

گزارش ۵ ساله سل گوارشی و شکمی در استان گلستان

چکیده

زمینه و هدف: سل خارج ریوی ۲۰-۱۵ درصد موارد ابتلا به سل را شامل می‌شود. سل گوارشی و شکمی شایع‌ترین شکل بیماری خارج ریوی است که علائم و نشانه‌های آن اغلب غیراختصاصی است. این مطالعه به منظور بررسی سل گوارشی-شکمی در استان گلستان و مشخصات دموگرافیک افراد مبتلا در یک دوره پنج‌ساله انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ابتدا اسامی تمامی افرادی که طی سال‌های ۸۲-۱۳۷۸ در مراکز سل شهرستان‌های استان به عنوان مورد جدید سل گزارش شده بودند، استخراج و موارد سل خارج ریوی و سل گوارشی-شکمی جدا شدند. با مراجعه به آدرس‌های موجود، پرسشنامه طراحی شده در مورد آنها تکمیل شد. سپس با ورود اطلاعات به نرم‌افزار آماری SPSS، توزیع فراوانی هر یک از متغیرهای مورد بررسی به دست آمد.

یافته‌ها: از ۳۰ بیماری که طی این مدت تحت عنوان سل گوارشی-شکمی تحت درمان قرار گرفته بودند، اکثریت (۲۲ نفر، ۷۳/۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی این افراد $32/03 \pm 13/73$ سال بوده و اکثریت زیر ۴۰ سال بودند. شایع‌ترین شکایت این افراد به ترتیب شامل خستگی، کاهش وزن و بی‌اشتهایی بود. تشخیص آسیب‌شناسی در ۶۶/۷ درصد افراد موجود بود که در اکثریت موارد پریتونیت سلی گزارش شده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که فراوانی سل خارج ریوی و سل گوارشی-شکمی، از سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان بیشتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سل - سل خارج ریوی - سل گوارشی شکمی

دکتر شهریار سمعانی
فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد
استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
و مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر سیما بشارت
پزشک عمومی، پژوهشگر
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر سهیل رفیعی
پزشک عمومی
مسئول مبارزه با سل استان در معاونت بهداشتی

دکتر عباسعلی کشتکار
دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه بهداشت
و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر غلامرضا روشندل
پزشک عمومی، پژوهشگر
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر نفیسه عبدالهی
دستیار رشته بیماری‌های داخلی
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر علی جباری
پزشک عمومی، پژوهشگر
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

نویسنده مسؤول: دکتر سیما بشارت

پست الکترونیکی: s_besharat_gp@yahoo.com
نشانی: گرگان، بلوار ۵ آذر، آذر، کلینیک تخصصی شهید
نبوی، طبقه دوم، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان
تلفن: ۰۱۷۱-۲۲۴۰۸۳۵
نمابر: ۲۲۶۹۲۱۰

وصول مقاله: ۸۵/۳/۲۸

اصلاح نهایی: ۸۵/۷/۲۵

پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۸

طالعات مختلف ۲۰-۱۵ درصد از کل موارد مبتلا به خارج ریوی بوده‌اند که این درصد در حال افزایش می‌باشد (۲۰ و ۱). سل شکمی به درگیری دستگاه گوارش، پریتونئ، امنتوم، مزانتر و غدد لنفاوی آن، سایر ی توپر داخل شکمی مانند کبد، طحال و پانکراس شود و شایع‌ترین فرم خارج ریوی است (۱). راه‌های عفونت شامل عفونت مستقیم مخاط، انتشار خونی یا ضایعه سلی مجاور می‌باشد (۳). علائم و نشانه‌های می اغلب غیراختصاصی می‌باشند. توده شکمی، درد سداد روده، آسیت و تغییرات در اجابت مزاج از جمله ن است (۴ و ۵). ترکیبی از علائم، درد شکمی و تغییرات اجابت مزاج با یا بدون توده قابل لمس، موجب خیصی به سل گوارشی خواهد شد. تست‌های خون، مدفوع غیراختصاصی هستند. تظاهرات رادیولوژیک می ممکن است فقط در یک پنجم موارد سل شکمی د. پزشکان اغلب از شک بالینی، نمای رادیولوژیکی و ریی و روش‌های تشخیصی غیرمعمول برای تشخیص رشی استفاده می‌کنند (۱). در کشورهای اندمیک سل، تغییرات مشکوک در آزمایش‌های خونی یا بالین بیمار د توجه پزشکان قرار گرفته و درمان تجربی ضد سل شروع شود. در این موارد پزشک نباید منتظر تائید د (۶). در کشور ما پس از صدور بخشنامه کشوری نامه کنترل و مراقبت سل در نظام شبکه بهداشت و در سال ۱۳۶۹، وزارت بهداشت، درمان و آموزش طی بخشنامه‌ای در سال ۱۳۷۵ تمام دانشگاه‌های علوم کشور را به اجرای آن ملزم نمود (۷). در مطالعه حاضر ن ماهای بالینی و متغیرهای فردی بیماران مبتلا به سل شکمی در استان گلستان در یک دوره پنج‌ساله شده است.

۱-۲ بررسی

ن مطالعه توصیفی-مقطعی، با مراجعه به واحد مبارزه با ونت بهداشتی استان، افرادی که طی سال‌های

۸۲-۱۳۷۸ در مراکز سل استان به عنوان مورد جدید سل گزارش شده بودند، استخراج شده، سپس با تماس تلفنی با بیماران و بررسی وضعیت حیات ایشان، پرسشنامه طراحی شده تکمیل گردید. سپس با ورود اطلاعات به نرم‌افزار آماری SPSS، توزیع فراوانی هر یک از متغیرهای مورد بررسی به دست آمد.

متغیرهای مورد بررسی شامل موارد زیر بود: مشخصات فردی (سن، جنس، محل سکونت، تعداد اعضای خانوار، مساحت زیربنای منزل مسکونی و...)، سابقه بیماری‌های دیگر (ایدز، سل ریوی، بیماری‌های ریوی و...) و سابقه مصرف مواد مخدر، فاصله زمانی بین شروع علائم و تشخیص، مدت زمان بین تشخیص تا شروع درمان، طول مدت درمان، تکمیل یا عدم تکمیل دوره درمانی، محل درگیری سل ذکر شده در پرونده، روش تشخیص بیماری، وجود یا فقدان اسکار واکسن BCG، علائم بالینی بیماران (شکایات اصلی بیماران) بروز و شیوع سل گوارشی-شکمی طی ۵ سال مشخص گردید.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که فراوانی سل خارج ریوی و سل گوارشی-شکمی، از سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان بیشتر می‌باشد. طی این دوره پنج ساله، ۱۹۲۴ مورد جدید سل ثبت شده بود که از این تعداد ۷۴۰ نفر (۳۸/۴۶ درصد) سل خارج ریوی بودند. ۳۹ مورد از آنها (۵/۲۷ درصد) از موارد سل خارج ریوی) با تشخیص سل گوارشی-شکمی تحت درمان قرار گرفته بودند. ۹ مورد از این ۳۹ نفر از محل ثبت شده در پرونده، کوچ کرده و دسترسی به آنها امکان‌پذیر نبود. از ۳۰ بیمار در دسترس سل گوارشی-شکمی اکثریت (۲۲ نفر، ۷۳/۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی این افراد ۳۲/۰۳±۱۳/۷۳ سال (میانگین = ۲۷ سال) بود. ۲۱ نفر (۷۰ درصد) از افراد کمتر از ۴۰ سال و بقیه (۳۰ درصد) بالاتر از ۴۰ سال سن داشتند (جدول‌های ۱ و ۲ و ۳).

جدول ۱: میزان بروز موارد سل (ریوی، خارج ریوی، گوارشی) در استان گلستان طی ۸۲-۱۳۷۹

سل گوارشی-شکمی		سل خارج ریوی		سل ریوی اسمیر مثبت جدید		کل موارد سل (اعم از موارد جدید و عود)	
تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر
۰/۴۸	۷	۹/۷۶	۱۴۰	۲۷/۴۱	۳۹۳	۴۵/۱۳	۶۴۷
۰/۲۷	۴	۹/۷۶	۱۴۰	۲۹/۱۵	۴۱۸	۵۱/۳۴	۷۳۶
۰/۴۶	۷	۹/۸۷	۱۴۹	۲۴/۴	۳۶۸	۴۲/۲	۶۳۷
۰/۱۳	۲	۱۰/۱۷	۱۵۶	۲۶/۲	۴۰۲	۴۶/۴	۷۱۲
۰/۶۴	۱۰	۹/۹۵	۱۵۵	۲۲/۰۴	۳۴۳	۴۳/۱	۶۷۱
-	۳۰	-	۷۴۰	-	۱۹۲۴	-	۳۴۰۳

جدول ۳: توزیع فراوانی تعدادی از علائم مرتبط با سل گوارشی-شکمی در بیماران مورد بررسی

علائم بیماری	تعداد	درصد
خشکی	۲۶	۸۹/۷
کاهش وزن	۲۳	۷۶/۷
بی اشتها	۲۲	۷۳/۳
تب	۲۲	۷۵/۹
درد شکم	۲۰	۶۹
بزرگی غیر طبیعی شکم	۸	۲۷/۶
درد سینه	۴	۱۳/۸
اسهال	۴	۱۴/۸
تنگی نفس	۴	۱۴/۳
توده شکمی	۲	۷/۴

بحث

در این مطالعه سل خارج ریوی در استان گلستان، ۳۸/۴۶ درصد بود. در سایر مطالعات این موارد حدود ۲۰-۱۵ درصد (در بیماران غیر مبتلا به ایدز) گزارش شده است (۸-۱۰). سل گوارشی-شکمی حدود ۵/۲۷ درصد موارد سل خارج ریوی را در مطالعه ما تشکیل می داد که از گزارش های جهانی (۳ درصد) بالاتر بود (۸-۱۰). شاید این تفاوت ناشی از بالاتر بودن میزان بروز و شیوع کلی سل در منطقه به دلیل وجود اقوام و طوایف مختلف و مهاجر پذیر بودن استان گلستان باشد. در این مطالعه، اکثریت افراد مبتلا به سل گوارشی-شکمی، کمتر از ۴۰ سال سن داشتند. در سایر مطالعات نیز نتیجه مشابهی به دست آمده بود (۱۱ و ۱۲). جوان بودن جمعیت منطقه و کشور ما یکی از علل بالا بودن آمار بیماری های عفونی در جوانان می باشد. در حالی که در کشورهای توسعه یافته که دارای جمعیت مسن تری هستند، سل خارج ریوی

۲۳ درصد) از کل بیماران، تماس قبلی با فرد مبتلا را ذکر کرده بودند. هیچ کدام از بیماران گزارشی HI نداشتند. ۳ نفر (۱۰ درصد) از کل بیماران مواد نمی کردند و ۳ نفر سابقه ای از بیماری های مزمن را ذکر کردند. از نظر محل ابتلاء، در گزارش مرکز ۱۸ نفر (۶۰ درصد)، تنها سل گوارشی (بدون ذکر درگیری در سیستم گوارشی) ذکر شده بود، ۱۰ درصد) سل پری تون و ۲ نفر (۶/۷ درصد) سل حفره بودند. روش های تشخیصی به ترتیب زیر بود: ساتولوژی: ۱۸ نفر (۶۶/۷ درصد)، ب) ترکیب را کلینیکی و شک بالینی: ۷ نفر (۲۵/۵ درصد) و ۷/۴ درصد)

ت افراد (۵۳/۵۷ درصد) بیشتر از یک ماه پس از تشخیص قطعی برایشان گذاشته شده بود. بیش از ۱۰ اسکار واکسن BCG نداشتند (۵۵/۲ درصد). ۲۹ نفر (۹۶/۷ درصد) دوره درمان را تکمیل یک نفر که درمان را تکمیل نکرده بود، به علت از سل فوت شده بود.

نگین و انحراف معیار مشخصات فردی بیماران مبتلا به سل گوارشی-شکمی در استان گلستان

بررسی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
خانوار (نفر)	۶/۳۴	۳/۱۴	۱	۱۲
بنای محل (نمره)	۱۳/۸۹	۴۴/۷	۱۲	۲۰۰
وع علائم تا (ماه)	۱/۵۴	۰/۵۱	۱	۲
نخیز تا (ماه)	۰/۲	۱/۱	۰	۶
رمان (ماه)	۶/۹۷	۲/۶۷	۵	۱۸

موجود در مرکز مبارزه با سل نیز هیچ سابقه‌ای از ایشان پیدا نشد. در برخی مطالعات، گزارش شده که اغلب افراد مبتلا به سل گوارشی (یا سل خارج ریوی) قبلاً سل ریوی فعال داشته‌اند ولی تظاهرات رادیولوژیک سل ممکن است تنها در یک پنجم موارد سل شکمی دیده شود (۲ و ۱). شاید عدم مراجعه بیماران و یا هم‌زمانی و حتی سبقت گرفتن علائم گوارشی بر علائم ریوی باعث این امر شده باشد.

در این مطالعه، اثبات سل گوارشی در اکثر موارد (۶۶/۸ درصد) با پاتولوژی بود. در سایر مطالعات نیز تشخیص پاتولوژی سل گوارشی به عنوان روش غالب در تشخیص بیماری گزارش شده، از جمله در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ در ترکیه صورت گرفت، ۶۰/۸ درصد بیماران با تشخیص بافتی به اثبات رسیده بودند (۲).

در مطالعه حاضر همگی بیماران دوره درمان را تکمیل کرده بودند و به جز یک مورد فوت (به علت دیگر) نتیجه در همگی آنها قابل قبول بود. در سایر مطالعات نیز سرنوشت بیماران پس از تشخیص، مطلوب بوده است (۲).

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد شک تشخیصی بالای پزشک معالج علی‌رغم مبهم بودن علائم می‌تواند در بسیاری از موارد منتهی به یک راه تشخیصی متناسب شود. در منطقه اندمیکمانند استان گلستان در هر بیمار جوان (به خصوص خانم‌ها) که با علائم عمومی بیماری‌های مزمن (مانند تب و کاهش وزن و خستگی) و علائم گوارشی مبهم به پزشک مراجعه می‌کنند، تشخیص بیماری سل باید مدنظر قرار گرفته و بررسی‌های تکمیلی انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب سپاس خود را از جناب آقای دکتر احمد دانش و کلیه همکاران مراکز مبارزه با سل شهرستان‌های استان گلستان اعلام می‌دارند.

افراد مسن گزارش شده است (۴).

نسبت جنسی در مطالعه حاضر زنان مبتلا ۲/۷۵ برابر دند. در مطالعات دیگر نیز این برتری جنسی گزارش د، هرچند اعداد بسیار متفاوت (از ۷/۵ تا ۱/۲) بود. شاید یکی از علل این برتری جنسی که در بسیاری ی‌های دیگر نیز دیده می‌شود، مراجعه سریع‌تر و فراد مونث به سیستم‌های بهداشتی-درمانی باشد که تشخیص زودرس در آنها می‌گردد.

طالعه حاضر اکثر موارد از سطوح متوسط و پائین دند. در سایر مطالعات نیز افراد ساکن محله‌های و دارای سطح اقتصادی پائین، بیشترین موارد بیماری ل می‌دادند (۱۵ و ۱۴). سطح اجتماعی اقتصادی پائین شیوع بیشتر سوء تغذیه و عدم رعایت مسائل بهداشتی و نت جمعیت زیاد در یک منطقه محدود می‌شود که تواند باعث انتقال سریع‌تر بیماری‌های واگیر گردد. در هه فاصله بین شروع علائم بیمار تا زمان تشخیص ۱/۵۱ ماه بود. در تحقیقی در آمریکا میانگین زمانی بین لائم تا تشخیص ۵۰ روز بود (۱۶). در اکثر مطالعات خیصی سل گوارشی به دلیل مبهم و غیراختصاصی ئم بیمار مطرح شده است (۲ و ۴). در منطقه ما شاید ، شیوع بالای سل و هوشیار بودن اکثر پزشکان و ، بهداشتی منطقه نسبت به این بیماری، تاخیر تشخیصی اقا افتاده بود.

از علائم عمومی (شامل خستگی، کاهش وزن، بی‌وتب) شایع‌ترین علامت در بیماران مورد بررسی، م و بزرگی غیرطبیعی آن بود. در سایر مطالعات نیز م در سل گوارشی از شایع‌ترین شکایات بالینی بود (۱).

ن مطالعه هیچ‌کدام از افراد مبتلا به سل گوارشی، ی به سل ریوی را ذکر نکرده بودند و در پرونده‌های

References

- 1) Sharma SK, Mohan A. *Extrapulmonary tuberculosis*. Indian J Med Res. 2004;120(4):316-53.
- 2) Elder NC. *Extrapulmonary tuberculosis. A review*. Arch Fam Med. 1992;1(1):91-8.
- 3) Amarpurkar DN, Patel ND, Amarpurkar AD. *Primary gastric tuberculosis--report of 5 cases*. BMC Gastroenterol. 2003; 3:6.
- 4) Dhar P. *Abdominal Tuberculosis. Review Article*. Ind J Tub. 1998; 45:9-13.
- 5) Uygur-Bayramicli O, Dabak G, Dabak R. *Clinical dilemma: abdominal tuberculosis*. World J Gastroenterol. 2003; 9(5):1098-101.
- 6) Fanning A. *Tuberculosis: 6. Extrapulmonary disease*. CMAJ. 1999;160(11):1597-603.
- ۷) راهنمای کشوری مبارزه با سل مصوب کمیته فنی کشوری مبارزه با سل. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مبارزه با بیماری‌ها. مرکز نشر صدا. چاپ اول. ۱۳۸۱. صفحات ۹ تا ۱۴.
- 8) [No authors listed]. National survey of tuberculosis notifications in England and Wales in 1983: characteristics of disease. Report from the Medical Research Council Tuberculosis and Chest Diseases Unit. Tubercle. 1987;68(1):19-32.
- 9) [No authors listed] *National survey of notifications of tuberculosis in England and Wales in 1988*. Medical Research Council Cardiothoracic Epidemiology Group. Tl 47(10):770-5.
- 10) Centers for Disease Control and Preventio tuberculosis in the United States 1999. 2000; p:24. <http://www.cdc.gov/mmwr/summary.html>.
- 11) Marrie TJ, Hershfield ES. *Tuberculous peritonitis* Can J Surg. 1978; 21(6):533-6.
- 12) Borhanmanesh F, Hekmat K, Vaezzadeh K, *Tuberculous peritonitis. Prospective study of 32 cases* Intern Med. 1972; 76(4):567-72.
- 13) Dineen P, Homan WP, Grafe WR: *Tuberculous p years of experience in diagnosis and treatment*. Ann 184:717-722.
- 14) Iwaki Chavez R, Bussalleu Rivera A. *Gastroi peritoneal tuberculosis*. Rev Gastroenterol Peru. 199 113.
- 15) Lingenfelser T, Zak J, Marks IN, Steyn E, Halket *Abdominal tuberculosis: still a potentially lethal di* Gastroenterol. 1993; 88(5):744-50.
- 16) Bernhard JS, Bhatia G, Knauer CM. *Ga tuberculosis: an eighteen-patient experience and re* Gastroenterol. 2000; 30(4):397-402.