

دکتر عباس زمانیان<sup>۱</sup>، دکتر محمود فرشچیان<sup>۲</sup>، هاله ناظری<sup>۳</sup>

۱- استادیار، ۲- دانشیار؛ گروه پوست، ۳- کارشناس ارشد قارچ شناسی؛ دانشگاه علوم پزشکی همدان

**مقدمه:** کچلی پا احتمالاً شایعترین نوع کچلی قارچی در کشورهای توسعه یافته و یکی از مشکلات بهداشت عمومی در اکثر جوامع است که پوشیدن کفش، تعریق و ماساژ ماساژ پا از عوامل مستعد کننده آن می باشد.

**هدف:** بررسی شیوع و تعیین عامل کچلی پا در کارکنان بیمارستان سینا همدان.

**روش اجرا:** این بررسی به روش توصیفی مقطعی بر روی ۱۵۶ نفر از کارکنان بیمارستان سینا همدان با انجام معاینات بالینی و مطالعات آزمایشگاهی به انجام رسیده است.

**یافته ها:** ۹۳ نفر (۵۹/۶ درصد) از کارکنان مرد و ۶۳ نفر (۴۰/۴ درصد) زن بودند. هفت نفر (۴/۴۸ درصد) مبتلا به کچلی پا بودند و ترایکوفیتون منتاگروفیت (ایتردیژیتال) عامل اصلی عفونت به شمار می رفت.

**نتیجه گیری:** کچلی پا در ۴/۴۸ درصد کارکنان بیمارستان وجود داشت که در مقایسه با سایر کشورها از شیوع نسبتاً پایینی برخوردار بود.

**واژه های کلیدی:** درماتوفیتوزیس، کچلی پا، اپیدمیولوژی

فصلنامه بیماریهای پوست، تابستان ۱۳۸۲، ۲۴: ۳۳-۳۱

**مقدمه**

بیماری کچلی قارچی انتشار جهانی داشته و کچلی پا شایعترین نوع کچلی قارچی در کشورهای توسعه یافته به شمار می رود (۴-۱). شیوع این بیماری در جامعه ما در اقشار و سنین مختلف بطور جامع مورد بررسی قرار نگرفته و هنوز به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی مطرح می باشد (۵). شناخت عوامل مربوطه از جهت منابع آلوده کننده مفید بوده و می تواند در مشاغل مختلف و در جامعه مورد توجه قرار گیرد. مطالعه حاضر به منظور بررسی شیوع و تعیین عامل کچلی پا در کارکنان بهداشتی بیمارستان سینا همدان انجام شده است.

**روش اجرا**

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی در سال ۱۳۷۹

بر روی ۱۵۶ نفر از کارکنان بیمارستان سینا در همدان (پزشک، پرستار، پیراپزشک) با معاینه بالینی و تهیه اسمیر مستقیم انجام گرفت. در مورد ۴۰ نفر که از نظر بالینی احتمال آلودگی وجود داشت، از محیط کشت سابرو آگار به اضافه سیکلو هگزامید (۵۰ میلی گرم در صد میلی لیتر) و کلرامفنیکل (۵ میلی گرم در صد میلی لیتر) استفاده گردید و در صورت رشد قارچ از روش اسلاید کالچر برای تشخیص گونه درماتوفیت استفاده شد. در آخر از آزمون سوراخ کردن مو برای تشخیص ترایکوفیتون منتاگروفیت استفاده به عمل آمد (۶).

**یافته ها**

۹۳ نفر (۵۹/۶٪) از افراد معاینه شده مرد و ۶۳ نفر (۴۰/۴٪) زن بودند. میانگین سنی بیماران ۳۷/۵۷ سال و طیف سنی بین ۷۰-۲۱ سال بود. متوسط زمان پوشیدن

مؤلف مسئول: دکتر عباس زمانیان - همدان، بیمارستان سینا، بخش پوست.  
صندوق پستی ۳۷۴

کفش ۸ ساعت و نوع کفش در ۷۰ نفر (۴۴/۹٪) چرمی و در ۸۶ نفر (۵۵/۱٪) صندل بوده است. نوع جوراب در ۱۶ نفر (۱۰/۳٪) نخ (پنبه‌ای) و در ۱۴۰ نفر (۸۹/۷٪) با الیاف مصنوعی بود.

شیوع کچلی پا در کارکنان ۴/۴۸٪ بود. در ۷ نفر از ۱۵۶ نفر که همگی مرد بودند، از نظر بالینی ۲ مورد ماسراسیون، ۲ مورد پوسته ریزی و ۳ مورد فاقد علائم مشاهده شد. در کشت ۶ نفر از مبتلایان تریکوفیتون متاگروفیت (ایتردیژیتال) و در مورد یک نفر اپیدرموفیتون فلوکوزوم رشد نمود.

### بحث

کچلی پا احتمالاً شایعترین نوع کچلی در انگلستان و آمریکا و سایر کشورهای توسعه یافته می‌باشد (۱-۳). در آمریکا شیوع آن ۷۰٪ بوده (۷) در حالی که در مطالعه ما ۴/۴۸٪ می‌باشد که تفاوت زیادی با مطالعه مذکور دارد. شاید بتوان علت این تفاوت را در محدود بودن مطالعه ما و در نوع آب و هوا و عادات اجتماعی جوامع مختلف از جمله در پوشیدن کفش و زمان استفاده از آن دانست. استفاده از استخر شنا و سواحل دریا نیز می‌تواند به عنوان یک دلیل احتمالی برای شیوع بالای کچلی پا در کشورهای توسعه یافته به حساب آید (۱،۸،۹). همچنین کلیه مبتلایان

ما را مردان تشکیل می‌دادند که نوع کفش، تعریق زیاد در پای مردان و نیز استفاده بیشتر مردان از استخر از علل احتمالی آن محسوب می‌گردد. از نظر علائم بالینی، اگرچه ماسراسیون به عنوان شایعترین علامت کچلی شکاف انگشتان (toe cleft) شناخته شده لیکن در مطالعه ما پوسته‌ریزی و ماسراسیون هر کدام در ۲ مورد از بیماران دیده شد که علت آن ممکن است زمان کوتاه‌تر پوشیدن کفش توسط بیماران باشد. عامل آلوده‌کننده در ۶ مورد تریکوفیتون متاگروفیت و یک مورد اپیدرموفیتون فلوکوزوم بود و هیچ موردی از تریکوفیتون روبروم مشاهده نشد. در حالی که در منابع دیگر شایعترین عامل آلوده‌کننده را گونه اخیر ذکر کرده‌اند (۵-۳). همچنین مطالعات انجام شده بر روی گروه‌های شغلی دیگر از جمله مراکز آموزشی، معادن ذغال سنگ و شناگرها نیز فراوانی تریکوفیتون متاگروفیت را نسبت به روبروم گزارش کرده‌اند که با مطالعه ما هم خوانی دارد (۱۱، ۱۰). با عنایت به مطالب فوق، بررسی‌های اپیدمیولوژیک در گروه‌های مختلف اجتماعی کشورمان از جهت میزان شیوع کچلی پا، تعیین عوامل و محل‌های آلوده‌کننده از نظر پیشگیری و نیز برنامه‌ریزی‌های بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد.

### منابع

- 1-Rippon JW. Medical mycology: The pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes. Philadelphia: W.B Saunders, 1998: 169-275.
- 2-Gana S, Pearth MJ, Raubitsche KF. Tinea pedis in school children: An epidemiological study. Dermatologica 1963; 126: 253-58
- 3-Burns DA, Burton JL, Champion RH, et al (eds). Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998: 1308-10.
- 4-Talwar P, Hunjan BS, Kamar B, et al. Study of human dermatomycoses. Indian J Med Res 1979; 70: 187-94.
- 5-Schochohe T. A survey of dermatomycoses in the patients of the mycological department, school of public health, Tehran University from 1981 to 1985. 1990: 34-57.
- 6-Evans EGV, Richardson MD. Medical

mycology. A particle approach. Oxford: Oxford University Press; 1989: 78-89.

7-Demis DJ. Clinical dermatology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 3, unit 9-17.

8-Noufal Raboobe, MBChB (Natal), et al. Tinea pedis et unguum in the muslim community of Durban, South Africa. Int J Dermatol 1998; 37: 759-65.

9-Leyden JJ, Kligman AM. International

athlete's food: The intraction of dermatophytes and residual bacteria. Arch Dermatol 1978; 114: 1466-72.

10-Genteles GC, Holmes JG. Foot ringworm in coal miner. Br J Idust Med 1975; 14: 22-29.

11-Genteles GC, Evans EGV. Foot infection in swimming bath. Br Med J 1973; 3: 260-62.