

Seroepidemiologic study of HAV infection and its associated factors in Sanandaj

Yousefinejad V¹, Babahajian A², Babahajian W³, Dabaghian N⁴, Ghafouri H⁵, Rashadmanesh N⁶, Sharifi P⁷

1. Assistant Professor of Forensic Medicine, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-9928-938X

2. MSc of Anatomical Science, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

3. MSc of Microbiology, Blood Transfusion Research Center, High institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Tehran, Iran.

4. MSc of Microbiology, Microbiology Department, Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran.

5. MSc of Clinical Biochemistry, Vice Chancellor for Research and Technology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

6. MSc of Environmental Health, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

7. MSc of Microbiology, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author), Tel: +98-8733247855, Email: pezhman.sh7@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-7953-9487

ABSTRACT

Background and Aim: Various studies have shown a correlation between the prevalence of hepatitis A and community health level. The aim of this study was to investigate the seroepidemiology of hepatitis A virus and its related factors in the patients referring to medical diagnostic laboratories in Sanandaj.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical (cross-sectional) study we selected 200 individuals referring to medical diagnostic laboratories in Sanandaj from January 2016 to May 2017 - and their serum HAV Ab levels were measured by ELISA method. Demographic data and risk factors for hepatitis A infection were recorded in a questionnaire for every participant. We divided the participants into seropositive and seronegative groups. The groups were compared with each other in regard to demographic characteristics and risk factors for hepatitis A infection.

Results: 151 (75.5%) subjects were seropositive including 101 (67%) women and 50 (33%) men. Among different age groups, the highest rate of seropositivity was observed in 43 patients (28.5%), between 30 and 40 years of age and the lowest rate belonged to 4 (6.2%), individuals between 11 and 20 years of age, which showed a significant difference between different age groups ($P = 0.000$). The percentage of seropositive patients was significantly higher in the age group of less than one year compared to those in the age groups of 1 to 10 years ($P = 0.001$) and 11 to 20 years ($P = 0.005$). There was no significant relationship between the groups in regard to gender, place of residence, education level and occupation ($P > 0.05$). The results of multivariate regression analysis showed that the presence of underlying diseases resulted in a 3 fold increased risk of hepatitis A (OR: 2.71; CI 95%: 1.13 - 6.48). Comparison of the other risk factors showed no significant relationship between the two groups.

Conclusion: Considering the association of this antibody with increasing age, determination of the serum level of this antibody in different parts of the country by public health organizations at different time intervals and in different age groups seems necessary. Also, considering the correlation between underlying diseases in susceptible individuals and antibody- positivity and also the importance of vaccination, close attention of these organizations to this issue is necessary.

Keywords: HAV, Associated factors, Sanandaj

Received: Feb 16, 2019

Accepted: June 2, 2019

How to cite the article: Yousefinejad V, Babahajian A, Babahajian V, Dabaghian N, Ghafouri H, Rashadmanesh N, Sharifi P. Seroepidemiologic study of HAV infection and its associated factors in Sanandaj. SJKU 2019;24(3):10-19.

بررسی سرواپیدمیولوژی ویروس هپاتیت A و عوامل مرتبط با آن در شهرستان سنندج

وحید یوسفی نژاد^۱، اسرین باباحاجیان^۲، وریا باباحاجیان^۳، نشمیل دباغیان^۴، هوشیار غفوری^۵، ناصر رشادمنش^۶، پژمان شریفی^۷

۱. استادیار پزشکی قانونی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. شناسه اراکید: ۹۳۸X-۹۹۲۸-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۰۰۰۰

۲. کارشناس ارشد آناتومی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳. کارشناس ارشد میکروب شناسی، مرکز تحقیقات انتقال خون، موسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون، تهران، ایران.

۴. کارشناس ارشد میکروب شناسی، گروه میکروب شناسی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران.

۵. کارشناس ارشد بیوشیمی، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۶. کارشناس ارشد بهداشت محیط، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۷. کارشناس ارشد میکروب شناسی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسئول)، تلفن ثابت:

۰۰۰۰-۰۰۰۱-۷۹۵۳-۹۴۸۷، پست الکترونیک: pezhman.sh7@gmail.com، شناسه اراکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۷۹۵۳-۹۴۸۷

چکیده

زمینه و هدف: در مطالعات مختلف نشان داده شده است که میزان شیوع هپاتیت A ارتباط مستقیمی با سطح بهداشت جامعه دارد لذا هدف از این مطالعه بررسی سرواپیدمیولوژی ویروس هپاتیت A و عوامل مرتبط با آن، در مراجعین به آزمایشگاه های تشخیص طبی شهرستان سنندج می باشد.

روش بررسی: در یک مطالعه توصیفی- تحلیلی (مقطعی)، تعداد ۲۰۰ نفر از افراد ساکن شهرستان سنندج مراجعه کننده به آزمایشگاههای تشخیص طبی سطح شهر سنندج در فاصله زمانی دی ماه سال ۱۳۹۵ تا خرداد ماه ۱۳۹۶ انتخاب و سطح سرمی آنتی بادی HAV Ab توسط روش الایزا در آنها اندازه گیری شد. اطلاعات دموگرافیک و ریسک فاکتورهای ایجاد عفونت هپاتیت A توسط پرسشنامه از تمام افراد گرفته شد. افراد بر اساس نتیجه آزمایشات به دو گروه سروپوزیتیو و سرونگاتیو تقسیم و خصوصیات دموگرافیک و ریسک فاکتورهای ابتلا به هپاتیت A در آنها با هم مقایسه شدند.

یافته ها: میزان فراوانی افراد سروپوزیتیو ۱۵۱ نفر (۷۵/۵٪)، ۱۰۱ نفر (۶۷٪) زن و ۵۰ نفر (۳۳٪) مرد بودند. در بین گروه های سنی مختلف بیشترین میزان سروپوزیتیو در افراد ۳۰ تا ۴۰ سال ۴۳ نفر (۲۸/۵٪) و کمترین میزان در گروه سنی ۱۱ تا ۲۰ سال ۴ نفر (۶/۲٪) قرار داشت که اختلاف آماری معنی داری در میان گروه های سنی مختلف مشاهده گردید ($P = ۰/۰۰۰$)، بطوریکه درصد افراد سروپوزیتیو در گروه سنی زیر یک سال به طور معنی داری بیشتر از گروه سنی ۱ تا ۱۰ سال ($P = ۰/۰۰۱$) و ۱۱ تا ۲۰ سال ($P = ۰/۰۰۵$) است. بین دو گروه از نظر جنسیت، محل سکونت، میزان تحصیلات و شغل ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۰۵$). نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که وجود بیماریهای زمینه ای احتمال ابتلا به هپاتیت A را حدود ۳ برابر افزایش می دهد ($OR: ۲/۷۱$ CI ۹۵٪: ۱/۱۳ - ۶/۴۸). در مقایسه بقیه ریسک فاکتورها بین دو گروه ارتباط معنی داری دیده نشد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه تعیین وضعیت سرمی این آنتی بادی در نقاط مختلف کشور توسط سازمان های مرتبط با سلامت و بهداشت عمومی جامعه در بازه های زمانی مختلف و در سنین مختلف با توجه به ارتباط مثبت شدن این آنتی بادی با افزایش سن امری ضروری بنظر می رسد. همچنین لزوم توجه این ارگانها به بیماریهای مختلف زمینه ای در افراد حساس با توجه به ارتباط آن، با مثبت شدن این آنتی بادی و اهمیت واکسیناسیون در آنها امری ضروری و حیاتی بنظر می رسد.

کلید واژه ها: ویروس هپاتیت A، عوامل مرتبط، سنندج

وصول مقاله: ۹۷/۱۱/۲۷ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۳/۷ پذیرش: ۹۸/۳/۱۲

مقدمه

سطح بهداشت در جوامع مختلف و وجود بیماری‌های عفونی دارای ارتباطی مستقیم با هم بوده و برای بیان وضعیت بهداشتی کشورها و مناطق مختلف، از شاخص‌هایی استفاده می‌شود که یکی از این شاخص‌ها وضعیت بیماری‌های عفونی در آن مناطق می‌باشد (۱). هپاتیت‌های ویروسی از مهمترین مشکلات بهداشتی محسوب می‌شوند و نیز از علل عمده و مهم مرگ و میر در دنیا می‌باشند (۲، ۱). هپاتیت A، کسبیدی بیست وجهی و بدون پوشش است که ژنومی تک رشته‌ای RNA (+) را در برمی‌گیرد (۳). این ویروس از طریق روش دهانی - مدفوعی انتقال می‌یابد و همچنین با خوردن غذا و آب آلوده و تماس مستقیم از شخصی به شخص دیگر منتقل می‌شود (۵-۳). این ویروس به علت فقدان پوشینه نسبت به مواد ضد عفونی، دترجنتها، حلالها، اسید و عوامل محیطی مقاوم است اما کلر و فرمالین آن را غیرفعال می‌کنند از این رو این ویروس می‌تواند در محیط خارج از بدن و همچنین در فاضلاب برای مدت زمان طولانی بصورت عفونت‌زا باقی بماند (۶، ۴، ۳).

سیر بالینی عفونت ویروس هپاتیت A، بسیار متغیر است، بیماری می‌تواند بیشتر مواقع دارای هیچگونه علامتی نباشد و یا در مواردی معدود، منجر به بروز هپاتیت برق‌آسا شود (۶، ۴). بیماری در کودکان (خصوصاً زیر ۶ سال)، غالباً بدون علامت می‌باشد، در کودکان با سن بالاتر یا در بالغین آلوده به این ویروس نشانه‌هایی نظیر خستگی، درد شکم، تهوع، بی‌اشتهایی، تب بالا و یرقان دیده می‌شوند (۷).

این بیماری شیوع بالاتری در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای صنعتی و پیشرفته دارد (۶، ۴). عواملی نظیر شرایط اجتماعی و اقتصادی و بهداشتی، دسترسی به آب تصفیه‌شده می‌تواند موجب تغییر در اپیدمیولوژی عفونت با این ویروس شود (۸). بعبارت دیگر، گسترش این بیماری با فقر بهداشتی، ازدیاد جمعیت و دفع نادرست

فاضلاب دارای ارتباط مستقیم است (۹). از این رو در اکثر قریب به اتفاق افراد در سنین کودکی و نوجوانی در جوامع و کشورهای با سطح بهداشتی و اقتصادی پائین، مواجهه با این ویروس بوجود می‌آید و آنتی‌بادی ضد این ویروس تا قبل از سن ده سالگی، در بدن آنان ایجاد می‌گردد (۱۰). از آن سو، در کشورهای صنعتی غربی و در جوامع پیشرفته، بروز و خطر ابتلا به هپاتیت A، به علت وجود استانداردهای بالای بهداشتی در جامعه و اجرای برنامه واکسیناسیون در این کشورها، با کاهش قابل توجهی همراه بوده است (۱۵-۹، ۱۱). هر چند در منطقه خاور میانه عفونت هپاتیت A دارای فراوانی و گسترش به نسبت بالایی می‌باشد (۱۷، ۱۶) اما دسترسی به آب تصفیه‌شده و بهبود وضعیت بهداشتی در این منطقه موجب شده طی مطالعات جدید صورت پذیرفته، کاهش فراوانی و همه‌گیری‌های ناشی از این ویروس در این مناطق به چشم بخورد (۲۰-۱۸).

در سالهای اخیر با توجه به افزایش سطح بهداشت در جامعه، این انتظار وجود دارد که میزان افراد حساس در جامعه بالاتر رفته باشد، به همین دلیل اطلاع از میزان شیوع آنتی‌بادی در جمعیت عمومی مناطق مختلف امری ضروری و مهم بنظر می‌رسد، همچنین می‌توان اذعان کرد که میزان شیوع این آنتی‌بادی ارتباط مستقیمی با سطح بهداشت جامعه دارد لذا هدف از این مطالعه بررسی سرواپیدمیولوژی ویروس هپاتیت A و عوامل مرتبط با آن، در مراجعین به آزمایشگاه‌های تشخیص طبی شهرستان سنندج می‌باشد.

روش بررسی

طراحی مطالعه

این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی (مقطعی)، در افراد بومی مراجعه‌کننده به آزمایشگاه‌های تشخیص طبی سطح شهر سنندج از دی ماه سال ۱۳۹۵ لغایت تا خرداد ماه ۱۳۹۶ انجام شد. پروتکل اجرای این طرح توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به تصویب رسیده است (No. IR. MUK.REC. 1395/239) و رضایت نامه

آگاهانه از همه شرکت کنندگان به صورت کتبی اخذ شد و اصول محرمانگی داده ها بر اساس بیانیتهی هلسینکی توسط پژوهشگران رعایت گردید.

حجم نمونه بر اساس مطالعات پیشین (۲۱)، با در نظر گرفتن $d = 0.05$ ، $P = 0.04$ و سطح اطمینان ۹۵٪، $P = 0.092$ برابر ۱۸۵ نفر برآورد گردید که برای افزایش دقت ۲۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی - سیستماتیک انجام شد. بدین شکل که از هر سه مراجعه کننده یکی بطور تصادفی تا رسیدن به حجم نمونه مورد نیاز مورد بررسی قرار گرفت.

جمع آوری اطلاعات

اطلاعات دموگرافیک، سابقه بیماری های زمینه ای (وجود هر نوع بیماری ژنتیکی یا غیر ژنتیکی در فرد در هنگام اخذ نمونه مانند دیابت، بیماریهای تیروئید، بیماریهای خودایمنی و ...)، تعداد افراد خانوار، سابقه مصرف دارو، شستشوی دست ها، مصرف سبزی (با استفاده از ضد عفونی و گندزدایی یا بدون ضد عفونی)، نوع دفع فاضلاب، نوع منبع آب، مصرف غذا در خارج از منزل و نوع مصرف غذا توسط یکی از پژوهشگران طرح با استفاده از پرسشنامه از بیماران جمع آوری گردید.

بررسی های پاراکلینیکی

سرم افراد مورد مطالعه با سانتریفوژ به مدت ۱۵ دقیقه در دور ۳۰۰۰ rpm جدا و در فریزر ۲۰- سانتیگراد تا زمان انجام آزمایشات نگهداری شد. کیت الایزای مورد استفاده کیت الایزای رقابتی HAV Ab ساخت شرکت Diapro ایتالیا بود. تست HAV طبق دستورالعمل شرکت سازنده و تعیین مقدار آنتی بادی بر اساس دستورالعمل کیت انجام شد. نتایج کمتر از ۰/۹ بعنوان منفی، ۰/۹ تا ۱/۱ مشکوک (میانه) و نتایج بیشتر از ۱/۱ به منزله مثبت تلقی شدند.

روش آماری

نتایج حاصل از مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS V.20 آنالیز شد. داده های کیفی به صورت فراوانی و درصد محاسبه شدند. جهت بررسی ارتباط متغیرهای کیفی با سروپوزیتو بودن هپاتیت A از آزمون مجذور کای استفاده

گردید. سپس برای تعیین فاکتورهای مستقل تاثیر گذار، متغیرهای با P. Value کمتر از ۰/۱ در تجزیه و تحلیل فوق در یک مدل آنالیز چندمتغیره وارد شده و داده ها توسط نسبت شاناس (OR) با فاصله اطمینان (۹۵٪ CI) گزارش شدند. P. Value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

از تعداد ۲۰۰ نفر از مراجعین به آزمایشگاه های تشخیص طبی در شهرستان سنجند که از نظر سروپوزیتو هپاتیت A مورد بررسی قرار گرفتند، ۱۵۱ نفر (۷۵/۵٪) سروپوزیتو بودند، که از این تعداد ۱۰۱ نفر (۶۷٪) زن و ۵۰ نفر (۳۳٪) مرد بودند. در بین گروه های سنی مختلف بیشترین میزان سروپوزیتو در افراد ۳۰ تا ۴۰ سال ۴۳ نفر (۲۸/۵٪) و کمترین میزان در گروه سنی ۱۱ تا ۲۰ سال ۴ نفر (۶/۲٪) قرار داشت که اختلاف آماری معنی داری در میان گروه های سنی مختلف مشاهده گردید ($P < 0.001$)، به طوریکه درصد افراد سروپوزیتو در گروه سنی زیر یک سال به طور معنی داری بیشتر از گروه سنی ۱ تا ۱۰ سال ($P = 0.001$) و ۱۱ تا ۲۰ سال ($P = 0.005$) است.

افراد بر اساس نتیجه آزمایشات به دو گروه سروپوزیتو و سرونگاتیو تقسیم و خصوصیات دموگرافیک و ریسک فاکتورهای ابتلا به هپاتیت A در آنها با هم مقایسه شدند. نتایج حاصل از این آنالیزها نشان داد بین دو گروه از نظر جنسیت، محل سکونت، میزان تحصیلات و شغل ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

در مقایسه ریسک فاکتورهای ابتلا به هپاتیت A در بین دو گروه از نظر وجود بیماری زمینه ای بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ($P = 0.02$)، بطوریکه درصد سروپوزیتو مثبت در افرادی که سابقه بیماری های زمینه ای داشتند در مقایسه با افراد بدون سابقه بیماری زمینه ای به طور معنی داری بیشتر بود. در مقایسه بقیه ریسک فاکتورها بین دو گروه ارتباط معنی داری دیده نشد.

نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که وجود بیماری‌های زمینه ای شانس ابتلا به هپاتیت A را حدود ۳ برابر افزایش می‌دهد ($P = ۰/۰۳$ ، $OR = ۶/۴۸$ ، $95\% CI: ۱/۱۳ - ۱۱/۱۳$). جدول ۱ فراوانی افراد سرپوزیتو را در بین گروههای سنی مختلف نشان می‌دهد.

جدول ۱: میزان فراوانی شیوع سرمی هپاتیت A در بین گروههای سنی مختلف

نتیجه آزمایش			
گروه سنی	سرپوزیتو (%) N	سرونگاتیو (%) N	تعداد کل
کمتر از یک سال	۱۸ (۸۲٪)	۴ (۱۸٪)	۲۲
۱-۱۰ سال	۶ (۲۹٪)	۱۵ (۷۱٪)	۲۱
۱۱-۲۰ سال	۴ (۳۱٪)	۹ (۶۹٪)	۱۳
۲۱-۳۰ سال	۳۵ (۷۰٪)	۱۵ (۳۰٪)	۵۰
۳۱-۴۰ سال	۴۳ (۸۹٪)	۶ (۱۲٪)	۴۹
۴۱-۵۰ سال	۱۳ (۱۰۰٪)	۰	۱۳
۵۱-۶۰ سال	۱۳ (۱۰۰٪)	۰	۱۳
بالای ۶۰ سال	۱۹ (۱۰۰٪)	۰	۱۹
کل	۱۵۱ (۷۵/۵٪)	۴۹ (۲۴/۵٪)	۲۰۰ (۱۰۰٪)

جدول ۲: مقایسه خصوصیات دموگرافیک در افراد HAV+ با HAV-

متغیر	افراد HAV+	افراد HAV-	P - Value
جنس			
مرد	۵۰ (٪۷۲/۵)	۱۹ (٪۲۷/۵)	۰/۴۹
زن	۱۰۱ (٪۷۷/۱)	۳۰ (٪۲۲/۹)	
میزان تحصیلات			
پیسواد	۱۵ (٪۸۳/۳)	۳ (٪۱۶/۷)	۰/۲
زیر دیپلم و دیپلم	۶۷ (٪۷۶/۱)	۲۱ (٪۲۳/۹)	
دانشگاهی	۴۶ (٪۷۸)	۱۳ (٪۲۲)	
کودک	۲۳ (٪۶۵/۷)	۱۲ (٪۳۴/۳)	
محل سکونت			
شهر	۱۲۹ (٪۷۴/۱)	۴۵ (٪۲۵/۹)	۰/۳
روستا	۴ (٪۱۵/۴)	۲۲ (٪۸۴/۶)	

جدول ۳: بررسی عوامل خطر مربوط به هپاتیت A در افراد HAV+ در مقایسه با افراد HAV-

P - Value	HAV- افراد	HAV+ افراد	متغیر
			تعداد افراد خانوار
۰/۹	۱۲ (%۲۵)	۳۶ (%۷۵)	۱-۲
	۲۹ (%۲۴/۸)	۸۸ (%۷۵/۲)	۲-۴
	۸ (%۲۲/۹)	۲۷ (%۷۷/۱)	بالتر از ۴ نفر
			بیماری زمینه ای
۰/۰۲	۷ (%۱۳)	۴۷ (%۸۷)	دارد
	۴۲ (%۲۸/۸)	۱۰۴ (%۷۱/۲)	ندارد
			مصرف دارو
۰/۲	۱۰ (%۱۷/۵)	۴۷ (%۸۲/۵)	بله
	۳۹ (%۲۷/۳)	۱۰۴ (%۷۲/۷)	خیر
			شستشوی دستها
۰/۲	۴۱ (%۲۲/۵)	۱۴۱ (%۷۷/۵)	بله
	۹ (%۶۴/۳)	۵ (%۳۵/۷)	خیر
			مصرف سبزی
۰/۵	۳۶ (%۲۴/۸)	۱۰۹ (%۷۵/۲)	با استفاده از ضدعفونی و گندزدایی
	۹ (%۲۰/۹)	۳۴ (%۷۹/۱)	بدون ضدعفونی
			نوع دفع فاضلاب
۰/۷	۴۳ (%۲۴/۴)	۱۳۳ (%۷۵/۶)	دفع بهداشتی (کانال شهری)
	۴ (%۲۰)	۱۶ (%۸۰)	دفع غیربهداشتی (چاه، چشمه و ...)
			نوع منبع آب
۰/۱	۴۶ (%۲۵/۸)	۱۳۲ (%۷۴/۲)	بهداشتی (لوله کشی)
	۲ (%۱۰)	۱۸ (%۹۰)	غیر بهداشتی (چاه، چشمه و ...)
			مصرف غذا در خارج از منزل
۰/۰۸	۱۶ (%۳۲)	۳۴ (%۶۸)	بله
	۳۱ (%۲۱/۱)	۱۶ (%۳۲)	خیر
			نوع مصرف غذا
۰/۲	۲ (%۵۰)	۲ (%۵۰)	خام و نیمه پخته
	۴۵ (%۲۳/۲)	۱۴۹ (%۷۶/۸)	پخته

بحث

یافته های مطالعه نشان می دهد که میزان شیوع آنتی بادی HAV در جمعیت مورد مطالعه و موارد سروپوزیتو ۱۵۱ نفر (%۷۵/۵) و موارد سرونگاتیو ۴۹ نفر (%۲۴/۵) بود که مثبت شدن این آنتی بادی با سن و همچنین وجود بیماری زمینه ای ارتباط معنادار داشت. از نظر میزان شیوع آنتی بادی فوق و موارد سروپوزیتو مطالعه حاضر، با بسیاری از مطالعات انجام شده در خارج از کشور در لبنان، الجزایر و چین و همچنین در ایران در

مطالعاتی که در اصفهان و کرمانشاه انجام شده و دارای شیوع موارد سروپوزیتو مابین ۷۲٪ تا ۷۹/۲٪ نزدیک بود و همخوانی داشت (۲۵-۲۲، ۱۹). هر چند در مطالعه ای که در سه استان دیگر هرمزگان، گلستان و تهران انجام شده است میزان موارد سروپوزیتو ۸۶٪ بوده است (۲۶). در کشورهای همسایه ایران و کشورهای منطقه نیز، در مطالعاتی که صورت گرفته در کشور کویت این میزان ۲۸/۸٪ بوده است (۲۷). در ترکیه نیز در جمعیت عمومی آن، میزان افراد دارای آنتی بادی مثبت و افراد سروپوزیتو،

می‌رسد با توجه به این موضوع که وجود بیماری‌های زمینه‌ای احتمال ابتلا به هپاتیت A را حدود ۳ برابر افزایش می‌دهد، که این قضیه می‌تواند به این دلیل باشد که در مواردیکه بیماری زمینه‌ای در فرد وجود دارد، سیستم ایمنی شخص در برابر عوامل مختلف میکروبی و آنتی ژنهای مختلف ضعیف‌تر، حساستر و آسیب‌پذیرتر خواهد بود. از این رو بنظر می‌رسد بررسی این شاخص و مطالعه جزئی‌تر انواع بیماریهای زمینه‌ای دخیل و تاثیرگذار، در مطالعات و پژوهش‌های آتی امری ضروری باشد.

مثبت شدن این آنتی بادی با دیگر خصوصیات دموگرافیک چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود دارای ارتباط معنادار نیست و این امر با جنسیت، میزان تحصیلات و محل سکونت ارتباط معناداری نداشت که با تعدادی از مطالعات انجام شده همخوانی نداشت که دلیل این قضیه می‌تواند متفاوت بودن جامعه آماری و تعداد آن و محیط جغرافیایی متفاوت مورد بررسی در این مطالعات با مطالعه حاضر باشد (۳۶، ۳۵، ۲۳، ۱۹). در بررسی عوامل خطر مربوط به هپاتیت A نیز طبق جدول ۳، نیز متغیرهای تعداد افراد خانوار، مصرف دارو، شستشوی دستها، مصرف سبزی، مصرف سبزی، نوع دفع فاضلاب، نوع منبع آب، مصرف غذا در خارج از منزل و نوع مصرف غذا معنادار نبوده و این عوامل در این مطالعه هیچکدام با مثبت شدن آنتی بادی هپاتیت A، ارتباط نداشتند. هر چند که در میان این عوامل، مصرف غذا در خارج از منزل، به دلیل راه انتقال مدفوعی-دهانی و ویروس هپاتیت A و امکان ابتلا از طریق غذاهای آلوده رستورانها و فست فودها تا حدودی نزدیک و همسو بود اما ارتباطی با سروپوزیتو بودن هپاتیت A نداشت. هر چند بعضی از این ریسک فاکتورها در بعضی مطالعات دیگر انجام شده، با مثبت شدن این آنتی بادی، برخلاف نتایج این مطالعه، دارای ارتباط معنادار بود مثلاً در بعضی مطالعات مثبت شدن این آنتی بادی با نوع منبع آب، دارای ارتباط بود (۲۴، ۲۳) یا در بعضی مطالعات دیگر نیز جنسیت افراد مورد مطالعه با مثبت بودن آنتی بادی هپاتیت A، دارای ارتباط بود (۳۶، ۳۵) و یا در چند مطالعه دیگر نیز محل سکونت فرد با

۷۱/۳٪ بوده است (۲۸). سطح سرمی آنتی بادی HAV با توجه به وضعیت بهداشتی - اقتصادی و سطح رفاه جامعه، میان بزرگسالان در بسیاری از کشورهای منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا در حد بالایی قرار دارد. با این حال، طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹، سطوح این آنتی بادی در میان کودکان در عربستان سعودی، مصر، اردن، ایران و ترکیه کاهش یافته است (۲۹). در مطالعاتی که در نقاط مختلف دیگر دنیا نیز انجام پذیرفته، در استرالیا ۵۱٪ اهداکنندگان خون از نظر این آنتی بادی مثبت بودند (۳۰)، در کشور هلند نیز ۵۷٪ جمعیت بزرگسال، سروپوزیتو بودند (۳۱)، در اوکراین نیز ۳۱/۹٪ جمعیت آن آنتی بادی فوق در آنها مثبت بوده و سروپوزیتو بودند (۳۲)، در کشور اروپایی لوکزامبورگ نیز، این میزان ۴۲٪ در افراد بالای ۴ سال بود و همچنین در کشور نیجریه نیز در کودکان ۱ تا ۱۸ ساله، این میزان ۵۵/۲٪ بود (۳۳) چنانکه میبینیم میزان این موارد در جمعیتها و مناطق مختلف کاملاً متفاوت است، که این امر خود بخوبی بیانگر وضعیت بهداشتی در جوامع مختلف پیشرفته و در حال توسعه می‌باشد. همچنین اختلاف آماری معنی داری در میان گروه‌های سنی مختلف در این مطالعه دیده شد ($P = 0/000$) و آنچنان که در جدول ۱ بطور واضح مشاهده می‌گردد، با افزایش سن ارتباط معنی دار دیده می‌شود یعنی هر چقدر که سن افراد حاضر در مطالعه بالا می‌رود شانس سروپوزیتو بودن و ایمنی در برابر این ویروس بیشتر می‌شود، که این یافته با اکثر مطالعات انجام شده همخوانی داشت (۳۵، ۳۴، ۳۰، ۲۷، ۲۳، ۲۲). در گروه‌های سنی مورد مطالعه هم آنچنان که دیده می‌شود در افراد بالای ۴۰ سال تمامی آنها سروپوزیتو بوده و همه آنها با این ویروس مواجهه داشته و آنتی بادی برضد آن و ایمونیزاسیون در آنها وجود دارد.

یافته مهم دیگر آنچنان که در بررسی عوامل خطر در جدول ۳ دیده می‌شود ارتباط وجود بیماری زمینه‌ای با سروپوزیتو بودن این بیماران است که در هیچ یک از مطالعات انجام شده، این عامل بررسی نشده است و بوسیله تست رگرسون لجستیک نیز این مورد تایید شد که بنظر

مثبت شدن این آنتی بادی مرتبط بود (۳۸، ۳۷، ۲۳، ۱۹) که با مطالعه حاضر ما دارای همخوانی نبود.

ذکر این نکته حائز اهمیت است که نقطه قوت این مطالعه بررسی این آنتی بادی در تمام افراد مراجعه کننده و در تمام سنین مختلف می باشد و مانند بسیاری دیگر از مطالعات طیف خاص و گروه خاص و محدودی را در بر نمی گیرد اما از محدودیت های مطالعه حاضر نیز می توان به این نکته اشاره کرد که در مطالعه حاضر فقط از مراجعه کنندگان به چند آزمایشگاه محدود شهر سندج استفاده شد که می توان در مطالعات دیگر از مراجعه کنندگان به تمام آزمایشگاه های سطح شهر بهره برد. همچنین افراد مورد مطالعه شامل تمام افراد مراجعه کننده بوده که می توان جامعه آماری محدودتر و یا از گروهی خاص یا با بیماری بخصوصی و با طیف سنی خاصی در مطالعات دیگر استفاده نمود.

بطور کلی با توجه به این نتایج پیشنهاد میشود با توجه به میزان افراد حساس در جامعه، لزوم تعیین وضعیت سرمی این آنتی بادی در نقاط مختلف کشور با توجه به مولتی فاکتوریال بودن علل ایجاد عفونت با این ویروس، در بازه های زمانی مختلف و در سنین مختلف با توجه به ارتباط مثبت شدن این آنتی بادی با افزایش سن انجام شود. همچنین بیماری های مختلف زمینه ای افراد نیز با توجه به ارتباط این متغیر با مثبت شدن سرمی این آنتی بادی، بصورت کاملاً جزئی تر مطالعه و بررسی گردند و با توجه به

این موضوع افراد حساس و غیرایمن دارای بیماری های مختلف زمینه ای خصوصاً بیماری های مزمن و سیروتیک کبدی با توجه به ماهیت بیماریزای ویروس و بافت هدف آن و امکان ایجاد عوارض مهلکی مانند هپاتیت برق آسا، شناسایی و اقدام به واکسیناسیون در آنها صورت پذیرد. همچنین بررسی عوامل خطر ایجاد کننده مخصوصاً عوامل مرتبط با تغذیه و فرهنگ غذایی فرد با توجه به روش انتقال ویروس به فرد در جوامع مختلف پیشنهاد می شود در مطالعاتی در جوامع آماری مختلف بوسیله سازمانها و مراکز بهداشتی تاثیر گذار بر سلامت عمومی جامعه انجام پذیرد.

نتیجه گیری

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد میزان فراوانی افراد سروپوزیتو هپاتیت A در بین افراد مورد مطالعه ۷۵/۵٪ بود. درصد افراد سروپوزیتو با افزایش سن بیشتر شده و وجود بیماری های زمینه ای احتمال ابتلا به هپاتیت A را حدود ۳ برابر افزایش می دهد.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بابت حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی که با کد IR.MUK.REC.1395/239 در این دانشگاه مصوب شد و مقاله حاضر از آن مستخرج شده است، تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Arif M, Al-Faleh F, Al-Frayh A, Ramia S. Reduction in the prevalence of antibody to hepatitis A virus among young Saudi adults: Implications for hepatitis A vaccine. Saudi Med J Gastroenterol 1995;1:93-6.
2. Jacobsen K, Koopman J. Declining hepatitis A seroprevalence: a global review and analysis. Epidemiol Infect 2004;132:1005-22.
3. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Medical Microbiology. 2 nd ed. New York: Elsevier, 2015:546-50.
4. Althouse BM, Bergstrom TC, Bergstrom CT. A public choice framework for controlling transmissible and evolving diseases. Proc Natl Acad Sci USA 2010;107:1696-701.
5. Acheson D, Fiore AE. Hepatitis A transmitted by food. Clin Infect Dis 2004;38:705-15.
6. Cuthbert JA. Hepatitis A: Old and New. Clin Microbiol Rev 2001;14:38-58.

7. Kiyohara T, Sato T, Totsuka A, Miyamura T, Ito T, Yoneyama T. Shifting Seroepidemiology of Hepatitis A in Japan, 1973–2003. *Microbiol Immunol* 2007;51:185-91.
8. Jacobsen K, Koopman J. The effects of socioeconomic development on worldwide hepatitis A virus seroprevalence patterns. *Int J Epidemiol* 2005;34:600-9.
9. Saberifiroozi M. Hepatitis A virus infection: Is it an important hazard to public health?: hazards of HAV for public health. *Hepat Mon* 2011;11:235–7.
10. Joshi N, Yr N, Kumar A. Age related seroprevalence of antibodies to hepatitis A virus in Hyderabad, India. *Trop Gastroenterol* 2000;21:63-5.
11. Carrillo-Santisteve P, Tavošchi L, Severi E, Bonfigli S, Edelstein M, Byström E, et al. Seroprevalence and susceptibility to hepatitis A in the European Union and European Economic Area: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2017;17:e306-e19.
12. Dal-Ré R, García-Corbeira P, García-de-Lomas J. A large percentage of the Spanish population under 30 years of age is not protected against hepatitis A. *J Med Virol* 2000;60:363-6.
13. Heywood A, Newall A, Gao Z, Wood J, Breschkin A, Nicholson S, et al. Changes in seroprevalence to hepatitis A in Victoria, Australia: a comparison of three time points. *Vaccine* 2012;30:6020-6.
14. Dagan R, Leventhal A, Anis E, Slater P, Ashur Y, Shouval D. Incidence of hepatitis A in Israel following universal immunization of toddlers. *JAMA* 2005;294:202-10.
15. Wasley A, Samandari T, Bell BP. Incidence of hepatitis A in the United States in the era of vaccination. *JAMA* 2005;294:194-201.
16. Arankalle VA, Tsarev SA, Chadha MS, Alling DW, Emerson SU, Banerjee K, et al. Age-specific prevalence of antibodies to hepatitis A and E viruses in Pune, India, 1982 and 1992. *J Infect Dis* 1995;171:447-50.
17. Antaki N, Kebbewar MK. Hepatitis A seroprevalence rate in Syria. *Trop Doct* 2000;30:99-101.
18. Guenifi W, Laouamri S, Lacheheb A. Changes in prevalence of hepatitis A and associated factors in Setif-Algeria. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2017;65:437-42.
19. Alhan E, Kozanoglu B, Tumgor G, Celik U, Yaman A, Bozdemir N. Epidemiological shift of hepatitis A in central Adana, Turkey. *Turk J Gastroenterol* 2014;25:6-8.
20. Tufenkeji H. Hepatitis A shifting epidemiology in the Middle East and Africa. *Vaccine* 2000;18:S65-S7.
21. Karaman S, Karaman K, Kızılyıldız BS, Ceylan N, Kaba S, Parlak M, et al. Seroprevalence of hepatitis A and associated factors among 1-15 year old children in eastern Turkey. *Int J Clin Exp Med* 2015;8:19394–9.
22. Melhem NM, Jaffa M, Zaatari M, Awada H, El Salibi N, Ramia S. The changing pattern of hepatitis A in Lebanese adults. *Int J Infect Dis* 2015;30:87-90.
23. Saneian H, Rahimi H, Shoaie P. Hepatitis A seropositivity among first-year students of the Medical University in Isfahan, Iran. *Int J Prev Med* 2014;5:S208–S212.
24. Vakili B, Rahimi H, Ataei B, Janghorbani M, Khorvash F, Shoaie P, et al. Hepatitis A seropositivity among newly admitted medical students of Isfahan, Kermanshah, and Hamedan: A seroprevalence study. *J Res Med Sci* 2014;19:S9-S12.
25. Lu J, Zhou Y, Lin X, Jiang Y, Tian R, Zhang Y, et al. General epidemiological parameters of viral hepatitis A, B, C, and E in six regions of China: a cross-sectional study in 2007. *PLoS One* 2009;4:e8467.
26. Merat S, Nouraie M, Abolghasemi H, Jamali R, Amini-Kafiabad S, Maghsudlu M, et al. Seroprevalence and risk factors of hepatitis A virus infection in Iran: a population based study. *Arch Iran Med* 2010;13:99-104.

27. Alkhalidi J, Alenezi B, Al-mufti S, Hussain E, Askar H, Kemmer N, et al. Seroepidemiology of hepatitis A virus in Kuwait. *World J Gastroenterol* 2009;15:102-5.
28. Kanra G, Tezcan S, Badur S. Hepatitis A seroprevalence in a random sample of the Turkish population by simultaneous EPI cluster and comparison with surveys in Turkey. *Turk J Pediatr* 2002;44:204-10.
29. Organization WH. The global prevalence of hepatitis A virus infection and susceptibility: a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2010.
30. Young MK, Faddy HM, Fryk J, Nimmo GR, Cripps AW. Hepatitis A virus antibodies in Australian blood donors: Implications for immunoglobulin sufficiency. *Vaccine* 2015;33:5135-9.
31. Baaten GGG, Sonder G, Dukers N, Coutinho R, Van den Hoek J. Population-based study on the seroprevalence of hepatitis A, B, and C virus infection in Amsterdam, 2004. *J Med Virol* 2007;79:1802-10.
32. Moisseeva A, Marichev I, Biloschitchkay N, Pavlenko K, Novik L, Kovinko L, et al. Hepatitis A seroprevalence in children and adults in Kiev City, Ukraine. *J Viral Hepat* 2008;15:43-6.
33. Ikobah JM, Okpara HC, Ekanem EE, Udo JJ. Seroprevalence and predictors of hepatitis A infection in Nigerian children. *Pan Afr Med J* 2015;20:120.
34. Chung SJ, Kim TY, Kim SM, Roh M, Yu MY, Lee JH, et al. Changes in the seroprevalence of IgG anti-hepatitis A virus between 2001 and 2013: experience at a single center in Korea. *Clin Mol Hepatol* 2014;20:162-7.
35. Mohebi SR, Rostaminejad M, Pourhoseingholi MA, Tahaei SME, Habibi M, Azimzadeh P, et al. Seroepidemiologic study of HAV infection in Tehran Province: a population based study. *SJKU* 2011;16:86-92. [In Persian]
36. Nokhodian Z, Ataei B, Babak A, Yaran M, Pahlevani A. Seroprevalence of Hepatitis A among Street Children, Isfahan, Iran. *J Isfahan Med Sch* 2012;30:1-7. [In Persian]
37. Alian S, Ajami A, Ghasemian R, Yadegarinia D. Age-specific seroprevalence of hepatitis A in Sari, northern Islamic Republic of Iran/Seroprevalence de l'hepatite A en fonction de l'age a Sari (nord de la Republique islamique d'Iran). *East Mediterr Health J* 2011;17:754-8.
38. Song YB, Lee JH, Choi MS, Koh KC, Paik SW, Yoo BC, et al. The age-specific seroprevalence of hepatitis A virus antibody in Korea. *Korean J Hepatol* 2007;13:27-33.