

شناخت پراکندگی جغرافیایی شیوع بیماری گواتر در استان گیلان

بهمن رضانی

دانشیار جغرافیای طبیعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، bahmanr2000@gmail.com

صدیقه قربانی نژاد

کارشناس ارشد بیمارستان رازی رشت

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۳

چکیده

گواتر یکی از بیماریهای شایع است که در نوجوانان و خصوصا دختران جوان و در افرادی که در ارتفاعات زندگی می کنند از شیوع بالاتری برخوردار است وراثت و شرایط اقلیمی و محیطی از علل بروز و شیوع این بیماری می باشد در استان گیلان نیز تعداد زیادی به این بیماری مبتلا می باشند که هزینه ی درمانی و جانبی زیادی را بر فرد و به بودجه کشور تحمیل می نماید. در این تحقیق ، هدف شناخت پراکندگی جغرافیایی گواتر در استان گیلان و ارائه نقشه آن می باشد روش تحقیق توصیفی، تحلیلی و با استفاده از روشهای ترکیبی و اصول جغرافیایی به همراه استفاده از پرونده های اندکس شده بیمارستانی (مورد تایید پزشک متخصص) و استفاده از نرم افزار اماری مینی تب و نرم افزار نقشه کشی سورفر بوده است نتایج تحقیق نشان داد که توزیع و پراکندگی بیماران در سطح استان در رابطه با جنس ، سن ، محل تولد و محل اقامت دارای تفاوت است به طوریکه از ۵۸۵ نفر مبتلا به گواتر در طول دوره مطالعاتی ، زنان بیش از مردان مبتلا بوده اند و بین سن ۲۰ الی ۳۰ سال با ۹,۲۳ درصد بیشترین فراوانی را دارد پراکندگی مکانی بروز بیماری (انسیدانس در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) سیاهکل با ۳۶/۱۹ درصد بیشترین و تالش با ۱۳/۳۴ درصد کمترین را تشکیل می دهد ولی شیوع تعداد مبتلایان در رشت با ۳۲/۰۷ درصد بیشترین و املش با ۲/۸۶ درصد کمترین میزان را تشکیل می دهد و بر اساس محل تولد ، رشت با ۲۷,۷ درصد و ماسال با ۲,۸ درصد کمترین ، بیشترین فراوانی در ماه مهر با ۶۶ درصد و کمترین فراوانی در تیر ماه با ۳۴ درصد و بیشترین فراوانی فصلی در پاییز و کمترین آن در تابستان بوده است.

واژگان کلیدی : استان گیلان ، بیماری ، جغرافیای پزشکی ، گواتر

مقدمه

انسان از زمانی که قدرت اندیشه و تفکر یافته است به چگونگی کارها و نیز به رفتار و بهداشت و حفظ تندرستی خویش با دقت و کنجکاوی نگریسته است و از آغاز تاکنون به پیروی از عقل و هوش و دانش و به کمک کار و کوشش و تجارب تلخ و شیرین برای رفع آلام و ناخوشیها و بقای حیات خویش جد و جهد نموده است بی تردید علم پزشکی نیز به عنوان یک امر لازم و ضروری از ابتدا برای حفظ سلامت و تندرستی همراه انسان بوده و هر چه تمدن بشری پیشرفت کرده دانش پزشکی نیز کاملتر شده است زیرا آثار و شواهد، سوابق و کشفیات باستان شناسی و تاریخ ملل و اقوام مختلف جز این حکایت نمی کند. پیوستگی بین آب و هوا و زندگی انسان تا حدی است که انسان از روزی که خود را شناخته بیشتر تلاشها و سعی خود را در راه سازش با مسائل آب و هوایی اعمال کرده است. جغرافیای پزشکی علمی است دیر پای که رابطه بین بیماری و جغرافی را مطرح می کند. و در واقع از تاثیر عوامل محیطی در بهداشت و سلامتی انسان بحث می کند. (هوشور، ۱۳۶۵، ص ۴ و ۱۳۸۱، ص ۲۴). مطالعه محیط زیست و تاثیر آن در بهداشت و سلامت انسان را جغرافیای بهداشتی گویند گواتر از جمله بیماریهای شایع است که در نوجوانان (مصرف بیش از اندازه کلم و شلغم، کمبود ید در مواد غذایی) و عوامل ناشناخته دیگر از علل بروز گواتر می باشد. از شیوع بالایی برخوردار می باشد عوامل محیطی، وراثت و نوع تغذیه نوجوانان به ویژه در دختران جوان و در افرادی که در مناطق کوهستانی زندگی می کنند از شیوع بالایی برخوردار است. میزان شیوع گواتر در خانمها ۸ برابر آقایان است. از علل بروز این بیماری می باشد اگر چه این بیماری از در صد مرگ و میر کمی برخوردار می باشد ولی عوارض آن صدمات جبران ناپذیری را بر سلامت جامعه در طولانی مدت وارد می نماید این بیماری از مهمترین مشکلات بهداشتی - تغذیه ای در تمام دنیا محسوب می شود و حدود ۴۰۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می باشند در ایران نیز این بیماری در بسیاری از مناطق به عنوان یک بیماری اندمیک و هیپر اندمیک شناخته شده است در استان گیلان نیز این بیماری از شیوع بالایی برخوردار می باشد. اثرات یک عامل محیطی بر روی شخص به خصوصیات آن فرد مانند سن، جنس و حالت فیزیکی وی بستگی دارد یکی از عوامل محیطی و موثر بر شیوع بیماری گواتر، بارندگی زیاد و شستشوی خاک و از بین رفتن ید و دیگر مواد معدنی در خاک در اثر فرسایش می باشد. عوارض این بیماری شامل تورم گلو، سرگیجه، کوتاه شدن نبض، گرفتگی صدا، کاهش ضریب هوشی و غیره می باشد. کمبود ید و اختلالات ناشی از آن بزرگترین و مهمترین مشکل

بهداشتی - تغذیه ای در تمام دنیا محسوب می شود. بیش از ۱/۵ میلیارد نفر در دنیا در مناطقی زندگی می کنند که دچار کمبود ید هستند و در این بین ۴۰۰ میلیون نفر دارای گواتر هستند در بسیاری از مناطق ایران نیز به عنوان یک بیماری اندمیک و هیپراندمیک شناخته شده است و مبارزه با آن نیز یکی از اولویتهای بهداشتی کشور بوده است (عزیزی، ۱۳۸۳، ص ۲۲۲). تا حدود سی سال پیش مطالعه های مربوط به کمبود ید به بررسی نوع گواتر و یا کرتینیسیم معطوف بوده است ولی باستینی و شوفاثر و همکاران آنان نشان دادند که در جمعیت مورد مطالعه در یک منطقه فرا بومی (هیپراندمیک) ۱۰٪ عوارض عصبی - کاهش قوه دماغی و کرو لالی در افرادی وجود دارد که به ظاهر کرتن - عقب ماندگی ناشی از کمبود ید (نیستند و غلظت هورمونهای تیروئید و TSH) (هورمون تحریک کننده تیروئید) آنان طبیعی است. مطالعه های بعدی در مناطق مختلف دنیا نشان داده است که کاهش ضریب هوشی و اختلال در اعمال روانی، حرکتی و شنوایی در بسیاری از دانش آموزان مدارس به ظاهر سالم که در مناطق دچار کمبود ید سکونت دارند، موجود است. در مناطقی که دچار کمبود شدید ید هستند افزایش کم کاری وجود دارد به طوری که شیوع آنرا تا ۱۲٪ گزارش کرده اند در مناطقی مانند هندوستان که دچار کمبود شدید ید بودند ۱۳۳-۷۵ نوزاد از هر ۱۰۰۰ نوزاد دچار کم کاری مادر زادی تیروئید می شوند.

در ایران، بررسی اپیدمیولوژیکی گواتر به عنوان یکی از شاخصهای عمده کمبود ید نخستین بار در سال ۱۳۴۸ به وسیله انستیتو تغذیه و صنایع غذایی ایران توسط دکتر امامی و همکاران صورت پذیرفت نتایج حاصله نشان داد که کمبود ید در اکثر شهرها و روستاهای دامنه سلسله جبال البرز و زاگرس شایع می باشد در این بررسی توزیع جغرافیایی گواتر در شهرستان رشت ۶٪، بندر انزلی ۵٪، شیراز ۱۳٪، اهواز ۱۸٪، مشهد ۱۵٪، دزفول ۳۲٪، تهران ۱۷/۵٪، شهریار ۲۹٪ (مردان) و ۵۱٪ (زنان) بوده است. در بیشتر مناطقی که بررسی شده بودند میزان ید در آب کاهش داشت چون از درجه بندی قدیم سازمان جهانی بهداشت استفاده شده بود میزان شیوع گواتر کمتر از واقع بر آورد شده بود. پس از یک وقفه ۱۵ ساله، گروه تحقیقات بیماریهای غدد درون ریز دانشگاه شهید بهشتی و انستیتو عموم تغذیه و صنایع غذایی، در سال ۱۳۶۲ بررسیهای تازه ای را در شهریار که در ۳۵ کیلو متری جنوب غربی تهران و با جمعیتی برابر ۱۸۰۰۰۰ نفر بود آغاز نمودند. در این بررسی ۱۳۲۳ نفر عضو ۳۰۰ خانوار و ۴۰۶۱ دانش آموز ۶-۱۸ ساله به صورت تصادفی انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه گواتر در ۵۴٪ افراد مذکر و ۶۶٪ افراد مونث وجود داشت و از ۷۰۶۱ دانش آموز ۷۴٪ دختران و ۷۳٪ پسران به

گواتر مبتلا بودند معلوم شد که شیوع گواتر در منطقه شهریار بیش از میزان ۱۴ سال قبل بوده است. در سال ۱۳۶۳ نیز گروه مذکور، اقدام به بررسی شیوع گواتر در شرق تهران نمودند. در این بررسی که ۱۴۱ نفر شرکت داشتند گواتر در ۸۸٪ دختران و ۷۱/۵٪ پسران وجود داشت (Azizy, 1990, 1996). بررسی دیگر این گروه در شهرستان یاسوج و بخش سی سخت استان کهکلوویه و بویر احمد نشان داد که شیوع گواتر در زنان ۹۵٪ و در مردان ۸۷٪ بود و در زنان گواتر قابل رویت بیشترین شیوع را داشت. مطالعه های پژوهندگان در استانهای دیگر کشور شامل بررسی دکتر رجیبیان و همکاران در خراسان و مطالعه های سنتز نشده دکتر عمرانی و همکاران در فارس، دکتر زاهدی اصل و همکاران در خوزستان و دکتر امامی و دکتر امینی در اصفهان نشان داده اند که شیوع گواتر در این مناطق در حد بومی (اندمیک) و فرا بومی (هیپر اندمیک) بوده و بیشتر از میزانی است که ۲۳ سال پیش گزارش شده بود. بررسی گواتر در نیشابور نیز نشان داد که بزرگی تیروئید در ۶۰٪ کودکان مدارس دیده می شود و ۲/۵٪ دانش آموزان دارای گواتر قابل رویت هستند. مطالعه انجام شده در روستاهای شمال غربی تهران نیز مؤید شیوع قابل توجه گواتر و عدم کفایت ید دریافتی جمعیت مورد مطالعه بود به طوریکه در بیش از ۹۰٪ دانش آموزان گواتر قابل رویت وجود داشت و قد ۷۰٪ دختران و ۵۴٪ پسران مطابق سن آنان ۳٪ زیر استاندارد بود. گسترش این مطالب سبب شد که اختلالات ناشی از کمبود ید به عنوان یکی از اولویتهای بهداشتی کشور شناخته شود و کمیته کشوری مبارزه با عوارض ناشی از کمبود ید تشکیل شود. این کمیته در سال ۱۳۶۸ بررسی سریع گواتر را با همکاری مسئولان استانها جهت بررسی سریع گواتر و بررسی در مناطق کوهستانی هر استان و مرکز استان و یک روستا در کلیه استانهای کشور انجام شده (عزیزی، ۱۳۸۰، ص ۱۱۳). دکتر هدایتی امامی و همکاران در پاییز ۱۳۶۸ اقدام به بررسی شیوع گواتر در استان گیلان نمودند. در این طرح شیوع گواتر در ۶۰۹۱ دانش آموز ۱۸-۶ ساله مدارس در شهر رشت و سنگر مورد بررسی قرار گرفت ۶۸٪ دختران و ۹٪ پسران در رشت و ۹۳٪ دختران و ۹۰٪ پسران در سنگر مبتلا به گواتر بودند حدود ۴۰٪ جمعیت مورد مطالعه، گواتر درجه ۲ داشتند (عزیزی، ۱۳۸۰، ص ۱۲۰). استان مازندران نیز از جمله استانهایی بود که قبل از برنامه کنترل و پیشگیری از جمله مناطق اندمیک گواتر به حساب می آمد. در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۰ در مورد دانش آموزان ۱۰-۷ ساله استان انجام شد با بررسی تصادفی ۱۲۰۰ دانش آموز (دختر و پسر) معلوم شد که در صد کل گواتر ۴٪ بود و تفاوتی در شیوع آن بین پسر و دختر و در شهر و روستا دیده نشد (عزیزی، ۱۳۸۰، ص ۲۹۵) بررسی کشوری در سال ۱۳۷۵، گواتر در دانش آموزان کاهش معنا

داری داشته است و ید ادرار دانش آموزان در این استان همچنان در حد مطلوب سازمان جهانی بهداشت می باشد. لذا این استان در زمره مناطق عاری از کمبود ید محسوب می گردد. در سال ۱۳۶۸ در بررسی میزان گواتر معلوم شد که حدود ۱۷-۳۵٪ دچار گواتر درجه ۱ و ۲ بودند که ۵۳٪ آن دختر و ۴٪ پسر بودند. در استان کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۸۰ نیز پایش شیوع گواتر و میزان ید ادرار در دانش آموزان ۷-۱۰ ساله استان انجام شد. یافته های این بررسی نشان می دهد که در مقایسه با بررسی کشوری در سال ۱۳۷۵، در صد گواتر در دانش آموزان کاهش معناداری داشته است و ید ادرار دانش آموزان استان همچنان در حد مطلوب سازمان جهان بهداشت می باشد. لذا استان کهگیلویه و بویر احمد در زمره مناطق «عاری از کمبود ید» محسوب می شود. در بین ۱۲۰۰ دانش آموز (دختر و پسر مساوی)، در صد کل مبتلایان ۷/۷٪ بوده که ۶/۵٪ دختر و ۸/۷٪ پسر بوده است. تفاوت در شیوع گواتر و میزان ید ادرار بین دو جنس و بین دانش آموزان شهر و روستا مشاهده نشد. در مشهد در سال ۱۳۸۵، مطالعه ای در خصوص میزان کم خونی در مبتلایان به کم کاری تیروئید صورت گرفت (ابوترابی، ۱۳۸۵، ص ۱۳). در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۳ نیز بررسی شاخص های آناتومی غده تیروئید طبیعی در بالغین این شهرستان انجام شد. نتایج حاصل از مطالعه، از لحاظ وزن و حجم غده تقریباً مشابه نتایج حاصل از مطالعات سایر کشورها به خصوص جوامع بدون ید می باشد (اسفندیاری، ۱۳۸۴، ص ۷۵). در گیلان غربالگری هیپو تیروئیدی در نوزادان در سال ۱۳۸۳ در بیمارستان الزهرا انجام شد در بین ۳۰۰ نوزاد هیچ کدام دچار هیپو تیروئیدی نبودند. این مطالعه پس از بر طرف شدن کمبود ید در استان انجام گرفت (کلانتری، ۱۳۸۳، ص ۷۶). یکی از اهداف اختصاصی کمیته کشوری مبارزه با عوارض ناشی از کمبود ید، برنامه ید رسانی از دو طریق، تزریق محلول روغنی ید دار و ید دار کردن نمک بود. مصرف نمک ید دار به سرعت در خانوارهای کشوری بالا رفت، به طوریکه از کمتر از ۵۰٪ در سال ۱۳۷۳ به بیش از ۹۵٪ در سال ۱۳۷۵ رسید این امر باعث کاهش چشمگیری در میزان مبتلایان به گواتر در استان گیلان شد. با توجه به بررسی ۱۳۷۵ و با توجه به اینکه ۷۲٪ جمعیت استان مبتلا به گواتر هستند. استان گیلان از نظر شیوع گواتر هیپراندمیک تلقی شد و یکی از دلایل آن است که این بررسی ۲ سال پس از اینکه بیش از ۵۰٪ افراد نمک ید دار مصرف نموده اند انجام شد و بسیاری از دانش آموزان مدت چند سال از سالهای اولیه عمرشان را دچار کمبود ید بودند. مطالعات انجام شده نشان داد که مصرف نمک ید دار نمی تواند از اندازه گواتر، به ویژه گواترهای بزرگ بکاهد. آنچه مهم است اینکه در جمعیت ساکن در استان گیلان میانه ید ادرار از

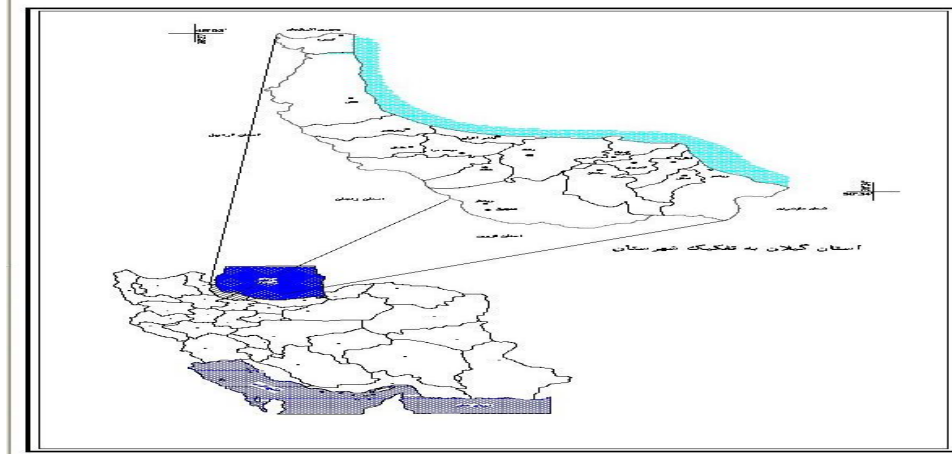
حداقل میزان مطلوب توجیه شده افزون تر است. نتایج این بررسی مبین این حقیقت است که برنامه مبارزه با کمبود ید از طریق ید دار کردن همه نمکها مؤثر بوده و ۷ سال پس از آغاز برنامه به شاخصهای بین المللی برای کنترل اختلالاتهای ناشی از ید دست یافتند. استان گیلان را می توان از سال ۱۳۷۵ به بعد، «عاری از اختلالاتهای ناشی از کمبود ید» به حساب آورد. (عزیزی، ۱۳۸۰، ص ۸). بدیهی است پایش استانی و کشوری هر ۵ سال یکبار استمداد توفیق برنامه کشوری را تعیین خواهد نمود. هدف از تحقیق حاضر شناخت پراکندگی جغرافیایی شیوع گواتر در استان گیلان و ارائه نقشه آن می باشد

داده ها و روش تحقیق

ابتدا پرونده های ثبت شده بیماران در مرکز پوهشی بیمارستان رازی رشت به تعداد ۵۵۸ که به تایید پزشک متخصص رسیده بود تمام شماری گردید و براساس نیاز تحقیق استخراج و طبقه بندی گردید نوع روش تحقیق توصیفی، تحلیل داده ها با استفاده از روشهای ترکیبی -جغرافیایی و بر اساس جنس، سن، مکان تولد و مکان اقامت، ماه، فصل و سال پهنه بندی و تهیه نقشه شد. نبود طرح غربالگری مناسب در بیمارستانهای استان، عدم ثبت مشخصات مورد لزوم تحقیقات (پزشکی، انسانی، و...) در پرونده ها و عدم طبقه بندی مناسب پرونده ها از نظر تاریخ مراجعه، نوع بیماری، محل اقامت و محل تولد و... از مواردی است که می تواند در اطاله کار تحقیقاتی مؤثر باشد عدم دسترسی ساده به آمارها بزرگترین مشکل تحقیق بوده است.

موقعیت محدوده مورد مطالعه

استان گیلان می باشد در موقعیت ریاضی 34° تا 36° تا 27° تا 38° عرض شمالی و 48° تا 34° طول شرقی از نصف النهار گرینویچ قرار گرفته است. این استان از جمله مناطق شمالی ایران محسوب می گردد و دارای مساحتی حدود ۱۴۷۱۱ کیلومتر مربع می باشد و حدود ۹/۰٪ از مساحت کشور را شامل می شود. کمترین فاصله کوه از دریای خزر در بخش حویق نزدیک به ۳ کیلومتر و بیشترین آن از دریا در بخش امام زاده هاشم حدود ۵۰ کیلومتر است. اقلیم منطقه پر باران، معتدل و خیلی مرطوب تا نیمه خشک سرد می باشد (شکل شماره ۱)



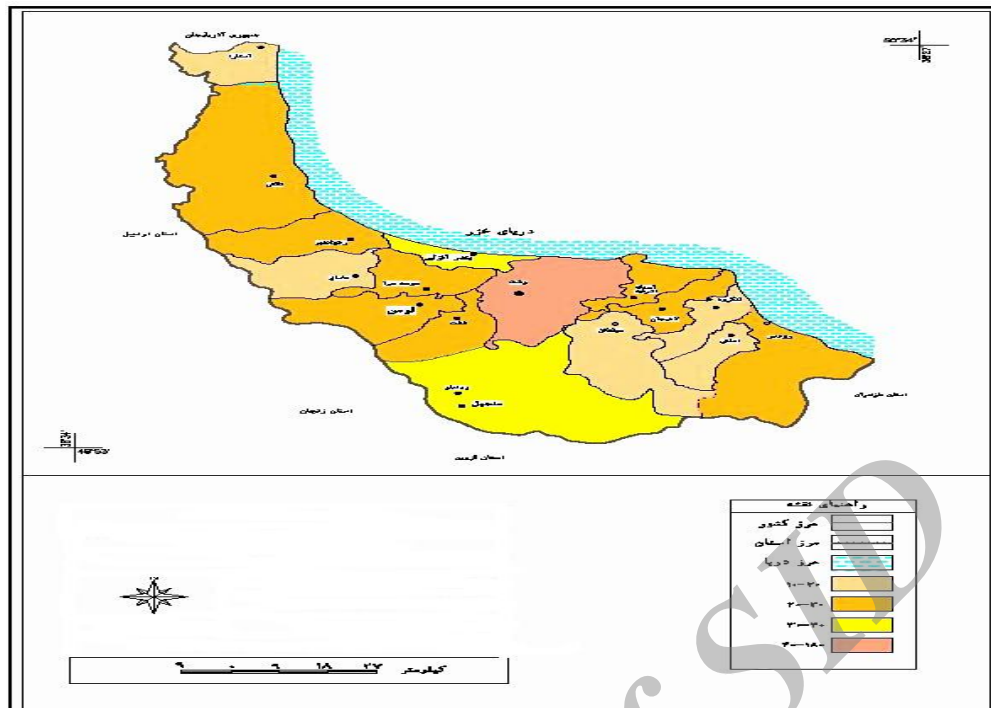
شکل شماره ۱- موقعیت استان گیلان در ایران

یافته ها

تعداد کل مبتلایان دوره مطالعاتی ۵۵۸ نفر که تعداد ۴۶۰ نفر زن (۸۲/۴ درصد) و تعداد ۹۷ نفر مرد (۱۷/۶ درصد) بوده است. بیشترین تعداد در سال ۱۳۸۰ بوده با ۹۴ نفر و کمترین آن در سال ۱۳۷۸ با ۲۴ نفر بوده است که به ترتیب ۱۶/۸٪ و ۴/۳٪ جامعه آماری را تشکیل می دهد (جدول شماره ۱ و شکل شماره ۲).

جدول شماره ۱- فراوانی مبتلایان به گواتر ۱۳۷۸-۱۳۸۵

سال	تعداد کل	تعداد کل به درصد
۱۳۷۸	۲۴	۴/۳
۱۳۷۹	۳۵	۶/۳
۱۳۸۰	۹۴	۱۶/۸
۱۳۸۱	۸۴	۱۵/۱
۱۳۸۲	۸۱	۱۴/۵
۱۳۸۳	۹۱	۱۶/۳
۱۳۸۴	۸۱	۱۴/۵
۱۳۸۵	۶۸	۱۲/۲
جمع	۵۵۸	۱۰۰

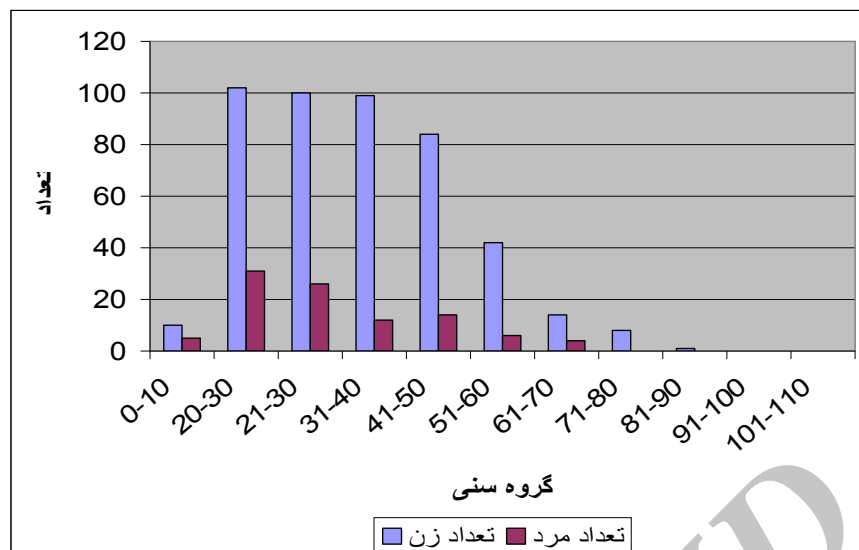


شکل شماره ۲- فراوانی مبتلایان به گواتر را در استان گیلان

ترکیب جنسی و سنی بیماران مبتلا به گواتر: از کل مبتلایان به گواتر، تعداد مبتلایان زن بیش از مردان بوده است. بیشترین تعداد در سنین بین ۲۰-۱۱ سال در کل ۱۳۳ نفر برابر با ۲۳/۹٪ بوده است که در زنان ۱۰۲ نفر برابر با ۱۸/۳٪ و در مردان ۳۱ نفر برابر با ۵/۶٪ بوده است. کمترین تعداد در سنین بین ۸۱-۹۰ بوده است که ۰/۲٪ از کل جامعه آماری را تشکیل می دهد (جدول شماره ۲ و شکل شماره ۳).

جدول شماره ۲- تعداد و در صد فراوانی بیماران مبتلا به گواتر به تفکیک سن و جنس ۱۳۷۸-۱۳۸۵

تعداد موارد مشاهده شده						گروه سنی
در صد کل	تعداد کل	در صد زن	تعداد زن	در صد مرد	تعداد مرد	
۷/۲	۱۵	۸/۱	۱۰	۹/۰	۵	0-10
۹/۲۳	۱۳۳	۳/۱۸	۱۰۲	۶/۵	۳۱	20-30
۵/۲۲	۱۲۶	۹/۱۷	۱۰۰	۶/۴	۲۶	21-30
۹/۱۹	۱۱۰	۷/۱۷	۹۹	۲/۲	۱۲	31-40
۶/۱۷	۹۸	۱/۱۵	۸۴	۵/۲	۱۴	41-50
۶/۸	۴۸	۵/۷	۴۲	۱/۱	۶	51-60
۲/۳	۱۹	۵/۲	۱۴	۷/۰	۴	61-70
۴/۱	۸	۴/۱	۸	-	-	71-80
۲/۰	۱	۲/۰	۱	-	-	81-90
-	-	-	-	-	-	91-100
-	-	-	-	-	-	101-110
٪۱۰۰	۵۵۸	٪۱۴۸۲	۴۶۰	٪۱۶۱۷	۹۷	جمع



شکل شماره ۳- فراوانی گواتر به تفکیک سن ۱۳۷۸-۱۳۸۵

محل اقامت بیماران مبتلا به گواتر با توجه به جدول از ۵۵۸ نفر مبتلایان به گواتر بیشترین تعداد مربوط به رشت و کمترین آن مربوط به املش بوده است (جدول شماره ۳).

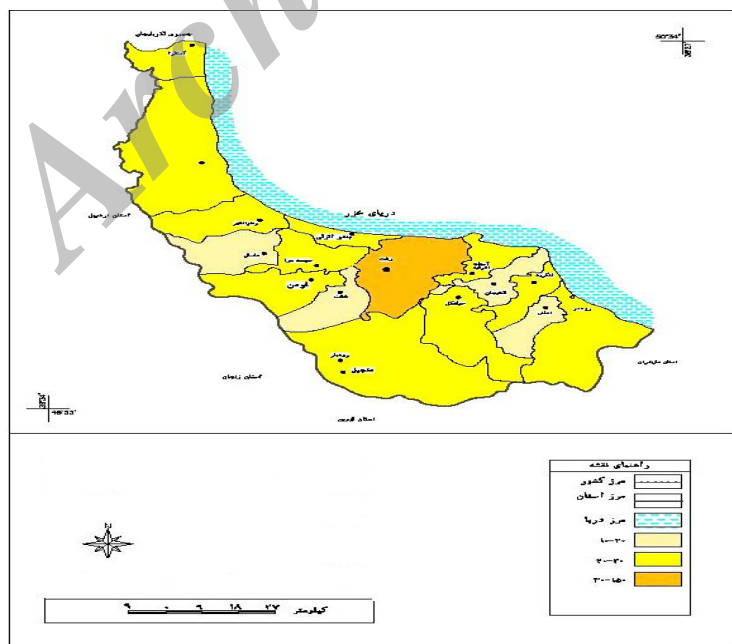
جدول شماره ۳- تعداد و درصد فراوانی مبتلایان به گواتر بر اساس محل اقامت ۱۳۷۸-۱۳۸۵

محل اقامت	درصد	تعداد
آستارا	۳/۶	۲۰
آستانه	۴/۵	۲۵
املش	۲/۹	۱۶
انزلی	۵/۷	۳۲
نالش	۴/۳	۲۴
رشت	۳۲	۱۷۹
رضوان شهر	۳/۸	۲۱
رودبار	۶/۳	۳۵
رودسر	۴/۱	۲۳
سیاهکل	۳	۱۷
شفت	۳/۸	۲۱
صومعه سرا	۴/۷	۲۶
فومن	۴/۸	۲۷
لاهیجان	۴	۲۲
لنگرود	۳/۶	۲۰
ماسال	۳	۱۷
منجیل	۵/۹	۳۳
جمع	۱۰۰	۵۵۸

محل تولد بیماران مبتلا به گواتر: از ۵۵۸ مورد مبتلایان به گواتر ۵۳۰ نفر دارای محل تولد در خود استان بودند و ۲۸ مورد در خارج استان بوده است. بیشترین تعداد در رشت و کمترین آن در ماسال بود.

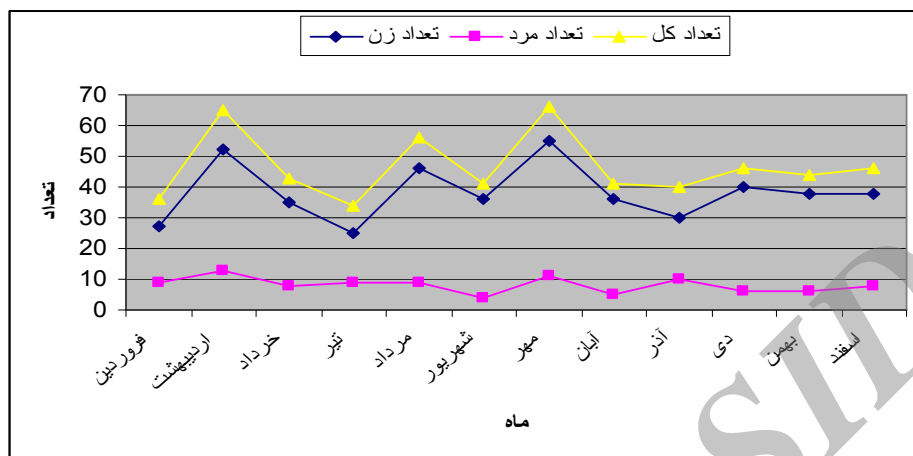
جدول شماره ۴- تعداد و درصد مبتلایان به گواتر بر اساس محل تولد ۱۳۸۵-۱۳۷۸

محل تولد	در صد	تعداد
آستارا	۴/۲	۲۲
استانه	۵/۷	۳۰
املش	۳	۱۶
انزلی	۵/۳	۲۸
تالش	۵	۲۷
رشت	۲۷/۷	۱۴۷
رضوانشهر	۴/۳	۲۳
رودبار	۵/۵	۲۹
رودسر	۴/۷	۲۵
سیاهکل	۴	۲۱
شفت	۳/۸	۲۰
صومعه سرا	۵/۳	۲۸
فومن	۴/۹	۲۶
لاهیجان	۳/۶	۱۹
لنگرود	۴/۵	۲۴
ماسال	۲/۸	۱۵
منجیل	۵/۷	۳۰
جمع	۱۰۰	۵۳۰



شکل شماره ۵- تغییرات ماهانه بیماران مبتلا به گواتر

بیشترین مراجعه در ماه مهر و کمترین آن در ماه تیر بوده است. بیشترین تعداد بیماران زن در ماه مهر و بیماران مرد در ماه اردیبهشت بوده است.



شکل شماره ۶- تغییرات ماهانه بیماران مبتلا به گواتر ۱۳۷۸-۱۳۸۵

تغییرات فصلی بیماران مبتلا به گواتر با توجه به جدول زیر بیشترین تعداد در فصل پاییز و کمترین آن در فصل تابستان بوده است.

جدول شماره ۶- توزیع فصلی بیماران مبتلا به گواتر ۱۳۷۸-۱۳۸۵

تعداد فصل	کل	مرد	زن
بهار	۱۴۴	۲۸	۱۱۶
تابستان	۱۳۱	۲۴	۱۰۷
پاییز	۱۴۷	۲۶	۱۲۱
زمستان	۱۳۶	۲۰	۱۱۶
جمع	۵۵۸	۹۸	۴۶۰

چنانچه میزان بروز بیماری را در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت مورد بررسی قرار دهیم نتایج آن بر اساس

جدول شماره خواهد بود .

جدول شماره ۷- در صد و میزان بروز گواتر در سال ۱۳۸۵-۱۳۷۸ (درصد هزار جمعیت)

جمعیت محل اقامت	جمعیت	موارد گواتر	در صد گواتر	انسیدانس
آستارا	۷۹۸۶۸	۲۰	۳/۵۸	۲۵/۰۴
آستانه	۱۰۷۱۸۶	۲۵	۴/۴۸	۲۳/۳۲
املش	۴۶۲۵۸	۱۶	۲/۸۶۷	۳۴/۵۸
انزلی	۱۳۲۳۱۵	۳۲	۵/۷۳	۲۴/۱۸
تالش	۱۷۹۷۹۹	۲۴	۴/۳	۱۳/۳۴
رشت	۸۴۵۴۷۷	۱۷۹	۳۲/۰۷	۲۱/۱۷
رضوان شهر	۶۳۹۷۹	۲۱	۳/۷۶	۳۲/۸۲
رودبار	۱۰۳۷۶۳	۳۵	۶/۲۷	۳۳/۷۳
رودسر	۱۴۵۵۵۸	۲۳	۴/۱۲	۱۵/۸
سیاهکل	۴۶۹۶۶	۱۷	۳/۰۴	۳۶/۱۹
شفت	۶۳۹۶۱	۲۱	۳/۷۶	۳۲/۸۳
صومعه سرا	۱۳۰۹۱۹	۲۶	۴/۶۵	۱۹/۸۵
فومن	۹۷۵۱۰	۲۷	۴/۸۳	۲۷/۶۸
لاهیجان	۱۶۱۳۴۹	۲۲	۳/۹۴	۱۳/۶۳
لنگرود	۱۳۲۶۰۸	۲۰	۳/۵۸	۱۵/۰۸
ماسال	۴۸۱۱۲	۱۷	۳/۰۴	۳۵/۳۳
منجیل	۱۹۱۱۴۲	۳۳	۵/۹۱	۱۷/۲۶
گیلان	۲۲۵۳۲۱۳	۵۵۸	۱۰۰	۲۴/۷۶

نتیجه گیری

بیماری گواتر در استان گیلان در شهر رشت از بیشترین تعداد و در شهر املش از کمترین تعداد برخوردار است و میزان بروز بیماری در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در تالش و لاهیجان با ۱۳ درصد کمترین میزان را دارد و در سیاهکل با ۳۶ و املش با ۳۴ درصد بیشترین میزان را دارا می باشد این موضوع به خوبی نقش ارتفاع و شتشیوی خاک را توسط باران و از بین رفتن ید قابل جذب گیاهان را در توزیع این بیماری نشان می دهد. تعداد بیمار زن ۴۶۰ و تعداد بیمار مرد ۹۸ نفر می باشد. تعداد بیماران زن حدوداً ۴/۷ برابر تعداد بیماران مرد می باشد. بیشترین مبتلایان به بیماری گواتر در گروه سنی ۲۰-۱۱ سال با ۱۳۳ نفر و ۲۳/۹٪ و کمترین تعداد در گروه سنی ۹۰-۸۱ با ۱ نفر و ۰/۲٪ قرار دارند. بیشترین مبتلایان زن و مرد بطور جداگانه نیز در گروه سنی ۲۰-۱۱ سالگی قرار دارد.

از ۸ سال آماری سال ۱۳۸۰ با ۹۴ نفر و ۱۶/۸٪ بیشترین و سال ۱۳۷۸ با ۲۴ نفر و ۴/۳٪ کمترین تعداد بیماران را به خود اختصاص داده است و از آنجائیکه سال ۱۳۷۸ مواجه با خشکسالی شدید در استان گیلان بوده است موضوع قابل تعمق بیشتر ارتباط این بیماری محیطی با پدیده خشکسالی می باشد (مصرف بیش از اندازه کلم و شلغم، کمبود ید در مواد غذایی) و عوامل ناشناخته دیگر از علل بروز گواتر می باشد. مهر ماه با ۶۶ نفر بیشترین و تیر با ۳۴ نفر کمترین تعداد بیمار را در ماه به خود اختصاص داده است. از نظر فصلی بیشترین تعداد بیماران در فصل پائیز با ۱۴۷ و کمترین آن در فصل تابستان با ۱۳۱ نفر می باشد این موضوع نشان دهنده نقش رژیم پاییزی بارندگی را در افزایش تعداد مبتلایان نشان می دهد پراکندگی تعداد بیماران و شیوع آن از نظر فصلی و ماهانه با یکدیگر دارای هماهنگی است.

Archive of SID

منابع

- ۱- ابوترابی، ربابه، ۱۳۸۵، مجله نظام پزشکی، بهار، دوره ۲۴، تهران
- ۲- اسفندیاری، ابراهیم، ۱۳۸۴، مجله علوم پایه پزشکی ایران، جلد ۸، شماره ۲، تهران.
- ۳- عزیزی، فریدون، ۱۳۶۷، اختلالات ناشی از کمبود ید دارو و درمان. سال پنجم، شماره ۵، تهران.
- ۴- عزیزی، فریدون، ۱۳۸۰، مجله دانشکده پزشکی، سال دهم، شماره ۳۹، ۴۰، تهران.
- ۵- عزیزی، فریدون و همکاران ۱۳۸۳، اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، انتشارات خسروی.
- ۶- کلانتری، محمود، ۱۳۸۳، مجله دانشکده پزشکی، دانشکده پزشکی گیلان، تابستان، شماره ۵۰، رشت.
- ۷- هوش ور، زردشت -۱۳۸۱، پاتولوژی جغرافیای ایران، مشهد، جهاد دانشگاهی.
- ۸- هوش ور، زردشت -۱۳۶۵، مقدمه ای بر جغرافیای پزشکی ایران، تهران، جهاد دانشگاهی..
- 9- Azizi F , Kimiagar M, Ghazi A .et al. 1996 ,Treatment of goitrous hypothyroidism with iodized oil supplementation in an area of iodine deficiency. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*; 104:391-387
- 10- Azizi F, Kimiagar M, Nafarabdi M, 1990, Current status of iodine deficiency in the Islamic Republic of Iran. *EMR Health S*; 8:23-27.

Archive of SID