

الگوهای نامناسب تغذیه ای و رفتاری - باورهای نادرست درمانی: عوامل خطر مهم مرتبط با بیماری تب مالت در استان سیستان و بلوچستان

بتول شریفی مود^{۱*}، ملیحه متانت^۲، علی مرادیان^۳، مسعود مردانی^۴

۱. متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۲. متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۳. دستیار بیماری های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۴. متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی برای مکاتبه: زاهدان - دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی وطب گرمسیری، بخش عفونی بیمارستان بوعلی - تلفن و
نمبر ۳۲۲۹۱۹۷،
batoolsharifi@yahoo.com

دریافت مقاله: آذر هشتاد و پنج پذیرش برای چاپ: اردیبهشت هشتاد و شش

چکیده

سابقه و هدف: بروسلوز یکی از شایعترین بیماری های مشترک بین انسان و دام با انتشار جهانی است. روند رو به افزایش موارد این بیماری بخصوص طی سه سال اخیر در این منطقه نگرانی هایی را در خصوص پیامدهای این بیماری ایجاد کرده است. صرف نظر از مشکلات اقتصادی تب مالت دام ها این بیماری اثر واضحی بر نیروی کار انسانی می گذارد. این مطالعه به منظور تعیین وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری و بررسی عوامل موثر در بروز بیماری در سیستان و بلوچستان صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه مقطعی-توصیفی طی ۳ سال از تیر ۸۲ کلیه بیمارانی که بدلیل بیماری تب مالت در بیمارستان بوعلی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تحت درمان سرپایی یا بستری قرارگرفته بودند بررسی شدند. بعد از ثبت اطلاعات دموگرافیک، علایم بالینی، نتایج آزمایشگاهی تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت.

یافته ها: از ۱۸۱ بیمار مبتلا به بروسلوز ۵۳٪ موارد ابتلا را مردان و بقیه موارد را زنان تشکیل می دادند. سن متوسط ابتلا ۳۹ سال بود. بالاترین میزان ابتلا به بیماری در کشاورزان مشاهده شد (۳۸٪). در ۲۹٪ موارد سابقه مصرف پنیر محلی یا شیر تازه وجود داشت. در ۲۷٪ موارد رفتارهای غیر بهداشتی و پندارهای نادرست درمانی (استفاده خوراکی از ارگانهای مختلف دام به صورت خام برای درمان بیماریهای مختلف یا پوشیدن پوست دام برای کاهش تب و درد) مشاهده شد. شایعترین علامت بالینی ضعف و خستگی و به دنبال آن تب بود. آرتريت و به دنبال آن ساکروایلایت بعنوان شایعترین عوارض بیماری در بررسی فوق مشخص شدند.

نتیجه گیری: با توجه به بروز بیشترین موارد بیماری در افرادی که عوامل خطر ابتلا را داشتند به نظر می رسد آموزش افراد از طریق رسانه های عمومی و مراکز بهداشتی، جداسازی محل نگهداری دام از انسان و واکسیناسیون دامها، تصحیح الگوهای تغذیه ای و حذف باورهای غلط بهداشتی درمانی در افراد می تواند در کاهش میزان بروز بیماری موثر واقع گردد.

واژگان کلیدی: تب مالت، اپیدمیولوژی، الگوی تغذیه، فاکتورهای خطر

مقدمه

نشده و عدم اجرای واکسیناسیون منظم دامها در معرض ابتلا بوده و این عوامل باعث افزایش میزان بروز بیماری در کشور شده است (۴-۱). این بیماری در استانهای همدان، زنجان، کردستان، کرمانشاه، خراسان، سیستان و بلوچستان و بسیاری از استانها که کشاورزی و دامپروری شغل اصلی روستاییان است شایع می باشد (۲). مطالعات متعددی در زمینه اپیدمیولوژی بیماری در جهان و ایران گزارش شده است (۱۱-۱۹ و ۱۳). طبق یک بررسی در کشور در سال ۱۳۸۲ میزان بروز بیماری تب مالت از ۱/۵ تا ۱۰۷/۵ در صدهزار نفر جمعیت گزارش شده است. در این بررسی همدان با ۱۰۷/۵ و سپس کردستان با ۸۳/۵ در صد هزار بیشترین میزان بروز بیماری را داشته اند (۴ و ۲). در استان سیستان و بلوچستان بخصوص در روستاهای این استان تقریباً در هر خانه ای دام، به عنوان منبع اصلی درآمد و تغذیه، نگهداری می شود.

بروسلوز یکی از شایعترین بیماری های مشترک بین انسان و دام با انتشار جهانی است (۱). این بیماری مشکلات فراوانی در سلامت افراد جامعه ونبروی کار ایجاد کرده و به عنوان عامل مهم سقط جنین در بین دام ها و کاهش محصولات دامی به اقتصاد کشور نیز لطمه وارد می کند (۲ و ۱). گرچه این بیماری در بسیاری از کشورها توسعه یافته در حیوانات تحت کنترل قرار گرفته و متعاقب آن بیماری در انسان کاهش چشمگیری داشته اما در کشورهای در حال توسعه بخصوص کشورهای حوزه دریای مدیترانه، خاورمیانه و آسیای غربی و آفریقا هنوز شایع است (۳ و ۲). در کشور ما بخصوص روستائیان به علت تماس مستقیم با دام و زندگی در کنار حیوانات، مصرف مواد لبنی پاستوریزه

در انسان تابعی از وجود بیماری در دام ها است و در واقع افزایش بروز تب مالت در انسان میتواند نشانه کنترل ناموفق بیماری در دام باشد. به طوری که در سالهای اخیر با روند رو به افزایش بیماری در استان و بخصوص در مناطقی که دامها عضو ثابتی از جامعه روستایی محسوب میشوند روبرو بوده ایم (۱و۲). در تمام بررسیهای انجام شده در کشور چون بررسی فوق جمعیت روستایی و تماس با دام و مصرف مواد لبنی پاستوریزه نشده از مهمترین عوامل ابتلا به بیماری بوده است (۹-۱). اما آنچه در بررسی فوق جالب بنظر میرسد استفاده درمانی از احشا دام آن هم به صورت خام بود. نکته جالب توجه دیگر در این مطالعه استفاده روستاییان از شیر دام تازه زایمان کرده (آغوز یا به اصطلاح محلی شیر توج) برای افزایش نیروی ایمنی و تقویت بدن بود. تقریباً تمام روستاییان بر این باور بودند که این نوع شیر باعث جلوگیری از بروز اسهال یا سرما خوردگی مکرر در انسان میشود.

جدول ۱. توزیع مبتلایان به تب مالت بر اساس علائم، نشانه ها و

عوارض بیماری

علائم و نشانه ها	تعداد موارد	درصد موارد
ضعف و خستگی	۱۱۰	٪۶۰
تب	۹۱	٪۵۰
لرز	۸۵	٪۴۶
درد مفاصل	۷۹	٪۴۳
کمردرد	۷۴	٪۴۰
سردرد	۶۵	٪۳۵٫۹
میالژی	۶۵	٪۳۵٫۹
سرفه	۳۴	٪۱۸
درد شکم	۳۱	٪۱۷
بزرگی طحال	۲۹	٪۱۶
بزرگی کبد	۱۸	٪۹٫۹
ادنوپاتی	۱۱	٪۶
افسردگی	۱۱	٪۶
عوارض	تعداد	در صد
آرتريت زانو و هيپ	۳۲	٪۱۷٫۶
ساکرو ایلیت	۳۰	٪۱۶٫۵
اپیدیدیمو اورکیت	۷	٪۳٫۸
نروبروسلوزیس	۵	٪۲٫۷

درباره اپیدمیولوژی بیماری در جهان و ایران مطالعات متعددی صورت گرفته است (۹-۱۹و۱۳). اما تقریباً تمام مطالعات انجام شده طی ۳ الی ۵ سال گذشته در کشور حکایت از افزایش موارد بیماری در کشور دارد (۸و۹-۱و۲). مطالعه علوی و همکاران در استان خوزستان حکایت از روند رو به افزایش بیماری در سالهای اخیر دارد (۱). در این بررسی بیشترین موارد بیماری در روستاییان و عشایر کوچ رو که دام عضو لاینفک زندگی آنهاست مشاهده شده است. مطالعه دیگری در استان کردستان نیز حکایت از افزایش میزان بروز تب مالت در سالهای ۱۳۸۰ به بعد است. در این بررسی روستاییان نیز چون سایر مطالعات بیشتر از جمعیت شهری به بیماری مبتلا شده بودند و مردان بیشتر از زنان با بیماری درگیر بودند به طوری که بین محل زندگی و جنس در بررسی اخیر رابطه معنی داری مشاهده شده بود (۲). در مطالعه ما بیشترین موارد بیماری در ماههای خرداد تا ابان مشاهده شد.

با توجه به اینکه واکسیناسیون دامها و جداسازی دامهای آلوده صورت نمی گیرد و در ضمن افراد بیسواد و بخصوص روستاییان بر طبق عادات پیشین خود هنوز به بارورهای غلط درمانی معتقدند و برای درمان بیماریهای جسمی و گاه روحی از ارگانهای مختلف حیوانات به صورت خام برای تسکین درد استفاده می کنند و از طرف دیگر روند رو به افزایش بیماری در سالهای اخیر این مطالعه با هدف تعیین عوامل خطر مرتبط با تب مالت در استان سیستان و بلوچستان انجام گرفت.

روش کار

در این مطالعه مقطعی-توصیفی طی مدت ۳ سال از تیر ماه ۸۲ کلیه بیمارانی که بدلیل بیماری تب مالت در بیمارستان بوعلی زاهدان تحت درمان سرپایی یا بستری قرار گرفته بودند بررسی شدند. تمامی این بیماران دارای علائم مشکوک به تب مالت بودند و بیماری در آنها با استفاده از تست رایت و کومبس رایت و در نهایت با تست 2-ME تایید شد. بعد از ثبت اطلاعات دموگرافیک-علائم بالینی - نتایج بررسیهای آزمایشگاهی بیماران، تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت.

یافته ها

از ۱۸۱ بیمار مبتلا به بروسلوز ۵۳٪ موارد ابتلا را مردان و بقیه را زنان تشکیل می دادند. سن متوسط ابتلا ۳۹ سال با دامنه ۶-۷۲ سال بود. بیشترین موارد بیماری در بین روستاییان مشاهده شد (۷۵/۴٪). ۳۸٪ بیماران کشاورز، ۱۷٪ دامدار و ۸٪ کارگر کشتارگاه بودند. زنان خانه دار ۴٪ موارد بیماری را تشکیل میدادند.

۲۹٪ موارد سابقه مصرف پنیر محلی یا شیر تازه داشتند. ۳/۵٪ افراد از بستنی غیر پاستوریزه استفاده کرده بودند و در ۲۷٪ موارد رفتارهای غیر بهداشتی و پندارهای نادرست درمانی { مصرف شیر شتر نجوشیده برای درمان تنگی نفس، بواسیر و درد مفاصل (۶٪)، استفاده از چربی خام داخل شکم یا کوهان شتر بلافاصله بعد از ذبح برای درمان درد مفاصل (۱/۶٪) و ادرار گوسفند و شتر برای درمان سنگ کلیه و سرفه (۱٪)، مصرف چگر خام برای درمان کم خونی (۳/۸٪) و دنبلان و طحال خام برای درمان شب ادراری (۵/۵٪) و مصرف اولین شیر نجوشیده گاو تازه زایمان کرده برای افزایش نیروی ایمنی و خوابیدن در پوست دام تازه ذبح شده برای درمان درد مفاصل و رفع تب (۱/۶٪) و در نهایت نگهداری دامها در چادر محل زندگی (۱۰٪) } وجود داشت. شایعترین علامت بالینی ضعف و خستگی و به دنبال آن تب بود. آرتريت به عنوان شایعترین عارضه بیماری در بررسی فوق مشاهده شد (جدول ۱).

بحث

مطالعه فوق نشان داد که بیشترین موارد بروز بیماری در روستاییان و افرادی که در تماس با دام بوده یا سابقه مصرف مواد لبنی غیر پاستوریزه را داشتند مشاهده می شود. از طرفی مصرف ارگانهای خام حیوانات برای درمان نیز از عوامل مهم خطر بود که در سایر مطالعات انجام شده در کشور به ان اشارهای نشده است. بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی بروسالیانه بروسلوز در مناطق خاور میانه و مدیترانه بین ۱ الی ۷۸ نفر در صد هزار نفر جمعیت متغیر است (۲). گرچه در بعضی از مناطق میزان بروز بالا تر از این نیز گزارش شده است (۸و۱۰). میانگین بروز بیماری در کشور ما حدود ۱۳۲ در صد هزار نفر گزارش شده است (۲). بروز تب مالت

پیشگیری از بیماری، نظارت موثر و مستمر بر تولید مواد غذایی با منشأ دامی و کنترل بیماری در دامها باید بیشتر مورد توجه قرار بگیرد. طرح کنترل بیماری با هماهنگی و همکاری بین بخشی و درون بخشی باید مورد توجه بیشتر مسئولان واقع شود. رسانه های عمومی در امر آموزش مردم تلاش بیشتری بکنند. واکسیناسیون دامها بطور منظم صورت پذیرد تا در سالهای آتی شاهد کاهش میزان بیماری در اکثر نقاط کشور باشیم.

نتیجه گیری

الگوی تغذیه ای نادرست و رفتارهای درمانی غلط از مهمترین عوامل ابتلا به بیماری تب مالت در این منطقه است. لذا تصحیح این الگوها توسط آموزش همگانی در کنترل بیماری ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

از همکاران محترم پزشک، پرسنل بهداشتی و کلیه بیمارانی که صمیمانه در اجرای این طرح ما را یاری کردند تشکر می کنیم.

در بررسی قباد همچون مطالعه ما بیشترین موارد بیماری در ماههای فصل بهار و تابستان بود. در حالیکه در مطالعه serra alvarez بیشترین تعداد در ماههای اسفند و سپس فروردین گزارش شده بود(۱۵). مطالعه انجام شده دیگری در یزد نیز حکایت از روند فزاینده بیماری در روستاییان در ماههای فصل بهار و تابستان دارد(۸). در اکثر مطالعات از نظر شغلی بیشترین گرفتاری در کشاورزان بوده است. به رغم اینکه در اکثر منابع عنوان میشود که مردان به نسبت بیشتری از زنان مبتلا میشوند ولی این اختلاف در بررسی ما همچون مطالعه کردستان ناچیز بود. شاید علت این باشد که در جامعه ما زنان در نگهداری دامها، دوشیدن و نظافت محل نگهداری آنها و کارهای کشاورزی دوش به دوش مردان انجام وظیفه میکنند. در حالیکه در کشور عربستان که زنان کمتر در کارهای بیرون از خانه مشارکت دارند. حتی در جامعه روستایی آن بروز بیماری در زنان کمتر از نیمی از موارد بیماری در مردان گزارش شده است(۱۱). روند افزایش بروز تب مالت در سالهای گذشته با روند کنترل اغلب بیماری های عفونی همسو نیست. لذا آموزش مردم در خصوص راههای انتقال و

REFERENCES

۱. علوی سید محمد، رفیعی عبدالله، نیکخوی عبدالرسول. بررسی سرو اپیدمیولوژیک تب مالت در عشایر کوچ رو در استان خوزستان. فصلنامه بیماریهای عفونی و گرمسیری پاییز ۱۳۸۵، سال یازدهم: شماره ۳۳. صفحات ۴۴-۴۶.
۲. مرادی قباد، کنعانی شهین، صوفی مجیدپور مرضیه، قادری ابراهیم. بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک ۳۸۸۰ بیمار مبتلا به تب مالت در استان کرستان. فصلنامه بیماریهای عفونی و گرمسیری پاییز ۱۳۸۵، سال یازدهم: شماره ۳۳. صفحات ۲۶-۳۱.
۳. اهنر علیرضا، هلاکویی نائینی کوروش. بررسی عوامل موثر بر ابتلاء به بروسوز در استان چهارمحال بختیاری، فصلنامه پایش، زمستان ۱۳۸۰، شماره اول، سال اول، صفحات: ۲۲-۲۵
۴. فلاح رمضان. علیپور محسن. بررسی بیماری تب مالت در مراجعین به شبکه بهداشت مازندران و ارتباط آن با بعضی عوامل دموگرافی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، زمستان ۲۵، ۱۳۷۷: صفحات ۲۳-۲۷.
۵. منیری رضوان. دسته گلی کامران. بررسی سرواپیدمیولوژی تب مالت انسانی در شهرستان کاشان در سال ۱۳۷۵. فصلنامه علمی پژوهشی فیض، بهار ۷۶، ۱: صفحات ۳۵-۴۰.
۶. بدخشان هوشمند، شریفیان جمال، زینلی محمد، برنامه اجرایی پیشگیری و مراقبت بیماری تب مالت (بروسوز) در کشور، اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها، تهران ۱۳۷۵، صفحه ۴
۷. حاج عبدالباقی محبوبه. رسولی نژاد مهرناز. لوطی شاهرخ. بررسی اپیدمیولوژیک، بالینی، تشخیصی و درمانی ۵۰۵ بیمار مبتلا به بروسولوزیس. مجله دانشکده پزشکی، ۱۳۸۰، ۴: صفحات ۳۴-۴۶.
۸. دهقانی - تقتی محمد حسین، ثروت فرخ لقا. بررسی اپیدمیولوژیک و سیر بیماری تب مالت طی ۷ سال در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی نیکوپور یزد. طلوع بهداشت، زمستان ۱۳۸۱، سال اول شماره دوم، صفحات ۲۰-۲۵.
۹. خسروی نیا احمد. مطالعه سرو اپیدمیولوژی بروسولوزیس در شهرستان گناباد. کتاب خلاصه مقالات ارائه شده در سومین کنگره ملی بیماریهای قابل انتقال بین انسان و دام. مشهد. انتشارات سازمان دامپزشکی ۱۳۷۵. ص ۱۹.

10. Perez-Rendon Gonzalez J, Almenara Barrios J, Rodriguez Matin A. The epidemiological characteristics of brucellosis in the primary health care district of sierra de c diz . *Aten Primaria* ;1997 ;19(6) : 290-5.
11. Al – Sekait MA . Prevalence of brucellosis among abattoir workers in Saudi Arabia . *Journal of the royal society of health* 1993 ; 113 : 230 -3 .
12. Elbeltajy KM . An epidemiological profile of brucellosis in Tabuk province . *East Mediterr health J*; 2001Sep;7 (4-5):790-798.
13. Gur A, Geyik mMF, Dikici B, Nas K, Cevik R, Sarac G, Hosoglu S . Complications of brucellosis in different age groups : A study of 283 cases in southeastern Anatolia of Turkey. *Yonsei Med J* ; 2003 ;44 (1) : 33 -44.
14. Hasangani -Roushan MR, Mohrez M, Smailnegad- Gangi SM, Soleimani -Amiri MJ, Hahahmad M. Epidemiological features and clinical manifestation in 469 adult patients with brucellosis in Babol, Northern Iran. *Epidemiol Infect*; 2004 Dec;132(6):1109-14.
15. Serra alvarez J, Godoy Garcia P, Incidence, etiology and epidemiology of brucellosis in a rural area of the province of Lieida. *Rev Esp Salud Publica*. 2000 Jan-Feb;74(1):45-53.
16. Buchanan TM, Sulzer CR, Frix MK: Brucellosis in the United States, 1960-1972. An abattoir-associated disease. Part II. Diagnostic aspects. *Medicine*; 1974 Nov 6;415-25.
17. Lulu AR, Araj GF, Khateeb MI, et al: Human brucellosis in Kuwait: a prospective study of 400 cases. *Q J Med* 1988 Jan; 66(249): 39-54.
18. Almuneef MA, Memish ZA, Balkhy HH, et al: Importance of screening household members of acute brucellosis cases in endemic areas. *Epidemiol Infect* 2004 Jun; 132(3): 533-40.
19. Young EJ: An overview of human brucellosis. *Clin Infect Dis* 1995 Aug; 21(2): 283-9; quiz 290.