

اپیدمیولوژی دیس پپسی در جمعیت عمومی شهر نهبوند، ایران

دکتر رحیم آقازاده، دکتر امیر هوشنگ محمدعلیزاده، دکتر شاهین انصاری، دکتر میترا رنجبر، دکتر مریم حسین

نژادیزدی، دکتر زهرا هنرکار، دکتر مهناز بالادست، دکتر حمید محقق شلمانی، نوشین بلار، دکتر محمد رضا زالی *

* مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: شیوع دیس پپسی و مشخصات دموگرافیک آن در ایران شناخته شده نیست. بر این اساس مطالعه‌ای به منظور تعیین وضعیت دیس پپسی در جمعیت عمومی شهر نهبوند صورت گرفت.

مواد و روشها: از ۵ ناحیه شهری نهبوند (با بیش از ۶۱۰۰۰ جمعیت)، ۱۵۱۸ فرد (۸۶۵ زن) توسط نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک وارد مطالعه شده و پرسشنامه‌ای شامل علائم دیس پپسی، سابقه بیماری مزمن، داروهای مصرفی، جراحی قبلی و مصرف سیگار با مصاحبه رو در رو از افراد مورد مطالعه پرسش شد. علائم دیس پپسی شامل درد قسمت فوقانی شکم، نفخ، تهوع، استفراغ، سیری زودرس و پری شکم برای حداقل یک ماه در کل ۶ ماه گذشته بود. استفاده از رگرسیون لجستیک و محاسبه نسبت شانس ارتباط بین عوامل دموگرافیک و سبک زندگی با دیس پپسی محاسبه شد.

یافته ها: ۳۵۸ (۲۳/۶ درصد) نفر دیس پپسی داشتند. درد شکم (۱۷۵ نفر، ۵۳ درصد) و پری شکمی (۱۶۷ نفر، ۵۰ درصد) شایعترین شکایات بودند. بیش از نیمی از افراد (۱۸۳ نفر) ترکیبی از انواع دیس پپسی داشتند. دیس پپسی در مصرف‌کنندگان سیگار شایعتر بود ولی با الکل ارتباطی نداشت. استفاده از داروهای ضدالتهاپی غیراستروئیدی (۱/۴۹-۲/۴۹، ۹۵٪ CI، $OR=1/92$ ، $p<0/001$)، مصرف سیگار کمتر (۲/۴۵-۴/۰۷، ۹۵٪ CI، $OR=2/45$ ، $p<0/001$)، سطح تحصیلات کمتر (۱/۲۱-۲/۴۷، ۹۵٪ CI، $OR=1/73$ ، $p<0/001$) با دیس پپسی ارتباط داشتند. ۲۵۸ فرد مبتلا به دیس پپسی (۶۰/۷ درصد) درمان با بلوک کننده H_2 یا آنتاگونیست پمپ پروتون و ۷/۷ درصد سابقه اندوسکوپی قبلی داشتند.

نتیجه گیری: دیس پپسی علامت شایعی در نهبوند است. لذا بررسی بیشتر فراوانی دیس پپسی و عوامل خطرزا در سایر نقاط کشور توصیه می شود تا وضعیت دیس پپسی در کشور مشخص شود.

واژگان کلیدی: دیس پپسی، نهبوند، ایران.

مقدمه

دیس پپسی اصطلاحی است که به احساس ناراحتی اپیزودیک یا دائم در قسمت فوقانی شکم (یا منشاء دستگاه گوارش فوقانی) اطلاق می گردد (۱). دیس پپسی علامت شایعی است و می تواند توسط عوامل مختلفی نظیر بیماری زخم پپتیک، ریفلاکس معدی-مرروی و بدخیمی ایجاد شود. در موارد

شایعی علامت خاصی یافت نمی شود و به نظر می رسد عملکردی باشد (۲). دیس پپسی عملکردی براساس علائم غالب به ۴ دسته تقسیم می شود:

۱- شبه زخم، ۲- شبه دیس موتیلیتی، ۳- شبه GERD (بیماری ریفلاکس معدی-مرروی)، و ۴- نوع مختلط.

دیس پپسی مشکل شایعی در جمعیت عمومی است. مروری بر مطالعات مختلف در مورد فراوانی دیس پپسی در اروپا شیوع ۴۱-۱۹ درصد را نشان داده است (۳). مطالعه دیگری در

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان آیت الله طالقانی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد،

دکتر رحیم آقازاده (email: article@rcgld.org)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۲۵

می‌شد. اگر فرد منتخب در هر خانوار در منزل نبود در صورتی که تا انتهای زمان طرح قابل دسترسی بود همان فرد وارد طرح می‌شد در غیر این صورت بر اساس جدول اعداد تصادفی فرد دیگری وارد مطالعه می‌شد. اگر فردی از نمونه‌گیری ممانعت می‌کرد، مدیر اجرایی یا مسوولین بهداشتی منطقه با وی مصاحبه می‌کردند و در صورت عدم موافقت، فرد دیگری از خانوار یا خانواری دیگر وارد طرح می‌شد. وجود هر یک از علائم در ۶ ماه گذشته به عنوان دیس پپسی تلقی شد. ترش کردن، درد یا ناراحتی قسمت فوقانی شکم، نفخ، تهوع، استفراغ، یا احساس سیری زودرس و احساس پری شکم برای حداقل یک ماه. براساس علائم، دیس پپسی به ۴ گروه تقسیم شد: ۱- شبه زخم (وجود درد اپی گاستر)، ۲- شبه دیس موتیلیتی (آروغ، سیری زودرس، تهوع، احساس پری شکم)، ۳- شبه GERD (ریفلاکس، سوزش سردل)، ۴- دیس پپسی نوع مختلط.

پرسشنامه علائم گوارشی: پرسشنامه به کمک افراد آموزش دیده توسط مصاحبه رو در رو پر شد. پرسشنامه شامل علائم دیس پپسی، سابقه بیماری مزمن، مصرف دارو و مصرف سیگار در ۱۲ ماه گذشته بود.

شرایط دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی: از شرکت کنندگان موارد داده‌های دموگرافیک و وضعیت اجتماعی اقتصادی حال حاضر و کودکی پرسیده شد. سن در ۴ گروه ۱۹-۶، ۲۰-۳۹، ۴۰-۵۹ و بیش از ۶۰ سال تقسیم‌بندی شد. میزان تحصیلات ۸ کلاس و پایین‌تر، تعداد افراد خانواده ۵ و کمتر، مصرف تنباکو و سیگار و مصرف الکل بررسی شد.

آنالیز آماری: برای متغیرهای دسته‌ای از آزمون دقیق فیشر و برای متغیرهای عددی و پیوسته از آزمون Student t-test یا آزمون دو نمونه‌ای کروسکال-والیس به منظور آنالیز دو متغیره استفاده شد. با استفاده از رگرسیون لجستیک متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی اقتصادی آنالیز چند متغیری شدند. مدل‌های Parsimonious بر روی سن، جنس، سیگار، مصرف ضد دردها و آموزش ایجاد شد. تمام P-Value ها دو دامنه بود و میزان کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

۳۵۸ نفر (۲۳/۶ درصد) از دیس پپسی شکایت داشتند که ۱۰۵ مورد (۱۶/۱ درصد) مرد و بقیه زن بودند. میانگین سن (\pm انحراف معیار) مبتلایان $41/5 \pm 19/5$ سال بود. این میزان از میانگین سن افراد فاقد دیس پپسی ($34/4 \pm 19/5$) بیشتر بود. دیس پپسی در گروه سنی بالای ۵۰ سال شایعتر

ایالات متحده با معیارهای تشخیصی محدودتر شیوع ۱۳٪ را نشان داده است (۴).

بسیاری از بیماران مبتلا به علائم گوارشی فوقانی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، دیس پپسی دارند. ۶۰ درصد از بیمارانی که به علت دیس پپسی مراجعه و بررسی شدند هیچگونه بیماری خاصی مانند زخم پپتیک، ریفلاکس معدی - مروی و سرطان معده نداشته و تشخیص دیس پپسی عملکردی بر آنها گذاشته می‌شود (۵). حدود ۵-۲ درصد ویزیت‌های پزشک عمومی مربوط به دیس پپسی است و ۲۵ درصد بیماران مبتلا به دیس پپسی به دنبال درمان طبی علائم خود می‌روند (۶). شیوع و وضعیت دموگرافیک دیس پپسی در ایران شناخته شده نیست. بر این اساس ما با کمک پرسشنامه‌ای وضعیت دیس پپسی را در شهر نهاوند، در غرب ایران بررسی کردیم.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی در جمعیت ۶ سال و بالاتر شهر نهاوند واقع در غرب ایران با جمعیت ۷۲۰۰۰ نفر انجام شد. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک ۱۵۱۸ فرد وارد مطالعه شدند.

شهر نهاوند واجد ۵ مرکز بهداشتی درمانی و یک پایگاه (به نام مهدیه) بود. بر این اساس و مبتنی بر روش LQAS (Lot quality assurance sampling)، شهر به ۶ منطقه تقسیم شد که هر منطقه طبق تقسیمات مرکز بهداشت شهرستان تحت پوشش یکی از مراکز ۶ گانه بود. هر منطقه شهری به عنوان یک Lot در نظر گرفته شد و در هر منطقه (Lot) بر اساس آخرین سرشماری systematic random sampling انجام گرفت. بدین ترتیب که شماره پرونده‌ای به عنوان اولین خانوار انتخاب شد و بقیه خانوارها با فاصله ۹ خانوار انتخاب شدند. از ۶ ناحیه شهری نهاوند، ۵ ناحیه (با جمعیت بیش از ۶۱۰۰۰ نفر) وارد مطالعه شدند. از این ۵ ناحیه ۱۵۱۸ نفر (میانگین سنی $39/45 \pm 19/77$ ، ۸۶۵ زن) در مطالعه وارد شدند. از هر خانواده یک نفر به نمایندگی از جمعیت نهاوند انتخاب شد. در هر پرونده خانوار برای انتخاب فرد واجد شرایط (> 5 y) به طور تصادفی اقدام شد. در هر خانوار انتخاب شده تعداد افراد واجد شرایط مشخص و برحسب سن به طور نزولی مرتب شد. با توجه به جدول اعداد تصادفی در هر منطقه به ترتیبی خاص فرد مورد نظر انتخاب شد. اگر خانوار منتخبی پیدا نمی‌شد، خانوار یک شماره بالاتر وارد طرح

بود (جدول ۱). درد شکمی ۱۷۵ مورد (۵۳ درصد)، پری شکم ۱۶۵ مورد (۵۰ درصد)، سیری زودرس ۱۵۵ مورد (۴۶ درصد) و آروغ ۱۲۶ مورد (۳۸ درصد) شایعترین علائم بودند. پس از آنها تهوع ۹۴ مورد (۲۸ درصد) و استفراغ ۵۶ مورد (۱۶ درصد) قرار داشتند.

بود (جدول ۱). درد شکمی ۱۷۵ مورد (۵۳ درصد)، پری شکم ۱۶۵ مورد (۵۰ درصد)، سیری زودرس ۱۵۵ مورد (۴۶ درصد) و آروغ ۱۲۶ مورد (۳۸ درصد) شایعترین علائم بودند. پس از آنها تهوع ۹۴ مورد (۲۸ درصد) و استفراغ ۵۶ مورد (۱۶ درصد) قرار داشتند.

جدول ۱- توزیع سنی دیس پیسی در جمعیت شهر نهاوند

گروه سنی (سال)	دیس پیسی شبه زخم	دیس پیسی شبه دیس موتیلیتی	دیس پیسی نوع مختلط	کل
۶-۹ (n=۶۱)	-	*۵(۸/۲)	-	۵(۸/۲)
۱۰-۱۹ (n=۳۵۱)	۱۰(۲/۸)	۳۳(۹/۴)	۱۷(۴/۸)	۶۰(۱۷)
۲۰-۲۹ (n=۲۶۹)	۸(۳)	۳۸(۱۴/۲)	۱۷(۶/۳)	۶۳(۲۳/۴)
۳۰-۳۹ (n=۲۶۷)	۷(۲/۶)	۳۱(۱۱/۹)	۱۶(۶)	۵۴(۲۰/۲)
۴۰-۴۹ (n=۱۹۷)	۱۰(۵/۱)	۲۹(۱۴/۷)	۱۹(۹/۶)	۵۸(۲۹/۴)
۵۰-۵۹ (n=۱۳۹)	۲(۱/۴)	۱۸(۱۲/۹)	۲۲(۱۵/۸)	۴۲(۳۰/۲)
۶۰-۶۹ (n=۱۲۲)	۴(۳/۳)	۱۸(۱۴/۸)	۱۷(۱۳/۹)	۳۹(۳۱/۹)
۷۰ < (n=۱۱۲)	۵(۴/۵)	۱۱(۹/۸)	۲۱(۱۸/۸)	۳۷(۳۳)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

جدول ۲- توزیع جنسی دیس پیسی در جمعیت شهر نهاوند

جنس	دیس پیسی		
	شبه زخم	شبه دیس موتیلیتی	مختلط
مرد (n=۶۵۳)	۱۶(۲/۵)	۶۲(۹/۵)	۲۷(۴/۱)
زن (n=۸۶۵)	۳۰(۵/۳)	۱۲۱(۱۴)	۱۰۲(۱۱/۸)

بحث

در این مطالعه ۲۳/۶ درصد جمعیت نهاوند دیس پیسی داشتند که با مطالعات متعدد اروپا که شیوع ۱۹-۴۱ درصد گزارش کرده بودند و مطالعه‌ای در ایالت متحده (شیوع ۲۶ درصد) مطابقت داشت (۳). شیوع دیس پیسی در مطالعات مختلف بسیار متغیر بوده است به طوری که در مطالعه مومبایی (۸) و اسپانیا (۹) به ترتیب ۳۰/۴ و ۲۴ درصد بود. در حالیکه در مطالعه‌ای در اردن (۱۰) ۶۰/۱۷ درصد بود. شایعترین علامت در این مطالعه درد شکمی (۵۳ درصد) و پری شکم (۵۰ درصد) بود که مشابه مطالعه اردن در سال ۲۰۰۰ و مطالعه مومبایی بود. در هر دو مطالعه اتساع شکمی و درد شکمی جزو شایعترین شکایات بودند (۸، ۱۰).

بیش از نیمی از دیس پیسی افراد مورد مطالعه از نوع مختلط بود که مشابه مطالعه مومبایی بود، در حالی که در مطالعه‌ای بر روی جمعیت نواحی مدیترانه‌ای اسپانیا دیس پیسی شبه ریفلاکس شایعترین بود (۹). ما همراهی بارزی بین دیس پیسی و مصرف داروهای ضدالتهاپی غیر استروئیدی (OR=۱/۹۲) یافتیم. با توجه به اولسرها بودن این داروها ما توصیه می‌کنیم که در مطالعه‌ای آینده‌نگر با پیگیری این

بیش از نیمی از افراد ۱۸۳ مورد (۵۵ درصد) دیس پیسی شبه دیس موتیلیتی را داشتند و پس از آن نوع مختلط دیس پیسی ۱۲۶ مورد (۳۸ درصد)، و دیس پیسی شبه زخم (۱۳ درصد) قرار داشت (جدول ۲). فراوانی دیس پیسی ارتباطی با سبک زندگی نظیر شستن دست قبل از غذا و بعد از توالت نداشت. دیس پیسی در مصرف‌کنندگان دخانیات به طور معنی داری شایعتر از غیر سیگاری‌ها بود (۴۱/۲ درصد در مقابل ۲۷/۴ درصد) ولی ارتباطی با مصرف الکل نداشت. مصرف داروهای ضد التهاپی غیراستروئیدی عامل خطررزی دیس پیسی بود (p<۰/۰۰۱، OR=۱/۹۲، 95% CI=۱/۴۹-۲/۴۹) سیگار کمتر (p<۰/۰۰۱، OR=۲/۴۵، 95% CI=۱/۴۵-۴/۰۷)، سطح تحصیلات کمتر (OR=۱/۷۳، 95% CI=۱/۲۱-۲/۴۷) در ارتباط با ایجاد دیس پیسی بودند. شیوع دیس پیسی با افزایش سن بیشتر می‌شود به طوری که از ۱/۲ درصد در گروه سنی ۶-۹ سال به ۱۷ درصد در گروه سنی

محدودیت‌هایی در مطالعه ما به چشم می‌خورد. ما علل زمینه‌ای ایجاد دیس‌پپسی را بررسی نکرده‌ایم. بنابراین تعداد نامعلومی از مطالعه شوندگان ممکن است مبتلا به بیماری زخم پپتیک یا بیماری‌های ارگانیک بوده باشند. محدودیت دیگر مطالعه ما استفاده از نسبت شانسهای شیوع به جای نسبت‌های خطر بود. این فاکتورها ممکن است ما را به سمت برآورد بیش از حد ارتباط بین فاکتورها و دیس‌پپسی رهنمون سازد.

بعضی از مطالعات گزارش کرده‌اند که تنها ۲۵-۲۰ درصد افراد دچار دیس‌پپسی به دنبال درمان می‌روند در حالی که میزان آن در مطالعه ما ۶۲/۶ درصد بود که تعداد کمی از آنها (۷/۸ درصد مطالعه شوندگان) تحت آندوسکوپی قرار گرفته بودند.

این چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که دیس‌پپسی علامت شایعی در نهاوند است. لذا بررسی بیشتر فراوانی دیس‌پپسی و عوامل خطرزا در سایر نقاط کشور توصیه می‌شود تا وضعیت دیس‌پپسی در کشور مشخص شود.

بیماران عوامل خطرزای طولانی مدت در تشکیل زخم را تعیین کنیم. البته تعدادی از مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که بیشتر مصرف کنندگان NSAIDs مبتلا به دیس‌پپسی اولسر ندارند و این عامل نمی‌تواند به طور بالینی ایجاد زخم را پیشگویی کند (۲).

دیس‌پپسی با جنس مؤنث و تحصیلات کمتر ارتباط معنی‌داری داشت که مشابه این حالت در مطالعه‌ای در کنیا در سال ۲۰۰۳ مشاهده شده بود (۱۱). در مطالعه ما تعداد افراد خانواده ارتباطی با دیس‌پپسی نداشت و سن کمتر بر ایجاد دیس‌پپسی نقش داشت که هر دو یافته مخالف مطالعه انجام شده در کنیا (۱۱) بود. Talley NJ و همکاران همانند مطالعه ما دیس‌پپسی را در سن پایینتر و زنان شایعتر یافته بودند (۱۲). سیگار عامل خطرزای قوی در ایجاد دیس‌پپسی بود که مشابه سایر مطالعات نظیر مطالعه Stanghellini در ایتالیا (۱۳) بود. در مطالعه Stanghellini سیگار با علایم گوارشی شبه ریفلکس در ارتباط بود.

REFERENCES

- Barbara L, Camilleri M, Cornaldesi R, Crean GP, Heading AG, Johnson AG, et al. Definition and investigation of dyspepsia: consensus of an International Ad Hoc Working Party. *Dig Dis Sci* 1989; 8: 1272-76.
- Jones MP. Evaluation and treatment of dyspepsia. *Postgrad Med J* 2003; 79: 25-29.
- Knill J. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 17-24.
- Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
- Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *American Gastroenterological Association. Gastroenterology* 1998; 114: 582-95.
- Kearney DJ, Kimmey M, Morantes C. Dyspepsia: principles, practice and guidelines for referral. A comprehensive search of MedLine through 1/2001 was performed using the following MeSH terms: dyspepsia, helicobacter infections, helicobacter pylori, Peptic ulcer. Available at: http://www.uwgi.org/cme/cmeCourseCD/ch_02/ch02txt.htm
- Jones R. Dyspeptic symptoms in the community. *Gut* 1989; 30: 893-8.
- Shah SS, Bhatia SJ, Mistry FP. Epidemiology of dyspepsia in the general population in Mumbai. *Indian J Gastroenterol*. 2001; 20: 103-6.
- Caballero Plasencia AM, Sofos KS, Valenzuela BM, et al. Epidemiology of dyspepsia in a random Mediterranean population. Prevalence of helicobacter pylori infection. *Rev Esp Enferm Dig* 2000; 92: 781-92.
- Farsakh NA, Saadeh A, Rawshdeh M, Farsakh HA. Dyspepsia in the general population in Jordan. *Indian J Gastroenterol* 2000; 19: 68-70.
- Shmueli H, Obure S, Passaro DJ, Abuksis G, Yahav J, Fraser G, et al. Dyspepsia symptoms and helicobacter pylori infection, Nakuru, Kenya. *Emerg Infect Dis* 2003; 9: 1103-7.
- Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ. Smoking, alcohol, and analgesics in dyspepsia and among dyspepsia subgroups: lack of an association in a community. *Gut* 1994; 35: 619-24.
- Stanghellini V. Relationship between upper gastrointestinal symptoms and life style, psychosocial factors and co morbidity in the general population: results from the domestic/international gastroenterology surveillance study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol* 1999; 231: 29-37.