

مقایسه شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری در مناطق شهری و روستایی قزوین (۱۳۸۱)

دکتر همایون شیخ الاسلامی* دکتر رضا قاسمی برقی** دکتر میرهادی موسوی***

Comparison of prevalence of helicobacter pylori infection in urban and rural areas of Qazvin (2002)

H.Sheikholeslami

R.GhasemiBarghi

H.Moosavi

***Abstract**

Background : Helicobacter pylori infection is the most common worldwide human infection and may be complicated by peptic ulcer and gastric cancer or MALT lymphoma.

Objective: To evaluate prevalence of helicobacter pylori in urban and rural areas of Qazvin.

Methods: Through a cross-sectional, random sampling study, 120 subjects of general population of each area were selected and the data were collected by the use of a questionnaire. Blood (3ml) was obtained from each individual and tested by ELISA for Hp IgG Antibody (sensitivity 96% and specificity 94%).

Findings: Seroprevalence of helicobacter pylori infection in Rural areas 83.3% was higher than urban areas 75.8% but there were no significant statistical difference. Other factors (number of family members, gender, educational level, contact with domestic animals and cigar) except than increasing age were not associated with increased helicobacter pylori infection.

Conclusion: Age was the only effective factor predicting the helicobacter pylori infection rate.

Keywords: Helicobacter Pylori, Infection, PepticUlcer, Gastrointestinal Neoplasms, Elisa

*** چکیده**

زمینه : هلیکوباکتر پیلوری شایع ترین عفونت انسانی در دنیاست و ممکن است با عوارض سرطان معده و لنفوم MALT معده همراه شود.

هدف : مطالعه به منظور مقایسه میزان شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری در مناطق شهری و روستایی قزوین در مهر ماه ۱۳۸۱ انجام شد.

مواد و روش ها : در این مطالعه مقطعی ، ۱۲۰ نفر از جمعیت عمومی در هر منطقه روستایی و شهری به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از جمع آوری اطلاعات پرسش نامه، مقدار ۳ میلی لیتر خون از هر فرد با رضایت شخصی تهیه و به وسیله روش سرولوژیکی الیزا برای یافتن IgG بر علیه هلیکوباکتر پیلوری (باحساسیت ۹۸٪ و ویژگی ۹۶٪) بررسی شد.

یافته ها : شیوع سرولوژیکی عفونت هلیکوباکتر پیلوری در منطقه روستایی ۸۳/۳٪ و در منطقه شهری ۷۵/۸٪ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. به جز افزایش سن سایر عوامل مانند تعداد اعضای خانواده، جنس، سطح تحصیلات، تماس با حیوان های اهلی و مصرف سیگار با افزایش میزان عفونت هلیکوباکتر پیلوری ارتباط نداشتند.

نتیجه گیری : با توجه به یافته ها، سن تنها عامل پیشگویی کننده میزان عفونت هلیکوباکتر پیلوری است.

کلید واژه ها : هلیکوباکتر پیلوری ، عفونت، اولسریپتیک ، سرطان معده، الیزا

* دانشیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

** استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

*** دستیار داخلی بیمارستان بوعلی قزوین

آدرس مکاتبه : قزوین، خیابان بوعلی، مرکز آموزشی- درمانی بوعلی سینا، بخش داخلی، تلفن ۳۳۳۳۰۳۱

*** مقدمه**

بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی جوامع و سطح بهداشتی آنها میزان شیوع عفونت در نقاط مختلف دنیا متفاوت است. با مطالعه و شناخت بیش تر عوامل دخیل در میزان آلودگی و بیماریزایی آن می توان به این باکتری و عوارض آن چیره شد.

این مطالعه به منظور تعیین ارتباط محل زندگی (روستا و شهر) با میزان آلودگی هلیکوباکتریلوری و تعیین میزان شیوع عفونت برحسب سن، جنسیت، تعداد افراد خانوار، سطح تحصیلات افراد، تماس نزدیک با حیوان های اهلی و مصرف سیگار انجام شد.

*** مواد و روش ها :**

این مطالعه مقطعی در مهر ماه سال ۱۳۸۱ در دو منطقه روستایی و شهری قزوین انجام شد. ۱۲۰ نفر از مناطق روستایی الموت (جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی زوارک و شهرک) و ۱۲۰ نفر از مناطق شهری (جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی نواب، مینودر، خیابان تبریز و اقبالیه) به صورت تصادفی در ۶ گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال، ۲۰ تا ۲۹، ۳۰ تا ۳۹، ۴۰ تا ۴۹، ۵۰ تا ۵۹ و بالای ۶۰ سال از طریق پرونده های خانوار انتخاب شدند. روستاها با توجه به این که چه مقدار وضعیت سنتی خود را حفظ کرده اند با مشاوره معاونت بهداشتی دانشگاه انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسش نامه از قبل تهیه شده که شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، سطح تحصیلات، تعداد افراد خانوار، سابقه تماس نزدیک با حیوان های اهلی، مصرف سیگار، علائم سوءهاضمه و سابقه درمان ریشه کنی هلیکوباکتریلوری بود، از هر شخص مورد مطالعه ۳ میلی لیتر خون با رضایت تهیه شد. نمونه ها پس از

هلیکوباکتریلوری شایع ترین عفونت مزمن انسانی و مهم ترین عامل اولسرپپتیک است. به طور متوسط ۹ درصد خانم ها و ۱۲ درصد آقایان در مرحله ای از زندگی خویش دچار اولسر پپتیک می شوند. در کشورهای در حال توسعه ، ۸۰ درصد مردم تا سن ۲۰ سالگی آلوده می شوند، اما در کشورهای توسعه یافته میزان عفونت در سنین پایین کمتر و با افزایش سن بیش تر می شود که در نهایت ۳۰ تا ۵۰ درصد مردم آلوده می شوند. ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد آلوده دچار اولسرپپتیک می شوند و در واقع عفونت با هلیکوباکتریلوری میزان اولسرپپتیک را ۵ تا ۷ برابر بیش ترمی کند. (۱و۲و۳)

علاوه بر اولسرپپتیک این میکروارگانیزم با آدنوکارسینوم معده و لنفوم MALT معده نیز ارتباط دارد و طبق مطالعه های گروه EUROGAST در سال ۱۹۹۳ میلادی که در ۱۳ کشور (۱۱ کشور اروپایی، آمریکا و ژاپن) انجام گرفت، میزان سرطان معده در افراد آلوده به هلیکوباکتریلوری ۶ برابر افراد غیرآلوده گزارش شد. (۴) آدنوکارسینوم معده دومین سرطان کشنده بشری و یکی از شایع ترین بدخیمی های موجود در ایران است. لنفوم معده شایع ترین محل لنفوم خارج ندولار است و با درمان ریشه کنی هلیکوباکتریلوری ۷۰ تا ۸۰ درصد در لنفوم MALT معده پسرفت دیده شده است. (۳و۵)

طی ۳۰ سال گذشته با درمان مؤثر هلیکوباکتریلوری موارد فوت، نیاز به جراحی و مراجعه به پزشک به کمتر از نصف کاهش یافته است و موارد عود اولسرپپتیک به کمتر از ۶ درصد موارد (در مقایسه با ۵۹ تا ۶۷ درصد) رسیده است. (۱و۳)

مطالعه های قبلی نشان داده است که با بهبود و ارتقای وضعیت اجتماعی و اقتصادی جامعه، میزان آلودگی به میزان قابل توجهی کاهش می یابد. (۶)

جدول ۱- فراوانی عفونت هلیکوباکتریلوری برحسب برخی از متغیرها در شهرستان قزوین سال ۱۳۸۱

متغیر	گروه	تعداد HP مثبت	تعداد HP منفی	موارد مثبت (درصد)	P-Value
محل زندگی	روستا	۱۰۰	۲۰	۸۳/۳	۰/۲۰
	شهر	۹۱	۲۹	۷۵/۸	
	کل	۱۹۱	۴۹	۷۹/۵	
جنس	مرد	۶۱	۱۶	۷۹/۲	۰/۹۳
	زن	۱۳۰	۳۳	۷۹/۷	
سن (سال)	۱۰-۱۹	۲۵	۱۵	۶۲/۵	۰/۰۱۴
	۲۰-۲۹	۲۹	۱۱	۷۲/۵	
	۳۰-۳۹	۳۲	۸	۸۰	
	۴۰-۴۹	۳۳	۷	۸۲/۵	
	۵۰-۵۹	۳۵	۵	۸۷/۵	
	> ۶۰	۳۷	۳	۹۲/۵	
سطح تحصیلات	بی سواد	۵۶	۱۱	۸۳/۵	۰/۵
	تاسوم راهنمایی	۶۷	۲۱	۷۶	
	بیش تر از دبیرستان	۶۸	۱۷	۸۰	
تعداد افراد خانوار (نفر)	≤ ۳	۳۹	۱۱	۷۸	۰/۹۸
	۴-۵	۶۹	۱۸	۷۹/۳	
	۶-۷	۶۱	۱۵	۸۰/۲	
	> ۸	۲۲	۵	۸۱/۴	
تماس با دام	بله	۵۹	۱۶	۷۸/۶	۰/۹۴
	خیر	۱۳۲	۳۳	۸۰	
مصرف سیگار	دارد	۲۱	۳	۸۷/۵	۰/۹۹
	ندارد	۱۱۴	۲۰	۸۵	
علائم سوء هاضمه	دارد	۷۲	۱۳	۸۴/۷	۰/۱۳
	ندارد	۱۱۷	۳۸	۷۵/۴	

* بحث و نتیجه گیری :

این مطالعه نشان داد که میزان شیوع عفونت هلیکوباکتریلوری در جمعیت روستایی و شهری قزوین بالاست (۷۹/۵ درصد) و بیش تر آن (۶۲/۵ درصد) قبل از ۲۰ سالگی کسب می شود.^(۹و۸)

سانتریفوز با روش سرولوژیکی الیزا با حساسیت ۹۶ درصد و ویژگی ۹۴ درصد برای کشف IgG بر علیه هلیکوباکتریلوری بررسی شدند.

داده ها با آزمون آماری مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

* یافته ها :

۱۹۱ نفر از ۲۴۰ فرد مورد بررسی (۷۹/۵ درصد) آزمون هلیکوباکتریلوری مثبت داشتند که ۱۰۰ نفر آنها (۸۳/۳ درصد) از جمعیت روستایی و ۹۱ نفر (۷۵/۸ درصد) از جمعیت شهری بودند. تفاوت معنی داری بین شیوع هلیکوباکتریلوری در دو گروه شهری و روستایی یافت نشد.

۲۵ نفر از ۴۰ فرد ۱۰ تا ۱۹ ساله (۶۲/۵ درصد) و ۳۲ نفر از ۴۰ فرد ۳۰ تا ۳۹ ساله (۸۰ درصد) و ۳۷ نفر از ۴۰ فرد بالای ۶۰ ساله (۹۲/۵ درصد) تست هلیکوباکتریلوری مثبت داشتند که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/014$). ولی از نظر منطقه زندگی، جنسیت، سطح تحصیلات، تعداد افراد خانوار، تماس با دام و مصرف سیگار اختلاف معنی داری بین دو گروه یافت نشد (جدول شماره ۱). از ۸۵ نفری که دارای علائم سوء هاضمه بودند، ۷۲ نفر (۸۴/۷ درصد) آلوده به هلیکوباکتریلوری بودند و در ۱۵۵ نفری که فاقد علائم سوء هاضمه بودند، ۱۱۷ نفر (۷۵/۴ درصد) دارای آزمون مثبت بودند که اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. در این مطالعه ۷۲ نفر از ۱۹۱ دارای تست مثبت (۳۷ درصد) علائم دیس پپسی داشتند، ولی از ۴۹ نفر غیر آلوده ۱۳ نفر (۲۶ درصد) علائم دیس پپسی داشتند که اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود.

متولدین سال های ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ و ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ رسیده است.^(۶)

در یک مطالعه میزان عفونت هلیکوباکتریلوری در چوپانان بیش تر از افراد غیرچوپان مشابه بوده است.^(۱۱) اما در مطالعه حاضر ارتباط معنی داری بین میزان آلودگی و تماس نزدیک و مداوم با حیوان های اهلی یافت نشد.

در این مطالعه ارتباط معنی داری بین علائم سوءهاضمه و میزان آلودگی هلیکوباکتریلوری یافت نشد که تأییدکننده برخی از نتایج تحقیقات قبلی است. به همین دلیل به طور معمول ریشه کنی عفونت هلیکوباکتریلوری در افراد مبتلا به علائم سوءهاضمه بدون اولسرپپتیک، در برخورد اولیه توصیه نمی شود.^(۲۹) نتایج این مطالعه تأیید کننده نتایج مطالعه میکایلی و همکاران از نظر عدم وجود ارتباط معنی دار بین میزان آلودگی هلیکوباکتریلوری با جنسیت، تعداد افراد خانوار و سطح تحصیلات و ارتباط مستقیم معنی دار با سن است.^(۷)

* سپاسگزاری :

از راهنمایی های آقای دکتر سعید آصف زاده و خانم دکتر فاطمه حاج منوچهری و همکاری آقایان دکتر بوستانی، معصومی، خانم بهزادفر و کارکنان آزمایشگاه بهار قدردانی می شود.

* منابع :

1. Tohn Del valle. Harrisons principles of Internal Medicine. 15th ed, Mc Graw Hill Company, 2001, 1645: 65
2. Sebastian Suerbaun, Michetti P Helicobacter pylori infection. New Eng Med 2001; 347: 1175-84
3. Gordon D, Luk Sleisenger Fodrans. Gastrointestinal. WB Saunders Company 1998, 1005-15

یکی از علل مهم در شیوع عفونت هلیکوباکتریلوری سن است.^(۱۱و۹و۱۰) در این مطالعه شیوع عفونت در افراد ۱۰ تا ۱۹ ساله، ۶۲/۵ درصد و در افراد ۳۰ تا ۳۹ ساله، ۸۰ درصد و در افراد بالاتر از ۶۰ سال ۹۲/۵ درصد بود که به طور معنی داری با افزایش سن بیش تر شده بود. در مطالعه های انجام شده حدود ۰/۹ تا ۱ درصد به ازای هر سال سن، شیوع هلیکوباکتریلوری افزایش نشان می دهد.^(۱۱و۱۰و۹) در این مطالعه میزان عفونت با جنسیت ارتباط نداشت که این یافته با سایر مطالعه ها مشابهت دارد.^(۳۰و۴۰)

از نظر تأثیر محل زندگی روستایی و شهری در یک مطالعه در سال ۲۰۰۰ میلادی، ۱۱۸ نفر از ۱۸۱ محصل مدارس روستایی استونی (۶۵ درصد) و ۱۱۷ نفر از ۲۴۰ محصل مدارس شهری (۴۲ درصد) آزمون هلیکوباکتریلوری مثبت داشتند که به صورت معنی داری میزان آلودگی در روستاییان بیش تر از جمعیت شهری بود ($p=0/001$).^(۸) همچنین میزان آلودگی هلیکوباکتریلوری در مناطق روستایی ویرجینیا در سال ۱۹۹۸، بیش تر از مناطق شهری گزارش شده است ($p<0/05$).^(۹) در حالی که مطالعه حاضر جمعیت روستایی و شهری قزوین از نظر میزان آلودگی هلیکوباکتریلوری تفاوت معنی داری نداشتند که احتمالاً به علت تشابه وضعیت اجتماعی- اقتصادی دو گروه است.

مطالعه مختاری در سال ۱۳۸۱ نشان داد که میزان عفونت هلیکوباکتریلوری در کودکان ۱ تا ۷ ساله مناطق پرجمعیت اصفهان (۶۴/۸ درصد) نسبت به مناطق کم جمعیت (۳۱/۳ درصد) به صورت معنی داری بیش تر است ($p<0/001$).^(۱۰)

در یک مطالعه دیگر ساکا و همکاران در ژاپن نشان دادند که با بهبود وضعیت اجتماعی- اقتصادی ژاپن، میزان آلودگی هلیکوباکتریلوری از ۷۰ تا ۸۰ درصد در متولدین قبل از ۱۹۵۰ به ترتیب به ۴۵ و ۲۵ درصد در

4. An international association between *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer. The EUROGAST study Group. *Lancet* 1993, 341: 1359
5. Andrew H Sdj. Cecil textbook of medicine. 21st ed, WB Saunders Company, 2000, 668-84
6. Saka A, Kimura M, Kudo M T. Relationship of *Helicobacter pylori* to serum pepsinogen in an asymptomatic Japanese population. *Gastroenterology* 1992; 102: 760
7. Mikaeli J, Malekzadeh R, Alizadeh B. Prevalence of *Helicobacter pylori* two Iranian provinces with high and low incidence of gastric carcinoma. *Arch In Med* 2000; 3: 6-9
8. Vorobjova T, Grunberg H, Oona M, Seropositivity to *Helicobacter pylori* and cag a protein in school children of different ages living in Urban and Rural areas in southern Estonia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; Jan(2C1): 97-107
9. Elitsur Y, Short JP, Neace C. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in children from Urban and rural west virginia. *Dige Dis Sci* 1998 Apr, 43(4): 773-8
۱۰. مختاری مزگان. بررسی فراوانی آنتی بادی سرمی هلیکوباکتر پیلوری در کودکان سنین قبل از دبستان شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۸۱. مجله گوارش، نشریه انجمن متخصصین بیماری های دستگاه گوارش و کبد ایران، خرداد ۱۳۸۱، شماره ۳۶
11. Dore MP, Biolotta M, Vaira D. High prevalence of *Helicobacter pylori* infection in shepherds. *Dig Dis Sci* 1999, 44: 1161