

بررسی تغییرات اپیدمیولوژیک بیماری تب مالت در استان کردستان، سال ۱۳۸۵

دکتر نادر اسماعیل نسب^{۱*}، امید بنفشی^۲، دکتر ابراهیم قادری^۳، دکتر فرزاد بیدارپور^۴

چکیده

یکی از مهمترین بیماریهای مشترک بین انسان و دام تب مالت می باشد که در اغلب نقاط دنیا بخصوص در کشورهای در حال توسعه از لحاظ بهداشت عمومی و تأثیر آن در وضعیت اقتصادی اجتماعی جامعه دارای اهمیت زیادی می باشد. این مطالعه به بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک تب مالت در استان کردستان در سال ۱۳۸۵ می پردازد. روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی انجام شد که طی آن ۱۰۵۹ مورد بیمار مبتلا به تب مالت در سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفتند. معیار ورود به مطالعه داشتن تیتراژ بالای ۱/۸۰ بود که این داده از آزمایشگاههای استان جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار SPSSwin13 و تستهای آماری X² و t تست تحلیل شد. در این مطالعه ۱۰۵۹ بیمار مبتلا به تب مالت بررسی شد. از این تعداد ۵۳۸ نفر (۵۰/۸٪) مرد و ۵۲۱ نفر (۴۹/۲٪) زن، ۱۰۶ نفر (۱۰٪) شهری و ۹۵۳ نفر (۹۰٪) روستایی بودند. میزان بروز در استان برابر ۷۳/۵ در یکصد هزار نفر و کمترین میزان بروز در شهرستان بانه با میزان ۲۸ در یکصد هزار نفر بود. از نظر شغلی بالاترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار با ۴۴/۲٪ درصد ابتلا بود. بین محل سکونت و جنس از نظر ابتلا به تب مالت رابطه معنی داری وجود نداشت. از نظر میانگین سنی بین شهری و روستایی و همچنین مرد و زن تفاوت معنی داری مشاهده نشد. نتایج این تحقیق تفاوتهای واضحی را بین وضعیت اپیدمیولوژیک تب مالت در استان کردستان در سال ۸۵ نسبت به ۸۲ و ۸۳ نشان میدهد و میزان بروز در شهر و روستا در حال کاهش است. بنظر میرسد اقدامات سازمان دامپزشکی مخصوصاً در جهت واکسیناسیون دامها و آموزش توسط دانشگاه علوم پزشکی توانسته است تاثیر مثبتی را روی کاهش موارد تب مالت داشته باشد.

واژگان کلیدی: تب مالت، اپیدمیولوژی، کردستان، تیتراژ

مقدمه:

بیماریهای مشترک بین انسان و دام هنوز هم یکی از مهمترین مشکلات مهم بهداشتی درمانی مملکت ما می باشد. یکی از این بیماریهای مشترک بین انسان و حیوانات تب مالت می باشد که در اغلب نقاط دنیا بخصوص در کشورها در حال توسعه از لحاظ بهداشت

۱- متخصص اپیدمیولوژی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۲- دانشجوی MPH، کارشناس بیماریهای مشترک دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳- پزشک عمومی، دانشجوی MPH، مدیر گروه بیماریهای دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۴- پزشک عمومی، MPH، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

*- نویسنده مسئول: Esmailnasab@yahoo.com

شهری و با دریافت گزارش از کلیه مراکز دولتی داده‌های بیماران جمع آوری گردید. شرط ورود افراد به مطالعه بر اساس تعریف استاندارد کشوری بود، یعنی کلیه افرادی که علائم بالینی مشکوک و تیتراйт ۱/۸۰ با تیترا کومبس رایت مثبت داشتند وارد مطالعه گردیدند جمعیت تحت مطالعه، کل جمعیت تحت پوشش سیستم بهداشتی استان (۱۴۳۹۲۱۲ نفر) که از این تعداد بیمارانی که مشخصات فوق را داشتند وارد مطالعه شده و بعد از دریافت مشخصات و آدرس این افراد، تیم بهداشتی بیمار را پیگیری کرده و داده‌ها وارد فرمهایی تحت عنوان فرمهای بررسی شدند که در این فرمها سن، جنس، محل سکونت و ... ثبت گردید.

این داده‌ها وارد نرم افزار SPSSwin 13 شده و با استفاده از این نرم افزار و با استفاده از تستهای آماری کای دو و تست T تحلیل گردید.

نتایج:

در این مطالعه تعداد ۵۳۸ نفر (۵۰/۸٪) مرد و ۵۲۱ نفر (۴۹/۲٪) زن، ۱۰۶ نفر (۱۰٪) شهری و ۹۵۳ نفر (۹۰٪) روستایی بودند. میزان بروز در استان برابر ۷۳/۵ در یکصد هزار نفر، کمترین میزان بروز در شهرستان بانه با میزان ۲۸ در یکصد هزار نفر بود (جدول شماره ۱). از نظر شغلی بالاترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار با ۴۶۸ نفر (۴۴/۲٪)، کشاورز با ۲۸۷ نفر (۲۷/۱٪)، دانش آموز ۱۳۴ نفر (۱۲/۷٪) و بقیه از شغل‌های آزاد و کارگر و... بودند. میانگین سنی افراد ۳۴/۰۵ (±۱۷/۹) سال بود. میانگین سنی در افراد روستایی و شهری به ترتیب ۳۳/۹ (±۱۷/۹) و ۳۵ (±۱۸/۹) سال و همچنین میانگین سنی زنان ۳۳/۳ (±۱۶/۷) و مردان ۳۴/۷ (±۱۹/۱) سال بود که تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0/05$). میزان بروز در روستا ۱۵۱/۸ در یکصد هزار و در شهر ۱۳/۵ در یکصد هزار نفر بود. تعداد ۲۳۵ نفر (۲۲/۲٪) از بیماران سابقه تماس با حیوانات نداشتند. بین محل سکونت و

عمومی و تأثیر آن در وضعیت اقتصادی اجتماعی جامعه دارای اهمیت زیادی می‌باشد (۶و۸). این بیماری در بسیاری از کشورهای توسعه یافته در حیوانات تحت کنترل در آمده و متعاقب آن سیر بیماری در انسان‌ها نیز کاهش چشمگیری داشته است (۲و۹). ولی در کشورهای در حال توسعه به خصوص نواحی مدیترانه، خاورمیانه، آسیای غربی و قسمتی از آفریقا و آمریکا این بیماری نسبتاً شایع می‌باشد (۱۳و۱۸). در کشور ما نیز به علت وجود دامپروری سنتی، زندگی و تماس مستقیم روستائیان با دامها و عدم اجرای منظم واکسیناسیون، جداسازی و از بین بردن دامهای بیمار باعث شده تا بروز این بیماری نسبتاً زیاد باشد و موجبات خسارات اقتصادی فراوانی را فراهم سازد (۴و۵و۹و۲و۳). در ایران طی سال ۱۳۸۲ بروز تب مالت انسانی در نقاط مختلف از ۱/۵ تا ۱۰۷/۵ درصد هزار متفاوت بوده است. همدان با ۱۰۷/۵ درصد هزار و سپس کردستان با ۸۳/۵ و بعد از آن آذربایجان غربی با ۷۱/۴ و زنجان با ۶۷/۱ درصد هزار نفر بیشترین میزانهای بروز بیماری را داشته اند (۱). با توجه به تشدید اقدامات کنترلی در دو سال اخیر از طرف سازمان دامپزشکی و دانشگاه علوم پزشکی کردستان این مطالعه با هدف بررسی تغییرات سیمای اپیدمیولوژیک تب مالت در استان کردستان در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

مواد و روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی و Cross sectional میباشد که بر روی ۱۰۵۹ نفر افراد مبتلا به تب مالت در طی سال ۱۳۸۵ در استان کردستان انجام شد. داده‌های مورد نیاز بر اساس برنامه مراقبت کشوری تب مالت از کلیه موارد محتمل از مطب‌ها، آزمایشگاه‌ها، بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی توسط مراکز بهداشت شهرستانها جمع آوری شد و با مراجعه کارمند بهداشتی مرکز بهداشت شهرستان بصورت هفتگی به کلیه مراکز آزمایشگاهی و درمانی خصوصی و دولتی

جنس از نظر ابتلا به تب مالت رابطه معنی داری وجود نداشت. میانگین سنی بیماران شهری و روستایی و همچنین میانگین سنی بیماران مرد و زن تفاوت آماری معنی داری نداشتند. بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال با تعداد ۳۴۱ نفر (۳۲/۲٪) بود که در هر دو جنس در این گروه فراوانی بیشتر بود و بین گروههای سنی و جنس رابطه معنی داری وجود داشت

جدول شماره ۱: فراوانی وضعیت بیماران مبتلا به تب مالت از نظر شهرستان محل زندگی

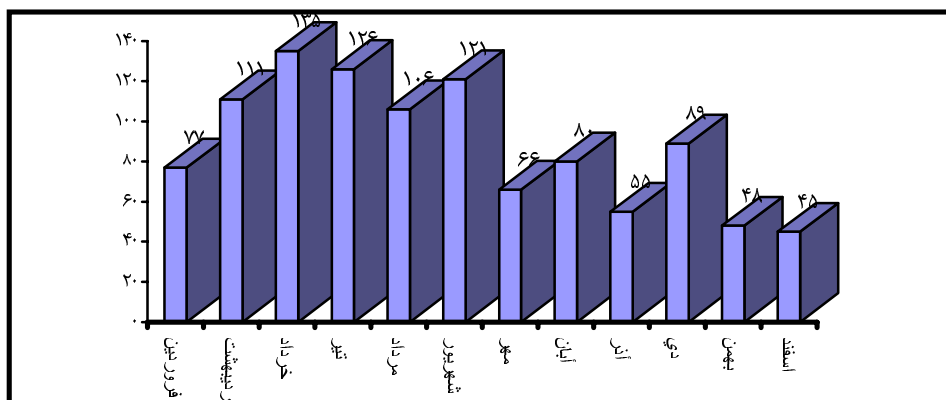
شهر	فراوانی	درصد	بروز (در یکصد هزار نفر)
بانه	۳۳	۳/۱	۲۸
بیجار	۳۶۲	۳۴/۲	۳۲۹
دیواندره	۱۸۰	۱۷	۲۱۸
کامیاران	۴۴	۴/۲	۴۱/۶
مریوان	۷۸	۷/۴	۵۴/۴
قروه	۲۵۶	۲۴/۲	۱۱۶/۳
سنندج	۶۶	۶/۲	۱۶/۷
سقز	۴۰	۳/۸	۱۸/۶
جمع	۱۰۵۹	۱۰۰	۷۳/۵

جدول شماره ۲: بررسی رابطه بین گروههای سنی و جنسیت در بیماران مبتلا به تب مالت

جنس	زن		مرد		جمع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کمتر از ۱۵ سال	۷۷	۱۴/۸	۸۸	۱۶/۴	۱۶۵	۱۵/۶
۱۶ تا ۲۴ سال	۱۰۹	۲۰/۹	۱۱۷	۲۱/۷	۲۲۶	۲۱/۳
۲۵ تا ۴۴ سال	۱۹۰	۳۶/۵	۱۵۱	۲۸/۱	۳۴۱	۳۲/۲
۴۵ تا ۵۴ سال	۸۴	۱۶/۱	۸۹	۱۶/۵	۱۷۳	۱۶/۳
بیشتر از ۵۵ سال	۶۱	۱۱/۷	۹۳	۱۷/۳	۱۵۴	۱۴/۵
جمع	۵۲۱	۱۰۰	۵۳۸	۱۰۰	۱۰۵۹	۱۰۰

$X^2=۱۲/۰۰۱$ $Df=۴$ $P=۰/۰۱$

نمودار شماره ۳: فراوانی بروز تب مالت در ماههای مختلف سال



بحث:

بروز تب مالت در استان کردستان ۷۳/۵ در یکصد هزار بود. این میزان در مناطق مدیترانه و خاورمیانه بین ۱ الی ۷۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت است (۶) هر چند در مناطق آندمیک این میزان تا ۵۵۰ در صد هزار نفر نیز رسیده است (۱۸، ۱۳، ۲، ۱۶) و بروز در ایران در حدود ۱۳۲ در یکصد هزار است (۱۰). در مطالعه مرادی و همکاران (۷) در کردستان میزان بروز در سال ۱۳۸۲ برابر ۸۹ در یکصد هزار گزارش شده است.

با توجه به اینکه بیش از ۶۰ درصد جمعیت استان شهری و کمتر از ۴۰ درصد جمعیت روستایی است بروز تب مالت در جمعیت روستایی بیشتر از جمعیت شهری بوده است. در مطالعه ما نسبت بیشتری از بیماران (۹۰٪) را افراد روستایی تشکیل می‌دهند که نسبت به سالهای قبل افزایش داشته است به صورتی که در مطالعه مرادی ۸۱/۸٪ بیماران روستایی بودند (۷) یعنی درصد بیماران شهری مبتلا به تب مالت در حال کاهش است. در مطالعه عربستان ۶۳/۵٪ (۱۲)، در مطالعه ترکیه ۵۸/۷٪ (۱۴) و در بابل ۶۰/۸٪ (۱۵) موارد بیمار مبتلا به تب مالت ساکن روستاها بودند که این درصد کمتر از مطالعه ما است. این موضوع می‌تواند مورد انتظار باشد چون جمعیت روستایی غالباً دامدارند و با دام تماس بیشتری دارند و استفاده آنها از فرآورده های دامی غیر پاستوریزه بصورت طبیعی بیشتر از شهرها است و دامداری در کشور ما هنوز به روش بسیار سنتی انجام میشود. همچنین بنظر میرسد که مردم شهری از ماست و پنیر پاستوریزه استفاده میکنند و آموزشهایی که از طرف دانشگاه علوم پزشکی داده شده است توانسته در تغییر رفتار مردم موثر باشد. همچنین تشدید واکسیناسیون دامها توسط سازمان دامپزشکی در طی دو سال اخیر توانسته تاثیر خود را نشان دهد.

در مطالعه حاضر رابطه معنی داری بین جنسیت و محل زندگی مشاهده نشد و بروز بیماری در مردان ۷۵/۳ و در زنان ۷۱/۷ در یکصد هزار بود. در مطالعه

Perez-Rendon و همکاران در اسپانیا در سال ۹۲ بروز در مردان ۶۶/۲۷ و در زنان ۳۸/۲ در صد هزار بود (۱۶). در مناطق آندمیک مردان جوان بیشترین میزان تب مالت را دارند (۱۰) و علی رغم اینکه در منابع خارجی ذکر گردیده است که مردان نسبت به زنان بیشتر به این بیماری مبتلا می‌شوند (۲)، در مطالعه ما این تفاوت معنی دار نبود. در مطالعه Elbeltagy و همکاران (۱۲) در عربستان نسبت مرد به زن ۱/۸ به ۱ گزارش گردید و در مطالعه Gur و همکاران (۱۴) در ترکیه ۱/۰۵ به ۱ و در مطالعه Serra Alvarez و همکاران (۱۷) مردان ۴ برابر زنان بودند و در مطالعه ما این نسبت ۱/۰۲ به ۱ بود. شاید علت این باشد که در جامعه ما، زنان هم در نگهداری دامها، دوشیدن و نظافت محل نگهداری دام و کارهای کشاورزی به مردان کمک می‌کنند.

میانگین سنی در این مطالعه ۳۴/۵ سال بود که نسبت به مطالعات مشابه (۳۶/۹ سال در بابل، ۴۰/۲ سال در ترکیه و ۳۳/۸ سال در عربستان) تقریباً پایین است (۱۲-۱۵) که علت آن شاید فعالیت‌های دامداری در سنین پایین تر در استان کردستان باشد. هر چند میانگین سن ابتلا نسبت به سالهای گذشته استان، افزایش داشته است. از نظر سنی اکثر گزارشها نشان می‌دهد که بروسولوز معمولاً سنین جوان و با شیوع کمتر افراد مسن را درگیر می‌کند و از نظر جنس بیشتر افراد مذکر را درگیر می‌کند (۱۲).

در مطالعه حاضر ۱۵/۶٪ زیر ۱۵ سال بودند و بیشترین مبتلایان در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال بودند که فراوانی گروه سنی زیر ۱۵ سال نسبت به سالهای گذشته (۲۵/۹٪) کاهش یافته است (۷). در مطالعه Gur و همکاران در ترکیه بیشترین گروه سنی بیماران ۱۵ تا ۴۵ سال (۶۳٪) بود. در مطالعه آنها ۱۹٪ زیر ۱۵ سال و ۱۸٪ بیشتر از ۴۵ سال سن داشتند. در مطالعه Perez-Rendon و همکاران (۱۶) نیز بیشترین بروز در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال بود. البته در مطالعه ما درصد گروه سنی بالای ۵۵ سال در مردان بیشتر از زنان بود که علت احتمالی

منابع :

- ۱- اداره پیشگیری و مبارزه با بیماریها. وضعیت اپیدمیولوژی بیماری تب مالت در کشور در سال ۱۳۸۲. وضعیت اپیدمیولوژیکی بیماری تب مالت در کشور در سال ۱۳۸۲.
 - ۲- احمدیه محمد حسین، دهقانی تفتی محمد حسین، ثروت فرخ لقا. بررسی اپیدمیولوژیک و سیر بیماری تب مالت طی ۷ سال در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی نیکوپور یزد. طلوع بهداشت، زمستان ۱۳۸۱، سال اول، شماره دوم، صفحات ۲۰-۲۵.
 - ۳- باهنر ع، هلاکویی نائینی ک. بررسی عوامل مؤثر بر ابتلاء به بروسلوز در استان چهار محال بختیاری، فصلنامه پایش، زمستان ۱۳۸۰، شماره اول، سال اول، صفحات ۳۲-۲۵.
 - ۴- ثمر گ، نعمتی پور ا، ذوقی ا. بروسلوز انسان و ویژگیهای آن در ایران، چاپ اول، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۵.
 - ۵- حاجی عبدالباقی م. رسولی نژاد م. لوطی شاهرخ ب. بررسی اپیدمیولوژیک، بالینی، تشخیصی و درمانی ۵۰۵ بیمار مبتلا به بروسلوزیس. مجله دانشکده پزشکی، ۱۳۸۰، ۴: صفحات ۳۴-۴۶.
 - ۶- فلاح ر. علیپور م. بررسی بیماری تب مالت مراجعین به شبکه بهداشت استان مازندران و ارتباط آن با بعضی عوامل دموگرافی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، زمستان ۱۳۷۷، ۲۵: صفحات ۲۳-۲۷.
 - ۷- مرادی قباد، کنعانی شهین، صوفی مجیدپور مرضیه، قادری ابراهیم. بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک ۳۸۸۰ بیمار مبتلا به تب مالت. فصلنامه بیماریهای عفونی و گرمسیری، سال یازدهم، شماره ۳۳، تابستان ۱۳۸۵، صفحات ۲۷-۳۳.
 - ۸- منیری ر. دسته گلی ک. بررسی سرواپیدمیولوژی تب مالت انسانی در شهرستان کاشان در سال ۱۳۷۵. فصلنامه علمی پژوهشی فیض، بهار ۷۶، ۱: صفحات
- این مسئله میتواند فعالیت مردان مسن در امور دامداری است زیرا کشاورزی در این سن برای آنها مشکلتر است.
- از نظر فصلی بیماری تب مالت در پاییز و زمستان کمتر و در بهار و تابستان بیشتر دیده می شود (۲ و ۱۱). در مطالعه Gur و همکاران بیشترین بروز در ماه خرداد، در مطالعه Serra Alvarez و همکاران بیشترین تعداد در اسفند و فروردین و بعد از آن در تابستان بود در مطالعه Perez-Rendon و همکاران بیشترین تعداد در بهار بود. در این مطالعه بیشترین موارد تشخیص داده شده در ماههای آخر بهار و اوایل تابستان بود. در مطالعات دیگری که در ایران و جهان انجام گرفته نیز بیشترین فصل مراجعه بیماران بهار و تابستان بوده است (۲) که با توجه به دوره کمون بیماری می تواند نشان دهنده تماس با موارد حیوانی تب مالت در چند ماه گذشته آن (یعنی فصل زایمان) باشد.
- ۵۸/۴ درصد کل موارد بیماران تب مالتی استان کردستان در دو شهرستان شرقی یعنی در قروه و بیجار بودند. علت این مسئله که چرا میزان بروز در شرق استان کردستان بیشتر است لازم است بیشتر بررسی شود ولی می تواند با بروز بالای تب مالت در استانهای همجوار مرتبط باشد.
- از نظر شغلی بیشترین گرفتاری در افراد خانه دار بوده است. با توجه به اینکه در روستاها زنان قسمت عمده ای از کارهای مربوط به دام را انجام میدهند زنان خانه دار نیز به نسبت بیشتر درگیر بوده اند و در روستاها دانش آموزان نیز در دامداری به والدینشان کمک میکنند و در آنها نیز موارد زیاد بوده است. در مطالعات دیگر نیز برخورد با دام و کشاورزی از ریسک فاکتورها محسوب می شود.
- با توجه به نتایج این مطالعه می توان اظهار داشت که روند بروز تب مالت در استان کردستان رو به کاهش است و تشدید اقدامات واکسیناسیون و آموزش توانسته است تاثیر مفیدی داشته باشد.

۴۰-۳۵

۹- هوشمند بدخشان ، شریفیان ، جمال ، زینلی محمد ،
برنامه اجرایی پیشگیری و مراقبت بیماری تب مالت
(بروسلوز) در کشور ، اداره کل پیشگیری و مراقبت
بیماریها ، تهران ۱۳۷۵ ، صفحه ۴.

- 10- Al-Sekait MA. (1993); **Prevalence of brucellosis among abattoir workers in Saudi Arabia.** Journal of the Royal Society of Health 113:230-3.
- 11- Alton GG, Jones LM, Angus R.D, and Verger J.M. (1990) **Techniques for the brucellosis laboratory.** INRA.Paris.
- 12- Elbeltagy KE. An (2001); **Epidemiological profile of brucellosis in Tabuk Province.** Eastern Mediterranean Health Journal July - September 7 (4/5):790- 798.
- 13- Gad M.O, Kambel R.A. (1998); **Evaluation of brucella Enzyme Immunoassay Test in comparison with bacteriological culture and agglutination.** Journal Of Infection 36:197-201.
- 14- Gur A, Geyik MF, Dikici B, Nas K, Cevik R, Sarac J, Hosoglu S. (2003) **Complications of brucellosis in different age groups: a study of 283 cases in southeastern Anatolia of Turkey.** Yonsei Med J. Feb;44(1):33-44.
- 15- Hasanjani Roushan MR, Mohrez M, Smailnejad Gangi SM, Soleimani Amiri MJ, Hajiahmadi M. (2004) **Epidemiological features and clinical manifestation in 469 adult patients with brucellosis in Babol, Northern Iran.** Epidemiol Infect Dec; 132(6):1109-14.
- 16- Perez-Rendon Gonzalez J, Almenara Barrios J, Rodriguez Martin A. (1997) **The epidemiological characteristics of brucellosis in the primary health care district of Sierra de C diz.** Aten Primaria. Apr 15; 19(6):290-5.
- 17- Serra Alvarez J, Godoy Garcia P. (2000) **Incidence, etiology and epidemiology of brucellosis in a rural area of the province of Lleida.** Rev Esp Salud Publica. Jan-Feb;74(1):45-53.
- 18- Wendell H. H. Modern (1990) **chemotherapy for brucellosis in human.** Rev of Infec Dis, Vol 12, (6), Nov-Dec;87-89.