

مطالعه اورتریت و تعیین عوامل خطر ابتلا در بیماران مرد مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماریهای عفونی و گرمسیری در اهواز طی سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶

سید محمد علوی^{۱*}، محمد حسین سلطانی^{**}

چکیده

زمینه و هدف: بیماریهای انتقال یافته از طریق تماس جنسی با توجه به جمعیت جوان ایران و فراوانی رفتارهای جنسی یک مشکل بهداشت عمومی کشور می باشد. هدف از انجام این مطالعه توصیف و تعیین عوامل خطر (ریسک فاکتور) اورتریت های گنوکوکی و کلامیدیائی بود که تصور می شود شایع ترین بیماری مقاربتی در اهواز باشد. **روش بررسی:** در این مطالعه که از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ در شهر اهواز انجام شد، ۴۴ بیمار مرد مبتلا به اورتریت و ۱۱۰ کنترل مطالعه شدند. تشخیص افراد بر اساس شرح حال، معاینه بالینی و کشت ترشحات با سواب مجرای تناسلی برای گنوکوک و PCR برای کلامیدیا داده شد. بیماران و افراد کنترل از نظر آلودگی به HIV نیز آزمایش شدند. داده های بدست آمده از مصاحبه حاوی اطلاعات دموگرافیک، رابطه جنسی، اعتیاد و سایر متغیرهای مربوط به بیماری مقاربتی در افراد مورد مطالعه در نرم افزار SPSS 11.5 با استفاده از آزمون مجذور کای، تست دقیق فیشر و نسبت شانس در فاصله اطمینان ۹۵ درصد آنالیز شدند.

یافته ها: از کل ۴۴ بیمار، اورتریت گنوکوکی در ۱۶ نفر (۳۶/۳ درصد) و اورتریت کلامیدیائی در ۲۸ نفر (۶۳/۷ درصد) تشخیص داده شد. میانگین سنی بیماران $28/2 \pm 9/4$ با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۷ سال بود. فروشنده‌گی در بوتیک با افزایش خطر ابتلا به اورتریت همراه بود ($p < 0/05$). سابقه تماس جنسی خارج از روابط زناشویی در تمام بیماران متأهل وجود داشت. ۱۲ نفر (۲۷/۲ درصد) از بیماران افغانی بودند. تماس جنسی مرد با مرد در ۲۵ درصد بیماران که اغلب آنها افغانی بودند مشاهده شد ($p = 0/02$). تماس جنسی با غیر همسر، همجنس بازی، آلودگی به HIV، اعتیاد تزریقی، مجرد بودن و مصرف کم کاندوم در گروه مورد مطالعه به طور معناداری ($p < 0/05$) بیشتر از گروه کنترل بود. **نتیجه گیری:** در مردان اورتریت کلامیدیائی شایع تر از اورتریت گنوکوکی است. عوامل خطر عمده شامل تماس جنسی ناسالم، همجنس بازی و عدم استفاده از کاندوم بودند. مجرد، درآمد بالا و اشتغال در بوتیک عوامل زمینه ساز این عوامل خطر هستند. مع پ ۱۳۸۱؛ ۱ (۳): ۲۶۵-۲۷۳

کلید واژگان: بیماری مقاربتی، ریسک فاکتور، کلامیدیا تراکوماتیس، گنوره، رفتار جنسی

*دانشیار بیماریهای عفونی، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**پزشک عمومی شاغل در سازمان تامین اجتماعی خوزستان شهرستان اهواز

۱- نویسنده مسؤل: Email:alavi1329dr@yahoo.com

مقدمه

محسوب می شوند (۱ و ۷-۴). شناسایی عوامل تأثیر گذار در ابتلا و انتشار عفونت های آمیزشی و به کار گیری روش های مناسب در قطع زنجیره انتقال (۸) از اهم کارهائی است که مسؤولان بهداشتی بر آن ها تأکید می ورزند و از محققین کشور به خصوص دانشگاهیان انتظار دارند تا با تحقیقات خود و روشن ساختن زوایای تاریک و جوهر اپیدمیولوژیک این بیماریها و عوامل خطر یا ریسک فاکتورها آن ها را در امر کنترل بهتر این بیماریها کمک نمایند.

نظر به اینکه تاکنون مطالعه ای در توصیف عوامل اتیولوژیک گنوکوک و کلامیدیا و فراوانی نسبی آنها در مراجعین به مطب ها و کلینیک های خصوصی در زمینه بیماری مقاربتی اورتریت و تعیین ریسک فاکتور های آن صورت نگرفته است (۹) و با توجه به بافت جوان کشور و فراوانی رفتارهای جنسی پر خطر (۱۰) که منجر به افزایش این عفونت ها می شود، ضرورت انجام این مطالعه به شدت احساس می گردید. مطالعه حاضر با هدف توصیف اورتریت های گنوکوکی و کلامیدیائی در مردان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماری های عفونی و تعیین عوامل موثر بر بروز آن ها از طریق مقایسه این عوامل در افراد بیمار و شاهد در شهر اهواز انجام شد.

روش بررسی

این یک مطالعه از نوع شاهد-موردی بود که از نیمه دوم فروردین ۱۳۸۴ تا آخر اسفند ۱۳۸۶ در کلینیک تخصصی بیماری های عفونی و گرمسیری در شهر اهواز انجام شد. جمعیت مورد مطالعه کلیه مردانی بودند که با شکایت سوزش یا خروج ترشحات چرکی یا غیر چرکی از نوک آلت تناسلی بدنبال تماس جنسی نا سالم از طرف پزشکان دیگر ارجاع شده یا شخصا مراجعه کرده بودند. نحوه ورود بیماران به مطالعه به صورت پی در پی و بر اساس زمان مراجعه بود. به ازاء هر بیمار دو نفر از افراد همسن و همجنس (یکی از بین بستگان یا همراهان بیمار و دیگری از بین همراهان سایر مراجعین به کلینیک با در

بیماریهای مقاربتی یا انتقال یافته از طریق جنسی (STD) همواره از مسائل و معضلات بهداشتی در دنیا محسوب می شوند. گروه کثیری از جوانان و بالغین سالیانه مبتلا به عفونت آمیزشی یا STD می شوند و گروه کثیری نیز در معرض ابتلا باقی می مانند (۱). این بیماری ها در بین جوانان و نوجوانان مناطق مختلف دنیا به ویژه در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است و به طور مستقیم یا غیر مستقیم ریسک ابتلا به HIV/AIDS را افزایش می دهند (۲).

هر ساله حدود ۳۴۰ میلیون STD قابل درمان نظیر اورتریت و میلیون ها عفونت غیر قابل درمان نظیر HIV در دنیا رخ می دهد (۳). اورتریت یا التهاب قسمت قدامی مجرای خروجی ادرار ناشی از کلامیدیا تراکوماتیس و نیسریا گونه آ از مهمترین و شایع ترین بیماری های مقاربتی محسوب می شوند. با پیدایش همه گیری ایدز و عفونت HIV و نقش انکار ناپذیر عفونت های آمیزشی در انتقال HIV/AIDS که خود از مهمترین عفونت های آمیزشی می باشد بر اهمیت این بیماری ها در بهداشت عمومی افزوده شده است (۴). عوامل متعددی از قبیل سن، جنس، وضع تأهل، نحوه رفتار جنسی، وضع اقتصادی اجتماعی، فراوانی بی بندوباری های جنسی و اعتیاد در انتشار این عفونت ها در جامعه اثر گذارند (۷-۵). اگرچه این عفونت ها بیشتر در افرادی که رفتارهای پر خطر جنسی از قبیل تعدد شرکای جنسی، تماس جنسی غیر عادی، آمیزش جنسی با فواحش و مصرف مواد مخدر بخصوص تزریقی دارند دیده می شوند، ولی شواهد اپیدمیولوژیک نشان داده اند که با افزایش این رفتارها و توسعه این عوامل حتی جمعیت هائی از جامعه که جزو گروههای کم خطر محسوب می شوند نیز در معرض این بیماری ها قرار می گیرند (۱). به طور کلی، میزان مواجهه جنسی افراد حساس به افراد آلوده، توانائی انتقال عفونت در هر مواجهه و مدت زمان آلوده کنندگی از عوامل اصلی انتشار عفونت در جامعه

آزمایش PCR کلامیدیا با روش استاندارد و طبق گایدلاین های موجود (۲) معرفی شدند.

اطلاعات مربوط به معاینات و نتایج آزمایشگاهی در فرم پزشکی ثبت شدند. پای بندی به اخلاق و اعتقادات مذهبی مستقیماً اندازه گیری نشد بلکه مصرف مشروبات الکلی و تماس با فواحش (زنا) به عنوان نمادی از عدم پایبندی مذهبی، اعتیاد تزریقی و ارتباطات با غیر همسر به عنوان نمادی از عدم پایبندی اخلاقی تلقی شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: جنس مذکر، سن بالای ۱۸ سال، وجود سوزش و یا ترشح در قسمت قدامی مجرای خروجی ادرار یا اورتر یا رضایت نامه کتبی.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: اورتریت به علتی غیر از کلامیدیا یا نیسریا گنوره آ، مصرف آنتی بیوتیک قبلی (دریک هفته قبل از شروع علائم)، وجود بیماری عفونی دیگر و عدم تکمیل پرسشنامه.

از کل ۸۳ بیمار مبتلا به اورتریت ۳۹ نفر به علل ذکر شده در معیارهای خروج از مطالعه حذف شدند. از ۱۶۶ پرسشنامه توزیع شده بین افراد کنترل ۱۱۰ پرسشنامه تکمیل شده قابل بررسی بودند. در پایان، داده های استخراج شده از پرسشنامه و فرم پزشکی وارد نرم افزار SPSS 11.5 شد و با استفاده از آزمون مجذور کای، تست دقیق فیشر آنالیز و نسبت شانسی یا odds ratio با فاصله اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شدند. اختلاف ها در سطح کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار تلقی شدند.

یافته ها

میزان بروز گنوره آ در کل افراد مبتلا به اورتریت ۱۹/۳ درصد و میزان عفونت کلامیدیا ۳۳/۷ درصد بود. از کل ۴۴ بیمار آنالیز شده ۱۶ نفر مبتلا به گنوره و ۲۸ نفر مبتلا به کلامیدیا تراکوماتیس بودند. میانگین سنی بیماران $28/2 \pm 9/4$ سال با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۷ سال بودند. ۱۳ نفر (۲۹/۵ درصد) از بیماران، متأهل و سابقه تماس جنسی

نظر گرفتن شرایط اجتماعی و اقتصادی تقریباً یکسان) که فاقد شکایات فوق بودند به عنوان شاهد انتخاب شدند.

تشخیص بیماری توسط متخصص بیماریهای عفونی با تجربه در بیماریهای مقاربتی و بر اساس شرح حال بیماران، معاینه ژنیتال و بررسی نوک آلت از نظر قرمزی، التهاب و وجود چرک یا ترشح و بررسی میکروبیولوژیکی (اسمیر و کشت) گنوکوک با استفاده از سواب نمونه گیری (با حساسیت ۹۵ درصد و ویژگی بیش از ۹۷ درصد) و آزمایش ترشحات با روش PCR برای تشخیص کلامیدیا تراکوماتیس (با حساسیت ۹۴ درصد و ویژگی تقریباً ۱۰۰ درصد) صورت گرفت.

بیماران و افراد شاهد پس از توضیحات کافی و رضایت کتبی آزمایش سرولوژی از نظر HIV شدند. به افراد تحت مطالعه پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، شغل، حقوق ماهیانه (جمع دریافتی از والدین یا کارفرما)، تماس جنسی با فواحش، همجنس بازی، مصرف کاندوم، علائم و نشانه های بیماری، سابقه قبلی بیماری مشابه، داروهای مصرفی، اعتیاد به مواد مخدر و نحوه تزریق، سابقه زندانی شدن، کشیدن سیگار، تعداد نخ سیگار در روز و مشروبات الکلی داده شد و از آن ها خواسته شد تا پس از تکمیل پرسشنامه، در مراجعه بعدی آن را تحویل دهند.

از بیماران درخواست گردید تا اسم خود را ننویسند و اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. در هنگام تحویل پرسشنامه جهت اطمینان و بالا بردن صحت داده ها با مصاحبه با آن ها توسط یکی از دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی که آموزش کافی در این زمینه دیده بود پاسخ ها کنترل گردید. حساسیت و ویژگی این پرسشنامه قبلاً از طریق توزیع بین تعدادی از پزشکان و کارشناسان بهداشت و تکمیل توسط آنها تست شده بود که به ترتیب ۹۰/۵ درصد و ۹۴ درصد بود. بیماران در ویزیت اول معاینه بالینی شدند. سپس جهت انجام آزمایشات مورد نیاز به آزمایشگاه تشخیص طبی تخصصی معتبر برای انجام آزمایش و کشت نیسریا گنوره آ و

تزریقی و غیر تزریقی در ۸ نفر (۱۸/۲ درصد) و سابقه زندانی شدن در ۶ نفر (۱۳/۶ درصد) وجود داشت.

پنج نفر (۱۱/۴ درصد) از بیماران آلوده به HIV بودند. بیماران غیر ایرانی که تماما افغانی بودند ۱۲ نفر (۲۷/۲ درصد) و بقیه ایرانی بودند. مشخصات شغلی، درآمدی، اخلاقی و مذهبی در افراد مطالعه شده در جدول ۱، عوامل مساعد کننده اورتریت در دو گروه مورد و شاهد در جدول ۲ و توزیع بیماری و عوامل مساعد کننده در بیماران بر اساس ملیت و نوع پاتوژن مسوول در جدول ۳ نشان داده شده است.

با غیر از همسر داشتند و از ۳۱ نفر دیگر که مجرد بودند ۲۰ نفر تماس جنسی با غیر همجنس و ۱۱ نفر تماس با همجنس داشتند.

در بین بیماران ۱۳ نفر (۲۹/۵ درصد) دانشجو، ۱۰ نفر (۲۲/۷ درصد) شاغل (کارمند یا کارگر)، ۱۲ نفر (۲۷/۳ درصد) مغازه دار (عمدتا بوتیک دار) و ۹ نفر (۲۰/۴ درصد) بیکار بودند.

سابقه مصرف سیگار در ۲۰ نفر (۴۵/۴ درصد) با میانگین روزانه $4/1 \pm 1/7$ نخ وجود داشت. مصرف مشروبات الکلی در ۱۰ نفر (۲۲/۷ درصد)، اعتیاد اعم از

جدول ۱: مشخصات شغلی، درآمدی، اخلاقی و مذهبی در افراد مطالعه شده در کلینیک بیماریهای عفونی در اهواز

مشخصات	گروه مورد (n=۴۴)	گروه شاهد (n=۱۱۰)	P value	OR	۹۵CI درصد
شغل: دانشجو	۱۳ (۲۹/۵)	۲۲ (۲۰)	۰/۱۴	۱/۷	۱/۱-۲/۷
کارمند/کارگر	۱۰ (۲۲/۷)	۳۵ (۳۱/۸)	۰/۱۷	۱/۵	۰/۹-۲/۳
فروشنده	۱۲ (۲۷/۳)	۱۲ (۱۰/۹)	۰/۰۱۲	۳/۰۶	۱/۰۲-۷/۲
بیکار	۹ (۲۰/۴)	۴۱ (۳۷/۳)	۰/۰۳۵	۲/۳	۱/۶-۲/۸
درآمد (تومان): <۲۰۰۰۰۰	۲۲ (۵۰)	۵۳ (۴۸/۲)	۰/۴۸	۱/۱۲	۰/۸-۱/۴
۲۰۰۰۰۰ - ۶۰۰۰۰۰	۱۱ (۲۵)	۳۵ (۳۱/۸)	۰/۲۶	۱/۶	۱/۱-۲/۰
>۶۰۰۰۰۰	۱۱ (۲۵)	۱۲ (۱۰/۹)	۰/۰۲۷	۲/۴	۱/۸-۲/۹
پای بندی اخلاقی	۱۵ (۳۰/۱)	۶۱ (۵۵/۴)	۰/۰۱۲	۲/۴	۱/۲-۳/۸
پای بندی مذهبی	۲۱ (۴۵/۵)	۳ (۶۶/۴)	۰/۰۲۵	۲/۱۶	۱/۰۴-۳/۸۲

جدول ۲: عوامل خطر ابتلا به اورتریت گنوکوکی و کلامیدائی در افراد مطالعه شده در کلینیک بیماریهای عفونی در اهواز

عامل مساعد کننده	گروه مورد (n=۴۴)	گروه شاهد (n=۱۱۰)	P- value	OR	۹۵CI درصد
تماس جنسی غیر همسر	۱۳ (۲۹/۶)	۹ (۸/۲)	۰/۰۰۱	۴/۷	۱/۰۶-۸/۶۲
همجنس باز مجرد	۱۱ (۲۵)	۹ (۸/۲)	۰/۰۰۷	۳/۷	۰/۹۸-۸/۷۳
هتروسکسوال مجرد	۲۰ (۴۵/۴)	۱۲ (۱۰/۹)	۰/۰۰۰۱	۶/۱	۰/۸-۱۲/۴
مصرف کاندوم	۷ (۱۵/۹)	۳۴ (۳۰/۹)	۰/۰۳۵	۴/۳	۱/۴-۳/۶
اعتیاد: تزریقی	۶ (۱۳/۶)	۴ (۳/۶)	۰/۰۳۲	۴/۱۸	۰/۹۱-۸/۱۱
غیر تزریقی	۲ (۴/۵)	۶ (۵/۵)	۰/۵۸۰	۱/۰۸	۰/۷۲-۱/۴۱
مصرف سیگار	۲۰ (۴۵/۴)	۳۹ (۳۵/۴)	۰/۱۶۶	۱/۵	۱/۰-۲/۱
مشروبات الکلی	۱۰ (۲۲/۷)	۱۸ (۱۶/۴)	۰/۲۴۰	۱/۵	۱/۱۲-۲/۰۱
عفونت HIV/AIDS	۵ (۱۱/۴)	۲ (۱/۸)	۰/۰۲۰	۶/۹	۱/۳-۱۲/۷
سابقه زندان	۶ (۱۳/۶)	۹ (۸/۲)	۰/۲۲۷	۱/۱۷	۰/۶-۱/۷

جدول ۳: عوامل تاثیر گذار بر ابتلا به اورتریت بر اساس ملیت و نوع پاتوژن بیماریزا در بیماران مراجعه کننده به کلینیک

بیماریهای عفونی در اهواز

عامل مساعد کننده	ملیت		پاتوژن		P- value
	ایرانی (n=۳۲)	غیر ایرانی (n=۱۲)	کلامیدیا (n=۳۲)	گنورها (n=۱۲)	
میانگین سن به سال	۳۱/۷±۱۰/۸	۲۸/۱±۱۰/۲	۳۰/۴±۷/۱	۲۸/۲±۹/۸	
هموسکسوتل	(۱۵/۶)۵	(۵۰)۶	(۲۱/۴)۶	(۳۱/۲)۵	۰/۳۵
هتروسکسوتل	(۱۵/۶)۲۵	(۵۰)۶	(۷۱/۴)۲۰	(۶۸/۷)۱۱	۰/۵۵
مصرف کاندوم	(۱۵/۶)۵	(۱۶/۶)۲	(۱۴/۳)۴	(۱۸/۷)۳	۰/۵۰
متأهل	(۲۸/۱)۹	(۳۳/۳) ۴	(۳۲/۱)۹	(۲۵) ۴	۰/۴۴
اعتیاد تزریقی	(۲۱/۹)۷	(۸/۳)۱	(۲۱/۴)۶	(۱۲/۵)۲	۰/۳۷
مصرف سیگار	(۴۶/۹)۱۵	(۴۱/۶)۵	(۵۰)۱۴	(۳۷/۵)۶	۰/۳۱
مشروبات الکلی	(۲۸/۱)۹	(۸/۳)۱	(۲۵)۷	(۱۲/۵)۲	۰/۲۸
عفونت HIV/AIDS	(۱۲/۵)۴	۰	(۱۰/۷)۳	(۶/۲)۱	۰/۵۳
سابقه زندان	(۱۸/۷)۶	۰	(۱۸/۷)۶	۰	۰/۰۹

بحث

در این مطالعه عوامل مساعد کننده و تأثیر گذار بر ابتلا به اورتریت اثری بر نوع پاتوژن نداشتند که این یافته با برخی مطالعات قبلی همخوانی دارد (۱۴، ۱۶ و ۱۷) ولی با پاره ای دیگر از گزارشات موجود در توافق نمی باشد (۱۱، ۱۸ و ۱۹). کومدا (ژاپن) عفونت گنوکوکی را در اثر تماس جنسی با فواحش خیابانی شایع تر از کلامیدیا گزارش کرده است (۱۱)، در حالی که سیدلیچ (صربستان) و وال مایانز (اسپانیا) عفونت کلامیدیائی را بیشتر در اثر تماس های پر خطر با اینگونه زنان گزارش کرده اند (۱۸ و ۱۹). علت این اختلاف ها دقیقاً روشن نیست؛ شاید وفور یک پاتوژن در جامعه و یا مقاومت میکروبی به آنتی بیوتیک ها و نوع رفتارهای جنسی غیر معمول توجیه گر این تفاوت ها باشد.

در پژوهش حاضر تماس جنسی ناسالم، همجنس بازی، عدم استفاده از کاندوم به عنوان ریسک فاکتورهای عمده تعیین گردیدند که با اکثر مطالعات انجام شده در جاهای مختلف دنیا در توافق می باشد (۱۵-۱۳، ۱۸ و ۲۲-).

مطالعه حاضر نشان داد که در بیماران مبتلا به اورتریت، عفونت کلامیدیائی وفور بالاتری از گنوره دارد (۶۳/۷ درصد در مقابل ۳۶/۳ درصد). در مطالعات انجام شده قبلی میزان های شیوع متفاوتی گزارش شده است. در برخی مطالعات کلامیدیا عامل بیماری زای غالب بوده است و در برخی دیگر نیسریا گنوره آ شیوع بالاتری داشته است (۱۶-۱۱).

در کشورهای پیشرفته مثل ژاپن و امریکا (۱۱ و ۱۳)، کلامیدیا شایع تر و در کشورهای در حال توسعه نظیر بنگلادش (۱۶) نیسریا گنوره آ شایعتر گزارش شده است. علت تفاوت در این یافته ها گوناگونی جوامع مختلف، رفتارهای جنسی متفاوت، فراوانی فواحش خیابانی، عفونت همزمان HIV، اعتیاد تزریقی، امکانات متفاوت تشخیصی و زمان انجام مطالعه می باشد. این تفاوت در شیوع حتی در داخل یک کشور وجود دارد (۱۱ و ۱۲).

هائی مبنی بر تأثیر زندان به عنوان یک عامل خطر مستقل برای اورتریت وجود ندارد.

مطالعه ما حاکی از آن بود که از نظر ریسک فاکتورهای اورتریت تفاوت چندانی بین بیماران ایرانی و افغانی وجود ندارد. محققین در گزارشات قبلی به علت شیوع بالای بیماری های مقاربتی در سیاهپوستان و مهاجرین رنگین پوست و بنگلادشی در جوامع غربی، نژاد و ملیت را به عنوان ریسک فاکتور گزارش کرده اند (۱،۴ و ۷). در این بررسی بجز همجنس بازی تفاوت چندانی بین عوامل مؤثر بر بیماری در ایرانی ها و افغانی ها دیده نشد. به نظر می رسد شرایط خاص زندگی افغانی ها در ایران، مجرد بودن، ترس از گرفتاری احتمالی ناشی از ارتباط جنسی با غیر همجنس و نیاز به ارضای میل جنسی باعث وفور بالای همجنس بازی در مردان افغانی ساکن در ایران شده است. در حقیقت این تفاوت ناشی از ملیت یا نژاد نیست بلکه متأثر از شرایط بد اقتصادی و اجتماعی مهاجرین افغانی است.

با توجه به این که حجم نمونه مطالعه حاضر اندک و محدود به مردان بود و تنها در یک کلینیک انجام شده بود برای این که بتوان نتایج پژوهش را به کل جامعه تعمیم داد نیاز به مطالعات گسترده تری که کلینیک های زنان، زندان ها و مراکز ناباروری را نیز در بر گیرد وجود دارد.

نتیجه گیری

در منطقه مورد مطالعه در مردان مبتلا به اورتریت، کلامیدیا تراکوماتیس میکروارگانیزم شایعتری نسبت به نیسریا گنوره آ می باشد. ریسک فاکتور های عمده عبارتند از: تماس جنسی ناسالم، همجنس بازی و عدم استفاده از کاندوم. تجرد، درآمد بالا و اشتغال در بوتیک عوامل زمینه ساز این ریسک فاکتور ها هستند.

قدردانی

بر خود لازم می دانیم از همکاری های صمیمانه پزشکان محترم بیمارستان امیر کبیر اهواز و سایر پزشکان

(۲۰). اگرچه عفونت با HIV در بیماران در مقایسه با گروه شاهد بیشتر است، ولی این امر ممکن است فقط یک همراهی باشد و به عنوان ریسک فاکتور تلقی نشود. همراهی یک عفونت مقاربتی با دیگر STD ها یک اصل شناخته شده می باشد. ابتلا به زخم های تناسلی و التهاب ناحیه تناسلی زمینه را برای ابتلا به HIV فراهم می کند ولی هیچ مدرکی وجود ندارد که HIV باعث افزایش اورتریت شده باشد (۱).

در این مطالعه افراد مجرد در ریسک بالائی از نظر ابتلا به اورتریت قرار داشتند. افراد مجرد با فواحش و زنانی که شرکای جنسی متعدد داشتند ارتباط جنسی برقرار کرده بودند که زمینه را برای ابتلا به اورتریت فراهم شده بود. خاسرو و همکاران (۷) و دولاپسی و همکاران (۲۱) مجرد بودن را یکی از ریسک فاکتور های ابتلا به اورتریت گزارش کرده اند. همچنین در این مطالعه بوتیک داری و فروشنده گی در اماکن با تردد بالای زنان و دختران، سست بودن پایه های اخلاقی و پول زیاد نظیر مطالعات کورباتووا و همکاران (۲۳)، کونگنیوی و همکاران (۲۴) و بوفاردی و همکاران (۲۵) با افزایش خطر ابتلا به بیماری همراه بود. به نظر ما بی بندوباری جنسی ناشی از عدم پای بندی به اصول اخلاقی، فراهم شدن موقعیت های شغلی خاص نظیر بوتیک داری و در اختیار داشتن پول زیاد زمینه را برای رفتارهای پر خطر جنسی جوانان مجرد فراهم می کند و شانس ابتلا به بیماریهای مقاربتی افزایش می یابد.

در این بررسی ما نتوانستیم رابطه معنا داری را بین سابقه زندانی شدن، مصرف سیگار و مشروبات الکلی با ابتلا به اورتریت پیدا کنیم. به نظر می رسد مصرف مشروبات الکلی - به علت اختلال هوشیاری که ایجاد می کند- به عنوان عامل مساعد کننده بروز رفتارهای پر خطر نظیر عدم استفاده از کاندوم در تماس جنسی ناسالم عمل می کند. به این موضوع در برخی گزارش های اشاره شده است (۱۲ و ۱۳ و ۱۹ و ۲۴). به استثنای آلودگی به HIV که وفور آن در زندان ها بیشتر از جامعه است گزارش

مراتب تشکر نویسندگان را از آقای دکتر سید رضا علوی عضو هیئت علمی گروه آمار دانشگاه شهید چمران اهواز جهت راهنمایی آماری اعلام میداریم.

محترمی که بیماران را جهت مطالعه به کلینیک ارجاع داده بودند و پرسنل سخت کوش آزمایشگاه های پاستور و دکتر ملانکه اهواز تشکر و قدر دانی نمائیم. همچنین

منابع

- 1- Holmes KK. Sexually Transmitted Diseases: Overview and Clinical Approach. In: Kasper AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. (eds). Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed, New York: Mcgraw-Hill Companies, 2005; 115:762-74.
- 2- WHO. Sexually Transmitted Infection among adolescent. World Health Organization publication, 2005, available at: www.who.int/reproductive-health/publication/2005.
- 3- WHO. Sexually Transmitted and reproductive tract infection. who report, 2008. available at: www.who.int/reproductive-health/stis/index.htm.
- 4- McCormac WM, Rein MF. Urethritis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005:1347-57.
- 5- Cooper TV, DeBon M, Haddock CK, Esquivel DR, Klesges RC, Lando H, et al. Demographics and risky lifestyle behaviors associated with willingness to risk sexually transmitted infection in Air Force recruits. Am J Health Promot 2008; 22(3):164-7.
- 6- Sabitu K, Iliyasu Z, Baba SE. Sexual behaviour and predictors of condom use among students of a Nigerian tertiary institution. Niger J Med 2007; 16(4):338-43.
- 7- Skinner CJ, Saulsbury NK, Goh BT. Sexually transmitted infections in Bangladeshis resident in the UK: a case-control study. Sex Transm Infect 2002; 78(2):120-2.
- 8- Chen J. Control of communicable diseases in human. Translated by Sabaghian H. Tehran: Pourcina Publication, 2001:129-307. [in Persian]
- 9- Razi A, Hatami H. Sexually transmitted diseases. In: Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of common diseases in Iran. Tehran: Eshtiagh, 2000:569-75. [in Persian]
- 10- Tabatabaei SM, Zahraei M, Ahmadnia H, Ghotbi M, Rahimi F. Principles of prevention and control of diseases. Iranian health ministry. Tehran: Rouhalghalam publication, 2006:159-205. [in Persian]
- 11- Komeda H, Fujimoto Y, Uno M, Takada T, Yamada Y. Clinical study of male urethritis in Oogaki Municipal Hospital. Hinyokika Kiyō 2005; 51(1):57-60.
- 12- Yoshimura K, Yamamoto S, Kawachi A, Ito M, Nakagawa S, Horii Y, et al. Epidemiological survey of sexually transmitted male urethritis in Kyoto Prefecture. Hinyokika Kiyō 2006; 52(4):265-70.
- 13- Shamos SJ, Mettenbrink CJ, Subiadur JA, Mitchell BL, Rietmeijer CA. Evaluation of a testing-only "express" visit option to enhance efficiency in a busy STI clinic. Sex Transm Dis 2008; 35(4):336-40.
- 14- Khan A, Fortenberry JD, Juliar BE, Tu W, Orr DP, Batteiger BE. The prevalence of chlamydia, gonorrhea, and trichomonas in sexual partnerships: implications for partner notification and treatment. Sex Transm Dis 2005; 32(4):260-4.
- 15- Dowe G, Smikle M, King SD, Baum M, Chout R, Williams Y. Symptomatic and asymptomatic chlamydial non-gonococcal urethritis in Jamaica: the potential for HIV transmission. Int J STD AIDS 2000; 11(3):187-90.
- 16- Khasru MA, Khan HM, Alam MN. Incidence of urethritis in Bangladesh. Bangladesh Med Res Council Bull 1982; 8(1):25-30.
- 17- Nakata S, Miki M, Okabe K, Mashimo T, Kobayashi M, Yamanaka H, et al. Clinical analysis of male urethritis. Hinyokika Kiyō 1991; 37(5):507-14.
- 18- Sedlecki K, Markovic M, Rajic G. Risk factors for Chlamydia infections of the genital organs in adolescent female. Srp Arh Celok Lek 2001; 129(7-8):169-74
- 19- Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. Int J Infect Dis 2007; 11(2):115-22.
- 20- Joffe GP, Foxman B, Schmidt AJ, Farris KB, Carter RJ, Neumann S, et al. Multiple partners and partner choice as risk factors for sexually transmitted disease among female college students. Sex Transm Dis 1992; 19(5):272-8.
- 21- Dolapçı I, Tekeli A, Koyuncu E, Sain Guven G, Unal S. Screening for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis in human immunodeficiency virus positive men without urethritis symptoms. Mikrobiyol Bul 2006; 40(1-2):63-7.
- 22- Gilbert L, El-Bassel N, Wu E, Chang M. Intimate partner violence and HIV risks: a longitudinal study of men on methadone. J Urban Health 2007; 84(5):667-80.

- 23- Kourbatova EV, Akovbyan VA, Chesson HW, Lytkina IN, Dmitriev GA, Tikhonova LI, et al. Assessment of the routine, occupation-based gonorrhea and syphilis screening program in Moscow, Russia: an analysis of sexually transmitted infection prevalence and cost-effectiveness. *Sex Transm Dis* 2008; 35(5):453-60.
- 24- Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Alcohol use and extramarital sex among men in Cameroon. *BMC Int Health Hum Rights* 2007; 7:6.
- 25- Buffardi AL, Thomas KK, Holmes KK, Manhart LE. Moving upstream: ecosocial and psychosocial correlates of sexually transmitted infections among young adults in the United States. *Am J Public Health* 2008; 98(6):1128-36.

Archive of SID

Study on urethritis and determination of its risk factors in male patients attending infectious disease clinic in Ahvaz, 2005-2007

Alavi SM*, Soltani MH

Infectious and Tropical Diseases Research Centre, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Background and Objective: Due to high young-age population in Iran, sexually transmitted diseases (STD) are a major public health in the country. The aim of this study was to describe and determine the risk factors of gonococcal and Chlamydia urethritis, supposed to be the most common STD in Ahvaz.

Subjects and Methods: This descriptive study conducted from 2005 to 2007 in Ahvaz, 44 male patients with urethritis and 110 controls were studied. Diagnosis was based on history, genital examination and urethral culture for *Neisseria gonorrhoeae* and PCR for *C. trachomatis*. Cases and controls were also tested for HIV infection (Elisa, Western blot) Extracted data from questionnaires and interview including demographics, sexual behavior, addiction and STD related variables in studied individuals were analyzed in SPSS 11.5 software using chi-square, exact Fisher tests and odds ratio with 95% confidence interval.

Results: Of total 44 patients, gonococcal urethritis was detected in 16 (36.5%) and Chlamydia in 28 (63.7%). Mean age of the patients was 28.2 ± 9.4 years with the range of 18-47 years. Sale in boutique was associated with increased risk of urethritis ($P < 0.01$). There was extramarital contact history among all of married patients. Twelve patients (27.2%) were Afghans. Homosexuality among men (MSM) was observed in 25 % of patients mostly among Afghans ($P < 0.02$). Extramarital contact, MSM, HIV seropositivity, injecting drug use (IDU), unmarried, low frequency of condom use, ethics and religious regardless of cases was significantly higher than controls ($P < 0.05$).

Conclusion: In men, Chlamydial urethritis is more prevalent than gonococcal urethritis. Homosexuality, IDU, unmarried, working in a boutique and low frequency of condom use are the main risk factors among our patients.

Keywords: Sexually transmitted disease, Risk factors, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, Sexual behavior

Received: 14/Jun /2008

Revised: 10/Jan/2009

Accepted: 2/Mar/2009

*Corresponding author email: alavi 1329dr@yahoo.com