

اپیدمیولوژی دیس پپسی در جمعیت عمومی شهر نهاوند، ایران

دکتر رحیم آقازاده، دکتر امیر هوشنگ 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 دیس پپسی و مشخصات دموگرافیک آن در ایران شناخته شده نیست. بر این اساس مطالعه‌ای به منظور تعیین وضعیت دیس پپسی 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 علائم دیس پپسی، سابقه بیماری مزمن، داروهای مصرفی، جراحی قبلی و مصرف سیگار با مصاحبه رو در رو از افراد مورد مطالعه پرسش شد. علائم دیس پپسی 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 دیس پپسی محاسبه شد.

یافته‌ها: ۳۵۸ (۲۳/۶ درصد) نفر دیس پپسی داشتند. درد شکم (۱۷۵ نفر، ۵۳ درصد) و پری شکمی (۱۶۷ نفر، ۵۰ درصد) شایعترین شکایات بودند. بیش از نیمی از افراد (۱۸۳ نفر) ترکیبی از انواع دیس پپسی داشتند. دیس پپسی در مصرف‌کنندگان سیگار شایعتر بود ولی با الکل ارتباطی نداشت. استفاده از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (OR= ۱/۹۲، ۹۵%CI= ۱/۴۹-۲/۴۹)، مصرف سیگار کمتر (OR= ۲/۴۵، ۹۵%CI= ۱/۴۵-۴/۰۷، $p < ۰/۰۰۱$)، سطح تحصیلات کمتر (OR= ۱/۷۳، ۹۵%CI= ۱/۲۱-۲/۴۷، $p < ۰/۰۰۱$) با دیس پپسی ارتباط داشتند. ۲۵۸ فرد مبتلا به دیس پپسی (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: دیس پپسی، نهاوند، ایران.

مقدمه

دیس پپسی اصطلاحی است که به احساس ناراحتی اپیزودیک یا دائم در قسمت فوقانی شکم (یا منشاء دستگاه گوارش فوقانی) اطلاق می گردد (۱). دیس پپسی علامت شایعی است و می تواند توسط عوامل مختلفی نظیر بیماری زخم پپتیک،

ریفلاکس معدی- مری و بدخیمی ایجاد شود. در موارد شایعی علامت خاصی یافت نمی شود و به نظر می رسد عملکردی باشد (۲). دیس پپسی عملکردی براساس علائم غالب به ۴ دسته تقسیم می شود:

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

دیس پپسی مشکل شایعی در جمعیت عمومی است. مروری بر مطالعات مختلف در مورد فراوانی دیس پپسی 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

منتخبی پیدا نمی شد، خانوار یک شماره بالاتر وارد طرح می شد. اگر فرد منتخب در هر خانوار در منزل نبود در صورتی که تا انتهای زمان طرح قابل دسترسی بود همان فرد وارد طرح می شد در غیر این صورت بر اساس جدول اعداد تصادفی فرد دیگری وارد مطالعه می شد. اگر فردی از نمونه گیری ممانعت می کرد، مدیر اجرایی یا مسوولین بهداشتی منطقه با وی مصاحبه می کردند و در صورت عدم موافقت، فرد دیگری از خانوار یا خانواری دیگر وارد طرح می شد. وجود هر یک از علائم در ۶ ماه گذشته به عنوان دیس پپسی 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، دیس پپسی 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- دیس پپسی نوع مختلط.

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

شرایط دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی: از شرکت کنندگان موارد داده های 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 تقسیم بندی شد. میزان تحصیلات ۸ کلاس و پایین تر، تعداد افراد خانواده ۵ و کمتر، مصرف تنباکو و سیگار و مصرف الکل بررسی شد.

آنالیز آماری: برای متغیرهای دسته ای از آزمون دقیق فیشر و برای متغیرهای عددی و پیوسته از آزمون Student t-test یا آزمون دو نمونه ای کروسکال-والیس به منظور آنالیز دو متغیره استفاده شد. با استفاده از رگرسیون لجستیک متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی اقتصادی آنالیز چند متغیره شدند. مدل های 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 معنی دار تلقی شد.

یافته ها

۳۵۸ نفر (۲۳/۶ درصد) از دیس پپسی شکایت داشتند که ۱۰۵ مورد (۱۶/۱ درصد) مرد و بقیه زن بودند. میانگین سن (\pm انحراف معیار) مبتلایان $41/5 \pm 19/5$ سال بود. این

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 می کنند، دیس پپسی دارند. ۶۰ درصد از بیماران که به علت دیس پپسی مراجعه و بررسی شدند هیچگونه بیماری خاصی مانند زخم پپتیک، ریفلاکس معدی - مروی و سرطان معده نداشته و تشخیص دیس پپسی عملکردی بر آنها گذاشته می شود (۵). حدود ۵-۲ درصد ویزیت های پزشک عمومی مربوط به دیس پپسی است و ۲۵ درصد بیماران مبتلا به دیس پپسی به دنبال درمان طبی علائم خود می روند (۶). شیوع و وضعیت دموگرافیک دیس پپسی در ایران شناخته شده نیست. بر این اساس ما با کمک پرسشنامه ای وضعیت دیس پپسی 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 نمونه گیری 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 پرونده ای 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 $39/45 \pm 19/77$ ، 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 ($y > 5$) 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

دیس پیسی با افزایش سن بیشتر می شود به طوری که از ۱/۲ درصد در گروه سنی ۹-۶ سال به ۱۷ درصد در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال افزایش می یابد. تمام انواع دیس پیسی 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 دیس پیسی به طور بارزی با سن زیر ۵۰ سال، مصرف سیگار و مصرف داروهای ضدالتهایبی غیراستروئیدی در ارتباط بودند، اما اعتیاد و مصرف الکل نقشی در هیچ کدام نداشتند. تنها دیس پیسی شبه دیس موتیلیتی با بهداشت ضعیف همراهی داشت. دیس پیسی شبه دیس موتیلیتی و شبه زخم با سطح تحصیلات پایین همراهی داشت. ۲۵۸ (۶۰/۷ درصد) فرد مبتلا به دیس پیسی درمان با بلوک کننده H_2 یا آنتاگونیست های پمپ پروتون دریافت کرده بودند. ۷/۷ درصد آنها قبلاً آندوسکوپی شده بودند.

جدول ۲- توزیع جنسی دیس پیسی در جمعیت شهر نهاوند

جنس	شبه زخم	شبه دیس موتیلیتی	دیس پیسی	
			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 دیس پیسی داشتند که با مطالعات متعدد اروپا که شیوع ۴۱-۱۹ درصد گزارش کرده بودند و مطالعه ای در ایالت متحده (شیوع ۲۶ درصد) مطابقت داشت (۳). شیوع دیس پیسی 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 در مطالعه ای 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 (۸۰/۱۰).
بیش از نیمی از دیس پیسی افراد مورد مطالعه از نوع مختلط بود که مشابه مطالعه مومبایی بود، در حالی که در مطالعه ای بر روی جمعیت نواحی مدیترانه ای اسپانیا دیس پیسی شبه ریفلاکس شایعترین بود (۹). ما همراهی بارزی بین دیس پیسی و مصرف داروهای ضدالتهایبی غیر استروئیدی

میزان از میانگین سن افراد فاقد دیس پیسی (۳۴/۴±۱۹/۵) بیشتر بود. دیس پیسی 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 پیسی در جمعیت شهر نهاوند

گروه سنی (سال)	دیس پیسی شبه زخم	دیس پیسی شبه دیس موتیلیتی	دیس پیسی 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) دیس پیسی شبه دیس موتیلیتی را داشتند و پس از آن نوع مختلط دیس پیسی ۱۲۶ مورد (۳۸ درصد)، و دیس پیسی شبه زخم (۱۳ درصد) قرار داشت (جدول ۲). فراوانی دیس پیسی ارتباطی با سبک زندگی نظیر شستن دست قبل از غذا و بعد از توالیت نداشت. دیس پیسی در مصرف کنندگان دخانیات به طور معنی داری شایعتر از غیر سیگاری ها بود (۴۱/۲ درصد در مقابل ۲۷/۴ درصد) ولی ارتباطی با مصرف الکل نداشت. مصرف داروهای ضد التهایبی غیراستروئیدی عامل خطرزای دیس پیسی بود (OR=۱/۹۲، ۹۵% CI=۱/۴۹-۲/۴۹)، مصرف سیگار کمتر (OR=۲/۴۵، ۹۵% CI=۱/۴۵-۴/۰۷)، $p<۰/۰۰۱$ ، سطح تحصیلات کمتر (OR=۱/۷۳، ۹۵% CI=۱/۲۱-۲/۴۷)، $p<۰/۰۰۱$ در ارتباط با ایجاد دیس پیسی بودند. شیوع

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 در حالی که میزان آن در مطالعه ما ۶۲/۶ درصد بود که تعداد کمی از آنها (۷/۸ درصد مطالعه شوندگان) تحت آندوسکوپی قرار گرفته بودند.

این چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که دیس‌پپسی علامت شایعی در نیاوند است. لذا بررسی بیشتر فراوانی دیس‌پپسی و عوامل خطرزا در سایر نقاط کشور توصیه می‌شود تا وضعیت دیس‌پپسی در کشور مشخص شود.

(OR=۱/۹۲) یافتیم. با توجه به اولسرها بودن این داروها ما توصیه می‌کنیم که در مطالعه‌های آینده‌نگر با پیگیری این بیماران عوامل خطرزای طولانی مدت در تشکیل زخم را تعیین کنیم. البته تعدادی از مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که بیشتر مصرف‌کنندگان 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 علائم گوارشی شبه ریفلکس در ارتباط بود.

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 Gastroenterol*. 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. Shmueli 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.

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.