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

امیدعلی پاپی[۱]، محمد ساکی[۲]، حمید مخیری[۲]، اردشیر شیخ آزادی[۴]، علی چگنی شرفی[۵]، محمود نبوی[۶]، روشنک 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: ۹۲/۶۴/۱۹

مقدمه: هپاتیت یک بیماری است که کبد را متورم کرده و فعالیت آن را مختل می سازد. اغلب از راه تزریق خون آلوده و فراورده های خونی آلوده منتقل می‌شود. این بیماری ممکن است مزمن شود و علائمی شبیه آنفلوانزا داشته باشد. خستگی، ازدست دادن اشتها، درد عضلات و مفاصل، تهوع و استفراغ از علائم بارز آن می باشد. هدف ازاین مطالعه بررسی میزان شیوع هپاتیت ب درجمعیت روستایی مناطق گراب ، چغابل ، پادروند و تنگ پنج بر حسب سن، جنس، شغل..... ومقایسه آن با میزان شیوع در سایر مناطق مشابه استان وکشورمی باشد.

مواد و روش‌ها: با هدف تعیین شیوع سرمی عفونت HbsAg در مناطق گراب، پادروند، چغابل و تنگ پنج و تعیین رابطه میان عوامل شناخته شده اپیدمیولوژیک با عفونت، از جمعیت‌های این مناطق پس از تکمیل پرسشنامه ای 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 .درمیان افراد مبتلا ۱۴ نفر مرد (۵۱/۹ در صد) و ۱۳ نفر (۴۸/۱ در صد) زن بودند . بیشتر موارد مثبت بین گروههای سنی۲۰ تا ۴۰ سال بودند. گروههای شغلی خانه دار ، راننده و دانشجو بیشترین در صد ابتلا را داشتند .

بحث و نتیجه‌گیری: برمبنای نتایج بدست آمده از این مطالعه شیوع هپاتیت ب در مناطق یاد شده به مراتب بیش از میانگین کشوری(۲ تا ۳ در صد) بوده که با داده های نظام مراقبت بیماری در مناطق یادشده همخوانی دارد . اگرچه یافته های مطالعه الگوی اصلی انتقال بیماری را تعیین نمی کند ولی با توجه به ترکیب سنی و جنسی افراد مبتلا (نسبت تقریباً برابر در مرد وزن و فزونی ابتلاء در افراد متأهل) می توان ادعا کرد که الگو تاحدی زیاد به نفع انتقال جنسی است . ضمن اینکه کلیه گروههای سنی وجنسی درمعرض خطرآلودگی هستند اما از نظرجنس مردان(۵۱/۹ ٪) و از نظرسنی گروههای سنی بین ۲۰-۴۰ ساله بیشترین موارد ابتلا راداشته اند. شغل و سابقه تزریق خون ، بعد خانوار وسابقه واکسیناسیون دارای رابطه معنی داری با عفونت HbsAg بودند .

واژه‌های کلیدی: هپاتیت ب ، الایزا ، شیوع ، سرولوژی ، لرستان.

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

پست الکترونیک: hmokhayeri@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

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 می کنند (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 وگروه 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 طوری‌که 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 هپاتوسلولارکارسینوما در ایران است (۷-۵). 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 و اکسیناسیون روتین) بوده است (۲،۱). مطالعه امینی و همکاران در استان همدان نشان داد که ۲/۴۹ درصد از نظر HBsAg و۵/۱۳ درصد از نظر HBCAb مثبت هستند. مطالعه عبدالهی و همکاران در استان گلستان نشان داد که ۱۰/۸درصد 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 ۰/۸درصد (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 درجمعیت مناطق گراب، چغابل، پادروند و تنگ‌پنج برحسب سن، جنس، شغل... و مقایسه آن با میزان شیوع در کشور می باشد.

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 سپیدشت و مناطق گراب، چغابل و پادروند شهرستان کوهدشت می‌باشد که

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

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 نظرگرفته 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 چغابل و ۱۳۲ نفر در پادروند شهرستان کوهدشت ساکن بودند 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 دلایور ساخت کشور آمریکا با حساسیت بالای ۹۹/۶درصد 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 هپاتیت ب از آزمونهای آماری ناپارامتریک کرامر، فی و آزمون کای دو بهره گرفته شد.

یافته‌ها

جدول۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه و مبتلایان به هپاتیت ب

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

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

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

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

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

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول۴. توزیع فراوانی منطقه محل سکونت جمعیت مورد مطالعه و مبتلایان به هپاتیت 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 معنی‌داری ۰/۰۰۸)، سابقه تزریق خون (با سطح معنی داری ۰/۰۴۹)، تعداد اعضای خانوار (باسطح معنی داری ۰/۰۰۱) و سابقه واکسیناسیون (با سطح معنی داری ۰/۰۳۸) دارای رابطه معنی‌دار با عفونت هپاتیت ب بودند.

بحث و نتیجه گیری

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 داده‌های نظام مراقبت بیماری در مناطق یادشده 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) می توان 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 می شوند. فراوانی بیشتر موارد ابتلا در منطقه چغابل را می‌توان تا حد زیادی به فراوانی بیشتر رانندگان کامیون دراین 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 درافراد متأهل انتقال به همسر را به دنبال دارد که این روش انتقال با مطالعات مشابه‌ای 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 ۱/۷درصد بیان کرده که شیوع در مناطق مختلف متفاوت می باشد و بسته به جمعیت مورد مطالعه و فراوانی عوامل خطر در مناطق مختلف متفاوت هست(۳-۱). با توجه به نتایج مطالعه، گروههای شغلی پر خطر در این جمعیت زیاد بودند و طبیعی است که شیوع هپاتیت در استان وکشور 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 می دهد که در مطالعه حاضر رابطه معنی دار آن با عفونت هپاتیت ب مورد تأکید قرارگرفته است. همانگونه که انتظار می رود نسبت ابتلا در گروه سنی زیر ۲۰ سال اندک بوده که مرهون پوشش مطلوب و کارایی ایمن سازی دراین 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.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

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

نقاط قوت این مطالعه نیزعبارتنداز:

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 پر خطر در آنجا به وفور پیدا می‌شد.

۴- نحوه اجرا وکیفیت 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

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 به‌وسیله معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و اداره هپاتیت مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حمایت گردید.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

References

1. National guidence 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.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]