بررسی رابطه سوء هاضمه تغذیه با اسهال پایدار

دکتر علی هنرپیشه *، دکتر ماریا حسین زاده **

محسن نقدسی ***، سیدغلام عباس موسوی ****

خلاصه

سابقه و هدف: نظربه شیوع اسهالهای پایدار و عوارض ناشی از آن و نظر به تناقضات موجود در مورد عوامل بوجود آورنده بیماری و به منظور تعیین رابطهٔ سوء تغذیه با اسهال پایدار این تحقیق بر روی مراجعین به بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سالهای ۷۴-۱۳۷۰ انجام گرفت.

مواد و روشها: تحقیق به روش مورد- شاهدی Case- Control روی ۱۰۰ کودک مبتلا به اسهال پایدار (گروه مورد) و ۲۰۰ کودک مبتلا به اسهال حاد (گروه شاهد) انجام گرفت. هر کودکی که اسهال او بطور ناگهانی شروع و بیشتر از دو هفته و کمتر از ۴ هفته طول کشیده به عنوان اسهال پایدار تلقی و کودکان گروه مورد و شاهد به لحاظ جنس، مراجعه به یک بیمارستان در یک زمان و نیز ابتلا به اسهال و سایر عوامل تأثیر گذار روی اسهال پایدار با هم مشابه سازی (Matching) شدند و سوء تغذیه با شاخص وزن کمتر از ۹۰ درصد وزن طبیعی مورد بررسی قرار گرفت. نقش سوء تغذیه در اسهال پایدار محاسبه و خطر ابتلای نسبی (O.R) و فاصله اطمینان آن (C.I) تعیین گردید.

یافته ها: ۱۰ درصد کودکان با اسهال حاد و ۵۵ درصد کودکان با اسهال پایدار مبتلا به سوء تغذیه بودند ($P<0/0001$). سوء تغذیه ۱۱ برابر شانس ابتلا به اسهال پایدار را افزایش می‌دهد.

نتیجه گیری با توجه به نقش بسیار زیاد سوء تغذیه در بروز اسهال پایدار توصیه می‌شود که مسئله سوء تغذیه کودکان و علل بوجود آورنده آن مورد توجه قرار گیرد و تحقیقات گسترده‌تری در این زمینه توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: اسهال پایدار- سوء تغذیه

* گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

** دانشگاه علوم پزشکی کاشان

*** دانشکده پرستاری مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

**** دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

مقدمه

اسهال پایدار یا اسهالی که بطور ناگهانی شروع شده و بیشتر از دو هفته و کمتر از ۴ هفته ادامه یابد از جمله بیماریهایی شایع در مراجعین به مراکز درمانی می‌باشد. شیوع بیماری را تا ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند (۱).

فعلاً اقدامات پیشگیری کننده‌ای برای جلوگیری از بیماری مطرح نیست بلکه در صورت ابتلای کودک اقداماتی چون، رژیم های غذایی، تنظیم آب و الکترولیت‌ها، ... انجام می‌گیرد(۲). در صورت تداوم اسهال پایدار و سیکل معیوب سوء تغذیه و اسهال پایدار، بیماری می‌تواند در نهایت موجب مرگ گردد(۳).

یکی از مهمترین راههای مبارزه با بیماری شناخت علل بوجود آورنده آن می‌باشد که در مورد اسهال پایدار عواملی مثل: اسهال عفونی، آنتی بیوتیک‌ها، اوتیت، عفونتهای ادراری تنفسی، حساسیت به شیرگاو، عدم تحمل لاکتوز، اختلالات سیستم ایمنی، سوء تغذیه و ... راگزارش کرده‌اند (۴).

در مورد نقش سوء تغذیه در ایجاد اسهال پایدار گزارشهای متفاوتی از نظر اهمیت آن وجود دارد تا جایی که نقش این عامل در بروز بیماری از ۴۰ درصد (۲) تا ۱۰۰ درصد (۵) به صورت متغیر اعلام شده است. با توجه به تناقض فوق و با این که لااقل در منطقه کاشان نقش سوء تغذیه در بروز اسهال پایدار مشخص نشده است و به منظور تعیین رابطه سوء تغذیه با اسهال پایدار این تحقیق در کودکان زیر ۲ سال مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سالهای ۷۴ـ۱۳۷۰ انجام گرفت. نتایج حاصل از انجام این تحقیق ضمن پاسخ به سئوالات فوق می‌تواند در برنامه‌ریزیهای کشوری و آموزش افراد در جهت جلوگیری از اسهال پایدار نقش به سزایی داشته باشد.

مواد و روشها

تحقیق به روش مورد ـ شاهده‌ای (case-control)انجام گرفت. کودکی که در زمان بررسی با اسهال به بیمارستان مراجعه و حداقل دو هفته و حداکثر چهار هفته از اسهال او گذشته باشد به عنوان کودک کاندیدای مورد تلقی می‌شد، خصوصیات فردی و زمان مراجعه آنان به بیمارستان ثبت می‌گردید. اگر همزمان کودکی با تشخیص اسهال به بیمارستان مراجعه و عواملی چون بیماری هیرشپرونگ، سندروم روده کوتاه ... نداشته به علاوه از نظر جنس با فرد مورد مشابه و اسهال او کمتر از دو هفته طول کشیده باشد به عنوان شاهد تلقی می‌شد. در این صورت فرم اطلاعاتی طرح برای کودک مورد و شاهد تکمیل می‌گردید. وزن کودکان مورد و شاهد مشخص و در صورتی که وزن نسبت به سن، کمتر از ۹۰ درصد استاندارد. NCHS باشد به عنوان کودک مبتلا به سوء تغذیه تلقی و در فرم اطلاعاتی ثبت می‌شد.

در این تحقیق وضعیت سیستم ایمنی کودکان گروه مورد و شاهد نادیده گرفته و سن کودکان مشابه‌سازی نشد بلکه بررسی و ثبت گردید. اگر برای فرد مبتلا به اسهال پایدار شاهد واجد شرایطی انتخاب نمی‌شد فرد کاندیدا از مطالعه حذف و به این ترتیب برای هر نمونه مورد لااقل یک شاهد انتخاب شد.

دادهای فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی و استخراج و باآزمون X^2 قضاوت آماری و خطر ابتلای نسبی

(O.R) و نیز فاصله اطمینان (C.I)نقش سوء تغذیه با ایجاد اسهال پایدار برآورد گردید.

یافته‌ها

در طی زمان مورد بررسی تعداد ۵۱۶۰ کودک کمتر از ۲ سال در بیمارستان بستری شدند که تعداد ۱۰۰۱ نفر (۱۹/۴ درصد) مبتلا به اسهال و از این تعداد بیمار اسهالی تعداد ۳۱۲ نفر (۲۱/۳ درصد) مبتلا به اسهال پایدار بودند، به عبارت دیگر میزان شیوع اسهال پایدار در کل افراد بستری ۴/۱ درصد بود.

کودکان گروه مورد و شاهد هیچ کدام مبتلا به سایر عوامل تأثیر گذار روی اسهال پایدار نبودند.

جدول ۱ـ توزیع جنس کودکان مبتلا به اسهال حاد و پایدار بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سالهای ۷۴ـ۱۳۷۰

جنس / گروههای اسهالی	دختر	پسر	جمع
حاد (شاهد)	۱۰۱ (۵۰/۵)	۹۹ (۴۹/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
پایدار (مورد)	۴۰ (۴۰)	۶۰ (۶۰)	۱۰۰ (۱۰۰)

ملاحظه می گردد که توزیع جنسی کودکان در گروه و شاهد و مورد اختلاف کمی دارند و آزمون X^2 نشان داد که این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار نمی باشد (NS) .

جدول ۲ ـ توزیع اسهال حاد و پایدار کودکان کمتر و بیشتر از ۱۲ ماه بیمارستان شهید بهشتی طی سالهای ۷۴ـ۱۳۷۱

نوع اسهال / گروههای سنی	حاد (شاهد)	پایدار (مورد)	جمع
کمتراز ۱۲ ماه	۲۹ (۲۶/۴)	۸۱ (۷۳/۶)	۱۱۰ (۱۰۰)
بیشتر از ۱۲ ماه	۱۷۱ (۹۰)	۱۹ (۱۰)	۱۹۰ (۱۰۰)

همانگونه که از جدول فوق بر می آید سن گروه شاهد ۴/۲±۱۶/۲ ماه و سن گروه مورد ۴/۷ ±۸/۳ ماه بود و این اختلاف سنی از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد (P<0/001) .

جدول ۳ ـ توزیع سوء تغذیه در مبتلایان به اسهال حاد و پایدار بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سالهای ۷۴ـ۱۳۷۰

نوع اسهال / سوءتغذیه	حاد (شاهد) n= ۲۰۰	پایدار (مورد) n= ۱۰۰
دارد	۲۰ (۱۰)	۵۵ (۵۵)
ندارد	۱۸۰ (۹۰)	۴۵ (۴۵)
جمع	۲۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)

ملاحظه می‌گردد که در کودکان مبتلا به اسهال پایدار، سوء تغذیه ۵/۵ برابر مبتلایان به اسهال حاد می‌باشد و آزمون X^2 نشان داد که این اختلاف به

لحاظ آماری معنی دار است (P<۰/۰۰۱).

عامل سوء تغذیه خطر ابتلا به اسهال پایدار را ۱۱ برابر افزایش می‌دهد و فاصله اطمینان آن به احتمال ۹۵ درصد در جامعهٔ این عامل سوء تغذیه خطر ابتلا به اسهال پایدار را حداقل ٦ و حداکثر ۱۹ برابر افزایش می‌دهد.

بحث

تحقیق نشان داد سوء تغذیه در اسهال پایدار ۵۵ درصد و در مبتلایان به اسهال حاد ۱۰ درصد بود و سوء تغذیه خطر ابتلا به اسهال پایدار را ۱۱ برابر افزایش می‌دهد (P<۰/۰۰۱) و فاصله اطمینان آن در کل جامعه مورد بررسی حداقل ٦ تا حداکثر ۱۹ برابر برآورد می‌گردد.

Anakd و همکارانش در سال ۱۹۹۴ از هندوستان گزارش کردند که ۳۵ درصد کودکان کمتر از ۵ سال با اسهال پایدار دچار سوء تغذیه هستند (۳) و Thapa در سال ۱۹۹۴ از هندوستان گزارش کرد که ۱۰۰ درصد شیرخواران مبتلا به اسهال پایدار با سن کمتر از ۱۲ ماه به سوء تغذیه مبتلا بودند (۵).

همانطور که قبلاً ذکر گردید در این تحقیق از لحاظ سن همسان سازی نشده لیکن سن را بررسی کرده و معلوم شد که ۷۳/٦ درصد کودکان کمتر از یک سال دچار اسهال پایدار بودند در حالی که ۱۰ درصد کودکان بیشتر از یک سال مبتلا به این نوع اسهال بودند که نتایج این پژوهش با تحقیقات Thapa (۵) مطابقت دارد.

این تحقیق نشان داد که فراوانی اسهال پایدار ۴/۱ درصد می‌باشد، در حالی که مطالعات انجام شده توسط Emanuel در سال ۱۹۹٦ در هندوستان شیوع آن را ۱۹ درصد گزارش کرده است (٦) که علت اختلاف نتایج آماری فوق می‌تواند به این دلیل باشد که گروهی از بیماران بطور سرپائی در مطب ها درمان شدند.

امروزه ثابت شده که در سوء تغذیه اکثر مواد معدنی (کلسیم، فسفر، منیزیم، پتاسیم، روی، کرم، مس و آهن) و آمینواسیدها کاهش قابل توجه دارد که اکثر آنها در ترمیم مخاط دستگاه گوارش و نیز قدرت جذب مخاط و فونکسیون سیستم ایمنی تأثیر دارند. همچنین در بیماران با سوء تغذیه لکوپنی وجود داشته و سلولهای T و جواب به آنتی ژن و تولید لنفوکسینها هابه عنوان عاملی برای مقاومت میزبان می‌باشد کاهش دارد. از طرفی در اکثریت بیماران سوء تغذیه‌ای آنمی فقر آهن وجود دارد که می‌تواند روی جواب سیستم ایمنی سلولی اثر سوء داشته باشد ضمناً آنمی فقر آهن باعث آنتروپاتی اگزوداتیو در بچه‌های سوء تغذیه‌ای می‌شود و به علاوه معلوم شده که مورفولوژی و فونکسیون سلولهای مخاط دستگاه گوارش در بیماران سوء تغذیه‌ای تغییر کرده و باعث سوء جذب در بیماران می‌شود. از طرفی به علت تخریب ویلوزیته‌های مخاط روده، بیماران سوء تغذیه‌ای دچار کمبود ثانویه‌ای لاکتوز می‌شود همچنین معلوم شده که در این کودکان به طور قابل ملاحظه‌ای هیستامین کاهش دارد که آن نیز باعث آتروفی مخاط دستگاه گوارش می‌شود. و بالاخره این که در سوء تغذیه آتروفی پانکراس و کاهش آتریمی وجود دارد که باعث اختلال در جذب مواد می‌شود (۷).

لذا با توجه به مطالب فوق نتیجه گرفته می‌شود که به دلائل گوناگون و با مکانیزمهای مختلف در بیماران سوء تغذیه‌ای اسهال ایجاد شده ، تداوم پیدا

می‌کند (۱). نتیجه تحقیقات Thapa نشان می‌دهد که بهبود تحصیلات زنان، بهبود بهداشت عمومی، اصلاح تغذیه کودکان عامل مهمی برای جلوگیری از سوء تغذیه و کاهش شیوع اسهال پایدار می‌باشد در پایان با توجه به مطالعات قبلی و این پژوهش انجام شده بنظر می‌رسد انجام تحقیقات دیگری برای شناخت علل سوء تغذیه و سایر علل اسهال پایدار و نیز بررسی میزان آگاهی مادران از نحوه تغذیه تکمیلی کودکان و وضعیت تغذیه کودکان زیر ۲ سال شهرستان کاشان ضروری باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه پرسنل واحد بایگانی و مدارک پزشکی بیمارستان شهید بهشتی کاشان و کلیه افرادی که در تکمیل پرونده‌های بیماران زحمت کشیده‌اند و پرسنل محترم معاونت پژوهشی دانشگاه به خصوص واحد کامپیوتر آن معاونت که در جمع‌آوری مدارک لازم و تایپ این پژوهش همکاری داشته‌اند تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

References:

1- Suraj- Gupte- MD. **The short text book of pediatric 1 the edition.** P:286-288.

2- Patwart- Ak, Anand VK, **Persistent diarrhea management in a diarrhea treatment unit, Indian pediator,** 1995. mar32 (3) PP(277-84).

3- Anake- K, Sundarom- Kr, Lobo- J; Kapoor- Skrare. **diarrhea incidence and malnutrition reated in under five childern?** Indian- Pediatric, 1994 aug- 31 (8), 943-8.

4- Sugaro- E& Riverali. **Risk factors for persistent diarrhea Review.**

5- Thapa- B.R., **Intracabldiarrhea of infancy and its management.** modified cost effective treatment jornal of tropical pediatric. Vol, 40 June 1994 157-161.

6- Emanuel Labelthal- David Branski MD. **The pediatric clinice of north American (gastroentrology).** April 1996 P:313.

7- **Nelson- Text book of pediatric 1996.**