

## بررسی بیماریهای قارچی شایع در پرستل نیروی دریایی سپاه در سواحل خلیج فارس و دریای خزر

محمد علی افشاری M.Sc.

آدرس مکانی: دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج) - دانشکده پزشکی - گروه میکروبیولوژی

### مقدمه

دریاچه ارومیه شیوع فراوان داشته و در فلات مرکزی نیز دیده می‌شود. بیماری به نژاد و شغل بستگی زیادی نداشته ولی بیشتر مردان جوان را مبتلا می‌سازد که علت آنرا ناشی از بالای بودن میزان دهیدرانستوسترون در پوست پسران نوجوان می‌دانند که به افزایش ترشح سبوم منجر می‌شود.

هدف اصلی از مطالعات اپیدمیولوژیکی، یافتن راههای بهتر جهت پیشگیری از بروز بیماریهاست. در حال حاضر هیچ نوع واکسن مؤثر برای انسان وجود نداشته و موازین بهداشتی نیز بندرت و بصورت موردی رعایت نشده‌اند [۲].

### روش و موارد

این مطالعه که در طول یکسال و در استانهای بوشهر، هرمزگان و گیلان و مازندران صورت گرفت ۱۰۶۷ نفر براساس فرمول در کل مناطق انتخاب شد.

افراد تحت بررسی پرستل شاغل در نیروی دریایی سپاه بودند و در مراجعه به پادگانها و مراکز تجمع آنان از افراد موجود معاینه بعمل آمده و در صورت وجود ضایعات مشکوک به بیماریهای قارچی نمونه برداری با وسایل مخصوص نمونه گیری انجام می‌گردد.

پرسشنامه‌ای نیز از فرد تکمیل می‌شد. نمونه‌های بدست آمده در پاکت‌های مخصوص جمع آوری و با ثبت مشخصات بیمار جهت انتقال به آزمایشگاه نگهداری می‌گردید. در آزمایشگاه از نمونه‌های بدست آمده آزمایش مستقیم و در صورت نیاز کشت انجام می‌شد و نتایج حاصله ثبت می‌گردید. نمونه‌های مشکوک به تپیه آورسیکالر که با نوار چسب اسکاچ تهیه شده بود بدون هیچ گونه رنگ آمیزی با بزرگ نمایی ۴۰

دانشمندان علوم بیولوژی تا کنون بیش از ۶۹۰۰۰ گونه قارچ را توصیف نموده و شناخته‌اند ولی تخمین زده می‌شود که تعداد گونه‌های قارچی شناخته شده و ناشناخته حدود یک و نیم میلیون باشد که از این مقدار تنها تعداد محدود و نسبتاً کمی برای انسان بیماریزا بوده و قادرند یک فرد سالم را بیمار نمایند و تعدادی نیز در افرادی که دچار اختلال در سیستم ایمنی باشند بیماریهای وخیم ایجاد می‌کنند این قارچها بعنوان پاتوژنهای فرصت طلب قلمداد شده و بالغ بر ۴۰۰ گونه می‌باشند [۱].

محققین عوامل زمینه‌ای بسیاری را در بیماریزایی قارچهای مولد بیماریهای قارچی سطحی دخیل می‌دانند استرس، عفونتهای مزمن، فقر بهداشتی، تعریق فراوان یا هیپریدروز، سوء تغذیه، پوششهای تنگ و نایلونی و... از جمله عوامل مستعدکننده جهت ابتلاء به بیماری می‌باشند. عفونت از طریق لباسهای عاریتی، استفاده از وسایل حمام مشترک، شناکردن در آبهای راکد، استخرهای عمومی و سرپوشیده و تماسهای نزدیک و مستمر به افراد دیگر سرایت می‌کند. انسیدانس بیماری در اثر تماس مستقیم کمتر، ولی شیوع بیماری در افراد یک خانواده و ساکنین مجتمع‌های شبانه روزی مثل سربازخانه‌ها بیشتر می‌باشد.

بیماریهای قارچی سطحی بویژه تپیه آورسیکالر انتشار جهانی داشته و در آب و هوای گرم و مرطوب مناطق حاره و تحت حاره به وفور دیده می‌شود. در این مناطق میزان شیوع بین ۵۰-۵ درصد گزارش شده است. در ایران پتربازیس ورسیکالر در مناطق گرم و مرطوب جنوبی (بندرعباس، بوشهر، کازرون، آبادان و اهواز) و سواحل دریای مازندران و نواحی جنوب

میکروسکوپ بررسی می‌گردید و در صورت مشاهده عناصر خوشه انگوری مثبت تلقی می‌شد.

نمونه‌های مشکوک به اریتراسما که به صورت تراشیدن با بیستوری گرفته شده بود بصورت گسترش نازک، لام تهیه و پس از رنگ آمیزی با بلودومیلین در زیر میکروسکوپ با بزرگنمایی ۱۰۰ بدنیال عناصر کوکسی و باسیلی شکل گردیده با مشاهده آن لام مثبت اعلام می‌شد و در خصوص پیترسپوروزیس نیز همانند اریتراسما رفتار می‌شد و تنها فوق آن مشاهده عناصر گلابی شکل به تعداد ۸-۷ عدد بود که آنرا مثبت می‌نمود. در مورد نمونه‌های مشکوک به درماتوفیتوزیس نیز پس از انجام آزمایش مستقیم، گشت نیز صورت می‌گرفت.

### نتایج

در این بررسی از مجموع ۱۰۶۷ نفری که تحت معاینه قرار گرفتند ۱۲۷ نفر (۱۲٪) دارای ضایعاتی مشکوک به بیماریهای قارچی بودید که از آنان نمونه برداری بعمل آمد. از آن تعداد پس از انجام آزمایش مستقیم ۷۹ نفر (۶۲٪) مبتلا به بیماریهای قارچی بودند که نسبت به کل جمعیت تحت بررسی (۷/۴٪) می‌باشد.

از تعداد کل مبتلایان به بیماریهای قارچی تعداد ۵۰ نفر (۶۳٪) مبتلا به تینه آورسیکالر ۲۲ نفر (۲۷٪) به پیترسپوزوزیس و ۸ نفر (۱۰٪) به اریتراسما مبتلا بودند. افراد تحت بررسی از نظر سن (جدول ۱)، دفعات استحمام (جدول ۲) و بر حسب محل اقامت (جدول ۳) نیز مطالعه گردیدند که در جداول پیوستی نتایج آن آمده است. از نظر بیماری درماتوفیتوزیس در هیچ کدام از پرسنل پس از انجام آزمایش مستقیم و گشت نمونه مثبتی مشاهده نگردید.

### بحث

در این بررسی ۷۹ نفر (۷/۴٪) از مجموع ۱۰۶۷ نفر دچار بیماری قارچی بودند که بیشترین بیماری در ۵۰ نفر (۶۳٪) تینه آورسیکالر بود. و بیشترین آلودگی نیز در گروه سنی (۲۴-۲۰) ساله (۵۳٪) بود. در مطالعه‌ای که در ایران و سایر نقاط جهان نیز صورت گرفته است نظیر مطالعه کوماری در هند [۳]

که بیشترین ابتلا در مطالعاتش بیماری تینه آورسیکالر در گروه سنی (۱۳-۱۱) ساله بوده است و دی سیلوریو [۴] در مطالعه‌ایکه انجام داده گروه سنی (۳۰-۲۱) ساله و بیماری تینه آورسیکالر را گزارش کرده است. در بررسی قهری-محمد [۵] که بر روی رزمندگان جنوب کشور در سال ۶۷ انجام داده است بیماری تینه آورسیکالر در گروه (۲۵-۲۰) ساله را مشاهده نموده است در بررسی عسگری و شیدفر [۶] که در بندرعباس انجام شده و صمصام - شریعت [۷] در اصفهان و کازرون و رفیعی عبدالله [۸] در خوزستان تینه آورسیکالر بیشترین ابتلا ۳۰ نفر (۳۸٪) را در مطالعاتشان داشته است. در این بررسی از نظر میزان دفعات استحمام بیشترین ابتلا در افرادی بود که دویار در هفته استحمام می‌نمودند که با مقایسه آن با مطالعات قبلی که بر روی جانبازان [۹] و زندانیان [۱۰] انجام شده و حاکی از آن است که بیشترین درصد آلودگی در افرادی بوده که حداکثر هفته‌ای یک بار استحمام می‌نموده‌اند.

از نظر محل اقامت در بررسی انجام شده بیشترین ابتلا در افرادی که در آسایشگاه ساکن بودند ۵۱ نفر (۶۵٪) مشاهده شد که با مقایسه انجام شده با بررسیهای قبلی انجام گرفته بر روی جانبازان (۹) زندانیان زندان فصر (۱۰)، زندانیان زندان اوین (۱۱) و پادگانهای سپاه تهران (۱۲) درصد ابتلا در افرادی که در آسایشگاه اقامت داشته‌اند بطور معنی داری بیشتر از سایرین بوده است. با مقایسه این بررسی با مطالعات مشابه توسط سایر محققین تطابق آنها را می‌توان مشاهده نمود.

پیشنهادات. در طی این بررسی با توجه به نتایج حاصله لازم است چند پیشنهادات و راهکارهایی جهت کاهش میزان بروز و شیوع بیماریهای قارچی ارائه گردد.

۱. در نواحی گرمسیری و شرجی که رطوبت هوا زیاد است فعالیت نیز مزید بر علت گردیده تا تعریق که جزو فاکتورهای مستعد کننده ابتلا به بیماریهای قارچی است به حداکثر خود برسد لذا استحمام روزانه می‌تواند کمک شایانی به کاهش ابتلا به بیماریهای قارچی سطحی نماید.
۲. جوشاندن لباسهای زیر برای از بین بردن عوامل بیماریزا در افراد مبتلا برای جلوگیری از عود مجدد ضروریست.
۳. عدم استفاده از وسایل شخصی دیگران بخصوص ملحفه و

جدول ۱: توزیع فراوانی ابتلا به بیماریهای قارچی بر حسب سن

درصد	ابتلا	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	فراوانی	
													کل افراد	سن
۱۴٪	۱	۱۹٪	۲	۱۹٪	۱	۱۵٪	۴	۱۵٪	۴	۱۵٪	۶۲	زیر ۲۰ سال		
۲۴٪	۳	۵۲٪	۱۲	۵۶٪	۲۷	۵۳٪	۳۲	۵۳٪	۳۲	۵۳٪	۵۳۲	۲۰-۲۴		
۲۸٪	۲	۲۳٪	۵	۱۸٪	۹	۲۰٪	۱۶	۲۰٪	۱۶	۱۹٪	۲۱۰	۲۵-۲۹		
۰	۰	۱۲٪	۳	۲۰٪	۱۰	۱۷٪	۱۳	۱۸٪	۱۳	۱۸٪	۱۹۲	۳۰-۳۴		
۱۲٪	۱	۰	۰	۱۵٪	۳	۱۵٪	۲	۱۵٪	۲	۱۵٪	۶۲	۳۵-۳۹		
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷	۴۰ به بالا		
۱۰۰٪	۷	۱۰۰٪	۲۲	۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۷۹	۱۰۰٪	۷۹	۱۰۰٪	۱۰۴۷	جمع		

جدول ۲: توزیع فراوانی ابتلا به بیماریهای قارچی بر حسب دفعات استحمام

درصد	ابتلا	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	بیماری	درصد	فراوانی	
															کل افراد	دفعات استحمام
۱۰٪	۰	۱۵٪	۱	۱۵٪	۳	۱۵٪	۲	۱۵٪	۲	۱۵٪	۸۳۰	روزانه				
۱۲٪	۱	۱۲٪	۲	۲۰٪	۱۵	۲۴٪	۱۵	۲۴٪	۱۵	۲۶٪	۲۹۸	بکثرت در میان				
۱۹٪	۲	۲۵٪	۱۰	۲۸٪	۱۴	۳۳٪	۱۵	۳۳٪	۱۵	۳۴٪	۳۶۲	هفتای سه بار				
۵۷٪	۲	۳۶٪	۸	۳۶٪	۱۸	۳۸٪	۲۰	۳۸٪	۲۰	۴۰٪	۳۲۲	هفتای دوبار				
۱۰۰٪	۷	۱۰۰٪	۲۲	۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۷۹	۱۰۰٪	۷۹	۱۰۰٪	۱۰۴۷	جمع				

۵. معاینات دوره‌ای افراد توسط بهداری رده‌ها برای پیدا کردن مبتلایانی که یا منوجه بیماری خود نیستند یا به دلایل مختلف از مراجعه به درمانگاه خودداری می‌کنند. ضروری به نظر می‌رسد.

**تقدیر و تشکر.** از فرماندهی بهداری نیروی دریایی سپاه و سایر مسؤولین وقت بهداری در ستاد نیرو و مناطق یکم و دوم دریایی و پادگان سیدالشهداء زیباکنار و دانشکده علوم فنون چالوس، برادر احمدی مسؤول بهداشت دانشکده، رضا گائینی و خانم مختاری سپاسگزارم.

**References**

1. Faergeman J, Fredrikson T (1982). Tinea versicolor some new aspects and etiology pathogenesis and treatment. Int J Dermatol; 21(8): 391-3.
۲. زینی فریده، امیر سیدعلی مهدی، مسعود امامی (۱۳۷۷). فارچ شناسی پزشکی جامع، چاپ اول، دانشگاه تهران، صفحات ۶۴-۳۲.
3. Comari M (1980). Tinea versicolor. Int J Dermatol; 2: 85-86.
4. Di silverio A, Mos ca M (1989). 5 Uperficial mycoses of served at the department of dermatology of the university of pavia. Mycopathologia Jan; 105(1): 11-17.
۵. فهري محمد (۱۳۶۷). بررسی و مطالعه عفونتهای قارچی در محروبین و مصدومین شیمیایی، پایان نامه، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، صفحات ۶۸-۵۷.
۶. عسگری منوچهر، شیدفر محمدرضا (۱۳۵۱). بررسی بیماریهای قارچی جلدی در بندرعباس، مجله بهداشت ایران سال اول، شماره ۳، صفحات ۴۵-۴۰.
۷. صمصام شریعت (۱۳۴۸). بررسی اپیدمیولوژیک تینه آورسیکالر در تکاب، اصفهان و کازرون، پایان نامه، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، صفحات ۳۹-۳۵.
۸. رفیعی عبدالله (۱۳۶۷). بررسی و مطالعه بیماریهای قارچی جلدی شایع در خوزستان، پایان نامه، دانشگاه تربیت مدرس، صفحات ۸۲-۷۸.
۹. افشاری محمدعلی (۱۳۶۹). بررسی بیماریهای قارچی سطحی و جلدی در جانبازان شهر تهران، پایان نامه، دانشگاه تربیت مدرس، صفحات ۳۸-۳۴.
۱۰. نصیری کاشانی محمد جواد (۱۳۶۷). بررسی بیماریهای قارچی در زندان قصر، پایان نامه، دانشگاه تربیت مدرس، صفحات ۷۵-۷۲.
۱۱. یزدان‌پرست سیدامیر (۱۳۶۷). بررسی تینه آورسیکالر در زندانهای تهران، پایان نامه، دانشگاه تربیت مدرس، صفحات ۴۵-۴۳.
۱۲. مقیم حسن (۱۳۶۷). بررسی بیماریهای قارچی در تجمع نظامی تهران، پایان‌نامه، دانشگاه تربیت مدرس، صفحات ۶۹-۶۵.

جدول ۳. توزیع فراوانی ابتلا به بیماریهای قارچی بر حسب اوقات

محل اوقات	فراوانی	کلی افراد	درصد	بیمار	درصد	تینه آورسیکالر	درصد	پیتروسیپوروزیس	درصد	اریتراسما	درصد
آسایشگاه		۶۶۰	۷۶٪	۵۱	۷۵٪	۳۳	۶۶٪	۱۳	۵۹٪	۴	۵۷٪
مدرک		۴۰۷	۴۸٪	۲۸	۳۵٪	۱۷	۴۲٪	۹	۴۱٪	۳	۴۴٪
مجموع		۱۰۶۷	۱۰۰٪	۷۹	۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۲۲	۱۰۰٪	۷	۱۰۰٪

۴. پتو در آسایشگاه باید رعایت شود.  
 ۴. درمان کامل افراد مبتلا و رعایت بهداشت فردی توسط تمامی افراد و بالخصوص افراد مبتلا برای جلوگیری از شیوع بیماری لازم است.