مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
شماره هشتاد و هفت، سال چهل و هشتم
بهار ۱۳۸٤، صفحه۳۲ - ۲۳

Medical Journal of Mashhad
University of Medical Sciences
Vol.48, No.87, P: 23 - 32
Spring 2005

مقاله اصلی

بررسی کچلی ناخن در شمال غرب ایران (۸۳-۱۳۷٦)

دکتر عبدالحسن کاظمی[۱]، دکتر عفت صدر کریمی[۲]

[۱] استادیار قارچ شناسی پزشکی مولکولارگروه انگل شناسی و ایمنی شناسی، [۲]استادیار درماتولوژی- بخش پوست، بیمارستان سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تاریخ دریافت:۸۳/۲/۲۳- تاریخ پذیرش:۸۳/۱۱/۲٤

خلاصه

مقدمه: کچلی ناخن، عفونت قارچی ناخن های دستها و پاها بوده و قادر به ایجاد مشکلاتی برای سلامتی بیماران می باشد. این مطالعه با هدف بررسی شناسایی جنبه های اپیدمیولوژیک این عفونت و همچنین به منظور تشخیص عوامل سبب شناسی این بیماری انجام شده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی در طی سالهای ۸٦ – ۱۳۷٦ بر روی ۳٦ بیمار مبتلا به کچلی ناخن در بیمارستان سینای دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. تشخیص کچلی ناخن با رویت میسلیوم ها و آتروکونیدیاهای قارچی در طی آزمایش مستقیم میکروسکوپی تراشه ناخن و جدا سازی کلنی های خاص درماتوفیتی از کشت نمونه های کلینیکی در محیط کشت های سابرودز دکستروزآگار و میکوزیل آگار انجام گرفت. مشخصات فردی و نتایج آزمایشگاهی در پرسشنامه ای جمع آوری گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی پردازش شده است.

نتایج: آزمایش نمونه تراشه ناخن از بیماران، در ۳٦ بیمار (۷٪ کل افراد) شامل ۲۱ نفر مذکر (۵۸٪) و ۱۵ نفر مونث (٤۲٪) دارای نتیجه مثبت بود. از مجموع ۳٦ مورد دارای نتیجه مثبت آزمایش، ۱۵ بیمار شامل ۸ مذکر و ۷ مونث (٤۲٪) دارای کچلی ناخن در ناخن های دست و ۲۱ بیمار شامل ۱۳ مذکر و ۸ مونث (۵۸٪) دارای کچلی در ناخنهای پاهای خود بودند.

تریکوفیتون منتاگروفایتس واریته اینتردیجیتال و واریته منتاگروفایتس (۹ مورد)، ت. وررو کوزوم (۵ مورد)، میکروسپوروم کانیس (٤ مورد)، تریکوفیتون ویولاسئوم (۳ مورد)، شونلاینی (۲ مورد) و روبروم (۲مورد) عوامل اتیولوژیک جدا شده از کشت نمونه های بالینی در محیط کشت های سابرودز دکستروز آگار و میکوزیل آگار بودند.

نتیجه گیری: این بررسی اطلاعات مفیدی در مورد میزان شیوع، عوامل سبب شناسی، ریسک فاکتورهای ابتلا به کچلی ناخن و مشکلات بهداشتی ناشی از این میکوز در منطقه شمال غرب ایران را فراهم آورد .

واژه‌های کلیدی: کچلی ناخن، درماتوفیت، شمال غرب ایران

مقدمه

متناسب با استاندارد بهداشتی، الگوهای رفتاری و وضعیت بهداشت فردی و عمومی، میزان کچلی ناخن در جوامع مختلف متفاوت بوده ولی به طور متوسط، بیست درصد از مجموع عفونتهای ناخن، ناشی از عوامل قارچی درماتوفیتی می‌باشد (۵-۱). عفونت قارچی ناخن با عوامل غیر درماتوفیتی (اونیکومایکوزیس) به وسیله قارچهای ساپروفیت کپکی با منشاء اگزوژن و قارچهای مخمری با منشا اندوژن (انواع کاندیدا .Sp) به وجود می آیند و مواردی از این عفونتها از ایران نیز گزارش شده است (۱۱- ٦).

❖ تبریز – دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دفتر گروه قارچ شناسی پزشکی مولکولار- تلفاکس: ۰٤۱۱-۳۳٦٤٦٦۵
E.mail: Hassan5628@Yahoo.com

www.SID.ir

کچلی ناخن با چهار وضعیت بالینی اونیکومایکوزیس زیر ناخنی دیستال[1]،اونیکومایکوزیس پروکسیمال[2] اونیکومایکوزیس کامل صفحه ناخن[3]، و اونیکومایکوزیس سفید سطحی[4] در ناخنهای مبتلای دست و پا قابل بررسی است (۱٤-۱۰).

کچلی ناخن می‌تواند به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق مجاورت ناخن انگشتان سالم با ناخن‌های آلوده، خاراندن ضایعات درماتوفیتی نقاط دیگر بدن، تماس با حیوانات و به ویژه دام، تماس با پشم و چرم و ... حیوانات، استفاده از ناخن‌گیر و قیچی، برس ناخن، حوله و ... به صورت مشترک، استفاده از حمام‌ها، سونا، سالن‌های ورزشی عمومی و ...، تماس دست برهنه با خاک ایجاد شود (۱۰-۱۴).

این مطالعه با هدف بررسی بیماران مشکوک به وجود عفونت درماتوفیتی در ناخن انگشتان دست و پا با اهداف شناسایی توزیع سنی و جنسی بیماری، ریسک فاکتورهای احتمالی، عوامل سبب شناسی بیماری در منطقه و شناسایی تفاوتهای احتمالی قارچهای عامل بیماری در این منطقه با سایر مناطق کشور، انجام شده است و متعاقب معاینه بالینی و معرفی افراد مشکوک به ابتلا به کچلی ناخن توسط پزشک متخصص پوست، نمونه‌های بالینی اخذ شده از این بیماران در آزمایشگاه تخصصی قارچ‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با انجام آزمایش مستقیم میکروسکوپی و کشت، بررسی شده و نتیجه بررسی آزمایشگاهی، به درماتولوژیست جهت درمان منعکس گردیده است.

روش کار

این مطالعه توصیفی درمدت ۸ سال از ۸۳ – ۱۳۷٦ در بخش پوست بیمارستان سینای دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه ٥۱٤ بیمار مشکوک به کچلی ناخن بررسی شد که ۳٦ مورد مبتلا به کچلی ناخن بودند. کچلی ناخن با توجه به وضعیت و عفونت ناخن آنان توسط پزشک متخصص پوست و مو به آزمایشگاه تخصصی قارچ‌شناسی معرفی شده و در آزمایشگاه متعاقب درج کامل مشخصات بیماران و تاریخچه بروز ضایعه در ناخن نتایج آزمایشگاهی در فرم‌های مربوطه، ثبت گردید. وجود عوامل خطر نظیر تماس با حیوانات، سابقه تروما به ناخن، سابقه عفونت درماتوفیتی در نقاط آناتومیکی دیگر بدن خود و یا نزدیکان، تماس با پشم و چرم مراجعه قبلی به پزشک و احیاناً استفاده از داروهای ضد قارچی موضعی و خوراکی نیز در برگه های پرسشنامه ای یادداشت شد.

جهت نمونه‌برداری ابتدا جمیع ناخنهای عفونی بیمار، به وسیله ناخن‌گیر استریل کاملاً کوتاه می‌شد و پس از تمیز کردن ناخن ها توسط گاز آغشته به الکل ۷۰٪، به وسیله اسکالپل استریل اقدام به تراشیدن ناخن از عمقی‌ترین قسمت زیر ناخن و جمع نمودن تراشه حاصله بر روی یک لام استریل گردید. قسمتی از نمونه حاصله در دو محیط کشت سابرودز دکستروزآگار و میکوزیل آگار به طور جداگانه و تحت شرایط استریل به صورت نشاکاری تلقیح می‌گردید و مشخصات بیماری و تاریخ انجام کشت بر روی محیط کشت ثبت شد. محیط‌های کشت در درجه حرارت اتاق حداقل به مدت سه هفته نگهداری شد و شکل‌گیری کلنی‌های درماتوفیتی نگهداری گردید.

قسمت دیگر نمونه‌ها بر روی لام استریل به منظور شفاف شدن نمونه و حصول امکان رویت عناصر قارچی در تراشه حاصله تحت تاثیر KOH ۲۰٪ قرار داده می‌شد و روی آنها یک لامل استریل قرار گرفت. پس از گرم کردن مختصر نمونه جهت تسریع در شفاف شدن تراشه‌های ناخن، حداقل به مدت نیم ساعت و گاهاً حتی به مدت یک روز نمونه‌ها در داخل یک پلیت مرطوب بر روی یک لوله U شکل قرار گرفت که در آزمایش میکروسکوپی نمونه ها، عناصر قارچی در ناخن‌های آلوده به درماتوفیت، به صورت میسلیوم‌های شفاف، منشعب و دارای تیغه میانی و احیاناً

[1] Distal subangal onychomycosis
[2] Proximal subonychomycosis
[3] Totaldistrophic onychomycosis
[4] onychomycosis White superficial

Archive of SID

www.SID.ir

آرتروسپور در انتهای میسلیوم‌ها مشاهده شد و نتایج مثبت و منفی به پزشک معالج بیمار منعکس گردید.

نتایج کشت های مثبت، حداقل بعد از سه هفته از انجام کشت با شناسایی ماکروسکوپی و میکروسکوپی کلنی های درماتوفیتی و تعیین هویت آنها و همچنین نتایج منفی کشت ها نیز به پزشک معالج گزارش شد. در موارد لزوم برای تشخیص افتراقی ت. منتاگروفایتیس و ت.روبروم از همدیگر، از تست سوراخ کردن مو و تست اروه آز استفاده گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی و آزمون تی پردازش شده است.

نتایج

توزیع سنی و جنسی کچلی ناخن بر اساس موارد مثبت و منفی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع سنی و جنسی کچلی ناخن برحسب موارد مثبت و منفی در آزمایش مستقیم و کشت نمونه های اخذ شده از بیماران معرفی شده از طرف متخصص پوست به آزمایشگاه تخصصی قارچ شناسی در سالهای ۸۳-۱۳۷۶

جنس	مرد			زن		
سن	لام مستقیم مثبت	موارد کشت مثبت	موارد کشت منفی	لام مستقیم مثبت	موارد کشت مثبت	موارد کشت منفی
۰-۱۰	۱	–	۱	۱	۱	–
۱۱-۲۰	۳	۲	۱	۳	۲	۱
۲۱-۳۰	٤	۳	۱	۸	۷	۱
۳۱-٤۰	۸	٦		۱	۱	–
٤۱ -۵۰	۳	۱	۲	۱	۱	۱
۵۱ -٦۰	۱	–	۱	۱	–	۱
٦۱ – ۷۰	۱	۱	–	–	–	–
۷۱ – ۸۰	–	–	–	–	–	–
جمع	۲۱	۱۳	۸	۱۵	۱۲	۳
درصد	٪۵۸	٪۳٦	٪۲۲	٪٤۲	٪۳۳/۵	٪۸/۵
مجموع موارد مورد بررسی	۲۱٦ (٪٤۲)			۱۱۳ (٪۵۸)		

نتاج بدست آمده نشان دهنده ابتلا ۷٪ از مجموع افراد معرفی شده از طرف پزشکان متخصص پوست و مو به کچلی ناخن در شمال غرب ایران می‌باشد در بررسی جمعیت مورد بررسی مشاهده شد که علت مراجعه به پزشک در ۱۱۸ نفر از افراد مذکر عارضه در ناخنهای دست و در ۹۸ نفر عارضه در ناخنهای پا و ۱۷۷ نفر از افراد مونث عارضه در ناخنهای دست و در۱۲۱ مورد عارضه در ناخن های پا بود ه است. از مجموع ۱۲۱ نفر از افراد مونث مراجعه کننده به پزشک هشت مورد (۷٪) مثبت و ۱۱۳ مورد (۹۳٪) منفی بود است. در حالی که این نسبت‌ها در مورد مراجعه ۱۷۷ فرد مونث به پزشک به علت ناراحتی ناخن‌های دست شامل ۷ مورد مثبت (٤٪ یعنی۳٪ کمتر از موارد مثبت ناخن‌های پا) و ۱۷۰ مورد منفی (۹٦٪ یعنی ۳٪ بیشتر از موارد منفی ناخن‌های پا) بوده است که در مجموع نشان دهنده ٦٪ تفاوت در مجموع مراجعه افراد مونث به پزشک به علت ناراحتی ناخن‌های دست و پا بوده است (جدول ۲).

Archive of SID

www.SID.ir

جدول ۲ – توزیع جنسی کچلی ناخن بر حسب مواضع آناتومیکی در بیماران معرفی شده از طرف متخصصین پوست به آزمایشگاه تخصصی قارچ شناسی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سالهای ۸۳ – ۱۳۷۶

جنس موارد مثبت و منفی	مرد	درصد	زن	درصد
جمع موارد مورد بررسی	۲۱۶	٪۴۲	۲۹۸	٪۵۸
موارد مثبت ناخن های دست	۸	٪۴	۷	٪۲
موارد منفی ناخن های دست	۱۱۰	٪۵۱	۱۷۰	٪۵۷
موارد مثبت ناخن های پا	۱۳	٪۶	۸	٪۳
موارد منفی ناخن های پا	۸۵	٪۳۹	۱۱۳	٪۳۸
جمع	۵۱۴			

$p = 0.023$ مربوط به کچلی ناخن دست و پا در دو جنس

این نتایج، در ۳۶ نفر از نمونه های دارای کچلی ناخن همچنین نشان دهنده میزان بیشتر موارد آلودگی درماتوفیتی ناخن‌های پا در افراد مذکر (۱۳ نفر مثبت یعنی ٪۶۲ از کل ۲۱ فرد دارای نتیجه مثبت) در مقایسه با افراد مونث یعنی (هشت نفر مثبت یعنی ٪۵۳ از کل ۱۵ فرد دارای نتیجه مثبت) می‌باشد.

از نظر عامل اتیولوژیک بروز کچلی ناخن در افراد تحت مطالعه به ترتیب فراوانی، تریکوفیتون منتاگروفایتس واریته اینتردیجیتال[5] و واریته منتاگروفایتس (٪۳۶ =۹ مورد)، ت. وروکوزوم[6] (٪۲۰ =۵ مورد)، میکروسپوروم کانیس[7] (٪۱۶ =٤ مورد)، ت. ویولاسئوم[8] (٪۱۲ =۳ مورد)، ت. شونلاینی[9] (٪۸ =۲ مورد) و ت. روبروم (٪۸ = ۲ مورد) در این بررسی بوده‌اند (جدول ۳).

با توجه به مخزن طبیعی و جایگاه زیست و بقای این درماتوفیت‌ها در طبیعت، درماتوفیت‌های حیوان دوست در ٪۷۲ موارد (با احتساب تریکوفیتون منتاگروفایتیس به عنوان در ماتوفیت زئوفیلیک ۱۸ مورد) و انسان دوست در ٪۲۸ موارد (۷ مورد) عوامل اتیولوژیک بروز کچلی ناخن بودند ولی درماتوفیت های خاک دوست از نمونه های بالینی جدا نشدند (جدول ۳).

[5] interdigital
[6] T. verrucosum
[7] M. canis
[8] T. violaceum
[9] T. schoenleinii

Archive of SID

www.SID.ir

جدول ۳ – توزیع گونه های درماتوفیتی عامل کچلی ناخن بر حسب مواضع آناتومیکی

جنس و ناحیه آناتومیکی نوع درماتیت	ناخن های دست مردان	ناخن های پای مردان	ناخن های دست زنان	ناخن های پای زنان	جمع
ت.منتاگروفایتس(ح)×	۳	۲	۲	۲	۹
ت. وروکوزوم (ح)	۲	۲	۱	–	۵
م. کانیس (ح)	–	۱	۲	۱	٤
ت. ویولاسئوم (۱)××	–	۱	۱	۱	۳
ت. روبروم (۱)	–	–	۱	۱	۲
ت.شونلاینی (۱)	۱	۱	–	–	۲
جمع	٦	۷	۷	۵	۲۵

× (ح): درماتیت حیوان دوست

×× (۱): درماتیت انسان دوست

بحث و نتیجه گیری

این بررسی نشان دهنده ابتلا ۷٪ از مجموع افراد مراجعه کرده شده از طرف پزشکان متخصص پوست به کچلی ناخن در شمال غرب ایران می‌باشد که این نسبت معادل میزان ٦/٦٪ ذکر شده برای کچلی ناخن در بررسی درماتوفیتوز در آذربایجان شرقی توسط محمدی می‌باشد. به نظر می‌رسد که وجود دام و دامپروری در شمال غرب ایران به عنوان یکی از قطب‌های دامپروری در کشور و مشاغل جانبی آن مانند پشم‌ریسی، دباغی و...، الگوهای رفتاری و اجتماعی خاص مانند تمایل به نگهداری گربه در منازل و یا حداقل حضور و رفت و آمد گربه به اکثر منازل در منطقه و وجود سگ در گله های دام، تمایل به استفاده از پشم جهت تهیه رختخواب در منطقه و استفاده از پوست دباغی شده به عنوان زیرانداز، آوردن گوسفند به محیط مسکونی و منازل به منظور قربانی کردن در ایام اعیاد خاص، آلودگی استخرها و سوناها و ... به درماتوفیت‌ها و ... از عوامل موثر در کثرت موارد کچلی ناخن باشد و البته لازم به توضیح است که این منطقه یکی از مناطق بومی برای انواع عفونت درماتوفیتی محسوب می شود (۲۵ و۲٤). که خود این موضوع نیز به نوبه خود یک ریسک فاکتور موثر برای ابتلا به کچلی ناخن به علت خاراندن نقاط آلوده دیگر با ناخن می‌باشد.

نتایج حاصل، نشان دهنده بروز بیشتر کچلی ناخن در افراد مذکر (۵۸٪ موارد مثبت) در مقایسه با افراد مونث (٤۲٪ موارد مثبت) می‌باشد (جدول ۱) که نشان دهنده تفاوت معنی‌دار در بروز کچلی ناخن در افراد مذکر ومونث است (p= ۰/۰۳). این موضوع با توجه به تفاوت در الگوهای رفتاری، نوع مشاغل، تماس با ریسک فاکتورها و ... قابل پذیرش به نظر می‌رسد و متذکر می گردد که چنین الگویی در نخستین بررسی های مربوط به مطالعه درماتوفیتوزیس و بیماریهای قارچی در ایران در ۲٦ و ۳۱ سال قبل توسط مطالعه جداگانه توسط اردهالی و نیکپور نیز مورد شناسایی قرار گرفته است (۲۹– ۲۵). در بررسی های بعدی در ایران و سایر کشورها نیز به عنوان الگوی غالب مشاهده شده است (۳۰). نکته جالب آنکه، در مدت مشابه از مجموع ٤۷۸ نتیجه منفی یعنی (۹۳٪ کل افراد)، ۲۸۳ نتیجه منفی (۵۵٪ کل افراد) به افراد مونث و ۱۹۵ نتیجه منفی (۳۸٪ کل افراد) به افراد مذکر تعلق داشت (جدول ۱) که نشان دهنده توجه و دقت بیشتر افراد مونث به بهداشت و سلامتی ناخن و مراجعه بیشتر آنان به متخصصین پوست و موکه از طرفی با مسئله محضورات اجتماعی و الگوهای اخلاقی و روانی ارتباط دارد، می‌باشد که این موضوع از جهت دیگر با توجه به مراجعه

Archive of SID

www.SID.ir

افراد مذکر در ۱۱۸ مورد به علت عارضه در ناخن های دست و در ۹۸ مورد به علت عارضه در ناخنهای پا به پزشک و افراد مونث در ۱۷۷ مورد به علت عارضه در ناخن های دست و در ۱۲۱ مورد به علت عارضه در ناخن های پا به علت همین ناراحتی در مدت مشابه قابل تامل می باشد (جدول ۲) که تفاوت معنی داری را در میزان مراجعه افراد مونث در مقایسه با افراد مذکر به پزشک به علت عارضه ناخنهای دست نشان می دهد (p =۰/۲۳) و جالبتر آن که موارد مثبت در مورد آلودگی ناخن پای افراد مونث به درماتوفیت در مجموع ۱۲۱ مونث مراجعه کننده به پزشک هشت مورد (۷٪) و موارد منفی ۱۱۳ مورد (۹۳٪) را شامل شده است طوری که این نسبت‌ها در مورد مراجعه ۱۷۷ فرد مونث به پزشک بعلت ناراحتی ناخن‌های دست شامل ۷ مورد مثبت (٤٪ یعنی ۳٪ کمتر از موارد مثبت ناخن‌های پا) و ۱۷۰ مورد منفی (۹٦٪ یعنی ۳٪ بیشتر از موارد منفی ناخن‌های پا) می باشد که در مجموع نشان دهنده ۷٪ تفاوت در مجموع مراجعه افراد مونث به پزشک بعلت ناراحتی ناخن‌های دست و پا می‌باشد (جدول ۲) که توجه بیشتر افراد مونث به بهداشت و زیبایی ناخن های دست را در مقایسه با ناخن های پا نشان داده و مجموعه نتایج این بررسی نیز وجود تفاوت معنی داری را با استفاده از آزمون تی در بروز کچلی ناخن بر حسب مواضع آناتومیکی در افراد مذکر و مونث نشان می دهد (p=۰/۰۲۳).

نتایج همچنین نشان دهنده میزان بیشتر موارد آلودگی درماتوفیتی ناخن‌های پا در افراد مذکر (۱۳ نفر مثبت یعنی ٦۲٪ از کل ۲۱ فرد دارای نتیجه مثبت) در مقایسه با افراد مونث یعنی (هشت نفر مثبت یعنی ۵۳٪ از کل ۱۵ فرد دارای نتیجه مثبت) می‌باشد (جداول ۳ و ۲) که این مسئله احتمالاً به علت قرار گرفتن بیشتر پای افراد مذکر در درون کفش، نوع مشاغل و ... در مقایسه با افراد مونث می‌باشد و از طرف دیگر تائیدی جنبی بر مطالب مطروحه در پاراگراف قبلی در مورد توجه بیشتر افراد مونث به بهداشت و سلامتی ناخن های دست می‌باشد.

به هرحال این بررسی نشان دهنده عدم تاثیر جنسیت در ابتلا به کچلی ناخن می‌باشد و تفاوت‌های موجود نیز عمدتاً به تاثیر الگوهای شغلی، رفتاری، اجتماعی و ... مربوط می‌گردد ولی نتایج حاصل نشان دهنده آن است که موارد کچلی ناخن در گروههای سنی ٤۰-۲۱ سال در افراد مذکر و۳۰-۲۱ سال در افراد مونث بیشتر دیده می‌شود و عدم مشاهده عفونت در گروه سنی ۸۰-۷۱ سال می تواند احتمالا به قلت تعداد افراد کهنسال در جامعه ما بعلت امید زندگی و طول عمر کوتاه، عدم توجه افراد مسن به ناراحتی ناخن به علت مشکلات جسمی و روحی متعدد دیگر و مهم‌تر، درمان قبلی ضایعات در صورت وجود آنها در سنین میانسالی، ازمان طولانی ضایعات و...مرتبط باشد.

تراشه ناخن یکی از مشکل‌ترین نمونه‌ها برای تشخیص عناصر درماتوفیتی در آزمایش میکروسکوپی است که تهیه نمونه مناسب از ناخنهای عفونی و مراقبت از نمونه برای شفاف شدن آن در پتاس، ورزیدگی و دقت و حوصله فراوانی را طلب می‌نماید (۲۷). در بعضی از متون علمی، استفاده از مته دندانپزشکی برای تهیه نمونه مناسب از عمق ناخن عفونی توصیه شده است. عدم تطابق همه جانبه نتیجه آزمایش مستقیم نمونه‌های تهیه شده از عفونتهای درماتوفیتی با نتیجه کشت آنها به‌ویژه در مورد نمونه‌های تهیه شده از ناخن از مشکلات عمده و پیچیده در این زمینه محسوب می‌شود و بر صعوبت امر می‌افزاید. یک تحقیق به وسیله دو قارچ‌شناس برجسته در آزمایشگاه تحقیقاتی خود آنان نشان داد که از میان کل نمونه‌های تهیه شده از ضایعات درماتوفیتی که نتیجه بررسی لام مستقیم آنها به وسیله کلسمکوب و یا کشت و یا هر دو مثبت بوده است، حتی در شرایط ایدئال حداکثر دقت، تکرار نمونه برداری و استفاده از کادرهای مجرب و ورزیده، تنها ۱۵٪ دارای نتیجه مثبت در کشت بوده‌اند که این موضوع می‌تواند ناشی از زنده نبودن عناصر قارچی موجود در نمونه، کمیابی قارچ در بافت، کم بودن میزان نمونه برداشت از ضایعه، از بین رفتن قدرت حیاتی قارچ در ضایعه علیرغم بقای شکل ساختمانی میسلیوم و آرتروسپورها در نمونه، بقا و تمرکز مواد ضد قارچی موضعی و خوراکی در لایه‌ها و ضمایم کراتینی پوست به علت درمانهای قبلی و ... باشد که به ویژه دو وضعیت مشروحه آخر باعث اخذ نتیجه مثبت از آزمایش مستقیم و نتیجه

Archive of SID

www.SID.ir

منفی از انجام کشت می‌گردند. تحقیق فوق مبین آن بوده است که در ۳۱٪ موارد درماتوفیتوز، اگر کشت به تنهائی انجام می‌گرفت، به تشخیص منجر نمی‌گردید که در چنین مواردی اکثریت نمونه‌ها یعنی ۲٤٪ آنها تراشه ناخن بوده‌اند و عدم رشد قارچ در محیط‌های کشت حاوی تراشه ناخن‌های آلوده، کلاً به ۵۰٪ - ٤۰٪ بالغ می‌شده است (۳۱-۲۷). تمایل بیشتر نمونه‌های حاصل از ضایعات در ماتوفیتی موجود در دست و صورت و کف پا به عدم رشد در محیط کشت در قیاس با نمونه‌های تهیه شده از درماتوفیتوز سایر نقاط آناتومیک نیز از مطالب قابل الذکری است که محل بحث و مناقشه است.

جدا سازی دو مورد از تریکوفیتون روبروم در این بررسی قابل توجه است زیرا این قارچ، گونه شایعی در ایران محسوب نمی‌شود و در بررسیهای قبلی نگارندگان در مورد کچلی سر در تبریز و شبستر این قارچ در افراد مبتلا شناسایی نشده بود ولی مواردی از شناسایی قبلی این قارچ از ضایعات درماتوفیتی در آذربایجان و سایر نقاط ایران از طرف سایر محققین گزارش شده است (۳۳-۳۲). معمولاً این درماتوفیت انسان دوست با ایجاد عفونت در ناخن انگشتان دست موجب کنگره‌دار شدن لبه ناخن‌ها، علاوه بر ایجاد سایرحالات بیماری می‌شود. در بررسی حاضر نیز آلودگی ناخن انگشتان دست و پا با این قارچ به صورت جداگانه در دو زن مشاهده شد. این درماتوفیت عامل اصلی کچلی ناخن در افراد مبتلا به ایدز و دیابتیک با فرم بالینی ویژه ای محسوب می شود و در ایجاد عفونت با اپیدمی های فامیلی در محیط های خانوادگی نقش دارد (۳٤).

در مقایسه عوامل اتیولوژیک کچلی ناخن در افراد مذکر و مونث در این بررسی، کثرت نسبی درماتوفیت‌های حیوان دوست در افراد مذکر (جدول ۳) نیز قابل توجه است که البته از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. این موضوع می‌تواند ناشی از مسائل شغلی و الگوهای توزیع مشاغل در جامعه به ویژه با توجه به اشتغال بیشتر افراد مذکر به امور دام، دامپروری و مشاغل جنبی آن در منطقه باشد. موارد شناسایی انواع مختلف درماتوفیت‌ها از ناخن‌های عفونی در این بررسی، علیرغم داشتن تفاوت‌های جزئی با نتایج حاصل از سایر بررسی ها، انطباق کلی با متون کلاسیک علمی و نتایج سایر بررسی ها دارد که عموماً بیشترین عوامل کچلی ناخن را به ترتیب درماتوفیت‌های انسان دوست، حیوان دوست و در رده آخر خاک دوست معرفی کرده‌اند (۳۵).

بررسی ۱۸۰۰ بیمار مبتلا به درماتوفیتوز در تبریز توسط محمدی، میزان کچلی ناخن ٦/٦٪ و بررسی عفونتهای قارچی سطحی و جلدی در روستاهای شرق دریاچه ارومیه در سالهای ۷۱-۱۳۷۰ توسط رازی کچلی ناخن به میزان ۷٪ از کل موارد را نشان داده است که شیوعی معادل شیوع به دست آمده در این بررسی را نشان داد و در بررسی نگارندگان نوشتار در مورد درماتوفیتوزیس در شهرستان شبستر در ۲۵٦ بیمار مشکوک، موارد کچلی ناخن در ۲٪ از افراد مشاهده شده است که تقریباً معادل نتایج امیدیان در بررسی درماتوفیتوزیس در همدان در سال ۱۳۷۲ به میزان ۱/۵٪ کچلی ناخن از کل موارد ابتلا به درماتوفیتوز می باشد خسروی و همکاران در بررسی های خود، کچلی ناخن را دارای کمترین میزان شیوع در بین انواع کچلی ها (به استثنای کچلی ریش) گزارش نموده اند و چاراندبی پور و همکاران نیز در دو بررسی جداگانه در مورد درماتوفیتوزیس در اصفهان، همانند نتایج این بررسی در تعدادی از افراد مورد مطالعه کچلی ناخن توام با کچلی در سایر نقاط بدن به ویژه کچلی پا را گزارش کرده است که در مطالعه حاضر در چنین مواردی، علت کچلی پا بنا به اظهاربیماران، از نظر زمانی مقدم بر کچلی ناخن بوده است. شادزی و همکاران نیز در بررسی درماتوفیتوزهای انسانی کچلی ناخن ناشی از میکروسپوروم کانیس در ۸۹ بیمار را دو مورد گزارش نموده اند که در بررسی حاضر نیز ۴ مورد از کچلی ناشی از این درماتوفیت مشاهده شده است. بدیعی و همکاران نیز در بررسی بیماریهای سطحی و جلدی در سال ۱۳۸۲ در شیراز، میزان کچلی ناخن را ۲۱/۲٪ کل افراد مبتلا گزارش نموده اند (۳۵).

بیماران مورد مطالعه در این بررسی در منطقه عمومی شمال غرب کشور (شهرهای تبریز، صوفیان، اسکو، بناب، زنوز، خوی، بستان آباد، اهر، کلیبر، ورزقان، مشگین شهر، جلفا، عجب‌شیر، ایلخچی، میاندوآب، مرند، اسکو، مراغه، هشترود،

Archive of SID

www.SID.ir

صوفیان، تسوج، باسمنج، بوکان، آستارا، آذرشهر، سراب و گوگان) ساکن بودند، عموماً افراد مذکر مورد مطالعه در این بررسی دارای مشاغلی نظیر نانوا، قناد، آرایشگر، کشاورز، دامدار، قالیباف، نقاش، دباغ، پشم ریس و پشم فروش، کارگر، نظامی، راننده، حلاج، دلاک و ... افراد مونث مورد بررسی دارای مشاغلی نظیر نانوا، خانه‌دار، کشاورز، دامدار و قالیباف و ... بودند.

درمان کچلی ناخن، با استفاده از گریزوفولوین با دوره درمان طولانی (حداقل ٦- ٥ ماه) [illegible] با سن بیمار و منطقه آناتومیکی ناخن مبتلا، همراه با [illegible]یدن ناخن های آلوده و توام با مصرف مواد ضد قارچی موضعی در موارد متعددی عدم موفقیت این پروتکل درمانی به ویژه در درمان کچلی ناخن انگشتان پا را نشان داده است بنا براین پروتکل طول درمانی اخیر، درمان موثر کچلی ناخن با طول مدت کوتاهتر درمان و میزان عود کمتر بیماری با استفاده از لامیزیل و یا ایتراکونازول با دوره درمانی حداکثر یک ماهه را مورد تاکید قرار می دهند (۳۶).

شناسایی توزیع سنی و جنسی بیماری، تفاوت در میزان بروز کچلی ناخن در انگشتان دست وپا، عوامل سبب شناسی بیماری در منطقه و تشابهات و تفاوتهای در قارچهای عامل بیماری در منطقه با سایر مناطق کشور، سعی برای شناسایی ریسک فاکتورهای احتمالی ابتلا به این میکوز و همچنین امکان استفاده از یافته های ارائه شده برای تدابیر پیشگیرانه جهت جلوگیری از ابتلا به کچلی ناخن از مواردی است که از مجموع نتایج و بحث این بررسی قابل استنباط است.

****

References:

۱- بدیعی پ، کردبچه پ، زینی ف، شید فر م. بررسی و تشخیص بیماریهای قارچی سطحی و جلدی در بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شیراز. مجله بیماریهای عفونی و گرمسیری، ۱۳۸۲، شماره ۲۱، سال هشتم، صص ۲۱- ۱۸.

2- Emmons C.W., Binford C.H., Utz J.P., Kwon Chung K.J.: Meical mycology. 3rd Philadelphia: Lea & Febiger, 1977: 518-534.

3- Evans E.G.V., Rricards [illegible] M.D.: Medical mycology, a practical approach. First Published, IRL Press at Oxford Univ. Press, 1989: 60-65.

4- Rippon J.W.R.: Medical mycology, 3rd ed. Philadephia, W.B. Saunders, 1988: 210-13.

5- Khosravi A.R., Mansuri P.: Onychomycosis in Tehran, Iran:prevailing fungi and treatment with itraconazole. *Mycopathologia*. 2001;150(1):9-13.

٦- کاظمی ع، جمالی ر: بررسی اونیکومایکوزیس غیر درماتوفیتی و غیر کاندیدایی در آذربایجان شرقی. مجله دانشکده پزشکی مشهد، بهار ۱۳۷۵. شماره ۵۱، صص ۵۸ – ٥٤.

۷ – شید فر م: اونیکومایکوزیس در بیماران مراجعه کننده به واحد قارچ شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۱-۱۳۷۰، پایاننامه شماره ١٦١١.

۸ – منصوری، پروین. اهری، سیمین. شیدفر، محمدرضا. بررسی اثر لامیزیل در درمان ابتلا قارچی ناخن. کتاب خلاصه مقالات دومین کنگره ملی زئونوزها. دانشگاه تبریز. ۱۳۷۳، صص ۹۰-۸۹.

۹- شکوهی طاهره: بررسی اپیدمیولوژیک و عوامل بیماریزای عفونتهای قارچی سطحی و جلدی در مراجعه کنندگان به آزمایشگاه قارچ شناسی پزشکی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، پایاننامه برای دریافت درجه تخصصی در رشته قارچ شناسی پزشکی، دانشکده بهداشت، ۷۱-۱۳۷۰، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

Archive of SID

www.SID.ir

10- Gupta A.K., Ryder J.E., Baran R., et al.: Non-dermatophyte onycomycosis. Dermatol Clin. 2003; 21(2):257-68.
11-Lim J.T., Chua H.C., Goh Cl.: Dermatophyte and non-dermatophyte onychomycosis in Singapore. Australas J Dematol, 1992; 33 (3): 159-63.
12- Geottmann-Bonvallot S.: Clinical types of onychomycosis. Ann Dermatol Venerol. 2003 Dec;130(12 pt 2):1237-43.
13- Noppakun N., Head E.: Proximal white subungual onychomycosis in a patient with AIDS. Inter J Derm 1986; 25:256-587.
14- Gupta A.K., Ryder J.E., Summerbell R.C.: Onycomycosis: classification and diagnosis. J Drugs Dermatol, 2004;33(1):51-6.
15- Faergmann J., Baran R.: Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of onycomycosis. Br J Dermatol. 2003; 149 Suppl 65:1-4.
۱۶- احمدی، پرویز: بررسی درماتوفیتوزیس در ۱۸۰۰ بیمار در سالهای ٦٦-١٣٦٤. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۷۲، شماره ۱۹، صص ۸۱ – ۷۵.
۱۷-کاظمی ع، جمالی ر، سینافر ع، نوروزی ا.: بررسی درماتوفیتوزیس در شهرستان شبستر. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۷۵، شماره ۳۰، صص ۵۱ – ۴۵.
18- Omidian A., Farshchian M., Sadjjadi M., et al.: study of dermatophytoses in Hamadan, the governmentship of West Iran. Mycopathologia. 1996;133(1):9-13.
19- Scher R.K., Baran R.: Onycomycosis in clinical practice: factors contributing to recurrence. Br J Dermatol. 2003; 149 Suppl 65:5-9.
20- Arrese J.E., Quatresooz P., Pierard-Franchimont C., et al.: Keeping onycomycosis in check. Rev Med Liege, 2003;149 Suppl 65:5-9.
21-Baran R., Richart B.: The management of onycomycosis. Ann Dermatol Venerol. 2003;130(12 pt 2):1260-71.
22- Montovani A.: The role of animals in the epidemiology of the mycoses. Mycopathologia 1978; 65:62-6.
23- Philpot C.M.: Some epidemiological aspect of tinea. Mycopathologi, 1978; 62:30: 70-76.
24- Khosravi A.R., Aghamirian M.R., Mahmoudi M.: Dermatophytosis in Iran. Mycoses, 1994;37(1-2):43-8.
25- Ardehali M.: Dermatophytic agents of tinea unguium in Iran. Int J Dermatol,1973 12 (50):322-3.
26- Gupta A.K., Ryder J.E.: How to improve cure rates for the management of onychomycosis. Dermatol Clin. 2003;21(3):499-505,vii.
27- Epstein S.: Examination of nails for fungi. Arch Dermatol Syphilol, 1985; 209 (51):31-33.
28- Mahoney J.M., Bennet J., Olsen B.: The diagnosis of onychomycosis. Dermatol Clin, 2003; 21(3)463-7.
29-Nikpoor N., Buxton M.W., Leppard B.J.: Fungal diseases in Shiraz. Pahlavi Med J, 1978; 9(1):27-49.
30-Gupta A.K., Skinner R.a., Baran R.: Onychomycosis in childern: an overview. J Drugs Dermatol. 2003;2(1):31-4.
31- Arrese J.E., Pierard G.E.: Treatment failurs and relapse in onycomycosis: a stuborn clinical problem. Dermatology, 2003;207(3):255-60.
32- Chadeganipour M., Shadzi S., Dehghan P., et al.: Prevalance and etiology of dermatophytoses in Isfahan, Iran. Mycoses,1997; 40(7-8)321-4.

Archive of SID

www.SID.ir

33- Chadegani M., Momeni A., Shadzi S., et al.: Study of dermatophytoses in Esfahan (Iran). Mycopathologia. 1987;98(2):101-4.
34- Dompmartin D., Dompmartin A., Deloul A., et al.: Onychomycosis and AIDS. Inret J Derm,1990; 5: 337-339.
۳۵- شادزی ش، حسن زهرایی م، چادگانی پور م. نقش گونه زئونوز *میکروسپوروم کانیس* در درماتوفیتوزهای انسانی. کتاب خلاصه مقالات دومین کنگره ملی بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان. دانشگاه تبریز. ۱۳۷۲، صص۹۱– ۱۹۰.
36- Nolting S., Brautigam- G.: Terbinafine in Onycomycosis with involvement by non-dermatophytic fungi. Br J Drmatol, 1994; 130 Suppl 43:16-21.

Archive of SID

www.SID.ir