

## شیوع کلامیدیاتراکوماتیس و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به بیماری التهابی لگن مراجعه کننده به بیمارستان دکتر شبیه خوانی کاشان سال ۱۳۷۹

دکتر زهره طبسی<sup>۱</sup>، دکتر ناصر بادامی<sup>۲</sup>، دکتر مریم عطابخشی<sup>۱</sup>،  
سید غلامعباس موسوی<sup>۳</sup>، ناهید سرافراز<sup>۴</sup>

### خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شایع بودن کلامیدیاتراکوماتیس (CT) و عوارض شناخته شده آن و نظر به این که تشخیص بیماری گران و نیازمند امکانات می باشد و شیوع آن در منطقه کاشان نامشخص بود. از این رو، سه منظور تعیین شیوع CT در بیماران مبتلا به بیماری التهاب لگن (PID) این تحقیق صورت پذیرفت. مواد و روشها: این پژوهش به صورت توصیفی در ۳۲۳ نمونه انجام گرفت. پس از تشخیص PID بر اساس شرح حال و معاینه بالینی نمونه آندومتریوکس با مسواب برداشته شد و نمونه ها به روش **Fluorcent Antibody Dir** آزمایش شدند.

همچنین در مصاحبه با بیمار اطلاعاتی شامل سن، تعداد زایمان، روش جلوگیری از حاملگی و سایر متغیرها ثبت گردیدند و شیوع در نمونه های تعیین شده در جامعه برآورد شد.

یافته ها: در این پژوهش در ۳۲۳ خانم مبتلا به PID، ۲۳ نفر (۷٪) عفونت کلامیدیایی داشتند. این عفونت با افزایش سن شروع فعالیت جنسی، کاهش تعداد مقاربت در هفته، نولین پاریتی و بسالا بودن سطح تحصیلات ارتباط معکوس داشت. در رابطه با روش های جلوگیری از بارداری، استفاده از کاندوم و قرص های جلوگیری از بارداری شیوع عفونت را کاهش می داد. افراد مبتلا به PID کلامیدیایی دیستوره و دیسپارونی بیشتری داشتند اما رابطه معنی داری بین عفونت کلامیدیایی و اختلالات خون ریزی رحمی و دیزوری دیده نشد. بیماران با هیپربروفی و اکتوبی سرویکس بیشتر مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند. نتیجه گیری و توصیه ها: CT در PID منطقه مساله جدی نیست اما با توجه به عوارض آن، انجام تحقیق تحلیلی برای شناخت علل به وجود آورنده و تحقیق تجربی برای کاهش بیماری را توصیه می نماید.

واژگان کلیدی: PID - کلامیدیاتراکوماتیس

- ۱- دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه زنان و زایمان
- ۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده بهداشت
- ۳- دانشگاه علوم پزشکی کاشان - دانشکده بهداشت
- ۴- دانشگاه علوم پزشکی کاشان - دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه:

بیماری التهابی لگن (PID) Pelvic Inflammatory Disease) یک تشخیص بالینی است و دلالت بر این دارد که بیمار دچار عفونت و التهاب دستگاه تناسلی فوقانی شده است (۱). بیشتر عفونتهای لگنی با میکروارگانیزم هایی رخ می دهد که از سرویکس بالا می روند، از آندومتر گذشته و به لوله های رحمی می رسند (۳،۲). در اکثر موارد PID ناشی از یک عفونت چند میکروبی است (۲). میکروارگانیزم های فلور طبیعی دستگاه تناسلی تحتانی (هوازی و بی هوازی) و میکروارگانیزم متقله از راه جنسی (کلامیدیا تراکوماتیس و نایسر یا گونوره) هر دو در ایجاد PID دخالت دارند (۳).

کلامیدیا تراکوماتیس (CT) (Chlamydia Trachomatis) شایعترین میکروارگانیزم انتقال شونده از راه تماس جنسی در آمریکا می باشد (۳) به صورتی که آن را از ۴۷ - ۲۲ درصد خانم های مبتلا به PID جدا کرده اند (۲). چون شیوع PID کلامیدیایی از حداقل ۲۲ درصد درصد تا حداکثر ۴۷ درصد متغیر می باشد (۲) و از شیوع در منطقه اطلاعی در دسترس نیست، از این رو، به منظور تعیین شیوع CT در بیماران PID این تحقیق در بیمارستان شبیه خوانی کاشان از خرداد تا آذر ۷۹ انجام گرفت. عدم درمان یا درمان ناموفق بیماری ممکن است آنها را در معرض عوارض جدی مثل: نازایی، حاملگی خارج رحمی، درد مزمن لگنی و عود بیماری قرار دهد و حتی باعث مرگ بیمار شود (۳،۲). قطعی ترین راه تشخیص کلامیدیا کشت میکروارگانیزم در محیط کشت سلولی MC coy است ولی چون پرهزینه و وقت گیر است از روش

های جدید از جمله Direct Fluorocrit Antibody (DFA) استفاده می شود که حساسیت ۹۰ - ۸۰ درصد داشته و ۹۹ - ۹۸ درصد اختصاصی است (۴).

#### مواد و روشها:

پژوهش حاضر به صورت توصیفی (Descriptive) بر روی ۳۲۳ بیمار مبتلا به PID انجام گرفت. این تعداد با توجه به حجم نمونه در تحقیقات مشابه که از حداقل ۲۲ درصد تا حداکثر ۴۷ درصد متغیر بود. حاصل گردید (۲). شرایط ورود نمونه به طرح متاهل، ایرانی در گروه سنی بین ۱۵ - ۴۵ سال و عدم استفاده از آنتی بیوتیک در یک ماه گذشته بود. ابتدا بیماری که با شکایت درد پایین شکم و ترشح واژینال مراجعه می کند، توسط دستیار زنان تحت نظر متخصص زنان معاینه می شود، ضمن تشخیص PID بر اساس شرح حال و معاینه بالینی (تندرنس رحم و ضمایم، دردناک بودن سرویکس در موقع حرکت دادن و مشاهده سرویسیت موکوسی و چرکی) که بایستی ۳ علامت از علائم فوق موجود بود و به عنوان فرد مبتلا به PID تلقی شدند. ترشحات سرویکس با پنبه استریل پاک شده با سواب نوک پنبه ای از عمق ۲ - ۱ سانتی متری آندوسرویکس نمونه برداشته شده و به عرض ۸-۶ میلی متر روی لامی که از قبل در آب جوشانده و با الکل تمیز شده است، کشیده می گردد و با استن ثابت می شد. نمونه ها در یخچال نگهداری گردیده و جهت آزمایش به روش DFA به آزمایشگاه دانشکده بهداشت دانشگاه تهران فرستاده شدند و توسط متخصص میکروبیولوژی از نظر وجود کلامیدیا بررسی گردید. اطلاعات مربوط به بیماری و

بیماری که کمتر از یک بار در هفته مقاربت جنسی داشتند و آلوده به کلامیدیا نبودند. بیمارانی که بیش از ۴ بار در هفته مقاربت جنسی داشتند، ۲۵ درصد آلوده بودند. از ۲۲۱ بیماری که فقط سرویسیت موکوسی چرکی (MPC) داشتند ۶/۴ درصد و از ۶۰ بیماری که سرویکس شکننده داشتند ۷/۶ درصد و از ۲۲ بیمار مبتلا به هیپرتروفی و اکتوبی سرویکس به همراه MPC، ۵۹ درصد عفونت کلامیدیایی داشتند. از ۱۵۱ بیمار با تحصیلات ابتدایی، ۱۳/۹ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند ولی این عفونت در هیچ یک از بیماران با تحصیلات بالاتر از دیپلم دیده نشد. در ۳۳ بیمار مبتلا به PID کلامیدیایی، ۳۳/۳ درصد دیسپارونی و ۳۶/۶ درصد خون ریزی نامرتب رحمی داشتند و از ۲۹۰ بیمار با PID غیر کلامیدیایی، ۲۲/۵ درصد دیسپارونی و ۵۵/۲ درصد دیسمنوره، ۴۱/۷ درصد دیسپارونی و ۳۱ درصد خون ریزی نامرتب رحمی داشتند. از ۱۷ بیمار نازا، ۱۱/۸ درصد و از ۳۰۶ بیمار بدون نازایی، ۱۰/۱ درصد عفونت کلامیدیایی داشتند.

#### بحث

پژوهش نشان داد که میزان فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID ۱۰/۲ درصد است. در مطالعه ای که توسط Shirkhand در سال ۱۹۹۵ در سنگاپور بر روی ۲۳۷ خانم مبتلا به PID به عمل آمد، ۳۳ درصد بیماران از نظر CT مثبت بودند (۵). و در مطالعه ای که توسط Chadhry در سال ۱۹۹۷ در هندوستان بر روی ۴۶ خانم مبتلا به PID انجام گرفت، ۴۵/۶ درصد از نظر کلامیدیا مثبت بودند (۶). سایر مطالعات فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID را ۴۷-۲۲ درصد

اطلاعات زمینه ای و فردی بیمار گرفته و در پرسش نامه شامل تحصیلات و علایم بیماری ثبت می شد. و بدین ترتیب شیوع کلامیدیا در نمونه ها تعیین و با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید.

#### یافته‌ها

در ۳۲۳ فرد مورد بررسی، سن بیماران ۴۵-۱۵ سال بود و فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID ۳۳ نفر (۱۰/۲ درصد) بود. با توجه به این میزان شیوع واقعی در نمونه های مورد بررسی با احتمال ۹۵ درصد میزان خطای ۵ درصد در جامعه از حداقل ۷٪ حداکثر ۱۳/۵ درصد برآورد می نماید. یک سوم بیماران مبتلا به PID سن کمتر از ۲۵ سال داشتند و از این عده ۱۳/۸ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند. ۵/۱ درصد بیماران بالاتر از ۳۵ سال عفونت کلامیدیایی داشتند. ۸۷/۹ درصد بیماران با PID کلامیدیایی سن شروع فعالیت جنسی کمتر از ۲۰ سال داشته و هیچ یک سن شروع فعالیت جنس بیشتر از ۲۴ سال نداشتند. از ۴۳ بیمار مبتلا به PID که هیچ یک روش جلوگیری از بارداری نداشتند، ۱۴ درصد و بیمارانی که از روش منقطع، وازکتومی، بستن لوله های رحمی، PID و قرص استفاده می کردند به ترتیب ۱۳/۷، ۱۲/۵، ۹/۷، ۱۰/۳ و ۶/۱ درصد عفونت کلامیدیایی داشته و هیچ کدام از بیمارانی که از کاندوم استفاده می کردند، آلودگی با کلامیدیا نداشتند. ۱۱ درصد بیماران شهری و ۸/۷ درصد بیماران روستایی مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند. از ۶۰ نولی پار، ۱۳/۱ درصد و از ۶۸ بیمار با ۴ زایمان و بیشتر، ۲/۹ درصد عفونت کلامیدیایی داشتند. هیچ یک از ۲۷ نفر

درصد بود منابع علمی نیز معتقدند که PID کلامیدیایی بیشتر در جوانان زیر ۲۵ سال شیوع دارد (۲). مطالعه Warszawski در سال ۱۹۹۹ در پاریس و مطالعه Passey در سال ۱۹۹۸ در گینه جدید نیز سن کمتر از ۲۵ سال را از عوامل خطر برای عفونت کلامیدیایی برشمردند (۸،۷). (جدول ۱).

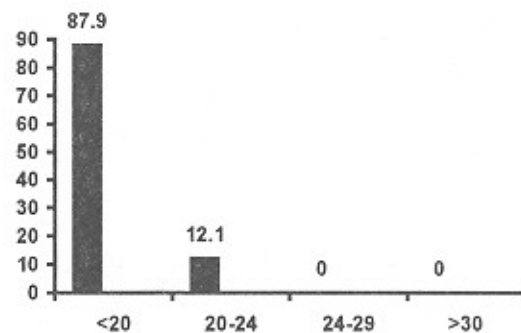
(۲) و ۳۰-۵۰ درصد (۳) ذکر کرده اند. دلیل این گوناگونی در آمار می تواند وابسته به عواملی مثل محل جغرافیایی، روش جلوگیری از بارداری و عدم وجود شریک های جنسی متعدد به دلیل رعایت موازین شرعی باشد. ۱۳/۸ درصد بیماران زیر ۲۵ سال مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند و با افزایش سن، کاهش در میزان ابتلا دیده می شود به گونه ای که در بیماران بالای ۳۵ سال، ۵/۱

جدول ۱- توزیع فراوانی کلامیدیاتراکوماتیس در بیماران مبتلا به PID برماسب سن بیمار.

جمع		منفی		مثبت		کلامیدیا سن بیمار(سال)
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	کمتر از ۲۵ سال
۳۳/۷	۱۰۹	۸۶/۲	۹۴	۱۳/۸	۱۵	
۲۱/۷	۶۹	۸۸/۴	۶۱	۱۱/۶	۸	۲۵-۲۹
۲۰/۴	۶۶	۹۰/۹	۶۰	۹/۱	۶	۳۰-۳۴
۲۴/۵	۷۹	۹۴/۹	۷۵	۵/۱	۴	۳۵
۱۰۰	۳۲۳	۸۹/۸	۲۹۰	۱۰/۲	۳۳	جمع

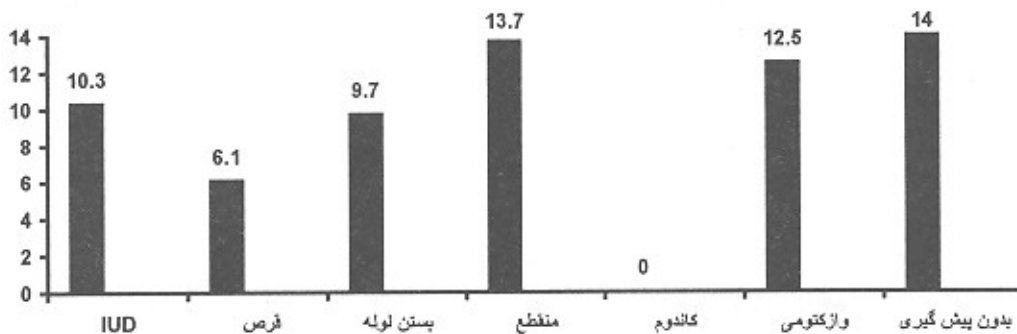
در این پژوهش نتایج حاصل از بررسی، روش جلوگیری از بارداری نشان می دهد هیچ یک از بیمارانی که از کاندوم استفاده می کردند به PID کلامیدیایی مبتلا نبودند، در مقابل در ۵۰ بیماری که از هیچ روش جلوگیری از بارداری استفاده نمی کردند، ۱۴ درصد در بیمارانی که از روش منقطع استفاده می کردند، ۱۳/۷ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند که نشان دهنده اثر پیش گیری کننده کاندوم از عفونت کلامیدیایی است (p=۰/۰۰۹۴). در مطالعه Luo در سال ۱۹۹۹ در چین در قومی که از کاندوم استفاده نمی کردند، عفونت تناسلی زنان با CT، ۲۷/۵ درصد بود (۹). در مطالعه ای Grearsas در سال ۱۹۹۷ نیز هیچ کدام از خانم هایی که از کاندوم استفاده نمی کردند مبتلا به عفونت کلامیدیایی نبودند (۱۰). در این پژوهش از ۳۹ بیماری که از IUD استفاده می کردند، ۱۰/۳ درصد مبتلا به PID کلامیدیایی

از ۳۲۳ بیمار مبتلا به PID، ۷۴/۶ درصد سن شروع فعالیت جنسی کمتر از ۲۰ سال داشتند. ۸۷/۹ درصد بیمارانی که سن شروع فعالیت جنسی کمتر از ۲۰ سال داشتند مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند و هیچ یک از مبتلایان به PID کلامیدیایی سن شروع فعالیت جنسی بیشتر از ۲۴ سال نداشتند. سن پایین هنگام شروع فعالیت تناسلی از عوامل خطر مهم در افزایش ابتلا به PID است (نمودار ۱) (۲).



نمودار ۱- توزیع فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID برماسب سن شروع فعالیت جنسی

بسیار نادر است (۱۳). در مطالعه انجام شده از ۳۳ بیمار که قرص جلوگیری از بارداری استفاده می کردند، تنها ۶/۱ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند که بعد از روش استفاده از کاندوم، کمترین مبتلایان به PID کلامیدیایی در این دسته بود. قرص های جلوگیری از بارداری، علی رغم افزایش عفونت دستگاه تناسلی تحتانی با CT، عفونت دستگاه تناسلی فوقانی را کاهش می دهند (۱۲،۳) (نمودار ۲).



نمودار ۲- توزیع فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID بر حسب روش جلوگیری از بارداری

مقایسه جنسی داشتند، مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند و هیچ یک از بیماران با کمتر از یک بار در هفته مقاربت مبتلا نبودند ( $p=0/0915$ ). CT یکی از عوامل PID است که از طریق جنسی منتقل می شود (۳،۲) و تعداد مقاربت می توان عامل افزایش عفونت کلامیدیایی باشد. در پژوهش به عمل آمده در بیمارانی فقط MPC داشتند، ۷/۶ درصد و بیمارانی که اکتویی هیپرتروفی سرویکس به همراه MPC داشتند، ۵۹ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند ( $p < 0/0001$ ). در بررسی Dowe در سال ۱۹۹۹ در جامائیکا و نیز سایر مطالعات اکتویی سرویکس را از عوامل مستقل مربوط به عفونت کلامیدیایی برشمردند (۱۴،۳) (جدول ۲). در این پژوهش از ۱۵۱ بیمار

بودند که در مقایسه با افراد بدون روش جلوگیری از بارداری، افزایشی در میزان عفونت کلامیدیایی نداشتند. در مطالعه ای که توسط Khomassuridze در سال ۱۹۹۷ به عمل آمد، پیگیری ۶۲۰ خانم بعد از جایگذاری IUD در افزایش PID کاست (۱۱). عفونت زودهنگام ناشی از جایگذاری IUD، به طور عمده ناشی از فلور طبیعی واژن و سرویکس و بیشتر به دلیل باکتری های بی هوازی است (۱۲). و پس از گذشت ۲۰ روز از جایگذاری خطر ابتلا به PID

در پژوهش به عمل آمده، ۱۱ درصد بیماران شهری و ۸/۷ درصد بیماران روستایی به عفونت کلامیدیایی مبتلا بودند ( $P=0/3291$ ). منابع علمی نیز معتقدند عفونت کلامیدیایی بیشتر در مناطق جغرافیایی با جمعیت گوناگون شایع است (۳). در پژوهش انجام گرفته، در بیماران نولسی پار ۱۳/۱ درصد و در بیماران با ۴ زایمان و بیشتر تنها ۲/۹ درصد PID کلامیدیایی وجود داشت ( $P=0/2587$ ). عفونت کلامیدیایی در زنانی که تا به حال زایمان نکرده اند، شایعترین است (۳،۲). در مطالعه Passey در سال ۱۹۹۸ در گینه جدید کمتر از ۴ زایمان را به عنوان عامل خطر ابتلا به عفونت سالمونلایی ذکر کرد (۸). در این پژوهش ۲۵ درصد بیمارانی که بیش از ۴ هفته بار در هفته



بیماران با PID کلامیدیایی خون ریزی نامرتب رحمی (AUB) داشته ولی در بیماران با PID غیر کلامیدیایی این میزان ۳۱ درصد بود که اختلاف آماری معنی داری میان AUB و عفونت کلامیدیایی ملاحظه نگردید. AUB در ۴۰ درصد موارد PID دیده می شود که به صورت لکه بینی و منوراژی برو می کند (۳) ولی در رابطه با میزان همراهی AUB و عفونت کلامیدیایی مطالعه ای به عمل نیامده است. در این پژوهش، از ۱۷ بیمار نازا، ۱۱/۸ درصد و در بیماران بدون نازایی، ۱۰/۱ درصد عفونت کلامیدیایی وجود داشت. به علت تعداد کم بیماران نازا در این مطالعه ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید. نازایی از عوارض مهم PID است که در ۲۰ درصد موارد دیده می شود (۳،۲) و در مطالعه LU در سال ۱۹۹۷ در چین بر روی ۶۰ خانم نازا، ۲۲/۴۵ درصد از نظر کلامیدیایی سرویکس مثبت بودند ولی در گروه شاهد، میزان مثبت ۳۳/۳ درصد بود (۱۵). امید است این پژوهش مقدمه ای جهت تحقیقات دیگر از این دست شود تا بتوان با تکیه بر نتایج به دست آمده، در جهت ارتقای سطح بهداشت عمومی جامعه گام موثری برداشت.

#### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از آقای دکتر جلال الدین شجاعی که در انجام آزمایش ها همکاری صمیمانه داشتند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

با تحصیلات ابتدایی ۱۳/۹ درصد مبتلا به PID کلامیدیایی بودند و با افزایش میزان تحصیلات کاهش در ابتدا دیده می شود به صورتی که از ۲۵ بیمار با تحصیلات بالاتر از دیپلم هیچ یک عفونت کلامیدیایی نداشتند. Luell در مطالعه خود در سال ۱۰۰۰ در چین میزان تحصیلات پایین در رابطه با عفونت کلامیدیایی ذکر کرده است (۹). در این بررسی، دیزوری در ۳۳/۳ درصد همراه با PID کلامیدیایی و ۲۲/۵ درصد همراه با PID غیر کلامیدیایی وجود داشت که اختلاف آماری معنی داری مشاهده نگردید. سندرم پیشابراه زنان که با دیزوری و پیوری و کشت ادرار منفی از لحاظ باکتری مشخص می شود، ۵۰ درصد موارد به علت CT است (۲) ولی بر روی میزان همراهی آن با PID کلامیدیایی مطالعه ای صورت پذیرفته است. در این پژوهش دیسمنوره در ۸۱/۸ ( $P=0/003$ ) و دیسپارونی در ۷۲/۷ درصد ( $P=0/0007$ ) همراه با PID کلامیدیایی دیده شد و در PID غیر کلامیدیایی، دیسمنوره ۵۵/۲ درصد و دیسپارونی ۴۱/۷ درصد بود که اختلاف آماری معنی داری میان PID کلامیدیایی و غیر کلامیدیایی مشهود است.

در PID کلامیدیایی درد خفیف و مزمن لگن، علائم خفیف در معاینه بالینی ولی اسکار شدید لوله و چسبندگی در لاپاروسکوپی وجود دارد (۳). به علت سیر طولانی و چسبندگی بیشتر در PID کلامیدیایی نسبت به سایر PID ها، دیسمنوره و دیسپارونی در این نوع PID بیشتر دیده می شود. در این پژوهش، ۳۷/۶ درصد

**References:**

- 1- Berek JS. Novak,s gynecology. 12<sup>th</sup> ed. Baltimore: wiliams & Wilkins; 1997:435.
- 2- Rool JA. Telindes,s operative gynecology. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Raven;1997:657-661.
- 3- Ryan KJ. Kistner,s gynecology & women,s health 7<sup>th</sup> ed. Baltimore: Mosby; 1999: 456-466.
- 4- Brook, Adelberg,s medical microbiology. 21th ed. Stamford Appleton & lange; 1998: 314.
- 5- Shirkhande SN, Joshi SG. Chlamydia trachomatis and pelvic Inflammatory disease, Indian J Pathol Microbial. 1995; 38(2):181-184.
- 6- Chaudhry R, Goel N. Rapid diagnosis of chlamydial of infection in patients with PID and infertility by immunoperoxidase assey. Indian J Pathol Microbial. 1997;40(4):499-502.
- 7- Warszawski J, Meyer L. Criteria for selective screening of cirvical chlamydia trachomatis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1999;86(1):5-10.
- 8- Passey M, Mgone CS, Tiwara S.Community based study of STD in rural women in highlands of Papua New Guinea, prevalence and risk factors. Sex Trans Infect. 1998; 74(2):120-127.
- 9- Lou L, Chen J, Gao B, Luo J. Study on genital tract chlamydia trachmoatis and gonococcal infection in Han and Minority (Naxi and Dai) Women in china. J Obstet Gynaecol Res. 1999;25(3):221-230.
- 10-Greatsas G. Sexually transmitted diseases and oral contraceptive use during adolescence. Ann NY Acad Sci. 1997;819:404-410.
- 11-Khomassaridze AG, Tsereteli TG. Intrautirine device and PID. Adv Contracept. 1997;13(1):71-78.
- 12-Speroff L. Clinical gynecologic endocrinology & infertility. 6<sup>th</sup> ed. Baltiuase williams & wilkins; 1999:984.911.
- 13-Farley MM, Rowe PJ, Chen J H. IUD and PID: an international persective Lancet. 1992;339:785.
- 14-Doue G, Smikle M, King SD. High prevalence of genital chlamydia. Sex Trans Infect. 1999;75(6):412-460.
- 15-LU J, Liang Z. The relationship between female infertility and genital inflammation of chamydia trachomatis. Hua His I Ta Hsueh Pao. 1997;28(3):297-299.