



Prevalence of *Helicobacter pylori* among Patients Referred to Asia Clinic in Kabul, Second Half of 2024

Sayed Musa Danesh^{1*}, Sayed Zia Askari², Mohammad Aref Noori IEnayatullah

Fazli INoorullah Amiri¹, Sajedah Asadi³

1-Faculty Member, Faculty of Medical Laboratory Technology, Razi University, Kabul, Afghanistan

sayedmussad@gmail.com

2-Head of Research Center, Razi University of Higher Education, Kabul, Afghanistan

3-Doctors,zhowandon Hospital, Kabul, Afghanistan

Abstract

Introduction: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection is a major cause of serious gastrointestinal diseases including gastritis, peptic ulcer, and gastric cancer, affecting more than half of the world's population. The prevalence of this infection is high in developing countries, including Afghanistan, due to unfavorable socio-economic and health conditions. This study aimed to determine the prevalence of *H. pylori* and its associated factors among patients referred to Asia Clinic in Kabul.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 183 patients over 10 years old who referred to Asia Clinic in Kabul during the last six months of 1403. Demographic, socio-economic, health, and clinical information was collected from patient records. *H. pylori* diagnosis was performed using the PCR method. Data were analyzed using SPSS version 26 and the Chi-square test.

Results: The study showed a high prevalence of *H. pylori* infection, affecting nearly half of the examined patients. This high prevalence was associated with unfavorable socio-economic and health factors such as poor economic status, unsafe water, inadequate personal hygiene, and low educational level.

Conclusion: The high prevalence of *H. pylori* in Kabul highlights its association with unfavorable socio-economic and health factors. Controlling this infection through improving public health, increasing awareness, and targeted interventions for vulnerable groups is crucial for community health.

Keywords: Epidemiology, *Helicobacter pylori*, Gastrointestinal Disorders, Peptic Ulcer.



بررسی شیوع هلیکوباکتر پیلوری در میان مراجعین کلینیک آسیا شهر کابل، نیمه دوم سال ۱۴۰۳

سید موسی دانش^{۱*}، سید ضیا عسکری^۲، محمد عارف نوری^۱، عنایت الله فضلی^۱، نورالله امیری^۱، ساجده اسدی^۲

^۱عضو هیئت علمی پوهنهی تکنالوژی طبی، پوهنتون رازی، کابل، افغانستان

sayedmussad@gmail.com

^۲آمریت مرکز تحقیقات، پوهنتون رازی، کابل، افغانستان

^۲داکتر نسایی ولادی، شفاخانه ژوندون، کابل، افغانستان

چکیده

مقدمه: عفونت هلیکوباکتر پیلوری (*H. pylori*) عامل اصلی بیماری‌های گوارشی جدی از جمله گاستریت، زخم پپتیک و سرطان معده است که بیش از نیمی از جمعیت جهان را درگیر می‌کند. شیوع این عفونت در کشورهای در حال توسعه، از جمله افغانستان، به دلیل شرایط نامطلوب اجتماعی-اقتصادی و صحتی بالا است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع *H. pylori* و عوامل مرتبط با آن در مراجعین کلینیک آسیا در کابل انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی توصیفی بر روی ۱۸۳ بیمار بالای ۱۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک آسیا در کابل طی شش ماه آخر سال ۱۴۰۳ صورت گرفت. اطلاعات دموگرافیک، اجتماعی-اقتصادی، صحتی و کلینیکی از دوسیه‌های مریضان جمع‌آوری شد. تشخیص *H. pylori* با استفاده از روش PCR انجام گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

نتایج: مطالعه شیوع بالای عفونت *H. pylori* را نشان داد که تقریباً نیمی از بیماران مورد بررسی را درگیر کرده بود. این شیوع بالا با عوامل اجتماعی-اقتصادی و صحتی نامناسبی مانند وضعیت اقتصادی ضعیف، آب ناسالم، حفظ الصحه فردی ناکافی و سطح تحصیلات پایین مرتبط بود.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای *H. pylori* در کابل، ارتباط آن با عوامل اجتماعی-اقتصادی و صحتی نامناسب را برجسته می‌کند. کنترل این عفونت از طریق بهبود رعایت نکات صحتی عمومی، افزایش آگاهی و مداخلات هدفمند برای گروه‌های آسیب‌پذیر، برای سلامت جامعه حیاتی است. **کلمات کلیدی:** اپیدمیولوژی، هلیکوباکتر پیلوری، اختلالات هضمی، زخم معده.

مقدمه

عفونت‌های دستگاه گوارش از جمله مشکلات شایع صحت در سطح جهان به شمار می‌روند و یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده این عفونت‌ها، باکتری هلیکوباکتر پیلوری (*Helicobacter pylori*) است (۱). این باکتری گرم منفی، مارپیچی شکل و میکروآئروفیل که مجهز به فلاژل برای تحرک بالا است، نخستین بار در سال ۱۹۸۲ توسط «بری مارشال» و «رابین وارن» شناسایی گردید (۲). کشف آن نقطه عطفی در شناخت بیماری‌های معده محسوب می‌شود، زیرا پیش از این، زخم معده و گاستریت مزمن به عنوان بیماری‌های ناشی از استرس یا تغذیه نامناسب در نظر گرفته می‌شود (۳). این کشف، باور قبلی مبنی بر استریل بودن محیط معده را رد کرد و منجر به بازنویسی درک پاتوفیزیولوژی معده و بیماری‌های گوارشی شد (۴).

هلیکوباکتر پیلوری بیش از نیمی از جمعیت جهان را آلوده می‌کند و قوی‌ترین عامل خطر برای ایجاد عوارض معده مانند گاستریت مزمن، بیماری‌های زخم و سرطان معده است (۴). این باکتری برای بقا در شرایط اسیدی معده، مکانیسم‌های پیچیده‌ای را توسعه داده است (۵). یکی از مهم‌ترین عوامل بیماری‌زایی آن، فعالیت آنزیم اوره‌آز است که با تولید آمونیاک، محیط اسیدی اطراف باکتری را خنثی می‌کند (۶). تحرک باکتری نیز به آن اجازه می‌دهد تا از لایه مخاطی عبور کرده و به سلول‌های اپیتلیال معده بچسبد و از اسید معده فرار کند (۷، ۸).

تحقیقات متعدد نشان دادند که *H. pylori* عامل اصلی ایجاد گاستریت مزمن، زخم‌های پپتیک و حتی سرطان معده است (۹، ۱۰). علاوه بر بیماری‌های معده، شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهد که هلیکوباکتر پیلوری ممکن است با بیماری‌های خارج معده متعددی نیز مرتبط باشد، از جمله کم‌خونی فقر آهن، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک (ITP) و کمبود ویتامین B12 (۱۰-۱۲). مکانیسم‌های پاتوژنیک زمینه‌ای که ارتباط میان هلیکوباکتر پیلوری و این اختلالات خونی را توضیح می‌دهند، هنوز به طور کامل روشن نشده‌اند؛ با این حال، پاسخ هماتولوژیک مطلوب پس از درمان ریشه‌کنی، نقش احتمالی و مهم این باکتری را در این روند تأیید می‌کند (۱۳).

این یافته‌ها اهمیت فراوانی در عرصه طبابت به وجود آوردند تا جایی که کاشفان آن، بری مارشال و رابین وارن، جایزه نوبل فیزیولوژی در عرصه طبابت را در سال ۲۰۰۵ به دلیل کشف باکتری هلیکوباکتر پیلوری و نقش آن در گاستریت و بیماری زخم پپتیک دریافت کردند (۱۴). (۱۵) انتقال هلیکوباکتر پیلوری هنوز یک موضوع باز است، اما احتمالاً عفونت در سنین پایین، به ویژه در شرایط اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، اکتسابی می‌شود و انتقال از فرد به فرد محتمل است (۱۶). عفونت‌های سیستم هضمی از جمله مشکلات شایع صحت در سطح جهان به شمار



می‌روند و یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده این عفونت‌ها، باکتری هلیکوباکتر پیلوری (*Helicobacter pylori*) است.

از نظر بالینی، عفونت با *H. pylori* طیف وسیعی از تظاهرات را شامل می‌شود. بسیاری از افراد آلوده بدون علامت باقی می‌مانند (۹) اما در بخشی از بیماران، بیماری‌های مهمی مانند گاستریت مزمن، زخم معده و دوازدهه، سوءهاضمه عملکردی، کم‌خونی فقر آهن مقاوم به درمان و حتی لنفوم بافت لنفاوی مرتبط با مخاط (MALT lymphoma) دیده می‌شود (۹). مهم‌تر از همه، سازمان جهانی صحت (WHO)، *H. pylori* را به‌عنوان یک «کارسینوژن گروه یک» معرفی کرده است، زیرا شواهد علمی قوی ارتباط آن با سرطان معده را ثابت کرده‌اند (10، 13). سرطان معده همچنان از جمله علل مهم مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در بسیاری از کشورها است و کنترل عفونت *H. pylori* می‌تواند نقش اساسی در کاهش بار بیماری‌های کشنده ایفا کند (10، 13).

از نظر اپیدمیولوژیک، *H. pylori* یکی از شایع‌ترین عفونت‌های مزمن انسانی به شمار می‌رود و بیش از نیمی از جمعیت جهان به این باکتری آلوده هستند (17). با این حال، توزیع جغرافیایی عفونت بسیار متفاوت است. در کشورهای توسعه‌یافته، میزان شیوع طی دهه‌های اخیر به‌طور قابل توجهی کاهش یافته و در برخی مناطق به کمتر از ۳۰ درصد رسیده است (18). در مقابل، در کشورهای در حال توسعه میزان شیوع همچنان بالا است و در برخی کشورها بیش از ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد آلوده هستند (۱۸).

انتقال *H. pylori* اغلب از طریق مسیرهای دهانی-دهانی و مدفوعی-دهانی صورت می‌گیرد (16). بنابراین، منابع آب غیرصحتی، غذای آلوده و رعایت نکردن حفظ الصحة فردی نقش مهمی در گسترش عفونت دارند (16). در بسیاری از خانواده‌ها، انتقال درون خانوادگی به‌ویژه از والدین به فرزندان گزارش شده است (16). شروع عفونت غالباً در دوران کودکی رخ می‌دهد و اگر درمان نشود، می‌تواند تا پایان عمر پایدار باقی بماند (16). این موضوع اهمیت پیشگیری و تشخیص زودهنگام را دوچندان می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که عوامل متعددی با افزایش شیوع عفونت مرتبط هستند، از جمله وضعیت اقتصادی ضعیف، تراکم بالای جمعیت در منازل، سطح تحصیلات پایین، دسترسی محدود به آب سالم، مصرف غذای بیرون از منزل و عدم رعایت بهداشت فردی مانند شستن دست‌ها پیش از غذا (18). این عوامل در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از جمله افغانستان، شایع هستند و می‌توانند زمینه‌ساز گسترش بیشتر بیماری باشند.

افغانستان به‌عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه با چالش‌های متعددی در حوزه صحت و درمانی مواجه است. وضعیت اجتماعی-اقتصادی نامطلوب، نبود زیرساخت‌های مناسب آب و



فاضلاب، کمبود امکانات تشخیصی و درمانی و سطح پایین آگاهی عمومی درباره بیماری‌های عفونی، همگی زمینه را برای شیوع بالاتر *H. pylori* فراهم می‌کنند. با وجود اهمیت بالای این موضوع، مطالعات جامع در مورد شیوع و عوامل مرتبط با *H. pylori* در افغانستان محدود بوده و اطلاعات اندکی در دسترس است. این کمبود داده‌های بومی سبب می‌شود که سیاست‌گذاران و متخصصان نتوانند به‌طور دقیق برنامه‌ریزی کنند و مداخلات نکات صحی متناسب را طراحی نمایند. از سوی دیگر، شیوع بالای مشکلات هضمی در میان جمعیت افغانستان، به‌ویژه جوانان و افراد در سنین کاری، می‌تواند پیامدهای جدی برای سلامت عمومی و بهره‌وری اجتماعی داشته باشد. دردهای شکمی، سوزش معده، تهوع، سوءهاضمه و سایر علایم مرتبط با عفونت *H. pylori* نه تنها کیفیت زندگی بیماران را کاهش می‌دهند، بلکه بار اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی نیز بر خانواده‌ها و نظام سلامت وارد می‌کنند. در شرایطی که بسیاری از مردم توانایی دسترسی به خدمات صحی پیشرفته را ندارند، پیشگیری و شناسایی عوامل خطر اهمیت مضاعف پیدا می‌کند. بنابراین، تحقیق حاضر با هدف بررسی شیوع *H. pylori* و عوامل مرتبط با آن در میان مراجعین به کلینیک آسیا در شهر کابل در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ طراحی و اجرا گردید تا با ارائه شواهد علمی، مسیر را برای ارتقای سطح سلامت جامعه هموار سازد.

روش تحقیق

این تحقیق یک مطالعه مقطعی توصیفی است که با هدف بررسی شیوع *Helicobacter pylori* عوامل مرتبط با آن در میان مراجعین به کلینیک آسیا شهر کابل در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

محل و زمان مطالعه: محل اجرای مطالعه کلینیک آسیا در شهر کابل بود. داده‌های موردنیاز از دوسیه‌های ثبت‌شده مریضان در شش ماه آخر سال ۱۴۰۳ استخراج گردید.

جامعه و نمونه مورد مطالعه: جامعه مورد مطالعه شامل تمامی بیمارانی بود که در بازه زمانی مذکور به کلینیک مراجعه کرده و تست تشخیصی *H. pylori* برای آن‌ها انجام شده بود. معیار ورود به مطالعه شامل تمامی مراجعین بالای ده سال با اطلاعات دموگرافیک و کلینیکی کامل در دوسیه بود. معیارهای خروج شامل دوسیه‌های ناقص یا بیماران دارای سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضداسید طی دو هفته پیش از انجام تست در نظر گرفته شد. حجم نمونه شامل ۱۸۳ بیمار بود که معیارهای ورود را دارا بودند.

جمع‌آوری داده‌ها: اطلاعات از طریق بررسی دوسیه‌های راجسترشده بیماران جمع‌آوری گردید. متغیرهای موردنظر شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی،



شغل، موقعیت جغرافیایی (کابل یا ولایات)، نوع آب آشامیدنی (صحی یا غیرصحی)، عادات صحی (مانند شستن دست قبل از غذا)، منبع غذایی (خانگی یا بیرونی)، علایم هضمی (سوزش معده، درد شکم، تهوع، سردرد و علایم ترکیبی)، سابقه بیماری‌های قبلی، سابقه خانوادگی ابتلا و نتیجه تست تشخیصی *H. pylori* بود.

روش تشخیص: تشخیص *H. pylori* به صورت مقداری با استفاده از ماشین Plus Finecare انجام گردید، که به‌عنوان یکی از دقیق‌ترین ماشین‌های ستندرد در انجام تست‌ها به صورت مقداری در لابراتوارها استفاده می‌گردد.

متغیرها: در این مطالعه، متغیر وابسته وجود یا عدم وجود عفونت *H. pylori* بر اساس انجام تست توسط ماشین Finecare Plus بود و متغیرهای مستقل شامل عوامل دموگرافیک، اقتصادی، اجتماعی و صحی ذکر شده در بالا بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های گردآوری‌شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ وارد شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها به‌صورت توصیفی (فراوانی و درصد) و تحلیلی با استفاده از آزمون‌های آماری مانند Chi-square انجام گردید و سطح معنی‌داری کمتر از ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه بر اساس اصول اخلاق در تحقیقات طبیی اجرا گردید. مشخصات فردی بیماران کاملاً محرمانه نگه‌داری شد و داده‌ها صرفاً برای مقاصد تحقیقاتی استفاده گردید. همچنین قبل از شروع تحقیق اجازه کتبی از مدیریت کلینیک آسیا اخذ شد.

نتایج

این تحقیق جهت بررسی واقعات هلیکوباکتر پیلوری نزد مریضان مراجعه‌کننده در کلینیک آسیا در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ با استفاده از دوسیه‌های راجستر شده مریضان انجام شده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی نسبی افراد بر اساس محدوده سنی

گروه سنی (سال)	تعداد	درصد
کمتر از 10 سال	2	1.1
11-20	45	24.6
21-30	74	40.4
31-40	32	17.5
41-50	14	7.7
بیشتر از 51 سال	16	8.7



بر اساس آنالیز اطلاعات حاصل از این پژوهش، از ۱۸۳ فرد مطالعه شده ۱۰۳ نفر (۵۶٪) مرد ۸۰ نفر (۴۳٪) از آن‌ها زن بودند. میانگین سنی مریضان در این تحقیق ۲۸٫۷ سال بوده و بیشترین افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال قرار داشتند. توزیع فروانی نسبی افراد مورد مطالعه براساس گروهی سنی در جدول (۱) آورده شده است. میزان شیوع در این تحقیق ۴۳٫۷ درصد دریافت شد. از کل افراد مطالعه شده ۱۰۰ نفر (۵۴٫۶٪) مجرد، ۸۳ نفر (۴۵٫۴٪) متأهل بودند. از مجموع افراد تحت مطالعه از لحاظ اقتصادی ۸۵ نفر (۴۶٫۴٪) ضعیف، ۷۴ نفر (۴۰٫۴٪) متوسط و ۲۴ نفر (۱۳٫۱٪) از آن‌ها خوب دریافت شدند. از کل افراد مورد مطالعه ۳۶ نفر (۱۹٫۷٪) بی‌سواد، ۴۰ نفر (۲۱٫۹٪) سواد ابتدائیه، ۶۱ نفر (۳۳٫۳٪) متوسط، ۲۴ نفر (۱۳٫۱٪) فارغ صنف دوازدهم و ۲۲ نفر (۱۲٪) از آن‌ها تحصیلات عالی داشتند. از کل افراد مورد مطالعه از لحاظ موقعیت جغرافیایی ۱۵۵ نفر (۸۴٫۷٪) از کابل و ۲۸ نفر (۱۵٫۳٪) از ولایات بودند. از کل افراد تحت مطالعه سوزش معده ۳۴ نفر (۱۸٫۶٪)، تهوع ۲۷ نفر (۱۴٫۸٪)، درد شکم ۳۰ نفر (۱۶٫۴٪) و همه علائم ۴۸ نفر (۲۶٫۲٪) از آن‌ها علائم هضمی داشتند. از کل افراد تحت مطالعه ۴۵ نفر (۲۴٫۶٪) از آب صحت استفاده می‌کردند و ۱۳۸ نفر (۷۵٪) از آب غیر صحت استفاده می‌کردند. از کل افراد مورد مطالعه ۶۹ نفر (۳۷٫۷٪) دست‌های خود را قبل از غذا خوردن می‌شستند و ۱۱۴ نفر (۶۲٫۳٪) از آن‌ها دست‌های خود را قبل از غذا نمی‌شستند. از کل افراد تحت مطالعه ۶۲ نفر (۳۳٫۹٪) از غذای که در خانه آماده می‌شدند استفاده می‌کردند و ۱۲۱ نفر (۶۶٫۱٪) از غذای بیرونی مانند رستوران و غیره استفاده می‌کردند. از کل افراد تحت مطالعه علائم هضمی سوزش معده ۳۴ نفر (۱۸٫۶٪)، تهوع ۲۷ نفر (۱۴٫۸٪)، درد شکم ۳۰ نفر (۱۶٫۴٪)، سردردی ۴۴ نفر (۲۴٪) و ترکیبی از موارد ۴۸ نفر (۲۶٫۲٪) داشتند. از کل افراد تحت مطالعه ۸۸ نفر (۴۸٫۱٪) سابقه خانوادگی بیماری داشتند و ۹۵ نفر (۵۱٫۹٪) سابقه خانوادگی نداشتند. از کل افراد تحت مطالعه ۵۰ نفر (۲۷٫۳٪) سابقه بیماری قبلی داشتند و ۱۲۰ نفر (۶۵٫۶٪) سابقه بیماری قبلی نداشتند.

جدول (۲) توزیع متغیرها

شاخص	گروهی	تعداد	فیصدی
سن	کمتر از ۱۰ سال	۲	۱٫۱٪
	۱۱-۲۰ سال	۴۵	۲۴٫۶٪
	۲۱-۳۰ سال	۷۴	۴۰٫۴٪
	۳۱-۴۰ سال	۳۲	۱۷٫۵٪



	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۴	۷,۷%
	۵۱ سال بالاتر	۱۶	۸,۷%
جنس	مرد	۱۰۳	۵۶,۳%
	زن	۸۰	۴۳,۷%
وضعیت تاهل	مجرد	۸۳	۴۵,۴%
	متاهل	۱۰۰	۵۴,۶%
شغل	کارمند اداری	۲۵	۱۳,۷%
	معلم	۲۰	۱۰,۹%
	خانم خانه‌دار	۳۵	۱۹,۹%
	محصل	۳۰	۱۶,۴%
	کارگر روزمزد	۴۰	۲۱,۹%
	دست‌فروش	۱۵	۸,۲%
	بی‌کار	۱۸	۹,۸%
	ضعیف	۸۵	۴۶,۴%
وضعیت اقتصادی	متوسط	۷۴	۴۰,۴%
	خوب	۲۴	۱۳,۱%
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۶۱	۳۳,۳%
	سواد ابتدائیه	۴۰	۲۱,۱%
	سواد متوسط	۳۶	۱۹,۷%
	لیسه	۲۴	۱۳,۱%
	سواد پوهنتونی	۲۲	۱۲%
	کابل	۱۵۵	۸۴,۷%
موقعیت جغرافیایی	ولایات	۲۸	۱۵,۳%
	بلی	۴۵	۲۴,۶%
استفاده از آب سالم	نخیر	۱۳۸	۷۵,۴%
	بلی	۶۹	۳۷,۷%
شستن دست قبل از غذا			



۶۲,۳٪	۱۱۴	نخیر	
۳۳,۹٪	۶۲	خانه	منبع غذا
۶۶,۱٪	۱۲۱	بیرون (رستوران، خیابانی و ترکیبی از این‌ها)	
% ۱۸,۶	۳۴	سوزش معده	علائم هضمی
۱۴,۸٪	۲۷	تهوع	
% ۱۶,۴	۳۰	درد شکم	
% ۲۴	۴۴	سر دردی	
۲۶,۲	۴۸	همه موارد	عادات غذای
% ۲۹	۵۳	غذای صحی	
% ۷۱	۱۳۰	غذای غیر صحی	
۴۸,۱٪	۸۸	بلی	سابقه خانوادگی (پدر، مادر، خواهر و برادر)
۵۱,۹٪	۹۵	نخیر	
۲۷,۳٪	۵۰	بلی	سابقه قبلی ابتلا و درمان
۶۵,۶٪	۱۲۰	نخیر	
مقداری با استفاده از ماشین Finecare Plus			نوع تشخیص

بحث:

شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری (*H. pylori*) در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، از جمله ایران، بین ۲۲٪ تا ۸۷,۶٪ متغیر است (19). در افغانستان، مطالعات مختلف شیوع‌های متفاوتی را گزارش کرده‌اند؛ به عنوان مثال، شیوع ۴۱٪ در ولایت پکتیا (20) و ۷۵,۶٪ در بیماران مبتلابه سوءهاضمه در اندخوی مشاهده شده است (21). علاوه بر این، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۳ در کابل انجام شد، عفونت *H. pylori* به عنوان عامل اصلی در ۵۰٪ موارد گاستریت شناسایی گردید (22). در این تحقیق که بر روی مراجعین به کلینیک آسیا در کابل در شش ماه آخر سال ۱۴۰۳ انجام شده است، میزان شیوع *H. pylori* برابر با ۴۳,۷ درصد گزارش شده است. این میزان در محدوده میانگین جهانی (۴۰ تا ۵۰ درصد) قرار دارد، اما در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته



که شیوع کمتر از ۳۰ درصد است، نسبتاً بالاتر محسوب می‌شود که با الگوی جهانی شیوع بالاتر در کشورهای در حال توسعه همخوانی دارد.

عوامل متعددی با افزایش خطر ابتلا به عفونت *H. pylori* مرتبط هستند. در این تحقیق، بیشترین افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال (۴۰.۴٪) قرار داشتند و میانگین سنی مراجعین ۲۸.۷ سال بود. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده آغاز عفونت در سنین پایین‌تر و آشکار شدن آن در جوانی باشد که با نتایج مطالعات در کشورهای در حال توسعه مشابه است. شیوع *H. pylori* با افزایش سن در بیماران مبتلا به سوءهاضمه افزایش می‌یابد (23) و سن به عنوان یک عامل خطر مستقل برای عفونت *H. pylori* شناخته شده است (20).

از نظر جنسیت، در این تحقیق ۵۶.۳٪ از افراد مورد مطالعه مرد و ۴۳.۷٪ زن بودند که نشان‌دهنده شیوع اندکی بالاتر در مردان است. برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که عفونت *H. pylori* در مردان شایع‌تر است (24)، هرچند این اختلاف معمولاً چشمگیر نیست و عوامل محیطی و اجتماعی تأثیر بیشتری بر شیوع بیماری دارند.

شرایط اقتصادی-اجتماعی ضعیف در بزرگسالان با شیوع بالاتر این عفونت ارتباط دارد (24). در این تحقیق، ۴۶.۴٪ از افراد مورد مطالعه وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند. همچنین، ۷۵.۴٪ از افراد از آب غیر صحتی استفاده می‌کردند که با یافته‌های پیشین مبنی بر ارتباط استفاده از آب سطحی محافظت نشده با شیوع بالاتر *H. pylori* همسو است (23). عادات صحتی ضعیف نیز نقش مهمی ایفا می‌کند؛ ۶۲.۳٪ از افراد دست‌های خود را قبل از غذا نمی‌شستند که این عادت نیز با شیوع این عفونت ارتباط دارد (23). علاوه بر این، ۶۶.۱٪ از افراد بیشتر از غذای بیرون از خانه استفاده می‌کردند که این عوامل همگی در مطالعات پیشین به عنوان عوامل خطر مهم در گسترش عفونت *H. pylori* شناخته شده‌اند.

سطح سواد نیز یک عامل تأثیرگذار است؛ در این تحقیق، ۳۳.۳٪ از افراد بی‌سواد و ۲۱.۱٪ دارای سواد ابتدایی بودند که نشان‌دهنده شیوع بالاتر در میان افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر است. بی‌سوادی به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده شیوع *H. pylori* در بیماران مبتلا به سوءهاضمه در افغانستان شناخته شده است (21) و سطح پایین تحصیلات پدر نیز با عفونت *H. pylori* ارتباط معکوس دارد (25).

از نظر علائم کلینیکی، در این تحقیق ۱۸.۶٪ از افراد سوزش معده، ۱۴.۸٪ تهوع، ۱۶.۴٪ درد شکم و ۲۴٪ سردرد داشتند، در حالی که ۲۶.۲٪ ترکیبی از علائم را نشان دادند. بیماران مبتلا به سوءهاضمه در اندخوی، افغانستان، شیوع بالایی از *H. pylori* را نشان دادند که با علائمی مانند درد اپی‌گاستر همراه بود (21). با این حال، باید توجه داشت که درصد بالایی از افراد آلوده



ممکن است بدون علامت باقی بمانند (۲۶)، که این موضوع اهمیت غربالگری و تشخیص زودهنگام را برجسته می‌کند.

این تحقیق ممکن است دارای محدودیت‌هایی باشد، از جمله اینکه داده‌ها تنها از یک کلینیک در شهر کابل جمع‌آوری شده است و بنابراین نتایج به‌طور کامل قابل تعمیم به کل کشور نیست. همچنین، استفاده از دوسیه‌های ثبت‌شده ممکن است با کاستی‌هایی در دقت و کامل بودن اطلاعات همراه باشد. علاوه بر این، طراحی مقطعی مطالعه امکان بررسی رابطه علت و معلولی را فراهم نمی‌کند و تنها ارتباط بین متغیرها را نشان می‌دهد (۲۵). با وجود این محدودیت‌ها، این تحقیق از نخستین مطالعاتی است که به‌صورت مستند شیوع *H. pylori* را در افغانستان بررسی نموده و نتایج آن می‌تواند مبنایی برای مطالعات گسترده‌تر و مداخلات پیشگیرانه باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ای در کابل شیوع بالای عفونت هلیکوباکتر پیلوری را نشان داد که تقریباً نیمی از بیماران موردبررسی را درگیر کرده بود. این شیوع بالا با عوامل اجتماعی-اقتصادی و صحت نامناسبی مانند وضعیت اقتصادی ضعیف، آب ناسالم، بهداشت فردی ناکافی و سطح تحصیلات پایین مرتبط بود. با توجه به ارتباط *H. pylori* با بیماری‌های جدی گوارشی، کنترل این عفونت از طریق بهبود بهداشت عمومی، افزایش آگاهی و مداخلات هدفمند برای گروه‌های آسیب‌پذیر، برای سلامت جامعه حیاتی است.

پیشنهادهای

بر اساس نتایج این مطالعه، برای کنترل عفونت هلیکوباکتر پیلوری و بهبود سلامت عمومی، اقدامات زیر پیشنهاد می‌شود:

- **بهبود رعایت نکات صحت:** ارتقاء زیرساخت‌های بهداشتی، به‌ویژه دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سیستم‌های فاضلاب مناسب، برای کاهش انتقال عفونت ضروری است.
- **افزایش آگاهی:** آموزش عمومی در مورد راه‌های انتقال *H. pylori*، اهمیت بهداشت فردی (مانند شستن دست‌ها) و علائم مرتبط با عفونت می‌تواند به پیشگیری و تشخیص زودهنگام کمک کند.
- **مداخلات هدفمند برای گروه‌های آسیب‌پذیر:** طراحی و اجرای برنامه‌های غربالگری و درمانی هدفمند برای جمعیت‌هایی که در معرض خطر بالاتری قرار دارند،



مانند افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و سطح تحصیلات کم، می‌تواند مؤثر باشد.

محدودیت‌ها

- این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شوند:
- **طراحی مقطعی:** این تحقیق یک مطالعه مقطعی توصیفی است که تنها می‌تواند ارتباط بین عوامل را نشان دهد و قادر به تعیین رابطه علت و معلولی نیست.
 - **منبع داده:** داده‌ها از دوسیه‌های ثبت‌شده بیماران در یک کلینیک خاص (کلینیک آسیا در کابل) استخراج شده‌اند. این امر ممکن است باعث سوگیری در انتخاب نمونه شود و نتایج را به کل جمعیت کابل یا افغانستان قابل تعمیم نکند.
 - **محدودیت زمانی و مکانی:** مطالعه به یک کلینیک در شهر کابل و یک بازه زمانی مشخص (شش ماه آخر سال ۱۴۰۳) محدود شده است، که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد.
 - **معیارهای خروج:** حذف بیماران با دوسیه‌های ناقص یا سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضداسید در دو هفته قبل از آزمایش، اگرچه برای دقت مطالعه ضروری است، اما ممکن است بر قابلیت تعمیم نتایج به این گروه‌ها تأثیر بگذارد.
- کمبود مطالعات جامع:** به‌طور کلی، مطالعات جامع در مورد شیوع و عوامل مرتبط با H. pylori در افغانستان محدود است، که مقایسه و تفسیر نتایج این مطالعه را با داده‌های بومی دیگر دشوار می‌سازد.



Reference

1. Yi M, Chen S, Yi X, Zhang F, Zhou X, Zeng M, et al. Helicobacter pylori infection process: From the molecular world to clinical treatment. *Frontiers in Microbiology*. 2025;16:1541140.
2. Sedarat Z, Taylor-Robinson AW. Helicobacter pylori outer membrane proteins and virulence factors: potential targets for novel therapies and vaccines. *Pathogens*. 2024;13(5):392.
3. Abbasi J. Barry Marshall, MD: H pylori 35 years later. *Jama*. 2017;317(14):1400-2.
4. Malfertheiner P, Schulz C, Hunt RH. Helicobacter pylori Infection: A 40-year journey through shifting the paradigm to transforming the management. *Digestive Diseases*. 2024;42(4):299-308.
5. Ansari S, Yamaoka Y. Helicobacter pylori virulence factors exploiting gastric colonization and its pathogenicity. *Toxins*. 2019;11(11):677.
6. Dunn J. Young children's close relationships: Beyond attachment: Sage Publications, Inc; 1993.
7. Dunn BE. Pathogenic mechanisms of Helicobacter pylori. *Gastroenterol Clin North Am*. 1993;22(1):43-57.
8. Sycuro LK, Wyckoff TJ, Biboy J, Born P, Pincus Z, Vollmer W, et al. Multiple peptidoglycan modification networks modulate Helicobacter pylori's cell shape, motility, and colonization potential. *PLoS Pathog*. 2012;8(3):e1002603.
9. Malfertheiner P, Schulz C, Hunt RH. Helicobacter pylori Infection: A 40-Year Journey through Shifting the Paradigm to Transforming the Management. *Dig Dis*. 2024;42(4):299-308.
10. Kuwana M. Helicobacter pylori-associated immune thrombocytopenia: clinical features and pathogenic mechanisms. *World J Gastroenterol*. 2014;20(3):714-23.
11. He J, Liu Y, Ouyang Q, Li R, Li J, Chen W, et al. Helicobacter pylori and unignorable extragastric diseases: Mechanism and implications. *Front Microbiol*. 2022;13:972777.
12. Yi M, Chen S, Yi X, Zhang F, Zhou X, Zeng M, et al. Helicobacter pylori infection process: from the molecular world to clinical treatment. *Front Microbiol*. 2025;16:1541140.



13. Santambrogio E, Orsucci L. *Helicobacter pylori* and hematological disorders. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2019;65(3):204-13.
14. Mégraud F. A humble bacterium sweeps this year's Nobel Prize. *Cell*. 2005;123(6):975-6.
15. Bordin DS, Shengelia MI, Ivanova VA, Voynovan IN. [The history of the discovery of the *Helicobacter pylori*]. *Ter Arkh*. 2022;94(2):283-8.
16. Stone MA. Transmission of *Helicobacter pylori*. *Postgrad Med J*. 1999;75(882):198-200.
17. Ansari S, Yamaoka Y. *Helicobacter pylori* Virulence Factors Exploiting Gastric Colonization and its Pathogenicity. *Toxins (Basel)*. 2019;11(11):11.
18. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, Suen MMY, Underwood FE, Tanyingoh D, et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2017;153(2):420-9.
19. Eshraghian A. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection among the healthy population in Iran and countries of the Eastern Mediterranean Region: a systematic review of prevalence and risk factors. *World J Gastroenterol*. 2014;20(46):17618-25.
20. Arabzai FH, Khaskar TM, Wali NM. *Helicobacter pylori* and related Risk Factors in Paktia, Afghanistan. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences and Research*. 2024;7(1):32-40.
21. Hamrah MH, Hamrah MS, Hamrah MH, Kanda M, Hamrah AE, Dahi AE, et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in dyspeptic patients in Andkhoy Afghanistan. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(11):3123.
22. Jawad MJ. Prevalence and Influencing Factors of Gastritis in Alemi Hospital, Kabul in 2023. *Scientific-Research Quarterly Journal of Medical Science*. 2024;9(15):11-6.
23. Abebaw W, Kibret M, Abera B. Prevalence and risk factors of *H. pylori* from dyspeptic patients in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(11):4459-63.
24. Moayyedi P, Axon AT, Feltbower R, Duffett S, Crocombe W, Brauholtz D, et al. Relation of adult lifestyle and socioeconomic factors to the prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31(3):624-31.



25. Santos IS, Boccio J, Santos AS, Valle NC, Halal CS, Bachilli MC, et al. Prevalence of Helicobacter pylori infection and associated factors among adults in Southern Brazil: a population-based cross-sectional study. BMC public health. 2005;5(1):118.
26. Eshraghian A. Epidemiology of Helicobacter pylori infection among the healthy population in Iran and countries of the Eastern Mediterranean Region: a systematic review of prevalence and risk factors. World journal of gastroenterology: WJG. 2014;20(46):17618.

