

شیوع علائم برونشیت مزمن در شهرکرد، ۱۳۷۷

دکتر بابک امرا*، دکتر محمد هاشمی*

چکیده:

تا کنون مطالعه جامعی جهت بررسی شیوع برونشیت مزمن به عنوان نماینده بیماریهای انسدادی ریه، در ایران منتشر نشده است. شهرکرد با ارتفاع کم نظیر خود در ایران به علت کمبود نسبی فشار هوا و اکسیژن به نظر می‌رسد که شهر نامناسبی برای زیست افراد مبتلا به برونشیت مزمن باشد، زیرا حتی در افراد سالم نیز میزان شیوع فشار اکسیژن خون شریانی نسبتاً کم است. از طرف دیگر چون صنایع آلوده کننده هنوز در این منطقه به طور کامل پا نگرفته‌اند و مراحل اولیه رشد خود را طی می‌کنند، میزان آلودگی هوا کم می‌باشد و بدین جهت احتمالاً تعداد کمتری از افراد به این بیماری مبتلا می‌باشند. برای تحقیق در صحت و سقم این فرضیات بررسی زیر انجام گرفته است. در این مطالعه ابتدا به صورت Proportional cluster random sampling تعدادی از منازل شهر انتخاب شدند و سپس دانشجویان پزشکی با مراجعه به این خانه‌ها و مصاحبه با تک تک افراد خانه‌ها پرسشنامه استاندارد تنفسی مأخوذ از کتاب Fishman pulmonary disease and disorder را در محل پر کردند. تعداد نمونه ۲۰۰۰ نفر تعیین شد و افراد مورد مطالعه شامل ۴۹٪ مرد و ۵۱٪ زن بودند. در جمعیت مورد مطالعه فراوانی سرفه مزمن ۷/۴٪، سرفه صبحگاهی ۶٪، و علائم استاندارد برونشیت مزمن (سرفه حداقل سه‌ماه در طول سال به مدت بیش از دو سال) در ۱/۸٪ از موارد وجود داشته است. با توجه به سن بیماران نتایج زیر به دست می‌آید در ستین زیر بیست سال تنها ۰/۷٪ از افراد مبتلا هستند در حالی که بین ۵۰-۲۰ سال این عدد به ۱/۹٪ رسیده و در افراد بالای ۵۰ سال به ۷/۱٪ بالغ می‌شود، که ارقام اخیر از کشورهای غربی مختصری بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: برونشیت مزمن، اپیدمیولوژی

مقدمه:

شیوع بیماری در دست نیست (۸)، ولی از یک دیدگاه چون آلودگی صنعتی هوا در این کشورها کمتر است ممکن است فراوانی بیماری کمتر باشد، ولی از طرف دیگر چون سیگار علت اصلی ابتلا به بیماری می‌باشد (۱)، و اعتیاد به سیگار در کشورهای جهان سوم کمتر از کشورهای پیشرفته نیست، لذا کم اهمیت انگاشتن این بیماری در کشورهای جهان سوم بیش از حد خوش بینانه است.

مجموع استدلالهای فوق مؤلفین را واداشت که با بررسی میزان شیوع برونشیت مزمن ریه در جامعه شهرکرد سهمی از دین خود را به این جامعه ادا نمایند.

عوارض ناشی از برونشیت مزمن و آمفیزم سومین علت ناتوانی مزمن و چهارمین علت مرگ در کشور آمریکا می‌باشند (۱۳)، و تا آنجا که از مطالعات ۲۰ سال اخیر استنباط می‌شود برونشیت مزمن انسدادی در سالهای اخیر تا حدود ۶۰٪ افزایش داشته است (۱)، که این افزایش هم در فراوانی بیماری و هم در تعداد مرگ و میرها قابل مشاهده است (۱۴). به عبارت دیگر ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت بالغ آمریکا مبتلا به برونشیت مزمن می‌باشند (۲). سایر جوامع پیشرفته نیز تقریباً در همین حدود با این بیماری دست به گریبان می‌باشند (۱۳). در کشورهای جهان سوم متأسفانه آمار دقیقی از

*استادبازگروه داخلی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

مواد و روشها:

شهر شهرکرد از روی نقشه به بلوکهایی تقسیم گردید و به منظور نمونه‌گیری به روش Proportional cluster random sampling از هر منطقه چند کوچه تصادفی (به قید قرعه) انتخاب شدند و در مجموع تعداد ۲۰۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. سپس افراد پرسشگر که دانشجویان پزشکی بودند به کلیه خانه‌های کوچه‌های مورد نظر مراجعه و برای هر یک از ساکنین خانه‌ها پس از توضیح کافی و مصاحبه حضوری پرسشنامه را که اقتباس شده از کتاب Fishman pulmonary disease & disorders می‌باشد پرمی‌کردند. در صورتی که فردی در پرسشنامه جوابهایی می‌داد که حکایت از ابتلا به بیماری ریوی می‌نمود (سابقه بیماری ریوی، سرفه مزمن، وجود خلط، نفس تنگی)، این شخص برای معاینه و آزمایشهای پاراکلینیکی رایگان به کلینیک دعوت می‌شد.

نتایج:

از ۲۰۰۰ پرسشنامه ارسالی، ۱۹۹۳ (۹۹/۶۵٪) پرسشنامه بازگشت داده شد. از این تعداد ۹۷۷ نفر (۴۹٪) مرد و ۱۰۱۶ نفر (۵۱٪) زن بودند. سن افراد

جدول شماره ۱: شغل جمعیت مورد مطالعه

شغل	تعداد	درصد
دانش آموز-دانشجو	۸۵۱	۴۲/۷
خانه دار	۵۴۸	۲۷/۵
کارمند	۱۸۵	۹/۳
شغل آزاد	۱۰۵	۵/۳
کارگر	۸۱	۴
بیکار	۷۵	۳/۸
متفرقه	۷۹	۴
معلم	۶۵	۳/۳

جدول شماره ۲: سابقه بیماری ذکر شده توسط افراد مورد مطالعه

بیماری	تعداد	درصد
مشکل قلبی	۳۴	۱/۷
آسم	۲۲	۱/۱
سینه پهلو	۱۵	۰/۷
عفونت تنفسی	۷	۰/۳۵
برونشیت مزمن	۷	۰/۳۵
پلورال فیوژن	۱	۰/۰۵

مورد مطالعه از ۱ تا ۸۷ سال بوده و دانش‌آموزان و دانشجویان بیشترین درصد شغلی را در بین این افراد به خود اختصاص می‌دادند. پس از آن خانه‌دارها، کارمندان، صاحبان مشاغل آزاد و کارگران در ردیفهای بعدی قرار داشتند (جدول شماره ۱). شرکت کنندگان در مطالعه در سابقه خود بیماریهای ریوی و قلبی مختلفی را ذکر کرده بودند که شایع‌ترین آنها عبارت‌اند از: بیماریهای قلبی، آسم، سینه پهلو، برونشیت مزمن... (جدول شماره ۲).

فراوانی علائم تنفسی مهم شامل سرفه و خلط مزمن در جدول شماره ۳ خلاصه شده است. در مجموع تعداد ۳۰۰ نفر به علت علائم ریوی برای معاینه دعوت شده بودند که ۱۰۳ نفر از آنها مراجعه نمودند و در مصاحبه حضوری و معاینه بالینی در تمام آنها وجود علائم مندرج در پرسشنامه تأیید گردید.

بحث:

چون علائم تنفسی سرفه، خلط، تنگی نفس، هموپتیزی علائمی کاملاً روشن و قابل فهم برای افراد معمولی جامعه می‌باشد، لذا تقریباً همیشه مطالعات اپیدمیولوژیک برای بررسی بیماریهای تنفسی متکی به پرسشنامه‌هایی است که خود بیماران تکمیل کرده‌اند

جدول شماره ۳: فراوانی شکایات تنفسی در بیماران مورد مطالعه

نوع شکایت	تعداد افراد مبتلا	درصد افراد مبتلا
خلط صبحگاهی	۱۸۵	۹/۲
سرفه مزمن (بیش از سه هفته)	۱۴۸	۷/۴
سرفه صبحگاهی	۱۲۰	۶
سرفه در فصل خاص	۸۱	۴
خلط روزانه	۷۴	۳/۷
سرفه حداقل سه ماه در طول سال گذشته	۴۴	۲/۲
سرفه حداقل سه ماه در طول سال به مدت بیش از ۲ سال	۳۷	۱/۸
خلط حداقل سه ماه در سال گذشته	۳۵	۱/۷۵
خلط حداقل سه ماه در سال به مدت بیش از دو سال	۳۵	۱/۷۵
خلط خونی	۲۷	۱/۳
سرفه در روزهای خاص هفته	۳	۰/۱۵

(۱۰،۶،۴،۳). گرچه ممکن است نتایج حاصله صد درصد دقیق نباشد ولی اینگونه مطالعه در سطح جهان به عنوان روشی قابل قبول شناخته شده است (۹،۸)، و شاید به همین دلیل آمار منتشره از نقاط مختلف دنیا گهگاه با یکدیگر اختلاف چشمگیر دارند (۱۲،۱۱،۸). به طوری که مثلاً در کشور رومانی در یک مطالعه واحد که در سه منطقه انجام گردیده است. فراوانی برونشیت مزمن ۱۲/۲۸٪ و ۱۰/۱۱٪ و ۷/۸۹٪ برآورد شده است (۳). اعداد گرچه به هم نزدیک است ولی اختلاف آنها را نمی شود نادیده گرفت. ممکن است این اختلاف را بتوان به تفاوت واقعی در نحوه زندگی، عادت سیگارکشی، شرایط اقلیمی، آلودگی هوا و غیره نسبت داد. ولی احتمال دخالت عامل پرسشنامه‌ای بودن مطالعات را

نمی توان به طور قطع رد کرد. مطالعات دیگری در سایر کشورها از جمله ایتالیا و کشورهای اسکاندیناوی انجام شده که نتایجی شبیه رومانی به دست داده است (۱۱). در مورد اپیدمیولوژی برونشیت مزمن وضعیت تا حدود زیادی نسبت به آسم متفاوت است زیرا برونشیت مزمن دارای تعریف کلینیکی قابل فهم و دقیق تری می باشد. با وجود تفاوت واضح که از لحاظ جغرافیائی، اجتماعی، اقتصادی و نژادی بین آمریکا و کشورهای اروپائی و آمریکای لاتین و کشورهای آسیائی حوزه اقیانوس آرام وجود دارد، آمار شیوع برونشیت مزمن در این کشورها تا حدود زیادی مشابه می باشد (۱۳،۵). مطالعات جدیدتر شیوع برونشیت مزمن در افراد آمریکائی بالغ و مسن را بین ۵/۱ تا ۵/۴ درصد گزارش نموده‌اند (۱)، که اعداد مشابه برای اروپا از ۳/۴٪ در دانمارک شروع و ۴/۵٪ در نروژ، ۶٪ و ۶/۴٪ در بارسلونا و والنسیای اسپانیا تعقیب شده و بالاخره در سوئد به ۶/۷٪ می رسد (۱۲،۹،۷)، که این اعداد گرچه دقیقاً مشابه نیستند ولی تا حدود زیادی همخوانی را نشان می دهند و در این میان فقط آمار انگلستان متفاوت می باشد و در دوره‌های مختلف از دهه ۱۹۶۰ تا سالهای ۹۰ شیوع برونشیت بین ۱۶٪ تا ۱۷٪ در نوسان بوده و لذا این جزیره را باید کانون ابتلا به برونشیت مزمن دانست (۸). راجع به آسیای نزدیک و میانه اطلاعات آماری در دست نیست و در حقیقت آنچه که راجع به آسیا می دانیم مربوط به خاور دور و مناطق اقیانوس آرام می باشد، که چندان با آمار اروپائی و آمریکائی متفاوت نیست، مثلاً برونشیت مزمن ۶/۸٪ سالخوردگان چینی ساکن هنگ کنگ و ۶/۹٪ تایوانیها را مبتلا نموده است (۱۱،۷). در یک مطالعه که در اندونزی انجام شده شیوع برونشیت خیلی بیشتر گزارش شده ولی متأسفانه شرایط ورود به مطالعه به نحوی بوده که افراد مبتلا به برونشیت حاد و ویروسی و غیره را نیز شامل می شده، لذا چندان روشنگر نیست (۷). دلایل خاصی که ممکن است برای اختلاف در

برای مردان و ۱ تا ۳ درصد برای زنان بوده است (۲)، و حتی در مقایسه با شیوع این بیماری در دهه‌های گذشته آمریکا باز هم کمتر به نظر می‌رسد ولی از آنجا که ارقام مذکور آمار بزرگسالان مبتلا را شامل می‌شود ولی آمار این مطالعه مربوط به کل سنین می‌باشد، با یکدیگر قابل مقایسه نیست، لذا چنانچه ما نیز افراد را برحسب سن و جنس طبقه بندی کنیم نسبت ابتلاء افزایش پیدا کرده و به آمار سایر کشورهای غربی و آسیایی نزدیک می‌گردد.

همانطور که انتظار می‌رود نسبت ابتلاء در مردان شهرکرد نیز خیلی بیشتر از زنان بوده و با افزایش سن میزان شیوع بیماری نیز افزایش پیدا می‌کند به طوری که در سنین زیر بیست سال تنها ۰/۷٪ از افراد مبتلا هستند در حالی که بین ۵۰-۲۰ سال این عدد به ۱/۹٪ رسیده و در افراد بالای ۵۰ سال به ۷/۱٪ بالغ می‌شود، که ارقام اخیر از کشورهای غربی مختصری بیشتر است (۱۲،۹،۷،۱).

پیشنهادات:

تشکیل منظم دوره‌های باز آموزشی بدون با محتوی بیماریهای ریوی برای پزشکان عمومی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی:

با تشکر از آقای مسعود امیری کارشناس ارشد اپیدمیولوژی که در این مطالعه همکاری داشته‌اند.
هزینه مالی این پژوهش توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تامین گردیده است.

شیوع بیماری بین کشورهای آسیایی با کشورهای دیگر مورد توجه قرار داد استفاده از سوخت چوب برای آشپزی و ایجاد گرما می‌باشد که در آسیا تا ایام اخیر نیز ادامه داشته و شرایط بیماری زائی بیشتری را فراهم می‌کرده است و این مسئله در بعضی کشورهای آسیایی مثل نپال تا ۵۰٪ از علل ایجاد برونشیت مزمن را تشکیل می‌دهد است (۷)، که این نوع سوخت به خصوص در ابتدای زنان که کمتر سیگار می‌کشند نقش اساسی داشته است، ولی به هر حال نباید فراموش کرد که بدون تردید مهم‌ترین و شایع‌ترین علت ابتلاء به برونشیت مزمن در تمام دنیا اعتیاد به سیگار می‌باشد (۱).

در مطالعه ما به منظور کاستن از تأثیر سوء تفاهات ناشی از پرسشنامه غیابی تصمیم گرفته شد که پرسشنامه‌ها توسط دانشجوی پزشکی و حضوری پر شود که این موضوع نتایج بدست آمده را تا حدود زیادی قابل اعتماد می‌سازد. همینطور تلاش شد که افراد مشکوک به بیماری ریوی توسط پزشک متخصص معاینه شوند تا دقت مطالعه به حدود صد در صد نزدیک شود که این جنبه به علت عدم مراجعه کلیه دعوت شدگان با موفقیت قطعی همراه نبود.

در این مطالعه سرفه مزمن همراه با تولید خلط حداقل به مدت سه ماه متوالی در سال برای دو سال پیاپی یا بیشتر برونشیت مزمن فرض شده که در این صورت فراوانی بیماری در کل جامعه شهرکرد ۱/۸٪ می‌باشد که این عدد در مقایسه با شیوع برونشیت مزمن بین سالهای ۱۹۷۹ تا ۱۹۸۶ در آمریکا که ۴ تا ۶ درصد

References:

- 1- Bartolome RC. Clinical aspect of chronic obstructive pulmonary disease. In: Baum GD.; Crapo JD. Textbook of pulmonary disease: From Lippincott Raven, Philadelphia: USA, vol 2. 6th ed. 843-63, 1998.
- 2- Collins JG. Prevalence of selected chronic condition: United States, 1990-92. Vital Health Stat, 10 (194): 1-89, 1997.
- 3- Dutu S.; Paun G. The prevalence of bronchial asthma, chronic bronchitis and COBP in representative samples of the adult population. Pneumoftiziologia, 45(3-4): 139-43, 1996.

- 4- Gutzwiller F.; La Vecchia C.; Levi F.; Negri E.; et al. Smoking, prevalence of disease and health service utilization among the Swiss population. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 37(2): 137-42, 1989.
- 5- Horne SI.; To T.; Cockcroft DW.; Ethnic differences in the prevalence of pulmonary airflow obstruction among grain workers. *Chest*, 95(5): 992-6, 1989.
- 6- Konietzko N. Chronic bronchitis. *Pneumologie*, 50 Suppl 2: 582-4, 1996.
- 7- Liou SH.; Cheng SY.; Lai FM.; Yang JL. Respiratory symptoms and pulmonary function in mill workers exposed to wood dust. *Am J Ind Med*, 30(3): 293-9, 1996.
- 8- Littlejohns P.; Ebrahim S.; Anderson R. Prevalence and diagnosis of chronic respiratory symptoms in adults. *BMJ*. 298(6687): 1556-60, 1989.
- 9- Martin BW.; Ackermann Liebrich U.; Leuenberger P.; Kunzil N.; et al. Methods and participation in the cross-sectional part of the Swiss study on air pollution and lung diseases in adults. *Soz Praventivmed*, 42(2): 67-84, 1997.
- 10- Niven RM.; Fletcher AM.; Pickering CA.; Fishwick D.; et al. Chronic bronchitis in textile workers. *Thorax*, 52(1): 22-7, 1997.
- 11- Nejari C.; Tessier JF.; Letenneur L.; Lafont S.; et al. Determinants of chronic bronchitis prevalence in an elderly sample from south-west of France. *Arch Chest Dis*, 51(5): 373-9, 1996.
- 12- Osborne ML.; Vollmer WM.; Buist AS. Periodicity of asthma, emphysema, and chronic bronchitis in a northwest health maintenance organization. *Chest*, 110(6): 1458-62, 1996.
- 13- Sherrill DL.; Lebowits MD.; Burrowits B. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*, 11(3): 375-87, 1990.
- 14- Stokes J.; Lindsay J. Major causes of death and hospitalization in Canadian seniors. *Chronic Dis Can*, 17(2): 63-73, 1996.