

بررسی علائم سندرم روده تحریک پذیر و رابطه آن با برخی عوامل خطر ساز احتمالی در زنان بالای بیست سال شهرکرد، ۱۳۸۱

دکتر سید محمد کاظم حسینی اصل*، دکتر بابک امراء**

چکیده:

سندرم روده تحریک پذیر (Irritable bowel syndrom=IBS) عبارت است از علائم روده ای مزمن همراه با دل درد و تغییر عادت اجابت مزاج که با هیچگونه علت ساختمانی همراه نباشد. این بیماری معمولاً در زنان شایع تر می باشد. شناخت این بیماری خوش خیم باعث حذف هزینه های اضافی بابت بررسی برای بیماری های عضوی و کمیاب تر دستگاه گوارش می گردد. لذا بر آن شدیم که شیوع این بیماری را در زنان بالای بیست سال شهرکرد بر اساس کرایتریای Rome II بررسی نماییم. در این مطالعه به صورت روش خوشه ای تصادفی تعدادی از منازل شهر انتخاب شدند و سپس دانشجویان پزشکی با مراجعه به این خانه ها و مصاحبه با تک تک افراد مؤنث بالای بیست سال پرسشنامه مربوطه را تکمیل کردند در این بررسی ۲۶۷۵ زن بالای بیست سال پرسشنامه را تکمیل کردند. بهبودی درد شکم با دفع مدفوع در ۲۲۵ نفر (۸/۵ درصد) و بروز ناراحتی شکم با تغییر فرکانس مدفوع در ۱۷۷ نفر (۶/۷ درصد) بروز درد شکم با تغییر شکل مدفوع در ۱۷۷ نفر (۶/۷ درصد) مثبت بود. شیوع سندرم روده تحریک پذیر بر اساس کرایتریای Rome II پنج و شش دهم درصد بوده است. نتایج این تحقیق نشان داد که شیوع علائم IBS در منطقه ما از کشورهای غربی کمتر به کشورهای آسیایی مثل هنگ کنگ نزدیک تر می باشد ولی هنوز به اندازه کافی شایع هست که قبل از سایر بیماری های گوارشی به آن بیاندیشیم.

واژه های کلیدی: اپیدمیولوژی، سندرم روده تحریک پذیر، زنان.

مقدمه:

التهابی و بدخیمی های روده نیز باشند ذهن پزشکان بیشتر متوجه ضایعات اخیر می باشد و در آموزش بالینی به دانشجویان و پزشکان عمومی نیز عمده توجه به بیماری های ارگانیک بوده و سندرم روده تحریک پذیر با همه وفور آن به فراموشی سپرده می شود. از این رو جلب توجه پزشکان به سندرم روده تحریک پذیر و تاکید بر شیوع زیاد آن می تواند باعث شود که این گونه پزشکان در برخورد با علائم گوارشی پیش پا افتاده ابتدا درمان تجربی برای این بیماری خوش خیم را شروع کنند، بدیهی است که علائم در مدت زمان منطقی منجر به

علائم گوارشی از قبیل دل درد و اختلالات عادت اجابت مزاج از شکایات بسیار شایعی می باشند که در درمانگاه های عمومی و تخصصی همه روزه به فراوانی با آن روبرو می شویم. بررسی برای تعیین ماهیت این شکایات باعث اتلاف وقت و هزینه بسیار زیادی برای مبتلایان می گردد. سندرم روده تحریک پذیر که با ایجاد دل درد و نفخ شکم و اختلال اجابت مزاج مشخص می شود شایع ترین علت این مراجعات می باشد (۱)، ولی از آنجا که این علائم می توانند ناشی از حضور بیماری های جدی تر از قبیل زخم پپتیک و بیماری های

*استادیار گروه داخلی-دانشگاه علوم پزشکی: شهرکرد - خیابان کاشانی - دانشگاه علوم پزشکی - تلفن: ۰۲۸۱-۳۳۳۰۰۶۱، (مؤلف مسئول).

انتخاب زنان برای این مطالعه آن است که معمولاً گفته می شود که این بیماری در زنان شایع تر است (۷،۶،۱).

مواد و روشها:

در یک بررسی توصیفی تحلیلی تعداد ۲۷۸۸ نفر به روش خوشه ای تصادفی متناسب (Proportional random cluster sampling) جهت بررسی انتخاب شدند. بدین منظور شهر شهر کرد از روی نقشه به بلوک هایی تقسیم و از هر منطقه به روش قرعه کشی چند کوچه تصادفی انتخاب شدند. سپس افراد پرسشگر که دانشجویان پزشکی بودند به کلیه خانه های کوچه های مورد نظر مراجعه و برای هر خانم بالای بیست سال ساکن خانه، پس از توضیح کافی و مصاحبه حضوری، پرسشنامه کرایتریای Rome II را پر می کردند (۷).

برای تشخیص سندرم روده تحریک پذیر بر اساس کرایتریای مذکور (Rome II) دو یا سه مورد از علائم زیر باید حداقل به مدت ۱۲ هفته در سال به طور متوالی یا متناوب وجود داشته باشد.

- وجود دل درد ی که با اجابت مدفوع تسکین می یابد
- بروز درد با تغییر فرکانس دفع مدفوع
- بروز درد با تغییر فرم و قوام مدفوع

از این رو سؤالات پرسشنامه بر محور کشف اشکالات فوق عیناً از منبع استاندارد برگردان شد و کسانی که به دو مورد یا بیشتر از سؤالات فوق جواب مثبت می دادند بیمار تلقی می شدند.

از آنجا که ابتلا به گرفتاری های فوق اختصاصی نبوده و افراد مبتلا به بیماری های مختلف گوارشی ممکن است از گرفتاری های مشابهی خبر دهند، لذا افرادی که چنین شکایاتی داشتند جهت آزمایش مدفوع به منظور کشف نمادهای التهابی یا انهدامی پوشش روده از قبیل گلبول های سفید یا گلبول های قرمز یا پارازیت های

بهبودی نشد بررسی برای بیماری های جدی تر را دنبال کنند.

از نظر تعریف سندرم روده تحریک پذیر شامل علائم روده ای مزمنی می باشد که هیچگونه اشکال ساختمانی در مبتلایان به آن یافت نمی شود (۱).

برای یکسان سازی تشخیص سندرم روده تحریک پذیر پرسشنامه و کرایتریای Rome II در سطح جهان به شکل استاندارد پذیرفته شده که از روایی بالایی برخوردار می باشد (۷).

علائم روده ای مزمن در کشورهای غربی بسیار شایع می باشد و اکثریت آنها را سندرم روده تحریک پذیر تشکیل می دهد (۸). بر اساس کرایتریای Rome II شیوع سندرم روده تحریک پذیر در نمونه های تصادفی جمعیت های آمریکا، استرالیا و آلمان تقریباً ۱۲ درصد گزارش گردیده است (۳)، در حالی که در کشورهای آسیایی شیوع علائم سندرم روده تحریک پذیر بسیار کمتر است و مثلاً در چین ۰/۸ درصد و در سنگاپور ۲/۳ درصد گزارش شده است (۱۱،۴).

از سوی دیگر در یک مطالعه تصادفی به صورت تلفنی در سال ۱۹۹۷ در هنگ کنگ شیوع علائم سندرم روده تحریک پذیر بر اساس کرایتریای Rome I ۲/۵ درصد گزارش شد که گرچه هنوز کمتر از کشورهای غربی است ولی از چین و سنگاپور خیلی بیشتر است (۵).

گزارشات اخیر باعث شده است که بعضی مؤلفین نژاد آسیایی را فاکتور مستقلی بر علیه تشخیص سندرم روده تحریک پذیر بدانند (۱۰) ولی نژاد آسیایی همه آسیایی ها از جمله ایرانیان را در بر نمی گیرد و بیشتر نژاد زرد را شامل می شود لذا هیچ یک از این ارقام کم یا بیش نماینده شیوع بیماری در کشور ما نیستند. در منطقه ما آمار از شیوع علائم سندرم روده تحریک پذیر در جامعه و زنان وجود ندارد. لذا نگارندگان بر آن شدند که شیوع این عارضه را در زنان شهر کرد تعیین نمایند. علت

جدول شماره ۱ رابطه سن با میزان بروز علائم سندرم روده تحریک پذیر

P value	سن کمتر از ۴۵ سال		سن بالای ۴۵ سال		سؤالات علائم روده ای
	تعداد (نفر)	درصد	تعداد (نفر)	درصد	
۰/۰۲۸	۷/۸	۱۵۵	۱۰/۳	۷۰	بهبودی درد شکم با دفع مدفوع
۰/۰۵	۶/۲	۱۲۲	۸/۱	۵۵	بروز درد یا ناراحتی با تغییر فرکانس مدفوع
۰/۰۲۸	۶/۱	۱۲۰	۸/۴	۵۷	بروز درد با تغییر شکل مدفوع

آزمایش مدفوع غیر طبیعی داشتند که برای رکتوسیگموئیدسکوپی اعزام و از لیست بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر حذف شدند.

شیوع علائم مختلف ناشی از سندرم روده تحریک پذیر در این جامعه به شرح زیر بود:

- بهبودی درد شکم با دفع مدفوع در ۲۲۵ نفر (۸/۵ درصد).

- بروز ناراحتی با تغییر فرکانس مدفوع در ۱۷۷ نفر (۶/۷ درصد).

- بروز درد با تغییر شکل مدفوع در ۱۷۷ نفر (۶/۷ درصد).
- وجود کرایتریای Rome II کامل با حضور ۲ یا سه مورد از موارد فوق در ۱۴۹ نفر (۵/۶٪) بود.

در این مطالعه ۱۴۲ نفر (۵/۳ درصد) عادت به استعمال دخانیات داشته اند. در آنالیز با مجذور کای (Chi Square) بین سن و برخی از مشاغل زنان، عادت سیگار کشی و شیوع علائم روده ای رابطه معنی دار ضعیف ($p=0/05$) مشاهده گردید (جدول شماره ۱) ولی در آنالیز Multivariate Analysis با توجه به تصحیح برای عوامل مخدوش کننده رابطه معنی داری بین علائم و هیچیک از فاکتورهای مذکور مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

میکروسکوپی به آزمایشگاه ارجاع و نمونه مدفوع آنها به طور رایگان بررسی می شد و کسانی که آزمایش مدفوع آنها غیر طبیعی بود از گروه حذف می شدند.

پس از جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه ها کدگذاری گردیده و اطلاعات به بانک اطلاعاتی منتقل و سپس با نرم افزار آماری SPSS version 10 آنالیز گردید. شیوع علائم مختلف با استفاده از جدول توزیع فراوانی ها استخراج گردید. برای تعیین رابطه علائم بیماری با عوامل خطر ساز ابتدا از آزمون مجذور کای (Chi Square) استفاده و سپس به منظور حصول اطمینان بیشتر از تحلیل متغیرهای متعدد (Multivariate Analysis) استفاده گردید. P value با میزان کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار تلقی گردید.

نتایج:

از خرداد تا مهر ماه ۱۳۸۱ از مجموع ۲۷۸۸ نفر خانم مورد مراجعه ۲۶۷۵ نفر خانم بالای ۲۰ سال با مصاحبه موافقت کردند (۹۵/۹۴٪) و پرسشنامه برای آنان تکمیل گردید. سن افراد مورد مطالعه ۲۰ تا ۹۰ سال با متوسط سنی $37/58 \pm 14/30$ بود.

برای کلیه افرادی که علائم روده ای داشتند آزمایش مدفوع درخواست شد. از این تعداد ۲۱ نفر

جدول شماره ۲: نتایج آنالیز چند متغیره (Multivariate Analysis) جهت بررسی رابطه علائم روده تحریک پذیر با عوامل خطر ساز

OR(CI)	P value	عامل خطر ساز
۰/۹۹(۰/۴۴-۲/۲۴)	۰/۹۵	گروه های سنی
۰/۹۶ (۰/۹۵-۱/۰۴)	۰/۸۵	گروه بندی بر اساس سال های کار
۱/۱۰۴(-۰/۱۳۷-۸/۹)	۰/۹۲	تغییر شغل
۱/۱۳۵(-۱/۵۵-۸/۲۸)	۱/۰۰	شغل آموزگار
۱/۰۳۳(-۱/۹-۸/۹۸)	۰/۹۷	خانه دار
۱/۰۰۶(-۲/۴۸-۴/۰۴)	۰/۹۶	پرستار
۲/۲۱(-۳/۱۳-۷/۲)	۱/۰۰	بیکار

بحث :

کشورهای ژاپن، چین، آمریکای جنوبی و هند به میزان کمتر از کشورهای غربی شایع می باشد (۱۲) و به عنوان مثال شیوع آن در هنگ کنگ در سال ۲۰۰۲ تقریباً ۶/۶ درصد است (۹) که این آمار اخیر به ارقام شیوع در شهر کرد نزدیک تر می باشد. علت شیوع کمتر بیماری در کشورهای شرقی ذکر نشده و در آمار ما نیز علت آن مشخص نیست و نیاز به بررسی های اختصاصی تر و دقت در جزئیات روانشناسی و جامعه شناسی این جوامع دارد. گرچه تحلیل اولیه حاکی از ارتباط سستی بین این بیماری و برخی عوامل خطری از قبیل سن و تعدادی از مشاغل است ولی همین ارتباط ناچیز نیز در آنالیز متغیرهای متعدد رنگ باخت، از این رو علت ایجاد بیماری و عامل تفاوت با سایر جوامع همچنان ناشناس باقی می ماند.

میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر معمولاً در زنان بیشتر است (۱۲،۷،۶،۱) و همین امر باعث شد که در این تحقیق فقط زنان مورد بررسی قرار گیرند. در ۴ مطالعه از ۵ مطالعه انجام شده میزان شیوع IBS با افزایش

میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است علت این تفاوت اختلاف در کرایتریای تشخیصی می باشد. ولی در سال های اخیر با مورد قبول قرار گرفتن پرسشنامه و کرایتریای Rome II به تدریج اختلاف نظرها کم شده و از این پس تفاوت های موجود در گزارش ها را می توان واقعی و ناشی از تفاوت های نژادی و جغرافیائی دانست.

در مطالعه ما شیوع نسبی سندرم روده تحریک پذیر ۵/۶ درصد به دست آمد. در حالی که در یک مطالعه که در آمریکا روی ۳۴۳۰ نفر صورت گرفت. شیوع علائم در زنان ۱۴/۵ درصد نشان داده شده است (۱). در مطالعه دانمارک در ۳۶۰۸ نفر میزان شیوع در زنان ۷/۷ درصد برآورد شده است (۷) و در مطالعه دیگری در ال پاسو در بین ۹۰۵ نفر تغییر عادت روده ای در زنان ۲۶/۵ درصد گزارش شده است (۱۳) که آمار ما از هر سه این گزارشات کمتر بوده است در مقابل اطلاعات حاضر نشان می دهد که این بیماری در اوگاندا نادر و در

که شیوع سندرم روده تحریک پذیر از جوامع غربی کمتر باشد باز هم میزان آن بسیار بیشتر از سایر بیماری های گوارشی خواهد بود، لذا جلب توجه پزشکان عمومی به بیماری و ایجاد شناخت علمی نسبت این عارضه می تواند در کاهش هزینه های درمانی بیماران و جلوگیری از اتلاف وقت آنها تاثیر جدی داشته باشد.

پیشنهادات:

افزودن سندرم روده تحریک پذیر به عنوان دوره های بازآموزی مدون برای پزشکان در رسیدن به هدف کاهش هزینه و جلوگیری از اتلاف وقت و بهبود کیفیت زندگی جامعه کمک نماید.

تشکر و قدردانی:

مولفین مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد که امکانات مالی جهت این پروژه را فراهم کردند اعلام می دارند. از خانم ندا سلیمانی و همکارانشان که در تکمیل پرسشنامه ها همکاری کرده اند تشکر می نمایم. از آقای دکتر گلشن بخاطر مشاوره و آنالیز آمار و همکاری در تدوین نتایج تشکر می نمایم.

سن کاهش پیدا کرده است (۱۲،۷،۶،۱) در حالی که در مطالعه ما اختلاف معنی داری بین شیوع بیماری با سن وجود نداشت، شاید عللی مثل اضطراب ناشی از عدم تامین مالی در سن پیری و نگرانی برای سرنوشت بچه ها مانع ایجاد آرامش در سنین پیری شده و از کاهش بیماری ممانعت می نماید. در تایید این نکته می توان اضافه کرد که در یک مطالعه ذکر شده است که علائم functional روده قویاً با وضع اقتصادی پائین و درآمد کم در آمریکا رابطه داشته است (۱)، گرچه در تحقیق حاضر در مورد وضعیت اقتصادی افراد اطلاعات قابل اعتمادی به دست نیامد ولی به نظر نمی رسد که این افراد در مجموع از رفاه مالی چشم گیری برخوردار باشند. این نکته نیز شایان ذکر است که در جوامعی چون شهرکرد که زنان از مسئولیت مالی در قبال خانواده تا حد زیادی مصون هستند ممکن است تاثیر مشکلات مالی بر ایجاد بیماری های با منشاء روان تنائی چندان زیاد نباشد.

به هر حال با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق شیوع علائم سندرم روده تحریک پذیر در منطقه ما تقریباً معادل سایر کشورهای آسیایی و به مراتب کمتر از کشورهای غربی در بین زنان می باشد. در جمع بندی نهائی باید متذکر شد که حتی وقتی

References:

1. Drossman DA, Li ZM, Andrazzi E. Us household survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci*, 38: 1569-80, 1993.
2. Drossman DA.; Corazziara E.; Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and from McLean: Degnon Associates, Appendix B: From WB Sanders Company. Philadelphia: USA, 2000.
3. Heaton KW.; Odonell LJD.; Braddon FEM. Symptoms of irritable bowel syndrome in british urban community: consulters and non-consulters. *Gastroenterology*, 102: 1962-7, 1992.
4. Ho Ky., kang Jy.; Seow A. Prevalence of gastrointestinal symptoms in multiracial Asian population, with reference to reflux type symptoms. *Am J Gastroenterol*, 93: 1816-22, 1998.
5. Hu W HC., Hui WM.; Lam CLK.; Lam SK. Anxiety and depression are co-factors determining health care utilisation in subjects with dyspepsia. *Gastroenterology*, 112(suppl): 153-5, 1997.
6. Jones R.; Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ*, 304: 87-90, 1992.

7. Kay L.; Jorgenstent S.; Jensen KH. The epidemiology of irritable bowel syndrome in a random pupulation: prevalence, Incidence, natural history and risk factors. *J Intern Med*, 236: 23-8, 1994.
8. Koloskin NA.; Talley NJ.; Boyce PM. Epidemiology and health care seeking of the functional bowel disorders a population based study. *Gastroenterology*, 116: 4428-33, 1999.
9. Kwan AC.; Hu WH.; Chan Y.; Wah Y. Prevalence of irritable bowel syndorme in Hong-kong. *J Gastroenterol Hepatol*, 11: 1180-6, 2002.
10. Masud MA.; Hasan M.; Khan AKA. Irritable bowel syndorme in a rural community in Bangladesh: prevalence, symptom pattern and health care seeking behavior. *Am J Gastroenterol*, 96: 1547-52, 2001.
11. Pan G.; Lus., Ke M. Epidemiologic study of the Irritable bowel syndorme in Beijing. Stratified randomised study by cluster sampling. *Chin Med J*, 113: 35-9, 2000.
12. Talley NJ.; Zinsmeister AR.; Van Dyke C.; Melton LJ. Epidemiology of colonic symptoms and the rritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 101: 927-32, 1991.
13. Zuckerman MJ.; Guerra LG.; Drossman DA. Comparison of bowel patterns in hispanics and nonhispanic whites. *Dig Dis Sci*, 40: 1761-6, 1995.