● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شمارهٔ ۲، فروردین – اردیبهشت ۱۳۸۵، صفحه ۷۹-۷۷
دریافت: ۸۳/۱۱/۲۵، پذیرش: ۸٤/٦/۱٦

بررسی فراوانی تینا ورسیکالر در پسران دبیرستانهای شهر بابل (سال ۸۳-۱۳۸۰)

محمدعلی شاکریان[۱]، سودابه تیرگر طبری*[۱]، محمود حاجی احمدی[۲]، دکتر حبیب اله خوشبخت[۳]،
دکتر سیدداوود حسینی[۳]

۱-استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- پزشک عمومی

سابقه و هدف: تینا ورسیکالر یکی از عفونتهای شایع پوستی در مناطق گرم و مرطوب می باشد که به دلیل ظاهر نازیبای آن بخصوص در جوانان مورد توجه قرار می گیرد. این مطالعه جهت تعیین فراوانی این بیماری در پسران دبیرستانهای بابل انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۲۰٦٤ دانش آموز به روش خوشه ای تصادفی انجام گردید. اطلاعات از طریق پرسشنامه و معاینه دانش آموزان جمع آوری و ثبت گردید.

یافته ها: از ۲۰٦٤ دانش آموز مورد مطالعه که ۹۱٪ در شهر و ۹٪ در روستا زندگی می کردند ۸/۲٪ به تینا ورسیکالر مبتلا بودند که ۹٤٪ مبتلایان ساکن شهر و ٦٪ در روستا سکونت داشتند. معاینه بالینی دانش آموزان در فصل بهار انجام شد. ۱۱/۷٪ سابقه خانوادگی مثبت و در ۸۸/۳٪ سابقه خانوادگی منفی بود. در ۲۹/۵٪ بیماران استحمام هفته ای یکبار و در ۷۰/۵٪ هفته ای دوبار یا بیشتر بود. شیوع ضایعات در سر و گردن ٤۰٪ در سینه و پشت ٤۳/۵٪ و در سایر نقاط ۱٦/۵٪ بود.

نتیجه گیری: با توجه به فراوانی بالای بیماری (حدود ۱۰٪) در میان پسران دبیرستانی، بررسی اپیدمیولوژیک بیماری در مناطق مختلف و سایر رده های سنی و همچنین آموزش روشهای پیشگیری بیماری توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: *تیناورسیکالر، بابل، دبیرستان، بیماریهای پوستی.*

مقدمه

عامل تیناورسیکالر مخمر لیپوفیلی بنام پتیروسپوروم اربیکولر (فرم گرد) و پتیروسپوروم اووال (فرم بیضوی) است. برخی مولفین اعتقاد دارند که این دو فرمهای گوناگون یک ارگانیسم هستند (هر دو گونه قبلاً مالاسزیافورفور نامیده می شدند) (۳-۱). این بیماری می تواند در هر سنی رخ دهد با این حال در سالهایی که فعالیت غدد سباسه بیشتر است شیوع بیشتری دارد (به عبارت دیگر در سالهای بلوغ و اوایل جوانی برخی افراد بویژه دارندگان پوستهای چرب مستعدترند). این قارچ مو و ناخن را مبتلا نمی کند(۶-۴). این عفونت خفیف و مزمن پوست با ضایعات هیپر یا هیپو پیگمانته واریتماتو مشخص می گردد که گاهاً با خارش همراه است و اغلب در قست فوقانی تنه می باشند. ندرتاً درگیری صورت و کف دست و پا در کودکان یا افراد با نقص سیستم ایمنی مشاهده می شود. ابتلاء زن و مرد مساوی است. در اواخر نوجوانی بطور شایعتر با حداکثر بروز در ۲۰ سالگی دیده می شود. در آب و هوای گرمسیر بیش از معتدل و حدود ۴۰٪ افراد را مبتلا می کند. در مناطق معتدل شروع بیماری اغلب در ماههای گرمتر سال است. در مناطق سردسیر کمتر از ۱٪ گرفتارند(۱). در ایران بیماری در نواحی جنوب، شمال و سواحل دریاچه ارومیه شیوع فراوانی دارد(۶). تشخیص بیماری با

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.13.9]

معاینه بالینی، مشاهده مستقیم، کشت و لامپ wood می باشد(۷). بدلیل شیوع این بیماری در منطقه شمال ایران و عود مکرر آن این مطالعه جهت تعیین فراوانی بیماری در این منطقه در افراد ۱۴ تا ۱۹ سال انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۲۰۶۴ دانش آموز شهر بابل انجام گردید و به روش خوشه ای تصادفی یک مرحله ای انجام شد. با توجه به اطلاعات قبلی که حداکثر فراوانی در جامعه دانش آموزان ۱۰٪≤p بوده است(۱) و با اطمینان ۹۵٪ و حداکثر خطای برآورد ۲٪، تقریبا ۸۶۵ دانش آموز باید معاینه می شدند، ولی مطالعه روی ۲۰۶۴ دانش آموز بین ۱۴ تا ۱۹ سال در فصل بهار انجام شد. اساس کار برای تشخیص بیماری معاینه فیزیکی (بر مبنای یافتن ضایعات هایپرپیگمانته، هایپوپیگمانته یا اریتماتو پوسته دار) توسط مولفین بود. یافته ها از طریق پرسشنامه و معاینه جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماریSPSS جدول توزیع فراوانی استخراج و آزمون آماری مجذور کای جهت مقایسه فراوانی در شهر و روستا استفاده گردید.

یافته ها

از بین ۲۰۶۴ دانش آموز مورد مطالعه که ۹۱٪ ساکن شهر و ۹٪ در روستا زندگی می کردند ۸/۲٪ به بیماری تیناورسیکالر مبتلا بودند(جدول ۱). ۹۴٪ مبتلایان ساکن شهر و ۶٪ ساکن روستا بودند. دانش آموزان در فصل بهار بررسی شدند. ۲۲/۵٪ از بیماران کسانی بودند که قبلاً درمان ضد تیناورسیکالر دریافت کرده بودند ولی بیماریشان عود کرده بود و ۷۷/۵٪ هرگز درمان ضد تیناورسیکالر دریافت نکرده بودند. ۱۱/۷٪ از بیماران سابقه خانوادگی مثبت و ۸۸/۳٪ سابقه خانوادگی منفی داشتند. ۹۰/۵٪ از حمام منزل و ۹/۵٪ از حمام عمومی استفاده می کردند. خارش بعنوان شایعترین علامت همراه در ۲۲٪ بیماران وجود داشت و ۲۹/۵٪ از بیماران تنها هفته ای یکبار استحمام می کردند و ۷۰/۵٪ هفته ای دوبار یا بیشتر استحمام می نمودند. شیوع ضایعه در سر و گردن ۴۰٪، در سینه و پشت ۴۳/۵٪ و در سایر نقاط ۱۶/۵٪ بود.

جدول ۱. فراوانی نسبی تینا ورسیکالر در دانش آموزان پسر شهرستان بابل در سال های تحصیلی ۸۳-۱۳۸۰

موارد بیماری	تینا ورسیکالر دارد	تینا ورسیکالر ندارد	جمع
موارد	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)
شهری	۱۵۹(۸/٤)	۱۷۱۹(۹۱/٦)	۱۸۷۸(۱۰۰)
روستائی	۱۰(۵/۳)	۱۷٦(۹٤/۷)	۱۸٦(۱۰۰)
جمع	۱٦۹(۸/۲)	۱۸۹۵(۹۱/۸)	۲۰٦٤(۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

حداکثر سن ابتلا به تیناورسیکالر در اواخر نوجوانی است که فعالیت غدد سباسه بیشتر است(۱). در این مطالعه شایعترین گروه سنی در معرض تیناورسیکالر بررسی شدند که از میان ۲۰۶۴ مورد ۲ /۸٪ به بیماری مبتلا بودند. در مطالعاتی که در دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال تحصیلی ۷۳-۷۲ و ۸۰-۷۹ انجام شد حداکثر فراوانی بیماری در دهه دوم عمر (۱۰ تا ۲۰ سالگی) بوده است(۹و۸). بیماری در نواحی استوایی در کودکی نادر است ولی در اواخر سالهای جوانی با حداکثر موارد در اوایل ۲۰ سالگی می باشد(۱). مطالعه ای در تایوان بین دانش آموزان دوره ابتدایی، میزان فراوانی را ۴/۴٪ نشان داد که در مناطق روستایی شایعتر از مناطق شهری بود (p<۰/۰۵) (۱۰). بیماری در مناطق گرمسیری شایعتر از نواحی استوایی است و شاید حدود ۴۰٪ موارد در برخی جوامع دیده شود. در حالی که در مناطق سردسیر تقریباً کمتر از ۱٪ دیده می شود(۱). شروع در ماههای گرم سال در نواحی گرمسیر دیده می شود. بر اساس یک مطالعه در مراجعین به درمانگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۷۳-۷۱ گرما بعنوان یک ریسک فاکتور

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.13.9]

مهم در ۹۰٪ بیماران دخیل بوده است(۸). مطالعه فعلی در فصل بهار انجام شد، که توصیه بر انجام مطالعات دیگر در سایر فصول جهت مقایسه می باشد. عود در این بیماری با وجود بهبودی شایع است. سابقه خانوادگی مثبت در یک مطالعه در سال ۷۳-۷۲ در مراجعین به کلینیک دانشگاه علوم پزشکی بابل ۴۲٪ گزارش شده است(۸). در مراجع معتبر پزشکی در سال ۱۳۷۸ ابتلا بیشتر در افراد یک خانواده ذکر شده است(۶). ارتباط معنی داری بین استفاده از حمام عمومی یا خصوصی مشاهده نگردید.

فراوانی خارش در علایم بیماری در مطالعه سال ۷۳-۷۲ در دانشگاه بابل ۳۴٪ بوده است(۸). در این مطالعه ۲۲٪ بیماران دچار خارش بودند. بررسی انجام شده در بابل، ضایعات در ۷۷٪ موارد در ناحیه گردن و ۵۷٪ موارد در قسمت فوقانی تنه بوده است(۹). این بیماری کلاً در بخش فوقانی تنه با گسترش به قسمت فوقانی بازوها دیده می شود(۱۱-۱۰).

در این مطالعه جایگزینی ضایعات در سینه و پشت ۴۳/۵٪ و در سر و گردن ۴۰٪ و تقریباً برابر بوده است و در سایر نقاط میزان ضایعات ۱۶/۵٪ بوده است. نظر به فراوانی بیماری تیناورسیکالر در این گروه سنی توصیه بر آموزش و پیگیری بیماری توسط مراقبین بهداشت مدارس و آموزش به جوانان جهت پیگیری و درمان بیماری می باشد. هر چند موارد عود زیاد است ولی ضایعات بدون درمان ممکن است تغییرات پیگمانتاسیون طولانی مدت برجا بگذارند که نیاز به درمان زودرس را می طلبد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری اداره آموزش و پرورش شهرستان بابل تشکر می گردد.

****

منابع

۱. احمدی ف، اصلانیان ع، انصارین ح. درسنامه جامع پوست ایران، نوبت چاپ اول ، انتشارات تیمورزاده، نشر طبیب ۱۳۸۰؛ ص: ۱۷۲.

2. Rook AJ, Wilkinson OS, Ebling FJG. Textbook dermatology, Volume 2, 6th ed, Champion Rh, Burton JL, Burns Breath Nachm, Blackwell Scientific Publication 1999; pp: 1281,1286,1288,1289.

3. Richard B, Odom Willam D, Timothy J, Beryer G. Andrew's diseases of the skin clinical dermatology, 9th ed, W.B. Saunders 2000; pp: 388.

4. Moschella S, Hurley H. Saunders dermatology, Volume 1, 3rd ed, W.B. Saunders 1992; pp: 897-8.

۵. میرزایی م، شهید زاده ا حلبچی ف، یزدی نژاد ع. تشخیص و درمان بیماریهای پوست (هبیف) ، چاپ دوم، فصل سیزدهم، عفونتهای قارچی سطحی ۱۳۷۸؛ ص: ۹-۲۵۷.

٦. امامی م ، کردبچه پ، قدیم م، زینی ف. قارچ شناسی پزشکی، چاپ موسسه انتشارات دانشگاه تهران ۱۳۷۸؛ ص: ۵۲-٤٥.

7. Elder DE, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. Lever's histopathology of the skin, 8th ed, Lippincott Raven 1997; pp: 521-2.

۸. نظری م. پایان نامه بررسی تینه آورسیکالر د رمراجعین به کلینیک وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل ۷۳-۱۳۷۲.

۹. جعفر پور ع. پایان نامه بررسی میزان شیوع عفونتهای قارچی پوست در مدارس ابتدایی شهرستان بابل ۸۰-۱۳۷۹.

10. Wu YH, Su HY, Hsieh YJ. Survey of infectious skin diseases and skin infestinations among primary school students of Taitung country, Eastern Taiwan. J Formos Med Assoc 2000; 99(2): 128-34.

11. Savin R. Diagnosis and treatment of tinea versicolor. J Fam Pract 1996; 43(2): 127-32.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان یحیی نژاد، گروه داخلی، تلفن: ۷-۲۲۲۳۵۹۴-۰۱۱۱.

stirgartabari@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.13.9]