

شیوع پیکا و عوامل مرتبط با آن در خانم‌های دارای آنمی فقر آهن

قاسم جان بابایی^۱
حسین آزاده^۱
تورج فرازمنذر^{۱،۲}
سهراب صیادی^۱
رایکا شریفیان^۱
مهرداد تقی پور^۱

چکیده

سابقه و هدف: شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جوامع در حال توسعه و توسعه یافته، فقر آهن است. در میان نشانه‌های بیماری، پیکا از علائم شایع است که به اشکال مختلف حتی قبل از بروز آنمی ظاهر می‌شود. پیکا باعث مشکلاتی از قبیل مسمومیت، مشکلات رودای، صدمه به دندان، عفونت انگلی، قارچی و باکتریایی و غیره می‌شود. هدف این مطالعه بررسی اپیدمیولوژی عارضه پیکا در خانم‌های دارای فقر آهن و عوامل مرتبط با آن بوده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی ۲۶۰ خانم دارای آنمی فقر آهن، بر اساس هموگلوبین، درصد اشباع و فریتین پایین، در طول یک سال انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز بر اساس پرسشنامه شامل سن، مصرف قرص آهن، سابقه فامیلی، نوع پیکا و سایر موارد جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: ۱۷۷ نفر (۶۸/۱ درصد) دارای نوعی یا انواعی از پیکا بودند، ۸۳ نفر (۳۱/۹ درصد) پیکا نداشتند. ۴۴ نفر (۱۷ درصد) سابقه مثبت فامیلی پیکا داشتند. نوع پیکا به ترتیب شیوع از زیاد به کم شامل: مواد قندی و نشاسته‌ای، یخ، کشک، گج، مهر، خاک و سایر موارد بود.

استنتاج: با توجه به تنوع و شیوع نسبتاً بالای پیکا و نیز با توجه به عوارض جدی و خطرناکی که پیکا ممکن است در فرد ایجاد کند، درمان زودرس آنمی و همچنین افزایش آگاهی‌های عمومی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: آنمی فقر آهن، پیکا، شیوع

مقدمه

نشده است و یا شدت ندارد، از عوارض ناشی از بیماری می‌کاهد. در ضمن از هزینه‌های درمان نیز کاسته می‌شود و از صدمات اجتماعی و خانوادگی ناشی از بیماری، نظیر کاهش رشد کودکان و کاهش توانایی تحصیلی، شغلی و اجتماعی بزرگسالان جلوگیری می‌کند (۳).

کلمه پیکا (Pica) در لاتین به معنی پرنده‌ای است که غذای فراوان و مختلفی می‌خورد و در واقع تمایل به خوردن مواد درهم برهم دارد. به طور کلی پیکا به

آنمی بر طبق تعریف به کاهش میزان هموگلوبین به مقادیر کمتر از ۱۱۰ گرم در لیتر اطلاق می‌شود. شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جوامع در حال توسعه و توسعه یافته و شایع‌ترین علت کم خونی در طب عمومی و هماتولوژی بالینی فقر آهن است. در میان نشانه‌های بیماری، پیکا از علائم شایع است که به اشکال مختلف حتی قبل از بروز آنمی ظاهر می‌شود (۲،۱). تشخیص به موقع فقر آهن و درمان آن در مراحل زودرس در هنگامی که آنمی بارز

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۵-۸۹ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: janbabai@yahoo.com

مؤلف مسئول: قاسم جان بابایی - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزر آباد، مجتمع پزشکی پیامبر اعظم، دانشکده پزشکی

۱. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. مرکز تحقیقات بیولوژی سلولی و ملکولی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۴/۵ تاریخ تصویب: ۹۰/۵/۲۳

دارای فقر آهن در شهر ساری و عوامل مرتبط با آن در این ناحیه جغرافیایی است. از آنجایی که پیکا محدود به فرهنگ، نژاد، جنس و طبقه اجتماعی - اقتصادی خاصی نمی‌گردد و همچنین با توجه به مشکلات جدی و خطرناکی که ممکن است پیکا در فرد ایجاد کند، لذا تعیین شیوع پیکا و ارائه برنامه‌های آموزشی مناسب به زنان و نیز افزایش آگاهی‌های عمومی ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

مطالعه فوق از نوع مقطعی و به منظور تعیین شیوع پیکا و انواع آن انجام شده است. مطالعه بر روی ۲۶۰ خانم دارای مشخصه کم خونی که به مرکز درمانی طبوبی در ساری، در طول یکسال شمسی مراجعه کرده‌اند، انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس میانگین فراوانی پیکا در مطالعات گذشته (۴۰ درصد) و بر اساس فرمول محاسبه شد. معیارهایی که برای ورود افراد به طرح مطرح شد به ترتیب اهمیت شامل: عدم بارداری، غلظت هموگلوبین کمتر از ۱۱۰ گرم در لیتر، نسبت سطح آهن سرم به TIBC سرم کمتر از ۱۸ درصد و سطح فریتین سرم کمتر از ۲۰ میلی‌گرم در لیتر، در نظر گرفته شد. از این بیماران پس از اخذ شرح حال، جواب آزمایشات لازم و معاینه سیستماتیک، طبق پرسشنامه تهیه شده، اطلاعات اخذ شد. اطلاعات پرسشنامه شامل سن، محل تولد، مصرف سیگار، مصرف قرص آهن، محل سکونت و قومیت، سابقه فامیلی پیکا، سابقه خونریزی، وضعیت عادت ماهانه در خانم‌ها، تعداد حاملگی، نوع پیکا، زمان ایجاد آن، بیماری زمینه‌ای، مسائل سایکولوژیک بود. ضمناً سطح سرمی آهن، TIBC، فریتین، هموگلوبین و اطلاعات مربوط به درمان‌های انجام شده بر اساس اطلاعات موجود در پرونده بیماران نیز اخذ شد. همچنین زمان برطرف شدن پیکا در طی پیگیری‌های دو ماهه بعد از درمان سؤال شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، کلیه اطلاعات بصورت بانک اطلاعاتی در رایانه جمع‌آوری و محفوظ گردید. سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS

معنی اشتیاق و تمایل به خوردن مواد غیرعادی و غیرطبیعی می‌باشد، که دارای مواد غذایی کم یا فاقد مواد مغذی هستند. این قبیل مواد غیر خوارکی عبارت است از: نشاسته، خاک، گل رس، خاکستر، گچ، مهر نماز، پودر لباس شویی، مو، صابون، خمیردندان، قهوه، پلاستیک، خاکستر سیگار، سکه، ذغال، سر کبریت سوخته، ته سیگار، کاغذ و غیره (۵،۴). پیکا در حقیقت به سه دسته کلی تقسیم می‌شود: خاک خواری (Geophagia)، مواد مضر که فاقد مواد مغذی می‌باشند (Pagophagia) و خوردن مواد قندی و نشاسته‌ای (Amylophagia) (۶).

علت پیکا کاملاً مشخص نیست ولی برخی فرضیه‌ها در این مورد وجود دارد که کمبود تغذیه‌ای فرد نسبت به مواد مغذی از قبیل آهن، مس، روی و غیره است و عقیده بر این است که شاید برخی از مواد معدنی که فرد کمبود دارد از این طریق جایگزین شود (۷). فردی که پیکا دارد با مشکلاتی مواجه است که شامل: مسمومیت با سرب به خاطر خوردن رنگ‌های حاوی سرب و یا دیگر مواد ناشناخته موجود در خاک، مشکلات روده‌ای به خاطر مصرف موادی از قبیل مو، انسداد یا سوراخ شدن روده به علت خوردن مواد سختی که در روده انسداد ایجاد کرده است، صدمه به دندان به دلیل خوردن موادی که به دندان آسیب رسانده است، عفونت انگلی، قارچی و باکتریایی به خاطر خوردن خاک (۸-۱۰).

آمارهای گزارش شده در مورد شیوع پیکا در بیماران دارای آنمی فقر آهن، بسیار متنوع است. البته شاید موقعیت جغرافیایی در این اختلاف تأثیر گزار باشد. در اسپانیا Munoz و همکاران (۱۱)، شیوع پیکا در بیماران دارای فقر آهن را ۵ درصد گزارش کردند. این در حالی است که در بریتانیا Dickens و همکاران (۱۲) در میان ۱۰۰ خانم، ۵۱ درصد را واجد پیکا تشخیص دادند. پس شاید بررسی شیوع پیکا در هر منطقه بتواند اطلاعات مفیدی در مورد رژیم غذایی نادرست آنجا ارائه دهد. هدف این مطالعه بررسی اپیدمیولوژی عارضه پیکا در خانم‌های

آنالیز آماری انجام گرفت. برای بررسی متغیرهای کمی از آزمون t استفاده شد و جهت مقایسه متغیرهای کیفی نیز از Chi-Square و Regression Logistic استفاده گردید. سطح معنی دار در آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

مجموعاً تعداد ۲۶۰ بیمار با حداقل سنی ۱۶ و حداکثر ۷۶ سال در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر گروه قومی افراد مراجعه کننده، به ترتیب از شیوع زیاد به کم، شامل اهالی مازنی زبان (۶۹/۲ درصد) افراد ترک زبان (۱۵/۱ درصد) افرادی با نژاد ترکمن (۶/۹ درصد)، کرد (۴/۶ درصد)، بلوچ (۳/۱ درصد) و قومیت لر (۱/۱ درصد) بودند.

در مورد پیکا ۱۷۷ نفر (۶۸/۱ درصد) دارای نوع یا انواعی از پیکا بودند و در مقابل ۸۳ نفر (۳۱/۹ درصد) پیکا نداشتند ($p = 0/000$). در گروه قومی اصلی یعنی مازنی زبان‌ها بروز پیکا ۶۷/۷ درصد بود ($p = 0/000$).

از نظر سابقه فامیلی ۴۴ نفر (۱۷ درصد) سابقه مثبت فامیلی و ۲۱۶ نفر (۸۳ درصد) سابقه پیکا در فامیل نداشتند. در مورد سابقه مثبت فامیلی و بروز پیکا در بیماران ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p = 0/02$)، به طوری که در ۴۴ نفر بیمار دارای سابقه فامیلی مثبت، ۳۹ نفر دارای پیکا بودند (۸۸/۶ درصد افراد دارای سابقه مثبت) ولی در ۲۱۶ نفر که سابقه فامیلی پیکا نداشتند ۱۳۸ نفر خود دارای پیکا بودند (۶۴/۵ درصد). طول مدت عادت ماهیانه در ۱۱۷ نفر (۴۵ درصد) مساوی یا بیش از ۷ روز و در ۱۳۲ نفر (۵۰/۸ درصد) کمتر از ۷ روز بود. در ضمن ۱۱ نفر از زنان مورد مطالعه یائسه بودند (۴/۲ درصد). بین طول مدت عادت ماهانه و بروز پیکا ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p = 0/53$) به طوری که در گروه بیشتر یا مساوی ۷ روز ۶۷/۵ درصد پیکا داشتند و در گروه کمتر از ۷ روز ۷۱/۲ درصد دارای پیکا بودند. از نظر میزان هموگلوبین، در ۳۳ درصد افراد مراجعه کننده شامل بر ۸۶ نفر، هموگلوبین

بین ۷ تا ۹ گرم در دسی لیتر، در ۱۰۹ نفر بین ۱۰ تا ۱۱ گرم در دسی لیتر، در ۵۲ نفر بالاتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر و در ۱۳ نفر کمتر از ۷ بود. میانگین آهن سرم ۴۶/۶۷ میکروگرم در دسی لیتر و انحراف معیار آن ۱۰/۲۱ و میانگین TIBC برابر ۳۸۵/۴ میکروگرم در دسی لیتر و انحراف معیار آن ۷۷/۱۳ و میانگین فریتین ۱۲/۴ میکروگرم در دسی لیتر و انحراف معیار آن ۳/۴۸ بوده است. همچنین ارتباط معنی داری بین سطح فریتین ($p = 0/14$) و آهن ($p = 0/61$) سرم با نوع پیکا، زمان برطرف شدن و یا پاسخ به درمان یافت نشد. از نظر نوع پیکا در ۱۷۷ بیمار دارای پیکا، به ترتیب شیوع از زیاد به کم، مواد قندی و نشاسته‌ای، یخ، کشک، گچ، خاک، مهر و سایر موارد بود (جدول شماره ۱). از نظر زمان حداکثر مبادرت به پیکا در شبانه روز، ۱۴۳ نفر زمان مشخص را ذکر نکردند. ۱۸ نفر صبح‌ها و ۱۳ نفر عصرها و ۳ نفر در طول شب پیکا داشتند (جدول شماره ۲). در مورد عامل محرک ایجاد کننده پیکا، ۱۴۰ نفر (۷۹/۱ درصد) عامل خاصی را ذکر نکردند. ۲۴ نفر استرس، ۸ نفر عادت ماهانه و ۵ نفر سایر موارد را به عنوان عامل محرک ایجاد کننده ذکر کردند (جدول شماره ۳). از نظر علائم اضطراب یا افسردگی در میان بیماران ۱۶۰ نفر (۶۴ درصد) علائم مربوطه را ذکر کردند و ۱۰۰ نفر (۳۶ درصد) علائم فوق را نداشتند. در مورد وجود علائم اضطرابی و بروز پیکا ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p = 0/005$) بدین معنی که در ۱۷۷ نفر دارای پیکا ۱۳۶ نفر علائم نوروپیک داشته ولی در ۸۳ نفر بدون پیکا، علائم نوروپیک ذکر نشد. از نظر برطرف شدن عارضه پیکا در ۸۴ نفر از بیماران در کمتر از ۲ هفته و در ۷۴ بیمار مساوی یا بیش از ۲ هفته علامت برطرف شد و ۱۹ نفر از بیماران پاسخ درمانی نداشتند (جدول شماره ۴). ارتباط معنی داری بین نوع پیکا و زمان پاسخ به درمان یافت نشد ($p = 0/25$). همچنین در مورد سن بیماران، مصرف سیگار و سطح تحصیلات آنان، ارتباط معنی داری با بروز پیکا یافت نشد ($p < 0/05$).

جدول شماره ۱: نوع پیکا در خانم‌های دارای آنمی فقر آهن

نوع پیکا	تعداد (درصد)
مواد قندی و نشاسته ای	۱۰۹ (۶۱)
یخ	۲۵ (۱۴/۱)
کشک	۱۹ (۱۰/۷)
گج، خاک، مهر	۳ (۱/۷)
چند مورد	۱۳ (۷/۳)
سایر (تخمه آفتابگردان یا کاغذ)	۸ (۴/۵)
مجموع	۱۷۷ (۱۰۰)

جدول شماره ۲: بیشترین زمان پیکا در شبانه روز در خانم‌های

دارای آنمی فقر آهن

زمان پیکا	تعداد (درصد)
صبح	۱۳ (۷/۳)
عصر	۱۸ (۱۰/۲)
شب	۳ (۱/۷)
نداشتن زمان خاص	۱۴۳ (۸۰/۸)
جمع	۱۷۷ (۱۰۰)

جدول شماره ۳: عامل محرک ایجادکننده پیکا در خانم‌های دارای

آنمی فقر آهن

عامل	تعداد (درصد)
غیراختصاصی	۱۴۰ (۷۹/۱)
استرس	۲۴ (۱۳/۶)
عادت ماهانه	۸ (۴/۵)
سایر	۵ (۲/۸)
جمع	۱۷۷ (۱۰۰)

جدول شماره ۴: زمان برطرف شدن پیکا در خانم‌های دارای آنمی

فقر آهن

زمان برطرف شدن پیکا	تعداد (درصد)
کمتر از ۲ هفته	۸۴ (۴۶/۹)
مساوی یا بیش از ۲ هفته	۷۴ (۴۱/۳)
بدون پاسخ	۱۹ (۱۱/۸)
جمع	۱۷۷ (۱۰۰)

بحث

در میان نشانه‌های بیماری آنمی فقر آهن، پیکا از علائم شایع است. در مورد رابطه بین کم خونی فقر آهن و پیکا که یکی از اهداف این مطالعه نیز بوده است تا به حال بحث‌های زیادی مطرح شده و این که کدام یک معلول دیگری است مطالعات زیادی صورت گرفته است. در برخی مطالعات به نظر می‌رسد که پیکا پیامد

کم خونی فقر آهن باشد یعنی افرادی که کم خونی دارند تمایل به خوردن مواد غیر خوارکی دارند. برخی عقیده دارند که افراد مبتلا به ویژه خانم‌ها در دوران بارداری کمبود آهن پیدا کرده و به طور غریزی برای جبران کمبود آهن خاک می‌خورند، در این خصوص باید گفت که آهن موجود در خاک غیرقابل جذب است و ترکیباتی ایجاد می‌کند که جذب آن را برای بدن مشکل می‌کند. در حقیقت پیکا خود باعث کم خونی فقر آهن می‌شود. هم چنین موادی مثل گِل رُس، باعث جلوگیری از جذب آهن گوشت می‌شود. در همین راستا در یک بررسی علمی مشخص شده که خوردن خاک باعث کاهش میزان هموگلوبین مادر شده و حتی منجر به زایمان غیرعادی و مرگ مادر در حین زایمان نیز می‌گردد. برخی دیگر معتقدند که در افراد مبتلا به کم خونی فقر آهن، چون میزان آپوفرتین مخاط کاهش یافته علائم در مخاط مری به صورت سوزش و التهاب بروز می‌کند که با خوردن موادی مثل یخ، خاک، مواد نشاسته‌ای و گل رس تسکین می‌یابد (۱۳). در مطالعه Geissler، هموگلوبین و فریتین سرم زنان دارای پیکا، کمتر از سایر زنان بود و در مطالعه محققان دانشگاه هاروارد غلظت فریتین و هموگلوبین سرم زنان دچار مشکل پیکا در مقایسه با زنان دیگر، کمتر بود (۱۴، ۱۵). در مطالعه تگزاس ۵۳/۷ درصد از زنان مورد مطالعه تمایل به خوردن یخ و ۱۴/۶ درصد به خوردن برفک یخچال علاقه داشتند (۱۴). از نظر پاسخ به درمان، تعداد زیادی از بیماران (۴۶/۹ درصد) به درمان با ترکیبات آهن خوراکی به صورت حذف پیکا در کمتر از ۲ هفته پاسخ دادند. در ۷۴ نفر (۴۱/۳ درصد) معادل یا بیشتر از ۲ هفته طول کشید تا به درمان پاسخ دهند. ۱۹ نفر (۱۱/۷ درصد) به درمان پاسخ ندادند که در ۳ مورد از این ۱۹ نفر فریتین با درمان افزایش نیافت که به دلیل عدم پذیرش دارو و یا احتمال سوء جذب بوده است. در مطالعات قبلی نیز اکثراً پیکا در کمتر از ۲ هفته بر طرف شده است (۱۶). شیوع ۶۸/۱ درصدی پیکا در این مطالعه و مقایسه آن با

زودرس آنمی و پیشگیری از عوارض پیکا نظیر مشکلات دندانی یا مواردی مانند مسمومیت سرب در کودکان، به دنبال خوردن رنگ دیوار و عوارض دیگر، سریع انجام گیرد. محدودیت عمده این مطالعه انجام آن در یک مرکز است. محدودیت دیگر آن عدم بررسی معیارهای افسردگی و اضطراب توسط روانپزشک است. همچنین می توان این مطالعه را با انجام آن در مناطق مختلف کشور و افزودن آزمایشات تکمیلی نظیر روی نیز بهبود بخشید.

مطالعات دیگر، مؤید شیوع متفاوت در جوامع مختلف و مطالعات مختلف بوده است. به عنوان مثال این تنوع شیوع از ۵ درصد تا ۵۸ درصد ذکر شده است (۱۷). در مطالعات دیگر یخ خوری بیشترین شیوع را دارد (۱۷)، در حالی که در این مطالعه مواد قندی و نشاسته ای شایع ترین فرم بود. در مطالعه حاضر ارتباط سابقه مثبت فامیلی با بروز پیکا و همچنین ارتباط بین علائم اضطرابی با بروز پیکا معنی دار بود. پیکا تنوع زیادی دارد و با توجه به اشکال شایع و خاص آن، توصیه می شود، درمان

References

1. Broome CV, Marks JS, Dietz WH, Holloway BR, Dean AG, Hewitt SM, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47(3): 1-29.
2. Wharton BA. Iron deficiency in children: detection and prevention. *Br J Haematol* 1999; 106(2): 270-280.
3. Fry J. Clinical patterns and course of anemias in general practice. *Br Med J* 1961; 2(5269): 1732.
4. Kushner RF, Gleason B, Shanta-Retelny V. Reemergence of pica following Gastric bypass surgery for obesity: a new presentation of an old problem. *J Am Diet Assoc* 2004; 104(9): 1393-1397.
5. Grotegut CA, Dandolu V, Katari S, Whiteman VE, Geifman-Holtman O, Teitelman M. Baking soda pica: a case of hypokalemic metabolic alkalosis and rhabdomyolysis in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006; 107(2 Pt 2): 484-486.
6. Hackworth SR, Williams LL. Pica for foam rubber in patients with sickle Cell disease. *South Med J* 2003; 96(1): 81-83.
7. Gary Cunningham F, Kenneth J, Leveno SL, Bloome JC, Kattarine D. *Prenatal care Williams obstetrics*. 22nd ed. New York: McGraw Hill; 2005. pp. 201-230.
8. Ellis CR, Schnoes CJ, Giardino AP, Windle MI, Rauch D, Pataki C. Eating disorder: pica. *Medscape* [serial online]. 2009. Available From: <http://emedicine.medscape.com/article/914765-overview> Jun 4,1990
9. Morales L, Hayes Bautista D. Pica may be harmful to the fetus and mother. *West J Med* 2000; 173(1): 25.
10. Cooper K. Lead poisoning in children. *CMAJ* 2004; 171(5): 429-430.
11. Munoz JA, Marcos J, Risueno CE, de Cos C, Lopez R, Capoto FJ, et al. Iron deficiency and pica. *Sangre (Barc)* 1998; 43(1): 31-34.
12. Dickens G, Trethowan WH. Cravings and aversions during pregnancy. *J Psychosom Res* 1971; 15(3): 259-268.
13. Smulian JC, Montiwaia S, Sigman RK. Pica in a rural obstetric population. *South Med J* 1995; 38(12): 1236-1240.
14. Geissler PW, Shulman CE, Prince RJ, Mutemi W, Mnazi C, Friis H, et al. Geophagy, iron Status and anemia among pregnant women

- on the coast of Kenya. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1998; 92(5): 549-553.
15. Rainville AJ. Pica practices of pregnant women are associated with lower maternal hemoglobin level at delivery. *Am J Diet Assoc* 1998; 98(3): 293-296.
16. Sontag C, Kettaneh A, Fain O, Eclache V, Thomas M. Rapid progression of prolonged pagophagia after treatment of iron deficiency. *Presse Med* 2001; 30(7): 321-323.
17. Marinella MA. Tomatophagia and Iron deficiency anemia. *NEJM* 1999; 341(1): 60-61.

Archive of SID