

بررسی بیماری زونا در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه بیماری‌های عفونی و گرمسیری یزد در سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۸

دکتر جمشید آیت‌اللهی

استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

زمینه و هدف: زونا یا هرپس زوستر به علت فعال شدن مجدد ویروس واریسلا زوستر باقی مانده در اعصاب محیطی پس از ابتلا به آبله مرغان و بهبودی از آن، تظاهر می‌یابد. مطالعه حاضر به منظور تعیین فراوانی زونا در مراجعان به درمانگاه عفونی دانشگاه علوم پزشکی یزد طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۷۸ صورت گرفت.

روش اجرا: این مطالعه مقطعی برای جمع‌آوری آگاهی‌ها با استفاده از روش مصاحبه‌ای و مشاهده‌ای به اجرا درآمد.

یافته‌ها: از مجموع ۱۰۹ بیمار مراجعه کننده مبتلا به زونا ۵۲٪ مرد بود و بیش‌ترین فراوانی آن در گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال قرار داشت. بیش‌ترین تعداد مراجعه کننده در فصل تابستان و کم‌ترین تعداد آن در فصل بهار بود. شایع‌ترین درماتوم گرفتار، توراسیک (۴۹٪) و سپس به ترتیب سرویکال (۲۵٪)، لومبوساکرال (۲۱٪) و تری ژمینال (۱۲٪) بوده و گرفتاری هم‌زمان دو طرف بدن در ۳٪ موارد مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه بسیار شبیه تحقیق‌های دیگر در ایران و خارج از ایران است به طوری که با افزایش سن، شانس ابتلا به بیماری افزایش می‌یابد، در دو جنس تقریباً به یک میزان مشاهده می‌شود و در گرفتاری سمت راست و چپ بدن تفاوت چندانی وجود ندارد، شایع‌ترین درماتومی که گرفتار می‌شود درماتوم توراسیک است.

واژه‌های کلیدی: زونا، هرپس زوستر، اپیدمیولوژی

دریافت مقاله ۱۳۹/۲۴ اعلام قبولی: ۱۳/۱۱/۱

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۵): ۳۸۴-۳۸۷

مقدمه

معمولاً یک درماتوم در یک طرف بدن بروز می‌کند و اغلب با درد شدید همراه است. شایع‌ترین درماتومی که گرفتار می‌شود بین T₃ تا L₃ است. عواملی که باعث فعال شدن این ویروس می‌شوند به خوبی شناخته نشده‌اند (۲). شروع این بیماری در سنین بالا می‌تواند با درد شدیدی همراه باشد. به طوری که پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت ضایعه‌های پوستی ظاهر می‌شوند، این ضایعه‌ها ابتدا به شکل ماکولوپاپولر اریتماتو هستند و به سرعت وزیکولر می‌شوند.

زونا یا Herpes Zoster بیماری اسپورادیک ناشی از فعال شدن ویروس واریسلا زوستر (VZV) در گانگلیون‌های ریشه خلفی اعصاب محیطی است. اکثر بیماران، در شرح حال تماس اخیر با موارد آبله مرغان را ارایه نمی‌دهند. این بیماری در هر سنی دیده می‌شود ولی بالاترین میزان بروز آن در سنین بین ۶۰ تا ۸۰ سالگی است (۱). در ۲٪ موارد احتمال دارد که این بیماری عود کند (۲). از خصوصیات این بیماری این است که

مؤلف مسوول: دکتر جمشید آیت‌اللهی - یزد، صفائیه، بیمارستان شهید صدوقی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری

پست الکترونیک: jamshidayatollahi@yahoo.com

سن، جنس، فصل بیماری، سابقه بیماری زمینه ای از هر بیمار یافته های بالینی - درماتوم و ناحیه گرفتار - تعیین و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

در مدت چهار سال مطالعه، ۱۰۹ بیمار مبتلا به زونا به درمانگاه بیماری های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی یزد مراجعه کردند. از این تعداد ۵۷ نفر (۵۲ درصد) مرد و ۵۲ نفر (۴۸ درصد) زن بودند. بیشترین موارد بیماری در گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال (۳۱ نفر، ۲۸ درصد) دیده شد (نمودار شماره ۱). فصل مراجعه در ۲۳ نفر (۲۱ درصد) بهار، ۳۱ نفر (۲۸ درصد) تابستان، ۲۷ نفر (۲۵ درصد) پاییز و ۲۸ نفر (۲۶ درصد) زمستان بود. سابقه ابتلا به دیابت و هوچکین به ترتیب در ۹ و یک بیمار وجود داشت.

۳ بیمار (۳ درصد) گرفتاری دو طرفه داشتند. در بقیه بیماران گرفتاری سمت راست و چپ بدن توزیع مساوی داشت. درماتوم های درگیر در ۱۰۹ بیمار مورد مطالعه شامل توراسیک ۴۶ نفر (۴۲ درصد)، گردنی ۲۷ نفر (۲۵ درصد)، لومبوساکرال ۲۳ نفر (۲۱ درصد) و تری ژمینال ۱۳ نفر (۱۲ درصد) بود.

بحث

در دنیا از قدیم الایام در مورد زونا بررسی و تحقیق انجام شده است (۱) و هنوز هم مقاله های زیادی در مورد جنبه های مختلف آن به چاپ می رسد (۲)، ولی در ایران ظاهراً کار زیادی در زمینه ی زونا صورت نگرفته است (۷). بنابر این بیشترین مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش های خارج از ایران صورت می گیرد.

در مطالعه ای در انگلستان طی سال های ۱۹۸۷-۱۹۸۶، معلوم شد که ۶۰ درصد مبتلایان به زونا را زنان تشکیل

در افراد بدون نقص ایمنی معمولاً تعداد ضایعه ها کم و مدت بیماری ۱۰-۷ روز است هر چند ممکن است گاهی تا بهبودی کامل یک ماه زمان لازم باشد. امکان دارد در موارد کمی، در یک درماتوم درد ظاهر شود و با افزایش تیترا آنتی بادی بر ضد VZV همراه باشد بدون این که ضایعه های پوستی آشکار شوند (۴).

شایع ترین عارضه ی زونا، هم در افراد سالم و هم در افراد با نقص سیستم ایمنی، نوریت حاد دردناک است که در افراد جوان نادر ولی در ۵۰٪ افراد بالای ۵۰ سال به درجه های مختلف تا ماه ها پس از برطرف شدن وزیکول ها مشاهده می شود. تغییرات حسی درماتوم گرفتار، نیز هم به شکل هیپو و هم به شکل هیپر استری شایع است (۵).

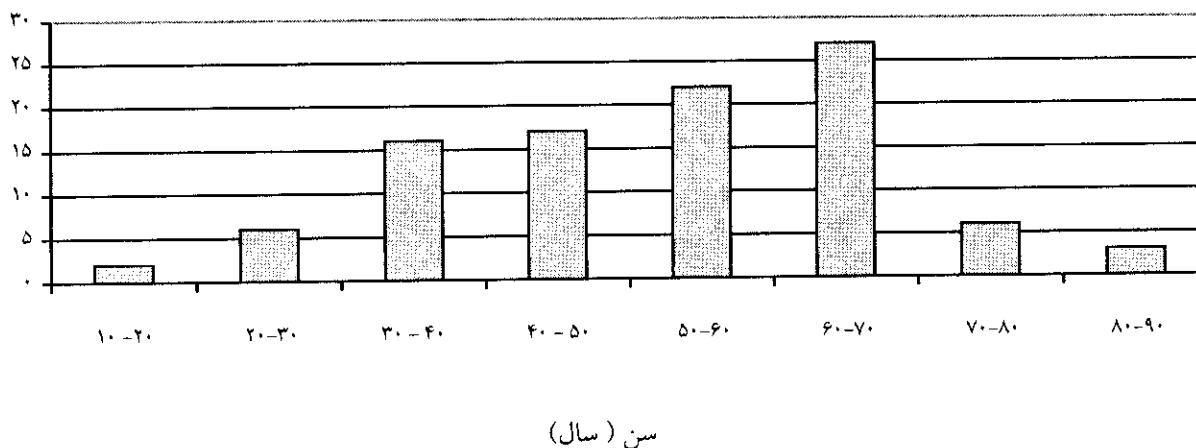
زونا در بیماران مبتلا به هوچکین و لنفوم غیر هوچکینی شدیدتر است و در ۴۰٪ موارد احتمال انتشار پوستی آن وجود دارد که در این موارد احتمال پنومونیت، مننگو آنسفالیت، هپاتیت و سایر عوارض زونا نیز افزایش می یابد (۶).

با توجه به این که در ایران پژوهش های کمی روی بیماری زونا صورت گرفته است (۷)، این تحقیق با هدف تعیین فراوانی مشخصه های دموگرافیک و بالینی بیماری طی سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در درمانگاه بیماری های عفونی و گرمسیری یزد صورت گرفت.

روش اجرا

این مطالعه به روش مقطعی از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ صورت گرفت و طی آن تمامی مبتلایان به زونا مراجعه کننده به درمانگاه بیماری های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی یزد مورد بررسی قرار گرفتند. تشخیص بیماری توسط متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری بر اساس یافته های بالینی گذاشته شده بود. با ثبت

نمودار شماره ۱- توزیع سنی مبتلایان به زونا مراجعه کننده به درمانگاه بیماری‌های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی یزد در سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۸۳



در مطالعه انجام شده در یزد و همدان بیشترین تعداد موارد بیماری در سنین ۶۱-۷۰ سالگی مشاهده شد که نتایج این دو تحقیق شبیه تحقیق‌های به اجرا درآمده در انگلستان و آلمان است (۸ و ۹). از نظر گرفتاری در ماتوم‌های سمت چپ و راست بدن اختلاف کمی بین مطالعه‌های انجام شده در همدان، انگلستان، آلمان و یزد مشاهده می‌شود که نشان دهنده این است که احتمال گرفتاری سمت چپ و راست بدن تقریباً یکسان است و شاید با تکرار بررسی و تحقیق‌های فوق در اعداد ذکر شده جابه‌جایی کمی مشاهده شود. در مطالعه ما بیشترین موارد گرفتاری در ماتوم‌ها به ترتیب به درماتوم‌های سینه‌ای، گردنی، کمری - خاجی و تری ژمینال مربوط بود که همین نتایج در تمامی پژوهش‌های در دسترس ما نیز گزارش شده است (۷-۱۰).

در مجموع، در مقایسه این مطالعه با دیگر پژوهش‌ها می‌توان گفت که با افزایش سن، احتمال ابتلا به زونا افزایش می‌یابد (۱۱) و بیشترین موارد بیماری در فصل تابستان مشاهده می‌شود و بیشترین درماتوم گرفتاری، درماتوم سینه‌ای است ولی جنسیت در ابتلا به آن نقشی ندارد و احتمال گرفتاری درماتوم‌های سمت راست و چپ

می‌دادند (۸). در حالی که در مطالعه‌ی صورت گرفته در همدان مشخص شد که ۵۴/۴ درصد موارد مربوط به مردان است (۷). در این مطالعه نیز ۵۲٪ موارد در مردان مشاهده شد که شبیه مطالعه انجام شده در آلمان است (۹). با این وجود در مطالعه گزارش شده از بیمارستان کمبریج شهر ادینبورگ، شیوع زونا در هر دو جنس یکسان گزارش شده است (۱۰). همچنین در مطالعه انگلستان بیشترین مورد شیوع بیماری در فصل تابستان و کمترین آن در فصل بهار ذکر شده است (۱۰)، در حالی که در مطالعه همدان (۷) و مطالعه‌ی حاضر بیشترین موارد بیماری در فصل تابستان و کمترین آن در فصل بهار دیده شد که این نتایج با موارد گزارش شده از انگلستان هم‌خوانی دارد (۸).

در تمامی پژوهش‌های صورت پذیرفته، شیوع بیماری در کودکان کم گزارش شده است (۳، ۸). در حالی که در مطالعه انجام شده در همدان ۹/۸٪ از بیماران در گروه سنی ۰ تا ۹ سال قرار داشتند (۷). در این مطالعه، در گروه سنی زیر ۱۰ سال هیچ موردی از زونا مشاهده نشد شاید به این علت که کودکان کم‌تر به درمانگاه بیماری‌های عفونی و گرمسیری مراجعه می‌کنند که این مطلب احتیاج به مطالعه بیشتر و کمک گرفتن از همکاران متخصص اطفال دارد.

می رود که سبب جلوگیری از ابتلا به آبله مرغان و زونا می شود (۱۳) و در کشور ما که هنوز این واکسن در دسترس نیست با درمان سریع زونا با آسیکلویر می توان از عوارض آن از جمله نورالژی جلوگیری کرد (۱۴).

بدن یکسان است (۱۲). هر چند در بیماری زونا تقریباً همیشه یک طرف بدن درگیر می شود ولی در موارد کمی حتی بدون وجود نقص ایمنی شناخته شده احتمال دارد زونا در دو طرف بدن مشاهده شود. واکسن آبله مرغان در بسیاری از کشورهای دنیا به کار

References

- 1-Juel Jensen BE. The natural history of shingles: events associated with reactivation of varicella-zoster virus. J R Coll Gen Pract 1970; 20: 323-7.
- 2-Thomas SL, Wheeler JG, Hall AJ. Case-control study of effect of mechanical trauma on the risk of herpes zoster. BMJ 2004; 328: 439-40.
- 3-American Academy of Pediatrics. Red Book 2000: Report of the committee on Infectious Diseases, 25th edition. Illionis, Academy of Pediatrics 2000.
- 4-Whitley RJ. Varicella-zoster virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Colin R (eds). Principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone 2000: 1580-86.
- 5-Goh CL, Khoo L. A retrospective study of the clinical presentation and outcome of herpes zoster in a tertiary dermatology outpatient referral clinic. Int J Dermatol 1997; 36: 667-72.
- 6-Balfour HH Jr. Varicella zoster virus infections in immunocompromised hosts. A review of the natural history and management. Am J Med 1988; 85: 68-73.
- ۷- زمانیان ع، بیله ور م، فرشچیان م. بررسی زونا در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان سینا همدان در سال های ۱۳۷۷-۱۳۷۳. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۳۸۰؛ سال هشتم، شماره ۴: ۲۹-۳۱.
- 8-Glynn C. Epidemiology of shingles. J H Soc Med 1990; 83: 617-19.
- 9-Hofmann F. The epidemiological significance of varicella. Gesundheitswesen 1994; 56: 599-601.
- 10-Wreghitt TG. An analysis of infection control of varicella zoster virus infectious in Adden Brook's Hospital Cambridge over a 5 year period. Epidemiol Infect 1996; 117: 165-71.
- 11-Benenson A (ed). Chickenpox-herpes zoster. Control of communicable diseases in man. Washington DC; American Public Health Association, 1990: 83-86.
- ۱۲- نساجی زواره م، طاهری ر، قربانی ر. بررسی دموگرافیک بیماران زونایی شهر سمنان. طبیب شرق، سال پنجم، شماره ۳، پاییز ۸۲، ۱۸۵-۱۸۸.
- 13-Center for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. The Pink Book. 1999.
- 14-Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. Am Fam Physician 2000; 61: 2437-48.