

(Brief Report)

چکیده

زمینه و هدف: سل خارج ریوی ۲۰-۱۵ درصد موارد ابتلا به سل را شامل می‌شود. سل گوارشی و شکمی شایع‌ترین شکل بیماری خارج ریوی است که علائم و نشانه‌های آن اغلب غیراختصاصی است. این مطالعه به منظور بررسی سل گوارشی-شکمی در استان گلستان و مشخصات دموگرافیک افراد مبتلا در یک دوره پنج‌ساله انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ابتدا اسامی تمامی افرادی که طی سال‌های ۸۲-۱۳۷۸ در مراکز سل شهرستان‌های استان به عنوان مورد جدید سل گزارش شده بودند، استخراج و موارد سل خارج ریوی و سل گوارشی-شکمی جدا شدند. با مراجعه به آدرس‌های موجود، پرسشنامه طراحی شده در مورد آنها تکمیل شد. سپس با ورود اطلاعات به نرم‌افزار آماری SPSS، توزیع فراوانی هر یک از متغیرهای مورد بررسی به دست آمد.

یافته‌ها: از ۳۰ بیماری که طی این مدت تحت عنوان سل گوارشی-شکمی تحت درمان قرار گرفته بودند، اکثریت (۲۲ نفر، ۷۳٫۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی این افراد $32/03 \pm 13/73$ سال بوده و اکثریت زیر ۴۰ سال بودند. شایع‌ترین شکایت این افراد به ترتیب شامل خستگی، کاهش وزن و بی‌اشتهایی بود. تشخیص آسیب‌شناسی در ۶۶٫۷ درصد افراد موجود بود که در اکثریت موارد پریتونیت سلی گزارش شده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که فراوانی سل خارج ریوی و سل گوارشی - شکمی، از سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان بیشتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سل - سل خارج ریوی - سل گوارشی شکمی

دکتر شهریار سمنانی

فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد
استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
و مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر سیما بشارت

پزشک عمومی، پژوهشگر
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر سهیل رفیعی

پزشک عمومی
مسئول مبارزه با سل استان در معاونت بهداشتی

دکتر عباسعلی کشتکار

دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه بهداشت
و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر غلامرضا روشندل

پزشک عمومی، پژوهشگر
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر نفیسه عبدالهی

دستیار رشته بیماری‌های داخلی
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر علی جباری

پزشک عمومی، پژوهشگر
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

نویسنده مسئول: دکتر سیما بشارت

پست الکترونیکی: s_besharat_gp@yahoo.com
نشانی: گرگان، بلوار ۵ آذر، آذر، ۴، کلینیک تخصصی شهید
نبوی، طبقه دوم، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان
تلفن: ۰۱۷۱-۲۲۴۰۸۳۵
نمبر: ۲۲۶۹۲۱۰

وصول مقاله: ۸۵/۳/۲۸

اصلاح نهایی: ۸۵/۷/۲۵

پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۱۸

مقدمه

۸۲-۱۳۷۸ در مراکز سل استان به عنوان مورد جدید سل گزارش شده بودند، استخراج شده، سپس با تماس تلفنی با بیماران و بررسی وضعیت حیات ایشان، پرسشنامه طراحی شده تکمیل گردید. سپس با ورود اطلاعات به نرم افزار آماری SPSS، توزیع فراوانی هر یک از متغیرهای مورد بررسی به دست آمد.

متغیرهای مورد بررسی شامل موارد زیر بود: مشخصات فردی (سن، جنس، محل سکونت، تعداد اعضای خانوار، مساحت زیربنای منزل مسکونی و...)، سابقه بیماری های دیگر (ایدز، سل ریوی، بیماری های ریوی و...) و سابقه مصرف مواد مخدر، فاصله زمانی بین شروع علائم و تشخیص، مدت زمان بین تشخیص تا شروع درمان، طول مدت درمان، تکمیل یا عدم تکمیل دوره درمانی، محل درگیری سل ذکر شده در پرونده، روش تشخیص بیماری، وجود یا فقدان اسکار واکسن BCG، علائم بالینی بیماران (شکایات اصلی بیماران)

بروز و شیوع سل گوارشی-شکمی طی ۵ سال مشخص گردید.

یافته ها

نتایج این مطالعه نشان داد که فراوانی سل خارج ریوی و سل گوارشی-شکمی، از سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان بیشتر می باشد.

طی این دوره پنج ساله، ۱۹۲۴ مورد جدید سل ثبت شده بود که از این تعداد ۷۴۰ نفر (۳۸/۴۶ درصد) سل خارج ریوی بودند. ۳۹ مورد از آنها (۵/۲۷ درصد) از موارد سل خارج ریوی) با تشخیص سل گوارشی-شکمی تحت درمان قرار گرفته بودند. ۹ مورد از این ۳۹ نفر از محل ثبت شده در پرونده، کوچ کرده و دسترسی به آنها امکان پذیر نبود.

از ۳۰ بیمار در دسترس سل گوارشی-شکمی اکثریت (۲۲ نفر، ۷۳/۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی این افراد $32/03 \pm 13/73$ سال (میان = ۲۷ سال) بود. ۲۱ نفر (۷۰ درصد) از افراد کمتر از ۴۰ سال و بقیه (۳۰ درصد) بالاتر از ۴۰ سال سن داشتند (جدول های ۱ و ۲ و ۳).

در مطالعات مختلف ۲۰-۱۵ درصد از کل موارد مبتلا به سل، سل خارج ریوی بوده اند که این درصد در حال افزایش سریعی می باشد (۲۰۱). سل شکمی به درگیری دستگاه گوارش، پریتون، امتنوم، مزانتر و غدد لنفاوی آن، سایر ارگان های توپر داخل شکمی مانند کبد، طحال و پانکراس گفته می شود و شایع ترین فرم خارج ریوی است (۱). راه های احتمالی عفونت شامل عفونت مستقیم مخاط، انتشار خونی یا انتشار از ضایعه سلی مجاور می باشد (۳). علائم و نشانه های سل شکمی اغلب غیراختصاصی می باشند. توده شکمی، درد شکم، انسداد روده، آسیت و تغییرات در اجابت مزاج از جمله علائم آن است (۴ و ۵). ترکیبی از علائم، درد شکمی و تغییر در عادات اجابت مزاج با یا بدون توده قابل لمس، موجب شک تشخیصی به سل گوارشی خواهد شد. تست های خون، ادرار و مدفوع غیراختصاصی هستند. تظاهرات رادیولوژیک سل ریوی ممکن است فقط در یک پنجم موارد سل شکمی دیده شود. پزشکان اغلب از شک بالینی، نمای رادیولوژیکی و اندوسکوپی و روش های تشخیصی غیرمعمول برای تشخیص سل گوارشی استفاده می کنند (۱). در کشورهای اندمیک سل، هرگونه تغییرات مشکوک در آزمایش های خونی یا بالین بیمار باید مورد توجه پزشکان قرار گرفته و درمان تجربی ضد سل بلافاصله شروع شود. در این موارد پزشک نباید منتظر تائید کشت شود (۶). در کشور ما پس از صدور بخشنامه کشوری ادغام برنامه کنترل و مراقبت سل در نظام شبکه بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۹، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی بخشنامه ای در سال ۱۳۷۵ تمام دانشگاه های علوم پزشکی کشور را به اجرای آن ملزم نمود (۷). در مطالعه حاضر به بررسی نماهای بالینی و متغیرهای فردی بیماران مبتلا به سل گوارشی-شکمی در استان گلستان در یک دوره پنج ساله پرداخته شده است.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، با مراجعه به واحد مبارزه با سل معاونت بهداشتی استان، افرادی که طی سال های

جدول ۱: میزان بروز موارد سل (ریوی، خارج ریوی، گوارشی) در استان گلستان طی ۸۲-۱۳۷۹

سل گوارشی-شکمی		سل خارج ریوی		سل ریوی اسمیر مثبت جدید		کل موارد سل (اعم از موارد جدید و عود)		
تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد	بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر	
۷	۰/۴۸	۱۴۰	۹/۷۶	۳۹۳	۲۷/۴۱	۶۴۷	۴۵/۱۳	سال ۱۳۷۸
۴	۰/۲۷	۱۴۰	۹/۷۶	۴۱۸	۲۹/۱۵	۷۳۶	۵۱/۳۴	سال ۱۳۷۹
۷	۰/۴۶	۱۴۹	۹/۸۷	۳۶۸	۲۴/۴	۶۳۷	۴۲/۲	سال ۱۳۸۰
۲	۰/۱۳	۱۵۶	۱۰/۱۷	۴۰۲	۲۶/۲	۷۱۲	۴۶/۴	سال ۱۳۸۱
۱۰	۰/۶۴	۱۵۵	۹/۹۵	۳۴۳	۲۲/۰۴	۶۷۱	۴۳/۱	سال ۱۳۸۲
۳۰	-	۷۴۰	-	۱۹۲۴	-	۳۴۰۳	-	کل

جدول ۳: توزیع فراوانی تعدادی از علائم مرتبط با سل گوارشی-شکمی در بیماران مورد بررسی

علائم بیماری	تعداد	درصد
خستگی	۲۶	۸۹/۷
کاهش وزن	۲۳	۷۶/۷
بی اشتها	۲۲	۷۳/۳
تب	۲۲	۷۵/۹
درد شکم	۲۰	۶۹
بزرگی غیر طبیعی شکم	۸	۲۷/۶
درد سینه	۴	۱۳/۸
اسهال	۴	۱۴/۸
تنگی نفس	۴	۱۴/۳
توده شکمی	۲	۷/۴

بحث

در این مطالعه سل خارج ریوی در استان گلستان، ۳۸/۴۶ درصد بود. در سایر مطالعات این موارد حدود ۲۰-۱۵ درصد (در بیماران غیر مبتلا به ایدز) گزارش شده است (۱۰-۸). سل گوارشی-شکمی حدود ۵/۲۷ درصد موارد سل خارج ریوی را در مطالعه ما تشکیل می‌داد که از گزارش‌های جهانی (۳ درصد) بالاتر بود (۱۰-۸). شاید این تفاوت ناشی از بالاتر بودن میزان بروز و شیوع کلی سل در منطقه به دلیل وجود اقوام و طوایف مختلف و مهاجر پذیر بودن استان گلستان باشد. در این مطالعه، اکثریت افراد مبتلا به سل گوارشی-شکمی، کمتر از ۴۰ سال سن داشتند. در سایر مطالعات نیز نتیجه مشابهی به دست آمده بود (۱۱ و ۱). جوان بودن جمعیت منطقه و کشور ما یکی از علل بالا بودن آمار بیماری‌های عفونی در جوانان می‌باشد. در حالی که در کشورهای توسعه یافته که دارای جمعیت مسن تری هستند، سل خارج ریوی

۷ نفر (۲۳/۳ درصد) از کل بیماران، تماس قبلی با فرد مبتلا به سل ریوی را ذکر کرده بودند. هیچ کدام از بیماران گزارشی از ابتلاء به HIV نداشتند. ۳ نفر (۱۰ درصد) از کل بیماران مواد مخدر مصرف می‌کردند و ۳ نفر سابقه‌ای از بیماری‌های مزمن ریوی را ذکر می‌کردند. از نظر محل ابتلاء، در گزارش مرکز مبارزه با سل ۱۸ نفر (۶۰ درصد)، تنها سل گوارشی (بدون ذکر محل خاص درگیری در سیستم گوارشی) ذکر شده بود، ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) سل پریتون و ۲ نفر (۶/۷ درصد) سل حفره دهان و حلق بودند. روش‌های تشخیصی به ترتیب زیر بود: الف) پاتولوژی: ۱۸ نفر (۶۶/۷ درصد)، ب) ترکیب روش‌های پاراکلینیکی و شک بالینی: ۷ نفر (۲۵/۵ درصد) و ج) بالینی: ۲ نفر (۷/۴ درصد)

در اکثریت افراد (۵۳/۵۷ درصد) بیشتر از یک ماه پس از شروع علائم تشخیص قطعی برایشان گذاشته شده بود. بیش از نیمی از افراد اسکار واکسن BCG نداشتند (۵۵/۲ درصد). اکثریت افراد (۲۹ نفر، ۹۶/۷ درصد) دوره درمان را تکمیل کرده بودند. یک نفر که درمان را تکمیل نکرده بود، به علت دیگری غیر از سل فوت شده بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مشخصات فردی بیماران مبتلا به سل گوارشی-شکمی در استان گلستان

متغیر مورد بررسی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
تعداد اعضای خانوار (نفر)	۶/۳۴	۳/۱۴	۱	۱۲
مساحت زیربنای محل زندگی (مترمربع)	۸۳/۸۹	۴۴/۷	۱۲	۲۰۰
فاصله بین شروع علائم تا تشخیص (ماه)	۱/۵۴	۰/۵۱	۱	۲
فاصله بین تشخیص تا شروع درمان (ماه)	۰/۲	۱/۱	۰	۶
مدت زمان درمان (ماه)	۶/۹۷	۲/۶۷	۵	۱۸

موجود در مرکز مبارزه با سل نیز هیچ سابقه‌ای از ایشان پیدا نشد. در برخی مطالعات، گزارش شده که اغلب افراد مبتلا به سل گوارشی (یا سل خارج ریوی) قبلاً سل ریوی فعال داشته‌اند ولی تظاهرات رادیولوژیک سل ممکن است تنها در یک پنجم موارد سل شکمی دیده شود (۲۱). شاید عدم مراجعه بیماران و یا هم‌زمانی و حتی سبقت گرفتن علائم گوارشی بر علائم ریوی باعث این امر شده باشد.

در این مطالعه، اثبات سل گوارشی در اکثر موارد (۶۶/۸ درصد) با پاتولوژی بود. در سایر مطالعات نیز تشخیص پاتولوژی سل گوارشی به عنوان روش غالب در تشخیص بیماری گزارش شده، از جمله در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ در ترکیه صورت گرفت، ۶۰/۸ درصد بیماران با تشخیص بافتی به اثبات رسیده بودند (۲).

در مطالعه حاضر همگی بیماران دوره درمان را تکمیل کرده بودند و به جز یک مورد فوت (به علت دیگر) نتیجه در همگی آنها قابل قبول بود. در سایر مطالعات نیز سرنوشت بیماران پس از تشخیص، مطلوب بوده است (۲).

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد شک تشخیصی بالای پزشک معالج علی‌رغم مبهم بودن علائم می‌تواند در بسیاری از موارد منتهی به یک راه تشخیصی متناسب شود. در منطقه اندمیک مانند استان گلستان در هر بیمار جوان (به خصوص خانم‌ها) که با علائم عمومی بیماری‌های مزمن (مانند تب و کاهش وزن و خستگی) و علائم گوارشی مبهم به پزشک مراجعه می‌کنند، تشخیص بیماری سل باید مدنظر قرار گرفته و بررسی‌های تکمیلی انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب سپاس خود را از جناب آقای دکتر احمد دانش و کلیه همکاران مراکز مبارزه با سل شهرستان‌های استان گلستان اعلام می‌دارند.

اغلب در افراد مسن گزارش شده است (۴).

از نظر نسبت جنسی در مطالعه حاضر زنان مبتلا ۲/۷۵ برابر مردان بودند. در مطالعات دیگر نیز این برتری جنسی گزارش شده بود، هرچند اعداد بسیار متفاوت (از ۷/۵ تا ۱/۲) بود (۱۱-۱۴). شاید یکی از علل این برتری جنسی که در بسیاری از بیماری‌های دیگر نیز دیده می‌شود، مراجعه سریع‌تر و منظم‌تر افراد مونث به سیستم‌های بهداشتی-درمانی باشد که موجب تشخیص زودرس در آنها می‌گردد.

در مطالعه حاضر اکثر موارد از سطوح متوسط و پائین جامعه بودند. در سایر مطالعات نیز افراد ساکن محله‌های فقیرنشین و دارای سطح اقتصادی پائین، بیشترین موارد بیماری را تشکیل می‌دادند (۱۴ و ۱۵). سطح اجتماعی پائین موجب شیوع بیشتر سوء تغذیه و عدم رعایت مسائل بهداشتی و نیز سکونت جمعیت زیاد در یک منطقه محدود می‌شود که خود می‌تواند باعث انتقال سریع‌تر بیماری‌های واگیر گردد. در این مطالعه فاصله بین شروع علائم بیمار تا زمان تشخیص $1/54 \pm 0/51$ ماه بود. در تحقیقی در آمریکا میانگین زمانی بین شروع علائم تا تشخیص ۵۰ روز بود (۱۶). در اکثر مطالعات تاخیر تشخیصی سل گوارشی به دلیل مبهم و غیراختصاصی بودن علائم بیمار مطرح شده است (۲ و ۴). در منطقه ما شاید به علت شیوع بالای سل و هوشیار بودن اکثر پزشکان و کارکنان بهداشتی منطقه نسبت به این بیماری، تاخیر تشخیصی کمتر اتفاق افتاده بود.

پس از علائم عمومی (شامل خستگی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و تب) شایع‌ترین علامت در بیماران مورد بررسی، درد شکم و بزرگی غیرطبیعی آن بود. در سایر مطالعات نیز این علائم در سل گوارشی از شایع‌ترین شکایات بالینی بود (۱۴ و ۱۵).

در این مطالعه هیچ‌کدام از افراد مبتلا به سل گوارشی، ابتلاء قبلی به سل ریوی را ذکر نکرده بودند و در پرونده‌های

References

- 1) Sharma SK, Mohan A. *Extrapulmonary tuberculosis*. Indian J Med Res. 2004;120(4):316-53.
- 2) Elder NC. *Extrapulmonary tuberculosis. A review*. Arch Fam Med. 1992;1(1):91-8.
- 3) Amarapurkar DN, Patel ND, Amarapurkar AD. *Primary gastric tuberculosis--report of 5 cases*. BMC Gastroenterol. 2003; 3:6.
- 4) Dhar P. *Abdominal Tuberculosis. Review Article*. Ind J Tub. 1998; 45:9-13.
- 5) Uygur-Bayramicli O, Dabak G, Dabak R. *Clinical dilemma: abdominal tuberculosis*. World J Gastroenterol. 2003; 9(5):1098-101.
- 6) Fanning A. *Tuberculosis: 6. Extrapulmonary disease*. CMAJ. 1999;160(11):1597-603.
- ۷) راهنمای کشوری مبارزه با سل. مصوب کمیته فنی کشوری مبارزه با سل. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مبارزه با بیماری‌ها. مرکز نشر صدا. چاپ اول. ۱۳۸۱. صفحات ۹ تا ۱۴.
- 8) [No authors listed]. National survey of tuberculosis notifications in England and Wales in 1983: characteristics of disease. Report from the Medical Research Council Tuberculosis and Chest Diseases Unit. Tubercle. 1987;68(1):19-32.
- 9) [No authors listed] *National survey of notifications of tuberculosis in England and Wales in 1988*. Medical Research Council Cardiothoracic Epidemiology Group. Thorax. 1992; 47(10):770-5.
- 10) Centers for Disease Control and Prevention. Reported tuberculosis in the United States 1999. 2000; p:24. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/summary.html>.
- 11) Marrie TJ, Hershfield ES. *Tuberculous peritonitis in Manitoba*. Can J Surg. 1978; 21(6):533-6.
- 12) Borhanmanesh F, Hekmat K, Vaezzadeh K, Rezai HR. *Tuberculous peritonitis. Prospective study of 32 cases in Iran*. Ann Intern Med. 1972; 76(4):567-72.
- 13) Dineen P, Homan WP, Grafe WR. *Tuberculous peritonitis: 43 years of experience in diagnosis and treatment*. Ann Surg. 1976; 184:717-722.
- 14) Iwaki Chavez R, Bussalleu Rivera A. *Gastrointestinal and peritoneal tuberculosis*. Rev Gastroenterol Peru. 1994; 14(2):99-113.
- 15) Lingenfelter T, Zak J, Marks IN, Steyn E, Halkett J, Price SK. *Abdominal tuberculosis: still a potentially lethal disease*. Am J Gastroenterol. 1993; 88(5):744-50.
- 16) Bernhard JS, Bhatia G, Knauer CM. *Gastrointestinal tuberculosis: an eighteen-patient experience and review*. J Clin Gastroenterol. 2000; 30(4):397-402.