

بررسی شیوع ویروس هپاتیت A در بیماران هپاتیت حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان ابودر اهواز طی سال ۱۳۷۶

دکتر منوچهر مکوندی * ، دکتر احمد شمسی‌زاده ** ، دکتر سید نادر باقری **

سید محمود لطیفی ***

خلاصه

سابقه و اهداف: نظر به شیوع انواع هپاتیت‌های ویروسی و اهمیت پیش‌گیری از آن و با توجه به گزارش‌های مختلف در مورد میزان شیوع هپاتیت A در هپاتیت حاد و عدم دسترسی به سابقه تحقیقاتی از آن در منطقه و به منظور تعیین شیوع ویروس هپاتیت A در بیماران ۱۵-۳ ساله مبتلا به هپاتیت حاد، این تحقیق بر روی مراجعه‌کنندگان به بیمارستان ابودر اهواز طی سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش توصیفی بر روی ۹۰ بیمار دارای علائم بالینی و آزمایشگاهی هپاتیت حاد صورت پذیرفت. نمونه‌های سرم به روش الیزا جهت تعیین Anti-HAV IgM مورد بررسی قرار گرفت. خصوصیات سن و جنس بیماران و شیوع هپاتیت A در نمونه‌ها بررسی و فاصله اطمینان شیوع واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد برآورد گردید. **یافته‌ها:** از ۹۰ بیمار مبتلا به هپاتیت حاد، شیوع ویروس هپاتیت A، ۸۴/۴ درصد بود. شیوع واقعی آن در جامعه از حداکثر ۹۲ تا حداقل ۷۷ درصد برآورد می‌گردد. ۶۱/۸ درصد از بیماران مبتلا به هپاتیت A پسر و ۳۸/۲ درصد از آنها دختر بودند. بیشترین میزان شیوع عفونت در کودکان سنین ۳-۶ ساله ۴۷/۴ درصد بود که با افزایش سن، شیوع بیماری کاهش پیدا می‌کند.

نتیجه‌گیری: شیوع ویروس هپاتیت A در جامعه مورد مطالعه بالا است و توصیه می‌گردد که تحقیقات بعدی در زمینه تعیین منابع انتقال عفونت در منطقه صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: هپاتیت A ، اپیدمیولوژی ، هپاتیت حاد، اهواز

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اهواز، گروه ویروس‌شناسی

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اهواز، گروه عفونی

*** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اهواز، گروه آمار

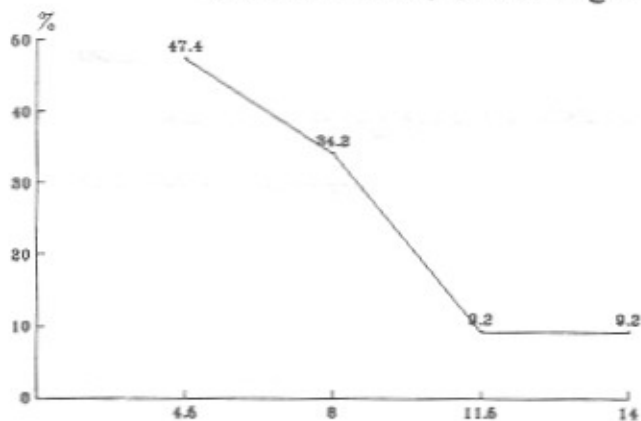
مقدمه

بیلی رویین تام بررسی گردید. سپس سرم بیماران به روش الیزا (ساخت شرکت Sotien، ایتالیا) از نظر Anti-HAU-IgM طبق دستورالعمل کیت انجام پذیرفت. در کودکانی که این شاخص مثبت باشد، به عنوان فرد مبتلا به هپاتیت A تلقی گردید. خصوصیات سن و جنس بیماران در فرم اطلاعاتی ثبت شد، شیوع عفونت در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی شیوع هپاتیت A در مبتلایان به هپاتیت حاد با اطمینان ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید.

یافته‌ها

از کل ۹۰ بیمار مبتلا به هپاتیت حاد، ۷۶ نفر (۸۴/۶ درصد) مبتلا به هپاتیت A بودند. با توجه به این شیوع در نمونه‌های مورد بررسی، شیوع واقعی هپاتیت A در مبتلایان به هپاتیت حاد از حداقل ۷۷ و حداکثر ۹۲ درصد در جامعه برآورد می‌شود.

از ۷۶ نفر مبتلا به ویروس هپاتیت A، ۴۷ نفر (۶۱/۸ درصد) پسر و ۲۹ نفر (۳۸/۲ درصد) دختر بودند. توزیع سنی بیماران مبتلا به هپاتیت A نشان می‌دهد که بیشترین ابتلا در سنین ۳-۶ سال بوده و با افزایش سن، شیوع بیماری کمتر گردیده است (نمودار ۱).



نمودار ۱- توزیع سنی مبتلایان به هپاتیت A در ۹۰ کودک مبتلا به هپاتیت حاد در بیمارستان ابوذر اهواز طی سال ۱۳۷۶

بیماری ویروس هپاتیت A عامل بیماری هپاتیت حاد و برق‌آسا می‌باشد و همچنین باعث هپاتیت تحت بالینی یا بدون ایجاد علائم زودرس در بیماران می‌گردد. این ویروس در ایجاد هپاتیت راجعه نقش مهمی ایفا می‌کند (۱-۷).

عامل بیماری از دسته انتروویروس‌ها و از گروه پیکوروناوایروس‌ها می‌باشد. اپیدمی ویروس هپاتیت A در دنیا ۱/۴ میلیون مورد گزارش گردیده است (۸).

اپیدمی ویروس هپاتیت A در آمریکا (۷)، سنگال (۹) و آلمان (۱۰) انجام و نتایج آن گزارش شده است. میزان شیوع ویروس در مناطق معتدل در فصول پاییز و زمستان و در مناطق گرمسیری در فصل بهار و تابستان افزایش می‌یابد (۷).

با توجه به اهمیت هپاتیت‌های حاد و تناقض‌های موجود در میزان شیوع بیماری و به منظور تعیین شیوع ویروس هپاتیت A، این تحقیق بر روی بیماران ۳-۱۵ ساله دارای علائم بالینی و آزمایشگاهی هپاتیت حاد مراجعه کننده به بیمارستان ابوذر اهواز طی سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها

این بررسی باروش توصیفی از نوع Cross-sectional صورت پذیرفت. انتخاب بیماران براساس تشخیص بالینی بیماری هپاتیت حاد توسط پزشک بود. تشخیص بیماران براساس وجود علائم تب، بی‌حالی، بی‌اشتهایی، استفراغ، درد شکم، تیره رنگ بودن ادرار، دفع مدفوع بی‌رنگ، تورم کبد و زردی می‌باشد. سرم بیماران جهت آزمایش‌های آنزیمی کبدی SGPT، SGOT و میزان

سرایت عفونت ویروسی هپاتیت A معمولاً از طریق آب، غذای آلوده و به ندرت از طریق انتقال خون صورت می‌گیرد (۳،۴). آلوده شدن آب آشامیدنی به ویروس هپاتیت A در برخی از کشورها گزارش گردیده است (۱۴، ۱۳، ۱). در مراحل تصفیه آب آشامیدنی ویروس هپاتیت A نسبت به سایر اترو ویروس‌ها به ماده کلر مقاومت‌تر می‌باشد (۱۵). رودخانه کارون که منبع آب آشامیدنی شهرستان اهواز است در مسیر خود توسط آب و فاضلاب شهرهای گتوند، شوشتر، ملاتانی، بیمارستان‌ها، بخشها و دهات تابعه این شهرها آلوده می‌گردد. به خصوص در فصل بهار و تابستان که درجه هوای شهر گرم‌تر شده و سطح آب رودخانه کاهش می‌یابد. در نتیجه غلظت عوامل عفونی در آب‌ها بیشتر می‌شود و با توجه به مقاومت ویروس به ماده کلر در مراحل تصفیه آب، نوشیدن کودکان در این فصل از عوامل مهم شیوع عفونت در کودکان سنین پایین می‌باشد. به طور کلی، نتایج تحقیق مؤید شیوع بالای آلودگی در منطقه است. بنابراین، توجه به بیماری به خصوص در کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و لازم است در زمینه کنترل و پیش‌گیری از عفونت توسط مسئولان بهداشتی شهرستان اقدام موثر به عمل آید و با بررسی علل شیوع و به کارگیری اقدامات لازم در زمینه کاهش آلودگی، موجبات سلامت جامعه را فراهم سازند.

پیشنهاد می‌گردد برای دستیابی به اطلاعات بیشتر مطالعات تحلیلی علل عفونت و منابع انتقال عفونت صورت گیرد.

توزیع مبتلایان به هپاتیت A بر حسب جنس و گروه‌های سنی بیانگر آن است که سن شروع بیماری در پسران زودتر از دختران شروع می‌شود به گونه‌ای که در پسران کمتر از ۶ سال، ۵۱ درصد و در دختران همین سال، ۴۱ درصد و برعکس در پسران بیشتر از ۱۰ سال، ۱۵ درصد و در دختران همین سال، ۲۴ درصد بیماری شیوع داشت (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع بیماری هپاتیت A در مبتلایان به هپاتیت حاد در بیمارستان ابودر اهواز طی سال ۱۳۷۶

گروه‌های سنی	جنس	پسر	دختر	جمع
۳-۶		۲۴ (۵۱/۱)	۱۲ (۴۱/۴)	۳۶ (۴۷/۴)
۷-۱۰		۱۶ (۳۴)	۱۰ (۳۴/۵)	۲۶ (۳۴/۲)
۱۱-۱۳		۴ (۸/۵)	۳ (۱۰/۳)	۷ (۹/۲)
۱۴-۱۵		۳ (۶/۴)	۴ (۱۳/۸)	۷ (۹/۲)
جمع		۴۷	۲۹	۷۶

بحث

تحقیق نشان داد که شیوع هپاتیت A در مبتلایان به هپاتیت حاد، ۸۴/۵ درصد بود.

References:

1. Couplepis AG, Locarnini SA, Lehmann NI, Gust ID. Detection of hepatitis a in the faeces of patients with naturally acquired infection. J Infect Dis. 1980; 141: 151-156.

- water resevoir in cafeteria southeast. *Asian J Trop Med Public Health*. 1995; 26: 705-708.
2. Anglillo IF. Nobile CG. Talarico F. Pavia M. Prevalance of hepatitis a antibodies in food handlers in Italy. *Infection*. 1996; 24: 147-150.
 3. Hollinger FB. Khan NC. Oefinger. Posttransfusion hepatitis type A. *J Am Med Assoc*. 1983; 250: 2313-2317.
 4. Azimi PH. Roberto RR. Guralink J. Transfusion acquired hepatitis a in premature infant with secondary nosocomial spread in an intensive care nusery. *Am J Dis Child*. 1986; 140: 23-27.
 5. Lemon SM. Type A. Viral hepatitis new developments in an old disease. *N Engl J Med*. 1985; 313: 1059-1067.
 6. Raju GS. Broor S. Singh V. Metha SK. Fulminant viral hepatitis . Indian experience. *J gastroenterol Hepato*. 1989; 4: 161-165.
 7. Hollinger FB. Johan RT. Hepatitis a virus. In: Fields BN (Ed). *Fields virology*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott- Raven; 1996: 735-782.
 8. Jean BC. Jack TS. Hepatits a virus. In: Patrick AM. Elledn JB. Fred CT (Eds). Washington: ASM; 1996: 1025-1026.
 9. Barin F. Denis F. Chotard J. Early asymptomatic hepatitis a in senegalese children. *Lancet*. 1980; 1: 212-213.
 10. Flehming B. Frank H. Frosner GG. Gert HJ. Hepatitis a virus particles in stool of patients from natural hepatitis outbreak in Germany. *Med Microbiol Immunol (Berl)*. 1997; 163: 209-214.
 11. Duwrmeyer W. Wielard F. Van Der Veen. Specific detection of IgM antibodies by ELISA applied in hepatitis A. *Lancet*. 1978; 2: 684.
 12. Pratu D. Capelli C. Zanella A. Bosoni P. De Mattei C. Mozzi F. Asymptomatic hepatitis G virus infection in blood donors. *Transfusion*. 1997; 37: 1200-1204.
 13. Poonawagul U. Warinrawat S. Snitbhan R. Kitisriwarapoj S. Foy HM. Outbreak of hepatitis a in a college traced to contaminated water resevior in cafeteria. *Southeast. Asian J Trop Med Public Health*. 1995; 26: 705-708.
 14. Jean BC. Jack TS. Hepatitis a virus. In: Patrick RM. Ellen JB. Michale AP. Fred CT (Eds).

Manual of clinical microbiology. 6th ed. Washington: ASM; 1995: 1025-1026.

15. Peterson DA. Hurley TR. Hoff JC. Wolf LG. Effect of chlorine treatment on infectivity of hepatitis a virus. *Appl Environ Microbiol.* 1983; 45: 223-227.