

فراوانی نسبی سندرم روده تحریک‌پذیر و ریفلکس معده به مری در دانشجویان ورودی سال ۸۰ دانشگاه تهران

دکتر سوسن محمودی، دکتر اکرم پورشمس*، دکتر محمدرضا اکبری، دکتر رضا ملک‌زاده
مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) و بیماری ریفلکس معده به مری (GERD) از شایعترین بیماریهای دستگاه گوارش می‌باشند. IBS منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود و پیامدهای اجتماعی - اقتصادی قابل توجهی را به همراه دارد. GERD علاوه بر کاهش کیفیت زندگی و تحمیل بار اقتصادی فرد را مستعد آدنوکارسینومای مری می‌کند. هدف از این مطالعه تعیین شیوع نشانه‌های IBS و GERD در بین دانشجویان دانشگاه تهران بود.

از تمامی (۳۱۰۰ نفر) دانشجویان ورودی سال ۸۰ دانشگاه تهران دعوت به عمل آمد در این مطالعه شرکت کنند. یک پزشک عمومی با استفاده از پرسشنامه تنظیم شده براساس معیارهای Rome I برای تشخیص IBS و سوزش سردل و یا رگورژیتاسیون برای تشخیص GERD در طی ۱۲ ماه قبل، دانشجویان را مورد مصاحبه قرار داد.

۳۰۰۸ نفر (۱۲۲۳ مرد، ۱۷۸۵ زن) با میانگین سنی $19 \pm 2/1$ سال در مطالعه شرکت کردند. شیوع IBS $4/2\%$ (۱۲۷ نفر) [زنان $4/9\%$ (۸۸ نفر)، مردان $3/2\%$ (۳۹ نفر)]، $P=0/02$ بود. نه درصد (۲۷۲ نفر) از سوزش سردل یا رگورژیتاسیون یک بار یا بیشتر در هفته شاکی بودند.

شیوع IBS و GERD در دانشجویان ایرانی کمتر از جمعیت عمومی کشورهای غربی می‌باشد. با توجه به اینکه به نظر می‌رسد دانشجویان جوانتر و سالمتر از جمعیت عمومی باشند، به نظر می‌رسد فراوانی این بیماریها در جمعیت عمومی بیشتر از این باشد. IBS در زنان ایرانی شایعتر از مردان است. لازم است مطالعات جمعیتی بیشتری برای قضاوت بهتر در مورد فراوانی این دو بیماری انجام گیرد. گوارش، ۱۳۸۲؛ سال هشتم: ۶۲-۱۵۹

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک‌پذیر، ریفلکس معده به مری، دانشجویان، ایران

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) یک اختلال عملکرد روده‌ای است که بهترین نشانگر آن وجود نشانه‌های مزمن یا عودکننده درد یا احساس ناراحتی در شکم همراه با اسهال، یبوست و یا نفخ است. حدود ۲۰-۳۰٪ افراد جامعه به IBS مبتلا می‌باشند^(۱). سندرم روده تحریک‌پذیر بیماری شایعی است اما فاقد نشانه اختصاصی برای

* نویسنده مسئول: دکتر اکرم پورشمس - تهران، خیابان کارگر شمالی،

بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد

تلفن و نمابر: ۸۰۱۲۹۹۲

E-mail: pourshams@ams.ac.ir

تشخیص است. ولی تلاش می‌شود ترکیبی از نشانه‌های بیماری به‌عنوان معیار تشخیصی به‌کار رود^(۲). زنان حدوداً دو برابر بیشتر از مردان به IBS گرفتار می‌شوند^(۳). از معیارهای تشخیصی که بیشترین کاربرد را در تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر دارند معیار Manning و معیارهای Rome I, II (جدول ۱) می‌باشند^(۴). در بسیاری از موارد پزشکان می‌توانند با استفاده از معیارهای Rome و یک شرح حال و معاینه بالینی دقیق با اطمینان سندرم روده تحریک‌پذیر را تشخیص دهند^(۳). بیماری برگشت محتویات معده به مری (GERD) علائم بالینی متفاوتی دارد و تحت عنوان نشانه‌های مزمن یا آسیب مخاطی ایجاد شده توسط رگورژیتاسیون تعریف شده است^(۴). سوزش سردل

میزان شیوع IBS را در این گروه سنی مشخص کنیم تا در برنامه‌ریزی‌های آینده بتوان از آن استفاده کرد.

مواد و روشها

از تمامی دانشجویان ورودی سال ۸۰ دانشگاه تهران (۳۱۰۰ نفر) دعوت به عمل آمد در این مطالعه شرکت کنند. برای تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر در این مطالعه معیار Rome I و برای تشخیص GERD وجود هریک از علائم سوزش سردل یا رگورژیتاسیون به مری حداقل برای یک بار در طی ۱۲ ماه اخیر به عنوان ریفلاکس در نظر گرفته شد. یک پزشک عمومی آموزش دیده (از ماه آبان تا ماه دی سال ۱۳۸۰) ۳۰۰۸ دانشجوی شرکت کننده در مطالعه را از نظر علائم IBS و GERD مورد مصاحبه قرار داد. محل مصاحبه پزشک با دانشجویان درمانگاه مرکز بهداشت دانشگاه تهران بود. اطلاعات گردآوری شده کامپیوتری با نرم‌افزار SPSS 10.1 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه براساس معیارهای تشخیصی Rome I, II (جدول ۱ و ۲) و علائم اصلی GERD توسط گروه تنظیم شده است.

به‌عنوان شایعترین تظاهر بیماری GERD در ۷۰-۱۰٪ از جمعیت آمریکا دیده می‌شود^(۵). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که نزدیک به ۵۰٪ از مردم، بعضی از علائم بیماری GERD را تجربه می‌کنند^(۶). GERD را در اغلب موارد می‌توان با یک شرح حال دقیق تشخیص داد^(۷). نشانه‌های سوزش سردل و رگورژیتاسیون برای تعیین وجود GERD اختصاصی هستند^(۸). GERD کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد و می‌تواند با عوارض جدی مانند تنگی مری و آدنوکارسینومای مری همراه شود^(۹). ما در این مطالعه قصد داشتیم با استفاده از معیار Rome I برای تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر و وجود یا عدم وجود دو علامت اصلی سوزش سردل یا رگورژیتاسیون برای تشخیص GERD شیوع این دو بیماری را در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۰ تعیین کنیم و در صورت تأیید بیماری، آنها را برای انجام اقدامات درمانی به مرکز بهداشت دانشگاه تهران معرفی نماییم تا بدین‌وسیله کیفیت زندگی را در آنها بهبود ببخشیم و از بروز عوارضی مانند افسردگی جلوگیری کنیم و بار مالی سنگین حاصل از این دو بیماری را از دوش جامعه برداریم. همچنین با توجه به پراکندگی این افراد در سطح کشور، قصد داشتیم

Rome I :

	%	
()		◀
()		◀
		◀
		◀
		◀

Rome II :

		◀
		◀
		◀

نتایج

۱۰۰٪) بود. شیوع سایر نشانه‌های Rome I برحسب جنس در جدول ۳ آورده شده است.
 فراوانی نسبی GERD و علائم اصلی آن در جدول ۴ آورده شده است. شیوع بیماری رگورژیتاسیون در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر در این مطالعه (۲۰/۵٪) بود که به‌طور معنی‌داری از شیوع آن در افراد غیر مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (۸/۵٪) بیشتر بود (P=۰/۰۰۱).

شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر براساس معیار Rome I، ۴/۲٪ (۱۲۷ نفر) بود [زنان ۴/۹٪ (۸۸ نفر)، مردان ۳/۲٪ (۳۹ نفر)]. (P=۰/۰۲).

از بین نشانه‌های روده‌ای سندرم روده تحریک‌پذیر، تغییر در قوام مدفوع با شیوع ۷/۸٪ شایعترین علامت بعد از درد شکمی (با شیوع

IBS

Rome I

:

()		()		()		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
%		% /		%		
% /		% /		% /		() *

(P<0.05)

*

GERD

:

()		()		()		
% /		% /		% /		
%		%		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
% /		% /		% /		
%		% /		% /		
%		% /		% /		
%		% /		% /		
%		% /		% /		
% /		% /		% /		

GERD

بحث

شیوع IBS و GERD در بین نوجوانان آمریکایی و اروپای غربی شایع و مشابه میزان شیوع آنها در بزرگسالان بوده است^(۱۲،۱۳).

نتایج به دست آمده از مطالعه ما نشان می‌دهد که شیوع این دو بیماری نسبت به جوامع غربی کمتر است.

در مطالعه ما که بررسی بر روی وجود علائم این دو بیماری در طول یک سال گذشته، قبل از شروع مطالعه صورت گرفته بوده است و در آن زمان این افراد در شرایط استرس امتحان و پذیرفته شدن در کنکور بوده‌اند و با توجه به نقش استرس بر روی این دو بیماری، این مهم در به دست آمدن نتایج کلی احتمالاً بی‌تأثیر نبوده است، لذا شاید لازم باشد که در طول سال تحصیلی مجدداً بررسیها تکرار شود.

از طرفی با توجه به متوسط سنی دانشجویان که کمتر از جمعیت عمومی است و احتمالاً سطح سلامتی بالاتر در آنها، نمی‌توان نتایج را به جمعیت عمومی تعمیم داد، چرا که با در نظر گرفتن این دو عامل انتظار می‌رود شیوع این دو بیماری در جمعیت عمومی بیشتر باشد؛ با این حال انجام مطالعات جمعیتی برای پاسخ مناسب به این فرضیه ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعاتی که تاکنون بر روی شیوع IBS و GERD بر روی دانشجویان انجام شده اندک می‌باشد. مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۱ بر روی ۲۷۹ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه برازیلیا در برزیل انجام شده بود شیوع IBS را بر اساس معیار بالینی Manning و شیوع سوزش سردل را به ترتیب ۹٪ و ۲۵٪ گزارش کرده است^(۱۰). در مطالعه دیگری که بر روی ۲۳۰ نفر از دانشجویان پزشکی در کشور نیجریه انجام گرفته، شیوع IBS براساس معیار Manning به‌طور کلی ۳۰٪ بوده است^(۱۱).

در مطالعه‌ای که بر روی ۵۰۷ نفر از دانش‌آموزان سطح راهنمایی با متوسط سنی ۱۲/۶ سال و دبیرستانی با متوسط سنی ۱۵/۶ سال در آمریکا در سال ۱۹۹۶ انجام گرفته، شیوع IBS براساس معیار Rome I به ترتیب ۸٪ و ۱۷٪ گزارش شده است^(۱۲).

در مطالعه روسیه در سال ۲۰۰۲ شیوع IBS مطابق معیار Rome I بر روی ۱۸۹ پسر و ۲۶۰ دختر دانش‌آموز ۱۷-۱۴ سال به ترتیب ۱۴٪ و ۲۴٪ گزارش شده است. در این مطالعه شیوع GERD ۲۲٪ (با فراوانی مشابه در هر دو جنس) مطرح شده است^(۱۳).

مراجع

1. EL-Serag H. Impact of IBS: Prevalence and effects on Health-related Quality of life. *Rev Gastroenterol Discord* 2003; **3**: 3-11.
2. Veldhuyzen Van Zanten S. Diagnosing IBS. *Rev Gastroenterol Discord* 2003; **3** suppl2: S12-7.
3. Greenberg M, Amitron H, Galiczynski E. A contemporary review of IBS. *Physician Assistant* 2002; **26**(8): 26-33.
4. Devault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of GERD. *Am J Gastroenterol* 1999; **94**: 1434-42.
5. Nebel O, Fomes MF, Castell DO. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Dig Dis Sci* 1976; **21**: 953-6.
6. Lock RU, Talley NJ, Fett SI *et al*. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted county, Minnesota. *Gastroenterology* 1997; **112**: 1448-56.
7. Fennerty MB, Castell DO, Fendrick AM *et al*. The diagnosis and treatment of GERD in a managed care environment. *Arch Intern Med* 1996; **156**: 477-84.
8. Klauser AC, Shindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptomts in GERD. *Lancet* 1990; **335**: 205-208.
9. Dean B, Crawley A, Schmitt M *et al*. The burden of illness of GERD: impact on work productivity. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; **17**: 1309-17.
10. Sorbal DT, Vidigal KS, Fariase Silva K. Digestive Symptoms in young individuals: survey among medical students. *Gastroenterology* 1991; **28**: 27-32.
11. Olubuyide IO, Olamuyi F, Fosanmade AA. A Study of IBS diagnosed by Manning criteria in an African population. *Dig Dis Sci* 1995; **40**: 983-5.
12. Hyams JS, Burke G, Davis PM *et al*. Abdominal pain and IBS in adolescents: a community-based study. *J Pediatr* 1996; **129**: 220-6.
13. Reshetikov OR, Kurilovich SA, Denisova DV *et al*. Prevalence of Dyspepsia and IBS among adlescents of Novosibirsk, Western Siberia. *Int J Health* 2001; **60**: 253-7.
14. Hu WHC, Wong WM, Lam CLK *et al*. Anxeity but not depression determines health seeking behavior in Chinese patients with dyspepsia and IBS. *Aliment pharmacol Ther* 2002; **16**: 2081-8.