

Relationship of ABO–Rh blood groups with urinary tract infections in hospitalized patients

Hamid Reza Najari¹, Azad Ghadimi², Abbas Allami³

1. Assistant Professor, Department of Infectious Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. ORCID ID: 0000-0001-9446-8840

2. Assistant Professor, Department of Infectious Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. ORCID ID: 0000-0003-2396-6564

3. Professor, Department of Infectious Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran., (Corresponding Author), Tel: +98-2833379630, E-mail: allami9@yahoo.com, ORCID ID: 0000-0003-4047-8183

ABSTRACT

Background and Aim: There is no consensus in the literature on the relationship between blood groups and risk of urinary tract infection (UTI). The present study was conducted to evaluate the relationship of blood groups with UTI and determine the most common bacterial cause of UTI in different blood groups.

Materials and Methods: This descriptive-analytical (cross sectional) study was conducted from 2016 to 2018 in different wards of BouAli Sina Hospital. we used convenience sequential sampling method. Characteristics and blood groups of UTI cases, and blood group of all blood donors in Qazvin Province in 2018 were recorded. Using SPSS software 25, data were analyzed by chi-square test. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: Of 244 patients, 57% were female and the mean age of the patients was 70.83 ± 14.98 . No significant difference was observed between UTI patients and healthy population in regard to the distribution of ABO and Rh blood groups ($P > 0.05$). There was not a significant relationship between ABO and Rh groups and type of organism ($P > 0.05$). The most common organism responsible for UTI was E. coli in the participants with different types of blood groups. The lowest rate of UTI due to E. coli (52%) belonged to O group and the highest rate (71%) was associated with AB group.

Conclusion: In comparison with the healthy population, rate of UTI was not different among the subjects with different blood groups. It seems that these antigens play a minor role in the pathogenesis of UTI. E.coli was the most common organism responsible for UTI in the participants with all blood subgroups.

Keywords: Blood groups, Urinary tract infection, E. coli

Received: April 28, 2019

Accepted: Jan 28, 2020

How to cite the article: Hamid Reza Najari, Azad Ghadimi, Abbas Allami. The Relationship ABO–Rh Blood Group with Urinary Tract Infections in Hospitalized Patients .*SJKU* 2020;25(4):20-30.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

ارتباط گروه‌های خونی ABO-Rh با عفونت ادراری در بیماران بستری در بیمارستان

حمیدرضا نجاری^۱، آزاد قدیمی^۲، عباس علامی^۳

۱. استادیار، گروه بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. کد ارکید: ۸۸۴۰-۹۴۴۶-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. استادیار، گروه بیماری‌های عفونی، گروه بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. کد ارکید: ۶۵۶۴-۲۳۹۶-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۳. استاد، گروه بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۲۸۳۳۳۷۹۶۳۰، پست الکترونیک: allami9@yahoo.com، کد ارکید: ۸۱۸۳-۴۰۴۷-۰۰۰۳-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: میان تحقیقات در مورد رابطه بین گروه‌های خونی و خطر عفونت ادراری توافقی وجود ندارد. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط گروه‌های خونی ABO-Rh با عفونت ادراری بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی (مقطعی) و روش نمونه‌گیری آسان و متوالی از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ از بخش‌های مختلف بیمارستان بوعلی سینای قزوین بود. مشخصات و گروه خونی افراد مبتلا به عفونت ادراری و تمامی اهداکنندگان استان قزوین سال ۱۳۹۷ مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شد و سطح آماری معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از ۲۴۴ بیمار، ۵۷ درصد زن و میانگین سنی بیماران $14/98 \pm 7/83$ سال بود. میان بیماران مبتلا به عفونت ادراری و جامعه سالم از نظر توزیع فراوانی گروه‌های خونی ABO و Rh، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (هر دو $P > 0/05$). بین گروه‌های خونی ABO و Rh و نوع ارگانیزم ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (هر دو $P > 0/05$). شایع‌ترین عامل عفونت ادراری در همه گروه‌های خونی /شریشیا کلی بود. کمترین میزان ابتلا به عفونت ادراری ناشی از /شریشیا کلی مربوط به گروه خونی O با ۵۲٪ و بیشترین حساسیت مربوط به گروه خونی AB با ۷۱٪ موارد ابتلا بوده است.

نتیجه‌گیری: در مقایسه با جامعه سالم، شانس عفونت‌های ادراری در گروه‌های خونی مختلف (ABO و Rh) متفاوت نبود و به نظر می‌رسد این آنتی‌ژن‌ها در پاتوژنز عفونت ادراری نقش جزئی دارند. /شریشیا کلی شایع‌ترین عامل عفونت ادراری در تمامی زیر گروه‌های خونی است.

کلمات کلیدی: گروه‌های خونی، عفونت ادراری، بالغین، /شریشیا کلی

وصول مقاله ۹۸/۲/۸ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۱۰/۳۰ پذیرش: ۹۸/۱۱/۸

مقدمه

عفونت ادراری یکی از شایع ترین عفونت های انسان به ویژه در جنس مؤنث را تشکیل می دهد (۱). مطالعات جدید نشان می دهند که گونه های میکروبی، مسبب عفونت های ادراری در نقاط مختلف دنیا متفاوت می باشند و بررسی عوامل مستعد کننده و ایجاد کننده این عفونت ضروری به نظر می رسد. باکتری های فراوانی قادر به ایجاد عفونت در سیستم ادراری هستند که در بین آن ها /شریشیا کلی به عنوان شایع ترین عامل مطرح است. به طور معمول دستگاه ادراری سالم قادر به مقاومت در برابر عفونت های باکتریایی است ولی با وجود این توانایی، عفونت های ادراری در هر گروه سنی مشاهده می شود. زنان بیش از مردان به عفونت های ادراری مبتلا می شوند (۲). در بسیاری از این عفونت ها عامل مستعد کننده مشخص نیست و یافتن عوامل خطر احتمالی مؤثر در بروز عفونت اهمیت زیادی دارد. یکی از این عوامل، قدرت چسبندگی باکتری ها به گیرنده های کربوهیدراتی سطح سلول های دستگاه ادراری میزبان است. یکی از این گیرنده ها، آنتی ژن های گروه های خونی هستند که توسط ژن های A، B و H تولید می شوند (۳). گروه های خونی، سیستمی از آنتی ژن های اریتروسیتی است که می توانند به عنوان محل اتصال باکتری به سلول های بدن باشند. از سوی دیگر اتصال باکتری به سلول های میزبان مرحله مهمی در ایجاد و گسترش بیماری است. استعداد ابتلا به بعضی از بیماری ها، از جمله بروز عفونت ها، بیماری های قلبی عروقی و نئوپلاسم ها در افراد با گروه های خونی خاصی بیشتر است و مطالعه های زیادی اهمیت آنتی ژن های گروه های خونی را در ارتباط با بیماری ها بیان می کنند (۶-۴). بیشتر تحقیقات بر روی آنتی ژن های گلبول قرمز بر گروه های خونی ABO متمرکز شده است (۳، ۷). نقش گروه خونی ABO در تعدادی از بیماری های عفونی مورد بررسی قرار گرفته است (۴). در مطالعه Harris و همکاران (۲۰۱۶)، ارتباط گروه خونی O با افزایش شدت علائم وبا گزارش شده است (۸). همچنین به نظر می رسد گروه خونی

O با زخم پپتیک همراهی دارد که این بیماری به نوبه خود با عفونت هلیکوباکتر پیلوری ارتباط دارد (۹). زیاد بودن هلیکوباکتر پیلوری در گروه خونی O می تواند این نکته باشد که در این گروه خونی، آنتی ژن لوئیس بیشتری بیان می شود که همین آنتی ژن به عنوان گیرنده ای برای blood-group antigen-binding adhesin (BabA) باکتری عمل می کند (۹). اخیراً یک مطالعه انجام شده در آفریقا، شواهد قانع کننده ای ارائه داده که گروه خونی O با کاهش خطر ابتلا به مالاریای شدید همراه است (۱۰). ترشح آنتی ژن های گروه خونی به بزاق و دیگر سطوح مخاطی، بستگی به ژنتیک افراد دارد. اکثر افراد مترشح هستند؛ اما حدود ۲۰ درصد از جمعیت بر اثر جهش در ژن فوکوسیل ترانسفراز ۲، غیر مترشح هستند (۱۱). یک مطالعه نشان داده است که کودکان با گروه خونی A استعداد بیشتری برای مبتلا شدن به عفونت نورویروس دارند در حالی که گروه خونی AB نسبت به سایر گروه ها کمتر به این عفونت مبتلا می شوند (۱۲). البته مطالعه دیگری نیاز به بررسی بیشتر در این زمینه را برای اظهار نظر قطعی تر عنوان کرده است (۱۳). در یک مطالعه نشان داده شد که بیشتر بیماران مبتلا به عفونت نیسریا گنوره گروه خونی B داشته اند؛ بنابراین فقدان آنتی سرم B می تواند در ابتلا به این عفونت نقش داشته باشد (۱۴). استافیلوکوک قدرت شدید چسبندگی به کربوهیدرات ان استیل گالاکتوز آمین را دارند؛ بنابراین شیوع این عفونت در دو گروه خونی A و AB بیشتر است (۱۵، ۱۶). همچنین سودوموناس آئروژینوزا نیز تمایل شدیدی برای اتصال به ان استیل گالاکتوز آمین که کربوهیدرات گروه خونی A است دارد و این در حالی است که /شریشیا کلی چنین تمایلی از خود نشان نمی دهد. این موضوع باعث تمایل سودوموناس برای درگیری گوش خارجی در این افراد می تواند باشد (۱۷). اگر چه عوامل خطر متعددی همچون جنسیت، افزایش سن و دیابت برای عفونت های ادراری شناخته شده اند، با این وجود عوامل خطر دیگری از جمله آنتی ژن های سطح سلول ها مانند

بوعلی سینیای دانشگاه علوم پزشکی قزوین صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه

این مطالعه بصورت یک مطالعه توصیفی تحلیلی (مقطعی) انجام شد. روش نمونه‌گیری از جامعه مورد بررسی به طور آسان و متوالی، یعنی انجام نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه طی یک دوره دوساله از فروردین ماه سال ۱۳۹۵ تا دی‌ماه سال ۱۳۹۷ بود. همچنین داده‌های مربوط به گروه خونی تمامی اهداکنندگان استان قزوین نیز در سال ۱۳۹۷ از سازمان انتقال خون استان قزوین گرفته شد و توزیع فراوانی گروه‌های خونی مختلف بین جامعه بیماران (پیوری همراه با کشت مثبت ادرار) و اهداکنندگان خون (به عنوان نماینده جامعه) مورد مقایسه قرار گرفت. موارد مثبت عفونت دستگاه ادراری فوقانی همراه با مشخصات افراد (سن، جنس، وضعیت ابتلا به دیابت و بخش بستری) بستری گرفته شد. سپس نمونه خون جهت تعیین گروه خونی (ABO و Rh) درخواست شد و پرسشنامه حاوی این مشخصات به همراه نتایج آزمایش‌های بیمار (گروه خونی و عامل عفونت ادراری) تکمیل گردید. این تحقیق به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین رسید.

شرکت کنندگان

جامعه مورد بررسی مبتلایان به عفونت دستگاه ادراری فوقانی نیازمند تزریق فرآورده‌های خونی، بستری شده در بخش‌های مختلف مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینیای قزوین بودند. محاسبه حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) با استفاده از نرم افزار version 3.1.9.4 G power (tests: Contingency tables) با در نظر گرفتن خطای نوع اول (α) به میزان ۰/۰۵، $Power (1-\beta)$ به میزان ۰/۸، اندازه تأثیر (effect size w) به میزان ۰/۲۵ و درجه آزادی (Df) به میزان ۳ حدود ۲۴۴ نفر محاسبه گردید (۲۴).

گروه‌های خونی نیز مطرح است. حساسیت‌های ژنتیک به عفونت ادراری هنوز به میزان ناچیزی مورد بررسی قرار گرفته است (۲). شناخت بهتر این دسته از عوامل خطر ممکن است منجر به یافتن راه‌های جدید پیشگیری و درمان انواع عفونت‌ها از جمله عفونت ادراری گردد (۱۸، ۱۹). آنتی‌ژن‌های گروه خونی در غشای سلول‌های مختلف وجود از جمله سلول‌های دستگاه ادراری وجود دارند و گلیکوپروتئین انتهایی این آنتی‌ژن‌ها می‌توانند عاملی برای اتصال قوی‌تر میکروب‌ها و کلونیزه شدن آن‌ها باشند (۱۸). در مطالعه Ishitoya و همکاران (۲۰۰۲) وجود ارتباط بین گروه‌های خونی و عفونت دستگاه ادراری فوقانی در خانم‌ها مطرح شده است (۲۰). بعضی مطالعات عنوان نموده‌اند که فنوتیپ خاصی از گروه‌های خونی در جمعیت می‌تواند باعث شناسایی افراد با خطر بالا برای عفونت ادراری باشد (۲۳-۲۱، ۱۸). یک مطالعه عنوان نموده که شاید بدین‌وسیله بتوان بیماران نیازمند به درمان و نوع درمان را سریع‌تر شناسایی کرد (۱۹). مطالعات دیگری به این نتیجه رسیده‌اند که فنوتیپ خاصی از آن‌ها باعث محافظت در برابر کلونیزاسیون میکروب‌ها در دستگاه ادراری می‌شود (۴، ۵). قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) گزارش دادند که آنتی‌ژن‌های گروه خونی ABO با مولکول‌های کربوهیدرات موجود در سطح سلول‌های اپیتلیال بر حساسیت انسان به بیماری‌های عفونی تأثیر دارد (۲۴). نتیجه مشابهی در مطالعه Sharif و همکاران (۲۰۱۵) گزارش شده است (۲۵).

از آنجا که برخی مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط بین گروه‌های خونی و عفونت ادراری فاقد گروه شاهد برای مقایسه توزیع فراوانی به دست آمده است (۲۴، ۲۶)، لذا این مطالعه با توجه به شیوع بالای عفونت ادراری و با هدف بررسی تمایل انواع باکتری‌ها به ایجاد عفونت ادراری در گروه‌های مختلف خونی و مقایسه توزیع فراوانی گروه‌های مختلف خونی از نظر شانس ابتلا به عفونت ادراری با جامعه پیرامونی خود در بیماران بستری در مرکز آموزشی درمانی

کشت ادرار

در این بررسی نمونه های ادراری بیماران بستری در بخش های مختلف مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینای دانشگاه علوم پزشکی قزوین، به روش نمونه گیری از ادرار میانی تمیز (Midstream clean catch) و یا متعاقب سونداژ بیماران بدون همکاری در ظروف استریل جمع آوری شد. ابتدا در محیط غیرانتخابی بلاد آگار (Pronadisa Microbiological Culture Media and Diagnostic Reagent, Spain) و در مرحله بعد از محیط مک کانکی آگار (HIMEDIA, India) برای مهار رشد باکتری های گرم مثبت و برای تفکیک بین گرم منفی های تخمیر کننده لاکتوز و غیر تخمیر کننده لاکتوز استفاده شد. با استفاده از لوپ داده استاندارد کشت صورت می گرفت و به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۷ درجه سانتی گراد انکوبه می شد. نمونه هایی که تعداد کلنی آن ها برابر یا بیش از ۱۰^۵ CFU/ml بود، مثبت تلقی گردیده و سپس جهت شناسایی انواع باکتری مورد ارزیابی قرار گرفتند.

تعیین هویت باکتری ها

تعیین هویت باکتری ها بر اساس های آزمایش تشخیصی و محیط های افتراقی رایج انجام شد. محیط های پنج گانه (گالری افتراقی) جهت شناسایی باکتری های خانواده انتروباکتریاسه از هم به کار برده شد. این محیط کشت ها شامل تریپل شوگر آیرون آگار (T.S.I)، Sulfide Indo Motility Medium (S.I.M)، سیمون سترات آگار (S.C)، اوره برات (U)، متیل رد - وژوسپروسکار (MR.VP) ساخت شرکت پرونادیزا (Pronadisa Microbiological Culture Media and Diagnostic Reagent) از کشور اسپانیا بودند. برای کوکسی های گرم مثبت، در ابتدا از تست کاتالاز استفاده گردید و در صورت مثبت بودن، برای تأیید گونه باکتری ها از آزمایش های تکمیلی استفاده شد. دیسک فورازولیدون (MAST®, America) جهت افتراق گونه میکروکوک ها از استافیلوکوک ها، آزمایش کواگولاز، محیط های کشت

DNase agar و مانیتول سالت آگار (Pronadisa Microbiological Culture Media and Diagnostic MAST®, Reagent, Spain) و دیسک نوویوسین (America) برای افتراق گونه های مختلف استافیلوکوک از یکدیگر استفاده شد.

تعیین آنتی ژن گلبول های قرمز

تعیین گروه های خونی ABO و Rh با استفاده از کیت (The UK) Lorne Blood Grouping Reagents انجام گرفت. آزمایش های تعیین گروه خونی به هر دو روش سل تایپ (Cell Typing یا Forward Typing) و بک تایپ (Back Typing یا Reverse Typing) لوله ای انجام گرفت. در مرحله اول گروه خونی به روش سل تایپ لوله ای تعیین شد. ابتدا گلبول های قرمز با سرم فیزیولوژی شستشو شده و سوسپانسیون ۳ درصد گلبول های قرمز در سرم فیزیولوژی تهیه شد. سه لوله برای آنتی A، آنتی B، آنتی D مشخص شده و یک قطره از هر معرف و سوسپانسیون گلبولی را به هر لوله اضافه نموده و مخلوط می گردید. سپس به مدت ۲۰ ثانیه با سرعت ۱۵۰۰ RPM سانتریفیوژ نموده و به آرامی رسوب را از انتهای لوله جدا کرده و نتیجه آزمایش زیر میکروسکوپ خوانده می شد. سپس گروه خونی مجدداً به روش بک تایپ Back Typing لوله ای تعیین می شد. به دلیل وجود گروه های نادر و فرعی خونی، این روش با استفاده از سرم فرد و به منظور تأیید روش سل تایپ انجام گرفت. در سه لوله به ترتیب سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز A، B و O ریخته شده و سپس ۲ قطره سرم مجهول به هر لوله اضافه می شد. محتویات لوله ها مخلوط شده و به مدت ۲۰ ثانیه با دور ۱۵۰۰ rpm سانتریفیوژ می شد. سپس لوله ها در مقابل نور به ملایمت تکان داده شده و از نظر آگلوتیناسیون بررسی می شد. در صورت هماهنگی و همخوانی بین Back type و Cell type نتیجه گروه خون گزارش می شد.

آنالیز آماری

داده‌های به دست آمده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با استفاده از روش‌های توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شد. ابتدا اطلاعات توصیفی (میانگین $\pm$ انحراف معیار برای متغیرهای کمی و جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی) محاسبه شد و سپس برای بررسی رابطه متغیرهای کیفی اسمی از آزمون مجذور کای استفاده شد. سطح معنی دار آزمون‌ها با P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴۴ نفر بیمار مبتلا به عفونت ادراری بستری در بخش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفتند. بیشترین فراوانی مربوط به بخش داخلی مردان و مسمومیت به میزان ۲۶/۲ درصد و بخش عفونی ۲۹/۵ درصد بود. میانگین سن بیماران برابر $14/98 \pm 70/83$ سال، کم سن‌ترین بیمار دارای ۱۷ سال و مسن‌ترین بیمار دارای ۱۰۱ سال سن بود. از نظر

سنی افراد ۱۵-۴۹ سال، ۲۲ نفر (۹/۰ درصد) و افراد بیشتر از ۴۹ سال، ۲۲۲ نفر (۹۱/۰ درصد) بودند. در گروه بیماران، ۱۰۵ مرد (۴۳/۰ درصد) و ۱۳۹ زن (۵۷/۰ درصد) شرکت داشتند. از مجموع ۴۰۱۵۲ اهدا کننده ۲۷۱۵ نفر زن (۶/۸ درصد) و ۳۷۴۳۷ نفر مرد (۹۳/۲ درصد) بودند. میانگین سن اهدا کنندگان $9/82 \pm 37/34$ سال، کم سن‌ترین ۱۸ سال و مسن‌ترین ۶۵ سال داشتند. از نظر سنی ۴۴ درصد افراد زیر ۴۹ سال سن داشتند.

در هر دو جامعه بیماران و اهدا کنندگان از نظر گروه خونی ABO به ترتیب گروه خونی O، A، B و AB و از نظر گروه خونی Rh نوع مثبت و سپس منفی آن بیشترین شیوع را داشتند. در مقایسه توزیع فراوانی گروه‌های خونی ABO و Rh بیماران مبتلا به عفونت ادراری با توزیع آن در جامعه سالم این منطقه تفاوتی مشاهده نشد (به ترتیب $P=0/644$ و $P=0/680$) (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی گروه‌های خونی ABO و Rh در بیماران دچار عفونت ادراری و مقایسه آن با توزیع فراوانی گروه‌های خونی در جامعه

گروه خونی	گروه بیماران		اهدا کنندگان خون		آزمون مجذور کای
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
A	۷۴	۳۰/۳	۱۲۳۱۲	۳۰/۶۷	$\chi^2=1/67$
AB	۱۷	۷/۰	۳۲۵۶	۸/۱۱	$0/644 = \text{سطح معنی داری}$
B	۵۳	۲۱/۷	۹۵۵	۲۳/۸۰	ABO
O	۱۰۰	۴۱	۱۵۰۲۷	۳۷/۴۲	
Rh-	۳۲	۱۳/۱	۴۹۱۹	۱۲/۲۵	$\chi^2=0/170$
Rh+	۲۱۲	۸۷/۰	۳۵۲۳۳	۸۷/۷۵	$0/680 = \text{سطح معنی داری}$
مجموع	۲۴۴	۱۰۰	۴۰۱۵۲	۱۰۰	

باکتری‌های مسبب عفونت ادراری از نظر نوع به ۳ گروه تقسیم شدند: گروه اول /شریشیا، گروه دوم سایر باسیل‌های گرم منفی (سیتروباکتر، انتروباکتر، کلبسیلا، پروتئوس، سراسیا، سودوموناس آئروژینوزا و اسیتوباکتر) و گروه سوم کوکسی‌های گرم مثبت (استافیلوکوک، استرپتوکوک و

انتروکوک). گروه اول با ۱۴۵ مورد (۵۹/۴ درصد) بیشترین فراوانی و گروه سوم با ۴۰ نفر (۱۶/۴ درصد) کمترین فراوانی از جمعیت مورد مطالعه را شامل می‌شدند. شایع‌ترین باکتری عامل عفونت ادراری در همه گروه‌های خونی ABO از نوع /شریشیا کلی بود. گونه‌های انتروکوک و

کلبسیلا به ترتیب رتبه های دوم و سوم را از نظر فراوانی تشکیل می دادند. بین گروه خونی ABO و نوع ارگانیسم ارتباط آماری معنی دار مشاهده نشد ($P=0/392$). کمترین میزان ابتلا به عفونت ادراری ناشی از/شریشیا کلی مربوط به گروه خونی O با ۵۲/۰ درصد از تمام موارد عفونت های ادراری در این زیر گروه و بیشترین حساسیت مربوط به گروه خونی AB با ۷۰/۶ درصد موارد ابتلا بوده است (جدول ۲).

جدول ۲. ارتباط بین گروه های خونی ABO با نوع عامل پاتوژن عفونت ادراری

گروه خونی ABO تعداد (درصد)				
مجموع	AB	B	A	O
۱۴۵ (۵۹/۴)	۱۲ (۷۰/۶)	۳۶ (۶۷/۹)	۴۵ (۶۰/۸)	۵۲ (۵۲/۰)
۵۹ (۲۴/۲)	۳ (۱۷/۶)	۸ (۱۵/۱)	۱۷ (۲۳/۰)	۳۱ (۳۱/۰)
۴۰ (۱۶/۴)	۲ (۱۱/۸)	۹ (۱۷/۰)	۱۲ (۱۶/۲)	۱۷ (۱۷/۰)
۲۴۴	۱۷	۵۳	۷۴	۱۰۰
P value= ۰/۳۹۲ آزمون مجذور کای				

به طور کلی بین Rh گروه های خونی با نوع عامل عفونت ادراری رابطه معنی داری وجود نداشت (سطح معنی داری = ۰/۲۹۹). شایع ترین باکتری عامل عفونت ادراری در همه گروه های خونی Rh از نوع/شریشیا کلی بود (جدول ۳).

جدول ۳. ارتباط بین گروه های خونی Rh با نوع عامل پاتوژن عفونت ادراری

گروه خونی Rh تعداد (درصد)		
مجموع	Rh+	Rh-
۱۴۵ (۵۹/۴)	۱۳۰ (۶۱/۳)	۱۵ (۴۶/۹)
۵۹ (۲۴/۲)	۴۹ (۲۳/۱)	۱۰ (۳۱/۲)
۴۰ (۱۶/۴)	۳۳ (۱۵/۶)	۷ (۲۱/۹)
۲۴۴	۲۱۲	۳۲
P value= ۰/۲۹۹ آزمون مجذور کای		

بحث

کودکان انتخاب گردیدند (۷). در مطالعه مشابهی در عربستان نیز نتایج مشابهی به دست آمد (۲۷). در مطالعه Sakalliloglu و همکاران (۲۰۰۷) نیز علیرغم گزارش وجود ارتباط بین بروز عفونت ادراری و گروه خونی A مثبت، نویسنده بیان می کند که این ارتباط باید با در نظر گرفتن شیوع گروه های خونی مختلف مورد بررسی مجدد قرار گیرد (۲۲). با این حال مطالعاتی نیز وجود دارد که چنین ارتباطی را گزارش نموده است. به طور مثال در مطالعه

در مطالعه حاضر در مقایسه توزیع فراوانی گروه های خونی ABO و Rh بیماران مبتلا به عفونت ادراری با توزیع آن در جامعه سالم این منطقه تفاوتی مشاهده نشد. در مطالعه Ibrahim و همکاران (۲۰۱۳) در سودان با مقایسه گروه مبتلایان به عفونت ادراری و مقایسه آن با گروه کنترل انجام شد نیز نتایج مشابهی به دست آمد. در این مطالعه چون جمعیت مورد مطالعه کودکان بودند گروه کنترل از گروه

Benli و همکاران (۲۰۱۸) ارتباطی بین ابتلا به عفونت دستگاه ادراری تحتانی و گروه خونی A یافت شد. همچنین در این مطالعه Rh منفی در افراد مبتلا به عفونت ادراری تحتانی شایع تر بوده است (۲۸). شاید یکی از دلایل اختلاف بین نتایج مطالعات مختلف در این زمینه را بتوان در نوع بیماران مورد بررسی از یک سو و ویژگی های افرادی که به عنوان گروه شاهد انتخاب شده اند از سوی دیگر دانست. در مطالعه یاد شده تنها افراد مبتلا به سیستمیت به عنوان بیمار و گروه شاهد نیز سایر افرادی انتخاب شده بودند که در فاصله زمانی تحقیق به کلینیک مربوطه مراجعه نموده بودند در صورتی که در مطالعه ما افراد دچار عفونت دستگاه ادراری فوقانی بودند و گروه شاهد ما از افراد سالم اهدا کننده خون انتخاب شده اند.

در مطالعه حاضر شایع ترین باکتری عامل عفونت ادراری در همه گروه های خونی از نوع /شریشیا کلی بود با این حال تفاوت های جزئی در نوع ارگانیسم ایجاد کننده عفونت ادراری بین گروه های خونی مختلف مشاهده می شود. این نتیجه شبیه مطالعه Ibrahim و همکاران (۲۰۱۳) (۷) و متفاوت با نتیجه مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) (۲۴) است. در این مطالعه /استافیلوکوکوس ساپروفیتیکوس شایع ترین پاتوژن در گروه های خونی A و AB بوده است. /شریشیا کلی به عنوان شایع ترین نوع پاتوژن دستگاه ادراری در گروه های خونی B و O به ترتیب ۷۲/۷ و ۵۲/۳ درصد گزارش شده است. استافیلوکوکوس ساپروفیتیکوس نیز شایع ترین پاتوژن در گروه های خونی A و AB با میزان ۴۳ و ۳۹ درصد بود. ارتباط بین پاتوژن های دستگاه ادراری و گروه های خونی معنی دار بود. با این حال پاتوژن های دستگاه ادراری با جنس و سن ارتباط معنی داری نداشت (۲۴).

در مطالعه حاضر، کمترین میزان ابتلا به عفونت ادراری ناشی از /شریشیا کلی مربوط به گروه خونی O و بیشترین حساسیت مربوط به گروه خونی AB و سپس گروه خونی B بوده است. این یافته با مطالعه Kinane و همکارانش (۱۹۸۲) همخوانی دارد (۲۱). شیوع بالاتر /شریشیا کلی به

عنوان ارگانیسم عامل عفونت ادراری در گروه های خونی AB و B می تواند به دلیل عدم وجود ایزوهماگلوتنین B در خون این دو گروه باشد. این آنتی بادی با واکنش متقابل با /شریشیا کلی باعث جلوگیری از پیوستن آن به سطح سلول های اپیتلیوم ادراری می گردد. به نظر می رسد ایزوهماگلوتنین A اثر ضعیف تری داشته باشد. پایین تر بودن شیوع /شریشیا کلی در زیر گروه خونی O نسبت به سایر گروه های خونی نیز دال بر این مدعاست (۷). استعداد ابتلا به عفونت مجاری ادراری با بیان P1 و همچنین حضور آنتی ژن گروه خونی ABO در لایه مرزی و حالت ترشحاتی این آنتی ژن ها همراه است. میکروارگانیسم های عفونی با این مولکول های خاص (P1 و آنتی ژن گروه خونی ABO) در سلول های اپیتلیالی مواجه می شوند (۴،۲۹).

در مطالعه Sakallioğlu و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی عفونت ادراری ناشی از /شریشیا کلی، گروه خونی A را شایع تر یافته اند. این محققین اظهار داشته اند که فراوانی می تواند به دلیل شیوع بالاتر گروه خونی A باشد (۲۲). چنین رابطه ای در مطالعه حاضر مشاهده نشد. توزیع متفاوت گروه های خونی در جوامع مختلف می تواند یکی از دلایل اختلافات موجود بین مطالعات باشد (۷). در مطالعه حاضر در استان قزوین و در کشور ایران همچون کشور سودان، نیجریه، هند و عربستان سعودی گروه خونی O شایع ترین در جامعه است (۳۳-۳۰)، حال آنکه در کشورهای سوئیس و اردن گروه خونی A شایع تر از گروه خونی O است (۳۴،۳۵).

در جامعه مورد مطالعه، شیوع عفونت ادراری در زنان بیشتر بود که تأییدی بر شیوع بالاتر عفونت های ادراری در زنان است و مطالعه های دیگر نیز آن را تأیید نموده اند (۲،۲۵). تا ۶۰ درصد زنان در طول عمر خود عفونت ادراری را تجربه می کنند و سالیانه ده درصد خانم ها دچار عفونت ادراری می گردند. احتمالاً کوتاهی پیشابراه و نزدیکی دهانه خارجی آن با مهبل و مقعد باعث این شیوع بیشتر در زنان می گردد (۲). در مطالعه حاضر اکثر افراد مبتلا در محدوده

تفاوت جزئی از نظر نوع ارگانیزم ایجاد کننده عفونت ادراری در بین زیر گروه های مختلف می شوند. به طور کلی /شریشیا کلی شایع ترین عامل عفونت ادراری در تمامی زیر گروه های خونی است. پیشنهاد می شود در آینده مطالعه های وسیع تر با توجه به توزیع گروه های خونی در جوامع مختلف انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت آزمایشگاه بیمارستان بوعلی سینای قزوین جهت فراهم آوری امکانات و تجهیزات مورد نیاز این تحقیق، از همکاری سازمان انتقال خون استان قزوین که داده های مربوط به گروه خونی اهدا کنندگان استان را در اختیار محققین قرار دادند و همچنین از تمامی بیمارانی که در این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد. این مقاله حاصل پایان نامه دکترای تخصصی آقای دکتر آزاد قدیمی است با کد اخلاق (IR.QUMS.REC.1396.31) ثبت شده است. بودجه این طرح توسط معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی قزوین تامین گردید.

سنی بیشتر از ۴۹ سال قرار داشتند. دلیل این موضوع می تواند به دلیل بستری بیشتر افراد با سن بالاتر در بیمارستان باشد. در بین عوامل میکروبی ایجاد کننده عفونت های ادراری، /شریشیا با بیشترین فراوانی (۵۹/۶ درصد) رتبه اول را داشت که با مطالعات انجام شده در ایران و سایر نقاط دنیا مطابقت دارد (۳۶،۷). گونه های /نتروکوک و کلبسیلا به ترتیب رتبه های دوم و سوم را از نظر فراوانی تشکیل می دادند.

با توجه به اینکه این مطالعه بر روی بیماران بستری در بیمارستان که دارای شدت بیماری بیشتری نسبت به بیماران سرپایی هستند صورت گرفته است امکان تعمیم پذیری نتایج آن را به موارد سرپایی محدود می سازد. پیشنهاد می شود مطالعه با حجم نمونه بزرگ تر و با بررسی هم زمان موارد سرپایی نیز صورت گیرد.

نتیجه گیری

به طور کلی در مقایسه با جامعه سالم شانس عفونت های ادراری در گروه های خونی مختلف، متفاوت نیست و به نظر می رسد آنتی ژن های گروه های خونی (ABO و Rh) در پاتوژنز عفونت ادراری نقش جزئی دارند و تنها باعث

منابع

1. Medina M, Castillo-Pino E. An introduction to the epidemiology and burden of urinary tract infections. *Ther Adv Urol*. 2019; 11:1756287219832172.
2. Sobel JD, Brown P. Urinary tract infections, In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's. Principles and practice of infectious diseases. 9nd ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2020: 962-89.
3. Heggelund JE, Varrot A, Imberty A, Krengel U. Histo-blood group antigens as mediators of infections. *Curr Opin Struct Biol*. 2017; 44:190-200.
4. Cooling L. Blood Groups in Infection and Host Susceptibility. *Clin Microbiol Rev*. 2015; 28(3):801-70.
5. Franchini M, Bonfanti C. Evolutionary aspects of ABO blood group in humans. *Clin Chim Acta*. 2015; 444:66-71.
6. Weiss FU, Schurmann C, Teumer A, Mayerle J, Simon P, Völzke H, et al. ABO blood type B and fucosyltransferase 2 non-secretor status as genetic risk factors for chronic pancreatitis. *Gut*. 2016; 65(2):353-4.
7. Ibrahim MA, Bolad AK, Nasr NB. ABO Blood Group and Susceptibility to Urinary Tract Infection in Children [dissertation]. Al-Neelain Medical Research center: Al-Neelain University, Faculty of Medicine; August 2013.
8. Harris JB, LaRocque RC. Cholera and ABO Blood Group: Understanding an Ancient Association. *Am J Trop Med Hyg*. 2016; 95(2):263-4.

9. Chakrani Z, Robinson K, Taye B. Association between ABO blood groups and *Helicobacter pylori* infection: A meta-analysis. *Sci Rep*. 2018; 8(1):17604.
10. Degarege A, Gebrezgi MT, Ibanez G, Wahlgren M, Madhivanan P. Effect of the ABO blood group on susceptibility to severe malaria: a systematic review and meta-analysis. *Blood Rev*. 2019; 33:53-62.
11. Parks T, Hill AVS, Chapman SJ. Human Genetics and Infection, In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's. Principles and practice of infectious diseases. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2020: 123-31.
12. Nasir W, Frank M, Kunze A, Bally M, Parra F, Nyholm P-G, et al. Histo-blood group antigen presentation is critical for binding of *Norovirus* VLP to glycosphingolipids in model membranes. *ACS Chem Biol*. 2017; 12(5):1288-96.
13. Schroten H, Hanisch F-G, Hansman GS. Human *Norovirus* interactions with histo-blood group antigens and human milk oligosaccharides. *J Virol*. 2016; 90(13):5855-9.
14. Kinane D, Blackwell C, Winstanley F, Weir D. Blood group, secretor status, and susceptibility to infection by *Neisseria gonorrhoeae*. *Sex Transm Infect*. 1983; 59(1):44-6.
15. Geisel J, Steuer M, Ko H, Beuth J. The role of ABO blood groups in infections induced by *Staphylococcus saprophyticus* and *Pseudomonas aeruginosa*. *Zentralbl Bakteriell B*. 1995; 282(4):427-30.
16. Beuth J, Ko H, Tunggal L, Pulverer G. Urinary tract infections caused by *Staphylococcus saprophyticus*. Increased incidence depending on the blood group. *Deut Med Wochenschr*. 1992; 117(18):687-91.
17. Steuer MK, Hofstädter F, Pröbster L, Beuth J, Strutz J. Are ABH antigenic determinants on human outer ear canal epithelium responsible for *Pseudomonas aeruginosa* infections? *ORL*. 1995; 57(3):148-52.
18. Ziegler T, Jacobsohn N, Fünfstück R. Correlation between blood group phenotype and virulence properties of *Escherichia coli* in patients with chronic urinary tract infection. *Int J Antimicrob Agents*. 2004; 24:70-5.
19. Shoaf Sweeney KD, Hutkins RW. Adherence, anti-adherence, and oligosaccharides: preventing pathogens from sticking to the host. *Adv Food Res*. 2008; 55:101-61.
20. Ishitoya S, Yamamoto S, Mitsumori K, Ogawa O, Terai A. Non-secretor status is associated with female acute uncomplicated pyelonephritis. *BJU Int*. 2002; 89(9):851-4.
21. Kinane D, Blackwell CC, Brett R, Weir D, Winstanley F, Elton R. ABO blood group, secretor state, and susceptibility to recurrent urinary tract infection in women. *Br Med J*. 1982; 285(6334):7-9.
22. Sakallioğlu O, Sakallioğlu AE. The effect of ABO-Rh blood group determinants on urinary tract infections. *Int Urol Nephrol*. 2007; 39(2):577-9.
23. Sheinfeld J, Schaeffer AJ, Cordon-Cardo C, Rogatko A, Fair WR. Association of the Lewis blood-group phenotype with recurrent urinary tract infections in women. *N Engl J Med*. 1989; 320(12):773-7.
24. Ghasemi NA, J.; Mosadegh, A. And Mahdavi, S.M. Relationship between ABO blood group antigens and the type of pathogen in urinary tract infection in patients referred to University of Laboratories in Yazd. *Khoon*. 2009; 5(4):267-73. [In Persian]
25. Sharif HA, Obaid HM. Relationship between human blood group antigens and haemagglutination, adhesion properties of some urinary tract infection (UTI) bacteria. *Diyala J Pure Sci*. 2015; 11(1):132-43.
26. Yass MAR, Ali SS, Ahmad AA. ABO-Rh blood groups and type of food are amongst urinary tract infection causatives. *Zanco J Med Sci*. 2012; 16(1):71-7.
27. Ahmed A-fA-m, Solyman AA-k, Kamal SM. Potential host-related risk factors for recurrent urinary tract infection in Saudi women of childbearing age. *Int Urogynecol J*. 2016; 27(8):1245-53.
28. Benli E, Çirakoğlu A, Öğreden E, Kaya Y, Ayyıldız A, Yüce A. Do ABO blood groups affect lower urinary tract symptoms? *Turk J Urol*. 2018:1-8.
29. Fry AE, Griffiths MJ, Auburn S, Diakite M, Forton JT, Green A, et al. Common variation in the ABO glycosyltransferase is associated with susceptibility to severe *Plasmodium falciparum* malaria. *Hum Mol Genet*. 2007; 17(4):567-76.

30. Skaik Y, Alhawary AS, Shbair AS, Hamouda BB. Frequency of ABO and Rh (D) blood groups in five governorates in Gaza-Strip. *Pak J Med Sci.* 2007; 23(6):924.
31. Alzahrani M, Jawdat D, Alaskar A, Cereb N, Hajeer AH. ABO and Rh blood group genotypes in a cohort of Saudi stem cell donors. *Int J Immunogenet.* 2018; 45.2: 63-64.
32. Etim EA, Akpotuzor JO, Ohwonigho AC, Francis AA. Distribution of ABO and Rhesus blood groups among selected tribes in Adamawa state, Nigeria. *Hematol Transfus Int J.* 2017; 4.6: 00102.
33. Kumar IC, Babu BS, Arun R, Babu KS, Sriranjitha T. A study to assess the ABO blood group antigen phenotype and gene distribution among blood donors at a tertiary care research institute in south India. *Int J Sci Res.* 2019; 8(1):70-1.
34. Hassawi, Dhia S. Allele frequency and molecular genotypes of ABO blood group system in a Jordanian population. *J Med Sci.* 2007; 7.1: 51-8.
35. Volken T, Crawford RJ, Amar S, Mosimann E, Tschaggelar A, Taleghani BM. Blood group distribution in Switzerland-a historical comparison. *Transfus Med Hemother.* 2017; 44(4):210-6.
36. Amin M, Mehdinejad M, Pourdangchi Z. Study of bacteria isolated from urinary tract infections and determination of their susceptibility to antibiotics. *Jundishapur J Microbiol.* 2009; 2(3):118.