

بررسی ارتباط بین جنسیت، سن و محل زندگی با شیوع بیماری کله سیستیت حاد و مزمن

ناصر خلجی^{۱*}، ناصح عبدالله زاده^۲، جلال پورقاسم^۳، مجتبی ملک^۴

تاریخ دریافت 1392/07/04 تاریخ پذیرش 1392/09/14

چکیده

پیش زمینه و هدف: کله سیستیت یکی از بیماری‌های شایع دستگاه گوارش می‌باشد که می‌تواند خود را به صورت حاد یا مزمن نشان دهد عوامل متعدد محیطی، پاتولوژیک و فیزیولوژیک می‌توانند باعث بروز این بیماری گردند. همچنین 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 این بیماری به صورت حاد و مزمن و ارتباط آن با پارامترهای فیزیولوژیک و محیطی در افراد مبتلا که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند می‌باشد.

مواد و روش کار: بررسی‌ها بر روی بیمارانی که در طول یک سال در بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه با تشخیص کله سیستیت بستری و تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته بودند انجام گرفت. تقسیم بندی بیماران در دو گروه کله سیستیت حاد و مزمن بر اساس یافته‌های جراحی و پاتولوژی بیمار و همچنین ارتباط بیماری با سن، جنس و محل زندگی افراد انجام گرفت و داده‌ها توسط آزمون مجذور کای و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از ۴۴۸ بیمار بررسی شده در این مطالعه ۳۱۳ مورد کله سیستیت مزمن و ۱۳۵ مورد کله سیستیت حاد داشتند همچنین نسبت کله سیستیت مزمن به حاد در خانم‌ها بیشتر و در آقایان این نسبت حالت عکس دارد. بالاترین میزان شیوع بیماری مربوط به دهه پنجم زندگی افراد یعنی سنین بین ۴۰ تا ۵۰ سالگی بود که جمعاً به تعداد ۸۱ مورد گزارش شد. همچنین از تعداد کل بیماران ۳۵۳ مورد زن و ۹۵ مورد مرد بودند. ۱۸۰ مورد روستائی و ۲۶۸ مورد شهر نشین بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه عوامل جنسیت، سن و محل زندگی در بروز بیماری کله سیستیت و حاد و مزمن بودن آن مؤثرند و تفاوت ناشی از آن‌ها احتمالاً به دلیل اختلافات هورمونی و فعالیت‌های متفاوت ناشی از تنوع زندگی شهری و روستایی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کله سیستیت، سن، جنسیت، محل زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره یازدهم، پی در پی 52، بهمن 1392، ص 883-891

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

Email: khalaji.naser@gmail.com

مقدمه

یا به صورت غیر اختصاصی مانند تهوع و استفراغ بروز می‌کند (۲). 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 همولیتیک مانند کم خونی داسی شکل و مشکلات آندوکرینی، سیروز کبدی، هیپرلیپیدمی، کاهش سریع وزن، داروهای مختلف نظیر استروژن، کلوفیبرات و سفتریاکسون بستگی دارد (۳،۴).

کله سیستیت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دستگاه گوارش می‌باشد و عبارت است از عفونت یا التهاب کیسه صفرا که می‌تواند به صورت حاد یا مزمن بروز کند و معمولاً توسط سنگ کیسه صفرا مستعد می‌گردد (۱). این بیماری می‌تواند بدون علامت یا علامت دار باشد. علائم به صورت نسبتاً اختصاصی مانند دردهای متناوب در ناحیه ربع فوقانی خارجی راست شکم

^۱ استادیار فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، گروه فیزیولوژی

^۲ کارشناس ارشد فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه گروه فیزیولوژی

^۳ استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، بیمارستان امام خمینی (ره)

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

بیماری در جهت اقدامات درمانی و پیشگیرانه مؤثر واقع خواهد شد. با این فرضیه در این پژوهش به ارتباط بین بیماری کوله سیستیت با فاکتورهای محیطی و فیزیولوژیک در بیماران عمل شده در بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه پرداخته‌ایم تا نتایج حاصل در برنامه‌ریزی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی و مؤثرتر جلوه دادن اقدامات پیشگیرانه جهت سلامتی جسمی و روحی افراد جامعه کمک کننده باشد.

مواد و روش کار

این مطالعه بر روی ۴۴۸ بیمار عمل شده با تشخیص کله سیستیت در بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ارومیه که طی یک سال تحت عمل کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفتند انجام شد. اطلاعات مورد نیاز قبل از عمل در فرم‌های ویژه‌ای و با اطلاع بیمار ثبت گردید و جهت تشخیص حاد یا مزمن بودن بیماری 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 ثابت گردند.

بعد از ثابت 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 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 کوچکی با قطر ۵ میکرومتر تهیه گردید. و بعد از رنگ آمیزی هماتوکسین - ائوزین نمونه‌ها با بزرگنمایی ۴۰ و ۱۰۰ زیر میکروسکوپ بررسی شدند.

تقسیم بندی بیماران به دو گروه حاد و مزمن بر اساس یافته‌های جراحی و پاتولوژی انجام شد. و در نهایت داده‌های جمع آوری شده با نرم افزار آماری SPSS و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل گردید. در مقایسه و تحلیل داده‌ها سطح معنی‌داری معادل ۵ درصد در نظر گرفته شد. ضمناً اطلاعات افراد مورد بررسی نزد پژوهشگران محفوظ بوده و محقق در تمامی مراحل این مطالعه به اصول عهد نامه هلسینکی پایبند بودند.

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 درصد) دارای تشخیص کله سیستیت مزمن بودند و ۱۳۵ نفر (۳۰/۱۳ درصد) کله سیستیت حاد داشتند (نمودار ۱).

این بیماری به دو صورت حاد و مزمن بروز می‌کند که کله سیستیت حاد شایع‌ترین عارضه سنگ‌های صفراوی و شایع‌ترین علت کله سیستکتومی اورژانس می‌باشد. کله سیستیت حاد بدون سنگ در مواردی همچون سوختگی شدید، ترومای شدید، زایمان و غیره نیز ایجاد می‌شود (۵). کله سیستیت حاد با بیشترین عوارض تکرار شونده همراه می‌باشد و در بیماران مسن با تکرار و شدت بیشتری حادث شده (۶) که اغلب نیاز به جراحی اورژانس پیدا می‌کنند (۷).

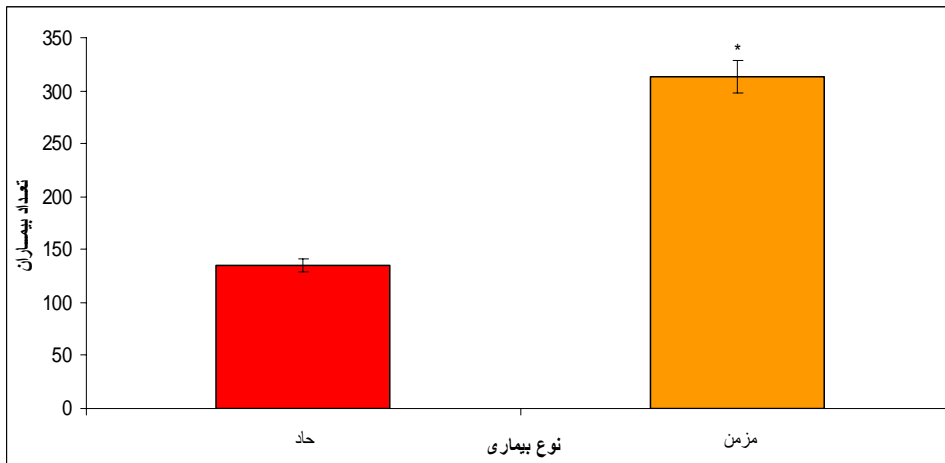
کله سیستیت مزمن یک اختلال شایع سیستم گوارش می‌باشد که در اثر التهاب مزمن مخاط کیسه صفرا به علت سنگ یا عوامل دیگر بروز می‌کند و ضمن تغییرات مخاطی، افزایش ضخامت جدار کیسه صفرا نیز عارض می‌شود (۸،۹) و به عنوان زمینه ساز آدنوکارسینوم کیسه صفرا نیز به اثبات رسیده است (۱۰).

تشخیص کله سیستیت بر اساس علائم تیپیک و سونوگرافی و یا وجود سنگ در CT اسکن است. درمان به صورت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به عنوان اولین رویکرد جراحی در اکثر این بیماران به صورت موفقیت‌آمیزی به کار گرفته می‌شود، که این مسئله مربوط به افزایش تجربه و پیشرفت وسایل در دسترس می‌باشد (۱۱).

با توجه به شیوع بالای این بیماری در جوامع بشری سالانه هزینه‌های گزافی متحمل خانواده‌ها و دولت جهت درمان این بیماری می‌گردد. مطالعات اپیدمیولوژیک زیادی که توسط محققان انجام گرفته، نشان می‌دهد که شیوع بیماری کله سیستیت نسبت مستقیم با افزایش سن دارد (۱۲-۱۴). همچنین مطالعات دیگر انجام گرفته نشان می‌دهد که کله سیستیت وابسته به جنس نیز می‌باشد (۱۲) به طوری که در خانم‌ها شیوع آن نسبت به آقایان خیلی بالا می‌باشد (۱۴).

نتایج بدست آمده از مطالعات کله سیستیت توسط محققان نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین کله سیستیت حاد و مزمن وجود داشته است (۱۵). به طوری که شیوع کله سیستیت مزمن بیش از کله سیستیت حاد در کل بیماران می‌باشد (۱۶،۱۷) و همچنین نسبت آن دو در هر دو جنس نیز تفاوت معنی‌داری دارد (۱۸).

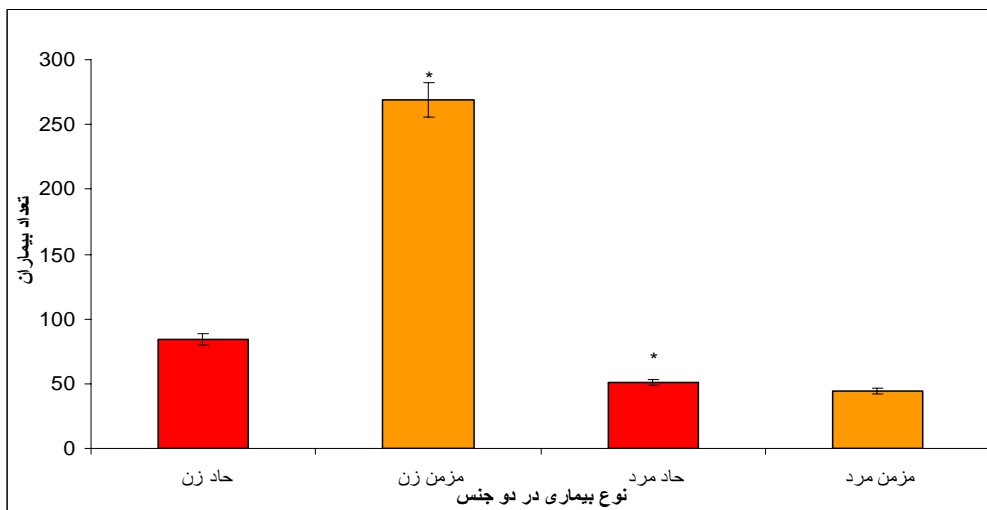
با توجه به شیوع نسبتاً بالای بیماری کله سیستیت در جامعه و اختلاف شیوع نوع بیماری نسبت به سن و جنس، بررسی‌ها تحقیقات و تجارب بسیاری در زمینه علت یابی، تشخیص و درمان این بیماری بدست آمده است. با این وجود به دلیل تنوع عوامل اکولوژیک، محیطی و فرهنگی در مناطق مختلف و احتمال ارتباط این فاکتورها با بیماری به نظر می‌رسد بررسی منطقه‌ای این



نمودار شماره (۱): مقایسه شیوع کله سیستیت به صورت حاد و مزمن در کل ۴۴۸ بیمار عمل شده با تشخیص کله سیستیت. که بیشترین تعداد مربوط به کله سیستیت مزمن می باشد ($P < 0/05$).

مزمن و در آقایان ۵۱ نفر (۳۸/۱۱ درصد) کله سیستیت حاد و ۴۴ نفر (۸۲/۹ درصد) کله سیستیت مزمن داشتند (نمودار ۲).

شیوع بیماری به صورت حاد و مزمن با توجه به جنسیت بیمار نشان داد که از تعداد کل بیماران خانم، ۸۴ نفر (۲۸/۱۴ درصد) کله سیستیت حاد داشتند و ۲۶۹ نفر (۶۰/۶ درصد) کله سیستیت

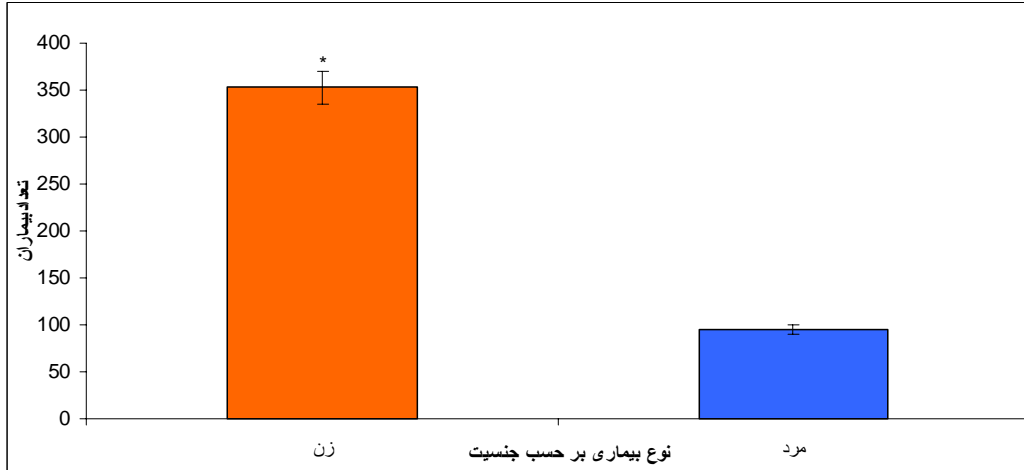


نمودار شماره (۲): مقایسه شیوع کله سیستیت حاد و مزمن را در دو جنس به طور جداگانه نشان می دهد.

بیماران، محور افقی نوع بیماری در دو جنس و علامت * سطح معنی داری را نشان می دهد ($P < 0/05$)

همچنین شیوع کله سیستیت بر حسب جنسیت نشان داد که از کل ۴۴۸ بیمار مورد بررسی ۳۵۳ مورد (۷۹/۷۸ درصد) زن و ۹۵ مورد (۲۱/۲۱ درصد) مرد بودند که در نمودار ۳ تصویر شده است.

کله سیستیت مزمن 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 مزمن بیشتر است که در دو ستون سمت راست نمودار نشان داده شده است. در این نمودار بیشترین تعداد کله سیستیت مزمن در خانمها و کمترین تعداد کله سیستیت مزمن در آقایان می باشد. محور عمودی تعداد



نمودار شماره (۳): مقایسه شیوع کله سیستیت در زنان و مردان را نشان می‌دهد

معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0.05$).
 بر اساس محل زندگی افراد از کل ۴۴۸ مورد بررسی شده
 ۲۶۸ نفر (۵۹/۸۲ درصد) شهر نشین و ۱۸۰ نفر (۴۰/۱۸ درصد)
 روستایی نشین بودند. که در شکل ۴ نشان داده شده است.

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



نمودار شماره (۴): مقایسه شیوع کله سیستیت بر اساس محل سکونت را نشان می‌دهد.

چهارم ۸۰ مورد (۱۷/۸۶ درصد)، در دهه پنجم ۸۱ مورد
 (۱۸/۰۸ درصد)، در دهه ششم ۷۸ مورد (۱۷/۴۱ درصد)، در دهه
 هفتم ۵۳ مورد (۱۱/۸۳ درصد)، در دهه هشتم ۵۰ مورد
 (۱۱/۱۶ درصد) و در دهه نهم ۱۹ مورد (۴/۲۴ درصد) گزارش شده
 است.

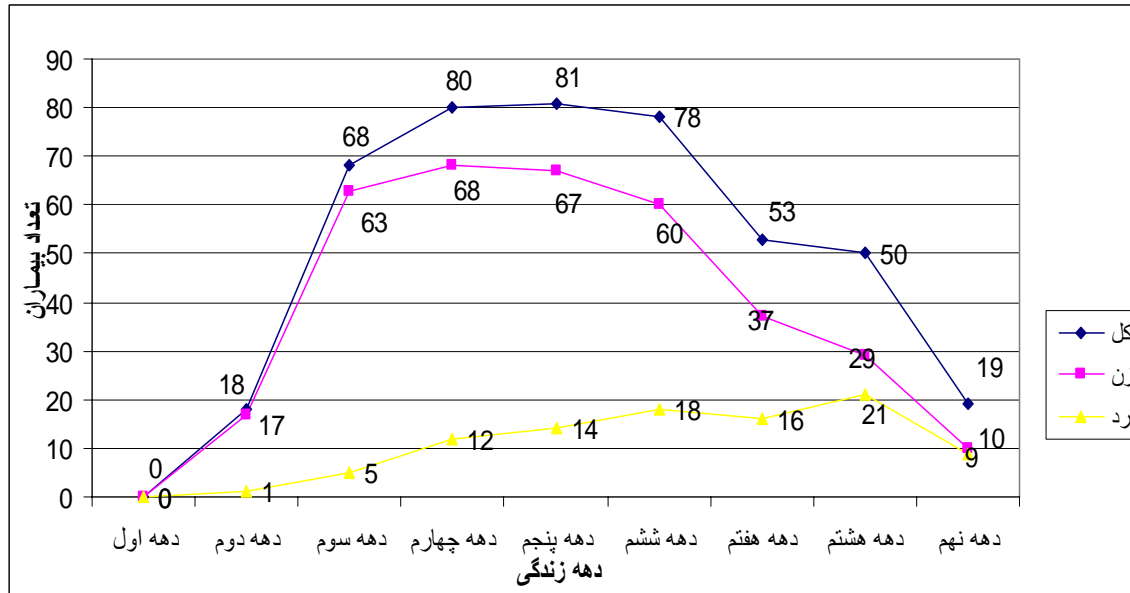
همچنین مقایسه بیماران بر حسب سن با تفکیک جنسیت نشان
 داده شد که در دهه دوم ۱۷ مورد (۳/۷۹ درصد) خانم و ۱ مورد
 (۰/۲۲ درصد) آقا، در دهه سوم ۶۳ مورد (۱۴/۰۶ درصد) خانم و ۵
 مورد (۱/۱۲ درصد) آقا، در دهه چهارم ۶۸ مورد (۱۵/۱۸ درصد)

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 معنی‌داری را نشان می‌دهد
 ($P < 0.05$).

در بررسی شیوع کله سیستیت نسبت به سن در هر دو جنس، در
 دهه اول زندگی، موردی مشاهده نگردید. اما در دهه دوم ۱۸ مورد
 (۴/۰۱ درصد)، در دهه سوم ۶۸ مورد (۱۵/۱۸ درصد)، در دهه

آقا. در دهه هشتم ۲۹ مورد (۶۴/۴۷ درصد) خانم و ۲۱ مورد (۴/۶۹ درصد) آقا و در دهه نهم ۱۰ مورد (۲۲/۲۳ درصد) خانم و ۹ مورد (۲/۰۱ درصد) آقا بودند. که در نمودار ۵ نشان داده شده است.

خانم ۱۲ مورد (۲۶/۶۸ درصد) آقا. در دهه پنجم ۶۷ مورد (۱۴/۹۵ درصد) خانم و ۱۴ مورد (۳/۱۳ درصد) آقا. در دهه ششم ۶۰ مورد (۱۳/۳۹ درصد) خانم و ۱۸ مورد (۴/۰۲ درصد) آقا. در دهه هفتم ۳۷ مورد (۸/۲۶ درصد) خانم و ۱۶ مورد (۳/۵۷ درصد) آقا.



نمودار شماره (۵): مقایسه شیوع کله سیستیت بر حسب سن در کل بیماران و مقایسه آن در زنان و مردان در طول دوران زندگی را نشان می‌دهد.

صرفا در زنان حامله و ایجاد کله سیستیت متعاقب زایمان، در مطالعات متعدد گذشته روشن شده است (۳، ۴) در طی حاملگی حرکات انقباضی کیسه صفا کاهش می‌یابد و باعث عدم تخلیه کافی ترشحات کیسه صفا و رکود صفا و به دنبال آن ایجاد سنگ‌های صفاوی و بروز کله سیستیت می‌گردد که احتمال می‌رود ایجاد این اختلال خود به علت ترشح بیش از حد هورمون پروژسترون در دوره بارداری باشد (۱۲). همچنین مصرف استروژن در زنان به ویژه قبل از یائسگی باعث می‌شود که فعالیت آنزیم‌های کبدی مسئول تبدیل کلسترول به اسیدهای صفاوی کاهش یابد و صفا بیشتر از کلسترول اشباع شود و در نتیجه باعث تولید سنگ‌های صفاوی و بروز کله سیستیت گردد (۱۲).

نتایج حاصل از مطالعه اپیدمیولوژیکی که توسط نوذر درستان و همکارانش در بیمارستان آموزشی اهواز در سال ۲۰۱۱ انجام گرفت (۱۹) نیز با نتایج ما در رابطه با افزایش شیوع کله سیستیت مزمن نسبت به حالت حاد آن هم‌خوانی دارد (۲۰).

در این تحقیق و مطالعات زیادی که در گذشته انجام گرفته (۱۹، ۲۱). مشاهده شده کله سیستیت حاد به صورت معنی‌داری در مردها نسبت به خانمها و نوع مزمن در زن‌ها نسبت به مردها

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 بر حسب نفر، محور افقی دهه زندگی را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

همان طوری که در بخش نتایج اشاره گردید مطالعه حاضر نشان داد که در جنس زن کله سیستیت مزمن نسبت به کله سیستیت حاد شیوع بیشتری دارد همچنین کله سیستیت به هر دو صورت حاد و مزمن در خانمها، نسبت به آقایان بیشتر دیده می‌شود. لازم به توضیح است که طبق مطالعات گذشته یکی از عواملی که باعث ایجاد کله سیستیت مزمن می‌گردد سنگ‌های صفاوی است (۸) که ایجاد سنگ‌های صفاوی و بروز کله سیستیت در خانمها نیز به عوامل متعددی نظیر استفاده از قرص‌های بارداری، زایمان‌های متعدد، هورمون‌های جنسی زنانه و آمیک بستگی دارد (۳، ۱۸). تأثیر جنسی و هورمونی و ارتباط آن با زایمان‌های مکرر و همچنین شیوع قابل ملاحظه کولیک‌های

صفا به هورمون‌های دستگاه گوارشی باشد همچنان که تحقیقاتی که توسط سیمور و همکارانش در سال ۱۹۹۷ و رودریگوز و همکارانش در سال ۲۰۱۲ انجام گرفته، تأیید کننده این مطلب می‌باشد (۱۲،۲۲).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که در افراد با زندگی شهرنشینی شیوع کله سیستیت نسبت به زندگی روستایی بالاتر است دلیل این موضوع می‌تواند بستگی به نوع فعالیت و تغذیه متفاوت افراد در این دو محیط داشته باشد زیرا طبق پژوهش‌های محققان از عوامل بروز کله سیستیت تنوع رژیم غذایی و فعالیت بدنی افراد عنوان شده است (۱۲).

به طور کلی طبق این پژوهش با توجه به کثرت عوامل دخیل در بروز بیماری کوله سیستیت حاد و مزمن انتظار می‌رود در امر تشخیص و درمان این بیماری افسی کلی از تمامی عوامل پاتولوژیک، فیزیولوژیک و عوامل محیطی را مد نظر داشته باشیم تا در جهت شناسایی نقاط با بیشترین میزان شیوع بیماری و رفع عوامل دخیل در ابتلا به بیماری با برنامه ریزی اصولی قدم برداشته شود.

شایع است. که این موضوع می‌تواند جنس مرد را به عنوان یک ریسک فاکتور برای ابتلا به کله سیستیت حاد مطرح کند.

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 صفا به کله سیستوکین که هورمون اصلی محرک انقباض کیسه صفا است کاهش می‌یابد این موضوع می‌تواند رکود ترشحات صفراوی را به دنبال داشته باشد و منجر به بروز سنگ و در نهایت کله سیستیت گردد (۱۲، ۲۲).

در خانم‌ها اوج بیماری بین سنین ۳۰ تا ۶۰ سال می‌باشد و بعد از آن کاهش بارزی را نشان می‌دهد که دلیل این پیک افزایشی در این دوره سنی، می‌تواند تغییرات فیزیکی و هورمونی ناشی از یائسگی خانم‌ها باشد که مضاف بر سایر تغییرات از جمله زایمان‌های متعدد، چاقی و... دیده می‌شود (۲۳). از سوی دیگر در مردان نه تنها چنین اتفاقی نه افتاده بلکه با افزایش سن شیوع بیماری نیز افزایش یافته است و این موضوع می‌تواند به دلیل تغییرات فیزیولوژیک کیسه صفا در سنتز و ترشح و واکنش کیسه

References:

- Huffman JL, schenker S. Acute acalculous cholecystitis- a review. Clin Gastroenterol Hepatol 2010; 8(1): 15-22.
- Vogt DP. Gallbladder disease: an update on diagnosis and treatment. Cleve Clinical 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.P. 1187-220.
- Gutkin E, Hussain SA, Kim SH. The Successful Treatment of Chronic Cholecystitis with SpyGlass Cholangioscopy-Assisted Gallbladder Drainage and Irrigation through Self- Expandable Metal Stents. GutLiver 2012;6 (1): 136-8.
- Jonnalagadda S. Endoscopic Therapy of Acute Cholecystitis. Techniques in gastrointestinal Endoscopy 2009; 11: 13-8.
- Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, Verlatto G, Di Pietrantonj C. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta- analysis of results. Surg Endosc 2008; 22: 8-15.
- Bergman S, Sourial N, Vedel I. Gallstone disease in the elderly: are older patients managed differently ? Surg Endosc 2011; 25: 551-61.
- Zhou S. Thirty cases of chronic cholecystitis treated by acupuncture and oral administration of da chai hu tang. J Tradit Chin Med 2008;28(3):173-4.
- Mulholland MW, Lillemoie KD, Doherty GM, Maier RV, Simeone DM. Upchurch GR Greenfields Surgery: Scientific Principles & Practice. 5th ed. Michigan: Lippincott Williams; 2010.P. 960-1072.
- Hashemi F, Alamdar S. Correlation between Helicobacter pylori and chronic cholecystitis in gallbladder specimens. J Iron Med Univ 2003; 31: 623- 628.
- 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.
12. Seymour I, Schwartz and Horold Ellis. Maingot's abdominal operations, 10th ed. London, Appleton & Lange; 1997.P. 1717-54.
 13. Fan HB, Yang DL, Chen AS, Li Z, Xu LT, Ma XJ, et al. Sepsis-associated Cholestasis in Adult Patients: A Prospective Study.*AM J Med Sci* 2013; 6(2): 78-86.
 14. Heaton KW, Braddon FE, Mountford RA, Hughes AO, Emmett PM. Symptomatic and silent gall stones in the community. *Gut* 1991; 32(3): 316-20.
 15. Gharaibeh KI, Ammari F, Al-Heiss 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): 312-6.
 16. Hussain MI, Khan AF. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute and chronic cholecystitis. *Saudi Med J* 2006; 27: 657-60.
 17. Derakhshanfar A, Niayesh A, Ghasemi Farzad MM, Homae J. Assessment of the Frequency of Complications due to Laparoscopic Cholecystectomy at Hamedan Hospitals (1997-2005). *SID* 2009; 16(3): 57-63.
 18. 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. *IJMS Tums* 2008; 57: 7-13.
 19. Dorostan N, Paziari F, Mirrokni M. Evaluation of relationship between complications of cholecystitis and gender based on findings During Laparoscopic cholecystectomy in educational hospitals of Ahvaz Scientific. *Med J* year 2011; 10(2): 215-9.
 20. 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): 312-6.
 21. 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.
 22. Rodríguez-Sanjuán JC, Arruabarrena A, Sánchez-Moreno L, González-Sánchez F, Herrera LA, Gómez-Fleitas M. Acute cholecystitis in high surgical risk patients: percutaneous cholecystostomy or emergency cholecystectomy? *Am J Surg* 2012; 204(1): 54-9.
 23. Wudel LJ Jr, Wright JK, Debelak JP, Allos TM, Shyr Y, Chapman WC. 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.

THE RELATIONSHIP BETWEEN AGE, SEX AND LOCATION OF THE PATIENTS AND THE OUTBREAK OF ACUTE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS IN PATIENTS OPERATED IN IMAM KHOMEINI HOSPITAL OF URMIA

Khalaji N^{1*}, Abdullahzade N², Pourghassem J³, Maleki M⁴

Received: 26 Sep, 2013; Accepted: 5 Nov, 2013

Abstract

Background & Aims: Cholecystitis is one of the most common diseases in gastrointestinal tract which can be presented as acute or chronic cholecystitis. Several factors cause this diseases. The outbreak and epidemiologic features of cholecystitis has changed due to revolutionized style of living. The purpose of this study was to evaluate the acute and chronic diseases at different ages, gender and location.

Materials & Methods: The patients who were operated of laparoscopic cholecystectomy in 2010 with diagnosis of cholecystitis were selected and assessed. The patients were divided into acute and chronic groups based on their surgical and pathological findings. The data was analyzed by using SPSS.

Results: In this research, the total 448 of patients were assessed, 313 patients were chronic cholecystitis, and 135 patients were acute cholecystitis. Most of the patients were at their 40s, and 50s. 353 patients were women, and 95 were men. And also, 180 patients were living in the villages while 268 patients were living in the city.

Conclusion: According to this study, the outbreak of disease in the female patients was at their 40 to 60 years old. This could be due to physiological and hormonal changes. The higher incidence of cholecystitis in urban life could be related to the type of nutrition and personal activity.

Key words: cholecystitis, age, sex, location

Address: Department of physiology, Faculty of Medicine, Urmia Medical science university Urmia Iran

Tel: (+98)0441-2770698

Email: khalaji.naser@gmail.com

¹ Assistant professor of physiology, Urmia University of Medical Sciences, department of physiology, Urmia, Iran (Corresponding Author)

² master degree of physiology, Urmia University of Medical Sciences, department physiology

³ Assistant professor of surgery, Urmia University of Medical Sciences, Imam Khomeini hospital

⁴ bachelor of medical documents, Urmia University of Medical Sciences, Imam Khomeini hospital