

فراوانی بیماری گال در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل (۸۴-۸۳)

سیدمحسن رضوانی^{۱*}، محمدعلی شاکریان^۱

۱- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: گال نوعی بیماری انگلی پوستی است که شدیداً قابل سرایت بوده و از شایعترین بیماریهای خارش دار محسوب می شود. میزان فراوانی آن در جوامع مختلف بیانگر وضعیت بهداشتی آن جوامع بوده و انعکاسی از وضعیت سلامتی و بهداشت عمومی جامعه می باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی فراوانی بیماری گال و ارتباط آن با سن، جنس، تعداد افراد خانواده و محل سکونت می باشد.

مواد و روشها: مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی به مدت یکسال از دی ماه ۸۳ تا دی ماه ۸۴ بر روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان یحیی نژاد بابل انجام گرفت. تشخیص موارد بیماری ابتدا بر اساس معیارهای بالینی و سپس تشخیص قطعی توسط آزمایشگاه تائید می شد. آنگاه سن، جنس، تعداد افراد خانواده و محل سکونت در پرسشنامه ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: از ۱۱۴۰ بیمار مورد مطالعه ۸۹ نفر (۷/۸٪) مبتلا به گال بودند که ۵۲ نفر (۵/۵٪) مرد و ۳۷ نفر (۴۱/۵٪) زن بودند. بیشترین گروه سنی درگیر ۹-۱ سال (۴۵٪) که از این بین ۶۱ نفر (۶۸/۵٪) ساکن روستا و ۲۸ نفر (۳۱/۵٪) ساکن شهر بودند. میانگین تعداد افراد خانواده در مبتلایان روستایی و شهری به ترتیب ۶ و ۵ نفر و در ۸۵٪ موارد نیز حداقل یکی از افراد خانواده این بیماری را داشتند.

نتیجه گیری: این مطالعه بیانگر ارتباط مشخص فراوانی گال با وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و بعد خانوار می باشد.

واژه های کلیدی: گال، بیماران، انگل.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۶، آذر - دی ۱۳۸۵، صفحه ۵۵-۵۸

مقدمه

طریق نیش زدن و یا زهری نمودن، خونخواری، حمله به نسوج و

انتقال ویروس ها، ریکتزیاها، باکتریها، اسپروکتها و عوامل انگلی در

انسان بیماریهای مختلفی را ایجاد می کنند(۳). این بیماری از

شایعترین بیماریهای خارش دار بوده که در سرتاسر جهان و در تمام

نژادها و طبقات اجتماعی دیده می شود(۴). افزایش تراکم جمعیت،

گال نوعی بیماری خارش دار پوستی است که توسط انگلی از

گروه بندپایان بنام *sarcoptes scabiei* از نوع *hominis* ایجاد

می شود که از انگل های بدن انسان و پستانداران می باشد(۱).

بندپایان گروه زیادی از موجودات زنده محیط زیست انسان بوده که

در پزشکی از اهمیت به سزایی برخوردارند(۲). تعدادی از آنها از

یافته ها

از مجموع ۱۱۴۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه پوست در طول یکسال (دی ماه ۸۳ تا دی ماه ۸۴)، ۸۹ نفر (۷/۸٪) مبتلا به بیماری گال تشخیص داده شدند که ۵۸/۵٪ (۵۲ نفر) مرد و ۴۱/۵٪ (۳۷ نفر) زن بودند که از نظر آماری اختلاف معنی داری بین فراوانی بیماری در دو جنس دیده نشد. ۶۸/۵٪ (۶۱ نفر) از افراد مبتلا به گال ساکن روستا و ۳۱/۵٪ (۲۸ نفر) ساکن شهر بودند. از نظر توزیع سنی بیشترین گروه سنی درگیر (۴۵٪) در سنین (۹-۱) سال قرار داشتند (جدول ۱). میانگین تعداد افراد خانواده در مبتلایان روستایی و شهری به ترتیب ۶ و ۵ نفر بود. در ۸۵٪ موارد حداقل یکی از افراد خانواده نیز به درجات مختلف این بیماری دچار بودند.

جدول ۱. توزیع سنی بیماران مبتلا به گال در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان یحیی نژاد بابل (۸۴-۸۳)

بیماران تعداد (٪)	گروه سنی (سال)
۴۰ (۴۴/۹)	۱-۹
۱۶ (۱۸)	۱۰-۱۹
۱۴ (۱۵/۷)	۲۰-۲۹
۱۰ (۱۱/۲)	۳۰-۳۹
۹ (۱۰/۱)	بالای ۴۰

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر فراوانی بیماری گال در افراد مبتلا به ضایعات پاپولر و زیکولر خارش دار بالاست (۷/۸٪) که از این بین بیماران روستایی بیش از ۲ برابر افراد ساکن شهر مبتلا به بیماری بودند. در بسیاری از مطالعات ارتباط بیماریهای گال و وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین گزارش شده است. در مطالعه Oduko و همکاران شیوع گال از ۱/۸٪ در مناطق با سطح اقتصادی اجتماعی بالا تا ۵/۶٪ در مناطق با سطح اقتصادی اجتماعی پایین تفاوت

فقدان امکانات بهداشتی، جنگ، قحطی و سایر بلایای مشابه از عوامل مختلف در افزایش فراوانی گال می باشند (۵). قدمت شناسایی عامل بیماری در انسان به سال ۱۸۳۴ میلادی می رسد که توسط Renvcci شناخته شد. شیوع این بیماری در سراسر جهان نزدیک به ۳۰۰ میلیون مورد گزارش شده است (۶). گال به طور معمول از طریق تماس نزدیک فیزیکی منتقل می گردد و انتشار آن نیز از طریق سیکل خانواده به سادگی اتفاق می افتد. بررسی اپیدمیولوژیک گال در بسیاری از کشورها که بطور دوره ای انجام می گیرد انعکاسی از وضعیت بهداشت عمومی جامعه محسوب می شود. به عنوان مثال در کشور نیجریه فراوانی این بیماری را در حدود ۱۶/۵٪ گزارش نمودند و علت بالا بودن بیماری را با وضعیت اجتماعی - اقتصادی و بهداشتی مرتبط دانستند (۷). در ایران نیز در طی مطالعه ای در رشت فراوانی بیماری را ۹٪ گزارش نمودند. لذا انجام چنین مطالعاتی در کشور ما بیانگر شاخص های بهداشتی است. لذا هدف از این مطالعه بررسی فراوانی این بیماری در بین مراجعه کنندگان به درمانگاه پوست دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

مواد و روشها

مطالعه به صورت مشاهده ای - مقطعی بر روی بیمارانی که با شکایت خارش و ضایعات پوستی پاپولو و زیکولر به درمانگاه پوست بیمارستان یحیی نژاد در فواصل دی ماه سال ۱۳۸۳ تا دی ماه ۱۳۸۴ مراجعه نمودند انجام شد. پس از معاینه بالینی بیماران براساس مشاهده علائم بالینی بویژه خارش شبانه و وجود (Burrow) در نواحی معمول بیماری، وجود پاپول، و زیکول و ندولهای خارش دار بیماری گال برای آنها مطرح گردید. سایر بیماریهای پاپولو و زیکولر خارش دار از قبیل لیکن پلان، اگزما، کهیر، درماتیت هرپتیفرم و ... از مطالعه خارج شدند. تشخیص بیماری براساس معیارهای بالینی داده می شد و در موارد مشکوک با یافتن انگل در آزمایشگاه تشخیص قطعی می گشت. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS صورت گرفت و جهت تعیین و مقایسه فراوانی گال در دو جنس از آزمون X^2 استفاده شد.

در یک مطالعه که به بررسی فراوانی گال در بین یگانهای نیروی انتظامی سراسر کشور انجام شد شیوع بیماری را در طی ۳ سال ۱۹۱۵ نفر ذکر نمودند که بالاترین میزان گرفتاری در استانهای گیلان و مازندران بود. گیلان در سال ۷۶ با ۶۹٪، در سال ۷۸ با ۸۷٪ و مازندران در سال ۷۷، ۶۸٪ بیشترین میزان آلودگی را داشتند (۱۴). در یک بررسی که بر روی ۳۵۴۵ زندانی در ندامتگاه مرکزی کرمان انجام شد شیوع گال فعال ۱/۲٪ گزارش گردید (۱۵). به نظر می رسد که شیوع بیماری گال در استانهای شمالی (گیلان و مازندران) در مقایسه با سایر استانهای کشور از میزان بالاتری برخوردار است که این امر احتمالاً به تراکم نسبی بیشتر جمعیت در مقایسه با سایر مناطق کشور و شرایط اقلیمی منطقه (شرعی بودن و رطوبت بالای محیط) بر می گردد.

کلچای و همکاران نیز در یک بررسی ۳ ساله در درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت شیوع بیماری گال را بالا (۹٪) گزارش نمودند (۱۶). با توجه به شیوع نسبتاً بالای گال در مناطق شمالی کشور به نظر می رسد که این بیماری همچنان یک معضل بهداشتی در منطقه ما می باشد و از آنجایی که این بیماری از جمله بیماریهای آزار دهنده است باید با ایجاد تدابیر مناسب جهت پیشگیری و مراقبت های بهداشتی مربوط به کنترل آن پرداخت.

تقدیر و تشکر

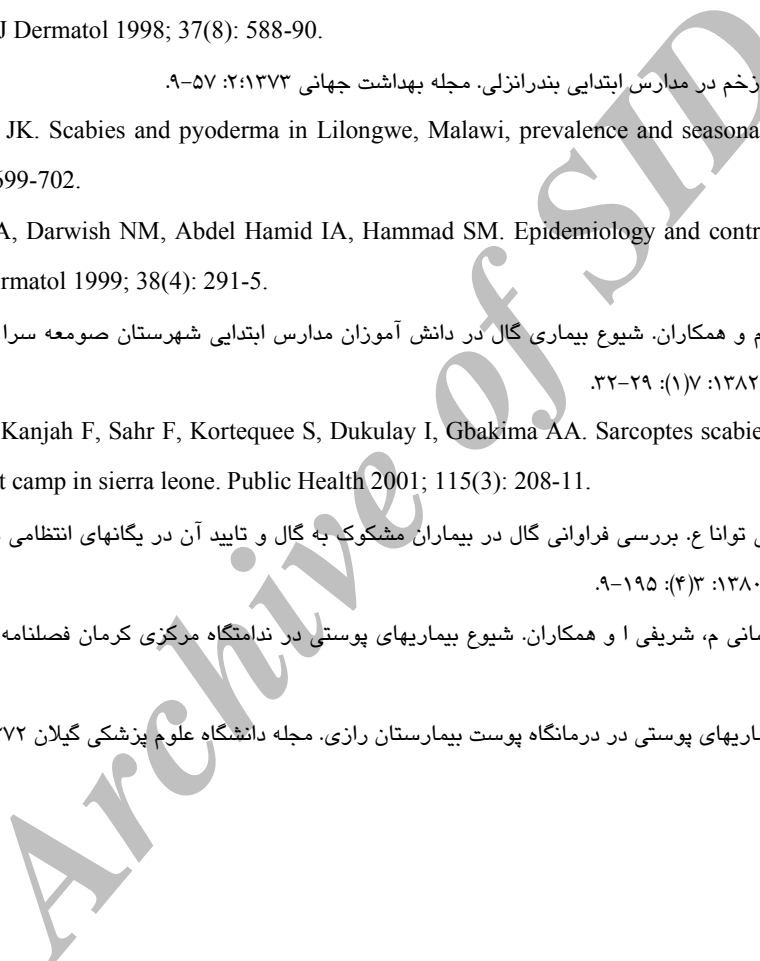
بدینوسیله از پرسنل آزمایشگاه بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل و همچنین از آقای دکتر علی بیژنی تشکر و قدردانی می شود.

داشته است (۷). Landwehr و همکاران در طی مطالعه ای فراوانی بیماری گال را حدود ۱۶/۵٪ گزارش نمود و آنرا با وضعیت اجتماعی - اقتصادی مرتبط دانست (۸). دلیری و همکاران در مطالعه ای بر روی دانش آموزان مدارس ابتدایی شهرستان بندرانزلی فراوانی گال در مدارس شهری و روستایی را به ترتیب ۵/۹۳ و ۷/۲۲ درصد گزارش نمودند (۹). علاوه بر تاثیر سطح بهداشتی در شیوع بیماری، تعداد افراد خانواده نیز در بروز بیماری مهم می باشد. در مطالعه حاضر میانگین تعداد افراد خانواده مبتلا به بیماری در جوامع روستایی ۶ و در جوامع شهری ۵ نفر بوده است. که بیانگر شیوع بالاتر بیماری در خانوارهای پر جمعیت نسبت به خانوار کمتر می باشد. نتایج مطالعات در مالووی و مصر نیز حاکی از شایعتر بودن بیماری در خانواده هایی با جمعیت بالاتر می باشد (۱۱ و ۱۰). کلچای و همکاران نیز در مطالعه ای در گیلان بیشترین شیوع گال را در دانش آموزان با تعداد خانوار بیشتر گزارش نمودند (۱۲). در این مطالعه شایعترین سن درگیری در ۹ سالگی با فراوانی ۴۵٪ بوده است. اکثر مطالعات دیگر نیز موید این مسئله است که گال بیشترین شیوع را در اطفال کمتر از ۱۰ سال دارد (۱۱ و ۱۰ و ۷). در این مطالعه شیوع بیماری در جنس مذکر بیشتر بود ولی در بعضی مطالعات شیوع بیماری در جنس مونث بالاتر گزارش شده است (۱۲ و ۷). گرچه در هر دو جنس غالب شدن شیوع بیماری یکسان گزارش می شود. در مورد میزان شیوع گال در ایران نیز مطالعات مختلفی انجام شده است.

References

1. Rasmisse JE. Scabies, In: Arndt Kasle Boit PE, Robinson JK, et al. Cutaneous medicine and surgery, USA, Philadelphia, Saunders 1996; pp: 1195-9.
۲. پارک جی ای، پارک ک. آمارهای اساسی بهداشت در درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی. ترجمه شجاعی تهرانی ح ، جلد سوم، ناشر دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۳۷۶؛ ص: ۱۶۵-۶.
3. Daniel E, Smith MC, Tsao SS. Dermatitis from ticks. American Academy of Dermatology 2003; 49(3): 191-220.

4. Burns OA. Disease causes by arthropods and other noxious animals, In: Champion RH, Burton JL, Burn DA (eds). Rook Wilkinson ebling textbook of dermatology. London, Oxford: Blackwell Sciences 1998; pp: 1423-81.
5. Brown HW. Basic clinical parasitology, 1st ed, London, Appleton and Lange 1998; pp: 292-5.
6. Markell EK. Medical parasitology, 7th ed, USA, W.B. Saunders 1992; pp: 345.
7. Oduoko OM, Onayemi O, Oyedeji GA. A prevalence survey of skin disease in Nigeriam children. Niger J Med 2001; 10(2): 64-7.
8. Landwehr D, Keita SM, Ponnighaus JM, Tounkara C. Epidemiologic aspects of scabies in Mali, Malawi and Cambodia. Int J Dermatol 1998; 37(8): 588-90.
۹. دلیری ش، شفیع‌ی ۱. گال و زرد زخم در مدارس ابتدایی بندرانزلی. مجله بهداشت جهانی ۲:۱۳۷۳: ۵۷-۹.
10. Kristensen JK. Scabies and pyoderma in Lilongwe, Malawi, prevalence and seasonal fluctuation. Int J Dermatol 1991; 30(10): 699-702.
11. Hegazy AA, Darwish NM, Abdel Hamid IA, Hammad SM. Epidemiology and control of scabies in an Egyptian village. In J Dermatol 1999; 38(4): 291-5.
۱۲. گلچای ج، زرگری ا، قلی پور م و همکاران. شیوع بیماری گال در دانش آموزان مدارس ابتدایی شهرستان صومعه سرا در سال تحصیلی ۷۹-۸۰ فصلنامه بیماریهای پوست ۱۳۸۲: ۷(۱): ۲۹-۳۲.
13. Terry BC, Kanjah F, Sahr F, Kortequee S, Dukulay I, Gbakima AA. Sarcoptes scabiei infestation among children in displacement camp in sierra leone. Public Health 2001; 115(3): 208-11.
۱۴. جهانی م ر، شیرزاد ه، مهربانی توانا ع. بررسی فراوانی گال در بیماران مشکوک به گال و تایید آن در یگانهای انتظامی مستقر در سراسر استانهای کشور. مجله طب نظامی ۱۳۸۰: ۳(۴): ۱۹۵-۹.
۱۵. شمس الدینی س، نصیری کاشانی م، شریفی ا و همکاران. شیوع بیماریهای پوستی در ندامتگاه مرکزی کرمان فصلنامه بیماریهای پوست ۱۳۷۹: ۱۶: ۲۵-۱۹.
۱۶. گلچای ج. بررسی سه ساله بیماریهای پوستی در درمانگاه پوست بیمارستان رازی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۳۷۲: ۱(۴): ۳۹-۲۸.



* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، گروه پوست، تلفن: ۷-۲۲۳۳۵۹۴-۰۱۱۱.

mrezvanid@yahoo.com

Archive of SID