

شیوع بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی در مرکز بازپروری معتادان تهران

طی سال ۱۳۷۶

* محمد علی اسدی * ، دکتر عبدالحسین داودآبادی *** ، اعظم صامعی *

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی در جامعه و همچنین با فرض فراوانی بیشتر آن

در بین معتادان و از آنجایی که چنین تحقیقی کمتر صورت پذیرفته، از این رو به منظور تعیین میزان آنودگی قارچی سطحی و جلدی در بین معتادان، این تحقیق در مرکز بازپروری معتادان تهران طی سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها: در این مطالعه کل معتادان که ۱۳۲۰ نفر بودند مورد معاشره قرار گرفته و از موارد مشکوک نمونه برداری و با روش آزمایش مستقیم و کشت مورد بررسی آزمایشگاهی قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحقیق نشان داد که از ۱۳۲۰ نفر مورد بررسی، ۱۱۴ نفر (۸/۶ درصد) مشبت تشخیص داده شدند و انواع عقوبات‌های قارچی سطحی و جلدی به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: تی‌نه‌اورسیکالر (۶/۹ درصد)، تراکومایکوزیس آگزیلاریس (۴/۱ درصد)، اریتراسما (۱۵/۰ درصد) و تی‌نه‌آپیس (۲۳/۰ درصد). عامل هر سه مورد کچلی تراکومایکوفیتون متاگروفاپاییس بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد برخی عوامل موجب شیوع بستاً بالای بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی در این گروه گردیده است. از این رو پیشنهاد می‌شود بررسی‌های بیشتری صورت گیرد و نسبت به درمان آنان اقدام گردد.

وازگان کلیدی: بیماری‌های قارچی، معتادان، تی‌نه‌اورسیکالر، تراکومایکوزیس آگزیلاریس، درماتوفیتوزیس

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، دانشکده پیراپژشکی

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، گروه جراحی

مقدمه

جمعیت و عدم رعایت بهداشت فردی و عمومی به نحوی مطلوب در برخی اماکن مانند پادگان‌ها، زندان‌ها، مراکز بازپروری و نگهداری معتادان به مواد مخدر موجب وفور و گاهی اپیدمی این نوع بیماری‌ها در بین افراد ساکن در این محل‌ها می‌گردد. چنان‌که طی یک بررسی توسط نصراصفهانی در سال ۱۳۷۲ در پادگان‌های اصفهان انجام گرفته، شیوع بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی ۵۰/۸ درصد گزارش شده است (۴). هم چنین طی بررسی امامی و همکاران از محیط و کارکنان پادگان‌های جنوب کشور در سال ۱۳۵۳ در جمع آوری ۳۷۴ نمونه از محل‌های مختلف محیط تعداد ۹۰ مورد در آزمایش مستقیم و کشت مثبت ذکر گردیده است و با بررسی و معاینه ۱۰۶۱ نفر از کارکنان ساکن در محل‌های مذکور و نمونه‌برداری و تشخیص آزمایشگاهی، ۱۴۵ نفر (۱۳/۶۶ درصد) مبتلا به بیماری‌های قارچی گزارش شده‌اند (۶).

در بررسی اسدی که از کارگران شهرداری آران و بیدگل در سال ۱۳۷۷ به عمل آمده مبتلایان به بیماری‌های قارچی سطحی ۲۵/۵ درصد ذکر گردید (۷).

بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی هر چند که خطر مرگ و میر ندارد ولی همیشه موجب درد، رنج، اتلاف وقت، افت تحصیلی، کاهش نیروی کار و بازدهی و هزینه‌های سنگین اقتصادی برای خانواده‌ها و دولت‌ها بوده است و در افراد حساس موجب آسیب‌های روحی و روانی شدید و غیرقابل جبران می‌شود. کنترل جدی برای پیش‌گیری و درمان این بیماری‌ها و عوارض آنها از ضروریات اولیه بهداشتی می‌باشد و برای دسترسی به چنین اهدافی، اطلاعات اپیدمیولوژیک و میزان شیوع بیماری در جامعه و اماکن عمومی و طرق انتقال و

بیماری‌های قارچی دسته‌ای از عفونت‌های قارچی می‌باشد که ارگانیسم عامل بیماری در خارجی‌ترین طبقه پوست (طبقه شاخی) جایگزین و ایجاد بیماری می‌نماید. در بیماری‌های قارچی جلدی، ارگانیسم عامل بیماری در قسمت‌های کراتین دار پوست و ضمایم آن مانند مو و ناخن جایگزین و ایجاد عفونت می‌نماید. گروه اول در سن بلوغ و بعد از آن شایع‌تر و گروه دوم که شامل انواع درماتوفیتوزیس (کچلی) و دیگر بیماری‌های قارچی جلد (درماتومایکوزیس) می‌باشد، معمولاً در سنین کمتر از بلوغ شیوع بیشتری دارد. برخی از بیماری‌های هر دو گروه (سطحی و جلدی) گاهی می‌تواند به حالت اپیدمی درآمده و در اماکن عمومی مانند پادگان‌ها، زندان‌ها، خوابگاه‌ها و مراکز بازپروری به سرعت شایع و افراد زیادی را مبتلا نماید (۱،۲،۳،۴).

عوامل اتیولوژی درماتوفیتوزیس وابسته به سه منبع انسان، حیوان و خاک است که هر سه می‌تواند برای انسان بیماری‌زا باشد. شیوع بیماری‌های قارچی در نقاط مختلف دنیا متفاوت است اما به طور کلی و طبق تخمین و برآورد تنها تعداد مبتلایان به درماتوفیتوزیس حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از کل جمعیت جهان می‌باشد (۲). چنان‌که یک مطالعه در هندوستان نشان می‌دهد که ۷۳/۵ درصد از ۴۰۰۰ بیماری قارچی را درماتوفیتوزیس تشکیل می‌دهد (۵).

در ایران نیز با توجه به شرایط اقلیمی و جغرافیایی خاص وجود آب و هوای گرم و مرطوب در برخی نقاط آن و یا مشاغلی مانند دامداری و چوپانی و کشاورزی به شکل سنتی و غیرمکانیزه و زندگی اجتماعی و تراکم

ابتلا به بیماری، دفعات استحمام و غیره یادداشت می‌گردد.

جهت نمونه‌گیری موهای مشکوک از قیچی و موچین استریل استفاده می‌شد و جهت ضایعات پوست توسط اسکالپل استریل از سوره‌ها و پوسته‌های کناری ضایعه نمونه‌برداری می‌شد و از ضایعات مشکوک به تئنه‌آورسیکالر توسط نوار چسب اسکاج و یا با تراشیدن سوره‌ها نمونه‌برداری به عمل می‌آمد. نمونه‌ها توسط KOH شفاف و پس از رنگ آمیزی مورد بررسی میکروسکوپی قرار می‌گرفتند. هم چنین نمونه‌های مشکوک به درماتوفیتوزیس در محیط‌های S و SCC کشته داده شدند و بدین ترتیب شیوع در جمیعت مورد بررسی تعیین گردید.

یافته‌ها

از کل ۱۳۲۰ نفر مورد بررسی تعداد ۱۲۲ نفر دارای ضایعات مشکوک قارچی بودند که پس از تشخیص آزمایشگاهی، ۱۱۴ نفر (۸/۶ درصد) مبتلا به بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی تشخیص داده شدند. انواع عفونت‌های قارچی سطحی و جلدی عبارت بودند از: تئنه آورسیکالر ۹۱ مورد (۶/۹ درصد)، تراپیکومایکوزیس آگزیلاریس ۱۸ مورد (۱/۴ درصد)، اریتراسما ۲ مورد (۱۵/۰ درصد) و تئنه آپریس ۳ مورد (۲۳/۰ درصد) که عامل هر سه مورد کچلی با تراپیکوفیتون متانگروفاکتیس بود (جدول ۱ و ۲ و نمودار ۱).

انتشار آنها از نیازهای اولیه بهداشت و پیش‌گیری می‌باشد (۲,۷). از این رو جهت دسترسی نسبی به اهداف مذکور این موضوع پژوهشی انتخاب و انجام آن در یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه نسبت به این بیماری‌ها ضروری به نظر می‌رسد. در نتیجه به منظور تعیین شیوع بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی در معتادان مرکز بازپروری تهران این تحقیق در سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها

تحقیق به روش توصیفی به مدت ۶ هفته صورت پذیرفت و کل معتادان که ۱۳۲۰ نفر در سنین مختلف بودند به روش سرشماری بررسی شدند. در این بررسی افراد معتاد در حالتی برخنه معاينه گردیدند و با مشاهده ریزش غیرطبیعی موهای سر، موهای شکسته شده و تغییر رنگ داده شده و یا وجود گرههایی در اطراف موهای زیر بغل و عانه؛ توسط متخصص قارچ‌شناسی نمونه برداری انجام می‌گرفت.

در صورت وجود سوره در روی سر، صورت، لاله‌گوش و یا ضایعات مشکوک به تئنه آورسیکالر یا درماتوفیتوزیس در روی بدن به عنوان افراد مشکوک تلقی و نمونه‌برداری از آنها به عمل آمد. در ضمن، با مشاهده ضایعات مشکوک به اریتراسما در زیربغل، عانه و بین انگشتان پاها و در نهایت در صورت وجود ناخن‌های ضخیم، تغییر شکل و حالت داده، شکسته و خرد شده در انگشتان دست و پا از آنها نمونه‌برداری انجام می‌گرفت و مشخصات بیمار از قبیل سن، نوع اعتیاد، مدت

جدول ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی آبادگی بر حسب گروههای سنی در بین معتادان مرکز بازی ورزی تهران طی سال ۱۳۷۶

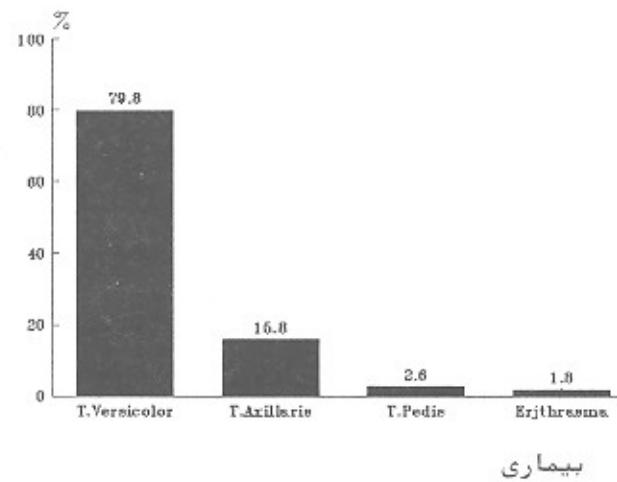
جمع		عام آنودگی		آنودگی		گروهای سنی (سال)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۶۷	۹۲/۵	۶۲	۷/۵	۵	۱۵-۱۹
۱۰۰	۸۶	۸۹/۵	۷۷	۱۰/۵	۹	۲۰-۲۴
۱۰۰	۱۱۷	۸۶/۳	۱۰۱	۱۳/۷	۱۶	۲۵-۲۹
۱۰۰	۲۰۷	۸۳/۱	۱۷۲	۱۶/۹	۳۵	۳۰-۳۴
۱۰۰	۲۲۴	۹۲/۳	۲۱۶	۷/۷	۱۸	۳۵-۳۹
۱۰۰	۴۲۳	۹۵	۴۰۲	۵	۲۱	۴۰-۴۴
۱۰۰	۱۸۶	۹۸/۶	۱۷۶	۵/۴	۳۰	۴۵-۴۹
۱۰۰	۱۳۲۰	۹۱/۴	۱۲۶۱	۸/۶	۱۱۴	جمع

جدول ۲- توزیع فراوانی و فراوانی سبی اثواب عفوونت های فارجی سطحی و جلدی بر حسب گروههای سنی درین معنادان مرکز بازپروردی نهران طی سال ۱۳۷۶

گروههای منی	انواع عنوت	نی نه آورپکالر	ترایکوما بکوزیس آگریلارس	اریتراسما	نی نه آپدیس	جمع
۱۵-۱۹	۳	۲	-	-	-	۵ (۴/۵)
۲۰-۲۴	۷	۵	-	-	-	۶ (۵/۶)
۲۵-۲۹	۱۴	۲	-	-	-	۱۷-۱۸ (۱۶/۱۷)
۳۰-۳۴	۲۹	۲۲	-	-	-	۳۵ (۳۴/۳۵)
۳۵-۳۹	۱۵	۱۲	-	-	-	۱۸ (۱۷/۱۸)
۴۰-۴۴	۱۶	۱۷	-	-	-	۲۱ (۲۰/۲۱)
۴۵-۴۹	۲۱	۱۷	-	-	-	۱۰ (۹/۱۰)
۵۰	۲۱	۱۸	-	-	-	۱۱۸ (۱۱۷/۱۱۸)

نمونه مثبت تشخیص داده شدند. همچنان از ۵ نمونه مشکوک به درماتوفیتوزی، ۳ مورد که مربوط به کف پا و بین انگشتان پا بود مثبت و قارچ عامل بیماری در هر ۳ مورد تراپیکوفیتون متاتاگروفاپیتیس می‌باشد. در این مطالعه، تعداد بیماران که ۱۱۴ نفر بودند از نظر نوع اعتیاد ۷۳ مورد تریاک، ۱۷ مورد هروین، ۱۱ مورد حشیش، ۶ مورد داروهای آرام بخش مانند دیازپام، مپروپیامات، آرتان و غیره و ۷ مورد دو یا سه نوع اعتیاد همزمان داشتند.

از نظر دفعات استحمام، ۲۳ نفر هفتاهای دو بار، ۵۶ نفر هفتاهای یک بار، ۲۴ نفر دو هفته یک بار و ۱۱ نفر ماهی یک بار استحمام می‌کردند.



نمودار ۱- توزیع انواع بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی بر حسب نوع آن در بین معتقدان مرکز بازپروری تهران طی سال ۱۳۷۶

از ۱۸ مورد موهای مشکوک به تراپیکومایکوزیس آگزیلاریس، کل موارد مثبت تشخیص داده شدند که از این تعداد در ۱۵ مورد رنگ گره‌ها زرد و ۳ مورد قرمز بود. همچنان از کل ۱۸ مورد مبتلا به این بیماری، ۱۷ مورد از بیماری خود بی اطلاع و فقط یک مورد از بیماری خویش مطلع بود. در این بیماران آلودگی در ۱۵ مورد در موهای زیربغل، در ۲ مورد در موهای کشاله ران و در یک مورد در موهای هردو قسمت مشاهده گردید.

در این بررسی از کل ۹۷ مورد مشکوک به تی‌نه‌آورسیکالر، ۹۱ مورد مثبت تشخیص داده شد که محل ضایعات به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: گردن، سینه، شکم، بازو، ساعد و پشت. رنگ ضایعات در ۵۹ مورد قهوه‌ای و ۳۲ مورد سفید بودند. همچنان طول مدت ابتلا در ۶۴ مورد کمتر از ۶ ماه، در ۱۷ مورد بین ۶ ماه تا یک سال، در ۱۴ مورد بین یک تا ۲ سال و در ۱۹ مورد بیشتر از ۲ سال می‌باشد.

از ۲ مورد مشکوک به اریتراسما زیربغل هر دو

بحث

در این تحقیق شیوع بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی ۸/۶ درصد بود که اکثر موارد مربوط به مبتلایان به بیماری‌های قارچی سطحی است و تعداد مبتلایان به بیماری قارچی جلدی فقط ۳ مورد (۲۳٪ درصد) می‌باشد که این موضوع با اکثر تحقیقات انجام شده مشابهت دارد. چنان‌که نصر اصفهانی در بررسی خود در سال ۱۳۷۲ در بین کارکنان پادگان‌های اصفهان (۴)، از ۱۰۶ نفر مبتلا فقط ۴ مورد درماتوفیتوزیس گزارش نموده و اسدی در بررسی خود در سال ۱۳۷۷ در بین کارگران شهرداری آران و بیدگل (۷) کل موارد بیماری را از دسته بیماری‌های قارچی سطحی گزارش و موردي از درماتوفیتوزیس بیان نکرده که این پایین بودن میزان ابتلا به درماتوفیتوزیس به احتمال زیاد با سن افراد مورد بررسی ارتباط دارد، زیرا انواع درماتوفیتوزیس به

تشخیص داده شد. کورینه باکتریوم مینوتیسموم عامل اریتراسما معمولاً از فضای بین انگشتی پاها در افراد به ظاهر سالم جدا می‌گردد (۱،۳) ولی در این مطالعه نمونه‌برداری تنها از افرادی که علایم بالینی مشکوک داشتند صورت گرفت.

در این مطالعه سه مورد کچلی پا با عامل ترایکوفیتون متاتاگروفاکتیس نیز وجود داشت که با علایم نسبتاً التهابی و پوسته شونده در بین انگشتان و کف پا همراه بود و بیماران از خارش ضایعات نیز شکایت داشتند.

چنین به نظر می‌رسد که عدم آگاهی معتادان از بیماری‌های قارچی و راه سرایت و ابتلا به این بیماری‌ها و هم‌چنین عدم رعایت موازین بهداشتی و یا درمان به موقع هنگام ابتلا به چنین بیماری‌هایی از یک طرف و زندگی جمیع مشترک و تراکم جمعیت در چنین محل‌هایی شیوع برخی بیماری‌های قارچی را در بین این قشر مهیا ساخته است. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در این قشر بررسی‌های توصیفی و تحلیلی بیشتری صورت گرفته و جهت درمان بیماران به صورت جدی اقدام و به آنها توصیه شود جهت جلوگیری از عود مجدد، درمان و اقدامات بهداشتی مربوط را تا بهبودی کامل آدامه دهند.

تشکر و قدردانی

از کلیه مستولین و کارمندان محترم بهزیستی تهران به خصوص سرپرست محترم مرکز بازپروری و همکاران گرامی ایشان که در طول مدت این بررسی همکاری صمیمانه داشتند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

خصوص کچلی سر بیماری خاص دوران کودکی است (۲) و دلیل آن می‌تواند کاهش کراتین پوست و ضمایم آن هنگام بلوغ و افزایش اسیدهای چرب با زنجیره متوسط و بعضی تغییرات هورمونی باشد. شیوع بالای بیماری‌های قارچی سطحی در این مطالعه با سایر بررسی‌های به عمل آمده در محل‌های عمومی بین افراد بالغ و میان‌سال به خصوص در آب و هوای گرم و مرطوب در ایران و یا کشورهای دیگر مشابهت دارد (۴،۸،۹).

طی این مطالعه ۹۱ مورد بیمار مبتلا به تئی‌نه‌آورسیکالر تشخیص داده شد که محل ضایعات بیماری و هم‌چنین گروه سنی مبتلایان با اکثر پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه در ایران و گزارش‌ها و بررسی‌های جهانی تطابق دارد (۱۰،۱۱،۱۲).

هم چنین در این بررسی، ۱۸ مورد ترایکومایکوزیس آگریبلاریس مشاهده گردید که ۱۷ نفر از بیماران از بیماری خود بی اطلاع و تنها یک مورد از بیماری خویش مطلع بود و این موضوع با اکثر تحقیقات (۴،۷) تطابق دارد.

در ضمن، عدم شیوع بالای این بیماری در بین افراد مورد مطالعه به علت فعالیت‌های قابل قبول واحد بهداشت مرکز مورد بررسی می‌باشد که افراد تحت پوشش خود را موظف به کوتاه نمودن و تراشیدن موهای زائد زیریغل و عانه می‌نمود و در این مورد برنامه بازدید هفتگی داشت.

در این بررسی موردی از پیتروسپوروزیس مشاهده نشد که شاید یکی از دلایل آن پیگیری واحد بهداشت در مورد کوتاه بودن موهای سر و صورت معتادان باشد. در این تحقیق، ۲ مورد اریتراسما زیریغل

References:

- ۱- امامی م. کردبچه پ. مقدمی م. زینی ف. قارچ شناسی پزشکی. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۶۶: ۷-۱۲۱.
- ۲- شادزی ش. قارچ شناسی پزشکی . روش‌های تشخیص آزمایشگاهی و درمان. چاپ اول. اصفهان: انتشارات نشاط؛ ۱۳۶۷: ۱۸-۱۱۱.
3. Rippon YW. Medical mycology 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1988: 134-147.
- ۴- نصر اصفهانی ب. حمدی م. بررسی میزان آلودگی پرسنل پادگان‌های اصفهان به درماتوفیت‌ها و اکتوپارازیت‌ها. کنگره سراسری علوم آزمایشگاهی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (خلاصه مقالات)؛ ۱۳۷۲: ۲۳.
5. Kamalam A. Thambiah AS. A study of 3891 of mycoses in the tropics sabouraud. Trop Geogr Med. 1976; 14: 129-148.
- ۶- امامی م. عسگری م. علیلو م. بررسی آلودگی محیط پادگان‌های جنوب کشور به درماتوفیت‌ها. مجله بهداشت ایران. ۱۳۷۵: ۲۳-۱۸.
- ۷- اسدی م ع. درودگر ع. هوشیار ح. بررسی شیوع بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی در کارگران تنظیف و فضای سبز شهرداری آران و بیدگل . هفتمین کنگره بیماری‌های عفونی و گرم‌سیری ایران (خلاصه مقالات)؛ ۱۳۷۷: ۴۷.
- ۸- عسگری م. شیدفر م. بیماری‌های قارچی جلدی در بندرعباس. ضایعات پوست و ناخن. مجله بهداشت ایران. ۱۳۵۱: ۱۶-۱۱.
9. Adriano DI. Pityriasis versicolor in the aged. A clinical investigation and epidemiological survey in Italy. Mytopathologia . 1988; 105: 187-190.
- ۱۰- باقری ر. بررسی بیماری تی نه آورسیکالر در شهرستان بابل. پایان نامه جهت دریافت دکترای داروسازی. دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۶۷-۶۸: ۸۳-۷۵.
- ۱۱- شیرون ه. بررسی بیماری تی نه آورسیکالر در شهروار. پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد پاتوبیولوژی . دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۴۷-۴۸: ۵۱-۴۳.
12. Ingham E. Cunningham AC. Malassezia Fur Fur. J Med Vet Mycol. 1993; 31: 256-288.