

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٧٠٤٧



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات - بهداشتی درمانی

شهید صدوقی یزد

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتراى عمومی

عنوان:

**تعیین فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به
Dyspepsia مقاوم و بررسی تأثیر ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری
در مقابل درمان روانپزشکی در بیماران مراجعه کننده
با Functional Dyspepsia**

استاد راهنما:

دکتر حسن سلمان روغنی

اساتید مشاور:

دکتر سید مجتبی یاسینی

دکتر محمد حسن لطفی

نگارش:

فرزانه ردائی

سال تحصیلی ۸۶-۸۵

۱۳۸۶ / ۹ / ۱۸

۷۰۱۴۷

تقدیم به

نیک نامانی که قلوب نسل بعد آرامگامشان است.

با سپاس فراوان از استاد گرانقدر :

جناب آقای دکتر حسن سلمان روغنی

که در تمام مراحل این پژوهش از راهنمایی‌های بی دریغشان

بهره‌مند بودم.

با سپاس فراوان از :

استاد گرامی جناب آقای دکتر سیدمجتبی یاسینی

استاد گرامی جناب آقای دکتر محمدحسن لطفی

و کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند.

خلاصه

عنوان پایان نامه: تعیین فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به *dyspepsia* مقاوم و بررسی تاثیر درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در مقابل درمان روانپزشکی در بیماران مراجعه کننده با *functional dyspepsia*

Dyspepsia درد شکم مداوم یا عود کننده و یا احساس ناراحتی شکم در ناحیه فوقانی شکم است. شایعترین فرم آن *functional dyspepsia* می باشد. درد شکم در *F.D* علت قابل شناسایی ندارد و با بررسی بیشتر ضایعه ارگانیک وجود ندارد.

اتیولوژی آن شامل: ۱- اختلال عملکرد حرکتی معده و روده کوچک ۲- افزایش حساسیت احشایی ۳- عفونت *H.pylori* ۴- فاکتورهای روانی- اجتماعی ۵- عدم تحمل به غذا می باشد. فاکتورهای روانی متعددی در ارتباط با *F.D* مورد مطالعه قرار گرفته است که شامل استرس روانی- ویژگی شخصیتی- حمایت اجتماعی- حوادث و... می باشد. شایعترین اختلال روانپزشکی همراه با *dyspepsia* شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی و سوماتو فرم است.

فاکتورهای روانی با واسطه سیستم عصبی اتونوم و سیستم نورواندوکرین که شامل محور هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال است و رسپتورهای مرکزی و تنظیم کننده‌های التهاب مخاط شامل سیتوکین ها بر روی عملکرد دستگاه گوارش اثر می گذارند و موجب اختلال عملکرد آن می شوند اختلال حرکتی دستگاه گوارش فوقانی بصورت تاخیر تخلیه معده و تغییر ظرفیت معده و اختلال حسی آن بصورت افزایش حساسیت احشایی می باشد.

عفونت *H.pylori* دیگر اتیولوژی مطرح شده در *F.D* می باشد که شیوع آن بخصوص در کشورهای در حال توسعه بسیار بالا است و نتایج متناقضی دال بر عامل بودن آن بدست آمده است.

اهداف کلی: ۱- تعیین فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به *dyspepsia*

۲- مقایسه روش درمانی آنتی بیوتیکی جهت ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری با درمان اختلال روانپزشکی در بهبود علائم بیماران با **Functional dyspepsia**

اهداف فرعی: ۱- تعیین فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به **Non ulcer dyspepsia (NUD)**

۲- تعیین فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به **Ulcer dyspepsia (UD)**

۳- تعیین فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به **NUD** و **UD** بر

حسب جنس

۴- تعیین میزان و مقایسه اثر روشهای درمانی آنتی بیوتیک جهت ریشه کنی

هلیکوباکتر پیلوری با درمان اختلال روانپزشکی در بهبود علائم بیماران با **Functional dyspepsia**

فرضیات: ۱- فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به **NUD** چقدر است؟

۲- فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به **UD** چقدر است؟

۳- آیا فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مرد و زن با **NUD** و **UD** متفاوت

است؟

۴- میزان اثر روش های درمانی ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری با درمان اختلال

روانپزشکی در بهبود علائم بیماران با **Functional dyspepsia** متفاوت است.

این مطالعه دارای ۲ فاز می باشد: فاز اول توصیفی و فاز دوم کارآزمایی بالینی می باشد. از دی ماه ۱۳۸۵ تا پایان اردیبهشت ۱۳۸۶ تعداد ۲۰۰ نفر بیمار مبتلا به **dyspepsia** مراجعه کننده به مطب خصوصی و کلینیک گوارش بیمارستان شهید صدوقی در نظر گرفته شدند. ابتدا در فاز اول ۲۰۰ نفر بیمار مبتلا به **dyspepsia** که اندیکاسیون اندوسکوپی داشتند بطوریکه عدم پاسخ به درمانهای قبلی و یا عود علائم به دنبال درمانهای رایج داشته اند و یا ترس از بدخیمی داشته اند ابتدا با پرسشنامه **SCL 90** اختلال روانپزشکی بررسی شد و سپس اندوسکوپی انجام شد. ۱۲۰ نفر از افرادی که اندوسکوپی نرمال و تست اوره از مثبت و اختلال روانپزشکی اثبات شده داشتند وارد فاز دوم مطالعه شدند و پس از سنجش شدت

علائم گوارشی با **Glasgow dyspepsia severity score scale (GDSS)** به دو گروه ۶۰ نفره تقسیم شدند. گروه اول امپرازول، بیسموت، آموکسی سیلین، مترونیدازول و آنتی اسید به مدت ۲ هفته و گروه دوم کلرودیازوپوکساید، نورترپیتیلین، فاموتیدین و آنتی اسید به مدت ۸ هفته دریافت کردند و بیماران به مدت ۲ ماه پیگیری شدند.

بر اساس نتایج بدست آمده در این مطالعه ۶۲٪ بیماران افسردگی داشتند بطوریکه ۲۱٪، افسردگی متوسط تا شدید داشته اند، ۶۶٪ بیماران دارای اضطراب منتشر بودند که ۲۳٪ آنها اضطراب متوسط تا شدید داشته اند و ۴۰/۵٪ بیماران دارای سایکوز و پارانوئید بودند. رابطه بین بیماری اضطراب با علائم گوارشی بیماران معنادار شده است. اختلالات روانپزشکی مورد بررسی در زنان بیشتر از مردان بدست آمده است.

شیوع بالای اختلالات روانپزشکی در بیمارانی که با **dyspepsia** مراجعه می کنند در مقایسه با میزان این اختلالات در جمعیت عمومی نشان می دهد که در نظر گرفتن جنبه های روانی علائم گوارشی اهمیت بسزایی دارد.

عفونت **H.pylori** یکی از اتیولوژیهای مطرح شده در توجیه علائم **dyspepsia** می باشد. عامل بودن این عفونت به شیوع آن در جامعه بستگی دارد. مطالعات متعددی جهت بررسی شیوع این عفونت در ایران انجام شده است و شیوع بالایی گزارش شده است. مطالعاتی که جهت بررسی عامل بودن عفونت **H.pylori** انجام شده است نتایج متناقضی را گزارش کرده اند. بنابراین درمان همه ی بیماران با این عفونت جهت برطرف کردن علائم **F.D** قابل بحث است.

در فاز دوم این مطالعه بهبود بیشتر بیماران درمان شده با داروهای روانپزشکی نسبت به درمان آنتی بیوتیکی جهت ریشه کنی **H.pylori** بدست آمده است.

بنابراین **dyspepsia** نتیجه عملکرد پیچیده فاکتورهای روانی و بیولوژیکی و اجتماعی است و در صورتیکه این فاکتورها پیگیری شوند قابل درمان خواهد بود.

فهرست

صفحه	عنوان
۱	کلیات
۵	بیان مسئله و اهمیت موضوع
۹	مروری بر مطالعات مشابه
۱۲	اهداف و فرضیات
۱۴	روش کار
۱۹	نتایج
۳۰	بحث و نتیجه گیری
۳۷	خلاصه انگلیسی
۳۹	منابع و مأخذ

فصل اول

کلیّات

کلیات

در سال ۱۹۹۰ تیم بین‌المللی محققان تلاش کردند که تعریف بخصوصی از dyspepsia را برای اهداف تحقیقاتی داشته باشند و مطابق این تعریف Dyspepsia درد شکم مداوم یا عود کننده و یا احساس ناراحتی شکم متمرکز در ناحیه فوقانی شکم است. احساس ناراحتی (discomfort) نشان دهنده احساس منفی فرد و براساس قضاوت بیمار است و به سطح pain (درد) نمی‌رسد. [۱] شیوع سالانه درد فوقانی شکم راجعه و یا احساس ناراحتی در امریکا و دیگر کشورهای غربی حدود ۲۵٪ است و اگر سوزش سر دل را اضافه کنیم به حدود ۴۰٪ می‌رسد. [۲] اتیولوژی مطرح شده برای dyspepsia شامل:

۱- PUD - ۲ GERD ۳- بدخیمی ۴- صفراوی ۵- IBS

۶- Abdominal wall pain ۷- داروها [۱]

Dyspepsia در ۳ فرم شایع اتفاق می‌افتد:

۱- ulcer like

۲- functional dyspepsia

۳- reflux-like [۳]

PUD شامل زخم دوازدهه و زخم معده می‌باشد. PUD، ۱۵-۵٪ بیماران مراجعه کننده

بادیس پسی را در شمال امریکا تشکیل دهد. علایم زخم دوازدهه زمانی که اسید توسط غذای

مصرفی خنثی نشود اتفاق می افتد بطوری که علایم کلاسیک زخم ۲ تا ۵ ساعت بعد از غذا خوردن یا به هنگام معده خالی اتفاق می افتد. همچنین علایم در شب اتفاق می افتد، بین ۱۱PM تا ۲AM زمانی که تحریک ترشح اسید ماکزیمم است. زخم معده بطور کلاسیک با درد شدید بلافاصله بعد از غذا خوردن همراه است که با غذا و آنتی اسید کمتر علایم برطرف می شود. ریسک فاکتورهای پیدایش زخم شامل سیگار، افزایش ترشح اسید، کاهش ترشحات بی کربنات، هایپرگاسترونمیا، افزایش فعالیت واگ و فاکتورهای ژنتیکی می باشد. فاکتورهای دیگر شامل سن بیماران، سایز زخم، مصرف الکل و نوع تغذیه و فاکتورهای روانشناسی نیز مطرح می شود. [۴]

Functional dyspepsia

درد یا ناراحتی مداوم یا عودکننده ناحیه فوقانی شکم است که علت قابل شناسایی ندارد و تست تعریف شده‌ای برای F.D نداریم. شایعترین نوع dyspepsia که پزشکان با آن مواجه هستند F.D را تقلید می کند که با بررسی بیشتر تخریب بافتی و ابرمالیتی ساختمانی وجود ندارد. طبق نظر کمیته بین المللی محققان، علایم ذکر شده در حداقل ۱۲ هفته وجود داشته که می تواند متوالی باشد یا نه و شواهدی بر ضایعه ارگانیک نداریم و همچنین شواهدی دال بر وجود بیماری سندرم روده تحریک پذیر (IBS) وجود ندارد.

اتیولوژی F.D شامل:

۱- ابرمالیتی عملکرد حرکتی معده و روده کوچک

۲- افزایش حساسیت احشایی

۳- عفونت با H.pylori

۴- فاکتورهای روانی - اجتماعی

۵- عدم تحمل به غذا [۵].

H.pylori

عفونت H.pylori شایعترین عفونت مزمن باکتریایی در انسان است. تخمین‌های محتاطانه نشان می‌دهد که نزدیک به یک دوم مردم جهان در معده خود این باکتری را دارند. گروه زیادی از مردم با این عفونت علامت ندارند و دارای علامت نخواهند شد. به هر حال H.pylori قادر است تعدادی از اختلالات گوارشی نظیر زخم و به مراتب کمتر بدخیمی را ایجاد کند.

از نظر اپیدمیولوژی در U.S و دیگر کشورهای پیشرفته عفونت در دوران کودکی نامعمول اما در بزرگسالان بسیار شایع است. در کشورهای در حال توسعه بیشتر بچه‌های کمتر از ۱۰ سال و ۸۰٪ افراد زیر ۵۰ سال دارای عفونت هستند. این عفونت موجب اختلال در لایه محافظ مخاط معده و یا دئودنوم می‌شود که موجب گاستریت و duodenitis می‌شود. بیشتر افراد با التهاب معده و دئودنوم علائم ندارند اما در بعضی افراد به سمت ulcer و به مراتب کمتر منجر به متاپلازی و فرم‌های خاص بدخیمی می‌شود. گسترش آن از طریق oral-oral یا fecal-oral بدلیل آلودگی آب و غذا می‌باشد.

این عفونت از طریق آزمایش خون، تنفس، مدفوع قابل اندازه‌گیری است و برای درمان آن

۴ رژیم دارویی خاص پیشنهاد می‌شود که تا ۵۰٪ بیماران دچار عوارض جانبی دارو هستند. [۶]

بیان مسئله و اهمیت موضوع

پاتوژنز F.D بخوبی درک نشده و واضح نمی‌باشد. با توجه به دیگر اختلالات عملکرد دستگاه گوارش، محققان نشان داده‌اند که همراهی میان فاکتورهای روانی - اجتماعی و عوارض روانپزشکی وجود دارد. فاکتورهای روانشناسی بیشماری در ارتباط با F.D مورد مطالعه قرار گرفتند که شامل استرس روانی - ویژگی شخصیتی - حمایت اجتماعی - حوادث و استرس‌های زندگی شامل تجاوز و داغداری می‌باشد. [۱]

مطالعات شیوع بالای اختلالات روانپزشکی را در بیماران با منشأ نامشخص دیس پرسی نشان داده است. شایعترین اختلالات روانپزشکی همراه با دیس پرسی شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی و سوماتوform است. [۷]

در یک مطالعه جدید محققان متغیرهای روانشناسی مربوط و کیفیت زندگی را در بیماران با F.D که به کلینیک مراجعه کرده‌اند بررسی کردند و ارتباط بین متغیرهای روانشناسی با علایم خاص گوارشی را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان می‌دهد که بیماران با F.D در مقایسه با گروه کنترل سالم بطور مشخص نمره بیشتری از علایم گوارشی و استرس روانشناسی و کیفیت پایین زندگی را دارا می‌باشند اما شدت علایم گوارشی با استرس روانشناسی ارتباط قوی ندارد بطوریکه با افزایش شدت استرس علایم گوارشی افزایش پیدا نمی‌کند چون علایم گوارشی تظاهر جسمانی استرس نیست بلکه علایم گوارشی در زمینه اختلالات روانپزشکی بوجود می‌آید. [۸]

در یک مطالعه گذشته‌نگر با به کار بردن مصاحبه و ابزارهای سنجش اختلال روانی، محققان به بررسی وقوع و درک حوادث در زندگی و فاکتورهای شخصیتی و سایکو پاتولوژی بیماران با F.D در مقایسه با DU و گروه کنترل سالم پرداختند. نتایج نشان می‌دهد بیماران با F.D در مقایسه با DU حوادث بیشتری را تجربه می‌کنند و بیماران با DU از گروه کنترل نیز حوادث بیشتری را تجربه کرده‌اند. نویسندگان معتقدند که تفاوت در درک حوادث زندگی با عدم تعادل میان استرسور و توانایی دفاعی فرد ارتباط دارد و این نکته بطور غیرمستقیم موجب اختلال عملکرد معده و ناراحتی شکم می‌شود. [۷,۹]

مطالعات نشان داده است که تجاوز در کودکی یا بزرگسالی یکی از ریسک فاکتورهای غیراختصاصی اختلال عملکرد گوارشی است. [۱۰]

با توجه به این که پاتوفیزیولوژی زمینه‌ای F.D بطور کامل شناخته شده نیست و مولتی فاکتوریال است مکانیسم‌های متعددی برای توصیف تظاهر علایم پیشنهاد می‌شود. اختلال حرکتی دستگاه گوارش فوقانی بصورت تأخیر تخلیه معده و Dysmotility دئودنوم و تغییر ظرفیت معده و اختلال عملکرد حسی معده بصورت افزایش حساسیت احشایی مطرح شده است بطوریکه رسپتورها و تنظیم کننده‌های التهاب مخاط شامل سیتوکینین‌ها ممکن است منجر به تشدید تظاهر اختلالات عملکردی گوارش شوند و اختلال عملکرد رسپتورها نظیر رسپتورهای مرکزی سروتونین نیز مطرح شده است. [۱۱]

در چگونگی تأثیر فاکتورهای روانشناسی بر روی اختلال عملکرد دستگاه گوارش، سیستم

نورواندوکراین که شامل محور هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال می باشد بخوبی نقش دارد.

CRH مدیاتور مهمی در پاسخ مرکزی به استرس می باشد. سیستم عصبی اتونوم و سیستم

تنظیم کننده درد داخلی نیز درگیر می باشند. بطور کلی مشخص شده است که ترومای اخیر و

استرس مزمن شدید می توانند در سیستم پاسخ به استرس تغییرات طولانی مدت و بالقوه غیرقابل

برگشتی را ایجاد کنند. در افراد آسیب پذیر تأثیر نوروپولوژیکی استرس و وضعیت عدم تطابق با

استرس می تواند ارتباط بین فاکتورهای روانشناسی و F.D باشد. [۱۲]

کوله سیتوکینین (CCK) پپتید مرتبط مغز و گوارش است و سروتونین (5HT) در تأثیر

فاکتورهای روانشناسی نقش دارند. هر دو موجب کاهش تخلیه معده و ایجاد سیری زودرس

می شود. CCK موجب بی اشتهاپی وابسته به عملکرد سروتونرژیک از طریق مسیر مرکزی می شود.

این اعتقاد وجود دارد که اختلال عملکرد رسپتورهای سروتونرژیک مرکزی با افزایش

حساسیت به CCK و تعامل بین این دو مسئول ایجاد علائم در F.D هستند. [۱۳]

در یک مطالعه ارتباط میان دیسترس روانشناسی و فعالیت میوالکتریک اینرمال معده در

F.D بررسی شده است. EGG (الکتروگاستروگرافی) از ۴۵ بیمار با F.D و از ۳۵ نفر گروه کنترل

سالم انجام شده است و EGG در فاز گرسنگی و ۳۰ بعد از غذا خوردن انجام شده است. با

استفاده از پرسشنامه، حوادث استرس زای زندگی محاسبه شده است. نتیجه این است که در F.D

بیماران، دارای فعالیت میوالکتریک اینرمال معده، در فاز گرسنگی و بعد از غذا خوردن داشته اند

و شدت حادثه استرس زای زندگی و حساسیت بین فردی با این اختلال در ارتباط است. [۱۴]

مطالعات زیادی از تأثیر آنتی دپرسانت‌ها برای برطرف کردن دردهای مزمن حمایت می‌کنند. یک متاآنالیز با بررسی ۳ مطالعه (RCT) Randomize clinical trial در زمینه اختلالات عملکردی گوارش در مورد F.D پیشنهاد کرده است که آنتی دپرسانت‌ها بطور غالب، تری سیکلیک‌ها علائم را ممکن است کاهش دهند. در این مطالعات دوز بکار رفته آنتی دپرسانت‌ها کمتر از دوز درمانی افسردگی بوده است. [۵]

با توجه به شیوع بالای بیماران مراجعه کننده با dyspepsia که علیرغم درمان‌های رایج عود بسیار بالایی دارد و نیز درصد بالای افراد آلوده به عفونت H.pylori که علیرغم درمان ریشه کنی هلیکو باکتر علائم همچنان پابرجاست و نیز اثبات تأثیر زیاد فاکتورهای روانشناسی در برطرف کردن علائم dyspepsia بر آن شدیم که شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مراجعه کننده با dyspepsia و تأثیر داروهای روانپزشکی را در برطرف کردن علائم در این بیماران بررسی کنیم.

مروری بر مطالعات مشابه

۱. در یک مطالعه ارتباط بین علایم dyspepsia با دو عامل شامل اختلال عملکرد فیزیولوژیک معده و استرس روانی بررسی شده است بطوری که ۸۱ بیمار با F.D مورد بررسی قرار گرفتند. نتیجه این مطالعه نشان می دهد که اختلال در تخلیه ی معده در ۲۱٪ افراد وجود داشته است اما این اختلال عملکرد فیزیولوژیک در این بیماران غیر از تهوع با هیچ شکایت دیگری ارتباط و همراهی نداشته است در حالیکه ارتباط مشخصی میان اختلالات روانپزشکی مورد بررسی در پرسشنامه SCL 90 با شکایت های گوارشی وجود داشته است. [۱۵]

۲. در بررسی ۱۳ مقاله در یک systematic review تعداد ۱۷۱۷ نفر جهت بررسی تأثیر داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی در درمان F.D مورد مطالعه قرار گرفتند. در ۱۱ تا از این ۱۳ مطالعه علایم دیس پپسی بصورت مشخصی بهبود داشته اند. [۱۶]

۳. در یک مطالعه استراتژی جدیدی برای درمان F.D مطرح شده است. بیمارانی که از علایم گوارش فوقانی رنج می برند و F.D تشخیص داده شده اند تحت درمان با ۲۰ mg/day famotidin و ۱۵ mg/day mosaprid citrate برای ۴ هفته قرار گرفتند و با گروه کنترل مقایسه شدند افرادی که به درمان جواب ندادند یا نمره بهبودی آنها بین ۰-۲ بود تحت درمان آمی تریپتیلین ۳۰ mg/day قرار گرفتند و با افرادی که بطور راندوم بعد از پاسخ ندادن به دارو تحت درمان هیچ دارویی قرار نگرفتند مقایسه شدند. و هر دو مرحله درمان بهبودی مشخصی گزارش شده است. [۱۷]

۴. سیستم عصبی مرکزی در هدایت و عملکرد سیگنال‌های احشایی نقش مهمی دارد. تغییر در پروسه درد و درک و پاسخ موثر در مغز، فاکتورهای کلیدی در پاتوژنز F.D می‌باشد. سیستم‌های گیرنده نورآدرنژیک و سروتونرژیک مرکزی، در پروسه حرکت و حس فعالیت‌های ترشحی مسیر گوارشی درگیر است. افزایش حساسیت احشایی بعنوان مکانیسم مسئول برای تغییرات حرکتی و درد شکم در F.D محسوب می‌شود. نور آدرنالین نوروترانسمیتر اصلی در سیستم عصبی سمپاتیک است و تغییر در آن موجب تغییر در عملکرد حرکتی می‌شود. [۱۱]

۵. یک متاآنالیز در سال ۲۰۰۰ از بین مطالعات RCT در مورد تاثیر آنتی دپرسانت‌ها انجام شده است و درمان موثری گزارش شده است [۱۸]

۶. مطالعه ای با هدف بررسی این که آیا انجام اقدامات مطمئن کننده (reassurance) در مراقبتهای بهداشتی اولیه بیماران با F.D و نیز دیس پپسی ارگانیک تأثیری در شدت علائم گوارش و روانی بیماران دارد یا نه انجام شده است. ۴۰۰ بیمار با F.D و Organic disorder (OD) مورد بررسی قرار گرفتند و شدت علائم در یکسال بعد follow شده است. نتیجه این که علائم در F.D بیشتر از O.D طول می‌کشد و اطمینان ساختن بیمار دیسترس ذهنی و ترس از بیماری وخیم را کاهش می‌دهد و تغییر در علائم روانشناسی با تغییر در علائم گوارشی ارتباط دارد. [۱۹]

۷. بسیاری از مطالعات مشخص کرده‌اند که عوارض زخم پپتیک در دوره‌هایی از بلاهای طبیعی و فاجعه اجتماعی بسیار شایع تر بوده است. در یک مطالعه‌ای نشان داده شده است که

افزایش دراماتیک سوراخ شدگی زخم بدنبال بیماران لندن وجود داشته است. [۲۰]

در یک مطالعه‌ای ۸ هفته بدنبال زلزله در بررسی بیماران با Gastric ulcer (GU) بدون صدمه فیزیکی بالا و گروه کنترل با Gu بدون مواجه شدن با استرس زلزله شیوع عفونت H. Pylori یکسان گزارش شده است و این اطلاعات نشان داده است که فاکتورهای psychosocial زخم در اثر عفونت H.pylori یا بدون آن را تشدید میکند. [۲۱] استرس و اضطراب و افسردگی ترمیم اندوسکوپی زخم را مختل می‌کنند [۲۲] و عود زخم را افزایش می‌دهد. [۲۳]

۸. در یک مطالعه RCT و دو سویه کور ۱۵۸ بیمار که با شکایت dyspepsia به پزشک خانواده مراجعه کرده بودند و تست اوره از در اندوسکوپی مثبت گزارش شده است مورد بررسی قرار گرفتند. ۷۱ نفر تحت درمان OCA به مدت ۷ روز و ۷۹ نفر تحت درمان پلاسبو روزی ۲ بار به مدت ۷ روز قرار گرفتند. هر دو گروه از نظر جنس و سن و درجه دیس پپسی یکسان بودند. بیماران یکسال followup شدند. نتیجه بررسی نشان می‌دهد که بهبود علایم گروه دریافت کننده آنتی بیوتیک جهت عفونت H.pylori بهبود مشخصی در علائم داشته‌اند. [۲۴]

۹. در یک متاآنالیزی که در مورد تأثیر درمان عفونت H.pylori در بهبود علایم dyspepsia انجام شده است ۹۵۳ نفر درمان آنتی بیوتیکی و ۹۵۸ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. نتیجه این مطالعه نشان می‌دهد که درمان عفونت H.pylori بهبود مشخصی در علایم در F.D نشان نمی‌دهد. [۲۵]