

بررسی سرواپیدمیولوژیک بیماری هپاتیت ب در شهرستان‌های کوهدشت و سپیددشت در سال ۱۳۹۱

- امیدعلی پاپی^۱، محمد ساکی^۲، حمید مخیری^۳، اردشیر شیخ آزادی^۴، علی چگنی شرفی^۵، محمود نبوی^۶، روشنگر نمازی^۷، فاطمه عظیمیان^۸
- ۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
 - ۲- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
 - ۳- کارشناس، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
 - ۴- متخصص پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 - ۵- کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
 - ۶- متخصص بیماریهای عفونی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
 - ۷- کارشناس ارشد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
 - ۸- کارشناس ارشد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۴ / پاییز ۹۲ / مسلسل ۵۷

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۱۰ ، پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۹

*** مقدمه:** هپاتیت یک بیماری است که کبد را متورم کرده و فعالیت آن را مختل می‌سازد. اغلب از راه تزریق خون آلوده و فرآورده های خونی آلوده منتقل می‌شود. این بیماری ممکن است مزمن شود و علائمی شبیه آنفلوآنزا داشته باشد. خستگی، از دست دادن اشتها، درد عضلات و مفاصل، تهوع و استفراغ از علائم بارز آن می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی میزان شیوع هپاتیت ب در جمعیت روستایی مناطق گراب، چغابیل، پادروند و تنگ پنج بر حسب سن، جنس، شغل..... و مقایسه آن با میزان شیوع در سایر مناطق مشابه استان و کشوری باشد.

*** مواد و روش‌ها:** با هدف تعیین شیوع سرمی عفونت HbsAg در مناطق گراب، پادروند، چغابیل و تنگ پنج و تعیین رابطه میان عوامل شناخته شده اپیدمیولوژیک با عفونت، از جمعیت‌های این مناطق پس از تکمیل پرسشنامه‌ای که علائم بیماری هپاتیت ب در آن لحاظ شده بود نمونه خون گرفته شده و با روش الیزا مورد آزمایش قرار گرفتند.

*** یافته‌ها:** از ۴۵۴ فرد مورد مطالعه ۲۲۷ نفر مرد و ۲۲۷ نفر زن بودند (نسبت جنسی برابر) که از این عده ۲۷ نفر (۶/۲ درصد) از نظر بیماری هپاتیت ب آزمایش الیزا مثبت داشتند. در میان افراد مبتلا ۱۴ نفر مرد (۵۱/۹ درصد) و ۱۳ نفر (۴۸/۱ درصد) زن بودند. بیشتر موارد مثبت بین گروه‌های سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند. گروه‌های شغلی خانه دار، راننده و دانشجو بیشترین در صد ابتلا را داشتند.

*** بحث و نتیجه‌گیری:** بر مبنای نتایج بدست آمده از این مطالعه شیوع هپاتیت ب در مناطق یاد شده به مراتب بیش از میانگین کشوری (۲ تا ۳ درصد) بوده که با داده های نظام مراقبت بیماری در مناطق یاد شده همخوانی دارد. اگرچه یافته های مطالعه الگوی اصلی انتقال بیماری را تعیین نمی‌کند ولی با توجه به ترکیب سنی و جنسی افراد مبتلا (نسبت تقریباً برابر در مرد وزن و فزونی ابتلا در افراد متأهل) می‌توان ادعا کرد که الگو تاحدی زیاد به نفع انتقال جنسی است. ضمن اینکه کلیه گروه‌های سنی و جنسی در معرض خطر آلودگی هستند اما از نظر جنس مردان (۵۱/۹٪) و از نظر سنی گروه‌های سنی بین ۲۰-۴۰ ساله بیشترین موارد ابتلا را داشته‌اند. شغل و سابقه تزریق خون، بعد خانوار و سابقه واکسیناسیون دارای رابطه معنی داری با عفونت HbsAg بودند.

*** واژه‌های کلیدی:** هپاتیت ب، الیزا، شیوع، سرولوژی، لرستان.

آدرس مکاتبه: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، معاونت بهداشتی، گروه مبارزه با بیماری‌های واگیر

پست الکترونیک: hmokhayeri@yahoo.com

مقدمه

بیش از ۲ میلیارد نفر از جمعیت دنیا با ویروس هپاتیت ب تماس داشته و با این ویروس آلوده شده‌اند و در حدود ۳۵۰ تا ۴۰۰ میلیون نفر در جهان ناقل ویروس هپاتیت ب هستند (۱). میزان شیوع ناقلی هپاتیت ب در نقاط مختلف دنیا متفاوت است. به طور کلی سه چهارم جمعیت دنیا در مناطق با آلودگی بالا زندگی می‌کنند. حدود ۹۰ درصد از ناقلان سالم در مناطق در حال توسعه یا توسعه نیافته زندگی می‌کنند (۲). به طور کلی، جهان از نظر آلودگی به هپاتیت ب به سه منطقه تقسیم می‌شود. گروه یک مناطق با شیوع کم، میزان شیوع ۰/۱ درصد تا ۲ درصد، گروه دوم مناطق با شیوع متوسط، میزان شیوع در این مناطق ۲ تا ۸ درصد می‌باشد و گروه سوم مناطق با شیوع بالا، میزان شیوع در این مناطق ۸ تا ۲۰ درصد است (۳). بر اساس مطالعات انجام شده ایران جزء مناطق با شیوع متوسط محسوب می‌گردد و به نظر می‌رسد ۳۵ درصد ایرانیان با هپاتیت ب برخورد داشته و ۲ تا ۳ درصد جمعیت ناقل مزمن هستند که البته در مناطق مختلف پراکندگی یکسانی ندارد. به طوری که این رقم در برخی نقاط کشور مثل استان فارس ۱/۷ درصد و در برخی دیگر مثل سیستان و بلوچستان ۵ درصد است (۴). با توجه به انجام واکسیناسیون نوزادان از سال ۱۳۷۲ و کاهش شیوع آن بر اساس طرح ملی سلامت و بیماری کشور ما در مرحله گذار از شیوع متوسط به شیوع کم بوده و موارد جدید بیماری بیشتر در گروه نوجوانان و بزرگسالان اتفاق می‌افتد (۳). با توجه به مجموع بررسیهای انجام شده، هپاتیت ب یکی از شایع‌ترین علل بروز هپاتیت حاد و مزمن در بزرگسالان و همچنین سیروز و هپاتوسلولار کارسینوما در ایران است (۵-۷). مرگ و میر از این بیماری حتی در کشورهایی که از شیوع بالایی ندارند ۵ برابر بیش از هموفیلوس آنفلوانزا تایپ ب، و

۱۰ برابر بیش از سرخک (تا قبل از انجام واکسیناسیون روتین) بوده است (۲۰۱). مطالعه امینی و همکاران در استان همدان نشان داد که ۲/۴۹ درصد از نظر HBsAg و ۵/۱۳ درصد از نظر HBCAb مثبت هستند. مطالعه عبدالهی و همکاران در استان گلستان نشان داد که ۱۰/۸ درصد مردان و ۸/۶ درصد زنان به هپاتیت مبتلا بودند. در مطالعه پورالعجل و مجدزاده شیوع کلی عفونت مزمن هپاتیت ب در ایران ۱/۷ درصد، در اهدا کنندگان خون ۰/۸ درصد (۰/۹-۰/۶ درصد) و در معتادان تزریقی ۳/۲ درصد (۴/۱-۲/۳ درصد) بود. شیوع عفونت در بیماران بتاتالاسمی از صفر تا ۱/۵ درصد متغیر بود و شیوع عفونت در افراد مسن و میانسال بیش از نوجوانان و کودکان و در جنس مذکر ۲۵ درصد بیش از جنس مؤنث بود (۳-۱).

از آنجا که آمار دریافت شده از تعداد بیماران هپاتیت ب در دو سه سال اخیر از مناطق یاد شده نسبت به سایر مناطق استان لرستان رو به افزایش بود، بر آن شدیم که مطالعه‌ای جهت ارزیابی میزان شیوع این بیماری در جمعیت سه منطقه از شهرستان کوهدشت و یک منطقه از شهرستان سپیددشت که بیشترین تعداد هپاتیت ب را در بین سایر مناطق استان دارند انجام دهیم تا دلیل شیوع بالای آن را پیدا کرده و نسبت به رفع آن بوسیله خدمات بهداشتی اقدام نماییم. هدف از این مطالعه آشنایی با میزان شیوع هپاتیت ب در جمعیت مناطق گراب، چغابلی، پادروند و تنگ‌پنج برحسب سن، جنس، شغل... و مقایسه آن با میزان شیوع در کشور می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی توصیفی-تحلیلی بوده و جامعه مورد مطالعه جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت‌های ساکن در مناطق تنگ پنج شهرستان سپیددشت و مناطق گراب، چغابلی و پادروند شهرستان کوهدشت می‌باشد که

کاملاً متناسب با جمعیت این مناطق می‌باشد. برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر ضمن استفاده از پرسشنامه استاندارد که حاوی مشخصات فردی، سابقه عوامل مرتبط با عفونت، سابقه واکسیناسیون از همه افرادی که شامل نمونه‌گیری می‌شدند رضایت‌نامه کتبی همراه با امضا و اثر انگشت اخذ شد و نمونه سرم افراد مورد مطالعه با استفاده از کیت استاندارد دلاپور ساخت کشور آمریکا با حساسیت بالای ۹۹/۶ درصد و ویژگی بالای ۹۹/۹ درصد مورد سنجش کمی قرار گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و برای تعیین وابستگی هریک از عوامل یاد شده و عفونت با ویروس هیپاتیت ب از آزمونهای آماری ناپارامتریک کرامر، فی و آزمون کای دو بهره گرفته شد.

یافته‌ها

۴۳۹۵۹ نفر را شامل گردید. در این تحقیق با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی متناسب، جامعه مورد مطالعه به طبقات همگن تقسیم شده و از آنجا که حجم طبقات با هم مساوی نیست، متناسب با حجم هر طبقه اقدام به نمونه‌گیری گردید. روش نمونه‌گیری در داخل طبقات به روش تصادفی ساده بوده و نسبت جنسی و توزیع سنی افراد در نمونه مشابه جمعیت مورد مطالعه بود. در این روش بر مبنای اطلاعات جمع‌آوری شده از نظام مراقبت بیماری در منطقه در سالهای اخیر شیوع برآورد شده برابر ۰/۰۳، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای معیار ۰/۰۰۵ در نظر گرفته شد که به این ترتیب حجم نمونه بر مبنای شیوع تخمین زده شده ۴۵۴ نفر تعیین گردید. از این عده ۱۰ نفر در منطقه تنگ‌پنج شهرستان سپیدشت، ۱۱۸ نفر در منطقه گراب، ۱۹۴ نفر در چغابلی و ۱۳۲ نفر در پادروند شهرستان کوه‌دشت ساکن بودند که

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه و مبتلایان به هیپاتیت ب

تعداد زن	تعداد مرد	متأهل	مجرد	روستایی	شهری	بعد خانوار کمتری	بعد خانوار بیشتر	کل
۲۲۷	۲۲۷	۲۵۱	۲۰۳	۳۶۶	۴۶	۱۷۸	۲۷۶	۴۵۴
۱۳	۱۴	۲۰	۷	۲۵	۲	۲۲	۵	۲۷
۵/۷	۶/۲	۷/۹	۳/۴	۶/۸	۴/۳	۱۲/۳	۱/۸	۵/۹

جدول ۲. توزیع فراوانی شغل در جمعیت مورد مطالعه و مبتلایان به هیپاتیت ب

دانشجو	دانش آموز	خانه دار	کارمند	راننده	بیکار	کارگر	شغل آزاد	کشاورز	کل
۲۰	۱۷	۱۲۳	۳۸	۵۹	۵۴	۲۴	۴۸	۷۱	۴۵۴
۴	۰	۱۰	۰	۶	۳	۳	۰	۱	۲۷
۲۰	۰	۸/۱	۰	۱۰/۲	۵/۵	۱۲/۵	۰	۱/۴	۵/۹

جدول ۳. توزیع فراوانی عوامل خطر ابتلا به هیپاتیت ب در جمعیت مورد مطالعه و مبتلایان به هیپاتیت ب

عوامل خطر	دیالیز	خالکوبی	حجامت	جراحی	تماس جنسی مشکوک	تزریق خون	سابقه زندان	خانوار مثبت	هیچ عوامل خطری نداشته	سابقه عدم واکسیناسیون	کل
۸	۷۵	۲۸	۷۴	۲۱	۳	۸	۱۰	۲۲۷	۴۳۵	۴۵۴	
۱	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۲۴	۲۷	۲۷	
۱۲/۵	۰	۰	۰	۴/۸	۰	۱۲/۵	۰	۱۰/۶	۶/۲	۲۷	

جدول ۴. توزیع فراوانی منطقه محل سکونت جمعیت مورد مطالعه و مبتلایان به هیپاتیت ب

کل	چغابل	گراب	پادروند	تنگ پنج
۴۵۴	۱۹۴	۱۱۸	۱۳۲	۱۰
مبتلایان	۱۳	۱۸	۵	۱
درصد ابتلا	۶/۷	۱۵/۲	۳/۸	۱۰

عوامل خطر مورد بررسی تنها شغل (با سطح معنی داری ۰/۰۰۸)، سابقه تزریق خون (با سطح معنی داری ۰/۰۴۹)، تعداد اعضای خانوار (با سطح معنی داری ۰/۰۰۱) و سابقه واکسیناسیون (با سطح معنی داری ۰/۰۳۸) دارای رابطه معنی دار با عفونت هیپاتیت ب بودند.

بحث و نتیجه گیری

بر مبنای نتایج بدست آمده از این مطالعه شیوع هیپاتیت ب در مناطق یاد شده به مراتب بیش از میانگین کشوری ۲ تا ۳ درصد بوده که با داده‌های نظام مراقبت بیماری در مناطق یاد شده همخوانی دارد. اگرچه یافته‌های مطالعه الگوی اصلی انتقال بیماری را تعیین نمی‌کند ولی با توجه به ترکیب سنی و جنسی افراد مبتلا (نسبت تقریباً برابر در مرد و زن و فزونی ابتلا در افراد متأهل) می‌توان ادعا کرد که الگو تاحدی زیاد به نفع انتقال جنسی است. همانگونه که آزمونهای آماری نشان می‌دهد گروههای شغلی در معرض خطر به ویژه دانشجویان، رانندگان کامیون و کارگران به لحاظ سبک زندگی (دوری از خانواده) و موقعیت ویژه خود بیشتر در معرض ابتلا بوده و به طور عمده گروههای سنی فعال به این بیماری مبتلا می‌شوند. فراوانی بیشتر موارد ابتلا در منطقه چغابل را می‌توان تا حد زیادی به فراوانی بیشتر رانندگان کامیون در این منطقه نسبت داد. این موضوع به احتمال بیشتر تماس خونی با افراد مبتلا در خانواده، آلودگی از طریق ابزار دندانپزشکی، تماس جنسی مشکوک و به دنبال آن در افراد متأهل انتقال به همسر را به

دنبال دارد که این روش انتقال با مطالعات مشابهی که توسط دیگران انجام داده اند همسو و هم راستا می‌باشد. در مطالعه‌ای که در همدان توسط امینی و همکاران انجام گرفت شیوع در مردان را ۲/۴۹ درصد و در زنان ۵/۱۳ درصد و در گلستان در مطالعه نفیسی و همکاران شیوع در مردان را ۱۰/۸ درصد و در زنان ۸/۶ درصد اعلام کرد. به طور کلی شیوع در کشور را وزارت بهداشت ۱/۷ درصد بیان کرده که شیوع در مناطق مختلف متفاوت می‌باشد و بسته به جمعیت مورد مطالعه و فراوانی عوامل خطر در مناطق مختلف متفاوت هست (۱-۳). با توجه به نتایج مطالعه، گروههای شغلی پر خطر در این جمعیت زیاد بودند و طبیعی است که شیوع هیپاتیت در استان و کشور بیشتر است. زیرا در این مطالعات به روشهایی از انتقال بیماری اشاره کرده‌اند که آمار و نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر همان روشهای انتقال را در استان ما نشان می‌دهد. از دیگر سو بعد خانوار بالا در مناطق روستایی خطر انتقال در تماسهای اتفاقی خانوادگی را نیز افزایش می‌دهد که در مطالعه حاضر رابطه معنی دار آن با عفونت هیپاتیت ب مورد تأکید قرار گرفته است. همانگونه که انتظار می‌رود نسبت ابتلا در گروه سنی زیر ۲۰ سال اندک بوده که مرهون پوشش مطلوب و کارایی ایمن سازی در این گروه سنی است که در مطالعات انجام شده توسط دیگران هم به این موضوع اشاره شده که در افراد زیر بیست سال به دلیل پوشش بالای واکسیناسیون میزان ابتلا پایین است. با این حال پیشگیری و کنترل بیماری در دیگر گروههای سنی به جز گروههای شغلی مشمول ایمن‌سازی بر آموزش و اطلاع رسانی با هدف تغییر رفتار در راستای پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی و موقعیتهای تماس با خون آلوده همانند استفاده از ابزار شخصی دیگران، حجامت و خالکوبی در شرایط غیربهداشتی و حین مراجعه به دندانپزشکی و آرایشگاه است.

۵- افراد خانوار مثبت شناسایی شده و برای آنان برنامه‌های آموزشی اجرا گردید.

۶- انجام واکسیناسیون برای خانوار افراد مبتلا به هپاتیت ب

۷- همخوانی نتایج طرح با عوامل خطر

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر می‌گردد. این مطالعه به وسیله معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و اداره هپاتیت مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حمایت گردید.

از نقاط ضعف این مطالعه می‌توان به عدم لحاظ سابقه دندانپزشکی و عدم لحاظ سابقه استفاده از کاندوم در فرم پرسشنامه اشاره کرد.

نقاط قوت این مطالعه نیز عبارتند از:

۱- اغلب عوامل خطر در فرم پرسشنامه قید شده بود.

۲- فراوانی عوامل خطر هپاتیت ب بررسی شدند.

۳- مناطقی که جهت مطالعه انتخاب شدند با توجه به اطلاعات موجود جزء مناطقی بودند که گروه‌های پرخطر در آنجا به وفور پیدا می‌شد.

۴- نحوه اجرا و کیفیت تهیه نمونه و حمل و نقل و انجام آزمایشات در حد مطلوب و استاندارد بودند و کنترل کیفی نمونه‌ها هم همین موضوع را تأیید کردند.

۵- افراد خانوار مثبت شناسایی شده و برای آنان برنامه‌های

آموزشی اجرا گردید.

۶- انجام واکسیناسیون برای خانوار افراد مبتلا به هپاتیت ب

۷- همخوانی نتایج طرح با عوامل خطر

References

1. National guidance on hepatitis B surveillance approved by national committee. Tehran. Andishmand publications (2nd edition), Autumn 88.
2. Strategic plan of vaccine preventable diseases (1391-1395). Tehran, Andishmand publications, Winter 90.
3. National guide on adverse effects following immunization. Tehran, Andishmand (3rd edition), Winter 90.
4. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. J Hepatol. 2003;39 Suppl 1:S64-9.
5. Pan CQ, Zhang JX. Natural History and Clinical Consequences of Hepatitis B Virus Infection. Int J Med Sci 2005 ;2(1):36-40.
6. CDC. Guidelines for Viral Hepatitis Surveillance and case management. January 2005, pp:1-45.
7. Lok ASF, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: Update 2009. Hepatology. 2009;50(3):1-36.