

دو فصلنامه طب جنوب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۷۵-۱۶۷ (اسفند ۱۳۸۱)

شیوع علائم و شدت آسم، رینیت آلرژیک و آگزمای اتوپیک در دانش آموزان ۱۳-۱۴ ساله بوشهر - مطالعه^۱ ISAAC*

دکتر گیسو حاتمی**، المیرا امیر عضدی^۱، آرزو نجفی^۱، شیما رضوی^۱، کلثوم افراسیابی^۱، محمد آفرید^۱، علیرضا یارندی^۱، مانا رساپور^۲

۱ استادباز بیماریهای کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

۲ دانشجویان پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

اختلالات آلرژیک، بخصوص آسم، شیوع فزاینده ای در دنیا داشته است. لذا باید احتمال افزایش ابتلاء به آن یا علل افزایش ایجاد اتوپیی مورد توجه قرار گیرد. بنابراین برای تعیین شیوع و شدت آسم و آلرژی در شهر بوشهر، تمام دانش آموزان ۱۳-۱۴ ساله بندر بوشهر (۲۶۹۹ نفر با ۱۴۷۹ نفر پسر و ۱۲۲۰ نفر دختر) با پرسشنامه استاندارد کنتیی ISAAC^۱ مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع خس خس در طول زندگی و ۱۲ ماه گذشته به ترتیب ۱۹/۸ درصد (۲۲/۹ درصد در پسرها و ۱۶/۱ درصد در دختران با: $P < 0.0001$) و ۱۰/۸٪ (۱۱/۹ درصد در پسرها و ۹/۹ درصد در دخترها؛ $P < 0.005$) بود. فراوانی آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک ۶/۷ درصد (۸/۵ درصد در پسران و ۴/۷ درصد در دخترها؛ $P < 0.0001$) بود. شیوع علائم رینیت و آگزما در تمام عمر به ترتیب ۲۵/۵ و ۷/۹ درصد به دست آمد. ۶۲/۳ درصد افرادی که دچار خس خس در سال گذشته بودند، ۱-۳ بار حمله را گزارش کرده اند. در نتیجه آسم از شدت متوسطی برخوردار بود. در حالی که شدت رینیت کم ولی شدت آگزما بر اساس مقیاس ISAAC متوسط بود. فراوانی آسم تشخیص داده به وسیله پزشک ۶/۷ درصد بود. نتایج نشان می دهد که اختلالات آلرژیک در بوشهر شایع و فراوانی آن تقریباً مشابه با سایر مناطق مورد مطالعه در ایران است. فراوانی آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک نسبت به سایر مطالعات در ایران بالاتر ولی نسبت به مطالعه کشورهای دیگر بسیار پایین تر بوده است.

واژگان کلیدی: ISAAC، آسم، رینیت آلرژیک، آگزما

* این پروژه با بودجه و امکانات مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس انجام گردیده است.

** آدرس: بوشهر، خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر - مدیریت پژوهشی، دکتر گیسو حاتمی - صندوق پستی: ۳۶۳۱

مقدمه

ترتیب، ۲۲/۴ و ۱۴/۵ درصد گزارش می کند، شیوع آسم را فقط ۱/۷ درصد ذکر کرده است (۶).

از آنجائی که تاکنون هیچ مطالعه منظمی در زمینه آسم و آلرژی در جنوب ایران انجام نشده است، با توجه به شرایط محیطی و آب و هوایی و وفور عوامل برانگیزاننده آسم در جنوب ایران، تصمیم گرفتیم که مرحله اول این طرح را در دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهری با هدف ارزیابی فراوانی و شدت آسم، رینیت آلرژیک و اگزمای اتوپیک به انجام رسانیم تا از آن در پی ریزی مطالعات بعدی و نیز اقدامات بهداشتی و درمانی لازم بهره بگیریم.

مواد و روش کار

در سال ۸۱-۱۳۸۰، در یک مطالعه توصیفی- مقطعی تمام دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله شهر بوشهر (۲۶۹۹ نفر؛ ۱۲۲۰ نفر دختر و ۱۴۷۹ پسر) با پرسشنامه استاندارد شده کتبی ISAAC، مورد بررسی قرار گرفتند (۱).

پرسش نامه ISAAC شامل سئوالات مبنی بر حملات خمس خمس فعلی یا گذشته، تعداد حملات خمس خمس، اختلال خواب و تکلم در طی حمله، خمس خمس به دنبال ورزش و سرفه شبانه بی ارتباط با عفونت تنفسی می باشد. سایر سئوالات به منظور بررسی وجود و شدت رینیت آلرژیک و اگزمای اتوپیک است. دانش آموزان با اطلاع قبلی والدین خود، شخصاً در کلاس درس به پرسش نامه ها پاسخ دادند. برای آنالیز داده ها از آزمون مربع با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۹/۱ استفاده گردید.

نتایج

این مطالعه بر روی ۳۰۰۰ دانش آموز ۱۴-۱۳ ساله بوشهری انجام شد که تعداد ۲۶۹۹ نفر آن ها به پرسش نامه کتبی ISAAC (۱)، [۱۴۷۹ پسر (۵۴/۸ درصد) و ۱۲۲۰ دختر (۴۵/۲ درصد)]، پاسخ کامل دادند.

شایعترین علامت گزارش شده، علامت رینیت در تمام عمر با فراوانی ۲۵/۶ در پسران و ۲۵/۴ در دختران و ۲۵/۵

افزایش شیوع آسم در دهه های اخیر در دنیا، نیاز به نظریه جدید برای تعیین علل افزایش آن را ایجاب کرده است (۲-۱) و چون سایر اختلالات آلرژیک نیز همزمان با آسم فراوانی رو به افزایش داشته اند، باید احتمال افزایش استعداد ابتلاء به آن ها یا علل افزایش ایجاد اتویی مورد توجه قرار گیرد (۳).

ایساک ISAAC، مطالعه بین المللی آسم و آلرژی در کودکان است و اولین بار در سال ۱۹۹۱، با ایجاد یک روش استاندارد برای تسهیل تشخیص آسم، رینیت آلرژیک و اگزما و همبستگی به منظور سهولت هم کاری بین المللی تشکیل شد (۱). ISAAC شامل بر سه مرحله است. مرحله اول با به کارگیری روش هائی ساده، فراوانی آسم، رینیت آلرژیک و اگزمای اتوپیک را ارزیابی می کند.

مرحله اول، اختلافات زیادی را در شیوع علائم آسم در کودکان نشان داد، این اختلافات احتمالاً به علت عوامل محیطی مؤثر بر آسم می باشد (۳و۱).

ایران به عنوان یک مرکز مطالعه منطقه ای توسط ISAAC پیشنهاد شد. اولین مطالعه مرحله اول آن، طی سالهای ۷۴-۱۳۷۳ در دانش آموزان شهرهای تهران، رشت و پس از آن بابل، کاشان، بیرجند و ... انجام شد.

مسجدی و همکاران در سال ۷۴-۱۳۷۳ در دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله تهرانی، شیوع خمس خمس در تمام عمر، خمس خمس در یکسال گذشته و آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک به ترتیب ۲۲/۲ درصد و ۱۲/۹ و ۲/۵۶ درصد را گزارش کردند (۴).

مطالعه دیگر در بابل در سال ۷۶-۱۳۷۵ شیوع خمس خمس در تمام عمر، خمس خمس در یک سال گذشته را به ترتیب، ۲۱/۷ و ۱۳/۱ درصد گزارش کرده اند. شیوع آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک ۴/۵ درصد ذکر شده است (۵).

در حالی که قره گوزلو و همکاران در کاشان، شیوع خمس

تمام عمر و خمس خمس در یکسال گذشته را به

مناطق مذکور، در دختران ۳/۵ درصد، در پسران ۲/۶ درصد و در کل ۳/۳ درصد بود (جدول ۱).

فراوانی آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک، خس در تمام عمر، خس خس در ۱۲ ماه گذشته و راش مزمن در تمام عمر، در پسران بالاتر از دختران بود. در حالی که سرفه خشک شبانه و خس خس به دنبال ورزش و رینوکونژیکتیویت فراوانی بالاتری در دختران داشت (جدول ۱).

در مورد آگزمای تشخیص داده شده به وسیله پزشک، اختلالات قابل ملاحظه ای از نظر فراوانی بین دختران و پسران مشاهده نشد (جدول ۱). ۳/۷ درصد پسران و ۳/۴ درصد دختران و ۳/۵ درصد کل جامعه مبتلا به آگزما بودند. تب یونجه در ۳/۸ درصد پسران و ۴/۹ دختران دیده شد (جدول ۱). همزمانی آسم، آگزما، تب یونجه در ۵/۲٪ پسران و ۵/۸ درصد دختران دیده شد.

درصد در دو جنس بود؛ فراوانی خس خس در تمام عمر در پسران ۲۲/۹ و در دختران ۱۶/۱ درصد بود ($P < ۰/۰۰۰۱$).

فراوانی خس خس به دنبال ورزش در دختران به طور قابل ملاحظه ای بالاتر از گروه پسران بود ($P < ۰/۰۰۰۱$)، [۲۲/۴ درصد در دختران و ۱۴/۱ درصد در پسران؛ (جدول ۱)].

در بررسی علائم رینیت، فراوانی رینوکونژیکتیویت در پسران ۱۴/۳ درصد، در دختران ۱۰/۸ درصد و در کل ۷/۲ درصد بود. فراوانی رینوکونژیکتیویت در دختران بالاتر از پسران بود ($P < ۰/۰۰۰۱$).

بالاترین فراوانی علائم رینیت در ماه فروردین؛ ۲۶/۸ درصد در پسران و ۲۰/۷ درصد در دختران مشاهده شد. کمترین فراوانی مربوط به خردادماه با ۵/۵٪ در پسران و ۰/۴ درصد در دختران بوده است (جدول ۱). در بررسی علائم آگزما، فراوانی بثورات مزمن خارش دار با توزیع مشخص در

جدول ۱: فراوانی آسم، رینیت و آگزما و سایر علائم وابسته که توسط دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهری گزارش شده است ۸۱-۱۳۸۰

علائم	پسران (۱۴۷۹ نفر)	دختران (۱۲۲۰ نفر)	کل (۲۶۹۹ نفر)
آسم			
خس خس در تمام عمر	۳۳۹** (۲۲/۹)	۱۹۶ (۱۶/۱)	۵۳۶ (۱۹/۸)
خس خس در یکسال گذشته	۱۷۱* (۱۱/۹)	۱۲۱ (۹/۹)	۲۹۲ (۱۰/۸)
خس خس به دنبال ورزش	۲۰۹ (۱۴/۱)	۲۷۳*** (۲۲/۴)	۴۸۲ (۱۷/۹)
سرفه خشک شبانه	۲۱۶ (۱۴/۶)	۲۲۹** (۱۸/۸)	۴۴۵ (۱۶/۵)
آسم (تشخیص داده شده بوسیله پزشک)	۱۲۵*** (۸/۵)	۵۷ (۴/۷)	۱۸۲ (۶/۷)
رینیت			
علائم رینیت در تمام عمر	۳۷۸ (۲۵/۶)	۳۱۰ (۲۵/۴)	۶۸۸ (۲۵/۵)
علائم رینیت در یکسال گذشته	۲۱۳ (۱۴/۴)	۲۲۷*** (۱۸/۲)	۴۴۰ (۱۶/۳)
رینوکونژیکتیویت	۶۴ (۴/۳)	۱۳۲** (۱۰/۸)	۱۹۶ (۷/۲)
تب یونجه	۵۶ (۳/۸)	۳۵ (۲/۹)	۹۱ (۳/۴)
آگزمایش مزمن در طول عمر	۱۳۰* (۸/۸)	۸۴ (۶/۹)	۲۱۴ (۷/۹)
راش مزمن در یکسال گذشته	۶۸ (۴/۶)	۶۳* (۵/۲)	۱۳۱ (۴/۷)
راش مزمن با توزیع مشخص فلکسورال	۴۰ (۲/۶)	۴۳ (۳/۵)	۸۳ (۳/۳)
آگزما (تشخیص داده شده بوسیله پزشک)	۵۵ (۳/۷)	۴۱ (۳/۴)	۹۶ (۳/۶)

اعداد به صورت تعداد (درصد) می باشد. محاسبه درصد بر اساس تعداد افراد در هر جنس

** ($P < ۰/۰۵$)

*** ($P < ۰/۰۰۰۱$)

در حالی که شدت ریئیت کم ولی شدت آگزما متوسط بود (جدول ۲).

در بررسی شدت آسم، آسم از شدت متوسطی برخوردار بود به طوری که ۶۲/۳ درصد افرادی که دارای آسم خفیف در سال گذشته بودند، ۱-۳ بار در سال آن را داشته اند.

جدول ۲) فراوانی علائم مشخص کننده شدت آسم، ریئیت و آگزما در دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهر

در سال ۸۱-۱۳۸۰

کل	دخترها	پسرها	
			خس خس در یکسال گذشته
۴۷ (۱۶/۱)	۲۰ (۱۶/۵)	۲۷ (۱۵/۸)	هیچ بار
۱۸۲ (۶۲/۳)	۷۳ (۶۰/۳)	۱۰۹ (۶۳/۷)	۱-۳ بار
۶۳ (۲۱/۶)	۲۸ (۲۳/۱)	۳۵ (۲۰/۵)	۴-۱۲ بار
			اختلال خواب در سال گذشته
۱۶۶ (۵۶/۸)	۶۵ (۵۳/۷)	۱۰۱ (۵۹/۱)	هرگز
۹۵ (۳۲/۵)	۳۸ (۳۱/۴)	۵۷ (۳۳/۳)	کمتر از یک شب در هفته
۳۱ (۱۰/۶)	۱۸ (۱۴/۹)	۱۳ (۷/۶)	یک یا چند شب در هفته
۹۳ (۳۱/۸)	۴۰ (۳۳/۱)	۵۳ (۳۱)	محدودیت تکلم طی حمله
			ریئیت در سال گذشته
۲۱۶ (۴۹/۱)	۱۱۶ (۵۱/۱)	۱۰۰ (۴۶/۹)	محدودیت فعالیت روزانه هرگز
۱۳۹ (۳۱/۶)	۶۶ (۲۹/۱)	۷۳ (۳۴/۳)	اندکی
۷۱ (۱۶/۱)	۴۱ (۱۸/۱)	۳۰ (۱۴/۱)	به طور متوسط
۱۴ (۳/۲)	۴ (۱/۸)	۱۰ (۴/۷)	خیلی زیاد
			راش در سال قبل
۶۶ (۵۰/۴)	۳۳ (۵۲/۴)	۳۳ (۴۸/۵)	راش پایدار بدون بهبودی
			اختلال خواب به علت راش
۵۹ (۴۵)	۲۶ (۴۱/۳)	۳۳ (۴۸/۵)	هیچ بار
۳۵ (۲۶/۷)	۱۴ (۲۲/۲)	۲۱ (۳۰/۹)	کمتر از ۱ شب
۳۷ (۲۸/۲)	۲۳ (۳۶/۵)	۱۴ (۲۰/۶)	۱ یا چند شب

• اعداد بصورت تعداد (درصد) می باشند.

با توجه به انجام مطالعه ISAAC در چندین مرکز دیگر ایران عزیز، امکان مقایسه بین کشوری برای ما مهیا می باشد. خس خس از علائم مشخصه آسم است که هم بیمار آن را احساس می کند و هم به راحتی توسط پزشک قابل تشخیص است (۴).

فراوانی خس خس در طول عمر در کودکان ۱۴-۱۳ ساله بوشهر ۱۹/۸ می باشد. فراوانی این علامت در پسران بالاتر از دختران بوده است (در پسران ۲۲/۹ و در دختران ۱۶/۱٪).

بحث

برنامه ISAAC، ارزیابی جهانی فراوانی علائم آسم، ریئیت الرژیک و آگزماهای آتوپیک را در بچه ها با به کارگیری روش های استاندارد میسر ساخته است (۷) و اختلافات جهانی در میزان علائم این بیماری ها و حتی اختلافات درون کشورها پیشنهاد کننده نقش فاکتورهای محیطی برای ایجاد

www.SID.ir (۳ و ۹-۸).

جدول ۳: مقایسه شیوع آسم و سایر اختلالات آلرژیک در دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهر

با سایر مطالعات				
بوشهر	تهران (۲۵)	بابل (۲۶)	کاشان (۲۷)	کویت (۵)
تعداد=	تعداد=	تعداد=	تعداد=	تعداد=
۲۶۹۹	۲۶۹۳	۲۸۶۹	۳۰۰۰	۳۰۰۰
۱۹/۸	۲۲/۲	۲۱/۷	۲۲/۴	۲۵/۹
خس خس در تمام عمر				
۱۰/۸	۱۲/۹	۱۳/۱	۱۴/۵	۱۶/۱
خس خس در یکسال گذشته				
۶/۷	۲/۵۶	۴/۵	۱/۷	۱۶/۸
آسم				
۲۵/۵	۲۸/۲	۲۰	۲۹/۶	۴۳/۹
ربیت در تمام عمر				
۱۶/۳	۲۱/۲	۱۰/۳	—	۳۰/۷
ربیت در یکسال گذشته				
۳/۴	۱/۷۴	۹/۴	۹/۶	۱۷/۶
تب بونجه				
۷/۹	۶/۵	۸/۳	۹/۶	۱۷/۹
راش مزمن در تمام عمر				
۴/۷	۳/۸	۸/۳	—	۱۲/۶
راش مزمن در یکسال گذشته				
۳/۶	۶/۴	۶/۸	—	۱۱/۳
اگزما				

به ماه و فصلی که در آن پرسش صورت می گیرد نباشد، در واقع از خطای سوال اول مبنی بر خس خس تمام عمر جلوگیری می کنند. شیوع آسم در طول یک دوره زمانی (Period prevalence)، اعتبار بیشتری از (Life long) دارد (۱۱).

با توجه به آمارهای فوق و تفاوت آن ها، به نظر می رسد که علیرغم روش تحقیق یکسان، تفاوت های محیطی، از قبیل تفاوت آب و هوا، تفاوت های پوشش گیاهی، تفاوت فصل گرده افشانی، وضعیت بهداشتی، نحوه زندگی، نوع تغذیه (۱۲) می تواند در این اختلافات دخیل باشند (۹۸).

به دنبال ورزش ۸۰-۷۰٪ مبتلایان به آسم دچار خس خس سینه و تنگی نفس می شدند ولی ممکن است بعضی افراد که به آسم مبتلا نیستند نیز به دنبال ورزش دچار خس خس و سایر علائم شوند (۱۳).

خس خس به دنبال ورزش در ۱۷/۹٪ دانش آموزان بوشهری مشاهده شد. فراوانی این علامت در دختران بالاتر از پسران بود. (پسران ۱۴/۱ و دختران ۲۲/۴٪). خس خس به دنبال ورزش در ۱۱/۳٪ دانش آموزان بابلی گزارش شده است (۵).

فراوانی این علامت در دختران بابلی نیز مثل بوشهر بالاتر از پسران بوده است (۱۵/۷ دختران و ۷/۲٪ پسران) (۵).

فراوانی خس خس در تمام عمر در تهران ۱۶/۱ (۴)، در بابل ۲۱/۷ (۵)، و در کاشان ۲۴/۴٪ (۶) گزارش شده است. فراوانی این علامت در جنس پسر در این سه شهر نیز بالاتر بوده است.

در مقابل، فراوانی خس خس در طول عمر، در بچه های ۱۳-۱۴ ساله کویتی، ۲۵/۹٪ گزارش شده است (۱۰) که نسبت به بوشهر بالاتر و تقریباً با کاشان همسان بوده است (۱۰ و ۶).

فراوانی خس خس در طول ۱۲ ماه گذشته در دانش آموزان ۱۳ و ۱۴ ساله بوشهری ۱۰/۸٪ بود. (پسران ۱۱/۵ و در دختران ۹/۹٪).

فراوانی خس خس، در طول ۱۲ ماه گذشته در دانش آموزان تهرانی (۴) ۱۲/۹، در بابل (۵) ۱۳/۱ و در کاشان (۶) ۱۴/۵٪ بود.

کویت فراوانی این علامت را بین دانش آموزان ۱۳-۱۴ ساله ۱۶/۱٪ گزارش کرده است (۱۰).

در بوشهر فراوانی این علامت نسبت به مطالعات مذکور پایین تر می باشد.

ایران از گروه کشور هائی بود که میزان خس خس کمتر از ۱۰٪ گزارش شده است (۸). وجود سوال خس خس در

www.SID.ir

علت تفاوت فراوانی آسم در مناطق دنیا شاید آن باشد که تعریف آسم هنوز برای پزشکان مبهم است و اسامی کاذب متعددی برای آسم برونش بکار می رود و انکار ابتلاء به آسم توسط بیمار، خانواده وی یا تمایل پزشک در استفاده از سایر اسامی مثل حساسیت ریوی باعث میشود که در بعضی موارد تشخیص آسم دست کم گرفته شود. (۱۷-۱۵)

چنانچه از بین دانش آموزان بوشهری که خس خس در تمام عمر گزارش کرده اند، ۷۰٪ ابتلاء به آسم را ذکر نکرده اند و در تهران ۸۹/۳٪ دانش آموزانی که خس خس در تمام عمر داشته اند، آسم را گزارش نکرده اند.

در مقابل در استرالیا، ۷۸٪ دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله که خس خس در تمام عمر داشته اند ابتلاء به آسم را ذکر کرده اند (۳).

با توجه به میزان فراوانی آسم در بوشهر و در ایران ما نمی توانیم اطلاعی از افزایش شیوع آسم اطفال بدهیم. زیرا در بوشهر این اولین مطالعه است و در سطح کشور تنها مطالعه در دسترس، مربوط به بررسی سلامت عمومی در سال ۱۳۶۹ است که شیوع آسم در کل کشور را ۱/۴٪ تخمین زده است (۱۴). ولی این مطالعه به علت عدم وجود تعریف واحدی از بیماری ها، تکیه صرف بر تشخیص پزشک و عدم توجه به فراوانی سالیانه یا تمام عمر این بیماری ها، ارزش زیادی نداشته است و در حال حاضر تقریباً کنار گذاشته شده است.

در بررسی جهانی فراوانی آسم، بیشترین شیوع مربوط به علائم آسم مربوط به کشورهای انگلیسی زبان مثل انگلستان، نیوزیلند، استرالیا و ایرلند بوده در حالیکه کمترین شیوع مربوط به اروپای شرقی، اندونزی، یونان، چین، هند و اتیوپی بوده است. یعنی به جز فاکتورهای محیطی، شاید پرسشنامه کتبی، مفهوم درست آسم را به کشورهای غیر انگلیسی زبان نتوانسته تفهیم کند (۳ و ۸).

در بررسی شدت آسم، ۶۲/۳٪ دانش آموزان بوشهری در مدت یکسال حداقل ۳-۱ بار حمله خس خس داشته اند و در مطالعه بابل ۶۱٪ دانش آموزان، در مدت یکسال حداقل

شایعترین علامت آسم آتوپیک سرفه است (۱۴). شکایت اصلی این بیماران سرفه به هنگام شب است و اینها ممکن است در طول روز و در معاینه طبیعی باشند (۱۴). سرفه خشک شبانه در ۱۶/۵٪ دانش آموزان بوشهری دیده شد (پسران ۱۴/۶ و دختران ۱۸/۸٪).

سرفه خشک شبانه در بابل ۲۱/۴ درصد بوده است و فراوانی این علامت در دختران بالاتر از پسران است (۵). وجود خس خس و تنگی نفس در کودکان همیشه به علت آسم است تا خلافتش ثابت شود (۱۴) ولی همیشه در مورد آسم تعدادی چالش های تشخیصی وجود دارد که ممکن است باعث شود تشخیص آسم داده نشود و بیمار به عنوان مثال، به مدت طولانی داروهای ضدسرفه و یا آنتی بیوتیکی دریافت کند. حال آن که خس خس در تعقیب ورزش و فعالیت فیزیکی و یا سرفه خشک شبانه بدون همراهی و همزمانی سرماخوردگی و یا عفونت تنفسی نیز همیشه آسم تلقی می شود و باید مورد توجه پزشکان قرار گیرد (۱۴).

فراوانی آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک در دانش آموزان بوشهری ۶۷/۷٪ (در پسران ۸/۵٪ و در دختران ۴/۵٪) بود؛ فراوانی آسم در پسران بالاتر از دختران بود.

فراوانی آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک در تهران ۲۶/۶٪ (۴)، در بابل ۴/۵٪ (۵)، در کاشان ۱/۷٪ (۶)، در بیرجند ۳/۹٪ و در زنجان ۲/۶٪ بوده است (۶-۴).

در بررسی جهانی، فراوانی آسم در ایران را ۴/۵٪ گزارش کرده اند (۸). آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک در کویت ۱۶/۱٪ گزارش شده است (۱۰).

علیرغم آن که فراوانی آسم تشخیص داده شده به وسیله پزشک های بوشهری بالاتر از سایر مناطق ایران است ولی به نظر می رسد که این فراوانی کمتر از میزان واقعی باشد.

عمدتاً فراوانی علائم آسم در مراکز مختلف یک کشور مشابه است ولی در بعضی کشورها مثل هند، اتیوپی، اسپانیا و ایتالیا، اختلافات وسیعی بین مراکز مختلف یک کشور وجود داشته و با این مسئله باید دنبال علل احتمالی در آن کشورها نیز بود (۸ و ۹).

فراوانی تب یونجه که بوسیله پزشک تشخیص داده شده در بوشهر ۳/۴٪ بود. فراوانی تب یونجه در تهران ۱/۷۴٪ و در بابل ۹/۴٪، در بیرجند ۷٪ و در زنجان ۸/۳٪ بوده است (۴-۶).

فراوانی تب یونجه در دختران ۱۴-۱۳ ساله کویتی ۱۷/۱٪ (۱۰) و در کانادا ۱۶/۶٪ بوده است (۸). تفاوت قابل توجه بین بوشهر و سایر نقاط ایران مشاهده شد و تهران پایین ترین فراوانی را داشت. شاید شیوع تب یونجه با توجه به اصطلاح ناآشنای آن در فرهنگ مردم و این که پزشکان به ندرت از آن استفاده می کنند، پایین تر از میزان واقعی نشان داده شده است.

نکته قابل ذکر آن است که وجود اختلافات وسیع بین کشورهای دنیا در مورد فراوانی آسم و سایر اختلالات آلرژیک، گرچه به دخالت عوامل محیطی مربوط است ولی در بررسی مبانی آسم بالاترین فراوانی آسم مربوط به کشورهای انگلیسی زبان بوده است (۳). چنانچه شیوع آسم در منطقه شمالی بریتانیا ۲۲/۷٪ (۱۹) و در برزیل ۱۰٪ بوده است (۲۰).

تقسیم بندی رینیت به فرم فصلی و سالیانه بر اساس ماههای بروز علائم و شدت علائم در فصول خاص می باشد. در واقع بروز علائم در تعداد بیشتری از ماههای سال خود می تواند کمی برای نشان دادن شدت رینیت باشد (۸و۵).

در بوشهر، بالاترین فراوانی علائم رینیت در ماه فروردین با ۲۳/۵٪ بود (پسران ۲۶۵/۸ و دختران ۲۰/۷٪) و کمترین فراوانی در ماه خرداد با ۵٪ در پسران و ۴٪ در دختران مشاهده شد.

۱۴/۸٪ دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهری علائم سالیانه رینیت را داشته اند. در صورتی که بیشترین فراوانی رینیت در بابل در ماه بهمن (ماه سرد و خشک سال) و کمترین فراوانی در تیرماه گزارش شده است (۵) این اختلاف ناشی از پوشش گیاهی متفاوت، فصول متفاوت گرده افشانی، وزش باد و غیره می باشد.

۱-۳ بار حمله خس خس داشته اند تفاوت قابل ملاحظه بین این دو مطالعه وجود نداشت (۵).

ظرف یکسال، ۵۶/۸٪ دانش آموزان بوشهری، هرگز دچار اختلال خواب به علت حمله خس خس نشده اند. ۵۹٪ دانش آموزان نهرانی و ۶۷/۶٪ دانش آموزان بابلی، هرگز دچار اختلال خواب به علت حمله خس خس نشده بودند (۵). از نظر ابتلاء به فرم های شدیدتر بیماری ۱۰/۶٪ کل دانش آموزان بوشهری بیشتر از یک شب در هفته اختلال خواب به علت حمله خس خس داشته اند که در دختران فراوانی آن بالاتر بود. در بابل در ابتلاء به فرم های شدید بیماری، اختلاف معنی داری بین پسر و دختر وجود نداشت (۵). ولی در تهران ابتلاء دختران به فرم های شدیدتر بیماری از پسران بالاتر بود (۴). لذا، از نظر شدت آسم، بوشهر از شدت متوسطی برخوردار است. در کویت هم آسم، از نظر شدت متوسط گزارش شده است (۱۰).

فراوانی علائم رینیت در تمام عمر، در دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهری ۲۵/۵٪ بود (در پسران ۲۵/۶٪ و در دختران ۲۵/۴٪) که اختلافی بین دو جنس وجود نداشت، رینیت شایعترین اختلال آلرژیک در بوشهر بود.

فراوانی رینیت، در تمام عمر در تهران ۲۸/۲٪، در بابل ۲۰٪ و در کاشان ۲۹/۶٪ (۴-۶)، فراوانی رینیت در تمام عمر در کویت، ۴۳/۶٪ (۱۰)، در امارات عربی ۲۲/۹٪ (۸) و در ریاض عربستان ۱۷٪ گزارش شده است (۱۸).

ابتلاء به رینیت چند عاملی است و به جز زمینه آتوپی، عوامل محیطی چون آلرژی ها و شرایط آب و هوایی در آن مؤثر است (۳).

خارش و اشک ریزش چشم همراه با علائم رینیت مشخصه آتوپی در مبتلایان می باشد (۳و۱). در واقع علائم چشمی و رینیت تا ۷۸٪ قدرت پیشگویی ابتلاء به آتوپی را دارد (۵). فراوانی رینوکونژکتیویت در بوشهر ۷/۲٪، در تهران ۹/۳٪، در بابل ۴/۹٪ گزارش شده است (۴-۵). در بوشهر شیوع علامت رینوکونژکتیویت در دختران بالاتر از پسران بود (۱۰/۸٪ در دختران).

ضایعات خارش دار پوستی میتواند به حدی شدید باشد که باعث اختلال خواب گردد. ۴۵٪ دانش آموزان بوشهر هرگز به علت خارش شدید ناشی از آگزما از خواب بیدار نشده اند و ۵۵٪ دانش آموزان بابل، هرگز به علت خارش شدید ناشی از آگزما از خواب بیدار نشده اند (۵).

در بررسی فراوانی علائم آسم و اختلالات آلرژیک در دنیا مشخص شده است که مرازگی که بالاترین فراوانی علائم رینیت را داشتند، همان مرازگی نبودند که بالاترین فراوانی آسم را گزارش کرده اند (۳).

آگزما، بالاترین فراوانی در دنیا را در مرازگی از اسکاندیناوی و چین داشته است که در این مناطق فراوانی آسم خیلی پایین بوده است (۳). لذا، به جز حساس شدن و استعداد ژنتیکی آتوپی برای بروز بیماری، نیاز به شکل خاصی از آلرژن بوده و عوامل خطرزای دیگری هم ممکن است که در ایجاد آن دخیل باشند (۸۳). در واقع عوامل مختلف محیطی و تماس زودرس با آلرژن ها می تواند شکل آلرژمی بروز کننده را تغییر دهد (۳).

فاز اول مطالعه ISAAC، اختلاف وسیعی در فراوانی علائم آسم و رینیت آلرژیک و آگزمای آتوپییک را در تمام دنیا با الگوهای مختلف در کشورها نشان داد (۳). با اجرای طرح ISAAC، برای اولین بار توانستیم فراوانی و شدت علائم آسم و اختلالات آلرژیک در بوشهر را نشان دهیم و چارچوبی برای بررسی های اتیولوژیک بعدی در بوشهر و حاشیه خلیج فارس فراهم آوریم.

نتایج مطالعه ما نشان داد که اختلالات آلرژیک در بوشهر شایع و از شدت متوسطی برخوردار است. پیشنهاد می شود که طرح ISAAC در سایر مناطق ایران و در گروه های سنی دیگر انجام شود. انجام این فاز به ما این امکان را می دهد که فاز دوم و سوم پیش بینی شده را نیز انجام دهیم.

تشکر و قدردانی

با تشکر از جناب آقای دکتر ابوالحسن فرهودی استاد بزرگ اطفال و پایه گذار ایمونولوژی بالینی و درمان های نوین

با این که پرسشنامه قبل از شروع مطالعه ارزیابی شده است ولی یافته های آن در کشورهایی که اختلال عفونی علائم مشابهی ایجاد می کنند و شایع هستند شاید چندان قابل اعتماد نباشد (۸).

در بررسی فراوانی آگزما، راش مزمن برای حداقل ۶ ماه در بوشهر ۷/۹٪ بود و اختلاف قابل ملاحظه ای از نظر فراوانی بین دختران و پسران مشاهده نشد. این علائم در تهران ۶/۷٪، در بابل ۸/۳٪ و در کاشان ۹/۶٪ گزارش شده است. (۴-۶).

فراوانی راش مزمن برای حداقل ۶ ماه در طول عمر در کویت ۹/۶٪ گزارش شده است (۱۰).

ابتداء به ضایعات خارش دار در عرض ۶ ماه گذشته می تواند فرم های خفیف تا متوسط آگزما را از سایر التهابات پوستی افتراق دهد (۸). ۴/۷٪ دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهری ظرف یکسال گذشته دچار راش خارش دار شده بودند. در تهران این میزان ۳/۸٪، در بابل ۴٪ بوده است (۴-۵). در کویت، راش خارش دار ظرف ۱۲ ماه گذشته ۱۲/۶٪ گزارش شده است (۱۰).

فراوانی راش با توزیع مشخص در ناحیه فلکسورال در بوشهر ۳/۳٪، در تهران ۲/۱٪، در بابل ۲/۵٪ گزارش شده است (۴-۵).

در صورتی که توزیع بشورات جلدی برای خارش دار مزمن در ناحیه فلکسورال باشد با حساسیت ۹۴٪ و ویژگی ۸۱٪ میتواند انواع آتوپی را از غیر آتوپی جدا کند (۳)؛ ولی اکتوپارازیت ها با چنین توزیعی را نباید فراموش کرد (۳).

تشخیص آگزما توسط پزشک در دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهری ۳/۶٪ بود. در حالی که تهران ۶/۴ و در بابل ۶/۸٪ گزارش شده است (۴-۵).

در کویت ۱۶/۳٪ دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله مبتلا به آگزما بوده اند (۱۰).

از نظر شدت آگزما، ۵۰/۴٪ دانش آموزان ۱۴-۱۳ ساله بوشهر مبتلا به راش پایدار بدون علامت بهبودی بوده اند، در حالی که در تهران ۳۰/۳٪ و در بابل ۵۷/۳٪ رسیده است (۵).

طهماسبی، جناب آقای علیرضا سلطانیان و سرکار خانم مهنوش خاکزاد که در اجرا و ارائه این پژوهش کمک های ارزنده ای نمودند.

آسم در ایران، که انجام طرح ISAAC در بوشهر به توصیه ایشان انجام شد. با تشکر از جناب دکتر محمد قره گوزلو، جناب آقای دکتر ایرج محمد زاده، جناب آقای رحیم

REFERENCES:

1. Khaled NA, Anabwani G, Anderson HR, et al. A hypothesis generator for asthma? The Lancet 1998;351:1225-32.
2. Woolcock AJ. Worldwide trends in asthma morbidity and mortality. Bull Intern Union Tuberc Lung Dis 1991;66:77-8.
3. Khaled NA, Anabwani G, Anderson HR, et al. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma. The Lancet 1998;351:1220-22.
4. مسجدي م ر، طباطبایی ا. بررسی اپیدمیولوژیک بیماری های آسم، رینیت و آگزما در کودکان ۶-۷ ساله و ۱۳-۱۴ ساله شهر تهران، پایان نامه، ۷۴-۱۳۷۳.
5. محمد زاده ا. بررسی اپیدمیولوژیک بیماری های آسم، رینیت آلرژیک و آگزما در کودکان ۶-۷ ساله و ۱۳-۱۴ ساله شهر بابل، پایان نامه، ۷۶-۱۳۷۵.
6. قره گوزلو م، خلیلی م، حلاج مفرد م و همکاران. فراوانی علائم آسم، رینیت آلرژیک و آگزماي تویک در دانش آموزان مدارس کاشان، مجله آلرژي وآسم و ایمنولوژی، سال اول (شماره ۱): ۲۴-۳۰، ۱۳۷۹.
7. Teeratakulpisam J, Pairojkul S, Heng S. Survey of prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from Khon kaen, Northeast -Thailand, an ISAAC Study. Asian Pac J Allergy Immunol 2000;18:187-94.
8. Yemaneberhan H, Bekele Z, Venn A, et al. Prevalence of wheeze and asthma and relation to atopy in urban and rural Ethiopia. The Lancet, 1997;350:85-90.
9. Bascom R, Bromberg PA, Costa DA, et al. State of the art: health effects of out door pollution, part 14 Am J Res Crit Care Med 1996;153:477-98.
10. Behbehani NA, Abal A, Syabbalo NC, et al. Prevalence of asthma, allergic rhinitis, and eczema in 13-14 yr old children in Kuwait. An ISAAC study. An Allergy Asthma Immunol 2000;85:58-63.
11. Anderson HR. Is the prevalence of asthma changing? Arch Dis 1989;64:172-5.
12. Ellwood P, Asher MI, Bjorksten B, et al. Diet and asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema symptoms prevalence: an ecological analysis of ISAAC data. ISAAC phase one. Eur Respir 2001;17:436-43.
13. Leung R, Ho P, Lam CW, et al. Sensitization to inhaled allergens as a risk factor for asthma and allergic diseases in children population allergy. Clin Immunol 1997;99:594-99.
14. گلودل، حالتانف ن، پیشگیری و درمان آسم: نخستین اقدام درمانی برای آسم، ترجمه کدیور، نکسا هب، انتشارات سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۷، ۲۵، ۲۴-.
15. Altemier WA. Children with asthma: we can do better, Pediatr Ann 1996;25:125.
16. Asher MI, Barry D, Clayton T, et al. The burden of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema in children and adolescents in six New Zealand centers: ISSAC Phase One. N Z Med J 2001;23:114-20.
17. Berg DM. Prevalence of Asthma among 12 year old Children in Newzland and South wales: a Comprative Survey. Thorax 1991;20:405-9.
18. Bener A. Prevalence of Asthma and wheeze in two different climate areas of Saudi Arabia. Indian J Chest Dis Allied Sci 1993;35:9-15.
19. Shamssain MH, Shamsian N. Prevalence and severity of Asthma, rhinitis and atopic eczema. The north east study. Arch Dis Child 1999;81:313-7.
20. Sole D, Yamada E, Vana AT, et al. Prevalence of asthma and asthma - related symptoms among Brazilian Schoolchildren. J Investig Allergol Clin Immunol 2001;11:123-8.