کاهش دارد
۴- PCR	-	-	دقت بسیار عالی	گران بودن- در دسترس نبودن
			مقاومت دارویی را مشخص می‌کند	انجام آن سخت است
			حساسیت و دقت عالی	نیاز به روش استاندارد شده
			تشخیص مقاومت دارویی	گران- در دسترس نبودن
روش‌های غیر آندوسکوپی				
۱- سرولوژی	٪۹۰-۱۰۰	٪۷۶-۹۶	ارزان- در دسترس بودن	برای ریشه‌کنی و پس از درمان توصیه نمی‌شود
۲- آزمون تنفسی اوره	٪۸۸-۹۵	٪۹۵-۱۰۰	تشخیص عفونت فعال- دقت عالی	نیاز به استاندارد شدن دارد
۳- آزمون آنتی ژن مدفوع	٪۸۶-۹۱	٪۹۲-۹۳	تشخیص عفونت فعال- دقت و حساسیت بالا بدون ارتباط با اپیدمیولوژی عفونت قبل و بعد از ریشه‌کنی مفید است.	نوع پلی کلونال آن اعتبار کمتر از UBT دارد. نوع متوکلونال آن قبل و بعد از درمان آنتی بیوتیک قابل اعتماد است

بررسی عفونت هلیکوباکتر پیلوری	
درجه توصیه	<p>❖ برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری از چه تستی استفاده می شود؟</p> <p>برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری در صورت انجام آندوسکوپی از تست اوره آز سریع و یا هیستولوژی با رنگ آمیزی مخصوص و در صورتی که بیمار آندوسکوپی نمی شود از تست تنفسی اوره با کربن نشاندار معتبر (ترجیحاً از نوع اوره با کربن ۱۳) یا تست آنتی ژن مدفوع از نوع مونوکلونال آنتی ژن استاندارد شده استفاده نمود.</p> <p>آزمون سرولوژی برای تشخیص اولیه، تایید ریشه کنی و پیگیری بیمار با عفونت هلیکوباکتر پیلوری روش مناسبی نمی باشد. ولی در مناطقی که آزمون های بهتر از جمله تست تنفسی اوره یا آنتی ژن مدفوع موجود نمی باشد یا در موارد زیر می توان از سرولوژی استاندارد شده هلیکوباکتر پیلوری از نوع IgG تنها برای تشخیص اولیه (ونه برای تایید ریشه کنی عفونت) استفاده نمود</p> <p>در موارد زیر انجام آزمون سرولوژی استاندارد شده می تواند مفید باشد:</p> <p>الف - وجود تناقض بین آزمایشات دیگر از جمله بیوپسی معده</p> <p>ب - در بیماران با خونریزی پپتیک اولسر و تست اوره آز یا هیستولوژی منفی</p> <p>ج - در بیمارانی که نمی توان داروهای PPI* را قطع نمود.</p> <p>د - گزارش گاستریت حاد فعال در بیوپسی معده و منفی بودن آزمون های تشخیصی</p> <p style="text-align: right;">Proton Pump Inhibitor*</p>
سطح شواهد ۱ سطح توصیه الف	
سطح شواهد ۲ سطح توصیه ها ب	
	<p>❖ شرایط لازم برای انجام آزمون هلیکوباکتر پیلوری چیست؟</p> <p>توصیه می شود ۴ تا ۶ هفته قبل از بررسی تشخیصی عفونت هلیکوباکتر پیلوری از درمانهای آنتی بیوتیکی و بیسموت و از دو هفته قبل از داروهای مهار کننده اسید معده استفاده نشده باشد.</p>
سطح شواهد ۲	

نکات مهم برای تشخیص عفونت حین آندوسکوپی:

- ❖ در بیمارانی که در ۱-۲ هفته قبل از آندوسکوپی از داروهای PPI و در طی چهار هفته قبل از آندوسکوپی آنتی بیوتیک و بیسموت استفاده نکرده اند. انجام آزمون اوره آز سریع (به دلیل دقت، قیمت و سرعت) برای تشخیص عفونت کفایت می کند.
- ❖ در بیمارانی که بر روی درمان PPI یا آنتی بیوتیک یا بیسموت می باشند حین آندوسکوپی برای آزمون هلیکوباکتر پیلوری بهتر است حداقل دو نمونه از آنتروم و تنه معده برای پاتولوژی با یا بدون آزمون اوره آز گرفته شود.
- در بیمارانی که بر روی درمان PPI، آنتی بیوتیک یا بیسموت می باشند یا بدلیل خونریزی فعال زخم پپتیک آندوسکوپی می شوند توصیه می شود برای افزایش دقت و حساسیت آزمون اوره آز از دو ناحیه معده: انحنای بزرگ آنتروم و از incisura نمونه برداری نمود و در صورت منفی شدن اوره آز، نمونه ها را جهت پاتولوژی ارسال کرد.
- ❖ در بیماران با خونریزی از زخم پپتیک که آزمون اوره آز سریع منفی دارند و پاتولوژی هم یافته خاصی ندارند، ترجیحاً پس از آندوسکوپی و قطع درمان های کاهش دهنده اسید بایستی به روش UBT یا آنتی ژن مدفوع یا سرولوژی برای وجود عفونت هلیکوباکتر پیلوری آزمایش شوند.

❖ برای تایید ریشه کنی هلیکو باکتر پیلوری از چه آزمونی استفاده می شود؟

سطح شواهد ۱-الف
سطح توصیه الف

توصیه می شود ۸ تا ۱۲ هفته پس از اتمام آنتی بیوتیک برای تایید ریشه کنی هلیکو باکتر پیلوری از تست تنفسی اوره با کربن نشاندار و یا آزمون آنتی ژن مونوکلونال باکتری در مدفوع استفاده شود. آزمون سرولوژی برای بررسی ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری توصیه نمی شود. تغییر سطح آنتی بادی هم در این مورد اهمیتی ندارد.

❖ در چه مواردی آزمون های حین اندوسکپی برای تایید ریشه کنی هلیکوباکتر

پیلوری توصیه می شود؟

سطح شواهد ۱
سطح توصیه ب

در بیماران زیر توصیه می شود ضمن انجام اندوسکپی برای بررسی ترمیم زخم از آزمون های اوره از و یا هیستولوژی برای تایید ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری استفاده شود و در بقیه بیماران تایید ریشه کنی عفونت را می توان با روش های غیراندوسکپی انجام داد:

۱ - بیماران با زخم معده

۲ - بیماران با زخم دوازدهه (که همراه با عوارض خونریزی، پارگی یا انسداد انتهای معده بوده اند)

۳ - بیماران با ضایعات پیش سرطانی معده مانند گاستریت های همراه با متاپلازی روده ای و دیسپلازی

❖ در چه کسانی بررسی مجدد هلیکوباکتر پیلوری و درمان تجربی آن بدون

آندوسکپی توصیه می شود؟

سطح شواهد ۱
سطح توصیه ب

در بیماران با سابقه قبلی زخم دوازدهه و عفونت هلیکوباکتر پیلوری در صورت عود سوء هاضمه و علائم زخم (در صورتیکه علائم هشدار وجود نداشته باشد)، مجدداً هلیکوباکتر پیلوری بررسی و در صورت مثبت شدن درمان ریشه کنی دریافت دارند.

نشانه های خطر در بیماران با سوء هاضمه:

✓ کاهش وزن پیشرونده بدون رژیم غذایی (بیش از ۱۰ درصد در طی ۶ ماه یا ۵ درصد وزن قبلی در یک ماه اخیر)

✓ خونریزی گوارشی به صورت استفراغ خونی، مدفوع قیری شکل، یا کم خونی فقر آهن

✓ اختلال پیشرونده بلع (دیسفاژی) و یا بلع دردناک (اودینوفاژی)

✓ استفراغ مکرر یا برگشت غذا،

✓ توده شکمی، لنفادنوپاتی یا آسیت

✓ سابقه فامیلی بدخیمی های معده در بستگان نسبی درجه اول

با توجه به احتمال افزایش بیماری های رفلکس و آسم پس از ریشه کنی هلیکو باکتر پیلوری توصیه می شود قبل از درمان به بیماران اطلاعات کافی داده شود و توصیه های لازم غذایی و نحوه زندگی مبنی بر ثابت نگهداشتن وزن و پرهیز از غذاهای چرب و پرخوری به آنها داده شود.

سطح شواهد ۲
سطح توصیه ب/ج

شرایط ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری

❖ اندیکاسیون درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در ارتباط با بیماران با سوءهاضمه و زخم پپتیک

سطح شواهد ۱
سطح توصیه الف

توصیه می‌شود درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری برای بیماران زیر تجویز شود:

۱. بیماران با زخم پپتیک معده
۲. بیماران با زخم پپتیک دوازدهه
۳. بیماران با آروزیون های متعدد معده یا دوازدهه
۴. بیماران کاندیدای مصرف طولانی مدت آسپیرین یا NSAIDs با سابقه زخم های پپتیک معده یا سابقه خونریزی گوارشی از زخم پپتیک

❖ درجه کسانی تست و درمان هلیکوباکتر پیلوری توصیه نمی‌شود؟

سطح شواهد ۳
سطح توصیه ج

آزمون هلیکوباکتر پیلوری و درمان براساس آن برای بیماران با علامت غالب رفلکس توصیه نمی‌شود.

درمان های دارویی

رژیم های درمانی

سطح شواهد ۱
سطح توصیه الف

❖ برای درمان هلیکوباکتر پیلوری در ایران چه رژیم های دارویی توصیه می‌شود؟

توصیه می‌شود برای ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری رژیم درمانی زیر (برای حداقل ۲ هفته) به همراه قطع دخانیات (در صورت استفاده) تجویز شود:

آموکسی سیلین یک گرم دو مرتبه در روز + بیسموت ساب سیترات دو قرص (۲۴۰ میلیگرم) دو مرتبه در روز + PPI) مهارکننده های پمپ پروتون دوز استاندارد دو بار در روز باضافه یکی از درمانهای زیر:

- الف - مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز
- ب - فورازولیدون دو قرص (۲۰۰ میلی گرمی) دو مرتبه (در بیماران با سابقه فاویسم یا کمبود آنزیم گلوکز ۶ فسفات دئیدروژناز از رژیم فورازولیدون استفاده نشود)
- ج - تتراسیکلین ۵۰۰ میلی گرم چهار بار در روز
- د - کلاریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز

❖ توصیه های لازم به بیمار قبل از شروع درمان چیست؟

سطح شواهد ۱
سطح توصیه الف/ب

با توجه به اینکه مصرف کامل دارو تاثیر بسیار مثبتی در میزان ریشه کنی عفونت دارد توصیه می‌شود قبل از شروع درمان با توجه کافی بیمار در مورد لزوم درمان و عوارض احتمالی داروها، وی را برای تمکین کامل از رژیم درمانی مورد نظر آماده کنیم.

منابع:

1. Massarrat S, Saberi-Firoozi M, Soleimani A, Himmelmann GW, Hitzges M, Keshavarz H. Peptic ulcer disease, irritable bowel syndrome and constipation in two populations in Iran. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 1995;7(5):427-33. Epub 1995/05/01.
2. Nourai M, Latifi-Navid S, Rezvan H, Radmard AR, Maghsudlu M, Zaer-Rezaii H, et al. Childhood hygienic practice and family education status determine the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in Iran. *Helicobacter*. 2009;14(1):40-6. Epub 2009/02/05.
3. Perri F, Manes G, Neri M, Vaira D, Nardone G. *Helicobacter pylori* antigen stool test and ¹³C-urea breath test in patients after eradication treatments. *The American journal of gastroenterology*. 2002;97(11):2756-62. Epub 2002/11/12.
4. NICE clinical guidelines, Dyspepsia: Management of dyspepsia in adults in primary care June 2005(August 2004 (last modified: June 2005));<http://guidance.nice.org.uk/CG17>.
5. The National Guideline Research and Development Unit (NGRDU) related to NICE <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10950/29460/29460.pdf>.
6. Second Asia-Pacific Consensus Guidelines for *Helicobacter Pylori* infection American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2009;24:1587-600.
7. Miwa HI GU, Fock KM, Gonlachanvit S, Gwee KA, Ang TL, Chang FY, Hongo M, Hou X, Kachintorn U, Ke M, Lai KH, Lee KJ, Lu CL, Mahadeva S, Miura S, Park H, Rhee PL, Sugano K, Vilaichone RK, Wong BC, Bak YT. Asian Consensus Report on Functional Dyspepsia. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2012 Apr;27(4):626-41.
8. Massarrat S, Saberifiroozi M, Ebrahimi-Daryani N, Malekzadeh R. Approach to Dyspepsia According to *Helicobacter Pylori* Status in Iran. *Govareh*. 2010;14(1):33-53.
9. Talley NJ. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 2005;129(5):1753-5. Epub 2005/11/16.
10. Ford AC, Moayyedi P. Current guidelines for dyspepsia management. *Dig Dis*. 2008;26(3):225-30. Epub 2008/05/09.
11. Jones RH. Approaches to uninvestigated dyspepsia. *Gut*. 2002;50 Suppl 4:iv42-6. Epub 2002/04/16.
12. Fakhrieh Asl S, Massarrat S. Favorable symptomatic treatment of dyspepsia without endoscopy and testing *Helicobacter Pylori* infection. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2002;20(20).
13. World gastroenterology organisation global guideline: *Helicobacter pylori* in developing countries. *Journal of digestive diseases*. 2011;12(5):319-26. Epub 2011/10/01.
14. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 1998;114(3):579-81. Epub 1998/03/13.
15. Talley NJ, Vakil N. Guidelines for the management of dyspepsia. *The American journal of gastroenterology*. 2005;100(10):2324-37. Epub 2005/09/27.
16. Alizadeh-Naeeni MS-F, M.Pourkhajeh, A., Taheri H, Malekzadeh R, Derakhshan MH, Massarrat S. Effect of *Helicobacter pylori* eradication or of ranitidine plus metoclopramide on *Helicobacter pylori*-positive functional dyspepsia. A randomized, controlled follow-up study. *Digestion*. 2002;66(2):92-8. Epub 2002/11/13.
17. Massarrat S. Why Non-Ulcer Dyspepsia with *Helicobacter pylori* infection shouldnt be eradicated. *Govareh*. 2013;17(4):264-5.
18. Moayyedi P. *Helicobacter pylori* eradication for functional dyspepsia: what are we treating?: comment on "Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia". *Archives of internal medicine*. 2011;171(21):1936-7. Epub 2011/11/30.

ضمایم

آزمایش تنفسی اوره برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری (UBT)* شرایط مورد نیاز برای انجام آزمایش

- حد اقل ۶ ساعت ناشتایی قبل از انجام آزمایش
- مسواک زدن قبل از آزمایش
- مصرف انتی بیوتیک ها و بیسموت طی ۴ هفته قبل از انجام آزمایش مصرف نشود
- مصرف داروهای مهار کننده پمپ پروتون مثل امپرازول ، پنتوپرازول ۲ هفته قبل از انجام آزمایش و منع کننده گیرنده های هیستامین مثل رانیتیدین ، فاموتیدین و سایمتیدین حداقل به مدت ۱-۲ روز
- عدم استعمال دخانیات ۱ ساعت قبل از انجام آزمایش
- مصرف آنتی اسید تاثیری بر روی آزمایش ندارد

تست تنفسی اوره با کربن نشاندار بسیار حساس می باشد و می تواند عفونت فعال معده را تشخیص دهد. این آزمون برای بیمارانی که نمی توانند اندوسکپی را تحمل کنند استفاده می شود. لازم بذکر است که تنها آزمون با کربن ۱۳ را می توان برای خانم های حامله و کودکان استفاده نمود.

*Urea Breath Test

روش انجام

زمان قطع داروها قبل از انجام تست تنفسی اوره:
 بیسموت و آنتی بیوتیک ۴ هفته
 PPI ۱-۲ هفته
 H2RA ۲۴-۴۸ ساعت
 آنتی اسید نیاز به قطع نیست

بیمار یک کپسول محتوی کربن نشاندار به همراه اسید سیتریک را با کمک ۵۰ سی سی آب می خورد، سپس ۱۵ دقیقه بعد هوای بازدم خود را با فوت کردن به داخل کارت تنفسی با کیسه ای مخصوص وارد نماید. در قسمت بالای کارت تنفسی یک نشانگر نارنجی رنگ وجود دارد که پس از تماس با بازدم بیمار رفته رفته زرد رنگ می شود. پس از زرد شدن نشانگر، کارت تنفسی برای انجام آزمایش فرستاده می شود.

