

# مطالعه اپیدمیولوژیک بیماری کالآزار در

## اطفال بستری شده بیمارستان شهید

### بهشتی یاسوج، ۱۳۷۵-۱۳۷۸

#### چکیده :

دکتر صدیقه ابراهیمی\*  
عزیزالله پورمحمودی\*\*  
جانمحمد ملک زاده\*\*  
دکتر سعیده حق بین\*  
عبدالمجید خسروانی\*\*\*

**مقدمه و هدف:** بیماری لیشمانیازیس احشایی ( کالآزار) بیماری سیستمیک عفونی و تهدید کننده زندگی کودکان است که در صورت داشتن اطلاعات کافی در مورد آن، به آسانی قابل تشخیص و درمان می باشد. در غیر این صورت ۹۰ تا ۹۵ درصد بیماران به دلیل عوارض خطرناک شدیدی مانند؛ خونریزی و ابتلا به عفونتهای فرصت طلب دچار مرگ و میر می شوند. این بیماری بعد از یک دوره کمون و شروع تظاهرات، خود را به صورت تب های منظم و عود کننده، ضعف و کاهش وزن، ورم و کم خونی، بزرگی طحال و کبد نشان می دهد. اما این بیماری در عین مهلک و خطرناک بودن قابل پیشگیری و درمان است. در همین راستا این پژوهش با هدف تعیین پراکندگی و تظاهرات بالینی در بیماران بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج انجام گرفت.

\* متخصص اطفال، استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی، گروه اطفال  
\*\* کارشناس ارشد تغذیه، مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، آموزشکده بهداشت  
\*\*\* کارشناس ارشد علوم آزمایشگاهی، مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، آموزشکده بهداشت

**مواد و روش کار:** این پژوهش توصیفی به صورت گذشته نگر بوده و با بررسی پرونده ۵۷ بیمار بستری در بخش اطفال بیمارستان شهید بهشتی یاسوج که در فاصله زمانی سالهای ۱۳۷۵-۱۳۷۸ با تشخیص کالآزار بستری شده بودند صورت گرفته است. نمونه گیری به روش آسان و مبتنی بر هدف بوده است. اطلاعات از پرونده ها استخراج و به کمک نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت مبتلایان (۶۶/۷ درصد) پسر و میانگین سنی نمونه ها  $1/86 \pm 2/67$  سال بوده است. بیشترین شیوع موارد بیماری (۲۴/۵ درصد) در شهر یاسوج گزارش شده بود و بیشترین موارد ابتلاء (۴۷/۳ درصد) در فصل بهار و کمترین ابتلاء (یک درصد) در فصل زمستان بوده است. شایعترین علائم بالینی تب (۸۴/۲ درصد)، بزرگی طحال (۷۷/۲ درصد) و بزرگی کبد (۷۵/۴ درصد) گزارش گردید.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته های به دست آمده لازم است مطالعات غربالگری در کودکان مناطقی که شرایط جغرافیایی و اقلیمی آنجا زمینه را برای شیوع بیماری فراهم می سازد صورت گیرد تا ضمن پیشگیری از بیماری، درمان به موقع انجام شود.

واژه های کلیدی: کالآزار، پراکندگی بیماری، کودکان

## مقدمه

لیشمانیازیس<sup>(۱)</sup> به وسیله گونه های لیشمانیا ایجاد می گردد [۱]. لیشمانیا انگل درون سلول بوده و فرم احشایی، پوستی و پوستی مخاطی در انسان ایجاد بیماری می کند [۲]. نوع احشایی آن تحت عنوان کالا آزار یا تب سیاه خوانده می شود [۱]. گونه های این انگل شامل دونوانی<sup>(۲)</sup>، انفانتوم<sup>(۳)</sup>، شاگازی<sup>(۴)</sup> و تروپیکا<sup>(۵)</sup> می باشد [۲].

لیشمانیاها گسترش جغرافیایی مشخصی ندارند و در هر منطقه نوع خاصی از آن ایجاد بیماری می نماید. این بیماری بیشتر در نواحی حاره ای و غیر حاره ای شیوع وسیعی دارد و بیشتر در مدیترانه، خاورمیانه و آسیای مرکزی متمرکز است [۱ و ۴]. ناقل اصلی آن پشه خاکی از جنس فلبتوموس<sup>(۵)</sup> است که می تواند بیماری را از حیوانات به انسان انتقال دهد [۲ و ۳]. مخزن اصلی بیماری، سگ سانان وحشی می باشند [۵]. دوره کمون بیماری ۱ تا ۳ ماه بوده که غالباً شروع آرام و مرموزانه داشته و با بافت های نامنظم و محدود کننده، ضعف، کاهش وزن، ادم، کم خونی، بزرگی طحال و کبد همراه بوده و در مواردی نیز با زخمهای جلدی همراه می باشد [۶]. در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب ۹۵-۹۰ درصد بیماران به دلیل خونریزی عمومی و ابتلا به عفونتها و ضعف دچار مرگ و میر می گردند [۱ و ۳].

اشکال اپیدمیولوژیک کالا آزار به شکل زیر می باشند:

الف - فرم مدیترانه ای که در کودکان ۴-۱ ساله دیده می شود و به نظر بعضی صاحب نظران عامل آن لیشمانیا انفانتوم می باشد.

ب - فرم هندی که در کودکان ۱۵-۵ ساله دیده می شود و انسان تنها مخزن شناخته شده آن

است و عامل آن لیشمانیا دونوانی است. این دو نوع از طریق سگ و سگ سانان به انسان منتقل می شود.

ج - نوع آفریقایی که در نوجوانان و جوانان مشاهده شده و مخزن آن جوندگان می باشد که زخم های جلدی چند ماه قبل از تظاهرات اصلی دیده می شود. هر سه نوع این بیماری در جنس مذکر بیشتر از مؤنث دیده می شود. کالا آزار در ایران از نوع مدیترانه ای است و ۸۰ درصد هر سه نوع بیماری در کودکان زیر ۵ سال شکل می گیرد [۵]:

بیماری به صورت تک گیر و در تمام استانها گزارش شده است، اما در استانهای اردبیل، مازندران، مناطق جنوب و غرب کشور به فرم اندمیک دیده می شود [۴، ۶، ۷]. وقوع سالیانه این بیماری ۶۰۰۰۰۰ مورد و شیوع آن حدود ۱۲ میلیون نفر بوده و احتمال خطر این بیماری در ۳۵ میلیون انسان، آن را از اهمیت خاصی برخوردار نموده است. این بیماری به دلائل زیر در چند دهه گذشته به صورت یک مشکل بهداشتی مطرح بوده است. کشت و صنعت، مهاجرت افراد غیر ایمن به مناطق اندمیک، گسترش سریع و بدون برنامه شهرها، تغییرات محیط زیست به وسیله آبیاری و سدسازی و کاهش پروژه های سم پاشی بر علیه مالاریا، ایجاد علائم بیماری، مقاومت انگل نسبت به داروهای معمول و عملگرایی انگل به صورت عفونت فرصت طلب در افراد با نقص ایمنی از دلائل عمده این بیماری است. با توجه به اینکه با تشخیص به موقع و درمان مناسب، مرگ و میر متأثر از این بیماری به ۱۵ درصد کاهش می یابد [۲] و استان کهگیلویه و بویراحمد نیز ارتباط تنگاتنگی با استانهای

1-Leishmaniasis (Kala azar)  
2- Leishmania Donovanii  
3- Leishmania Infantum  
4- Leishmania Tropica  
5- Leishmania Chagasi  
6- Phlebotomus

فارس و اصفهان داشته و دارا بودن آب و هوای گوناگون و بیلاق و قشلاق عشایر بر ویژگیهای خاص آن می افزاید، لذا این تحقیق با هدف بررسی پراکندگی جغرافیایی و تظاهرات بالینی این بیماری انجام شده است .

### مواد و روشها

این پژوهش توصیفی به صورت گذشته نگر بوده و نمونه گیری آن به روش آسان و مبتنی بر هدف می باشد. جمع آوری اطلاعات از طریق بررسی پرونده ۵۷ بیمار بستری و درمان شده در بخش اطفال بیمارستان شهید بهشتی یاسوج در فاصله زمانی ۱۳۵۷-۷۸ صورت پذیرفته است. اطلاعات دموگرافیک و علائم بالینی از پرونده بیماران استخراج و به کمک نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

### یافته ها

نتایج نشان داد که از ۵۷ بیمار بستری و درمان شده ۶۷ درصد پسر و ۳۳ درصد دختر بوده اند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران پسر  $2/09 \pm 2/78$  و دختران  $1/13 \pm 2/47$  سال می باشد.

همچنین میانگین سنی کل نمونه ها  $1/86 \pm 2/67$  سال بوده است. بیماری در کودکان پسر دو برابر دختران و همچنین در گروه سنی ۴-۲ سال شیوع بالاتر بوده است ( جدول ۱).

محل سکونت اکثریت مبتلایان به ترتیب: شهر یاسوج (۲۴/۵ درصد)، شهر دهدشت و روستاهای زیلایی هر کدام (۱۲/۳ درصد)، دشتروم و مادوان هر کدام (۱۰/۵ درصد)، مارگون (۷ درصد)، سرآبتاوه (۳/۵ درصد)، سپیدار و فیروزآباد هر کدام (۱/۷ درصد) و ۳/۵ درصد نیز بدون آدرس محل سکونت و نامشخص بودند ( جدول ۲).

بیشتر بیماران در فصل بهار (۴۷/۳ درصد) و خرداد ماه (۲۲ درصد) و کمترین آنان در فصل زمستان (۸/۸ درصد) و در بهمن ماه (یک درصد) به بیمارستان مراجعه نمودند .

شایع ترین تظاهرات بالینی در کودکان بستری شده تب (۸۴/۲ درصد) ، بزرگی طحال (۷۷/۲ درصد)، بزرگی شکم و کبد هر کدام (۷۵/۴ درصد)، کم خونی (۴۹/۱ درصد)، بی اشتهایی (۳۶/۸ درصد) و گاستروآنتریت (۱۵/۸ درصد) بوده است ( جدول ۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به کالآزار بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج به تفکیک سن و جنس.

۱۳۷۵-۱۳۷۸

جنس	سن	کمتر از ۲ سال تعداد (درصد)	۲ الی ۴ سال تعداد (درصد)	بیشتر از ۴ سال تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
دختر		۱۰ (۵۲/۷)	۶ (۳۱/۶)	۳ (۱۵/۷)	۱۹ (۱۰۰)
پسر		۱۷ (۴۴/۷)	۱۳ (۳۴/۳)	۸ (۲۱)	۳۸ (۱۰۰)
جمع		۲۷ (۴۷/۳)	۱۹ (۳۲/۳)	۱۱ (۱۹/۴)	۵۷ (۱۰۰)

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به کالآزار بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج بر حسب محل سکونت، ۱۳۷۵-۱۳۷۸

محل سکونت	یاسوج	دهدشت	لوداب	زیلایی	دشتروم	مادوان	بقیه مناطق	جمع
تعداد	۱۴	۷	۷	۷	۶	۶	۱۰	۵۷
درصد	۲۴/۵	۱۲/۲	۱۲/۲	۱۲/۲	۱۰/۵	۱۰/۵	۱۵/۶	۱۰۰

جدول ۳: توزیع فراوانی علائم بالینی در بیماران مبتلا به کالآزار بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج، ۱۳۷۵-۱۳۷۸

علائم بالینی	تب	بزرگی طحال	بزرگی شکم	بزرگی کبد	کم خونی	بی اشتها	گاستروآنتریت
تعداد	۴۸	۴۴	۴۳	۴۳	۲۸	۲۱	۹
درصد	۸۴/۲	۷۷/۲	۷۵/۴	۷۵/۴	۴۹/۱	۳۶/۸	۱۵/۸

## بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که نسبت ابتلا پسران به دختران دو به یک است که با نتایج به دست آمده در مطالعه اردهالی در شیراز مشابه است [۸ و ۳] که علت آن شاید ایمنی بالاتر دخترها نسبت به این انگل باشد که این خود نیاز به مطالعه بیشتری دارد.

در مطالعه حاضر بیشتر بیماران زیر ۴ سال سن داشتند. به طور کلی ۹۶ درصد کودکان مبتلا زیر ۴ سال و ۶ درصد بقیه بالای ۴ سال سن داشتند. مطالعات انجام شده به وسیله اردهالی در جنوب ایران در سال ۱۳۷۳ و البرزی و تابعی زاده در شیراز در سال ۱۹۸۶ نیز سن بروز بیماری را در ۲-۱ سالگی (۴۲ درصد) عنوان کرده اند [۲، ۸ و ۹]. بنابراین به نظر می رسد این گروه سنی از نظر ابتلا به بیماری شرایط مناسب تری دارند. در این رابطه می توان ضعیف بودن ایمنی سلولی و هومورال در سالهای اولیه کودکی را بیان نمود [۱۰]. بعلاوه امروزه وجود

ژنهای خاص در میزان بروز پاسخ های ایمنی مطرح بوده [۱] که برای تقویت آنها نیاز به تحقیقات بیشتر می باشد.

یافته های دیگر مطالعه نشان داد که بیشترین تراکم بیماری در شهر یاسوج می باشد و پس از آن شهر دهدشت و روستاهای لوداب و زیلایی ردیف دوم فراوانی را به خود اختصاص داده اند. مقایسه نتایج به دست آمده این نکته را نشان می دهد که بعضی بیماران ساکن روستاها بوده که در بیمارستان بستری شدند، ولیکن آدرس شهر را داده اند که لازم است در زمان بستری شدن، کارکنان پذیرش به آدرس محل سکونت توجه خاص داشته تا بتوانون پراکندگی بیماری را بهتر شناسایی و در صورت نیاز به منطقه توجه خاص بشود.

بر اساس یافته ها بیشترین زمان مراجعه در فصل بهار (ماه خرداد) بوده است، در حالی که در مطالعات انجام شده به وسیله ندیمی در شمال کشور، بیشترین فصل مراجعه در پاییز (ماه آبان) بوده است [۳ و ۶]. شاید علت این تفاوت در ماههای بروز

بیماری، تنوع آب و هوا باشد که غالباً در شمال کشور پاییز هوا معتدل و مرطوب است، در حالی که در یاسوج هوا در پاییز سرد و در خرداد خنک و معتدل است .

بر اساس نتایج به دست آمده در این تحقیق، شایع ترین علائم این بیماری تب ، بزرگی طحال، کبد و شکم ، کم خونی، بی اشتهایی و گاستروآنتریت بوده است و نتایج به دست آمده با مطالعات انجام شده به وسیله اردهالی و البرزی مشابهت دارد [۲، ۷ و ۱۰]. تب و بزرگی طحال در هر دو تحقیق شایع ترین علائم بوده و گاستروآنتریت کمترین شیوع را داشته است .

با توجه به مطالب گفته شده پیشنهاد می شود که در برنامه های خدمات بهداشتی درمانی به منظور تسهیل در شناخت دقیقتر و بهتر بیماری، به مناطقی که شرایط جغرافیایی ، آب و هوا و دیگر عوامل مؤثر زمینه را برای شیوع آن فراهم می سازد، توجه بیشتری شود و عملیات میدانی در این راستا صورت گیرد تا ضمن پیشگیری، درمان به موقع انجام شود. بعلاوه انجام پروژه های تحقیقاتی به منظور شناسایی مخازن و حامل های این بیماری در مناطق مختلف ضروری به نظر می رسد .

### تشکر و تقدیر

از عزیزان دانشجو که در جمع آوری اطلاعات همکاری صمیمانه داشته اند کمال تشکر را داریم .

# An Epidemiologic Study of Kala azar among the Children Admitted in Yasuj Beheshti Hospital (1375-1378)

Ebrahimi S,<sup>\*</sup>  
Pourmahmoodi A,<sup>\*\*</sup> Malekzadeh  
J M,<sup>\*\*</sup>  
Haghbin S,<sup>\*</sup>  
Khosravani A.<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Assistant Professor of Pediatrics, Yasuj University of Medical Sciences

<sup>\*\*</sup>MSc in Nutrition, Yasuj University of Medical Sciences

<sup>\*\*\*</sup>MSc in Laboratory Sciences, Yasuj University of Medical Sciences

## KEY WORDS:

Kala – azar,  
Distribution of disease,  
Children

## ABSTRACT

**Introduction & objective:** Visceral leishmaniasis (Kala azar), a systemic infectious and life threatening disease of childhood, can be easily diagnosed and treated provided that there is enough knowledge about it; otherwise, 90 –95% of patients may die due to severe, acute complications such as bleeding and opportunist infections. Following the incubation period and onset of clinical manifestations, the disease exhibits itself in the form of recumbent regular fever, weight loss, weakness, edema, anemia and hepato splenomegaly. Although the disease is potentially fatal, it is preventable and curable. This study aims at determining the distribution and clinical manifestations of kala azar among the admitted child patients in Yasuj Shahid Beheshti Hospital.

**Materials & Methods:** This retrospective and descriptive research was carried out on 57 patients, admitted in pediatric ward of the hospital during 1375-1378. Demographic information and clinical manifestations were obtained from files through simple sampling and analyzed using SPSS.

**Results:** This study showed that the majority of patients (66.7 %) were male. The average age of the patients was  $2.67 \pm 1.86$  years. The highest rate of the disease (24.5%) belonged to Yasuj. Most cases (43.3%) occurred in spring time and the fewest cases in winter. The commonest clinical manifestations were fever (84.2%), splenomegaly (77.2%) and hepatomegaly (75.4%).

**Conclusion:** Taking into account the findings of the study, it seems necessary to carry out a screening study on children living in the regions susceptible to the disease because of climatic and geographical conditions. In this way, prevention and treatment can be facilitated.

## REFERENCES:

- [1] Richard D . Leishmania Species. Principles & practice of infectious disease . 1995 ; 2428 - 39.
- [۲] اردهالی - ص . تعریف و تاریخچه لیشمانیوز ، انگل لیشمانیا و لیشمانیوزها . چاپ دوم . تهران : مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۷۰ ؛ ۳۰ .
- [3] Edrissian GH . Special programe for research and training in tropical dx , WHO tropical dx research programe. 63th programe report 1997 ; 102 .
- [4] Edrissian GH , Nadim A , et al. Visceral leishmaniasis, The Iranian experience. Arch Iran med 1998 ; 1: 22-26.
- [۵] صادقی - ا ، صابری - م . لیشمانیوز احشایی یا کالآزار . انگل لیشمانیا و لیشمانیوزها . چاپ دوم . تهران: مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۷۳ ؛ ۸۷-۱۰۱ .
- [6] Edrissian GH. Visceral leishmaniasis in Iran and role of serological test in diagnosis and epidemiological study. parasitology for the 21 th century 1996 ; 63-70.
- [۷] اردهالی - ص . بیماریزایی انگل لیشمانیا و لیشمانیوزها. چاپ دوم . تهران: مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۷۳ ؛ ۳ - ۴۵ .
- [8] Alborzi A, Tabaee Zadeh N , et al . kala azar in sauth Iran. First internat cong geog med 1986 ; 38.
- [9] Alborzi A, Tabaee Zadeh N , et al . kala azar in sauth Iran. MD thesis 1985; 84.
- [10] Russell DG. Protozoal and helmental immunity Roit Immunology. 1998 ; 304 - 325.

