

مقاله اصلی

ویژگی های جمعیتی، اجتماعی و بالینی بیماران سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۲

خلاصه

مقدمه

اختلالات مزمن گوارشی، بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می کنند. از جمله این اختلالات مزمن می توان به سندرم روده تحریک پذیر اشاره کرد. هدف از انجام این تحقیق بررسی وضعیت اپیدمیولوژی سندرم روده تحریک پذیر در مشهد می باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر ۳۲۳ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مشهد انجام شد. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بود. داده های ثبت شده به نرم افزار آماری SPSS وارد و تجزیه و تحلیل شد. جهت توصیف آزمودنی ها از روش های آمار توصیفی و جهت مقایسه متغیرها در زیر گروه ها، از آزمون های آنالیز واریانس و کروسکال والیس استفاده شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

زیر گروه مختلط بیشترین فراوانی و زیر گروه یبوست کمترین فراوانی را داشتند. نسبت زنان به مردان ۱/۵ به ۱ بود و توزیع جنسیت در چهار زیر گروه تفاوت معناداری نداشت ($p=0/1$). طول مدت بیماری حدود ۴/۵ سال بود که در چهار زیر گروه به طور معناداری متفاوت بود ($p=0/03$). بیماران حداقل یکبار در ماه به پزشک مراجعه می کنند.

نتیجه گیری

ویژگی های الگوی بالینی و اجتماعی در زیر گروه ها تفاوت معناداری ندارد. تعدد مراجعات بیماران به پزشک، ۱۲ نوبت مراجعه در سال به ازای هر بیمار است و همین روزهای از کار افتادگی، هزینه اقتصادی قابل توجهی را برای افراد، جامعه و نظام سلامت ایجاد می کند.

کلمات کلیدی: اختلالات گوارشی، سندرم روده تحریک پذیر، اپیدمیولوژی، فراوانی

پی نوشت: این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی مقطع دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی است و بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر و قدرانی می شود.

۱ محمد خواجه دلویی
۲ حسن وثوقی نیا
۳ علی بهاری
۴ احمد خسروی
۵ عباس اسماعیل زاده
۶ آریتا گنجی
۷ کامبیز اخوان رضایت
۸ راحیل محمودی*

۱- دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲- دانشیار گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳- دانشیار گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴- دانشیار گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵- استادیار گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۶- استادیار گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۷- استادیار گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۸- دستیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تلفن همراه: ۰۹۱۵۱۲۴۰۵۴۳

email: rahil.mahmoodi95@yahoo.com

*Original Article***Demographic, social and clinical characteristics in patients with irritable bowel syndrome in Mashhad in 2013**

Received: January 16 2014- Accepted: March 3 2014

- 1- Mohammad Khajedaluae
- 2- Hassan Vosooghina
- 3- Ali Bahari
- 4- Ahmad Khosravi
- 5- Abbas Esmailzadeh
- 6- Azita Ganji
- 7- Kambiz Akhavan Rezayat
- 8- Rahil Mahmoudi*

1-Social Medicine Associate Professor, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2-Gastroenterology Associate Professor, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Gastroenterology Associate Professor, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- Gastroenterology Associate Professor, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

5- Gastroenterology Assistant Professor, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

6- Gastroenterology Assistant Professor, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

7- Gastroenterology Assistant Professor, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

8- Social Medicine Resident, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* School of Medicine, Mashhad University Of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Mobile:09151240543

Email: rahil.mahmoodi95@yahoo.com

Abstract

Introduction: Chronic gastrointestinal disorders, imposes stress and large economic burden on society and the health care system. Including chronic disorders, irritable bowel syndrome can be noted. The purpose of this study was to investigate the epidemiology of irritable bowel syndrome in Mashhad for further recognition of the disease in Iranian society.

Methods: This cross-sectional study in 2013 was conducted on 323 patients with irritable bowel syndrome. Sampling method was based on purposive. For the purposes of this study, the recorded data entered into SPSS software were analyzed. The descriptive statistical methods were used for description of the subjects, and to compare variables in subgroups of patients, parametric (analysis of variance) and nonparametric (Kruskal-wallis) tests were used. P value of less than 0.05 was considered significant.

Result: The subtype of mixed had the highest frequency and subtype of constipation had the lowest frequency. Female to male ratio was 1.5 to 1 and gender distribution had not significant differences in four subtypes (P=0.1). Duration of disease was approximately 4.5 years that was significantly different in four subtypes (P=0.03). The patients had at least one visit to doctor every month.

Conclusion: Clinical characteristics and social patterns were not significantly different in subgroups of IBS. Frequency of patient visiting the doctor was 12 times in a year for every patient, and these days of disability are a significant economic costs to individuals, society and the health system.

Key words: Gastrointestinal disorder, Irritable Bowel Syndrome, Epidemiology, Frequency

Acknowledgement: This paper is the result of a student thesis for PhD in social medicine. Appreciation and thanks to the chancellor for research of Mashhad university of Medical sciences for supporting this project.

مقدمه

بسیاری از جوامع به سبب بهبود وضعیت بهداشت محیط، بهداشت فردی و سایر معیارهای بهداشتی مثل واکسیناسیون، شاهد ریشه کنی، حذف و کاهش چشمگیر در وقوع بیماری های واگیر بوده اند. ولی از طرفی به دلیل تغییرات در الگوی زندگی، الگوی تغذیه، الگوهای رفتاری، پیدایش عوامل خطر فیزیکی و شیمیایی، گسترش زیاد بیماری های غیر واگیر رخ داده است (۱). بیماری های گوارشی یکی از مهم ترین و شایع ترین بیماری های مزمن غیرواگیر است.

اختلالات گوارشی بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می کنند. از بین انواع اختلالات گوارشی، دردهای راجعه شکم و سندرم روده تحریک پذیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته اند چرا که بر اساس مطالعات مبتنی بر جامعه، شیوع زیادی داشته اند (درد های شکمی ۱۰-۱۵٪ و سندرم روده تحریک پذیر ۱۳-۲۶٪) (۲).

اختلالات گوارشی در کودکان و نوجوانان به میزان زیادی تا بزرگسالی ادامه می یابند و از علل مهم غیبت از مدرسه، مراجعات متعدد به پزشک و بستری در بیمارستان می باشند (۲).

از جمله این اختلالات مزمن می توان به سندرم روده تحریک پذیر اشاره کرد. این سندرم یک اختلال عملکردی روده است که با تغییر در اجابت مزاج و درد شکمی در غیاب ناهنجاری قابل شناسایی ساختاری مشخص می شود (۳).

سندرم روده تحریک پذیر جزو اختلالات تهدید کننده حیات نیست و نه نیاز به جراحی دارد و نه باعث کاهش بقای بیماران می شود. این ویژگی ممکن است منجر به دست کم گرفتن تاثیر بالقوه این سندرم به عنوان مشکل سلامت واقعی شود که می تواند تاثیر جدی بر فعالیت های روزانه و کیفیت زندگی بیمار بگذارد (۴).

علائم سندرم روده تحریک پذیر تمایل دارند در طول زمان تغییر کنند. شدت علائم هم تفاوت دارند و به طور واضح می تواند کیفیت زندگی این افراد را مختل کند و منجر به هزینه های مراقبتی بالا شود (۳). این سندرم در همه جهان شایع است (۵). حدود ۲۰٪ از بزرگسالان در ایران به IBS^۱ مبتلا هستند و بیش از

۳ میلیون از مراجعات سالانه به متخصصین گوارش مربوط به علائم و نشانه های سندرم روده تحریک پذیر است (۶). شیوع این بیماری در افراد جوان بیشتر است. هر چند که مطالعات مبتنی بر جامعه نشان داده است که شیوع IBS با افزایش سن بیشتر می شود. به نظر می رسد که این بیماری در افراد مسن اغلب تشخیص داده نمی شود یا کمتر تشخیص داده می شود و به عنوان بیماری دیگری تقسیم بندی می شود (misclassification). در بیشتر مطالعات نسبت ابتلا زنان به مردان، ۲ به ۱ است. شیوع این سندرم در نژاد سفید و سیاه برابر است (۵).

در ایران هزینه های سالانه IBS فقط در مطالعه ای که توسط روشندل و همکارانش انجام شده است ارزیابی شده است. در این مطالعه هزینه کل سالانه IBS ۲/۸ میلیون دلار برای جمعیت بالغ شهری برآورد شده است که بار سنگینی بر اقتصاد ایران، به عنوان کشور در حال توسعه محسوب می شود (۷).

با توجه به ازمان این سندرم، شیوع بالای آن در جوانان و بار بیماری آن بر فرد، خانواده و سیستم بهداشت و درمان کشور، تعیین وضعیت اپیدمیولوژیک سندرم روده تحریک پذیر در جامعه ایرانی و شناخت بیشتر از بیماری در جامعه، ضروری به نظر می رسد. هدف از انجام این تحقیق بررسی وضعیت اپیدمیولوژی سندرم روده تحریک پذیر در مشهد می باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر ۳۲۳ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که به کلینیک های گوارش در مشهد مراجعه کرده بودند انجام شد. روش نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد. بیمارانی که به کلینیک های گوارش مراجعه می کردند و توسط متخصص گوارش بر اساس معیارهای Rome-3 تشخیص سندرم روده تحریک پذیر برای آنها گذاشته می شد، وارد مطالعه شدند.

ابتدا ضمن هماهنگی با متخصصان گوارش همکار طرح، بیماران تشخیص داده شده مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به مجری طرح معرفی شدند. معیار تشخیصی سندرم روده تحریک

¹ Irritable Bowel Syndrome

جدول ۱- مشخصات فردی افراد مورد مطالعه بر حسب چهار زیر گروه بیماری

متغیر	درد و نفخ شکم n=۷۷	اسهال n=۹۲	یبوست n=۴۳	مختلط n=۱۱۱	کل بیماران n=۳۲۳	P value
جنس	مرد	۳۴(۴۴/۲)	۴۱(۴۴/۶)	۱۱(۲۵/۶)	۴۳(۳۸/۷)	۰/۱
	زن	۴۳(۵۵/۸)	۵۱(۵۵/۴)	۳۲(۷۴/۴)	۶۸(۶۱/۳)	
محل زندگی	شهر	۷۳(۹۴/۸)	۸۴(۹۱/۳)	۳۹(۹۰/۷)	۱۰۷(۹۶/۴)	۰/۳
	روستا	۴(۵/۲)	۸(۸/۷)	۴(۹/۳)	۴(۳/۶)	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۶(۲۰/۸)	۲۰(۲۱/۷)	۷(۱۶/۳)	۲۰(۱۸/۰)	۰/۹
	متاهل	۵۷(۷۴/۰)	۷۰(۷۶/۱)	۳۴(۷۹/۱)	۸۷(۷۸/۴)	
	بیوه	۲(۲/۶)	۰(۰)	۱(۲/۳)	۳(۲/۷)	
	مطلقه	۲(۲/۶)	۲(۲/۲)	۱(۲/۳)	۱(۰/۹)	
سطح تحصیلات	بیسواد	۳(۳/۹)	۶(۶/۵)	۲(۴/۷)	۲(۱/۸)	۰/۴
	ابتدایی	۴(۵/۲)	۹(۹/۸)	۶(۱۴/۰)	۹(۸/۱)	
	متوسطه	۹(۱۱/۷)	۹(۹/۸)	۵(۱۱/۶)	۱۰(۹/۰)	
	دیپلم	۱۵(۱۹/۵)	۲۲(۲۳/۹)	۸(۱۸/۶)	۳۶(۳۲/۴)	
	فوق دیپلم	۱۰(۱۳/۰)	۱۰(۱۰/۹)	۵(۱۱/۶)	۵(۴/۵)	
لیسانس و بالاتر	۳۶(۴۶/۷)	۳۶(۳۹/۱)	۱۷(۳۹/۵)	۴۹(۴۴/۱)	۱۳۸(۴۲/۷)	
شغل	بیکار	۴(۵/۲)	۲(۲/۲)	۲(۴/۷)	۵(۴/۵)	۰/۲
	کارگر	۲(۲/۶)	۶(۶/۵)	۳(۷/۰)	۱(۰/۹)	
	کارمند	۲۷(۳۵/۱)	۲۸(۳۰/۴)	۱۳(۳۰/۲)	۳۰(۲۷/۰)	
	محصل	۱۲(۱۵/۶)	۱۱(۱۲/۰)	۷(۱۶/۳)	۱۲(۱۰/۸)	
	خانه دار	۱۸(۲۳/۴)	۳۰(۳۲/۶)	۱۶(۳۷/۲)	۳۶(۳۲/۴)	
آزاد	۱۴(۱۸/۲)	۱۵(۱۶/۳)	۲(۴/۷)	۲۷(۲۴/۳)	۵۸(۱۸/۰)	

نتایج

بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به چهار زیر گروه تقسیم شدند. فراوانی زیر گروه ها شامل: (۲۳/۸٪) ۷۷ نفر در زیر گروه درد و نفخ شکم، (۲۸/۵٪) ۹۲ نفر در زیر گروه اسهال، (۱۳/۳٪) ۴۳ نفر در زیر گروه یبوست و (۳۴/۴٪) ۱۱۱ نفر در زیر گروه مختلط بود. توزیع زیر گروه ها تفاوت معنی دار داشت ($p < 0/001$).

ویژگی های دموگرافیک افراد مورد مطالعه به طور کلی و در هر زیر گروه، در جدول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است. از نظر سابقه خانوادگی، (۱۳۷(۴۴/۱) نفر در بستگان درجه اول سابقه این بیماری را داشتند و (۱۷۴(۵۵/۹) نفر سابقه نداشتند که تفاوت معنی دار نبود ($p = 0/4$) و از نظر ابتلا در فامیل درجه دوم، (۹۴(۳۰/۶) نفر در بستگان خانوادگی درجه دوم سابقه این بیماری را داشتند و (۲۱۳(۶۹/۴) نفر سابقه نداشتند ($p = 0/1$).

در بین بیماران مورد بررسی، (۲۴۵(۷۵/۹) نفر دخانیات مصرف نمی کردند و (۷۸(۲۴/۱) نفر دخانیات مصرف می کردند. قلیان بیشترین نوع دخانیات مصرفی بود (۴۲(۵۳/۲) نفر). بعد از آن

پذیر بر مبنای معیارهای Rome-3 بود. بیماران بر اساس علائم بیماری و شرح حال توسط متخصص گوارش در چهار زیر گروه سندرم روده تحریک پذیر (درد و نفخ شکم، اسهال، یبوست و مختلط) تقسیم بندی می شدند. سپس ضمن توجه بیمار و هدف از انجام مطالعه و کسب رضایت آگاهانه چک لیست اطلاعات دموگرافیک، اجتماعی اقتصادی، تاریخچه بیماری و علائم بالینی متناسب با اهداف طرح برای بیمار تکمیل شد. داده های ثبت شده به نرم افزار آماری SPSS وارد و متناسب با اهداف تجزیه و تحلیل شد. معیارهای ورود شامل بیماران تشخیص داده شده بر مبنای کرایتریای Rome-3 توسط متخصص گوارش؛ سن ۱۴ سال و بالاتر و داشتن آزمایشات طبیعی (CBC, ESR, TSH, S/E, Anti TTG(Ab 3A), FBS) بود. معیارهای خروج شامل بیماری گوارشی ارگانیک مشخص؛ سابقه جراحی شکم؛ وجود علائم هشداردهنده (اسهال شبانه، اسهال خونی، کاهش وزن، آنمی، دسفاژی، سابقه خانوادگی بدخیمی، شروع علائم در ۵۰ سالگی و بالاتر) و ابتلا به بیماریهای روانی مشخص بود. در تمام تحلیل ها سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

جدول ۲- ویژگی های انتروپومتریک افراد مورد مطالعه در چهار زیر گروه بیماری

متغیر	درد و نفخ شکم n=۷۷	اسهال n=۹۲	یبوست n=۴۳	مختلط n=۱۱۱	کل بیماران n=۳۲۳	P value
سن	۳۴/۵۹ ± ۱۰/۸۱	۳۴/۱۵ ± ۹/۵۳	۳۶/۶۴ ± ۱۳/۰۹	۳۷/۵۶ ± ۱۲/۵۷	۳۵/۷۶ ± ۱۱/۴۸	۰/۳
تعداد فرزند	۱/۶۵ ± ۱/۶۶	۱/۶۸ ± ۱/۷۷	۱/۸۶ ± ۱/۵	۱/۷۲ ± ۱/۵۱	۱/۷۱ ± ۱/۶۹	۰/۸
وزن	۶۸/۴۵ ± ۱۲/۶۸	۶۶/۸۹ ± ۱۵/۲۹	۶۶/۱۸ ± ۱۳/۲۹	۶۷/۳۰ ± ۱۳/۳۹	۶۷/۳۰ ± ۱۳/۷۵	۰/۸
قد	۱۶۶/۸۰ ± ۷/۳۵	۱۶۷/۰۰ ± ۹/۹۲	۱۶۲/۹۵ ± ۹/۰۰	۱۶۶/۱۷ ± ۹/۵۷	۱۶۶/۱۲ ± ۹/۱۸	۰/۰۵
BMI	۲۴/۵۹ ± ۴/۳	۲۳/۸۵ ± ۴/۵	۲۴/۸۰ ± ۳/۸۴	۲۴/۳۹ ± ۴/۶۶	۲۴/۳۴ ± ۴/۴۲	۰/۵

جدول ۳- اطلاعات مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر

متغیر	درد و نفخ شکم n=۷۷	اسهال n=۹۲	یبوست n=۴۳	مختلط n=۱۱۱	کل بیماران n=۳۲۳	P value
مدت زمان مصرف دخانیات (سال)	۷/۴۱ ± ۵/۷۲	۷/۳۰ ± ۶/۱۶	۵/۰ ± ۳/۲۲	۷/۳۳ ± ۶/۲۵	۷/۱۳ ± ۵/۸۶	۰/۸
تعداد نخ سیگار*	۵/۲۸ ± ۶/۵۸	۳/۴۲ ± ۵/۴۶	۴/۰ ± ۵/۶۲	۶/۱۲ ± ۸/۶۸	۵/۰۵ ± ۷/۲۶	۰/۲
مدت زمان در معرض دود سیگار بودن (سال)	۲۲/۱۵ ± ۷/۷۰	۱۳/۰ ± ۳/۴۶	۱۲/۳۳ ± ۸/۱۷	۱۵/۷ ± ۹/۹۶	۱۶/۴ ± ۸/۹۸	۰/۰۳
مدت زمان مصرف الکل (ماه)	۵۴/۴ ± ۳۱/۱۸	۶۵/۰ ± ۵۱/۸۸	۴۸†	۷۹/۴۲ ± ۶۹/۱۶	۷۰/۵ ± ۵۷/۹۳	۰/۹
مقدار الکل مصرفی**	۱/۲۰ ± ۰/۸۳	۱۱/۸ ± ۲۴/۷۱	۱†	۲/۶۹ ± ۵/۵۱	۲/۶۹ ± ۵/۵۱	۰/۹
مدت زمان سوم مصرف مواد (ماه)	۶۸/۰ ± ۴۸/۴۹	۴۸/۸۵ ± ۵۹/۲۰	۳۶†	۵۸/۳۳ ± ۵۸/۵۲	۵۴/۸۲ ± ۵۲/۴۷	۰/۷

*تعداد نخ سیگار یا تعداد دفعات استفاده از قلیان در روز

**فنجان در هفته

†فراوانی در زیر گروه یک نفر بوده است

در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

در بیماران مورد بررسی (۱۸۷/۵۷/۹) نفر در طول مدت بیماری نیاز به مراجعه به مراکز پیشرفته تر بهداشتی درمانی داشتند. یعنی یا ابتدا به پزشک عمومی مراجعه کرده و به علت بهبود نیافتن به شهرهای کوچکتر به پزشک مراجعه کرده اند و یا ابتدا در روستا یا نیافتن، به پزشک فوق تخصص در مشهد ارجاع شده بودند و (۱۳۶/۴۲/۱) نفر از ابتدا به پزشک فوق تخصص مراجعه کرده بودند. از نظر آماری در چهار زیر گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت (p=۰/۱).

(۴/۱/۲) نفر سابقه عمل جراحی (کله سیستکتومی، آپاندکتومی) به علت این بیماری داشتند و (۳۱۹/۹۸/۸) نفر سابقه عمل جراحی نداشتند. آزمون آماری تفاوت معنی داری را در چهار زیر گروه نشان نداد (p=۰/۲).

سایر ویژگی های مربوط به بیماری در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

همانگونه که مشاهده می گردد تمامی ویژگی های طول مدت بیماری، تعداد مراجعات به مراکز پزشکی، تعداد موارد بستری،

سیگار (۲۷/۳۴/۲) نفر، سیگار و قلیان (۷/۸/۹) نفر، سیگار و قلیان و پیپ (۲/۲/۵) نفر و تنباکو جویدنی یک نفر، رتبه های دوم تا چهارم را تشکیل می دادند.

در بین بیماران (۵۳/۱۶/۵) نفر در معرض دود سیگار دیگران قرار داشتند و (۲۶۹/۸۳/۵) نفر در معرض دود سیگار دیگران قرار نداشتند.

(۲۹۸/۹۲/۳) نفر الکل مصرف نمی کردند و (۲۵/۷/۷) نفر الکل مصرف می کردند.

(۳۰۶/۹۴/۷) نفر سابقه مصرف مواد مخدر نداشتند و (۱۷/۵/۳) نفر سابقه مصرف مواد مخدر داشتند که روش مصرف (۱۲/۷۰/۶) نفر استنشاقی، (۴/۲۳/۵) نفر خوراکی و (۱/۵/۹) نفر خوراکی و استنشاقی بود. هیچ یک از بیماران از روش تزریقی استفاده نمی کردند.

(۱۳/۷۶/۵) نفر قبل از شروع علائم سندرم روده تحریک پذیر، سوء مصرف مواد را شروع کرده بودند و (۴/۲۳/۵) نفر بعد از شروع علائم بیماری، سوم مصرف مواد را شروع کرده بودند. آزمون آماری تفاوت معنی داری را در چهار زیر گروه نشان نداد (p=۰/۷).

سایر متغیر های مربوط به مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر

جدول ۴- متغیرهای مرتبط با بیماری

متغیر	درد و نفخ شکم n=۷۷	اسهال n=۹۲	یبوست n=۴۳	مختلط n=۱۱۱	کل بیماران n=۳۲۳	P value
طول مدت بیماری(ماه)	۴۶/۲۱ ± ۵۷/۰	۴۷/۷۶ ± ۷۱/۱۸	۴۷/۱۸ ± ۵۷/۹۷	۵/۰ ± ۳/۲۲	۵۴/۰۸ ± ۷۰/۲۴	۰/۰۳
تعداد مراجعه در ماه	۰/۵۷ ± ۰/۷۶	۱/۰۱ ± ۱/۲۶	۰/۶۳ ± ۰/۹۷	۰/۷۰ ± ۱/۰۳	۰/۷۵ ± ۱/۰۵	۰/۰۴
تعداد بستری در سال	۰/۰۶ ± ۰/۳۷	۰/۱۴ ± ۰/۴۳	۰	۰/۰۵ ± ۰/۲۶	۰/۰۷ ± ۰/۳۳	۰/۰۲
تعداد روز از کار افتادگی در سال	۲/۹۸ ± ۶/۸۹	۳/۵۳ ± ۱۰/۴۵	۰/۹۳ ± ۲/۹۴	۷/۸۹ ± ۱۸/۰۲	۴/۵۵ ± ۱۲/۶۷	۰/۰۰۱
تعداد اسهال در روز	۰/۶۲ ± ۱/۱۴	۳/۴۶ ± ۲/۲۹	۰/۱۵ ± ۰/۶۰	۲/۷۴ ± ۲/۴۰	۲/۱۰ ± ۲/۳۴	<۰/۰۰۱
شدت درد	۴/۷۹ ± ۲/۳۲	۴/۸۸ ± ۲/۹۳	۳/۷۵ ± ۲/۳۵	۵/۶۹ ± ۲/۴۶	۴/۹۹ ± ۲/۶۲	<۰/۰۰۱

تعداد روزهای از کار افتادگی و تعداد دفعات اسهال و شدت درد در بین چهار زیر گروه بیماری تفاوت معنی داری دارد.

بحث

مراکز تحت پوشش این طرح، شامل بیمارستان قائم (عج)، بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک گوارش اکثر متخصصین گوارش دانشگاه، در سطح شهر مشهد بودند. لذا جمعیت مورد مطالعه تقریباً قریب به اتفاق بیماران IBS در شهر را پوشش می دهد. در این مطالعه ۳۲۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، توزیع زیر گروه ها تفاوت آماری معنا داری داشت، به گونه ای که زیر گروه مختلط بیشترین فراوانی و زیر گروه یبوست کمترین فراوانی را داشتند. نسبت زنان به مردان ۱/۵ به ۱ بود و توزیع جنسیت در چهار زیر گروه تفاوت معناداری نداشت به طوری که در همه زیر گروه ها زنان بیشتر از مردان بودند. از نظر توزیع سنی، چهار زیر گروه تفاوت معناداری نداشتند و افراد جوان بیشترین فراوانی را شامل می شدند. وضعیت تاهل نیز در چهار زیر گروه تفاوتی نداشت و افراد متأهل بیشترین فراوانی را تشکیل می دادند. بیشتر بیماران از نظر تحصیلات در سطح دیپلم و بالاتر بودند که بیشترین فراوانی مربوط به درجه لیسانس و بالاتر بود و چهار زیر گروه از نظر تحصیلات نیز تفاوت معناداری نداشتند. از نظر شغل، بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار و کارمندان بود که در چهار زیر گروه تفاوت معناداری نداشتند. اکثر بیماران در شهر زندگی می کردند و چهار زیر گروه تفاوتی نداشتند.

تا کنون مطالعات متعددی در مورد سندرم روده تحریک پذیر

در جهان انجام شده است. در یک مرور نظام مند که توسط سیتو^۱ و همکارانش در شمال آمریکا انجام شده است، شیوع IBS را ۳-۲۰٪ برآورد کرده که زیر گروه های اسهال و یبوست بیشترین فراوانی را داشتند. نسبت زنان به مردان ۲ به ۱ بوده که در همه زیر گروه ها زنان با مردان تقریباً مساوی بودند، بجز زیر گروه یبوست که زنان بیشتر از مردان بودند. در این مطالعه نیز افراد جوان شیوع بالاتری داشتند (۸).

در مطالعه ی چند مرکزی اسکمولسون^۲ و همکاران در مکزیک، نسبت IBS در زنان به مردان ۳/۳ به ۱ بوده که در همه زیر گروه ها زنان غالب بودند بجز زیر گروه اسهال که مردان حدوداً ۲ برابر زنان بودند (۹).

مطالعاتی نیز در ایران انجام شده است. در مطالعه ی جمالی و همکاران، بیشتر افراد جوان درگیر این بیماری بودند و در بین زیر گروه ها تفاوتی نبود. از نظر جنسیت بیشتر زنان مبتلا بودند. ولی از نظر تحصیلات بیشتر بیماران سطح تحصیلات پایین داشتند ولی در زیر گروه ها با هم تفاوتی نداشتند. از نظر تاهل، در همه زیر گروه ها، بیشترین فراوانی متعلق به گروه متأهلین بود. در همه زیر گروه ها اکثر بیماران در شهر زندگی می کردند (۱۰).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ۲۴/۱٪ بیماران دخانیات مصرف می کردند و در چهار زیر گروه تفاوتی وجود نداشت. در مطالعه فارسجو^۳ و همکاران که IBS را در جمعیت یونانی و سوندی مقایسه کرده بودند، ۱۷/۸٪ بیماران دخانیات مصرف می کردند (۱۱).

مطالعه حاضر نشان داد که طول مدت بیماری حدود ۴/۵ سال بود

¹ Saito

² Schmulson

³ Faresjo

بیماران به سطح اول مراقبت‌ها مراجعه کرده بودند، ۱۷٪ به بیمارستان مراجعه کرده بودند و ۶۹٪ از دارو استفاده می‌کردند (۱۴). مطالعه دیگری از تانگ و همکاران نشان داد که شدت درد و طول مدت علائم در زنان و مردان تفاوت داشته است (۱۵).

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که ویژگی‌های الگوی بالینی و اجتماعی در زیر گروه‌های بیماری IBS تفاوت معناداری ندارد. مصرف دخانیات در بیماران مورد بررسی نسبت به مطالعات دیگر به طور قابل توجهی بالاتر است، ولی مواد مخدر و الکل در بین زیر گروه‌های بیماری تفاوتی نداشت. نکته قابل توجه، تعدد مراجعات بیماران به پزشک می‌باشد که ۱۲ نوبت مراجعه در سال به ازای هر بیمار است و همچنین تعداد روزهای از کار افتادگی که هزینه اقتصادی قابل توجهی را برای افراد، جامعه و نظام سلامت ایجاد می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی مقطع دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی است. بدین وسیله از خانم دکتر میترا احدی، آقای دکتر سید موسی الرضا حسینی، خانم فاطمه بهاری و خانم صدیقه کرباسی و نیز معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر و قدردانی می‌شود.

که در چهار زیر گروه به طور معناداری متفاوت بود. به گونه‌ای که زیر گروه مختلط کمترین طول مدت را داشتند و سه زیر گروه دیگر تقریباً مساوی بودند. بیماران حداقل یکبار در ماه به پزشک مراجعه می‌کنند که ۱۲ ویزیت متخصص را در هر سال به ازای هر بیمار تشکیل می‌دهد. بیشترین مراجعه در زیر گروه اسهال است و کمترین مراجعه در زیر گروه درد و نفخ شکم است.

میانگین تعداد روزهای از کار افتادگی در سال حدوداً ۵ روز بود که در چهار زیر گروه تفاوت معنادار بود. با توجه به تعداد دفعات مراجعه به پزشک و همچنین روزهای از کار افتادگی هزینه‌های اقتصادی آن قابل توجه می‌باشد. از نظر شدت درد شکم چهار زیر گروه تفاوت معناداری داشتند که بیشترین آن متعلق به زیر گروه‌های درد و نفخ شکم و اسهال بود که شدت درد متوسط به بالا داشتند و کمترین شدت درد در زیر گروه یبوست بود که در حد خفیف بود. از نظر شدت درد تفاوت معناداری بین زنان و مردان وجود نداشت. تعداد دفعات اسهال نیز به طور متوسط ۳ بار در روز بود که در زیر گروه‌ها متفاوت بود.

در مطالعه‌ای که توسط هایمس^۱ و همکاران بر دانش‌آموزان دبیرستانی انجام شده است، ۸٪ بیماران حداقل یکبار در سال گذشته به پزشک مراجعه کرده بودند (۱۲). مطالعه تانگ^۲ و همکاران که علائم وابسته به سن بیماری را در زنان می‌سنجید، نشان داد که شدت درد در گروه‌های سنی مختلف متفاوت بود و شدت درد در گروه سنی ۴۸-۷۵ سال کمتر از گروه سنی جوان بود (۱۳). در مطالعه هانگین^۳ و همکاران که در سال ۲۰۰۳ انجام شده بود، ۹۰٪

¹ Hyams

² Tang

³ Hungin

References

1. The global burden of disease 2004 update.[Book online] 2008 [Cited Dec 2013] . World health organization .Available at: www.who.int/evidence/bod
2. Malekzadeh R, Derakhshan MH, Malekzadeh Z. Gastric cancer in Iran: epidemiology and risk factors. Arch Iran Med 2009 Nov;12(6):576-583.
3. Longo D, Fauci D, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York:McGraw Hill;2012.
4. Monnikes H. Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome. J Clin Gastroenterol 2011 Aug;45 Suppl:S98-101.
5. Feldman M. Lawrence S.F.Lawrence J.B. Sleisenger and Fordtran,s Gastrointestinal and liver disease . 8th ed.Saunders; 2006.
6. Irritable bowel syndrome.2011. Available from: <http://www.ddri.ir/modules/fmcontent/content.php?id=335.2011>[cited 2011 22OCT. accessed Dec, 2013.
7. Vahedi H, Ansari R, Mir-Nasseri MM, Jafari E. Irritable Bowel Syndrome: A Review Article. Mid East J Digest Dis 2010; 2(2):66-77.
8. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The Epidemiology of Irritable Bowel Syndrome in North America: A Systematic Review .Am J Gastroenterol 2002 Aug;97(8):1910-1915.
9. Schmulson M, Vargas JA, López-Colombo A, Remes-Troche JM, López-Alvarenga JC. [Prevalence and clinical characteristics of the IBS subtypes according to the Rome III criteria in patients from a clinical, multicentric trial. A report from the Mexican IBS Working Group]. Rev Gastroenterol Mex 2010;75(4):427-438.
10. Jamali R, Jamali A, Poorrahnama M, Omidi A, Jamali B, Moslemi N, et al. Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients. Health Qual Life Outcomes 2012 Jan 29;10:12.
11. Faresjö A, Anastasiou F, Lionis C, Johansson S, Wallander MA, Faresjö T. Health-related quality of life of irritable bowel syndrome patients in different cultural settings. Health Qual Life Outcomes 2006 Mar 27;4:21.
12. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community-based study. J Pediatr 1996;129(2) 220–226.
13. Tang YR, Yang WW, Liang ML, Xu XY, Wang MF, Lin L. Age-related symptom and life quality changes in women with irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol 2012;18(48):7175-7183.
14. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. Aliment Pharmacol Ther 2003;17(5):643-650.
15. Tang YR, Yang WW, Wang YL, Lin L. Sex differences in the symptoms and psychological factors that influence quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Eur J Gastroenterol Hepatol 2012 Jun;24(6):702-707.