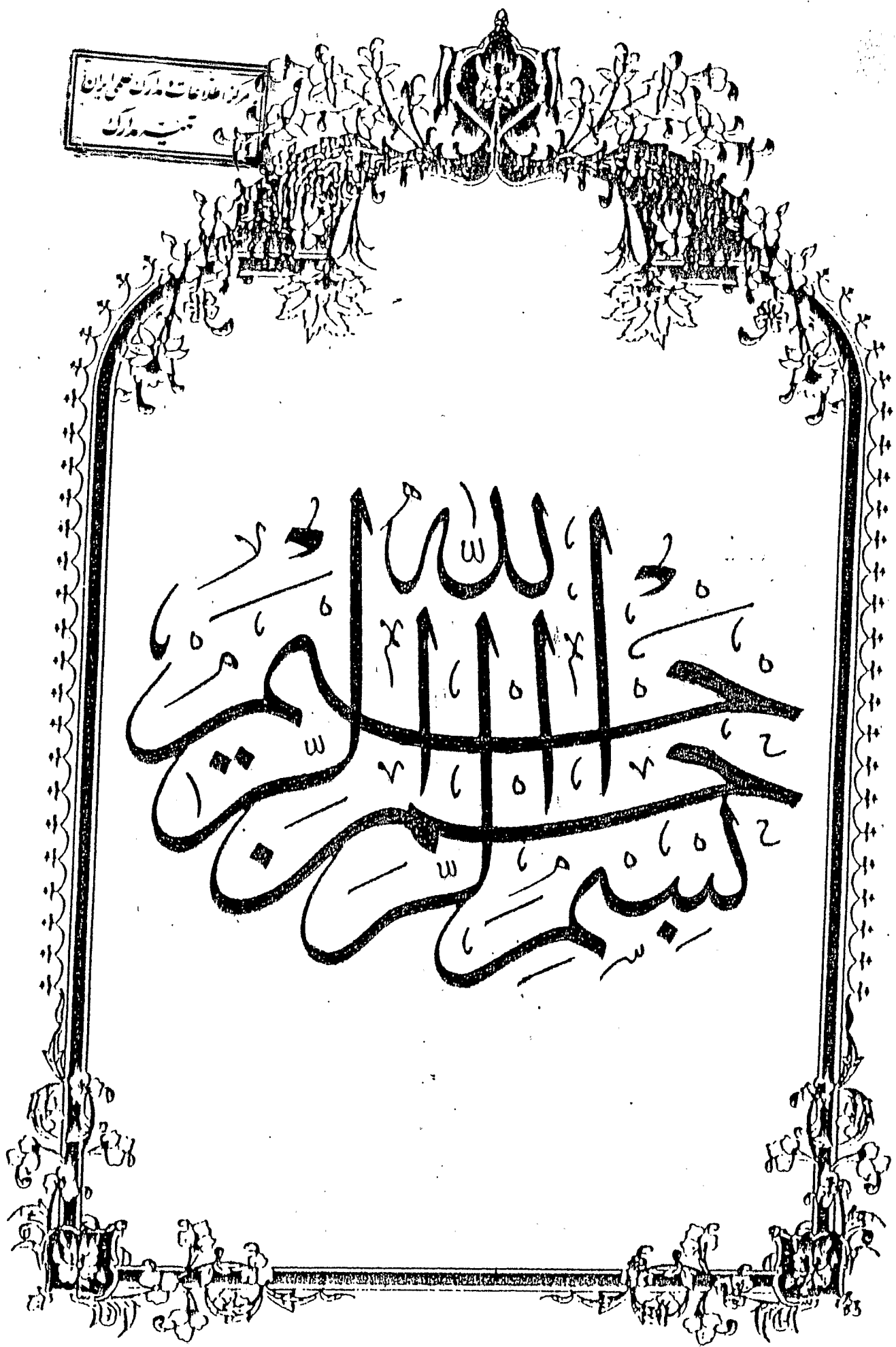
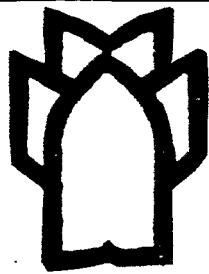
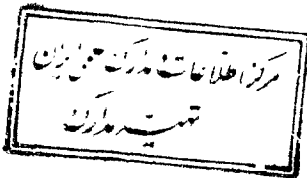


مرکز خدمات مردمی ایران  
توسعه مردمک

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



۱۳۷۸ / ۳ / ۳۰



**دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه**  
**دانشکده پزشکی**

**پایان نامه:**

**جهت اخذ درجه دکترای تخصصی بیماریهای عفونی و گرمسیری**

**موضوع:**

**بررسی پرونده‌های بیماران مبتلا به هپاتیت B بستری در بیمارستان سینای  
کرمانشاه طی سالهای ۷۴-۱۳۶۷ و اقدامات اپیدمیولوژیک بعدی برای بیماران و**

**خانواده‌های آنها**

**زیر نظر استاد ارجمند:**

**جناب آقای دکتر حسین حاتمی**

**نگارش:**

**دکتر منیژه درفولر نژاد**

**سال تحصیلی ۷۶-۷۷**

۳۶۰۹ / ۲

تقدیم به استاد ارجمندم جناب آقای دکتر حسین حاتمی  
گرامی میدارم تلاش های صادقانه و راهنمایی های خردمندانه آن  
استاد فرزانه را در تهیه و تدوین این «پایان نامه»

و تقدیم به استاد گرامی جناب آقای دکتر فیض اله منصوری که با  
صبر و متانت فراوان در دوره تحصیل طب عفونی مرا به  
شایستگی هدایت کردند

امیدوارم که سالیان سال در سنگر دانشگاه همچنان پر تلاش و  
کوشا باشند و شیفتگان علم و دانش را از زلال وجودشان سیراب  
سازند

تقدیم به پدر و مادر بزرگوار و از خود گذشته ام که لحظات عمر  
گرانمایه اشان را در راه شکوفایی زندگیم صرف کردند و وجود پر  
مهرشان بزرگترین سرمایه هستی من است

تقدیم به همسر خوبم حسین

تقدیم به تمامی دردمندانی که طب عفونی را بر بالین آنان  
آموختم

و با تشکر از زحمات بیدریغ مرکز خدمات رایانه ای و کتابخانه  
م.آ.د. سینا خانمها : جهانشاهی ، خالقی و اختیاری

- \* بررسی پرونده های بیماران مبتلابه هیپاتیت B بستری در بیمارستان
- \* سینای کرمانشاه طی سالهای ۷۴-۱۳۶۷ و اقدامات اپیدمیولوژیک بعدی
- \* برای بیماران و خانواده های آنها

چکیده مقاله :

مقدمه :

بیماران و روش بررسی آنها :

نتایج مطالعه و بحث در مورد بیماران تحت بررسی

۱- توزیع بیماران بر حسب جنس:

نمودار شماره ۱- توزیع جنسی بیماران مبتلابه هیپاتیت B بستری در بیمارستان سینا

جدول شماره ۱: توزیع جنسی بیماران مورد مطالعه

۲- توزیع بیماران بر حسب سن :

جدول شماره ۲: توزیع سنی بیماران مورد مطالعه

نمودار شماره ۲، توزیع سنی بیماران مورد مطالعه

جدول شماره ۳: توزیع بیماران، بر حسب شغل آنها

۳- توزیع بیماران بر حسب شغل :

۴- توزیع بیماران بر حسب محل سکونت:

جدول شماره ۴: توزیع بیماران، بر حسب محل سکونت آنها

نمودار شماره ۳: متوسط بروز هیپاتیت B در یکصد هزار نفر، بر حسب مکان

جدول شماره ۵: توزیع بیماران، بر حسب سال بستری

۵- توزیع بیماران بر حسب سال بستری:

نمودار شماره ۴: متوسط بروز هیپاتیت B در یکصد هزار نفر، بر حسب سال بستری

نمودار شماره ۵: توزیع فصلی بیماران مورد مطالعه

۷- توزیع بیماران بر حسب تعداد خانوار آنها (FAMILY.SIZE):

جدول شماره ۶: توزیع بیماران، بر حسب بعد خانوار

نمودار شماره ۶: متوسط بروز هیپاتیت B در یکصد هزار نفر، بر حسب بعد خانوار

۸- توزیع بیماران بر اساس دارا بودن عوامل خطرزا (سوابق مثبت)

نمودار شماره ۷: تاریخچه و عوامل خطر در بیماران مورد مطالعه

۹- نشانه های بالینی (شکایات) بیماران مورد مطالعه :

Symptoms

نمودار شماره ۸: نشانه های بالینی بیماران مورد مطالعه

نمودار شماره ۹: علائم بالینی بیماران مورد مطالعه

۱۰- علائم بالینی (یافته های فیزیکی) بیماران مورد مطالعه :

Signs

\* آزمایشات پاراکلینیک

۱۱- وضعیت گلبولهای سفید خون محیطی:

نمودار شماره ۱۰: شمارش سلولهای سفید خون در بیماران مورد مطالعه

نمودار شماره ۱۱: درصد سلولهای سفید چندهسته ای در بیماران مورد مطالعه

نمودار شماره ۱۲: درصد لنفوسیت های خون محیطی در بیماران مورد مطالعه

۱۲- وضعیت هموگلوبین و هماتوکریت بیماران مورد مطالعه :

- ۳۵ نمودار شماره ۱۳: وضعیت هموگلوبین در بیماران مورد مطالعه
- ۳۶ نمودار شماره ۱۴: وضعیت هماتوکریت در بیماران مورد مطالعه
- ۳۷ جدول شماره ۷: اندکس های گلبول قرمز در بیماران مورد مطالعه
- ۳۸ نمودار شماره ۱۵: وضعیت ESR در بیماران مورد مطالعه
- ۳۹ ۱۳- اندکس های گلبول قرمز در بیماران مورد مطالعه:
- ۳۹ ۱۴- سرعت رسوب گلبولهای قرمز در بیماران مورد بررسی (ESR):
- ۳۹ ۱۵- وضعیت آزمون های قونکسیون کبدی (LFT) بیماران مورد مطالعه:
- ۳۹ الف) آسپارات آمینوترانسفراز (AST=SGOT)
- ۴۰ ب) آلانین آمینوترانسفراز (ALT=SGPT)
- ۴۱ نمودار شماره ۱۶: وضعیت SGOT در بیماران مورد مطالعه
- ۴۲ نمودار شماره ۱۷: وضعیت SGPT در بیماران مورد مطالعه
- ۴۳ ج) آلکالین فسفاتاز (ALK.P)
- ۴۴ نمودار شماره ۱۸: وضعیت آلکالین فسفاتاز در بیماران مورد مطالعه
- ۴۵ د) بیلی روبین توتال (T.Bili)
- ۴۵ هـ) بیلی روبین مستقیم (D.Bili)
- ۴۶ و) زمان پروترومبین (PT):
- ۴۷ نمودار شماره ۱۹: وضعیت بیلی روبین توتال در بیماران مورد مطالعه
- ۴۸ نمودار شماره ۲۰: وضعیت بیلی روبین مستقیم در بیماران مورد مطالعه
- ۴۹ نمودار شماره ۲۱: وضعیت زمان پروترومبین در بیماران مورد مطالعه
- ۵۰ ۱۶- وضعیت الکترولیت های سرم در بیماران مورد مطالعه:
- ۵۰ الف) سدیم (Na)
- ۵۰ ب) پتاسیم (K)
- ۵۱ نمودار شماره ۲۲: وضعیت سدیم در بیماران مورد مطالعه
- ۵۲ نمودار شماره ۲۳: وضعیت پتاسیم در بیماران مورد مطالعه
- ۵۳ ۱۷- میزان مرگ و میر بیماران تحت مطالعه:
- ۵۳ تبصره:
- ۵۴ نمودار شماره ۲۴: میزان مرگ و میر بیماران مورد مطالعه
- ۵۵ ۱۸- دوز توصیه های بهداشتی حین ترخیص در خلاصه پرونده های بیماران مورد بررسی
- ۵۶ جدول شماره ۸: توصیه های بهداشتی درج شده در خلاصه پرونده های بیماران
- ۵۷ \* نمودار شماره ۲۵: توصیه های بهداشتی درج شده در خلاصه پرونده های بیماران
- ۵۸ ۱۹- نتایج مصاحبه با بیماران و یا افراد خانواده پس از مراجعه به محل سکونت آنها:
- ۶۱ جدول شماره ۹: پاسخ های خانواده بیماران در هنگام مصاحبه
- ۶۳ نمودار شماره ۲۶: پاسخ های خانواده بیماران در هنگام مصاحبه
- ۶۴ نمودار شماره ۲۷: مقایسه نتایج حاصل از مصاحبه و مطالب درج شده در خلاصه پرونده ها
- ۶۵ جدول شماره ۱۰: تعداد نوبت های واکسیناسیون در بین افراد خانواده هایی که آزمون
- ۶۵ HBSAg منفی داشته اند:
- ۶۶ ۲۰- بحث، مشکلات طرح و ارائه پیشنهادات:

ABSTRACT:

روری برکتی و مقالات پزشکی

هیأتیت ویروسی B

- تاریخچه: ۷۴
- کلیاتی در مورد ویروس هپاتیت B: ۷۵
- ساختمان ژنومی و ویروسی: ۷۵
- اشکال ویروسی در خون: ۷۹
- بیماریزایی: ۸۳
- آسیب شناسی: ۸۵
- اپیدمیولوژی: ۸۶
- دوره قابلیت سرایت: (Period of Communicability) ۹۱
- تظاهرات بالینی و علائم آزمایشگاهی: ۹۱
- هپاتیت حاد B: ۹۱
- هپاتیت مزمن: ۹۸
- روش بررسی تشخیصی هپاتیت مزمن: ۹۹
- سیر بالینی هپاتیت حاد B در نوزادان و بالغین: ۱۰۰
- \* بیوپسی کبد در هپاتیت مزمن: (۵) ۱۰۱
- هپاتیت مزمن: پیش آگهی و درمان (۵) ۱۰۲
- دسته بندی جدید هپاتیت مزمن (۵): ۱۰۳
- \* هپاتیت مزمن: مطابق با امتیازهای (HAI) ۱۰۳
- \* (باستثنای فیبروز) و تشخیص: (۵) ۱۰۳
- \* سیستم امتیازی برای مرحله بندی (staging) هپاتیت مزمن B ۱۰۴
- \* بر اساس فیبروز و تغییرات ساختمانی (architectural): (۵) ۱۰۴
- تشخیص هپاتیت بر اساس مارکهای ویروسی: Serology ۱۰۹
- درمان اختصاصی Specific treatment: ۱۱۲
- پیشگیری Prevention: ۱۱۳
- ایمونیزاسیون: ۱۱۴
- ۱- ایمن سازی انفعالی قبل از تماس: (Preexposure Passive Immunization) ۱۱۴
- ۲- ایمن سازی قبل از تماس با واکسن هپاتیت B: ۱۱۵
- \* نارسایی در پاسخ آنتی بادی بر علیه واکسن هپاتیت B (۵) ۱۱۷
- \* (Failure of antibody response to hepatitis B vaccine) ۱۱۸
- ۳- ایمن سازی بعد از تماس در کودکان و بالغین: ۱۲۳
- ۴- ایمن سازی بعد از تماس در نوزادان: ۱۲۵
- دیگر روشهای کنترل اشاعه ویروس در محیط: ۱۲۶
- مراقبت های لازم در خانه، بیمارستان و محیط کار: ۱۲۹
- اقداماتی که طی همه گیریها باید انجام شود: (Epidemic measures): ۱۳۱
- حذف محصولات خونی آلوده: ۱۳۲
- وضعیت هپاتیت B در ایران: ۱۳۳
- جدول: میزان HBSAg بر حسب سن ۱۳۴
- جدول: میزان HBSAg بر حسب سن و جنس ۱۳۵
- \* جدول: میزان HBSAg بر حسب سن به تفکیک شهر و روستا ۱۳۷
- مسابع مورد استفاده ۱۴۳
- References: ۱۴۴

References:

پایان



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / کمیته رایانه ای کردن طب و بهداشت  
بررسی مبتلایان به هیپاتیت B بستری در بیمارستان سینای کرمانشاه

[ بسم الله الرحمن الرحيم ]

واعدوا لهم ما استطعتم من قوه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه

بررسی پرونده های بیمار ان مبتلابه هیپاتیت B بستری در بیمارستان  
سینای کرمانشاه طی سالهای ۷۴-۱۳۶۷ و اقدامات اپیدمیولوژیک بعدی  
برای بیماران و خانواده های آنها

تهیه بانک رایانه ای :

دکتر حسین حاتمی

دکتر منیژه دزفولی نژاد

دکتر آزیتا خعلینی

تایپ مطالب :

خانم ها جهانشاهی، عباس آبادی، خیر آبادی

در این مطالعه، پرونده‌های ۱۳۱ بیمار مبتلابه هپاتیت B را که طی سالهای ۱۳۶۷ لغایت ۱۳۷۴ در بیمارستان سینای کرمانشاه بستری بوده اند بررسی کردیم و به این نتیجه رسیدیم که توزیع بیماری، در مردان دو برابر زنان بوده است. بیش از دو سوم بیماران متأهل بوده‌اند. بروز بیماری در دهه سوم زندگی دارای بیشترین میزان بوده و بالاترین بروز بیماری در سرپل ذهاب، ۸/۸ در ۱۰۰ هزار نفر محاسبه شده است. در ۴۳/۵ درصد موارد یک عامل خطر در انتقال بیماری معلوم شده است. علائم و نشانه‌های بالینی، موجود در پرونده‌ها مطابق انتظار بوده است. در بسیاری از موارد توصیه‌های بهداشتی ضروری و آموزشهای هنگام ترخیص برای بیماران مبتلابه هپاتیت B در خلاصه پرونده‌ها مکتوب نبود و بعداً متوجه شدیم که بسیاری از تذکرها بصورت شفاهی داده شده است. پس از مراجعه به درب منازل از بین ۱۱۶ بیمار ساکن استان کرمانشاه به ۹۹ نفر (۸۵/۳٪) دسترسی پیدا کردیم. در انجام مصاحبه به این نتیجه رسیدیم که اقدامات اپیدمیولوژیک دست‌اندرکاران مورد درمان و همینطور مسئولین بهداشتی در مورد هپاتیت B نسبتاً ضعیف است و هنوز تعداد زیادی از مبتلایان به هپاتیت B بدون آگاهی کامل از راههای انتقال بیماری و بدون اطمینان از وضعیت HBSAg در خود و اعضاء خانواده در جامعه پراکنده‌اند و بسیاری از اعضاء خانواده آنها با HBSAg منفی و اکسیناسیون کامل هپاتیت B را انجام نداده‌اند و بدون شک چرخه انتقال هپاتیت B در جامعه گرچه شکستنی می‌باشد ولی همچنان برقرار است.

## مقدمه :

بیماری ویروسی هپاتیت B یکی از بیماریهای عفونی شایع در سطح جهان میباشد و از شیوع نسبتاً بالاتری در کشورهای آسیای شرقی و به‌الاخص خاورمیانه نسبت به کشورهای اروپای غربی و آمریکایی برخوردار است. بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۳۵۰ میلیون نفر حامل ویروس هپاتیت B هم‌اکنون در سطح جهان وجود دارند که ۶۰ میلیون نفر آنها به علت سرطان کبد و ۴۵ میلیون نفر دیگر به علت سیروز خواهند مرد. مطابق آمار CDC سالانه در ایالات متحده آمریکا ۲۸۰/۰۰۰ مورد جدید عفونت اولیه HBV تشخیص داده میشود که بیش از ۱۰ هزار نفر آنها سالانه بستری میشوند و ۲۵۰ نفر تقریباً در هر سال با هپاتیت قولمینیانت می‌میرند و تعداد چشمگیری از موارد اولیه وارد فاز مزمن بیماری شده و نهایتاً در صد زیادی به عوارض انتهایی بیماری مانند سیروز، انواع هپاتیت های مزمن و سرطان کبد دچار خواهند شد. (۵ و ۲ و ۱) در بین بیماریهای عفونی آندسته که مخزن بیماری فقط انسان است آسانتر از بیماری های زئونوتیک کنترل میشوند و قابل حذف و بالاخره ریشه کنی می‌باشند و هپاتیت B از آن جمله است. عامل بیماری یک ویروس هپاتوتروپ است و افراد عفونت یافته با این ویروس تنها مخزن ویروس می‌باشند این بیماری به دو فرم حاد و مزمن تظاهر می‌یابد و در هر یک از این مراحل عوارض کشنده‌ای ممکن است به همراه داشته باشد. در فاز حاد بیماری در بعضی موارد هپاتیت برق آسا، خصوصاً اگر عامل دلتا (HDV) به آن اضافه شده باشد جان تعداد زیادی از بیماران را خواهد گرفت و چنانچه بیماری دوام یابد سرانجام به هپاتیت مزمن،

سیروز کشنده و در مواردی به سرطان کبد منتهی خواهد شد. حتی اگر فرد ناقل بدون علامت هم باشد به عنوان یک مخزن برای انتقال بیماری مطرح است. با توجه به آمار مورتالیته و موربیدیتی که این بیماری چه در فاز حاد و چه در فاز مزمن دارد توجه زیادی را در زمینه پزشکی به خود معطوف کرده است و امروزه این بیماری علاوه بر آندهیک بودن در بسیاری از نقاط دنیا به صورت یک بیماری شغلی و همینطور در رده STD دنیای جدید قلمداد میشود (۱۷). عامل بیماری عمدتاً از راه خون و فرآورده های آن، تماس جنسی، خالکوبی اعتیاد تزریقی با استفاده از سرسوزنهای مشترک و از مادر آلوده به جنین در زمان تولد یا کمی بعد از آن منتقل میشود. در بسیاری از موارد مخصوصاً در بین افراد کم سن و سال بیماری به صورت ساب کلینیکیال و حتی بدون علائم بالینی پدید می آید و فقط عامل بیماری در خون این افراد یافت شده و در عده ای از آنها بی سروصدا به سیر خود ادامه میدهد. علیرغم شیوع بالای بیماری خصوصاً در کشورهای آسیای جنوب شرقی و راههای انتقال سهل و آسان، بروز این بیماری کاملاً قابل پیشگیری است و با رعایت نکات بهداشتی در سطح جامعه و زندگی فردی می توان حلقه انتقال را در نقطه ای قطع کرد. این مهم نیاز به آموزش های وسیع کلیه بیماران و خانواده آنها در مورد راههای انتقال و پیشگیری بیماری توسط مسئولین امور درمان و بهداشت دارد. این بیماری با استفاده از واکسن های کاملاً موثری که بر علیه HBV ساخته شده قابل پیشگیری است و سازمان جهانی بهداشت بر طبق دستورالعمل های بهداشتی صادره، کشورهای مختلف را بر اساس میزان شیوع هپاتیت B موظف می کند که حداکثر تا سال ۱۹۹۵ میلادی و حداکثر تا سال ۱۹۹۷ میلادی برنامه واکسیناسیون هپاتیت B را در برنامه جاری واکسیناسیون کشوری بگنجانند (۸ و ۷). این نوع پیشگیری که از نوع اولیه می باشد در سطح جامعه برای کنترل و اشاعه عامل هپاتیت B ایده آل است. بر طبق دسته بندی سازمان جهانی بهداشت کشور ایران از نظر هپاتیت B (افراد HBsAg مثبت در جامعه) دارای شیوع بینابینی (۷-۳٪) است و با توجه به جمعیت بالای کشورمان این شیوع نیز رقم قابل توجهی را در کل جمعیت شامل میشود. لذا باید امکانات بیشتری به این بیماری در سطح خدمات بهداشت و درمان اختصاص یابد. علاوه بر جاری شدن واکسیناسیون هپاتیت B در برنامه ایمن سازی هر کشوری، در مورد بیماران که در بیمارستانها بدست مامی رسند و خانواده آنها که در معرض خطر جدی تری نسبت به دیگر افراد جامعه می باشند چاره ای باید اندیشید. آیا فقط تذکرهای مختصر و توصیه های نه چندان عمیق مادر مورد رعایت موازین بهداشتی برای کنترل هپاتیت B در این خانواده ها کافی است؟! آیا مادید لازم را در مورد این بیماری در ذهن بیمار و خانواده اش ایجاد می کنیم؟! آیا پی گیری بیماران هپاتیت B پس از ترخیص به نحو مطلوب انجام میشود؟! آیا تمهیدات اقتصادی برای این بیماران و خانواده آنها جهت تکرار آزمونهای سرولوژی، از سوی مقامات بهداشتی بعمل می آید؟! آیا بیماران هپاتیت B بستری شده پس از ترخیص از بیمارستان هنگام فارغ شدن از دغدغه کار و تلاش روزانه اصلاً به بیماری خود می اندیشند و از زمان یا سرایت آن مطلعند؟! و بالاخره آیا فقط اقدامات درمانی مادر همان روزهای بستری بیمار کافی است و دیگر هیچ رسالتی برای کنترل و ریشه کنی این بیماری بر عهده ما نیست؟! آیا وقت آن نرسیده که نیاز از مقوله درمان به تنهایی بیرون بگذاریم و از دریچه فرد بیمار به جامعه او بنگریم و اهداف پزشکی جامعه نگر را که همانا زنده کردن این شعار دیرینه است که "پیشگیری بهتر از درمان است" را از حد کتاب و قلم و شعار و پوستر خارج کنیم و جامعه عمل ببوشانیم؟! پس بر آن شدیم که به عنوان قطره کوچکی از دریای

بیکران علم اقدامی هر چند ابتدایی را به عنوان گامی نو در استان محروم کرمانشاه در راه بررسی اقدامات اپیدمیولوژیک هیپاتیت B انجام دهیم تا چنانچه با دیدی منصفانه به نتیجه مطلوبی در مورد اعمال گذشته خود ترسیم کمی به خود بیاییم و مقوله درمان صرف را ها کرده و همواره پیشگیری و درمان را در کنار هم در عمل پیاده کنیم و این مختصر شاید به عنوان مقدمه ای برای انجام تحقیقات فراگیر تر مورد استفاده قرار گیرد. سپاس، ایزدمنان را که مرا تحت حمایت استاد ارجمند جناب آقای دکتر حسین حاتمی در گردآوری این مجموعه یاری داد.

## بیماران و روش بررسی آنها :

جهت بررسی جنبه های مختلف بیماری هیپاتیت B در بیماران بستری شده در بیمارستان سینای کرمانشاه از سال ۱۳۶۷ لغایت ۱۳۷۴ به ترتیب زیر عمل کردیم. پرونده های موجود در بایگانی بیمارستان سینا که تحت عنوان هیپاتیت B دسته بندی شده بود یک به یک انتخاب کردیم و از بین آنها فقط پرونده هایی را مورد بررسی قرار دادیم که آزمون HBsAg مثبت در پرونده آنها موجود بود، یعنی در واقع ملاک تشخیص هیپاتیت B را، وجود قطعی این تست در سوابق بیماران قرار دادیم. با توجه به اطمینانی که از تکمیل بودن پرونده های بستری شدگان بیمارستان سینا داشتیم و ناقص بودن اکثر پرونده های بیماران هیپاتیت B در سایر بیمارستانها و به علت تعدد بیماران در همین مرکز، کلیه بیماران مورد مطالعه را از این بیمارستان که تنها مرکز دانشگاهی عفونی استان کرمانشاه می باشد گزینش کردیم. با توجه به شرایط فوق تعداد ۱۳۱ بیمار در مطالعه ما گنجانده شد. این بررسی را در دو مرحله انجام داده ایم. ایزارکار ما فرم پرسشنامه بود که ضمیمه می باشد. در بخش اول به مطالعه دقیق پرونده ها پرداختیم و پس از استخراج اطلاعات مورد نیاز اعم از سن، جنس، فصل ابتلا، وضعیت تاهل، محل سکونت و عوامل خطر انتقال هیپاتیت B، نشانه ها و علائم بالینی و آزمایشگاهی نتایج ایمن یافته ها را با کتب مرجع مقایسه کردیم. در بخش پایانی مطالعه پرونده ها و در بین خلاصه پرونده ها توصیه های بهداشتی و توجه به نکات اپیدمیولوژیک بیماری را از سوی پزشکان جویا شدیم که شامل نکات زیر می باشد: توصیه به بیماران در مورد تکرار LFT و HBsAg در فواصل منظم پس از ترخیص، توصیه به تزریق ایمون سرم گلوبولین و انجام تست HBsAg برای وابستگان درجه یک بیمار و آموزشهای لازم به بیمار و خانواده اش در مورد راههای انتقال و پیشگیری هیپاتیت B. بدین ترتیب بخش اول پرسشنامه ها تکمیل شد برای کامل نمودن قسمت آخر پرسشنامه ها و ارد مرحله دیگری از مطالعه شدیم. در بخش دوم تحقیق پس از استخراج آدرس های موجود در پرونده ها به درب منازل و محل سکونت بیماران مراجعه نمودیم. از ۱۳۱ آدرسی که در دست داشتیم ۱۱۶ بیمار مربوط به استان کرمانشاه بود که فقط به درب منازل آنان مراجعه کردیم. در ۹۹ مورد (۸۵/۳٪) موفق به مصاحبه با فردی که قبلا به عنوان بیمار در بیمارستان سینا بستری بوده یا یکی از افراد خانواده او شدیم. در این اقدام پس از جلب اعتماد و رضایت آنها و اطمینان دادن به آنها که پژوهش هیچ گونه تغییری در وضعیت جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی آنان ایجاد نخواهد نمود و آزادی در رد یا قبول شرکت در پژوهش، سوالاتی را طرح کردیم که منجر به تکمیل آخرین قسمت فرم پرسشنامه شد. از قبیل ارزیابی آگاهی و آموزش فرد بیمار و وابستگان درجه یک او در مورد هیپاتیت B، اطلاع از انجام تست HBsAg و تزریق ISG

برای همین افراد، تعداد دفعات واکسیناسیون هپاتیت B در صورتی که آزمون HBsAg را انجام داده و دارای نتیجه منفی بوده اند، آگاهی یافتن از تکرار تست HBsAg حداقل ۶ ماه پس از آگاهی یافتن از نتیجه آزمون برای بیمار و افراد خانواده ای که HBsAg مثبت بوده اند و تکرار آزمایشات IFT برای همین افراد و بالاخره پرسش از اینکه آیا تا بحال از مزاحمتی مربوطه در مورد پیگیری مبتلایان به هپاتیت B مأمور بهداشتی به درب منزل آنها مراجعه کرده است؟ پس از تکمیل فرم های پرسشنامه نتایج آنها با استفاده از کامپیوتر استخراج شد و تجزیه و تحلیل آماری و توصیفی از این یافته ها بعمل آمد که بطور مبسوط در ذیل عنوان میشود.

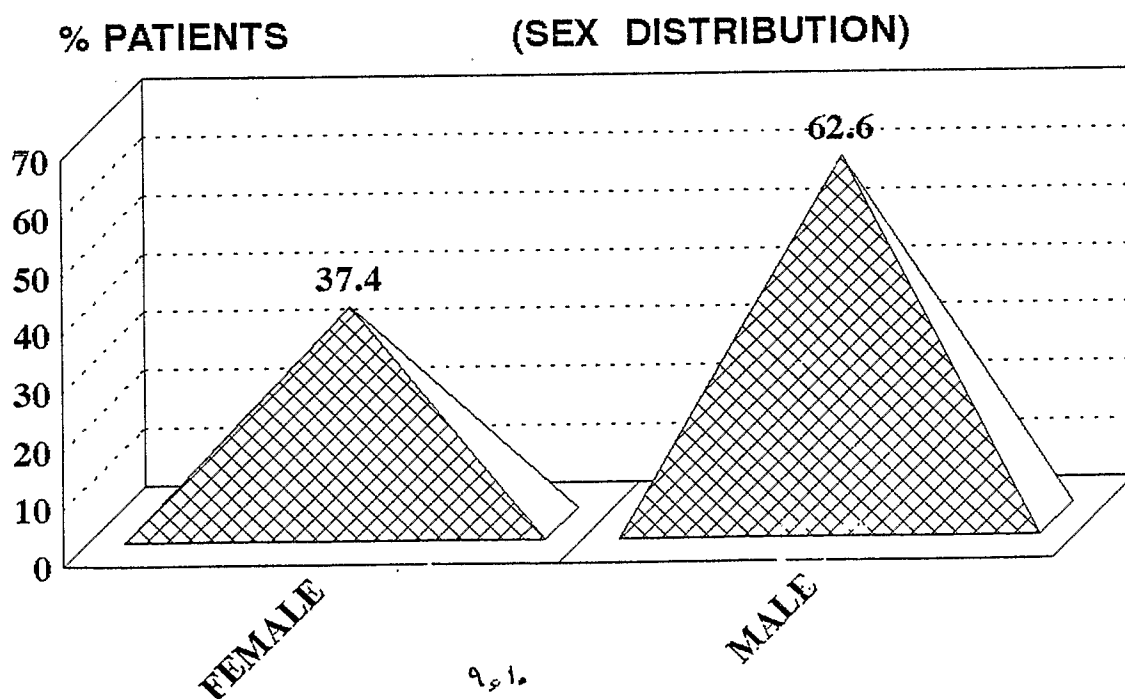
## نتایج مطالعه و بحث در مورد بیماران تحت بررسی

### ۱- توزیع بیماران بر حسب جنس:

همانطور که در جدول شماره ۱ و نمودار شماره ۱ ملاحظه می گردد از ۱۳۱ بیمار ما ۸۲ نفر (۶۲/۶٪) مرد و ۴۹ نفر (۳۷/۴٪) زن بوده اند که با آمار موجود در کتب مرجع این بستر جنس مرد تفاوت معنی داری ندارد.

### نمودار شماره ۱- توزیع جنسی بیماران مبتلا به هپاتیت B بستری در بیمارستان سینا

SEX DISTRIBUTION OF PATIENTS WITH HEPATITIS B ADMITTED IN SINA HOSPITAL K.U. (1367-74)



## جدول شماره ۱: توزیع جنسی بیماران مورد مطالعه

SEX	Freq	Percent	Cum.
Female	49	37.4%	37.4%
Male	82	62.6%	100.0%
Total	131	100.0%	

در بین مبتلایان ۹۴ نفر (۷۱/۸٪) متأهل و ۳۷ نفر (۲۸/۲٪) مجرد بوده اند.

## ۲- توزیع بیماران بر حسب سن:

طبق جدول شماره ۲ توزیع بیماران بر حسب سن به ترتیب ذیل بوده است:

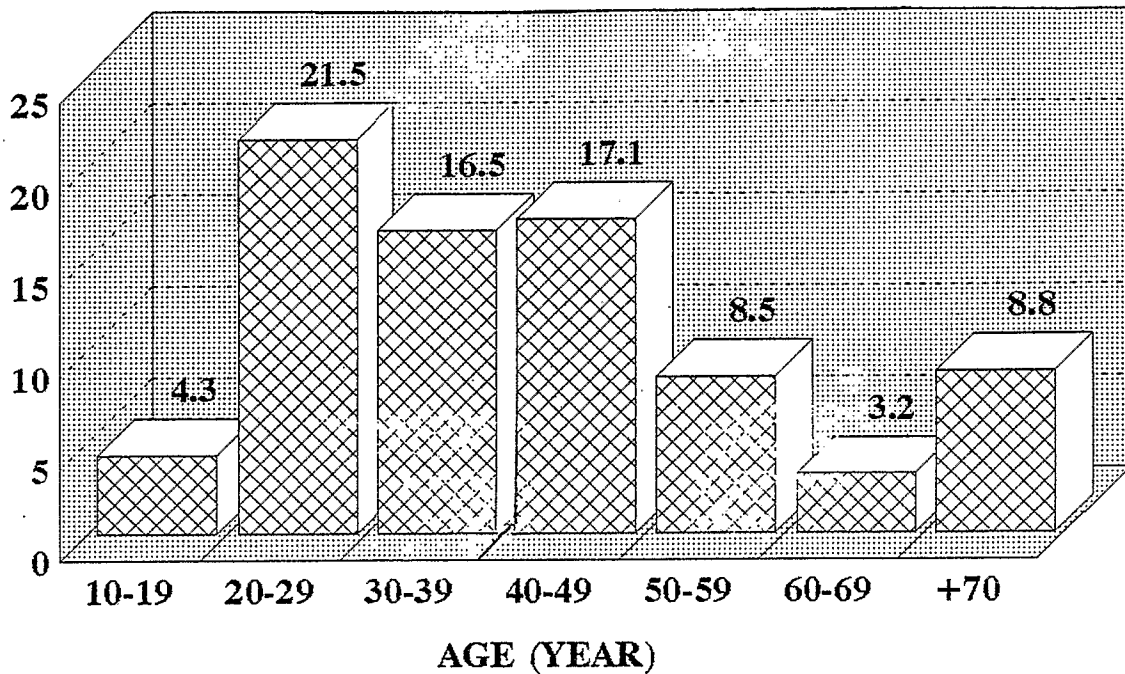
## جدول شماره ۲: توزیع سنی بیماران مورد مطالعه

AGE (year)	Freq	Percent	Cum.
10-19	17	13%	13%
20-29	56	42.7%	55.7%
30-39	30	22.9%	78.6%
40-49	17	13%	91.6%
50-59	7	5.2%	96.8%
60-69	2	1.6%	98.4%
+ 70	2	1.6%	100%
total	131	100%	

برای مشخص کردن حداکثر بروز بیماری در دهه های سنی رده بندی شده، جمعیت کل استان را بر حسب گروه های سنی در سال میانی مطالعه، یعنی ۱۳۷۰ از آمارنامه استان، موجود در سازمان برنامه و بودجه استخراج کردیم و بعد از محاسبه میزان بروز در هر یک از دهه های سنی بر حسب جمعیت همان دهه در بین صد هزار نفر، به این نتیجه

# AGE DISTRIBUTION OF PATIENTS WITH HB ADMITTED IN SINA HOSPITAL KERMANSHAH UNIVERSITY (1367-74)

PATIENTS /100,000 (AGE DISTRIBUTION)



رسیدیم که بیشترین بروز در دهه سوم زندگی یعنی در فاصله ۲۰-۲۹ سالگی بوده است که کاملاً مطابق با آمار ذکر شده در ماخذ عقونوی است. نمودار شماره ۲ نشانگر بروز هیپاتیت B بر حسب سن در ۱۰۰/۰۰۰ نفر می باشد.

جدول شماره ۳: توزیع بیماران، بر حسب شغل آنها

شغل	فراوانی	درصد
کشاورز	۱۳	۹/۹%
کارمند	۱۱	۸/۴%
محصل و دانشجو	۱۱	۸/۴%
کارگر ساده	۳۱	۲۳/۷%
خانه دار	۴۶	۳۵/۱%
بیکار	۱۹	۱۴/۵%
جمع	۱۳۱	۱۰۰%