

بررسی ارتباط پارامترهای سن، جنس و محل سکونت با شیوع بیماری کله سیستیت حاد و مزمن در بیماران عمل شده با تشخیص کله سیستیت در بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه در طول یک سال

دکتر ناصر خلجی^۱، دکتر جلال پور قاسم^۲، ناصح عبدالله زاده^۳، مجتبی ملکی^۴

تاریخ دریافت: 1391/06/29 تاریخ پذیرش: 1391/09/1

چکیده

پیش زمینه و هدف: کله سیستیت یکی از بیماری‌های شایع دستگاه گوارش می‌باشد که می‌تواند به صورت حاد یا مزمن خود را نشان بدهد و عوامل متعددی باعث بروز این بیماری می‌گردد. شیوع و اپیدمیولوژی این بیماری به دنبال تغییر در روش‌های زندگی و صنعتی شدن جوامع رو به تغییر است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع بیماری به صورت حاد و مزمن در سنین مختلف، جنسیت و محل سکونت می‌باشد.

مواد و روش کار: بیمارانی که در سال ۱۳۸۹ در بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه با تشخیص کله سیستیت بستری و تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته بودند بررسی شدند. تقسیم بندی بیماران در دو گروه کله سیستیت حاد و مزمن بر اساس یافته‌های جراحی و پاتولوژی بیمار انجام گرفت و داده‌ها توسط آزمون مجذور کای و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: ۴۴۸ بیمار بررسی شده در این مطالعه ۳۱۳ مورد کله سیستیت مزمن، ۱۳۵ مورد کله سیستیت حاد بود. بیشترین مقدار در دهه پنجم زندگی یعنی بین ۴۰ تا ۵۰ سالگی بود. که ۸۱ مورد گزارش شد. از کل بیماران ۳۵۳ مورد خانم‌ها و ۹۵ مورد آقایان بودند. و نیز ۱۸۰ مورد از کل بیماران روستائی و ۲۶۸ مورد شهر نشین بودند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه شیوع بیماری در سنین بین ۴۰ تا ۶۰ سالگی در خانم‌ها بیشترین مقدار بود. دلیل این موضوع می‌تواند تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی باشد و همچنین شیوع بیشتر کله سیستیت در زندگی شهری می‌تواند به نوع تغذیه و فعالیت فرد بستگی داشته باشد.

کلید واژه‌ها: کله سیستیت، دستگاه گوارش، اپیدمیولوژی، کله سیستکتومی، لاپاراسکوپ

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره هفتم، ص ۷۶۱-۷۶۶، ویژه‌نامه اسفند ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: ارومیه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پزشکی، گروه فیزیولوژی، تلفن: ۲۷۸۰۸۰۳

Email: khalaji.naser@gmail.com

مقدمه

شیوع این بیماری به عوامل متعددی از جمله سن، جنس و زمینه نژادی، چاقی، عدم تحرک، حاملگی، استفاده از قرص‌های ضد بارداری، عوامل تغذیه‌ای، افراد با مشکلات همولتیک مانند کم خونی داسی شکل و مشکلات آندوکروینی، سیروز و هیپر لیپیدمی، متعهل بودن، کاهش سریع وزن، داروهای مختلف نظیر استروژن، کلوفیبرات و سفتری آکسون بستگی دارد (۲، ۳). کله سیستیت حاد شایع‌ترین عارضه سنگ‌های صفاوی و شایع‌ترین علت کله سیستکتومی اورژانس می‌باشد.

کله سیستیت عبارت است از عفونت یا التهاب کیسه صفرا که می‌تواند به صورت حاد یا مزمن بروز کند و معمولاً توسط سنگ کیسه صفرا مستعد می‌شود. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دستگاه گوارش می‌باشد.

این بیماری می‌تواند بدون علامت یا علامت دار باشد. علائم به صورت نسبتاً اختصاصی مانند دردهای متناوب در ناحیه ربع فوقانی خارجی راست شکم یا به صورت غیر اختصاصی مانند تهوع و استفراغ بروز می‌کند (۱).

^۱ دکترای فیزیولوژی، مدرس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، گروه فیزیولوژی (نویسنده مسئول)

^۲ استاد یار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، بیمارستان امام خمینی (ره)

^۳ کارشناس ارشد فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه گروه فیزیولوژی

^۴ کارشناس مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، بیمارستان امام خمینی (ره)

مورد مطالعه ۴۴۸ بیمار عمل شده با تشخیص کله سیستیت در بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه در سال ۱۳۸۹ تحت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفتند انجام شد. در این مطالعه نمونه‌های کیسه صفرا که با تشخیص بالینی و پاراکلینیکی کله سیستیت، جراحی شده بودند، داخل فرمالین ۱۰ درصد قرار داده شده و به بخش پاتولوژی بیمارستان ارسال و نمونه‌ها به مدت ۲۴ ساعت در داخل فرمالین قرار گرفتند تا کاملاً "فیکس" گردند.

بعد از فیکس شدن کیسه صفرا باز شده و ابتدا از نظر مورفولوژی ماکروسکوپی و وجود سنگ و محتویات بررسی شد. سپس برش‌های کوچک از گردن، تنه و فوندوس کیسه صفرا تهیه شد. سپس روی این تکه‌های کوچک tissue processing (آب گیری) به مدت ۲۴ ساعت انجام گرفت بعد از اتمام آن نمونه‌های حاصل با پارافین قالب گیری گردید. بعد از قالب گیری با دستگاه میکروتوم برش‌های کوچک با قطر ۵ میکرومتر انجام گرفت. سپس برش‌ها را روی لام قرار داده و رنگ آمیزی هماتوکسین-آئوزین انجام و نمونه‌ها با میکروسکوپ با بزرگنمایی ۴۰ و ۱۰۰ بررسی شدند.

تقسیم بندی بیماران به دو گروه حاد و مزمن بر اساس یافته‌های جراحی و پاتولوژی انجام شد. داده‌های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS توسط آزمون مجذور کای تجزیه تحلیل گردیدند ($P < 0.05$).

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که از کل ۴۴۸ بیمار کله سیستکتومی شده بر اساس نتایج جراحی و پاتولوژی، ۳۱۳ نفر (۶۹٫۸۷٪) بیمار با تشخیص کله سیستیت مزمن بودند و ۱۳۵ نفر (۳۰٫۱۳٪) کله سیستیت حاد بودند که در نمودار ۱ نشان داده شده است.

کله سیستیت حاد بدون سنگ در مواردی همچون سوختگی شدید، ترومای شدید، سپسیس، زایمان و غیره نیز ایجاد می‌شود (۴).

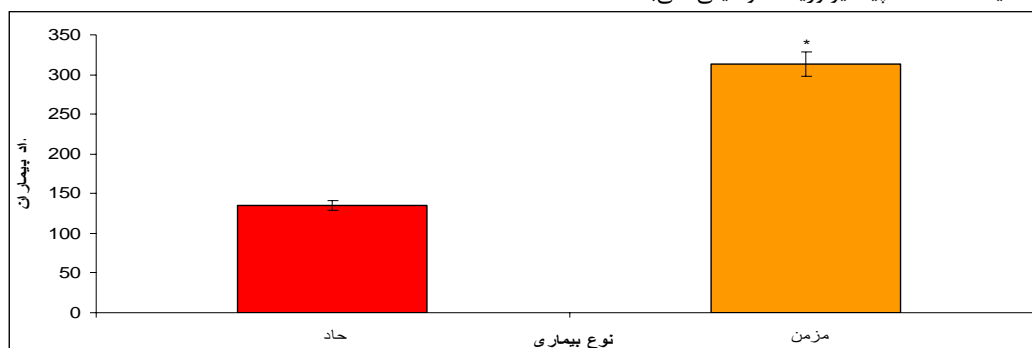
کله سیستیت مزمن یک اختلال شایع سیستم گوارش می‌باشد که در اثر التهاب مزمن مخاط کیسه صفرا به علت سنگ یا عوامل دیگر بروز می‌کند و ضمن تغییرات مخاطی، افزایش ضخامت جدار کیسه صفرا نیز عارض می‌شود (۵، ۶).

تشخیص کله سیستیت بر اساس علائم تبییک و سونوگرافی و یا وجود سنگ در سی تی اسکن است. درمان به صورت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به عنوان اولین رویکرد جراحی در اکثر این بیماران به صورت موفقیت آمیزی به کار گرفته می‌شود، که این مساله مربوط به افزایش تجربه و پیشرفت وسایل در دسترس می‌باشد (۷).

مطالعات زیادی در رابطه با شیوع کله سیستیت حاد و مزمن نسبت به سن، جنس و محل سکونت در مناطق مختلف ایران و دنیا انجام گرفته است (۸، ۹) که شدت شیوع کله سیستیت در مناطق مختلف ایران و جهان با همدیگر اختلاف دارد اما در استان آذربایجان غربی چنین تحقیقی انجام نگرفته است. مبنای بوجود آمدن این تحقیق بر اساس این سوال است که آیا شدت کله سیستیت در زن‌ها و مردها نسبت به هم در این منطقه و همچنین وجود کله سیستیت نسبت به سن و محل سکونت تفاوت محسوسی دارد یا خیر؟ در صورت وجود تفاوت معنی دار بتوان در مطالعات بعدی به علل بروز و راه حل‌های مناسب برای کاهش آن اقدام نمود. مطالعه حاضر روی ۴۴۸ بیمار کله سیستکتومی شده با تشخیص کله سیستیت در بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه انجام شده است.

مواد و روش کار

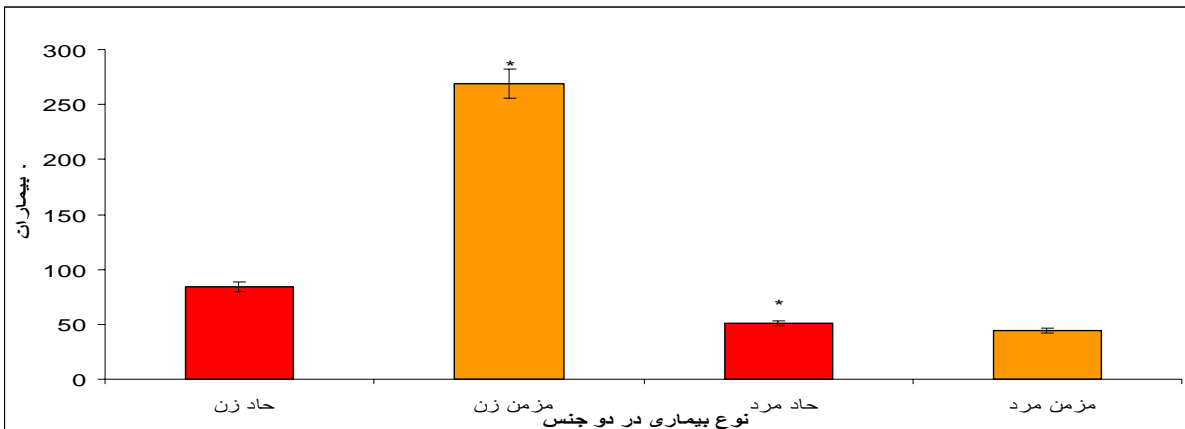
این مطالعه، یک مطالعه اپیدمیولوژیک توصیفی می‌باشد .



نمودار شماره (۱): مقایسه شیوع کله سیستیت به صورت حاد و مزمن در کل ۴۴۸ بیمار عمل شده با تشخیص کله سیستیت است. ستون سمت چپ مربوط به کله سیستیت حاد و ستون سمت راست مربوط به کله سیستیت مزمن می‌باشد که بیشترین تعداد مربوط به کله سیستیت مزمن می‌باشد. محور عمودی مربوط به تعداد بیماران، محور افقی نوع بیماری و علامت * سطح معنی داری را نشان می‌دهد ($P < 0/05$)

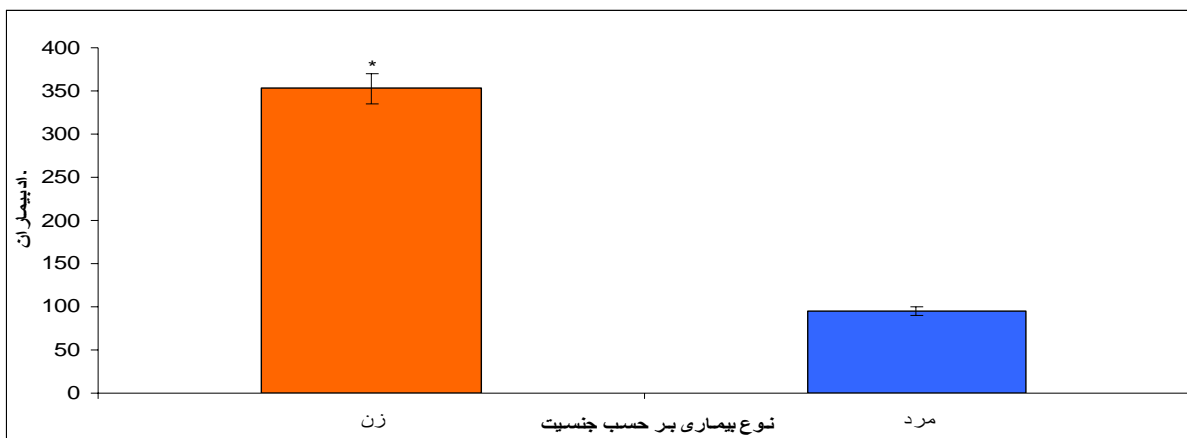
مزمّن بود. در آقایان ۵۱ نفر (۱۱.۳۸٪) کله سیستیت حاد و ۴۴ نفر (۹.۸۲٪) کله سیستیت مزمّن بود که در نمودار ۲ نشان داده شده است.

شیوع بیماری به صورت حاد و مزمّن در خانمها و آقایان در این پژوهش نشان داد که از کل بیماران، در خانمها ۸۴ نفر (۱۴.۲۸٪) کله سیستیت حاد بود و ۲۶۹ نفر (۶۰٪) کله سیستیت



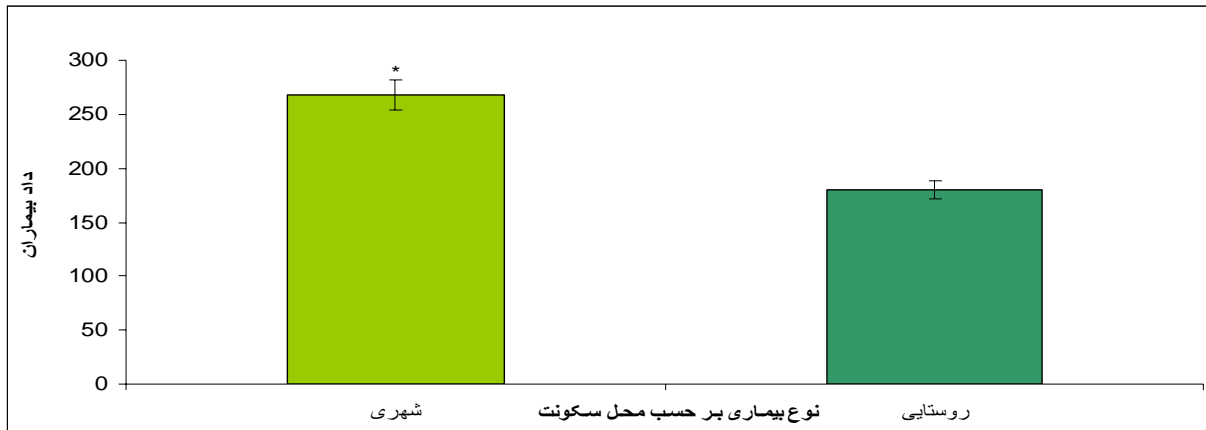
نمودار شماره (۲): مقایسه شیوع کله سیستیت حاد و مزمّن را در دو جنس به طور جداگانه نشان می‌دهد. کله سیستیت مزمّن نسبت به حاد در خانمها بیشتر است که در دو ستون سمت چپ نشان داده شده است و کله سیستیت حاد در آقایان نسبت به کله سیستیت مزمّن بیشتر است که در دو ستون سمت راست نمودار نشان داده شده است. در این نمودار بیشترین تعداد کله سیستیت مزمّن در خانمها و کمترین تعداد کله سیستیت مزمّن در آقایان می‌باشد. محور عمودی تعداد بیماران، محور افقی نوع بیماری در دو جنس و علامت * سطح معنی داری را نشان می‌دهد ($P < 0/05$).

همچنین شیوع کله سیستیت در این تحقیق بر حسب جنسیت نشان داد که ۳۵۳ مورد (۷۸.۷۹٪) زن و ۹۵ مورد (۲۱.۲۱٪) مرد بود که در نمودار ۳ تصویر شده است.



نمودار شماره (۳): مقایسه شیوع کله سیستیت در زنان و مردان را نشان می‌دهد که بیشترین تعداد مربوط به خانمها که در ستون سمت چپ نشان داده شده است و کمترین تعداد مربوط به آقایان که در ستون راست نشان داده شده است. محور عمودی تعداد بیماران، محور افقی نوع بیماری بر حسب جنسیت و علامت * سطح معنی داری را نشان می‌دهد ($P < 0/05$).

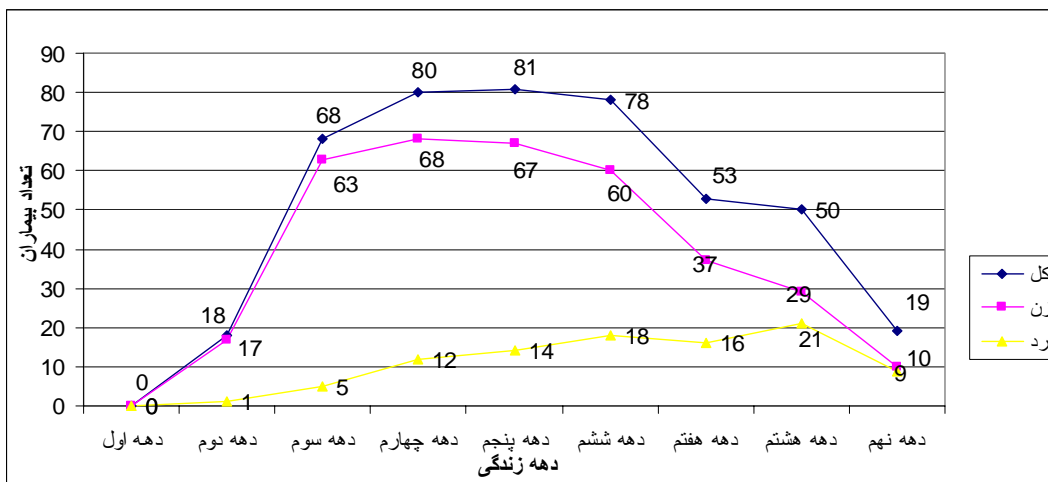
بر اساس محل سکونت ۲۶۸ نفر (۵۹.۸۲٪) شهر نشین و ۱۸۰ نفر (۴۰.۱۸٪) روستایی نشین بودند. که در شکل ۴ نشان داده شده است.



نمودار شماره (۴): مقایسه شیوع کله سیستیت بر اساس محل سکونت را نشان می‌دهد. در این نمودار بیشترین تعداد کله سیستیت در زندگی شهر نشینی بود که در ستون سمت چپ نشان داده شده است و کمترین مقدار در زندگی روستایی در ستون سمت راست نشان داده شده است. محور عمودی تعداد بیماران، محور افقی نوع بیماری بر حسب محل سکونت و علامت * سطح معنی داری را نشان می‌دهد ($P < 0/05$)

در دهه دوم ۱۷ مورد (۳۰٫۷۹٪) خانم و ۱ مورد (۰٫۲۲٪) آقا بود. در دهه سوم ۶۳ مورد (۱۴٫۰۶٪) خانم و ۵ مورد (۱٫۱۲٪) آقا بود. در دهه چهارم ۶۸ مورد (۱۵٫۱۸٪) خانم و ۱۲ مورد (۲٫۶۸٪) آقا بود. در دهه پنجم ۶۷ مورد (۱۴٫۹۵٪) خانم و ۱۴ مورد (۳٫۱۳٪) آقا بود. در دهه ششم ۶۰ مورد (۱۳٫۳۹٪) خانم و ۱۸ مورد (۴٫۰۲٪) آقا بود. در دهه هفتم ۳۷ مورد (۸٫۲۶٪) خانم و ۱۶ مورد (۳٫۵۷٪) آقا بود. در دهه هشتم ۲۹ مورد (۶٫۴۷٪) خانم و ۲۱ مورد (۴٫۶۹٪) آقا بود. و در دهه نهم ۱۰ مورد (۲٫۲۳٪) خانم و ۹ مورد (۲٫۰۱٪) آقا بود. که در نمودار ۵ نشان داده شده است.

شیوع کله سیستیت نسبت به سن، در دهه اول زندگی، موردی مشاهده نگردید. اما در دهه دوم ۱۸ مورد (۴۰٫۱٪)، در دهه سوم ۶۸ مورد (۱۵٫۱۸٪)، در دهه چهارم ۸۰ مورد (۱۷٫۸۶٪)، در دهه پنجم ۸۱ مورد (۱۸٫۰۸٪)، در دهه ششم ۷۸ مورد (۱۷٫۴۱٪)، در دهه هفتم ۵۳ مورد (۱۱٫۸۳٪)، در دهه هشتم ۵۰ مورد (۱۱٫۱۶٪) و در دهه نهم ۱۹ مورد (۴٫۲۴٪) گزارش شده است. و نیز مقایسه خانم‌ها و آقایان بر حسب سن نشان داده شده است که در دهه اول هیچ موردی در دو گروه مشاهده نگردید. اما



نمودار شماره (۵): مقایسه شیوع کله سیستیت بر حسب سن در کل بیماران و مقایسه آن در زنان و مردان در طول دوران زندگی می‌باشد. بیشترین مقدار کله سیستیت در کل بیماران و همچنین زنان در دهه سوم تا ششم زندگی می‌باشد. نسبت کله سیستیت در مردان نسبت به زنان در طول زندگی کمتر بود که با خط زرد نشان داده شده است. محور عمودی تعداد بیماران به صورت نفر، محور افقی دهه زندگی را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاضر نشان داد که کله سیستیت مزمن نسبت به کله سیستیت حاد در این مطالعه خصوصاً در خانمها بیشتر می‌باشد. یکی از عواملی که باعث کله سیستیت مزمن می‌گردد سنگ‌های صفراوی می‌باشد (۵) و علت ایجاد سنگ‌های صفراوی و بروز کله سیستیت در خانمها به عوامل متعدد نظیر استفاده از قرص‌های بارداری، زایمان‌های متعدد، هورمون‌های جنسی زنانه و آمیک بستگی دارد (۱۰، ۲). مطالعه اپیدمیولوژی که توسط نوذر در استان و همکارانش در بیمارستان آموزشی اهواز در سال ۲۰۱۱ انجام گرفت (۸) و نیز مطالعات دیگری که انجام گرفته است، تایید کننده نتایج ما می‌باشد و با نتایج ما در رابطه با افزایش شیوع کله سیستیت مزمن همخوانی دارد (۱۱).

همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که درصد کله سیستیت هم به صورت حاد و مزمن در خانمها، نسبت به آقایان بیشتر می‌باشد که این مربوط به فیزیولوژی بدن جنس مونث و تغییرات هورمونی و نیز عوامل ذکر شده زیر می‌باشد. از نظر تاثیر جنسی و هورمونی و ارتباط آن با زایمان‌های مکرر و همچنین شیوع قابل ملاحظه کولیک‌های صفراوی در زنان حامله و ایجاد کله سیستیت متعاقب زایمان مشخص شده است (۲، ۳) در طی حاملگی حرکات انقباضی کیسه صفرا کاهش می‌یابد و باعث عدم تخلیه کافی در ترشحات کیسه صفرا و رکود صفرا و به دنبال آن ایجاد سنگ‌های صفراوی و بروز کله سیستیت را دارد و این اختلال به علت ترشح بیش از حد هورمون پروژسترون در دوره بار داری می‌باشد (۱۲) مصرف استروژن در زنان به ویژه قبل از یائسگی باعث می‌شود که فعالیت آنزیم‌های کبدی مسئول تبدیل کلسترول به اسیدهای صفراوی کاهش یابد و صفرا بیشتر از کلسترول اشباع شود و در نتیجه باعث تولید سنگ‌های صفراوی و بروز کله سیستیت گردد (۱۲).

در این تحقیق شیوع کله سیستیت حاد به صورت معنی داری در مردها و شیوع کله سیستیت مزمن در زن‌ها بیشتر است. شیوع بیش از حد کله سیستیت حاد در این تحقیق و تحقیقات دیگر می‌تواند این موضوع باشد که جنس مرد به عنوان یک ریسک فاکتور برای کله سیستیت حاد مطرح گردد. مطالعات زیادی انجام گرفته که تایید کننده نتایج ما می‌باشد (۱۳، ۸).

همچنین در این تحقیق نشان داده شده است که با افزایش سن، شیوع کله سیستیت در هر دو جنس افزایش می‌یابد با توجه به اینکه با افزایش سن حساسیت کیسه صفرا به کله سیستونکین که هورمون اصلی محرک انقباض کیسه صفرا است کاهش می‌یابد در نتیجه رکود ترشحات صفراوی و بروز سنگ و دنبال آن منجر به کله سیستیت می‌گردد. (۱۲، ۱۴) در خانمها پیک افزایش بین ۳۰ تا ۶۰ سال می‌باشد و بعد از آن کاهش بارزی نشان می‌دهد دلیل این پیک افزایش در این دوره سنی ذکر شده، می‌تواند به علت تغییرات فیزیکی و هورمونی خانمها باشد زیرا در سن ۳۰ تا ۵۰ سالگی زایمان‌های متعدد، چاقی و نیز تغییرات هورمونی به علت یائسگی در خانمها ایجاد می‌گردد (۱۵) اما در مردان چنین اتفاقی نیافتاده و با افزایش سن شیوع آن افزایش یافته است. و این به دلیل تغییرات فیوژنیک کیسه صفرا نسبت به سنتز و ترشح صفرا و واکنش کیسه صفرا به هورمون‌های دستگاه گوارشی می‌تواند باشد و تحقیقاتی که توسط سیمور و همکارانش در سال ۱۹۹۷ و رودریگوز و همکارانش در سال ۲۰۱۲ انجام گرفته، تایید کننده مطالب ما می‌باشد (۱۲، ۱۴).

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که در زندگی شهری شیوع کله سیستیت بیشتر از زندگی روستایی می‌باشد دلیل این موضوع می‌تواند به نوع فعالیت و تغذیه فرد بستگی داشته باشد زیرا یکی از عوامل بروز کله سیستیت به نوع رژیم غذایی و فعالیت فرد و نیز به محیط زندگی فرد بستگی دارد (۱۲).

References:

- Vogt DP. Gallbladder disease: an update on diagnosis and treatment. *Cleve Clin J Med* 2002; 69: 977-84.
- Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al. *Schwartz's principles of surgery*. 10th Ed. New York (NY): McGraw- Hill Professional 2012; 1187-220.
- Gutkin E, Hussain SA, Kim SH. The Successful Treatment of Chronic Cholecystitis with Spy Glass cholangioscopy-assisted gallbladder drainage and irrigation through self-expandable metal stents. *Gut Liver* 2012;6 (1): 136-8.
- Jonnalagadda S. Endoscopic therapy of acute cholecystitis. *Techniques Gastrointestinal Endoscopy* 2009; 11: 13-18.
- Shenghong Z. Thirty cases of chronic cholecystitis treated by acupuncture and oral administration of Da Chai Hu Tang. *J Tradition Chin Med* 2008; 28(3): 173-4.
- Mulholland MW, Lillemoe KD, Doherty GM, Maier RV, Simeone DM, Upchurch GR.

- Greenfields Surgery: Scientific Principles & Practice Fifth Edition. Michigan: Lippincott Williams; 2010. P. 960-1072.
7. Habibi FA, Kolachalam RB, Khilnani R, Perventza O. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of gangrenous cholecystitis. *AM J Surg* 2001; 181: 71-5.
 8. Dorostan N, Paziar F, Mirrokni M. Evaluation of relationship between complications of cholecystitis and gender based on findings During Laparoscopic cholecystectomy in educational hospitals of Ahvaz Scientific. *Sci Med J Ahwaz Jundishapur Univ Med Sci* 2011; 10(2): 215-19. (Persian)
 9. Derakhshanfar A, Niayesh A, Ghasemi Farzad MM, Homae J. Assessment of the Frequency of Complications due to Laparoscopic Cholecystectomy at Hamedan Hospitals (1997-2005). *Iran J Surg* 2009;16(3): 57-63.
 10. Agah Sh, Fereshtehnejad SM, Rahmati Neshat T. Assessment of the prevalence of gallstone in ultrasonography of gallbladder and biliary duct among hospitalized patients in Rasool-Akram Hospital During 2000-2004. *Iran J Med Ssci* 2008; 57: 7-13.
 11. Gharaibeh KI, Ammari F, Al-iss H, Al-Jaberi TM, Qasaimeh GR, Bani- Hani K, et al. Laparoscopic cholecystectomy for gallstones: a comparison of outcome between acute and chronic cholecystitis. *Ann Saudi Med* 2001; 21(5-6): 312-16.
 12. Seymour I, Schwartz and Horold Ellis. *Maingot's abdominal operations*, 10th Ed. London: Appleton & Lange; 1997. P. 1717-54.
 13. Lee HK, Han HS, Min SK, Lee JH. Sex-based analysis of the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 2005; 92 (4): 463-6.
 14. Rodriguez-Sanjuan JC, Arruabarrena A, Sanchez-Moreno L, Gonzalez-Sanchez F, Herrera LA, Gomez- Fleitas M. Acute cholecystitis in high surgical risk patients: percutaneous cholecystostomy or emergency cholecystectomy. *Am J Surg* 2012; 204: 54-9.
 15. Wudel L, James Jr, Wrinht J K, Debelak JP, Allos TM, et al. Prevention of gallstone formation in morbidly obese patients undergoing rapid weight loss: results of a randomized controlled pilot study. *J Surg Res* 2002;102 (1): 50-6.