

## اپیدمیولوژی جذام در استان کرمانشاه ۱۳۶۰-۱۳۷۷

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 می باشد. **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 می باشد. **یافته ها:** ۷۲/۴ درصد بیماران مرد و ۲۵/۶ درصد زن بوده اند. میانگین سنی مردان  $42 \pm 15/8$  و زنان  $28 \pm 12$  سال می باشد. 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 داشته اند. جذام لپروماتوز (LL) و بعد از آن جذام بینابینی لپرماتوز (BL) شایعترین شکل بیماری بوده است. **نتیجه گیری:** جذام در استان کرمانشاه آندمیک می باشد 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 یافته ها ضروری است. **واژه های کلیدی:** اپیدمیولوژی، جذام، بیماری هانسن.

### مقدمه

جذام یک بیماری گرانولوماتوز مزمن بوده و عامل آن مایکوباکتریوم لپرا می باشد. این بیماری اساساً اعصاب محیطی و پوست را درگیر می کند (۱) ولی می تواند سایر ارگانها را نیز گرفتار نماید. در سال ۱۹۹۴ سازمان بهداشت جهانی تعداد جذامیان را در حدود ۲/۷ میلیون نفر برآورد نمود (۱ و ۲) 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 می شود تقسیم

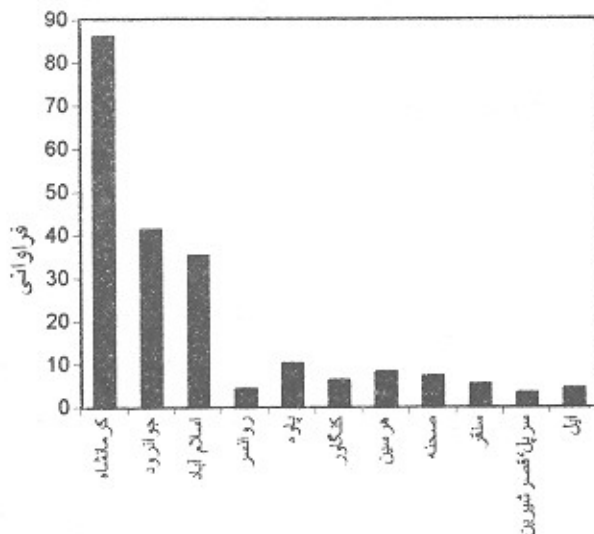
می گردد. این پنج گروه شامل جذام توبرکولوئیدی (TT)، جذام بینابینی توبرکولوئیدی (BT)، جذام بینابینی (BB)، جذام بینابینی لپروماتوز (BL) و جذام لپروماتوز (LL) می باشد (۱).

در نوزادان بسیار نادر است و بیشترین تعداد در سنین ۱۴-۱۰ سال و ۴۴-۳۵ سال مشاهده می شود (۱). جذام در استان کرمانشاه واقع در غرب ایران اندمیک بوده ولی تاکنون آمار دقیقی از آنان ارائه نشده است. بعضاً بعلا عدم آشنایی کافی با انواع تظاهرات بالینی جذام، این بیماران مدتها بعنوان بیماریهای دیگر درمان شده و مستأسفانه در مراحل انتهایی تحت درمان جذام قرار می گیرند و اغلب آسیب های وارده غیرقابل جبران بوده و

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 و زنان 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 ۵۰-۵۹ سال قرار دارند و کمترین تعداد در گروه سنی ۸۰-۸۹ سال (یک نفر) می‌باشد (جدول ۱)

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

در گروه سنی ۹-۵ 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

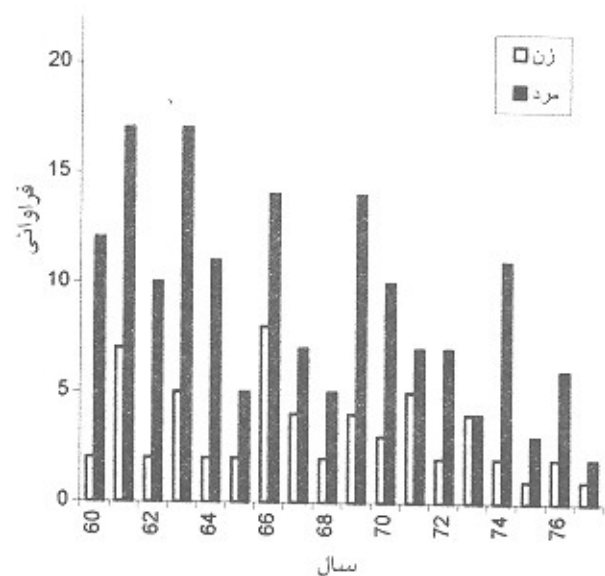
می باشد (۵) ولی در آمار ما این نسبت ۳/۱ است. کم بودن تعداد مبتلایان زن می تواند دلایل مختلفی و از جمله مقاومت نسبی زنان در مقابل جذام و نیز مسائل فرهنگی و عدم مراجعه بموقع زنان و تمایل آنان به پنهان نگاه داشتن بیماریهای پوستی باشد ولی در این زمینه تحقیقات بیشتری باید انجام شود. نتایج از نظر اشکال بالینی تقریباً با آمار جهانی مطابقت دارد و جمعاً بیشترین تعداد از نوع بینابینی بخصوص بینابینی لپروماتوز (BL) در این مناطق است (۱۲). در مورد گسترش جغرافیایی جذام در استان بیشترین آمار مربوط به شهر کرمانشاه و جوانرود و کمترین تعداد در سرپل ذهاب و قصر شیرین بوده است. لازم به ذکر است که با توجه به مهاجرت های گسترده، جمعیت شهر کرمانشاه از نظر مبدأ بسیار ناهمگون می باشد و اکثریت افراد ساکن در این شهر از سایر نقاط استان یا استانهای همجوار مهاجرت نموده اند.

همچنین کم بودن آمار سرپل ذهاب و قصر شیرین می تواند بعلت جنگ تحمیلی و تخلیه مناطق مذکور از سکنه باشد. در این راستا پیشنهاد می شود آمار سال ۱۳۴۶ تا ۱۳۶۰ نیز بررسی شود. به جز کرمانشاه بیشترین آمار مربوط به جوانرود می باشد که در این زمینه سطح درآمد و دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی و سایر عوامل می تواند تعیین کننده باشد. تعداد بیمارانی که عود داشته اند ۱۰ نفر یعنی ۴/۵ درصد کل بیمارانی بوده است که نیاز به تحقیق و بررسی دیگری در مورد علل و عوامل آن دارد. این عوامل می تواند شامل عدم مصرف مستمر و صحیح دارو یا قطع زود هنگام آن و یا احتمال وجود مقاومت دارویی 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 بیمارانی را در اختیار قرار دادند و همچنین زحمات فراوان خانم ژاله کوه بومی و آقای مهندس هاشمیان و

توبرکلوئیدی (TT) ۲۳٪، جذام بینابینی (BB) ۱۱٪ و جذام بینابینی توپرکلوئیدی (BI) با ۷٪ در مرتبه های 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 می باشد (نمودار ۲). تعداد بیمارانی که عود داشته اند ۱۰ نفر یعنی ۴/۵ درصد کل بیمارانی بوده است.



نمودار ۲. توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش در سالیهای مختلف ۱۳۶۰-۱۳۷۷ 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 بیمارانی استان در گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال است (۱۲). جوانترین بیمار ما ۴ ساله و از نوع جذام بینابینی بوده است. که این امر مؤید کوتاه بودن دوره کمون قرار داشته اند که از آمار جهانی یعنی ۳۵-۴۴ سال بالاتر این نوع جذام می باشد. پیرترین فرد مرد ۸۵ ساله ای بوده و این موضوع نمایانگر آنست که هر سنی در مقابل این بیماری آسیب پذیر است.

طبق آمار جهانی نسبت تعداد مبتلایان مرد به زن ۲/۱

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.
- 5- 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. ۴-۶.