شیوع هلیکوباکتر پیلوری در کودکان مبتلا به دل درد مزمن و قدرت آزمون اوره آز سریع در تشخیص آن

دکتر عباس تقوی اردکانی [۱] ،دکتر سعید انوری [۱]، دکتر حسن افضلی [۲]
سیدغلامعباس موسوی [۳]، محسن تقدسی [۴]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع دل درد مزمن و عوارض شناخته شده درمان آن بدون شناخت علت ایجاد کننده و عدم اطلاع از شیوع هلیکوباکترپیلوری وگزارش های متفاوت از قدرت آزمون اوره آز سریع به منظور تعیین شیوع هلیکوباکترپیلوری درکودکان مبتلا به دل درد مزمن ،این تحقیق بر روی کودکان مراجعه کننده به بخش آندوسکوپی بیمارستان شهید بهشتی کاشان به علت دل درد مزمن در سال های ۷۹-۱۳۷۸ انجام گرفت.

مواد و روشها: تحقیق به روش توصیفی بر روی ۳۹ کودک در گروه سنی ۱۸-۳ سال که با علایم دل درد مزمن مراجعه نموده بودند ،صورت پذیرفت .همه بیماران توسط فوق تخصص گوارش کودکان آندوسکوپی و سپس نمونه های بیوپسی با آزمون اوره آز سریع و پاتولوژی از نظر هلیکوباکترپیلوری بررسی شد . خصوصیات سن ،جنس وبعد خانوار بررسی شد .یافته های آندوسکوپی (طبیعی ،ازوفازیت ،گاستریت ، ندولاریتی ،اولسر معده ،دئونیت و اولسر دئودنوم ثبت گردید .شیوع آلودگی با هلیکوباکترپیلوری در نمونه ها تعیین و فاصله اطمینان آن برآورد و قدرت آزمون اوره آز سریع تعیین گردید.

یافته ها : تحقیق در ۳۹ کودک در سنی ۴/۱ ± ۹/۹ سال که ۱۷ نفر مذکر (۴۳/۹درصد) و ۲۲ نفر مونث (۵۶/۴درصد) بودند و به مدت حداقل ۳ ماه و با میانگین ۱۳ ماه دل درد داشتند ،انجام گرفت .شیوع آلودگی ۳۰/۸ درصد بود و ارزش پیش بینی آزمون اوره آز ۵۰ درصد وارزش منفی ۷۷/۸ درصد بود .

نتیجه گیری و توصیه ها: هلیکوباکترپیلوری در اکثر کودکان مبتلا به دل درد مزمن دیده نمی شود واین سوال مطرح می شود که آیا درمان ضد هلیکوباکترپیلوری درهمه این کودکان درست است ؟اگر چه حجم نمونه ها کم بود ،اما به نظر می رسد آزمون اوره آز سریع قدرت لازم برای تشخیص هلیکوباکترپیلوری درمنطقه ما ندارد و تحقیق بیشتر توصیه می شود .

واژگان کلیدی: دل درد مزمن – کودکان – هلیکوباکترپیلوری – آزمون اوره آز سریع

۱ –دانشگاه علوم پزشکی کاشان – گروه کودکان
۲ –دانشگاه علوم پزشکی کاشان– گروه عفونی
۳ –دانشگاه علوم پزشکی کاشان – دانشکده بهداشت
۴ –دانشگاه علوم پزشکی کاشان – دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه

دل درد مزمن ،دل دردی است که ۳ ماه یا بیشتر طول کشد و در این مدت لااقل ۳ حمله دل درد ظاهر شود ، به طوری که مانع از فعالیت کودک گردد (۲،۱) .در حال حاضر صرف نظر از عامل به وجود آورنده آن در بیشتر موارد درمان علامتی انجام می گیرد .عوارض درمان کورکورانه صرف نظر از اتیولوژی باعث تحمیل هزینه زیاد ،عوارض داروهای مصرف شده ،تاخیر درتشخیص اصلی و مشکلات ناشی از آن می گردد .یکی از علل به وجود آورنده دردهای شکمی را وجود هلیکوباکترپیلوری گزارش کرده اند (۳) .در کودکان به دلایل مختلف ،تشخیص و درمان با مشکل مواجه است .از این رو ،درنقاط مختلف از روش های گوناگونی جهت تشخیص استفاده می شود .در مطالعات زیادی که در کشورهای دیگر به عمل آمده است با توجه به ارزش تشخیصی زیاد آزمون اوره آز سریع ،از این آزمون جهت تشخیص استفاده می شود اما سوال این است که با توجه به امکانات ،در منطقه مورد مطالعه ما ،قدرت تشخیص در این آزمون ساده و راحت و ارزان ،چقدر است ؟! بنابراین ،به منظور تعیین شیوع هلیکوباکترپیلوری در مبتلایان به دل درد مزمن و نیز قدرت آزمون اوره آز سریع در تشخیص هلیکوباکترپیلوری این تحقیق بر روی مراجعه کنندگان به بخش آندوسکوپی کودکان در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۷۹-۱۳۷۸ انجام گرفت .

مواد و روشها

پژوهش حاضر با روش توصیفی صورت پذیرفت. کلیه کودکانی که دل درد مزمن داشتند و به صورت مستمر مراجعه نمودند ،پس از در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی تحت آندوسکوپی قرار گرفتند .ابتدا اطلاعاتی شامل طول مدت علایم ، سن ،جنس ،و بعد خانوار ،کودکان ۱۸-۳ ساله بررسی و ثبت گردید .سپس کلیه بیماران مورد نظر تحت مطالعه با فیبر نوری ارتجاع پذیر(Olympus Q20 و Olympus XT20) قرار گرفتند واز آنها نمونه برداری از مخاط معده با کمک پنس در شرایط معمول انجام شده و نتایج آندوسکوپی بلافاصله ثبت گردید .سپس یکی از نمونه های بیوپسی به محلول اوره آز سریع انتقال یافته و نمونه دیگر به آزمایشگاه پاتولوژی مورد نظر جهت رنگ آمیزی گیمسا ارسال شد .داده های فرم اطلاعاتی طبقه بندی ،استخراج و برای آماری توصیفی ارایه گردید .

یافته ها

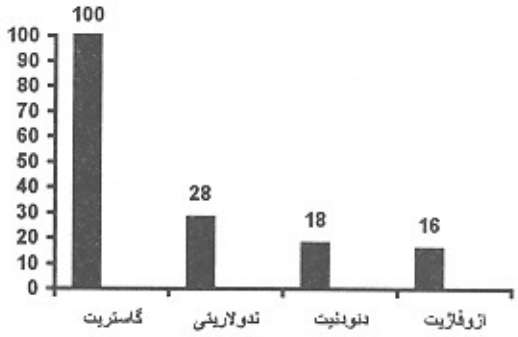
۲۹ نفر مورد بررسی در سنین ۹/۹±۴/۱ سال و از حداقل ۳ و حداکثر ۱۸ سال بودند .۲۲ نفر (۵۶/۴ درصد) درگروه سنی ۱۰-۳ سال و ۱۷ نفر (۴۳/۶درصد) در گروه سنی ۱۸-۱۱ سال قرار داشتند .۱۷ نفر (۴۳/۶درصد) پسر و ۲۲نفر(۵۶/۴درصد) دختر بودند .تمام بیماران مورد مطالعه دچار دل درد مزمن بودند .طول مدت بروز علایم دل درد در بیماران از ۶۰-۳ ماه (میانگین ۱۳ماه) بود .در جدول (۱) توزیع فراوانی هلیکوباکترپیلوری درکودکان مبتلا به دل درد مزمن ارایه گردیده است و نشان می دهد که ۱۲ نفر (۳۰/۸درصد) مبتلا به هلیکوباکترپیلوری بودند, یا به تعبیر دیگر ۶۹/۲درصد بیماران ،مبتلا به هلیکوباکترپیلوری نبودند .در نمونه های مورد بررسی شیوع واقعی هلیکوباکترپیلوری از حداقل

۱۶/۳ درصد و حداکثر ٤٥ درصد برآورد می شود .شیوع عفونت هلیکوباکترپیلوری در دختران ۲۷/۳ درصد و در پسران ۳۵/۳ درصد است و نیز شیوع آلودگی در کودکان زیر ۱۰ سال ۲۷/۳ درصد و کودکان بالای ۱۰ سال ۳۵/۳ درصد است .از بین بیماران دچار عفونت هلیکوباکترپیلوری ،فقط ٦ نفر (۵۰درصد) دارای آزمون اوره آز سریع مثبت

جدول ۱ – توزیع فراوانی کودکان مبتلا به دل درد مزمن بر حسب وجود هلیکوباکترپیلوری به تفکیک روش های تشخیصی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان سال های ۷۹-۱۳۷۸

تشخیص پاتولوژی / تشخیص آزمون اوره آز	مثبت	منفی	جمع
مثبت	٦	٦	۱۲ (۳۰/۸)
منفی	٦	۲۱	۲۷ (٦۹/۲)
جمع	۱۲ (۳۰/۸)	۲۷ (٦۹/۲)	۳۹ (۱۰۰)

یافته های آندوسکوپی در بیماران مورد بررسی که درنمودار (۱) ارایه گردیده ،نشان می دهد که همه بیماران دچار پرخونی یا التهاب معده (گاستروآنتریت) بوده و در ۱۱ نفر (۲۸/۲درصد) دئونیت و در ٦نفر (۱۵/٤درصد) ازوفاژیت وجود داشت .در ضمن ،اولسر معده و دئونوم در این بیماران مشاهده نگردید .



نمودار ۱–توزیع فراوانی یافته های آندوسکوپی در ۳۹ کودک مبتلا به دل درد مزمن در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال های ۷۹-۱۳۷۸

بوده اند .در خانواده های با بعد خانوار ۵ نفر وکمتر شیوع عفونت هلیکوباکترپیلوری به میزان ۲٦/۹ درصد ودرخانوارهای با بعد خانوار بیش از ۵ نفر ۳۸/۵ درصد بود .در این تحقیق حساسیت آزمون اوره آز سریع ۵۰ درصد ،ویژگی آن ۷۷/۸ درصد ، ارزش اخباری مثبت و منفی آن به ترتیب ۵۰ و ۷۷/۸ درصد بود .

بحث

در این تحقیق ،شیوع هلیکوباکترپیلوری ۳۰/۷٦ درصد می باشد .در مطالعه ای که توسط پرتویی در سال ۷٦-۱۳۷۵ در بیمارستان قائم مشهد بر روی کودکان انجام گرفت شیوع هلیکوباکترپیلوری ٤۱ درصد بوده است (٤). درباره نقش هلکوباکترپیلوری در ایجاد دل درد در مواردی که پپتیک اولسر دیده می شود ،اتفاق نظر وجود دارد (۵) ولی دراین که آیا هلیکوباکترپیلوری بدون وجود اولسر نیز سبب درد شکمی کودکان می گردد . نظرهایی وجود دارد به طوری که بعضی ارتباط معنی داری را بین درد مزمن شکمی و هلیکوباکترپیلوری ندیده اند (۱۰) و از طرفی ،عده ای معتقد به وجود ارتباط بین آنها می باشند (۱۱) .شیوع هلیکوباکترپیلوری در کشورهای درحال توسعه به این صورت می باشد که نیمی از کودکان تا سن ۱۰ سالگی آلوده و تا سن بلوغ بیش از ۸۰درصد از جمعیت آلوده می گردند ،در حالی که در کشورهای توسعه یافته تا حدود ٤۰ درصد افراد بالغ آلوده می باشند (۱۲) .با توجه به شیوع کم هلیکوباکترپیلوری در منطقه مورد تحقیق ما ،نمی توان ارتباط منطقی و قابل قبولی بین دل درد مزمن و هلیکوباکترپیلوری را اثبات نمود و به همین دلیل در بیماران مبتلا به دل درد مزمن اقدامات کامل تشخیصی مورد نیاز

است تا از عوارض ناشی از درمان نا به جای بیماران جلوگیری شود .این تحقیق همچنین نشان داد که در منطقه ما آزمون اوره آز سریع قدرت لازم برای تشخیص هلکوباکترپیلوری را ندارد .در مطالعه ای که جاورسی در سال ۱۳۷۵ در کاشان بر روی بزرگسالان انجام داد ، حساسیت آزمون اوره آز سریع ۷۸ درصد و ویژگی آن ۸٤ درصد بود (٤) .در مطالعه ای که توسط **Bansal** و همکارانش در هندوستان در سال ۱۹۹۸ بر روی کودکان انجام گرفت ،حساسیت آزمون اوره آز سریع ۱۰۰ درصد (۲) و در مطالعه دیگری که توسط **Parej – carranza** در اسپانیا در سال ۱۹۹۸ بر روی کودکان به عمل آمد ،حساسیت آزمون ۹٦درصد گزارش شد (۱۰) .پژوهش دیگری که در سنگاپور در سال ۱۹۹۹ بر روی کودکان صورت پذیرفت ،نشان داد که حساسیت ، ویژگی ارزش اخباری مثبت و منفی آزمون اوره آز سریع به ترتیب ۹٤ ،۹۹ ،۹۹ و ۹۵ درصد بود (۱۱). در مطالعه دیگری که در هندوستان بر روی ۱۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۹ انجام گرفت ،حساسیت ، ویژگی ،ارزش اخباری مثبت و منفی آزمون اوره آز سریع به ترتیب ۹۲ ،۱۰۰ ،۱۰۰ و ٦٦ درصد گزارش گردید (۷) .با توجه به ارزش تشخیصی پایین اوره آز در تحقیق ما ،می توان این فرضیه را مطرح کرد که احتمالا مشکل اصلی در نوع محلول های اوره آز سریع و یا نحوه نگهداری و توزیع آنها می باشد .البته با توجه به محدودیت هایی که در تحقیق ما وجود داشت ،تعداد نمونه های مورد بررسی کم بود .با توجه به این امر و اهمیت موضوع مورد مطالعه ،انجام پژوهش های مشابه مورد نیاز می باشد .

References:

1- Rosh JR.Recurrent Abdominal Pain. Gxest Transcript. Practical Reviews in Gastrornterology Volume ll – Number 9.August 1997.

2- Bansal D,Patwart AK Malhotra VL Helicobacter Pylori infection in recurrent abdominal pain. Ind Pediatr.1998; 35(4):329-335.

3- Boyle JT. Abdominal pain. Wslker Pediatric Gastrointestinal Disease. P. 205-226, 1996.

٤- پرتویی ،پ. خواجه کرم الدینی ،م. شیوع عفونت هلکوباکترپیلوری ،علایم بالینی ،آندوسکوپیک و آزمایشگاهی آن در کودکان بیمارستان قائم مشهد سال های ۷۵-۱۳۷٤ ،مجله فیض.۱۳۷۷؛۳(۸):

5- Bajanover, V. Helicobacter pylori and peptic disease in the pediateic patient. Psdiatrclin N AM – 1996;43:

6- Beurke B. Helicobacter pylori infection and peptic ulcer disease in children .Pedatra Infet Dis.1996;15:1-13.

7- Maherzi A.Symptomatic Helicobactor pylori infection prospective srudy of epidemiological, diagnostic and therapeutic aspect in children in tunisia. Arch Pediatr.1996;3(9):

8- Hirbst JJ. Ulcer Disease In :Behrman RE (Ed). 16th ed.Philadelphia :Saunders:2000 :1147-1149.

۹ – جاورسی ،ر. شیوع هلیکوباکترپیلوری وارتباط آن با دیس پپسی ،پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی .دانشگاه علوم پزشکی کاشان ؛۱۳۷۵. ۵۹-۵۳

10 – Parejo – Carranza R, Olivares M .Escobar – Castro H An Esp Pediatr. 1998;49(3):255-263

11 – Chiu WY, Chick WK, Kwok KH.A home made rapid urease test in the diahnosis of Hilicobacter Pylori influction. Singapore Med J. 1999;40(4):243-245.