● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال دوم ، شمارهٔ ۲ پی‌درپی(۶) ، صفحه ۴۶ الی ۴۹ ، بهار ۱۳۷۹

اپیدمیولوژی جذام در استان کرمانشاه ۱۳۷۷-۱۳۶۰

دکتر شهرام تحریری
استادیار بیماریهای پوست و مو دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

سابقه و هدف: جذام و بیماری هانسن بصورت آندمیک در بعضی نقاط کشور و از جمله در استان کرمانشاه وجود دارد. هدف از این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک جذام در استان کرمانشاه در طی سالهای ۱۳۶۰ لغایت ۱۳۷۷ می‌باشد.
مواد و روشها: این بررسی روی پرونده ۲۱۸ بیمار جذامی مراجعه کننده به مرکز مبارزه با جذام استان کرمانشاه در خلال سالهای ۱۳۶۰ لغایت ۱۳۷۷ بعمل آمده است و روش مطالعه توصیفی می‌باشد.
یافته‌ها: ۷۴/۳ درصد بیماران مرد و ۲۵/۶ درصد زن بوده‌اند. میانگین سنی مردان ۱۵/۸ ± ۴۲ و زنان ۱۲ ± ۳۸ سال می‌باشد. بیشترین تعداد در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال قرار دارند. شهرستان کرمانشاه و جوانرود بالاترین و قصر شیرین و سرپل ذهاب کمترین تعداد مبتلایان را داشته‌اند. جذام لپروماتوز (LL) و بعد از آن جذام بینابینی لپروماتوز (BL) شایعترین شکل بیماری بوده است.
نتیجه‌گیری: جذام در استان کرمانشاه آندمیک می‌باشد و در مرکز استان و سپس شهرستان جوانرود بالاترین شیوع را دارد. تعداد بیماران مرد تقریباً سه برابر زنان بوده است. بررسی علل و عوامل این یافته‌ها ضروری است.
واژه‌های کلیدی: *اپیدمیولوژی، جذام، بیماری هانسن.*

مقدمه

جذام یک بیماری گرانولوماتوز مزمن بوده و عامل آن مایکوباکتریوم لپرا می‌باشد. این بیماری اساساً اعصاب محیطی و پوست را درگیر می‌کند(۱) ولی می‌تواند سایر ارگانها را نیز گرفتار نماید. در سال ۱۹۹۴ سازمان بهداشت جهانی تعداد جذامیان را در حدود ۲/۷ میلیون نفر برآورد نمود (۲و۱) که در سال ۱۹۹۷ این تعداد به ۱۱۵۰۰۰۰ نفر کاهش یافت (۳). بیشترین تعداد جذامیان در آسیای جنوبی و جنوب شرقی، آفریقای مرکزی و به تعداد کمتر در خاورمیانه و جنوب اروپا هستند. جذام هنوز هم یک مسئله بهداشتی در این مناطق و از جمله در کشور ما است.

این بیماری به پنج گروه مشخص و شکلی از جذام که اصطلاحاً جذام نامعین (نامشخص) نامیده می‌شود تقسیم می‌گردد. این پنج گروه شامل جذام توبرکولوئیدی (TT)، جذام بینابینی توبرکولوئیدی (BT)، جذام بینابینی (BB)، جذام بینابینی لپروماتوز (BL) و جذام لپروماتوز (LL) می‌باشد(۱).

در نوزادان بسیار نادر است و بیشترین تعداد در سنین ۱۴-۱۰ سال و ۴۴-۳۵ سال مشاهده می‌شود(۱). جذام در استان کرمانشاه واقع در غرب ایران اندمیک بوده ولی تاکنون آمار دقیقی از آنان ارائه نشده است. بعضاً بعلت عدم آشنایی کافی با انواع تظاهرات بالینی جذام، این بیماران مدتها بعنوان بیماریهای دیگر درمان شده و متأسفانه در مراحل انتهایی تحت درمان جذام قرار می‌گیرند و اغلب آسیب‌های وارده غیرقابل‌جبران بوده و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.2.7.1]

در عین حال احتمال سرایت بیماری به دیگران نیز وجود دارد و این مسئله لزوم تشخیص و بیماریابی را در مراحل آغازین بازگو می‌کند.

هرچند تعداد بیماران استان چندان زیاد بنظر نمی‌رسد ولی با توجه به علائم بالینی بسیار متنوع آن یافتن مناطق آلوده و تشخیص به موقع آن ضروری است.

مواد و روشها

این پژوهش توصیفی روی پرونده‌های ۲۱۸ بیمار جذامی مراجعه کننده به مرکز مبارزه با جذام استان کرمانشاه در خلال سالهای ۱۳۶۰ تا پایان سال ۱۳۷۷ بعمل آمده است. بیماران بر اساس طبقه‌بندی Jopling, Ridly دسته‌بندی شده و اطلاعات مختلف ثبت گردیده است. از تمامی بیماران اسمیر پوستی با رنگ‌آمیزی زیل‌نلسون بعمل آمده است. بیمارانی که اسمیر منفی داشته‌اند بیوپسی پوست یا عصب شده‌اند و بر اساس اسمیر یا نتیجه پاتولوژی طبقه‌بندی شده‌اند. مطابق این طبقه‌بندی بیماران به پنج گروه LL,BL,BB,BT,TT تقسیم‌بندی شدند.

از کلیه بستگان درجه یک بیماران معاینه بالینی و اسمیر پوستی بعمل آمد. در مورد بیماران کلیه علائم بالینی بخصوص عصبی و پوستی، نوع جذام، سن بیمار، منطقه جغرافیایی قید گردید.

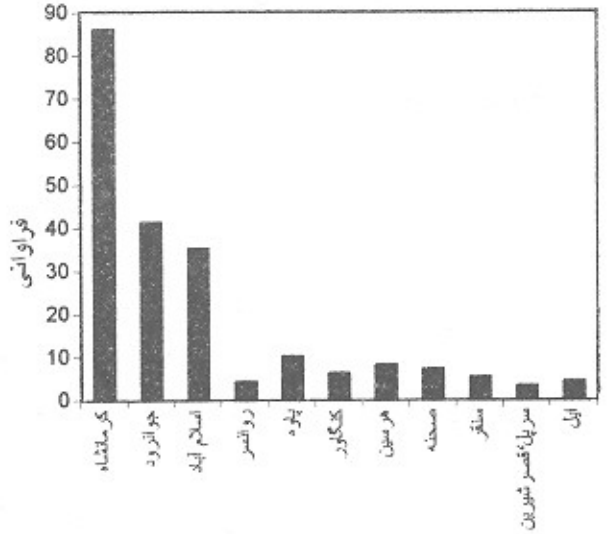
یافته‌ها

از میان ۲۱۸ بیمار ۱۶۲ نفر مرد(۷۴/۴ درصد) و ۵۶ نفر (۲۵/۶ درصد) زن بوده‌اند. میانگین سنی مردان ۴۲ سال با انحراف معیار ۱۵/۸ وزنان ۳۸ سال با انحراف معیار ۱۲ بوده است. اکثریت بیماران سابقه جذام در خانواده یا روستای خود را داشته‌اند. از نظر سنی بیشترین تعداد در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال قرار دارند و کمترین تعداد در گروه سنی ۸۹-۸۰ سال (یک نفر) می‌باشد (جدول ۱)

جدول ۱. توزیع فراوانی بیماران جدید مبتلا به جذام بر حسب سن استان کرمانشاه ۱۳۷۷-۱۳۶۰

گروه‌های سنی	تعداد(٪)
۹-۰	۲(۰/۹٪)
۱۹-۱۰	۱۷(۷/۸٪)
۲۹-۲۰	۳۲(۱۴/۷٪)
۳۹-۳۰	۴۸(۲۲٪)
۴۹-۴۰	۴۲(۱۹/۳٪)
۵۹-۵۰	۵۱(۲۳/۴٪)
۶۹-۶۰	۲۱(۹/۶٪)
۷۹-۷۰	۴(۱/۸٪)
۸۹-۸۰	۱(۰/۵٪)
جمع	۲۱۸(۱۰۰٪)

در گروه سنی ۹-۰ سال دو بیمار (۴ ساله و ۹ ساله) قرار دارند. از نظر شیوع جغرافیایی شهرستان کرمانشاه و سپس جوانرود بالاترین و سرپل ذهاب و قصر شیرین کمترین تعداد را داشته‌اند (نمودار ۱).

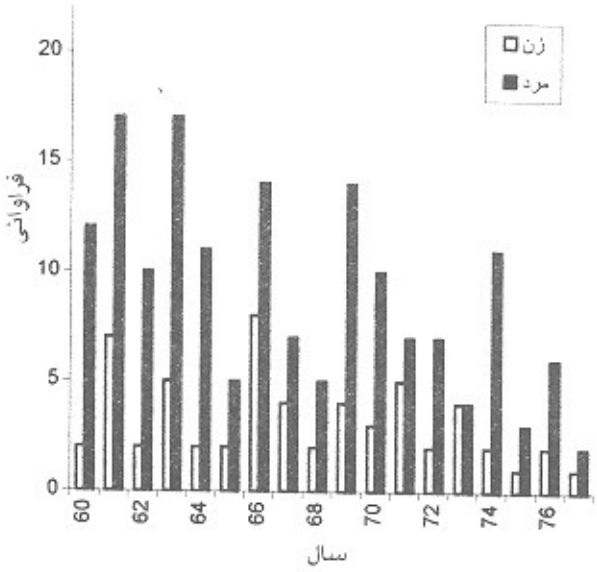


نمودار ۱. توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش برحسب منطقه جغرافیایی استان کرمانشاه ۱۳۷۷-۱۳۶۰

از نظر شکل بالینی جذام لپرماتوز (LL) ۳۰٪ و بعد از آن جذام بیابینی لپرماتوز (BL) ۲۹٪ شایعتر بوده و جذام

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.2.7.1]

توبرکلوئیدی (TT) ۲۳٪، جذام بینابینی (BB) ۱۱٪ و جذام بینابینی توبرکلوئیدی (BI) با ۷٪ در مرتبه‌های بعدی قرار داشتند. بیشترین آمار مربوط به سال ۶۱ با تعداد ۲۴ نفر و سال ۶۳ و ۶۶ با تعداد ۲۲ نفر و کمترین تعداد در سال ۷۷ با تنها سه نفر بیمار جدید می‌باشد (نمودار ۲). تعداد بیمارانی که عود داشته‌اند ۱۰ نفر یعنی ۴/۵ درصد کل بیماران بوده است.



نمودار ۲. توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش در سالهای مختلف ۱۳۷۷-۱۳۶۰ استان کرمانشاه

بحث

میانگین سنی مبتلایان مرد در استان نزدیک به آمار جهانی و در زنان کمتر از این آمار است(۴).در عین حال بیشترین تعداد بیماران استان در گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال است(۲و۱). جوانترین بیمار ما ۴ ساله و از نوع جذام بینابینی بوده است. که این امر مؤید کوتاه بودن دوره کمون قرار داشته‌اند که از آمار جهانی یعنی ۴۴-۳۵ سال بالاتر این نوع جذام می‌باشد. پیرترین فرد مرد ۸۵ ساله‌ای بوده و این موضوع نمایانگر آنست که هر سنی در مقابل این بیماری آسیب‌پذیر است.

طبق آمار جهانی نسبت تعداد مبتلایان مرد به زن ۲/۱ می‌باشد(۵) ولی در آمار ما این نسبت ۳/۱ است. کم بودن تعداد مبتلایان زن می‌تواند دلائل مختلفی و از جمله مقاومت نسبی زنان در مقابل جذام و نیز مسائل فرهنگی و عدم مراجعه بموقع زنان و تمایل آنان به پنهان نگاه داشتن بیماریهای پوستی باشد ولی در این زمینه تحقیقات بیشتری باید انجام شود. نتایج از نظر اشکال بالینی تقریباً با آمار جهانی مطابقت دارد و جمعاً بیشترین تعداد از نوع بینابینی بخصوص بینابینی لپروماتوز (BL) در این مناطق است(۲و۱). در مورد گسترش جغرافیایی جذام در استان بیشترین آمار مربوط به شهر کرمانشاه و جوانرود و کمترین تعداد در سرپل‌ذهاب و قصر شیرین بوده است. لازم به ذکر است که با توجه به مهاجرتهای گسترده، جمعیت شهر کرمانشاه از نظر مبداء بسیار ناهمگون می‌باشد و اکثریت افراد ساکن در این شهر از سایر نقاط استان یا استانهای همجوار مهاجرت نموده‌اند.

همچنین کم بودن آمار سرپل‌ذهاب و قصر شیرین می‌تواند بعلت جنگ تحمیلی و تخلیه مناطق مذکور از سکنه باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود آمار سال ۱۳۴۶ تا ۱۳۶۰ نیز بررسی شود. بجز کرمانشاه بیشترین آمار مربوط به جوانرود می‌باشد که در این زمینه سطح درآمد و دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی و سایر عوامل می‌تواند تعیین کننده باشد. تعداد بیمارانی که عود داشته‌اند ۱۰ نفر یعنی ۴/۵ درصد کل بیماران بوده است که نیاز به تحقیق و بررسی دیگری در مورد علل و عوامل آن دارد. این عوامل می‌تواند شامل عدم مصرف مستمر و صحیح دارو یا قطع زود هنگام آن و یا احتمال وجود مقاومت داروئی در این افراد باشد.

تقدیر و تشکر

در پایان از مسئولین مرکز مبارزه با جذام درمانگاه حاج دائی کرمانشاه بخصوص آقای بهروز شیرزاد که آمار و پرونده بیماران را در اختیار قرار دادند و همچنین زحمات فراوان خانم ژاله کوه بومی و آقای مهندس هاشمیان و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.2.7.1]

مهندس رضایی که با راهنمایی و مساعدت خویش انجام این پژوهش را ممکن نمودند، تشکر می‌شود.

****

References

1. Rook, Wilkinson, Ebling, Textbook of Dermatology, Blackwell Science 1998; 973-980.

2. Nordeen SK. The epidemiology of leprosy, In: Hasting RC, Leprosy, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livgstone, 1994; 29-48.

3. Leprosy Situation in the World in 1997 wkly - Epidemiol - Rec , 1997 , 26 : 72(39): 294-5.

4. lo Grand A. Women and leprosy. Lepr Rev 1997; 68(3): 203-11.

۵- نورالدین س ک. راهنمای حذف جذام بعنوان یک مشکل بهداشت همگانی، ترجمه خزائی .غ و بختیاری .غ، چاپ دوم انتشارات سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۷ ص. ۶-۴.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.2.7.1]