

## بررسی شیوع عفونت با هلیکوباکتر پیلوری در بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه کننده به بخش فوق تخصصی گوارش بیمارستان توحید و بخش داخلی بیمارستان بعثت در سال ۱۳۸۶

دکتر افسانه شریفیان<sup>۱</sup>، میلاد مسائلی<sup>۲</sup>، معرف احمدی<sup>۳</sup>  
۱. فوق تخصص بیماری های کبد و گوارش - استادیار  
۲. دانشجویان عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

### چکیده

زمینه و هدف: ملیکوباکتر پیلوری یکی از شایعترین عفونت‌های باکتریال است و علت اصلی گاستریت مزمن، زخم پپتیک و کانسر قسمت دیستال معده و لنفوم معده است. انسان مخزن اصلی باکتری بوده و به نظر می‌رسد انتقال فرد به فرد و به روش‌های مدفوعی - دهانی و یا دهانی - دهانی صورت می‌پذیرد. هدف از این مطالعه تعیین شیوع عفونت H.P در بیماران دارای PUD می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه جامعه‌ی آماری شامل ۱۰۰ نفر از بیمارانی بود که برای انجام آندوسکوپی به کلینیک درمانی بیمارستان توحید و بیمارستان بعثت سنجندج مراجعه کرده بودند و بود PUD در آنها مسجل بود. از تمام ۱۰۰ نفر بیماری که وارد مطالعه شده بودند آندوسکوپی به عمل آمد و سپس ۴ بیوپسی از آنتر و فوندوس و پره پیلور گرفته شد و جهت تشخیص عفونت H.P از تست RUT استفاده شد. نتایج حاصله وارد محیط نرم افزار Spss,win گردید و با استفاده از آمار توضیحی داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در مجموع شیوع عفونت H.P با کمک تست‌های RUT و سرولوژی ۹۴٪ در PUD به دست آمد. نتیجه‌گیری: در این مطالعه رابطه‌ای معنی‌داری بین شیوع H.P با سن و جنس و محل زندگی و سطح تحصیلات و نمای زخم و مصرف دارو و محل زخم پیدا نشد.

کلیدواژه: Prevalence - PUD- H.Pilory

### مقدمه:

هلیکوباکتر پیلوری یکی از شایعترین عفونت‌های باکتریال است و علت اصلی گاستریت مزمن، زخم پپتیک و کانسر قسمت دیستال معده و لنفوم معده است. انسان مخزن اصلی باکتری است. (۱) شیوع H.P بستگی به وضعیت اقتصادی و اجتماعی جوامع و سن افراد دارد. در کشورهای در حال توسعه اکثر افراد در سنین کودکی تا

بلوغ آلوده می‌شوند و تا سن ۵۰ سالگی تقریباً ۹۰٪ افراد این جوامع آلودگی با این باکتری را نشان می‌دهند. ولی در کشورهای پیشرفته و توسعه یافته به لحاظ بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی میزان آلودگی در کودکان



سنجدج، ایران - دانشگاه علوم پزشکی کردستان  
تلفن: ۰۸۷۱-۶۱۳۱۲۸۳

دستگاه گوارش فوقانی مراجعه کرده بودند روش نمونه‌گیری با کمک اندوسکوپ و گرفتن چهار نمونه بیوپسی از زخم بوده‌ات.

#### ابزار تحقیق، چگونگی جمع‌آوری داده‌ها:

اطلاعات و متغیرها پس از جمع‌آوری اطلاعات از نتایج آزمایشات تست اوره آز که از نمونه بیوپسی زخم‌های اثنی عشر و زخم‌های معده‌ی بیماران و همین‌طور تست سرولوژی انجام شده بود. در چک لیست ثبت گردیده. که این چک لیست شامل متغیرهای (سنی، جنسی، محل سکونت، سطح تحصیلات، محل زخم، نمای زخم، خونریزی از زخم و سابقه‌ی مصرف دارو) بود. کلیه‌ی بیمارانی که با PUD به بیمارستان توحید و بعثت مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شد. از این بیماران اندوسکوپ به عمل آمد و هم نمونه بیوپسی جهت انجام نسبت اوره آز ارسال شد. کسانی که تست اوره آز منفی داشتند جهت انجام سرولوژی به آزمایشگاه معرفی شدند. سپس نتایج آزمایشات به اضافه سایر اطلاعات که از طریق پرسشنامه به طور مستقیم از بیمارستان جمع‌آوری شده بود. با استفاده از نظرات استاد راهنما و مشاور آماری مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته شد.

#### یافته‌ها:

در کل در این مطالعه ۱۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که ۴۱ نفر مرد و ۵۹ نفر زن بودند ۳۲ نفر از این افراد ساکن روستا و ۶۱ نفر در شهرها سکونت داشتند. در بین این افراد ۴۷ نفر بی‌سواد، ۷ نفر تحصیلات در حد ابتدایی، ۹ نفر راهنمایی، ۳۰ نفر دبیرستان و بقیه نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیشترین افراد مراجعه کننده در محدوده‌ی سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار می‌گرفتند (۲۹ نفر) و کمترین تعداد در سن کمتر از ۲۰ سال بوده است (۹ نفر) در بین این افراد ۲۰ نفر زخم معده و ۸۰ نفر زخم اثنی عشر

کم بوده و در دوران بزرگسالی ۴۰-۱۰٪ افراد با این میکروب آلودگی پیدا کرده‌اند (۲) - سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۱۹۹۴ هیلکوباکتریلوری را جزء عوامل سرطان‌های گروه یک طبقه‌بندی نموده است. (۳) به طور کلی شیوع عفونت H. pilory در زخم دئودنوم ۱۰۰-۸۰ درصد و زخم معده ۱۰۰-۵۰٪ گزارش شده است. در ژاپن شیوع H. pilory در جمعیت عمومی یک الگوی دو مرحله‌ای منحصر به فرد دارد: در نسل جوانی که قبل از ۱۹۵۰ به دنیا آمده‌اند شیوع حدود ۲٪ است. در حالی که افرادی که قبل از ۱۹۵۰ به دنیا آمده‌اند شیوع تقریباً ۷۵٪ است. (۴)

با توجه به وضع بهداشتی نه چندان مناسب در مقایسه با کشورهای صنعتی و متغیر بودن شیوع آن در مناطق مختلف و از طرف دیگر مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک در کشور نیاز به بررسی شیوع H.P در بیماران مبتلا به PUD احساس می‌گردد تا سیاست درمانی درست برای درمان این بیماران در این منطقه درمان بدون انجام تست و درمان بعد از تست مثبت مشخص گردد.

در مطالعه‌ی دیگری که توسط دکتر مقیمی در استان کردستان صورت گرفته است شیوع H.P در زخم معده ۲۷/۲٪ و در زخم اثنی عشر ۱/۶۴٪ گزارش شده است که البته با توجه به روش کار که تنها یک نمونه بیوپسی از زخم تهیه شده است امکان منفی کاذب افزایش دارد و نیازمند بررسی بیشتر است.

#### روش کار:

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توضیحی می‌باشد. شامل بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر و زخم معده مراجعه کننده به بخش فوق تخصصی گزارش بیماران توحید و بخش داخلی بیمارستان بعثت سنندج در ۶ ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۶ می‌باشد.

حجم نمونه شامل ۱۰۰ نفر از بیماران بودند که با علائم

داشتند. ۸۵ نفر مورد از این زخم‌های نمای فیبرین، ۶ مورد نمای، Visible ۵ مورد Red spot و ۴ مورد دیگر نیز سایر نماها را داشتند، ۸۰ درصد زخم‌ها در زمان اندوسکوپی خونریزی داشتند و در ۲۰ درصد آثار خونریزی دیده نشد. (در بین این افراد ۶۳ نفر سابقه‌ی مصرف هیچگونه دارویی در چند هفته‌ی قبل از مراجعه را نداشتند) (۴ نفر آنتی‌بیوتیک، ۱۷ نفر h2blocker و ۱۷ نفر نیز PPI مصرف کرده بودند) از این ۱۰۰ نفر ۸۲ مورد تست RUT مثبت و ۱۸ مورد نیز منفی گزارش شد. از ۱۸ موردی که تست RUT منفی بود. ۱۲ نفر مورد تست سرولوژی + و ۶ نفر تست سرولوژی منفی گزارش شد. (در مجموع شیوع عفونت‌های H.pilory با کمک تست‌های RUT و سرولوژی ۹۴٪ در PUD بدست آمد. از مجموع ۴۱ نفر افراد مذکور ۴۰ نفر مبتلا به H.P بودند. (۹۷/۶) و در ۵۹ نفر افراد مؤنث ۵۴ نفر حامل H.P بودند (۹۱/۵) ارتباط معنی‌داری بین جنسیت افراد و شیوع H.P دیده نشد. ( $P > /0.5$ ).

شیوع H.P در سن کمتر از ۲۰ سال ۹/۸۸ درصد در ۳۰ تا ۲۱ سال ۸۸/۲ درصد در ۴۰-۳۱ سال ۹۳/۱ درصد در ۴۱-۵۰ سال ۹۰/۹ درصد در ۶۰-۵۱ سال ۱۰۰ درصد و در

منفی	مثبت	
4 (5%)	58 (93%)	ندارد
1 (25%)	3 (75%)	انتی بیوتیک
1 (9%)	16 (94%)	H2blocker
0 (0%)	17 (17%)	PPI

باتوجه به  $P > /0.5$  ارتباطی بین مصرف دارو و شیوع HP به دست نیامد

0 (0%)	20 (100%)	معده
6 (5%)	74 (92%)	دندونوم

باتوجه به  $P > /0.5$  ارتباطی بین محل زخم و شیوع HP به دست نیامد

منفی	مثبت	
1(11/1%)	8(88/9%)	کمتر از 20 سال *
2(11/8%)	15(88/2%)	21_30
2(6/9%)	27(93/1%)	31_40
1(9/1%)	10(90/9%)	41_50
0(0%)	12(100%)	51_60
0(0%)	22(100%)	61 به بالا

باتوجه به  $P > 0.05$  ارتباطی بین سن افراد و شیوع HP به دست نیامد

منفی	مثبت	
0(0%)	5(100%)	معده
6(46/2%)	7(53/8%)	دئودنوم

باتوجه به  $P > 0.05$  رابطه‌ی معنی داری بین محل زخم و تست سرولوژی به دست نیامد

منفی	مثبت	
5(25%)	15(75%)	معده
13(16/3%)	67(83/8%)	دئودنوم

باتوجه به  $P > 0.05$  رابطه‌ی معنی داری بین تست RUT و محل زخم به دست نیامد

#### بحث:

پیشرفته فراوانی عفونت به میزان قابل ملاحظه در گروه‌های سنی مشابه کمتر می‌باشد. برای مثال در یک مطالعه در کشور آمریکا شیوع ۷/۱۶٪ در گروه سنی ۲۰-۲۹ ساله و ۹/۵۶٪ در افراد بالای ۷۰ سال گزارش شده است (۴). در مطالعه صورت گرفته قبلی در ایرن شیوع ۵/۴۷٪ در اردبیل و ۶/۳۰٪ در یزد گزارش شده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در مجموع شیوع عفونت H.P با کمک تست‌های RUT و سرولوژی ۹۴٪ در PUD بدست آمد. ۲ (از زمان معرفی H.P توسط مارشال و وارن در سال ۱۹۸۳ و ارتباط آن با زخم پپتیک نزدیک به دو دهه می‌گذرد بنا به پیشنهاد مؤسسه ملی

شیوع عفونت هلیکوباکتریلوری در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد و علت این تفاوت عموماً ناشی از وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها می‌باشد به لحاظ اینکه انتقال عفونت عموماً از طریق فرد به فرد و یا از طریق آب آشامیدنی آلوده ممکن است صورت پذیرد. می‌توان انتظار داشت که در کشورهای فقیر و یا در حال توسعه شیوع عفونت بالاتر باشد. مطالعات انجام گرفته در سایر کشورها نشان دهنده‌ی میزان عفونت ۷/۸۰٪ در کنیا (۱۰)، ۹/۶۹٪ در جامائیکا (۷) و ۶۷٪ در افراد بالای ۵۰ سال هندوستان (۱۱) بوده است ولی در کشورهای

بهداشت آمریکا در سال ۱۹۹۴ تمام بیماران مبتلا به زخم پپتیک در صورت ابتلا به H.P. بایستی درمان شوند. در ایران نیز شیوع H.P. در افراد ۶ تا ۲۰ ساله اردبیل ۵/۴۷ درصد، ۶/۳۰ در سنین ۲۰-۶ سالگی در شهر یزد، ۲۴٪ در سنین ۱۲-۶ سال در تهران، به ترتیب ۷۰٪ و ۳۲٪ در سنین ۱۸-۴ سالگی در جنوب و شمال شهر تهران گزارش شده است. علت شیوع بالای H.P. در مطالعه‌ی ما شاید ناشی از شیوه‌ی زندگی افراد منطقه و همچنین سطح بهداشت پایین‌تر در این ناحیه می‌باشد. همینطور تغذیه افراد، سطح درآمد مردم نیز ممکن است در این شیوع بالا تأثیر داشته باشد. همچنین علت شیوع بالای H.P. در زخم‌های معده (۱۰۰٪) به نسبت سایر مطالعات نیز می‌تواند ناشی از کم بودن تعداد زخم‌های مورد بررسی باشد (۲۰ زخم) در نهایت در هیچکدام از متغیرها (سن، جنس، محل زندگی، محل زخم، نمای زخم، سابقه‌ی مصرف دارو، خونریزی از زخم) نتوانستیم رابطه‌ی معنی‌داری با شیوع H.P. به دست بیاوریم.

در مطالعه‌ای که در سال ۸۲ توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران تحت عنوان فراوانی عفونت H.P. در ضایعات معده واثی عشر بر روی ۱۷۰ نفر از بیمارانی که به درمانگاه فیروزآبادی مراجعه کرده بودند و از دیس پسی شکایت داشتند انجام شد. ۳۹/۴٪ بیماران با زخم معده واثی عشر به H.P. آلوده بودند در مطالعه‌ی دیگری که تحت عنوان بررسی فراوانی H.P. در ضایعات مختلف معده در بخش پاتولوژی دانشکده پزشکی سمنان طی سال‌های ۷۸-۱۳۷۳ بر روی ۸۰۰ بیمار انجام شد در ۵۷٪ بی‌پسی‌ها H.P. دیده شد گاستریت بیشترین همراهی را با H.P. ۷۵٪ داشت و در زخم اثنی عشر ۷۱٪ آلودگی وجود داشت در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۱۳۸۴ توسط مقیمی در کردستان انجام شد شیوع کلی عفونت H.P. در ۲/۶۱٪ PUD گزارش شد که این شیوع در زخم معده ۲/۲۷٪ و

در زخم اثنی عشر ۱/۶۴٪ گزارش شده است. در مطالعه‌ای که توسط Mitipatn و همکاران در سال ۲۰۰۴ شیوع H.P. در افراد با زخم اثنی عشر ۸۵ درصد و در زخم معده ۵۴/۴٪ گزارش شد و نیز شیوع H.P. در افرادی که آب غیربهداشتی مصرف می‌کنند ۶۶/۱٪ و در افرادی که آب بهداشتی مصرف می‌کردند ۳۰/۸٪ بود.

در مطالعه‌ی دیگری که توسط Kachintonu و همکاران در سال ۲۰۰۰ در بخش پزشکی دانشگاه Mahidol با کوکه بر روی ۲۱۰ بیمار انجام شد مشخص شد که عفونت نقش بارزی در زخم‌های گوارشی دارد. شیوع کلی H.P. ۳/۶۳٪ در زخم اثنی عشر ۶۶٪ و در زخم معده ۵۵٪ گزارش شده در این تحقیق شیوع H.P. رابطه‌ای با سن بیمار نداشت.

#### نتیجه‌گیری:

در این مطالعه رابطه‌ی معنی‌داری بین شیوع H.P. با سن و جنس و محل زندگی و سطح تحصیلات و نمای زخم و مصرف دارو و محل زخم پیدا نشد. با توجه به نتایج این تحقیق و شیوع بالای H.P. در بیماران مبتلا به PUD بنابراین ضروری است مطالعاتی دیگری برای بررسی راههای انتقال عفونت و آلودگی افراد در گروه‌های سنی مختلف انجام شود که ممکن است متفاوت باشند و درجات تأثیر فاکتورهای دیگری از قبیل جنس، زمینه‌های ژنتیکی و نژادی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد نیز بررسی شود.

منابع:

1. Even harl E. Recent developments in the epidemiology of Helicobacter pylori. Gastroenterol clin North Am 2000; 29 (3): 559-37.
2. NaBwera HM and logan RP. Epidemiology of helicobacter pylori: transmission, translocation and extragastric reservoirs. Jphysiol pharmacol 1999; 50(5): 711-22.
3. Bourke B. will treatment of helicobacter pyloei infection in child hood alter the risk of developing gastric cancer? Canj gastroentrol. 2005; 19: 409-11.
4. Toshiro sugiyama, md,phd, keiko nishikawa, md, yoshito komatsu,md, jyun ishizuka, md, takuji mizushima. Md. Ayae kumagai. Md. Moto tsugu kato, md, phd, nagahito saito, md, phd, Hiroshi takeda, md, phd, masahiro asaka, md, phd. and james.w freston, md, phd.