

طیف بیماری‌های پوستی در مناطق روستایی شهرستان همدان در سال ۱۳۸۰

دکتر عباس زمانیان^۱، دکتر محمد حسین عظیمیان^۲

۱- دانشیار، گروه پوست، ۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

زمینه و هدف: بیماری‌های پوستی یکی از مشکلات رایج بیمارانی است که روزانه به پزشکان مراجعه می‌کنند. لیکن تحقیق‌های اپیدمیولوژیک که میزان این بیماری‌ها را در نقاط مختلف کشور نشان دهد و الگوی انتشار این بیماری‌ها را تعیین کند بسیار اندک بوده و آگاهی ما در این زمینه ناقص است. هدف از انجام این مطالعه، تعیین میزان انتشار و نوع بیماری‌های پوستی در مناطق روستایی شهرستان همدان در سال ۱۳۸۰ بوده است.

روش اجرا: این پژوهش به روش تصادفی خوشه‌ای بر روی ۹۴۵۰ نفر از افراد ساکن در روستاهای همدان انجام گرفته است. تمامی افراد توسط پزشک همگن، مورد معاینه پوستی قرار گرفتند و برای تشخیص دقیق‌تر نمونه‌برداری از ضایعه‌های مشکوک شد. نتایج معاینه‌ی هر بیمار در فرم مربوط وارد شد و در پایان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شایع‌ترین بیماری‌های پوستی در این منطقه به ترتیب پیتیریازیس آلبا ۲۱ درصد، ملاسما ۱۸/۵ درصد، درماتیت‌ها ۱۶/۵ درصد، اختلال‌های ناخنی ۱۳ درصد و آکنه ۱۱/۷ درصد بود. هم‌چنین سر و گردن با ۶۶٪ موارد، شایع‌ترین محل انتشار ضایعه‌های پوستی بود. ۵۸/۳ درصد بیماران، مرد و ۴۱/۷ درصد زن بودند و طیف سنی آن‌ها از ۱ تا ۷۵ سال بود.

نتیجه‌گیری: این تحقیق نشان داد که شیوع و الگوی انتشار بیماری‌های پوستی در همدان با سایر نقاط دنیا متفاوت است. به خاطر فقدان پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط کشور، چنین تحقیق‌هایی ضروری به نظر می‌رسد. در ضمن با آموزش‌های لازم به مردم می‌توان باعث کاهش شدت و دوره این بیماری‌ها شد و هزینه‌های مربوط را تقلیل داد و ارتقا سطح سلامت مردم را فراهم آورد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های پوستی، همه‌گیری‌شناسی، پیتیریازیس آلبا، همدان

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۵): ۳۷۹-۳۸۳

دریافت مقاله ۱۳/۹/۱۳ ۱۳/۱۱/۱ اعلام قبلی: ۱۳/۱۱/۱

مقدمه

و بهداشت و نیز عادات اجتماعی می‌توانند در بروز و انتشار این بیماری‌های مؤثر باشند (۱-۳). به طور کلی بیماری‌های پوستی در اکثر جوامع دارای فراوانی بالایی است. مطالعه‌ای در کشور انگلستان نشان داد که ۲ درصد از مراجعان پزشکان عمومی در رابطه با بیماری‌های پوستی مشکل داشته‌اند (۲). در کشور سوئد ۲۷ درصد از زنان و ۲۵ درصد از مردان در طول یک سال به دلیل دشواری‌های پوستی

تاکنون حدود دو هزار اختلال مختلف پوستی تشخیص داده شده است (۱). این اختلال‌ها از نظر تنوع و پیچیدگی‌های تشخیصی و درمانی به عنوان یک رشته تخصصی پزشکی دارای مشکلات مربوط به خود هستند. شیوع این بیماری‌ها ممکن است از کشوری به کشور دیگر و حتی از شهری به شهر دیگر متفاوت باشد. عوامل ژنتیکی، نژادی، فاکتورهای محیطی، شغلی، وضعیت تغذیه

مؤلف مسول: دکتر عباس زمانیان - همدان، بیمارستان سینا، بخش پوست

گرفت و در موارد لازم تشخیص با نمونه‌برداری از ضایعه‌ها و تشخیص بررسی‌های هیستولوژیک، مقدور شد.

یافته‌ها

از ۹۴۵۰ نفر (۵۳٪ مرد، ۴۷٪ زن) مورد مطالعه ۱۴۱۸ نفر (۱۵٪، ۱۵/۷٪ - ۱۴/۳٪ CI: ۹۵٪) به یکی از بیماری‌های پوستی مبتلا بودند. افراد مبتلا، میانگین سنی ۳۳/۲ سال (حداقل یک و حداکثر ۷۵ سال) داشته و ۳۷٪ آنان زن و بقیه مرد بودند.

بدون در نظر گرفتن انواع خال‌های ملانوسیتیک و عروقی و اختلال‌های ملانوسیتیک ۴۱ نوع ضایعه پوستی در افراد مورد مطالعه تشخیص داده شد. ۱۷ نوع از آن‌ها دارای شیوع بیش از یک درصد بودند که شایع‌ترین آن‌ها به ترتیب پیتیریازیس آلبا، ملاسما، اختلالات ناخنی، آکنه و لنتایگوسنایل بود (جدول شماره ۱). بیماری‌های دارای شیوع کم‌تر از ۱٪ به ترتیب عبارت بودند از: ویتیلیگو (با شیوع ۰/۸ درصدی)، درماتیت قن‌دق، آلوپسی اسکارگذار، میلیا، سولار کراتوزیس، سبورئیک کراتوزیس، درماتوفیتوزیس، کیلیت، درماتیت سبورئیک، مولوسکوم کنتاژوزوم، آلوپسی آره آتا، درماتیت استئاتوتیک، خال کوبی، پسوریازیس، پدی‌کولوزیس، لیکن پلان، اریتراسما، بازال سل کارسینوما، اسکواموسل کارسینوما، مورفه‌آی موضعی، ایکتیوزیس، پیلوماتریکوما، پمفیگوس و بولوز پمفیگوئید (با شیوع ۰/۰۲ درصدی).

سابقه ابتلا به ضایعه‌های تشخیص داده شده در ۸۲٪ موارد بیش‌تر از ۶ ماه و در ۱۸٪ موارد کم‌تر از ۶ ماه بود. در ۸۱٪ موارد افراد فقط یک نوع ضایعه پوستی و در ۱۹٪ موارد دو یا بیش از دو ضایعه پوستی داشتند. درگیری سر و گردن، اندام‌ها و تنه به ترتیب در ۶۶٪، ۲۵٪ و ۲۴٪ موارد مشاهده شد. در دو مورد نیز کل بدن افراد مبتلا درگیر بود. حداکثر شیوع ضایعه‌های پوستی (۳۱/۲٪) در طیف سنی ۱۰

مراجعه پزشکی داشته‌اند (۴). در گزارش‌هایی دیگر آمده است که شیوع بیماری‌های پوستی در کشور انگلستان ۲۲ درصد، تانزانیای ۴۹ درصد، آمریکا ۳۱ درصد، برزیل ۲۶ درصد، ایتالیایی ۱۴ درصد و پاکستان ۳۶ درصد است (۵). واقعیت این که اکثر درماتولوژیست‌ها توجه چندانی به اپیدمیولوژی ندارند و با رشته کاری خود ارتباط زیادی قایل نیستند در حالی که اپیدمیولوژی علاوه بر تعریف عام خود یکی از روش‌های قدرت‌مند در ارزیابی علل بیماری‌های پوستی در جوامع انسانی به حساب می‌آید و می‌تواند به عنوان روشی ساده و مستقیم اطلاعات فراوانی را در اختیار ما قرار دهد (۶ و ۷). این اطلاعات قادر است تعیین شاخص‌های دموگرافیک را میسر کند و از طرفی نوع بیماری‌ها، نحوه گسترش آن‌ها و میزان سرباری آن‌ها را مشخص کند (۶). ارزیابی این اطلاعات برای برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و ارتقا سلامت و همچنین اقتصاد بهداشت بسیار با اهمیت است. با عنایت به مطالب فوق چون اکثر آمارهای موجود بیماری‌های پوستی در کشور ما به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مطب‌های شخصی مربوط بوده و پژوهش‌های جامع اپیدمیولوژیک پوست توسط کادر تخصصی انجام نشده است، این تحقیق در مناطق روستایی شهرستان همدان صورت پذیرفت.

روش اجرا

این مطالعه توصیفی روی ساکنان روستاهای شهرستان همدان در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت. با احتساب شیوع ۱/۵ درصدی بیماری‌های پوستی با سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای ۰/۳ درصد تعداد نمونه ۶۳۰۰ نفر برآورد شد که با توجه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده در این تحقیق ۹۴۵۰ نفر ($6300 \times 1/5 = 9450$) مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد از ۳۳ خوشه مربوط به ۳۳ روستا انتخاب شدند. معاینه افراد توسط پزشک همگن متخصص پوست انجام

تا ۱۹ سالگی دیده شد. ۵۴٪ ضایعه‌ها در افراد کم‌تر از ۲۰ سال و ۴۶٪ آن‌ها در افراد بیش از ۲۰ سال سن وجود داشت.

جدول شماره ۱- توزیع بیماری‌های پوستی در ساکنان روستاهای همدان در سال ۱۳۸۰ (حجم نمونه برابر ۹۴۵۰)

ردیف	بیماری	فراوانی مطلق (فراوانی نسبی، %)
۱	پیتیریازیس آلبا	۱۹۸۰ (۲۱)
۲	ملاسما	۱۷۴۵ (۱۸/۵)
۳	اختلالات ناخن	۱۲۵۸ (۱۳)
۴	آکنه	۱۱۰۹ (۱۱/۷)
۵	لنتایگوسنایل	۹۵۲ (۱۰)
۶	خارش و پروریگو	۶۸۱ (۷/۲)
۷	درماتیت مزمن	۶۷۷ (۷)
۸	skin tags	۶۳۵ (۶)
۹	درماتیت حاد تماسی	۵۳۷ (۵/۷)
۱۰	انواع زگیل	۴۸۸ (۵/۲)
۱۱	آلوپسی آندروژنیک	۴۱۳ (۴/۳)
۱۲	سولارالاستوزیس	۲۴۶ (۲/۶)
۱۳	درماتیت آتوپیک	۲۳۸ (۲/۵)
۱۴	ترک پا	۱۸۰ (۲)
۱۵	کومدون سنایل	۱۶۳ (۱/۷)
۱۶	تینه آورسی کالر	۱۵۵ (۱/۶)
۱۷	کوتیس رومبویدالیس	۱۱۴ (۱/۲)

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که شیوع بیماری‌های پوستی در مناطق روستایی همدان با سایر نقاط دنیا تفاوت چشم‌گیری دارد که این امر می‌تواند ناشی از تأثیر یک یا چند عامل از عوامل ژنتیکی، نژادی، جغرافیایی، شغلی، رژیم غذایی، عادات اجتماعی و وضعیت بهداشتی در مناطق مختلف باشد (۱-۳). از آن جایی که به علت فقدان تحقیق‌های مشابه از الگوی انتشار این بیماری‌ها در کشور خودمان اطلاع لازم را نداریم، متأسفانه امکان این مقایسه در کشور وجود نداشت. فقدان پژوهش‌های اپیدمیولوژیک موجب می‌شود

که ما از ارتباط بین نیازها و منابع موجود و تقاضای مردم برای مراجعه به متخصصان پوست آگاه نباشیم. از طرفی دقیقاً نمی‌دانیم بیماری‌های پوستی چند درصد از گرفتاری‌های بهداشتی جامعه ما را تشکیل می‌دهد تا بر مبنای آن بتوانیم برنامه‌ریزی صحیحی داشته باشیم. به هر حال و ناگزیر یافته‌های خود را با تحقیق‌های مشابه در سایر نقاط دنیا مقایسه کردیم. بررسی حاضر نشان داد که شیوع انواع درماتیت ۱۶/۵ درصد است لیکن این میزان در امریکا ۱۹ درصد (۵) در کشور انگلستان ۱۹ درصد (۶) و در کشور سنگاپور ۳۴ درصد گزارش شده است (۸). شاید این تفاوت‌ها ناشی از استعداد ژنتیکی، فاکتورهای محیطی و شغلی باشد. همچنین در مطالعه ما پیتیریازیس آلبا، ملاسما، درماتیت‌ها، اختلال‌های ناخنی و آکنه به ترتیب ۵ اختلال اول شایع پوستی بود. در مطالعه مشابه در مناطق روستایی کشور تانزانیا، پروریگو، گال، زگیل، پیودرما و پاپولار اورتیکاریا به عنوان ۵ بیماری اول شایع پوستی گزارش شد (۹) و نیز در مطالعه‌ی فیگورا در مناطق روستایی کشور اسیوپی، اکتوپارازیت‌ها، انکودرما توز، درماتوفیت‌ها و پیودرما ۴ بیماری اول شایع بوده است (۱۰). هم‌چنین در مطالعه انجام شده در کشور مصر آلودگی انگلی (شپش، گال، گزش حشرات)، اگرما، اختلال‌های رنگدانه‌ای، عفونت‌های قارچی، اختلال‌های مو و پوست سر به ترتیب ۵ بیماری شایع‌تر پوستی گزارش شده است (۱۱). ملاحظه می‌شود که شیوع این بیماری‌ها در این کشورها تفاوت‌های زیادی با نتایج این مطالعه دارد که این تفاوت‌ها شاید ناشی از وضعیت اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی به‌تر در و همچنین تفاوت‌های جغرافیایی کشور ما باشد. از طرفی دیگر در مطالعه‌ای که از سوی جانسون در سراسر امریکا و در بین جمعیت ۱-۷۴ سال صورت گرفت، بیماری‌های غدد سباسه، عفونت‌های قارچی، تومورهای خوش خیم و بدخیم، درماتیت آتوپیک و سایر آگزمها به ترتیب شایع‌ترین

کشور ضروری است تا بر اساس آن‌ها بشود با جامعیت بیش‌تری میزان و الگوی انتشار این بیماری‌ها را در کشور تعیین نمود. نتایج این تحقیق‌ها می‌تواند مبنای تحقیق‌های تکمیلی دیگر قرار گیرد و هم‌چنین دست‌آورد با ارزشی برای مسوولان آموزش و بهداشت و درمان شود تا بتوانند به استناد اطلاعات صحیح اقدام به برنامه‌ریزی کنند.

تقدیر و تشکر

به این وسیله از همکاران ارجمند آقایان دکتر مهدی پیلهور، دکتر همایون ظاهری، مهندس مانی کاشانی و خانم دکتر مونا پیلهور که در اجرای این طرح مشارکت فعال داشتند و هم‌چنین از دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر تأمین هزینه‌های مربوطه سپاسگزاری می‌شود.

اختلال پوستی گزارش شدند (۱۲) که در مقایسه با مطالعه حاضر، بیانگر تفاوت‌هایی است که می‌تواند ناشی از فاکتورهای متعدد، از جمله تفاوت در عادات اجتماعی و غذایی باشد. این مقایسه نشان‌دهنده تفاوت‌های زیاد در الگوی انتشار این بیماری‌ها در جوامع مختلف است که بی‌شک با عوامل ذکر شده در بالا خواهد بود. به هر حال با توجه به این‌که در این مطالعه ۴۱ نوع اختلال پوستی، تشخیص داده شد و امکان مقایسه همه آن‌ها از حد یک مقاله خارج است لذا فقط به مقایسه ۵ بیماری اول برحسب شیوع اکتفا شد. آنچه معلوم است این‌که آگاهی مردم نسبت به بیماری‌های پوستی، تغییر عادات غلط، بهبود وضع بهداشت و تغذیه می‌تواند موجب محدود شدن بیماری‌ها شود و مقدار زیادی از هزینه‌ها را کاهش دهد. از طرف دیگر، به اجرا در آمدن پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط

References

- 1-Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Twowell P. Clinical epidemiology. Toronto: Little Brown and co; 1985.
- 2-Williams HC, Strachan DP, Hay RJ. Childhood eczema. Br Med J 1994; 308: 1132-35.
- 3-Adams RM. Occupation skin disease. London: WB Saunders Co; 1990.
- 4-Horn R. The pattern of skin diseases in general practice. Dermatol Pract 1986; 4: 14-19.
- 5-Steele K. Primary dermatological care in general practice. JR Collage Pract 1984; 34: 22-24.
- 6-Chvang TY, Reigner GT. Dermatol epidemiology. Part 1: Epidemiologic methods. Int J Dermatol 1993; 32: 251-55.
- 7-Johanson MLT. Skin conditions and related need for medical care among persons 1-77 years, United States, 1971-74. Vital and Health Statistics: Series 11, No 212. 1978; 1-72.
- 8-Goh CL, Chua TYC, Koh SL. A descriptive profile of eczema in tertiary referral center in Singapore. Ann Acad Med Singapore 1993; 22:307-15.
- 9-Gibbs S. Skin disease and socio-economic conditions in rural Africa: Tanzania. Int J Dermatol 1996; 35: 933-39.
- 10-Figueroa JI, Fuller IC, Abraha A, Hay RJ. Prevalence of skin diseases in lowland and highland rural communities in the Illubabor district, south western Ethiopia. Europea Conference on Tropical Medicine, Hamburg, Germany, 1995.

- 11-Abdel-Hafez K, Abdel-Aty MA, Hofny ER. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. *Int J Dermatol* 2003; 42: 887-92.
- 12-Johnson ML T, Roberts J. Prevalence of dermatological diseases among persons 1-74 years of age. Washington DC: US department of health education 1978; PHS 79-1660.