پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۹، شماره ۱، صفحات ۳۳ تا ۳۶ (بهار ۸۴)

Original Article

اپیدمیولوژی دیس‌پپسی در جمعیت عمومی شهر نهاوند، ایران

دکتر رحیم آقازاده، دکترامیرهوشنگ محمدعلیزاده، دکتر شاهین انصاری، دکتر میترا رنجبر، دکتر مریم حسین نژادیزدی، دکتر زهرا هنرکار، دکتر مهناز بالادست، دکتر حمید محقق شلمانی، نوشین بلار، دکتر محمد رضا زالی ×

× مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *شیوع دیس‌پپسی و مشخصات دموگرافیک آن در ایران شناخته شده نیست. بر این اساس مطالعه‌ای به منظور تعیین وضعیت دیس‌پپسی در جمعیت عمومی شهر نهاوند صورت گرفت.*

مواد و روشها: *از ۵ ناحیه شهری نهاوند (با بیش از ۶۱۰۰۰ جمعیت)، ۱۵۱۸ فرد (۸۶۵ زن) توسط نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک وارد مطالعه شده و پرسشنامه‌ای شامل علایم دیس‌پپسی، سابقه بیماری مزمن، داروهای مصرفی، جراحی قبلی و مصرف سیگار با مصاحبه رو در رو از افراد مورد مطالعه پر شد. علایم دیس‌پپسی شامل درد قسمت فوقانی شکم، نفخ، تهوع، استفراغ، سیری زودرس و پری شکم برای حداقل یک ماه در کل ۶ ماه گذشته بود. استفاده از رگرسیون لجستیک و محاسبه نسبت شانس ارتباط بین عوامل دموگرافیک و سبک زندگی با دیس‌پپسی محاسبه شد.*

یافته ها: *۳۵۸ (۲۳/۶ درصد) نفر دیس‌پپسی داشتند. درد شکم (۱۷۵نفر، ۵۳ درصد) و پری شکمی (۱۶۷ نفر، ۵۰ درصد) شایعترین شکایات بودند. بیش از نیمی از افراد (۱۸۳ نفر) ترکیبی از انواع دیس‌پپسی داشتند. دیس‌پپسی در مصرف‌کنندگان سیگار شایعتر بود ولی با الکل ارتباطی نداشت. استفاده از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (OR= ۱/۹۲ ،95%CI= ۱/۴۹-۲/۴۹ ،p<۰/۰۰۱)، مصرف سیگارکمتر (OR= ۲/۴۵ ،95%CI= ۱/۴۵-۴/۰۷ ،p<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات کمتر (OR= ۱/۷۳ ،95%CI= ۱/۲۱-۲/۴۷ ،p<۰/۰۰۱) با دیس‌پپسی ارتباط داشتند. ۲۵۸ فرد مبتلا به دیس‌پپسی (۶۰/۷ درصد) درمان با بلوک کننده H_2 یا آنتاگونیست پمپ پروتون و ۷/۷ درصد سابقه اندوسکوپی قبلی داشتند.*

نتیجه گیری: *دیس پپسی علامت شایعی در نهاوند است. لذا بررسی بیشتر فراوانی دیس پپسی و عوامل خطرزا در سایر نقاط کشور توصیه می شود تا وضعیت دیس پپسی در کشور مشخص شود.*

واژگان کلیدی: *دیس‌پپسی، نهاوند، ایران.*

مقدمه

دیس‌پپسی اصطلاحی است که به احساس ناراحتی اپیزودیک یا دائم در قسمت فوقانی شکم (یا منشاء دستگاه گوارش فوقانی) اطلاق می‌گردد (۱). دیس‌پپسی علامت شایعی است و می‌تواند توسط عوامل مختلفی نظیر بیماری زخم پپتیک، ریفلاکس معدی- مروی و بدخیمی ایجاد شود. در موارد شایعی علامت خاصی یافت نمی‌شود و به نظر می‌رسد عملکردی باشد (۲). دیس‌پپسی عملکردی براساس علائم غالب به ۴ دسته تقسیم می‌شود:

۱- شبه زخم، ۲- شبه دیس موتیلیتی، ۳- شبه GERD (بیماری ریفلاکس معدی-مروی)، و ۴- نوع مختلط.

دیس‌پپسی مشکل شایعی در جمعیت عمومی است. مروری بر مطالعات مختلف در مورد فراوانی دیس‌پپسی در اروپا شیوع ۱۹-۴۱ درصد را نشان داده است (۳). مطالعه دیگری در

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان آیت ا... طالقانی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دکتر رحیم آقازاده (**email**: article@rcgld.org)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۱/۱۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۲۵

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

ایالات متحده با معیارهای تشخیصی محدودتر شیوع ۱۳٪ را نشان داده است (۴).

بسیاری از بیماران مبتلا به علائم گوارشی فوقانی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، دیس‌پپسی دارند. ۶۰ درصد از بیمارانی که به علت دیس‌پپسی مراجعه و بررسی شدند هیچگونه بیماری خاصی مانند زخم پپتیک، ریفلاکس معدی - مروی و سرطان معده نداشته و تشخیص دیس‌پپسی عملکردی بر آنها گذاشته می‌شود (۵). حدود ۵-۲ درصد ویزیت‌های پزشک عمومی مربوط به دیس‌پپسی است و ۲۵ درصد بیماران مبتلا به دیس‌پپسی به دنبال درمان طبی علائم خود می‌روند (۶). شیوع و وضعیت دموگرافیک دیس‌پپسی در ایران شناخته شده نیست. بر این اساس ما با کمک پرسشنامه‌ای وضعیت دیس‌پپسی را در شهر نهاوند، در غرب ایران بررسی کردیم.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی در جمعیت ۶ سال و بالاتر شهر نهاوند واقع در غرب ایران با جمعیت ۷۲۰۰۰ نفر انجام شد. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک ۱۵۱۸ فرد وارد مطالعه شدند.

شهر نهاوند واجد ۵ مرکز بهداشتی درمانی و یک پایگاه (به نام مهدیه) بود. بر این اساس و مبتنی بر روش LQAS (Lot quality assurance sampling)، شهر به ۶ منطقه تقسیم شد که هر منطقه طبق تقسیمات مرکز بهداشت شهرستان تحت پوشش یکی از مراکز ۶ گانه بود. هر منطقه شهری به عنوان یک Lot در نظر گرفته شد و در هر منطقه (Lot) بر اساس آخرین سرشماری systematic random sampling انجام گرفت. بدین ترتیب که شماره پرونده‌ای به عنوان اولین خانوار انتخاب شد و بقیه خانوارها با فاصله ۹ خانوار انتخاب شدند. از ۶ ناحیه شهری نهاوند، ۵ ناحیه (با جمعیت بیش از ۶۱۰۰۰ نفر) وارد مطالعه شدند. از این ۵ ناحیه ۱۵۱۸ نفر (میانگین سنی ۱۹/۷۷±۳۹/۴۵، ۸۶۵ زن) در مطالعه وارد شدند. از هر خانواده یک نفر به نمایندگی از جمعیت نهاوند انتخاب شد. در هر پرونده خانوار برای انتخاب فرد واجد شرایط(y ۵ >) به طور تصادفی اقدام شد. در هر خانوار انتخاب شده تعداد افراد واجد شرایط مشخص و برحسب سن به طور نزولی مرتب شد. با توجه به جدول اعداد تصادفی در هر منطقه به ترتیبی خاص فرد مورد نظر انتخاب شد. اگر خانوار منتخبی پیدا نمی شد، خانوار یک شماره بالاتر وارد طرح می‌شد. اگر فرد منتخب در هر خانوار در منزل نبود در صورتی که تا انتهای زمان طرح قابل دسترسی بود همان فرد وارد طرح می‌شد در غیر این صورت بر اساس جدول اعداد تصادفی فرد دیگری وارد مطالعه می‌شد. اگر فردی از نمونه‌گیری ممانعت می‌کرد، مدیر اجرایی یا مسوولین بهداشتی منطقه با وی مصاحبه می‌کردند و در صورت عدم موافقت، فرد دیگری از خانوار یا خانواری دیگر وارد طرح می‌شد. وجود هر یک از علایم در ۶ ماه گذشته به عنوان دیس‌پپسی تلقی شد. ترش کردن، درد یا ناراحتی قسمت فوقانی شکم، نفخ، تهوع، استفراغ، یا احساس سیری زودرس و احساس پری شکم برای حداقل یک ماه. براساس علائم، دیس‌پپسی به ۴ گروه تقسیم شد: ۱- شبه زخم (وجود درد اپی گاستر)، ۲- شبه دیس موتیلیتی (آروغ، سیری زودرس، تهوع، احساس پری شکم)، ۳- شبه GERD (ریفلاکس، سوزش سردل)، ۴- دیس‌پپسی نوع مختلط.

پرسشنامه علایم گوارشی: پرسشنامه به کمک افراد آموزش دیده توسط مصاحبه رو در رو پر شد. پرسشنامه شامل علایم دیس‌پپسی، سابقه بیماری مزمن، مصرف دارو و مصرف سیگار در ۱۲ ماه گذشته بود.

شرایط دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی: از شرکت‌کنندگان موارد داده‌های دموگرافیک و وضعیت اجتماعی اقتصادی حال حاضر و کودکی پرسیده شد. سن در ۴ گروه ۱۹-۶، ۳۹-۲۰، ۵۹-۴۰ و بیش از ۶۰ سال تقسیم‌بندی شد. میزان تحصیلات ۸ کلاس و پایین‌تر، تعداد افراد خانواده ۵ و کمتر، مصرف تنباکو و سیگار و مصرف الکل بررسی شد.

آنالیز آماری: برای متغیرهای دسته‌ای از آزمون دقیق فیشر و برای متغیرهای عددی و پیوسته از آزمون Student t-test یا آزمون دو نمونه‌ای کروسکال-والیس به منظور آنالیز دو متغیره استفاده شد. با استفاده از رگرسیون لجستیک متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی اقتصادی آنالیز چند متغیری شدند. مدل‌های Parsimonious بر روی سن، جنس، سیگار، مصرف ضد دردها و آموزش ایجاد شد. تمام P-Value ها دو دامنه بود و میزان کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

یافته ها

۳۵۸ نفر (۲۳/۶ درصد) از دیس‌پپسی شکایت داشتند که ۱۰۵ مورد (۱۶/۱ درصد) مرد و بقیه زن بودند. میانگین سن (± انحراف معیار) مبتلایان ۱۹/۵±۴۱/۵ سال بود. این

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

میزان از میانگین سن افراد فاقد دیس‌پپسی (۱۹/۵±۳۴/۴) بیشتر بود. دیس‌پپسی در گروه سنی بالای ۵۰ سال شایعتر بود (جدول ۱). درد شکمی ۱۷۵ مورد (۵۳ درصد)، پری شکم ۱۶۵ مورد (۵۰ درصد)، سیری زودرس ۱۵۵ مورد (۴۶ درصد) و آروغ ۱۲۶ مورد (۳۸ درصد) شایعترین علائم بودند. پس از آنها تهوع ۹۴ مورد (۲۸ درصد) و استفراغ ۵۶ مورد (۱۶ درصد) قرار داشتند.

جدول ۱- توزیع سنی دیس پپسی در جمعیت شهر نهاوند

گروه سنی (سال)	دیس پپسی شبه زخم	دیس پپسی شبه دیس موتیلیتی	دیس‌پپسی نوع مختلط	کل
۹-۶ (n=۶۱)	-	۵(۸/۲)*	-	۵(۸/۲)
۱۹-۱۰ (n=۳۵۱)	۱۰(۲/۸)	۳۳(۹/۴)	۱۷(۴/۸)	۶۰(۱۷)
۲۹-۲۰ (n=۲۶۹)	۸(۳)	۳۸(۱۴/۲)	۱۷(۶/۳)	۶۳(۲۳/۴)
۳۹-۳۰ (n=۲۶۷)	۷(۲/۶)	۳۱(۱۱/۹)	۱۶(۶)	۵۴(۲۰/۲)
۴۹-۴۰ (n=۱۹۷)	۱۰(۵/۱)	۲۹(۱۴/۷)	۱۹(۹/۶)	۵۸(۲۹/۴)
۵۹-۵۰ (n=۱۳۹)	۲(۱/۴)	۱۸(۱۲/۹)	۲۲(۱۵/۸)	۴۲(۳۰/۲)
۶۹-۶۰ (n=۱۲۲)	۴(۳/۳)	۱۸(۱۴/۸)	۱۷(۱۳/۹)	۳۹(۳۱/۹)
۷۰< (n=۱۱۲)	۵(۴/۵)	۱۱(۹/۸)	۲۱(۱۸/۸)	۳۷(۳۳)

*اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

بیش از نیمی از افراد ۱۸۳ مورد (۵۵ درصد) دیس‌پپسی شبه دیس موتیلیتی را داشتند و پس از آن نوع مختلط دیس‌پپسی ۱۲۶ مورد (۳۸ درصد)، و دیس‌پپسی شبه زخم (۱۳ درصد) قرار داشت (جدول ۲). فراوانی دیس‌پپسی ارتباطی با سبک زندگی نظیر شستن دست قبل از غذا و بعد از توالت نداشت. دیس‌پپسی در مصرف‌کنندگان دخانیات به طور معنی داری شایعتر از غیر سیگاری‌ها بود (۴۱/۲ درصد در مقابل ۲۷/۴ درصد) ولی ارتباطی با مصرف الکل نداشت. مصرف داروهای ضد التهابی غیراستروییدی عامل خطرزای دیس‌پپسی بود (95%CI=۱/۴۹-۲/۴۹، OR=۱/۹۲، p<۰/۰۰۱)، مصرف سیگارکمتر (95%CI=۱/۴۵-۴/۰۷، OR=۲/۴۵، p<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات کمتر(95%CI=۱/۲۱-۲/۴۷، OR=۱/۷۳، p<۰/۰۰۱) در ارتباط با ایجاد دیس‌پپسی بودند. شیوع دیس‌پپسی با افزایش سن بیشتر می‌شود به طوری که از ۱/۲ درصد در گروه سنی ۹-۶ سال به ۱۷ درصد در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال افزایش می‌یابد. تمام انواع دیس‌پپسی در زنان شایعتر از مردان بود (نسبت مرد به زن ۱۱۲ به ۲۰۳ در GERD، ۱۱۶ به ۲۰۵ در شبه دیس موتیلیتی و ۸۲ به ۱۹۵ در شبه زخم). تمام انواع دیس‌پپسی به طور بارزی با سن زیر ۵۰ سال، مصرف سیگار و مصرف داروهای ضدالتهابی غیراستروییدی در ارتباط بودند، اما اعتیاد و مصرف الکل نقشی در هیچ کدام نداشتند. تنها دیس‌پپسی شبه دیس موتیلیتی با بهداشت ضعیف همراهی داشت. دیس‌پپسی شبه دیس موتیلیتی و شبه زخم با سطح تحصیلات پایین همراهی داشت. ۲۵۸ (۶۰/۷ درصد) فرد مبتلا به دیس‌پپسی درمان با بلوک کننده H_2 یا آنتاگویست‌های پمپ پروتون دریافت کرده بودند. ۷/۷ درصد آنها قبلاً آندوسکوپی شده بودند.

جدول ۲- توزیع جنسی دیس پپسی در جمعیت شهر نهاوند

جنس	دیس پپسی: شبه زخم	شبه دیس موتیلیتی	مختلط	فاقد
مرد(n=۶۵۳)	۱۶(۲/۵)	۶۲(۹/۵)	۲۷(۴/۱)	۵۴۸(۸۳/۹)
زن(n=۸۶۵)	۳۰(۵/۳)	۱۲۱(۱۴)	۱۰۲(۱۱/۸)	۶۱۱(۷۰/۷)

بحث

در این مطالعه ۲۳/۶ درصد جمعیت نهاوند دیس‌پپسی داشتند که با مطالعات متعدد اروپا که شیوع ۴۱-۱۹ درصد گزارش کرده بودند و مطالعه‌ای در ایالت متحده (شیوع ۲۶ درصد) مطابقت داشت (۳). شیوع دیس‌پپسی در مطالعات مختلف بسیار متغیر بوده است به طوری که در مطالعه مومبایی (۸) و اسپانیا (۹) به ترتیب ۳۰/۴ و ۲۴ درصد بود. درحالیکه درمطالعه‌ای در اردن (۱۰) ۶۰/۱۷ درصد بود. شایعترین علامت در این مطالعه درد شکمی (۵۳ درصد) و پری شکم (۵۰ درصد) بود که مشابه مطالعه اردن در سال ۲۰۰۰ و مطالعه مومبایی بود. در هر دو مطالعه اتساع شکمی و درد شکمی جزو شایعترین شکایات بودند (۸،۱۰).

بیش از نیمی از دیس‌پپسی افراد مورد مطالعه از نوع مختلط بود که مشابه مطالعه مومبایی بود، در حالی که در مطالعه‌ای بر روی جمعیت نواحی مدیترانه‌ای اسپانیا دیس‌پپسی شبه ریفلاکس شایعترین بود (۹). ما همراهی بارزی بین دیس‌پپسی و مصرف داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

(OR=۱/۹۲) یافتیم. با توجه به اولسرزا بودن این داروها ما توصیه می‌کنیم که در مطالعه‌ای آینده‌نگر با پیگیری این بیماران عوامل خطرزای طولانی مدت در تشکیل زخم را تعیین کنیم. البته تعدادی از مطالعات در این زمینه نشان داده اند که بیشتر مصرف کنندگان NSAIDS مبتلا به دیس‌پپسی اولسر ندارند و این عامل نمی‌تواند به طور بالینی ایجاد زخم را پیشگویی کند (۲).

دیس‌پپسی با جنس مؤنث و تحصیلات کمتر ارتباط معنی‌داری داشت که مشابه این حالت در مطالعه‌ای در کنیا در سال ۲۰۰۳ مشاهده شده بود (۱۱). در مطالعه ما تعداد افراد خانواده ارتباطی با دیس‌پپسی نداشت و سن کمتر بر ایجاد دیس‌پپسی نقش داشت که هر دو یافته مخالف مطالعه انجام شده در کنیا (۱۱) بود. Talley NJ و همکاران همانند مطالعه ما دیس‌پپسی را در سن پایینتر و زنان شایعتر یافته بودند (۱۲). سیگار عامل خطرزای قوی در ایجاد دیس‌پپسی بود که مشابه سایر مطالعات نظیر مطالعه Stanghellini در ایتالیا (۱۳) بود. در مطالعه Stanghellini سیگار با علایم گوارشی شبه ریفلاکس در ارتباط بود.

محدودیت‌هایی در مطالعه ما به چشم می‌خورد. ما علل زمینه‌ای ایجاد دیس‌پپسی را بررسی نکرده‌ایم. بنابراین تعداد نامعلومی از مطالعه شوندگان ممکن است مبتلا به بیماری زخم پپتیک یا بیماریهای ارگانیک بوده باشند. محدودیت دیگر مطالعه ما استفاده از نسبت شانسهای شیوع به جای نسبتهای خطر بود. این فاکتورها ممکن است ما را به سمت برآورد بیش از حد ارتباط بین فاکتورها و دیس‌پپسی رهنمون سازد.

بعضی از مطالعات گزارش کرده‌اند که تنها ۲۵-۲۰ درصد افراد دچار دیس‌پپسی به دنبال درمان می‌روند درحالی که میزان آن در مطالعه ما ۶۲/۶ درصد بود که تعداد کمی از آنها (۷/۸درصد مطالعه شوندگان) تحت آندوسکوپی قرار گرفته بودند.

این چنین می توان نتیجه گیری کرد که دیس پپسی علامت شایعی در نهاوند است. لذا بررسی بیشتر فراوانی دیس پپسی و عوامل خطرزا در سایر نقاط کشور توصیه می شود تا وضعیت دیس پپسی در کشور مشخص شود.

REFERENCES

1. Barbara L, Camilleri M, Cornaldesi R, Crean GP, Heading AG, Johnson AG, et al. Definition and investigation of dyspepsia: consensus of an International Ad Hoc Working Party. Dig Dis Sci 1989; 8: 1272-76.
2. Jones MP. Evaluation and treatment of dyspepsia .Postgrad Med J 2003; 79: 25-29.
3. Knill J. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. Scand J Gastroenterol 1991; 26: 17-24.
4. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci 1993; 38: 1569-80.
5. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. American Gastroenterological Association. Gastroenterology 1998; 114: 582–95.
6. Kearney DJ, Kimmey M, Morantes C. Dyspepsia: principles, practice and guidelines for referral. A comprehensive search of MedLine through 1/2001 was performed using the following MeSH terms: dyspepsia, helicobacter infections, helicobacter pylori, Peptic ulcer. Available at: http://www.uwgi.org/cme/cmeCourseCD/ch_02/ch02txt.htm
7. Jones R. Dyspeptic symptoms in the community. Gut 1989; 30: 893–8.
8. Shah SS, Bhatia SJ, Mistry FP. Epidemiology of dyspepsia in the general population in Mumbai. Indian J Gastroentrol. 2001; 20: 103-6.
9. Caballero Plasencia AM, Sofos KS, Valenzuela BM, et al. Epidemiology of dyspepsia in a random Mediterranean population. Prevalence of helicobacter pylori infection. Rev Esp Enferm Dig 2000; 92: 781-92.
10. Farsakh NA, Saadeh A, Rawshdeh M, Farsakh HA. Dyspepsia in the general population in Jordan. Indian J Gastroenterol 2000; 19: 68-70.
11. Shmuely H, Obure S, Passaro DJ, Abuksis G, Yahav J, Fraser G, et al. Dyspepsia symptoms and helicobacter pylori infection, Nakuru, Kenya. Emerg Infect Dis 2003; 9: 1103-7.
12. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ. Smoking, alcohol, and analgesics in dyspepsia and among dyspepsia subgroups: lack of an association in a community. Gut 1994; 35: 619-24.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

13. Stanghellini V. Relationship between upper gastrointestinal symptoms and life style, psychosocial factors and co morbidity in the general population: results from the domestic/international gastroenterology surveillance study (DIGEST). Scand J Gastroenterol 1999; 231: 29-37.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]