بررسی تظاهرات بالینی بروسلوز در بیماران بستری در بیمارستان بهشتی کاشان طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۵

منصوره مومن‌هروی [۱*]، حسن افضلی [۲]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بالای بروسلوز و عدم آگاهی از وضعیت بیماری در منطقه و به منظور به روز کردن اطلاعات و تعیین فراوانی نشانه‌های بالینی و یافته‌های سرولوژی مربوط به این بیماری، مطالعه‌ی اخیر روی بیماران بستری در بیمارستان بهشتی کاشان در سال‌های ۸۲-۱۳۷۵ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به روش توصیفی و از نوع Existing data روی ۵۹۰ بیماری که با تشخیص اولیه‌ی بروسلوز بستری شده بودند صورت گرفت. نمونه‌ها را بیمارانی تشکیل دادند که با شکایات بالینی منطبق با بروسلوز مراجعه و آزمایش رایت یا کومبس رایت آنها بیش از ۱/۱۶۰ بود. اطلاعات دموگرافیک و یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی بیماران از پرونده‌ها استخراج و در فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات ثبت و نتایج به صورت آمار توصیفی ارایه گردید.

نتایج: از تعداد ۳۸۰ بیمار ۲۲٤ (۵۹٪) مذکر و ۱۵٦ نفر (٤۱٪) مونث بودند. . بیشتر بیماران در گروه سنی ۳۹-۲۰ سال ۱۳۷ نفر (۳٦/۱٪) قرار داشتند. فراوان‌ترین علت اصلی مراجعه‌ی بیماران تب با ۱۹/۲٪ و کمردرد با ۱٤/۵٪ بود. شایع‌ترین شکایت عمومی تب ۷۵٪ و آرترالژی ۷۰٪ بود. شایع‌ترین مفصل مبتلا به آرتریت ساکروایلیاک ۲۹/۷٪ و زانو ۲۳/۳٪ بود. ۹٤/۸٪ آزمون‌های رایت، ۱۰۰٪ آزمون‌های کومبس رایت و ۹۲/۲٪ آزمون‌های 2 ME مثبت بودند.

نتیجه‌گیری: تب و کمردرد شایع‌ترین علت اصلی مراجعه در بیماران بود. از این رو بروسلوز را باید در تشخیص افتراقی کلیه بیماران با تب طول کشیده و افرادی که از کمردرد و آرترالژی شاکی هستند قرار داد. با توجه به مثبت شدن آزمون رایت در اکثریت بیماران می‌توان از این آزمون به عنوان یک آزمون حساس و مطمئن به عنوان قدم اول تشخیص بهره جست.

واژگان کلیدی: بروسلوز، نشانه‌های بالینی، سرولوژی، فراوانی

۱- استادیار گروه بیماری‌های عفونی دانشکده‌ی پزشکی د انشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- دانشیار گروه بیماری‌های عفونی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نویسنده مسوول:** منصوره مومن هروی

آدرس: کاشان، بلوار قطب راوندی، بیمارستان شهید بهشتی، گروه عفونی

پست الکترونیک: momenheravi_m@kaums.ac.ir

تلفن: ۰۳٦۱ ۵۵۵۰۰۲٦

دورنویس: ۰۳٦۱ ۵۵۵۸۹۰۰

تاریخ دریافت: ۸۵/۱/۲٤

تاریخ پذیرش نهایی: ۸٦/۱/۲۵

مقدمه

بروسلوز بیماری عفونی مزمن شایع مشترک بین انسان و دام می‌باشد که از حیوانات به انسان منتقل می‌گردد [۱]، مطابق گزارش WHO فراوانی بروسلوز انسانی و حیوانی در دو دهه اخیر در حوزه‌ی دریای مدیترانه و کشورهای خاورمیانه و غرب آسیا و بخش‌هایی از آمریکای جنوبی و آفریقا گسترش یافته است. ایران به همراه پنج کشور دیگر مدیترانه شرقی بیش از ۹۰۰۰۰ بروسلوز انسانی داشته است [۲]. سالیانه حدود ۵۰۰۰۰۰ مورد بروسلوز انسانی در سطح جهان به سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌شود [۳]. در ایران نیز بروسلوز بیماری شایعی است در سال ۱۳۷٦، ۲٦۳۰۷ مورد گزارش شده است. در شهرستان کاشان فراوانی تب مالت ۰/۹٪ برآورد شده است [٤]. نشانه‌های بالینی بروسلوز غیراختصاصی هستند و شامل تب، تعریق، کسالت، بی-اشتهایی، سردرد، کمردرد و افسردگی می‌باشد. بروسلوز یک عفونت سیستمیک است که هر اندام و دستگاهی از بدن را می‌تواند درگیر کند [۵]. تابلوی بالینی که بروسلوز با آن تظاهر می‌یابد بسیار

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

متفاوت است. آمارهای ذکر شده در مطالعات مختلف در مورد فراوانی نشانه‌های بالینی متفاوت می‌باشد از جمله تب که از ٦٦/٦ تا ۹۲/۸٪ و آرتریت از ۳/٤ تا ۸۳٪ گزارش شده است [۱٤-٦]. برخی شکایات بالینی گزارش شده غیر معمول بوده و در بسیاری از مواقع غیر معمول بودن تابلو و یا نتایج متفاوت آزمون‌های تشخیصی منجر به تاخیر تشخیص و درمان بیماران و در نتیجه زمان بیماری می‌گردد. عدم آشنایی با تظاهرات مختلف بیماری به ویژه موارد غیر معمول منجر به سردرگمی پزشکان گردیده و تا رسیدن به تشخیص، گاه بیمار درمان‌های غیر ضروری و نامناسب دریافت می‌دارد و متحمل هزینه‌های زیاد تشخیصی و درمانی می‌گردد. حال آن که آشنایی با تظاهرات مختلف این بیماری، تشخیص و درمان به موقع و پیشگیری از عوارض آن را موجب می‌گردد. با توجه به بومی بودن بیماری در ایران و منطقه، فراوانی بالای بروسلوز و چهره‌های مختلف پیدایش بیماری، این مطالعه به منظور آشنایی با تابلوهای مختلف بالینی بروسلوز در بیماران بستری در بیمارستان بهشتی کاشان در سال‌های ۸۲-۱۳۷۵ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع Existing data است که در کاشان انجام گرفته است. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شده است و مطالعه بر روی کلیه بیمارانی که با تشخیص اولیه بروسلوز در بیمارستان بهشتی کاشان از فروردین ماه ۱۳۷۵ لغایت مهرماه ۱۳۸۲ بستری شده بودند، صورت گرفته است که از میان ٦۰۰ مورد مشکوک به بروسلوز، ۳۸۰ مورد ثابت شده‌ی بروسلوز وارد مطالعه شده و موارد ثابت نشده از مطالعه خارج گردیدند. معیار ورود به مطالعه بیمارانی بودند که نشانه‌ها و نشانه‌های بالینی منطبق با بروسلوز داشتند و آزمون رایت یا کومبس رایت آنها که به روش آگلوتیناسیون در آزمایشگاه بیمارستان بهشتی انجام شده بود و بیش از ۱/۱٦۰ بوده یا تیترهای کمتر ولی افزایش‌یابنده داشتند. متغیرهای مورد بررسی عبارت بودند از مشخصات دموگرافیک (سن و جنس، محل سکونت، شغل، فصل، بخش، مدت زمان بستری، سابقه‌ی قبلی ابتلا در فرد و سابقه‌ی خانوادگی)، نشانه‌های بالینی (کمردرد، درد مفاصل، تب)، یافته‌های فیزیکی (تب، تورم مفاصل، ارگانومگالی، لنفادنوپاتی) و آزمایشگاهی (آزمایش رایت وکومبس رایت و 2ME و CRP) بیماران که بر اساس شرح حال، معاینه‌ی فیزیکی و مطالعات آزمایشگاهی مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی‌های آزمایشگاهی شامل آزمایشات سرولوژیک و کشت خون بود. آزمایشات سرولوژی شامل آزمون‌های رایت وکومبس رایت و 2ME بودند که به روش آگلوتیناسیون در آزمایشگاه بیمارستان بهشتی انجام شده بود. کشت خون نیز در محیط کشت اختصاصی بروسلا به نام کاستانیدا انجام شده بود. فرم جمع‌آوری اطلاعات بیماران شامل اطلاعات دموگرافیک، سوابق بیمار، نشانه‌های بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی بر اساس اطلاعات موجود در پرونده بیماران تکمیل گردید و سپس نتایج تحقیق به صورت آمار توصیفی ارایه گردید.

نتایج

تعداد افراد مورد مطالعه ۳۸۰ نفر بودند که تعداد ۲۲٤ نفر (۵۸/۹٪) مرد و ۱۵٦ نفر (٤۱/۱٪) زن بودند. بیشتر بیماران در گروه سنی ۳۹-۲۰ سال ۱۳۷ نفر (۳٦/۱٪) قرار داشتند. ٦۸/٤٪ بیماران ساکن شهر و ۳۱/٦٪ ساکن روستا بودند. بیشترین موارد بستری در سال ۱۳۷۵، ۱۰۲ مورد (۲٦/۸٪) بوده است. ۸۰٪ مبتلایان در بخش عفونی، ۱۰٪ در بخش داخلی، ۹٪ در بخش اطفال و ۱٪ در بخش اعصاب بستری شده‌اند. بیشترین موارد بستری ۱٤۰ نفر (۳٦/۸٪) در فصل تابستان بوده است. بیشتر بیماران ۳۲۱ نفر (۸٤/۵٪) مدت بستری ۹-۱ روز داشتند. بیشترین روز بستری ۲۹-۲۰ روز بوده که فقط ۵ نفر (۱/۳٪) افراد به این میزان بستری بودند. از مجموع افراد مبتلا ۳۷ نفر (۹/۷٪) سابقه‌ی خانوادگی مثبت و ۳٤۳ نفر (۹۰/۳٪) سابقه‌ی خانوادگی منفی داشتند در ٦ نفر (۱٦/۲٪) از افراد با سابقه‌ی مثبت خانوادگی سابقه‌ی ابتلا در خود فرد نیز وجود داشت در ۸٤/۳٪ افراد با سابقه‌ی خانوادگی منفی سابقه‌ی ابتلا در خود فرد نیز منفی بود. (جدول شماره‌ی۱)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به بروسلوز بستری در بیمارستان بهشتی کاشان به تفکیک عوامل مرتبط طی سال‌های ۸۲-۱۳۷۵

عامل		تعداد	درصد
سن	۱-۱۹	۱۲۳	۳۲/۳
	۲۰-۳۹	۱۳۷	۳۶/۱
	۴۰-۵۹	٦٦	۱۷/۳
	٦۰≤	۵٤	۱٤/۲
جنس	مذکر	۲۲٤	۵۸/۹
	مونث	۱۵٦	٤۱/۱
محل سکونت	شهر	۲۵۸	٦۸/٤
	روستا	۱۲۲	۳۱/٦
فصل بستری	بهار	۱۰۸	۲۸/٤
	تابستان	۱٤۰	۳٦/۸
	پائیز	۸۵	۲۲/٤
	زمستان	٤۷	۱۲/٤
مدت بستری	۰-۹	۳۲۱	۸٤/۵
	۱۰-۱۹	۵٤	۱٤/۲
	۲۰-۲۹	۵	۱/۳
بخش بستری	عفونی	۳۰۷	۸۰
	داخلی	۳۸	۱۰
	اطفال	۳٤	۹
	اعصاب	۱	۱
سابقه‌ی قبلی ابتلا در بیمار	مثبت	٦۰	۱۵/۸
	منفی	۳۲۰	۸٤/۲
سابقه‌ی خانوادگی مثبت	مثبت	۳۷	۹/۷
	منفی	۳٤۳	۹۰/۳

فراوان‌ترین علت اصلی مراجعه بیماران تب (۱۹/۲٪)، کمردرد (۱٤/۵٪) و درد زانو (۱۳/۲٪) بود. ۲٦٦ نفر (۷۰٪) مبتلایان از آرترالژی شکایت داشتند. (۸۰/۸٪ زنان و ٦۲/۵٪ مردان). ۱۳ مورد آرتریت، ۱۳ مورد اپیدیدیمواورکیت، ۲ مورد منتژیت، ۲ مورد بروسلوز مزمن وجود داشت. ٤/۵٪ از افراد مذکر و ۲٪ افراد مونث آرتریت داشتند. شایع‌ترین مفاصل مبتلا عبارت بودند از: زانو ٦۱/۵٪، ساکروایلیاک ۳۰/۸٪، آرنج ۷/۷٪.

۹٤/۸٪ آزمون‌های رایت، ۱۰۰٪ آزمون‌های کومبس رایت و۹۲/۲٪ آزمون‌های 2 ME مثبت بودند فراوان‌ترین تیتر آزمون رایت ۱/۱٦۰ (۲۰/٤٪)، کومبس رایت ۱/۳۲۰ (۱۷/۱٪)، آزمون 2ME ۱/۸۰ (۲۵/٦٪) بوده است. از ۱۵ مورد کشت خون انجام شده ٦ مورد مثبت گزارش شد.

بحث

در این بررسی بیشترین علت اصلی مراجعه بیماران تب ۷۳ (۱۹/۲٪) و بعد از آن کمردرد ۵۵ (۱٤/۵٪) بوده است. در مطالعه‌ی خانبانپور در سال ۷۲ در کاشان نیز فراوان‌ترین علت اصلی مراجعه‌ی تب (۲٦/۷٪) بوده است. [٦]. در این بررسی ۲۸۵ نفر (۷۵٪) بیماران تب داشتند که شایع‌ترین یافته‌ی بالینی در این بیماران بوده است در مطالعات منیر مادکور در ۱۹۹۲ در عربستان فراوانی تب ۹۲/۸٪ [۷]، خانبانپور در کاشان ۹۲/۵٪ [٦]، Gottes روی ۸۸ کودک عرب در اسراییل۹۱٪ [۸]، Sit D در ترکیه ۸۷٪ [۹]، مهماندوست روی اطفال مبتلا به بروسلوز در سال ۷۹ در کاشان ۸۳/٦٪ [۱۰]، فرزادگان در یزد ۷۸/۵٪ [۱۱]، سالاری در ۹۳۳ دامدار یزدی ۷۷/۲٪ [۱۲]، رسولی‌نژاد در بیمارستان امام خمینی تهران ۷۱/۸٪ [۱۳]، Nomidura در ترکیه ٦٦/٦٪ [۱٤] گزارش شده است. در مطالعه‌ی حاج عبدالباقی و همکاران در ۵۰۵ بیمار بروسلوزی بستری در بیمارستان امام خمینی تهران سال ۸۰ شایع‌ترین شکایت تب (٦۵٪) بوده است [۱۵]. در مطالعات انجام شده فراوانی تب از ٦٦/٦ تا ۹۲/۸٪ گزارش شده است. تب به چند صورت در بروسلوز دیده می‌شود و شکل کلاسیک آن بدین نحو است که به تدریج بالا رفته و سپس به صورت پلکانی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

پایین می‌آید و بیمار مدتی فاقد تب بوده و دوباره مانند موج اول ادامه می‌یابد و از این لحاظ تب مواج نیز خوانده می‌شود [۱٦]. لذا طیف متفاوت تب در مطالعات مختلف می‌تواند به این علت باشد. در همه‌ی مطالعات مانند مطالعه‌ی ما تب جزو شایع‌ترین شکایات بیماران بوده، بنابراین در برخورد با بیمار با تب طول کشیده همیشه بروسلوز باید مد نظر قرار گیرد. در مطالعه‌ی ما فراوانی لرز ٤٥/٥٪ و در مطالعات Sit D در ترکیه ۸۹٪ [۹]، مارکور ۸۲/۷٪ [۷]، خانبانپور ۵۰/۵٪ [٦]، حاج‌عبدالباقی ٤۹/٦٪ [۱۵]، مهماندوست ۱۹/٤٪ [۱۰]، گزارش شده است. در تب مالت لرز شدید کمترمشاهده می‌شود ولی حالت سرما، سرما شدن در اغلب بیماران دیده می‌شود. [۵]، در این مطالعه ۵۹/۷٪ بیماران تعریق داشتند. در مطالعات مادکور فراوانی تعریق ۸۷/۵٪ [۷]، حاج‌عبدالباقی ٦۱٪ [۱۵]، مهماندوست ۵۰/۷٪ [۱۰]، خانبانپور ٤۰/۸٪ [٦] گزارش شده است. تعریق زیاد یکی از ویژگی‌های مرحله‌ی حاد بروسلوز سیستمیک می‌باشد [۱٦]، علت عدم مشاهده در همه‌ی بیماران احتمالا به خاطر وجود موارد بروسلوز لوکالیزه می‌باشد. در این مطالعه فراوانی کاهش اشتها ۳۲/٦٪ در مطالعات مادکور ۷۷/۷٪ [۷]، فرزادگان ٦٤/۵٪ [۱۱]، مهماندوست ٦۳/۵٪ [۱۰]، حاج‌عبدالباقی ۵٦/۵٪ [۱۵]، خانبانپور ٤۵٪ [٦] گزارش شد. ۱۲۸ نفر ۳۳/۷٪ بیماران از سردرد شاکی بودند. در مطالعه‌ی سالاری فراوانی سردرد ٤۰٪ [۱۲]، حاج-عبدالباقی ۳٦/۵٪ [۱۵]، خانبانپور ۲٦/۸٪ [۱۵] گزارش شده است. در این تحقیق ۵٦ نفر ۱٤/۷٪ بیماران از کاهش وزن شاکی بودند در مطالعات مادکور ٦۵/۲٪ [۷]، فرزادگان ٦۲/۵٪ [۱۲]، مهماندوست ۲۰/۷٪ [۱۰]، خانبانپور ۷/۵٪ [٦] گزارش شده است. در جریان بروسلوز بی‌حالی، ضعف، خستگی، سردرد، درد پشت، دردهای عضلانی و مفصلی و استخوانی بارز هستند و بیشتر بیماران بی‌اشتها بوده و یبوست و کاهش وزن دارند [۵]. بسته به شدت و سیستمیک یا لوکالیزه بودن بروسلوز علایم مشاهده شده در بیماران در مطالعات مختلف، تفاوت دارد. در این مطالعه ۲٦٦ نفر (۷۰٪) بیماران شکایات استخوانی مفصلی به صورت درد داشتند. مفاصل بزرگ بیشتر درگیر بودند. درگیری مفاصل ساکروایلیاک ۷۹ نفر (۲۹/۷٪)، زانو ٦۲ نفر (۲۳/۳٪) گزارش شده است. در بررسی سالاری ٦۵/۷٪ بیماران از درد مفاصل و ۳۷/۱٪ از درد استخوانی و ۸/٦٪ از درد پشت شاکی بودند [۱۲] و در مطالعه‌ی خانبانپور فراوانی آرترالژی زانو ۵۱/٦٪ و ستون فقرات ۳۵/۵٪ گزارش شد [٦]. در مطالعه‌ی رسولی‌نژاد ٤۰/۷٪ از درد مفاصل و ۳۲/۷٪ از درد ساکروایلیاک شاکی بودند [۱۳] در مطالعات مادکور فراوانی آرترالژی و آرتریت ۸٦/۲٪ [۷]، در مطالعه Nomidura گرفتاری استخوانی مفصلی ۲۸/۳٪ گزارش شد [۱٤]. ٦۱ نفر (۱٦٪) بیماران از تورم مفاصل شاکی بودند که شایع‌ترین آن مفصل، زانو ٤۰ نفر (۱۰/۵٪) بوده است. فراوانی آرتریت ۱۳ نفر (۳/٤٪) بوده که ٦۱/۵٪ آنها آرتریت زانو و ۳۰/۸٪ آرتریت ساکروایلیاک داشتند. در مطالعه حاج‌عبدالباقی ساکروایلیاک، ران و زانو شایع‌ترین مفاصل درگیر بودند [۱۵]. در مطالعات فرزادگان آرتریت ٦۷/۷٪ [۱۱]، خانبانپور آرتریت زانو ۲۲/٦٪ و آرتریت ساکروایلیاک ۸/٦٪ [٦]، حاج‌عبدالباقی آرتریت محیطی ۳۰٪ و ساکروایلئیت ۲۰٪ [۱۵]، گزارش شد [۱۳]. در مطالعه ممیشی آرتریت یا آرترالژی ۲۹٪ گزارش شده است [۱۷]، در مطالعه Aydslu B در ترکیه سال ۲۰۰۵ اسپوندیلودیسکیت ۳۰٪، ساکروایلئیت ۹٪، آرتریت ٤٪. گزارش شده است [۱۸]. در مطالعه‌ی Pourbagher A در ترکیه ساکروایلئیت ۱۰/٤٪، اسپوندیلودیسکیت ۱/۲٪ و استئومیلیت حاد ۰/٤٪ گزارش شده است [۱۹]. عوارض استخوانی مفصلی در بروسلوز شایع است و در ٦۰-۲۰٪ موارد گزارش شده است. طیف ضایعات استخوانی شامل آرتریت، اسپوندیلیت، استئومیلیت، تنوسینویت وبورسیت می‌باشد. ساکروایلئیت شایع‌ترین عارضه است. مفاصل بزرگ تحمل‌کننده‌ی وزن بدن مانند هیپ، زانوها و مچ پا بیشتر از مفاصل کوچک درگیر می‌شوند [۱، ۵]. ساکروایلیاک در مطالعه‌ی ما شایع‌ترین مفصل گرفتار بوده که با سایر مطالعات هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ی ما ٦ نفر (۱/٦٪) لنفادنوپاتی و ۲۱ نفر (۵/۵٪) بزرگی کبد یا بزرگی طحال داشتند. در مطالعه‌ی Sit D در ترکیه بزرگی کبد ٦۳٪ [۹]، حاج‌عبدالباقی در تهران بزرگی کبد ٦۲٪ و بزرگی طحال ۳٦٪، لنفادنوپاتی ۵/۹٪ [۱۵]، Pourbagher MA در ترکیه لنفادنوپاتی ۹/۲٪ اسپلنومگالی ۸/٤٪ و بزرگی کبد ٦٪ گزارش شده است [۲۰]. در مطالعات مختلف فراوانی اسپلنومگالی از ۱٤/٦٪ تا ۵٦/٦٪ متغیر بوده است و فراوانی بزرگی کبد از ۸/٦ تا ٦۳/۵٪ متغیر بوده که این تفاوت‌ها به مرحله و شدت بیماری بستگی دارد. در بروسلوز لنفادنوپاتی در ۱۰ تا ۲۰٪ و بزرگی کبد و طحال در ۲۰ تا ۳۰٪ مشاهده می‌شود [۱]. علت کمتر بودن موارد در مطالعه‌ی ما شاید به دلیل عدم دقت در معاینه‌ی بیماران و یا عدم ثبت در پرونده‌ی آنها باشد. با توجه به این که دستگاه رتیکولوآندوتلیال جزء محل-های مورد علاقه بروسلا برای تکثیر می‌باشد [۱، ۵]، درگیری کبد و طحال قابل انتظار بوده و باید در معاینات بالینی مد نظر قرار گیرد. در این مطالعه ۸۰٪ مبتلایان در گروه سنی بیشتر از ۱۵ سال و ۲۰٪ (۷٦ نفر) در گروه سنی کمتر و مساوی ۱۵ سال قرار داشتند. در مطالعه‌ی حاج‌عبدالباقی بیشترین فراوانی در دهه‌ی دوم و سوم

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

٤٣/٧٪ بود [١٥]. در این مطالعه فراوانی بروسلوز در افراد مذکر بیش از مونث بود. در مطالعه‌ی حاج‌عبدالباقی [١٥] رسولی‌نژاد [١٣]، ممیشی در تهران [١٧] و مهربانی [٢١] در شیراز فراوانی بروسلوز در جنس مذکر بیشتر گزارش شد. در بروسلوز برتری جنسی و سنی وجود نداشته و در هر سن و جنسی می‌تواند رخ دهد [١، ٥] دلیل فراوانی بیشتر بیماری در افراد جوان‌تر و جنس مذکر شاید به دلیل شغل و فعالیت بیشتر در جوانی و تماس بیشتر آنها با ارگانیسم مولد بیماری باشد. در این بررسی ٣٧ نفر (٩/٢٪) سابقه‌ی خانوادگی مثبت و ٦٠ نفر (١١/٨٪) سابقه‌ی قبلی ابتلا به بروسلوز داشتند و ٢ مورد بروسلوز مزمن نیز گزارش شد. در مطالعه‌ی خانبانپور ٣٥/٥٪ بیماران سابقه‌ای از بروسلوز در خود یا خانواده بیان کردند [٦] و در مطالعه‌ی ممیشی سابقه‌ی فامیلی در ٢٠/٤٪ مثبت بود [١٧]. وجود سابقه‌ی خانوادگی مثبت می‌تواند نشان‌گر استفاده از منابع آلودگی مشترک در اعضای خانواده باشد و سابقه‌ی ابتلای قبلی در بیماران می‌تواند نشانه‌ی عود بیماری باشد از آنجایی که بروسلوز نیاز به درمان طولانی مدت دارد عود عفونت ناشایع نیست به ویژه اگر درمان زودتر از موعد قطع شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهند که بروسلوز می‌تواند تمام دستگاه‌های اصلی بدن را درگیر ساخته و شکایت اصلی بیماران می‌تواند تظاهری از درگیری هر یک از این دستگاه‌ها باشد. با توجه به گستردگی نشانه‌های بالینی در بروسلوز، در مناطق بومی در برخورد با هر بیمار با نشانه‌های متنوع و غیراختصاصی مثل تب و تعریق، کاهش وزن، سردرد، کاهش اشتها، دردهای مفصلی، مشکلات عصبی بروسلوز باید مد نظر قرار و اقدامات لازم جهت تشخیص آن صورت گیرد.

References:

[1] Michael J. Corbrl/Nicholas J.Beeching. Brucellosis in Braunwald, Eugene, et al. Harrison's Princi`les of internal medicine (16th). New York: MC Graw-Hill: 2005. p. 914-917.

[2] Abdon A. Brucellosis in the eastern Mediterranean Health region.proceeding on the regional conference on emerging infections disease. cario-Egypt. 1995 Nov. P: 202-207.

[3] Incidence of brucellosis in the world [on line]. Available from: http: // www. Vet. Uga. Edu/ vppp/ NSEP/ Brazil 2002/ brucella / Eng/ incidence. htm

[٤] منیری رضوان، دسته‌گلی کامران. بررسی سرواپیدمیولوژی تب مالت انسانی در شهرستان کاشان درسال ١٣٧٥. ***مجله فیض*** ٧٦: سال اول، شماره ١: صفحات ٣٥ تا ٤٠

[5] Edward J. Young. Brucella species. In: Mandel, Gerlad and Bennett .principles and practice of infectious disease (6th ed)Philadelphia: churchill livingstone: 2005. p. 2669-2674.

[٦] درمنش بنفشه. تعیین میزان شیوع علائم بالینی بروسلوز در بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان. پایان‌نامه دکتری عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پزشکی، ١٣٧٢.

[٧] منیری رضوان، دسته گلی کامران، در ترجمه بروسلوز، ام منیر مادکور (مولف) چاپ اول. تهران: نشر بنیاد، ١٣٧١، صفحات ١١٢ تا ١٦٠

[8] Gottes man A. Vanuna. D. Child hood Brucellosis in Israel. ***Pediat infect Dis J*** 1996 Jul; 15: 610.

[9] Sit D. Kadiroglu AK. Kayabasi H. Hosoglu S. Retrospective evaluation of brucellosis cases inhabiting in Mus province ***Mikrobiyol Bul*** 2006; 40: 289-290.

[١٠] مهماندوست محمد. بررسی علایم بالینی و آزمایشگاهی بروسلوز در اطفال مبتلا به بروسلوز ثابت شده بستری در بخش اطفال بیمارستان شهید بهشتی کاشان. پایان‌نامه دکتری عمومی رشته پزشکی، کاشان: دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پزشکی، ١٣٧٩.

[١١] فرزادگان محمدحسن. بررسی علایم بالینی و آزمایشگاهی بروسلوز در بیماران بستری در بخش عفونی بیمارستان امیرالمؤمنین یزد. پایان نامه دکتری عمومی رشته پزشکی یزد: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ١٣٨١.

[١٢] سالاری محمدحسین. میزان شیوع بروسلوز در دامداران استان یزد، چکیده مقالات نهمین کنگره بیماری‌های عفونی و گرمسیری ایران، تهران ١٣٧٩، صفحه ٢٣٠.

[١٣] رسولی‌نژاد مهرناز، حاجی‌عبدالباقی محبوبه، لوطی شاهرخ بهرام. بررسی چهره‌های مختلف بالینی بروسلوزیس در بیماران بستری شده در مجتمع بیمارستانی امام خمینی، چکیده مقالات نهمین کنگره بیماری‌های عفونی و گرمسیری در ایران، تهران ١٣٧٩، صفحه ٣٦٣.

[14] Nomidura Gungork et al. Epidemiological, clinical and Labaratory features of brucellosis: a prospective evaluation of 120 adult patients. ***int j clin pract*** 2003Jan-Feb; 57(1): 20-24.

[١٥] حاج عبدالباقی محبوبه، رسولی‌نژاد مهرناز، یعقوب‌زاده محمدرضا. بررسی اپیدمیولوژیک، بالینی، تشخیصی، درمانی ٥٠٥ بیمار مبتلا به بروسلوز. ***مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*** ١٣٨٠: سال ، شماره نهم: صفحات ٣٤ تا ٤٣.

[١٦] ثمر گیتی، نعمتی‌پور ابراهیم، ذوقی اسماعیل، بروسلوز انسانی و ویژگی‌های آن در ایران، چاپ اول، تهران. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ١٣٧٥، صفحات ٩١-٥٠.

[١٧] ممیشی ستاره، افشار پیمان شهلا، سطوتی جواد، جعفری کریم. بروسلوز، یافته‌های بالینی، آزمایشگاهی و درمان آن در کودکان بستری در مرکز طبی کودکان تهران. ***فصلنامه بیماری‌های عفونی و گرمسیری*** ١٣٨٤: سال ، شماره٢٩: صفحات ٧ تا ١١.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

[18] Aydoslu B. Celik AD. Kuloglu F. Tansel O. Akata F. Tugrul M. Evaluation of brucellosis patients in Trakya University Hospital ***Mikrobiyol Bul*** 2006; 40: 257-263.
[19] Pourbagher A. Pourbagher MA. Savas L. Turunc T. Demiroglu YZ. Erol I. et al. Epidemiologic, clinical, and imaging findings in brucellosis patients with osteoarticular involvement. ***AJR Am J Roentgenol*** 2006; 187: 873-880.
[20] Pourbagher MA. Pourbagher A. Savas L. Turunc T. Demiroglu YZ. Erol I. et al. Clinical pattern and abdominal sonographic findings in 251 cases of brucellosis in southern Turkey. ***AJR Am J Roentgenol*** 2006; 187: 191-194.
[۲۱] مهربانی داوود، حسینی محمدحسین، طباطبایی حمیدرضا، محمودی میترا. بررسی میزان شیوع بروسلوز در جمعیت دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان شیراز و اهمیت آن در بهداشت عمومی. موسسه تحقیقات واکسن و سرم‌سازی رازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، چکیده مقالات نهمین کنگره بیماریهای عفونی و گرمسیری ایران، ۱۳۷۹.
[22] Gotuzzo E. Seas C. Guerra JG. Carrillo C. Bocanegra TC. Calvo A. et al. Brucellar arthritis: a study of 39 Peruvian families. ***An Rheum Dis*** 1987; 46: 506-509.
[23] Krkic-Dautovic S. Mehanic S. Ferhatovic M. Cavaljuga S. Brucellosis epidemiological and clinical aspects (Is brucellosis a major public health problem in Bosnia and Herzegovina?). ***Bosn J Basic Med Sci*** 2006; 6: 11-15.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]