پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۰، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵، صفحات ۸۹ تا ۹۰

سخن ویژه
(Editorial)

هپاتیت و هموفیلی

دکتر داود یادگاری‌نیا[۱]، دکتر شهناز سالی[۲]

[۱] مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[۲] متخصص عفونی، اداره کل درمان تامین اجتماعی استان تهران

آلودگی با ویروس‌های هپاتیت B و C یکی از معضلات مهم بهداشتی- درمانی در جهان و ایران می‌باشد. طبق آمار ارائه شده ۲ میلیارد نفر از مردم دنیا مدرک سرولوژیک دال بر ردپای عفونت HBV را دارند (حداقل یکی از تست‌های HBsAb، HbcAb و HbsAg و حدود ۳۵۰ میلیون نفر ناقل هپاتیت B می‌باشند (۳-۱).

HBV می‌تواند سبب طیف وسیعی از بیماریهای کبدی مثل هپاتیت حاد، فولمینانت، هپاتیت مزمن، سیروز کبدی و هپاتوسلولار کارسینوما (HCC) شود. هر ساله در دنیا ۱ میلیون مورد مرگ از هپاتیت حاد و مزمن ناشی از HBV رخ می‌دهد (۱).

شیوع HBV در جهان متغیر است و از نظر اپیدمیولوژی HBV جهان به ۳ منطقه تقسیم می‌شود:

۱- مناطق با شیوع پایین که کمتر از ۲٪ افراد جامعه ناقل هپاتیت B می‌باشند، شامل آمریکای شمالی، اروپای غربی، استرالیا، نیوزلند.

۲- مناطق با شیوع متوسط: ۷-۲٪ در کل جامعه وجود دارد شامل: مدیترانه، ژاپن، هند و سنگاپور.

۳- مناطق با شیوع بالا: در این جوامع بیش از ۷٪ افراد ناقل هپاتیت B می‌باشند و شامل آسیای جنوب شرقی، چین و آفریقا است (۱).

در نواحی از دنیا که هپاتیت به صورت آندمیک است، HBV به طور شایعی در دوران کودکی و یا نوزادی منتقل می‌شود و مهمترین راه انتقال، از مادر ناقل به نوزاد (عمودی) و یا از کودک به کودک دیگر منتقل می‌شود (افقی). در ایران شیوع متوسط ۵-۲٪ گزارش شده است. یعنی حداقل ۲ میلیون نفر از افراد جامعه آلوده به HBV می‌باشند که حدود ۲۰۰ هزار نفر آنها دچار هپاتیت مزمن می‌باشند و نیاز به بررسی و درمان دارند.

میزان کشندگی ناشی از HBV، ۱٪ بوده و ۲۵٪ ناقلین به سمت بیماری شدید کبدی شامل هپاتیت مزمن، سیروز و HCC می‌روند.

عفونت ناشی از HCV مزمن شیوع ۱ تا ۵ درصدی دارد که در کشورهای مختلف متغیر است و شایعترین علت هپاتیت مزمن HCC و پیوند کبد در کشورهای صنعتی است. HCV از طریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده، سرنگ مشترک، مواجهه شغلی (پرسنل بهداشتی و آزمایشگاهی)، تماس جنسی و سایر موارد جلدی (خالکوبی) انتقال می‌یابد و افراد مبتلا دچار طیف وسیعی از علائم شامل افزایش تستهای عملکردی کبد تا بیماری کبد کاملاً پیشرفته و سرطان متغیر است. لازم به ذکر است که تنها یک‌سوم از افراد دچار عفونت با HCV دچار علائم و مشکلات ظاهری می‌شوند و بقیه علائم واضحی ندارند. هپاتیت حاد C معمولاً بدون علائم است و در اکثر موارد باعث هپاتیت مزمن می‌گردد. در ایران شیوع HCV در مطالعات مختلف، متغیر ولی در کل زیر ۱٪ گزارش شده است. شایعترین راه انتقال انتقال خون و فرآورده‌های خونی قبل از ۱۳۷۲ و پس از آن اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک است. HCV در بیماران هموفیلی، تالاسمی و نارسایی کلیه شایعترین علت هپاتیت مزمن و سیروز کبدی می‌باشد (۴،۲).

قبل از سال ۱۹۸۵ (در ایران قبل از ۱۳۷۲) به علت عدم کنترل خونهای اهدایی از نظر HCV، اکثر بیماران هموفیلی به

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دکتر داوود یادگاری نیا (**email:** yadegarynia@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/٤/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/٤/۱۹

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-05]

HCV مبتلا شده‌اند ولی پس از آن، احتمال انتقال بسیار کاهش یافته است اما هنوز به صفر نرسیده است. در این بیماران به علت ریسک خونریزی امکان بیوپسی کبد محدود بوده و تصمیم به درمان بر اساس تستهای ویرولوژیک (ژنوتیپ و Viral Load) انجام می‌گیرد (۱).

در مقاله‌ای تحت عنوان " فراوانی هپاتیت B و C و ارتباط آنها با ایجاد مهارکننده فاکتور VIII در بیماران هموفیلی در استان همدان، در سال۱۳۸۳" نویسندگان در ۶۶ بیمار مبتلا به هموفیلی به ارزیابی هپاتیت B وC به روش الیزا، ارزیابی ترانس‌آمینازهای کبدی، فاکتورVIII و مهارکننده فاکتور VIII پرداختند (۵). در این مطالعه فراوانی آنتی‌بادی هپاتیت C (HCV-Ab) و آنتی‌ژن سطحی هپاتیت B (HBsAg) به ترتیب ۵۹/۱٪ و ۵٪ بود. فراوانی مهارکننده فاکتور VIII در افراد مبتلا به هموفیلی نوع A ۴۷/۸٪ بود. وجود این فاکتور با هپاتیت B یا C و یا میزان ترانس‌آمینازهای کبدی ارتباط آماری معنی‌داری نداشت. حال آنکه از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری بین مدت هموفیلی و تشکیل فاکتور VIII وجود داشت. همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین مدت هموفیلی و ابتلا به هپاتیت C وجود داشت. در نهایت نویسندگان به این نتیجه رسیدند که فراوانی هپاتیت C و هپاتیت B در مبتلایان به هموفیلی قابل توجه است و پیشنهاد کردند روشهای معمول غربالگری و حذف ویروس از فرآورده‌های خونی پس از بازنگری در مراکز درمانی به مرحله اجرا گذاشته شود.

REFERENCES

1. Zuckerman AJ, Thomas HC, editor. Viral hepatitis. London: Churchill Livingstone, 1998;p:201-38.

2. Merat S, Malekzadeh R, Rezvan H. Hepatitis B in Iran. Archives of Iranian Medicine 2000;102:291.

3. Redeker AG. Viral hepatitis: clinical aspects. Am J Med Sci 1975;270: 9.

۴. علویان س م، سالی ش. مروری بر هپاتیت C و نحوه برخورد با آن. مجله علمی نظام پزشکی، ۱۳۷۹؛ دوره هجدهم، شماره ۱، صفحات ۴۹ تا ۶۲.

۵. محمد علیزاده ا ه، رضازاده م، رنجبر م، فلاحیان ف، حاجیلویی م، موسوی م و همکاران. فراوانی هپاتیت B و C و ارتباط آنها با ایجاد مهارکننده فاکتور VIII در بیماران هموفیلی در استان همدان، سال۱۳۸۳. مجله پژوهش در پزشکی، ۱۳۸۵؛ دوره ۳۰، شماره ۲، تابستان، صفحات ۱۱۹ تا ۱۲۳.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-05]