

شیوع زرد زخم در کودکان سال اول دبستانهای شهر بوشهر؛**بهار ۱۳۷۸**دکتر سهیلا ارجمندزاده^۱، دکتر رضا اسدی^۲^۱ استادیار گروه پوست دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر^۲ معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

طب جنوب / سال سوم؛ شماره اول / شهریور ۱۳۷۹

چکیده:

نظر به اینکه زرد زخم شایعترین عفونت باکتریال واگیردار پوست است و بیشتر در سنین کودکی و آب و هوای گرم بروز می‌کند و با توجه به اینکه در مناطق حاره و نیمه حاره جهان مثل بوشهر، زرد زخم غیر تاوولی شایعترین بیماری عفونی مسبب گلومرونفریت حاد است، بر آن شدیم تا در طی یک مطالعه توصیفی مقطعی، شیوع این بیماری را در کودکان اول ابتدایی شهر بوشهر طی بهار ۱۳۷۸ تعیین کنیم. در ۱۸۹۰ کودک معاینه شده، ۱۷ مورد (۰/۹ درصد) مبتلا به زرد زخم یافت گردید. نسبت ابتلاء به زرد زخم در پسران به دختران ۴/۷ بود. بیشترین نقاط ابتلای بدن در سر و اندام تحتانی (۱۳ مورد) و اغلب ضایعات بصورت خراش و زخم (۱۴ مورد) بودند. تعداد ۸ نفر به زرد زخم غیرتاوولی و ۹ نفر به زرد زخم تاوولی مبتلاء بودند. میزان فشار خون کودکان مبتلا به زرد زخم غیر تاوولی در طی ۳ هفته ابتلاء به بیماری تغییری نداشت و همگی دارای آزمایش تجزیه ادرار طبیعی بودند. بدلیل واگیر بودن بیماری، پیشگیری در سطح خانواده و مدرسه، اهمیت بسزایی در کنترل زرد زخم و ایجاد عوارض آن دارد.

واژگان کلیدی: زرد زخم، گلومرونفریت، کودکان، پوست

مقدمه:

کودکان آسیب پذیرترین گروه اجتماعی در مقابل بیماریها هستند و اولین تجمع آنها در مدرسه ابتدایی خطرناکترین مرحله زندگی اجتماعی شان به حساب می آید، زیرا بشدت در معرض ابتلای به انواع بیماریهای عفونی شایع در محل قرار می گیرند. یکی از مهمترین بیماریهای شایع در اماکن پر ازدحام که بهداشت فردی و گروهی را رعایت نمی کنند زرد زخم است. زرد زخم شایعترین عفونت باکتریال و واگیردار پوستی است (۱) و بیشتر در کودکان در سنین ۲ تا ۶ سالگی و آب و هوای گرم بروز می کند. ظهور این بیماری در جنس مذکر بیشتر است. نوع غیرتاولی بیماری در ۲ الی ۵ درصد موارد به گلو مرونفریت حاد منتهی می شود و در مناطق حاره و تحت حاره جهان زرد زخم شایعترین عفونت مسبب گلو مرونفریت حاد است (۲).

تونسن (۱۹۸۴) و هایدن (۱۹۸۵) شیوع زرد زخم را در بیماران پوستی مراجعه کننده به درمانگاه اطفال حدود ۹-۱۰ درصد ذکر می کنند (۳ و ۴).

بیشترین بروز زرد زخم را در ماههایی می دانند که دما و رطوبت هر دو بالا باشند تا ماههایی که هر کدام به تنهایی در حداکثر باشند (۵).

بدلیل غالب بودن آب و هوای گرم و مرطوب در شهر بوشهر و فقدان مطالعه ای درباره شیوع زرد زخم در مدارس این منطقه و تعیین نوع عمده بالینی این بیماری، این پژوهش طی بهار ۱۳۷۸ انجام گردید تا به کمک اطلاعات آن مسئولان بهداشت این منطقه جهت پیشگیری از شیوع زرد زخم، سطح آگاهیهای لازم بهداشتی مادران، کودکان و مربیان تربیتی بهداشتی مدارس را ارتقاء دهند.

مواد و روشها:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقطعی است. روش نمونه گیری از نوع متوالی و حجم نمونه ۱۸۹۰ نفر بود که ۹۰ درصد از کل دانش آموزان کلاس اول ابتدایی دبستانهای شهر بوشهر را شامل می شد.

محیط پژوهش شامل آزمایشگاه بیمارستان فاطمه الزهرا (ع) و ۴۰ دبستان شهر بوشهر اعم از انتفاعی و غیر انتفاعی شامل ۲۲ دبستان پسرانه و ۱۸ دبستان دخترانه می شد؛ در هر دبستان اطاقی با روشنایی کافی جهت معاینه پوستی در نظر گرفته شد و سراسر بدن کلیه دانش آموزان اول ابتدایی تا حد امکان مورد مشاهده مستقیم قرار گرفت.

بیماران مشکوک به زرد زخم به آزمایشگاه بیمارستان فاطمه زهرا جهت کشت از ضایعات پوستی ارجاع داده شدند. بدنبال معاینه پوستی و نمونه برداری از ضایعه، مصاحبه حضوری جهت تکمیل پرسشنامه، اندازه گیری فشار خون کودک و گرفتن نمونه اداری برای انجام آزمایش تجزیه ادار انجام شد. در صورت رشد استرپتوکوک پیوژن در محیط کشت، معرفی نامه ای به دانش آموزان داده می شد تا ۳ هفته بعد در زمان خاص به آزمایشگاه بیمارستان مراجعه نماید تا برای وی مجدداً اندازه گیری فشار خون و آزمایش تجزیه ادار صورت گیرد. اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از سیستم نرم افزاری آماری SPSS، با آزمونهای آماری *paired t-test* و *Fisher exact test* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج:

از میان ۱۸۹۰ کودک اول ابتدایی معاینه شده (۱۰۵۵ پسر و ۸۳۵ دختر) در ۱۷ مورد (۰/۹ درصد) زرد زخم وجود داشت. پسرها با ۱۴ مورد (۱/۳۳ درصد) بالاترین میزان فراوانی ابتلا به زرد زخم را داشته؛ در حالیکه تنها ۳ مورد زرد زخم (۰/۳۶ درصد) در دختران دیده شد. نسبت ابتلا به زرد زخم در پسرها به دخترها ۴/۷ بود. میزان ابتلا به هر دو نوع زرد زخم تاولی و غیر تاولی در پسرها به دخترها بیشتر بود (در دختران معاینه شده زرد زخم تاولی مشاهده نگردید). اکثر ضایعات ۱۴/۱۷ مورد (۸۲/۴ درصد) در مناطق باز بدن بودند. اندازه ۱۴ مورد از ضایعات، کمتر از یک سانتی متر و ۱۳ مورد نیز شکل خشک ضایعه را دارا بودند، ۱۵ مورد از ضایعات بدون

و مادران آنها از وجود یا ماهیت بیماریهای واگیر پوستی، اهمیت ندادن افراد جامعه به درمان اینگونه بیماریها، ابتلا قبلی دانش آموزان به گال یا شپش سر، عدم رعایت بهداشت شخصی و تماس نزدیک با موارد بیماری دانست.

فراوانی زرد زخم در پسرها نسبت به دختران در این پژوهش بیشتر می باشد که طبق مطالعات قبلی است، ولی شایعترین محل گرفتاری بیماری سر (۵۲/۹٪) و در درجه بعدی اندامی تحتانی (۲۳/۵٪) است که برخلاف مطالعات پیشین است که شایعترین محل درگیری را چهره عنوان می کنند (۸۷،۲).

بین موارد زرد زخم تاولی و زرد زخم غیر تاولی اختلاف قابل ملاحظه ای وجود نداشت و از آنجا که نوع غالب بیماری در یک سری از مطالعات زرد زخم تاولی (۸، ۹ و ۱۰) و در گروه دیگر مطالعات زرد زخم غیر تاولی (۱۱ و ۱۲) گزارش گردیده، بیانگر این موضوع است که عوامل متعددی بصورت جمعی یا مجزا از یکدیگر در بروز شکل خاص بالینی زرد زخم دخیل می باشند.

با توجه به اینکه سطح تحصیلات اغلب مادران کودکان بیمار (۸۲/۴ درصد) زیر دیپلم بوده است و بیش از نیمی از بیماران (۵۸/۸ درصد) حداکثر یکبار در هفته استحمام داشته اند، این یافته ها نقش شرایط ضعیف اجتماعی و اقتصادی خانواده و سطح پایین سواد مادران را در بروز زرد زخم پراهمیت جلوه می دهد.

میزان فشار خون کودکان مبتلا به زرد زخم غیر تاولی در طی سه هفته ابتلای بیماری تغییر نکرده است که توأم با عدم وجود هماچوری و پروتئینوری، دلالت بر عدم ابتلا بیماران به گلو مرونفریت حاد است و نظر به اینکه طبق مطالعاتی در آمریکا سوشهای استرپتوکوک پیوژن عامل زرد زخم اندمیک معمولاً قوه (قدرت) نفروسیتوزنیک ندارند (۱۳)، نتایج تحقیق نیز این مطلب را تا حدودی تأیید می کند ولی برای تأیید قطعی به مطالعات سرولوژیک جهت تعیین وجود و نوع سوشهای نفروژنیک استرپتوکوک پیوژن نیاز

اربتم محیطی بوده و در ۶ مورد خارش وجود داشته است. همگی بیماران دارای سابقه ترومای پوستی بوده اند.

بین هر یک از خصوصیات ضایعه پوستی شامل مکان ضایعه، در معرض بودن ضایعه، منفرد بودن ضایعه، خشک بودن ضایعه، اندازه ضایعه، شکل ضایعه، وجود اربتم محیطی و خارش ضایعه با بیماری زرد زخم ارتباط معنی دار آماری بدست نیامد ($P > 0/05$).

بعبارتی از روی ویژگیهای بالینی ضایعه پوستی، نمی توان نوع بیماری زرد زخم را تشخیص داد. توزیع فراوانی باکتری های جدا شده از ضایعات پوستی شامل استافیلوکوکوس اُرئوس ۵۲/۹ درصد، مخلوطی از استافیلوکوکوس و استرپتوکوکوس پیوژن (۴۱/۲ درصد) و استرپتوکوکوس پیوژن (۵/۹ درصد) بود.

با انجام آزمایش تجزیه ادرار کودکان مبتلا به زرد زخم غیر تاولی، همگی فاقد هماچوری و پروتئینوری بودند، و در همین عده از کودکان با استفاده از آزمون تفاوت معنی داری بین فشار خون بدو معاینه و سه هفته بعد، دیده نشد.

بحث:

بر اساس پژوهش انجام شده، نشان دادیم که ۰/۹ درصد از جامعه کودکان اول ابتدایی شهر بوشهر مبتلا به زرد زخم می باشند و طبق مطالعه قبلی، شیوع زرد زخم در مدارس ابتدایی بندر انزلی ۰/۲۶ درصد بوده است (۶) که این اختلاف نتایج حداقل می تواند بدلیل نوع جامعه، روش نمونه گیری آن و اختلاف دما باشد زیرا که جامعه مورد مطالعه ما دانش آموزان اول ابتدایی بوده و ما حدود ۹۰ درصد آنها را بطور متوالی معاینه کردیم ولی در مطالعه قبلی دانش آموزان اول تا پنجم ابتدایی را مورد مطالعه قرار داده بودند و دبستانها را بطور تصادفی انتخاب می کردند؛ البته عوامل دیگری که در میزان شیوع زرد زخم در این منطقه دخیل هستند را می توان شامل: نبود مربی بهداشتی در بعضی مدارس، عدم آگاهی مربیان بهداشتی و حتی کودکان

است. بدلیل واگیر بودن زردزخم، پیشگیری اهمیت بسزائی
در کنترل آن دارد. اقدامات پیشگیرانه عبارتند از:
الف/ اقدامات فوری شامل: ملزم کردن
دانش آموزان به کوتاه و تمیز نگه داشتن ناخن‌ها، جلوگیری از
خراش و پارگی پوست به هر دلیل، بیماریابی و جدا نمودن
کودکان سالم و بیمار از یکدیگر، تحت درمان قرار
دادن بموقع دانش آموزان مبتلاء توسط پزشک یا مأموران
وززیده و آموزش دیده بهداشتی.
ب/ اقدامات دراز مدت شامل: توسعه و تقویت
نظام ارجاع، بهسازی محیط و محوطه مدارس، اختصاص
بخشی از دروس تحصیلی دوره ابتدائی به آموزش معلومات
و مهارت‌های بهداشتی در مدارس، ارتقاء سطح سواد مادران
، معلمان و مربیان تربیتی مدارس ابتدائی، وسایل ارتباط
جمعی ویا دوره‌های آموزش ویژه‌ای که با مسائل بهداشتی
کودکان در ارتباط است.

REFERENCES:

1. Baron S. *Medical microbiology*. New York: Churchill Livingstone, 1991,223-29.
2. Wannamaker LW. Differences between streptococcal infection of the throat and the skin. *N Eng J Med* 1970;282:78-85.
3. Arnold HL, Odom RB, James WD. *Andrews disease of the skin*. 8th ed. Philadelphia: W.B. Sanders, 1990,275-6.
4. Tunnessen WW jr. A survey of skin disorders seen in pediatric clinics. *Pediatr Dermatol* 1984;219-220.
5. Amma SM, Paniker CKJ, Compinathan T. Studies on dermatomycosis in Calicut (Kerala). *Clin Myco Invest Ind J Microbiol* 1982;25:11-17.
۶. اسیری شهلا، شفیعی فروغ، گال زردزخم در مدارس ابتدائی بندر انزلی، فصلنامه بهداشت جهان، سال نهم (شماره ۲): ۱۳۷۳، ص ۵۹ - ۵۷.
7. Swartz MN. *Cellulitis and subcutaneous tissue infections*. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. *Principles and practice of infectious diseases*. 15th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995,909-911,383.
۸. نوربالا محمد تقی، عفتی جلیل، بررسی بالینی و آزمایشگاهی زردزخم در شهرستان یزد، مجله نبض سال سوم (شماره ۱۲): ۱۳۷۳، ۹ - ۶.
9. Nobel WC. Prevention of streptococci and staphylococci in lesion of impetigo. *Br J Dermatol* 1974;91:115-116.
10. Conner BL. *Impetigo contagiosa in the united kingdom*. *Br J Dermatol* 1972;86:48-54.

11. Dajani AS, Ferrieri P, Wannamaker LW. Natural history of impetigo. II. Etiologic agents and bacterial interactions. *J Clin Invest* 1972;51:2863-71.
12. Mobacken H. Epidemiological aspects of impetigo contagiosa in western sweden. *Scand J Infect Dis* 1975;7:39-44.
13. Dormstadt GL, Land AL. Cutaneous bacterial infections. In: Behrman RE, Kliegman RW, Arvin AM. *Nelson textbook of pediatrics*. 15th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996,1890-96.