

بررسی اپیدمیولوژیک، بالینی و پاراکلینیکی بیماران مبتلا به کیست هیداتیک بستری شده در بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، شهید مدرس و دکتر شریعتی تهران در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۱

چکیده

زمینه: کیست هیداتیدیک بیماری انگلی مشترک انسان و حیوان است. این مطالعه با هدف بررسی اپیدمیولوژیک ابعاد مختلف این بیماری در طی سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ در سه بیمارستان بزرگ تهران انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی، پرونده ۱۲۷ بیمار که در بیمارستان‌های مذکور با تشخیص نهایی کیست هیداتیک تحت مراقبت و درمان قرار گرفته بودند به روش تمام شماری بررسی شد و اطلاعات مورد نظر از قبیل سن، جنس، شغل، محل سکونت، روش تشخیص بیماری، روش درمان، شکایت اصلی بیمار و عضو درگیر بیمار در فرم ثبت اطلاعات وارد و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ این اطلاعات تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: ۵۰/۴ درصد بیماران مرد و ۴۹/۶ درصد آنان زن بودند و ۲۲/۶ درصد آنها در سنین ۲۶ تا ۳۵ سالگی قرار داشتند. شغل ۳۹/۴ درصد از زنان حاضر در مطالعه خانه‌دار بود. ۷۱ درصد بیماران شهر نشین و ۲۹ درصد آنها ساکن روستا بودند. در ۷۶/۸ درصد بیماران عضو مبتلا کبد بود. در ۱۷/۴ درصد بیماران عود بیماری رخ داده بود. ۵/۱ درصد کیست‌ها دچار پارگی شده بود. ۱۶ درصد بیماران دچار لارومی شده بودند. ۵۳/۳ درصد از مواردی که سرولوژی بیمار بررسی شده بود نتیجه مثبت داشتند. در همه مواردی که سونوگرافی یا سی تی اسکن انجام شده بود نتیجه مثبت اعلام شده بود ولی فقط ۳۰ درصد از موارد بررسی شده با رادیوگرافی قفسه سینه مثبت بودند. شکایت اصلی غالب بیماران (۳۸/۴ درصد) تنها درد شکم بود. در ۸۲/۳ درصد موارد بیمار با روش جراحی باز و در ۱۱/۱ درصد موارد با روش دارویی و در ۶/۱ درصد موارد از طریق تخلیه کیست با هدایت وسایل رادیولوژی درمان شده بودند.

نتیجه‌گیری: برای پیشگیری از بروز آن باید سطح آگاهی عموم مردم از بیماری افزایش یابد و ارگان‌های مسئول در مورد پاکسازی حیوانات اهلی و وحشی و سالم‌سازی سبزیجات، اقدامات جدی به عمل آورند. از طرفی گزارش‌دهی بیماری به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به طور کامل و صحیح انجام نمی‌شود.

واژگان کلیدی: کیست هیداتیدیک، بیماری مشترک انسان و حیوان، اکتینوکوکوس، اپیدمیولوژی



دکتر حاتمی حسین ۱

دکتر خجسته محمدرضا ۲*

دکتر خداکریم سهیلا ۳

۱- دانشیار گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- پزشک عمومی، پژوهشگر

۳- استادیار گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی نویسنده مسؤول: تهران، بلوار دهکده المپیک، شهرک چشمه، خیابان گلها، بعد از میخک غربی، پلاک ۱۱

تلفن: ۰۲۱-۴۴۷۰۱۹۵۰

نشانی الکترونیکی:

dr_khojasteh@yahoo.com

مقدمه

کیست هیداتیک یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌هایی است که انسان را مبتلا می‌کند و در اثر آلودگی با مرحله لاروی انگل اکینو کوکوس گرانولوزوس ایجاد می‌شود. این بیماری مشترک بین انسان و دام است [۱]، انتشار جهانی داشته و موجب درگیری وسیع آدمیان و در صورت عدم درمان مناسب موجب مرگ انسان می‌شود [۲]. مناطقی از جهان که شیوع بالایی از این بیماری را دارند عبارتند از جنوب استرالیا، نیوزیلند، آفریقا، یونان، اسپانیا و خاورمیانه [۱]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، ایران جزء کشورهای با آلودگی متوسط است. عفونت ناشی از اکینو کوکوس یک بیماری بازپدید و چالش جدی برای سلامت عمومی محسوب می‌شود. میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری بین ۲ تا ۴ درصد است. هزینه ناشی از بار بیماری در دنیا سالانه ۴/۱ میلیارد دلار است که ۴۶ درصد از این مبلغ مربوط به هزینه درمان و ناتوانی‌های به دنبال بیماری است و بقیه هزینه‌هایی است که به صنعت دامپروری تحمیل می‌شود [۳]. با آنکه اکینو کوکوس در کشورهای واقع در منطقه مدیترانه شرقی آندمیک است اطلاعات و آمار منسجمی از بیماری در این منطقه وجود ندارد. شیوع سرولوژی مثبت این بیماری در گروه‌های مورد مطالعه در غرب و جنوب غرب ایران بین ۲ تا ۱۸ درصد بوده است [۴]. بر اساس مطالعات انجام شده، در ایران میزان آلودگی به کیست هیداتیک در دام‌های کشتار شده طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۶، معادل ۶/۷۳ درصد بوده و هر سال نسبت به سال قبل روند افزایشی داشته است. همچنین متوسط بروز پنج ساله موارد انسانی در کشور ۱۱/۳ در صدهزار جمعیت ایران بوده است که این عدد در استان‌های شرقی کشور به ۶۳/۶ در صدهزار نفر می‌رسد. میزان خسارت‌های اقتصادی وارد شده به دامپروری در سال‌های ۸۱ تا ۸۶ حدود ۷۶ میلیارد ریال برآورد شده است [۵]. آمارهای موجود در مرکز مدیریت بیماری‌های کشور حاکی از آن است که بروز این بیماری در کشور در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ حدود ۰/۸۲ درصد هزار نفر بوده است که با نتیجه سایر مطالعات اختلاف واضحی دارد [۶]. سازمان بهداشت جهانی در بعضی مناطق با شیوع بالای بیماری پروفیلاکسی دارویی را توصیه می‌کند [۳] در حالی که طبق پروتکل درمان بیماری در ایران، درمان میکال برای بعضی از بیماران به کار می‌رود [۷].

بررسی سرواپیدمیولوژیک بیماری در مناطق مختلف کشور نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد به طوری که آلودگی افراد بررسی شده

در شمیرانات فقط ۰/۲۲ درصد بوده است [۷] در حالی که این میزان در شهرستان یاسوج ۲ تا ۱۸ درصد گزارش شده است [۴]. بر اساس مطالعات انجام شده، در ایران میزان آلودگی به کیست هیداتیک در دام‌های کشتار شده طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۶، معادل ۶/۷۳ درصد بوده و هر سال نسبت به سال قبل روند افزایشی داشته است. همچنین متوسط بروز پنج ساله موارد انسانی در کشور ۱۱/۳ در صدهزار جمعیت ایران بوده است که این عدد در استان‌های شرقی کشور به ۶۳/۶ در صدهزار نفر می‌رسد. میزان خسارت‌های اقتصادی وارد شده به دامپروری در سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۶ حدود ۷۶ میلیارد ریال برآورد شده است [۵]. طبق آمار به دست آمده از یک مطالعه در سال ۱۳۹۰، ۴/۳۴ درصد از گوسفندان و ۹/۹۱ درصد از گاوهای کشتار شده در یکی از کشتارگاه‌های تهران آلوده به کیست هیداتیک کبد بوده‌اند که زیان مالی ناشی از آن بالغ بر ۲۰۳۰۰۰۰۰۰۰ ریال است [۱۸]. این در حالی است که در مطالعه‌ی مشابه دیگری که در سال ۱۳۸۹ در شهر آمل انجام شد میزان آلودگی کبد دام‌های ذبح شده به کیست هیداتیک ۱۸/۶ درصد ذکر شده است [۱۹]. طبق آمار اداره بیماری‌های زئونوز مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ مجموعاً ۱۲۱۱ مورد بیمار مبتلا به کیست هیداتیک در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ثبت و گزارش شده‌اند. در سال ۱۳۹۰ بالاترین بروز بیماری در استان همدان با ۲/۶ درصد هزار و در سال ۱۳۹۱ بالاترین بروز بیماری در استان چهارمحال و بختیاری با ۲/۱ درصد هزار بوده است [۶]. بررسی سرواپیدمیولوژیک بیماری در مناطق مختلف کشور نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد به طوری که آلودگی افراد بررسی شده در شمیرانات فقط ۰/۲۲ درصد بوده است [۸] در حالی که این میزان در شهرستان یاسوج ۲ تا ۱۸ درصد گزارش شده است [۴] و در شهر زاهدان ۲/۴ درصد بوده است [۲۲]. با توجه به وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی شهرستان تهران و مهاجرت جمع کثیری از افراد ایرانی و مهاجرین خارجی به این منطقه که عموماً از سطح اقتصادی اجتماعی متوسط تا پایین برخوردارند و منجر به گسترش حاشیه‌نشینی شده است، همین‌طور امکان دسترسی محدود این افراد به پزشکان متخصص و مراکز درمانی مجهز خصوصی و دولتی که موجب تشخیص دیر هنگام بیماری و گسترش آلودگی می‌شود، همچنین وجود فرهنگ روستایی در این نواحی و نگهداری و پرورش دام در حاشیه شهر و حتی ذبح غیرقانونی و عرضه دام زنده در مناطق شهری تهران، و نیز شیوع بالای این بیماری در



مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و بر اساس آزمون‌های آماری توصیفی نظیر کای-اسکور، کروسکال-والیس، من-ویتنی داده‌های پرونده بیماران مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. از جهت معیار ورود به مطالعه جمعیت مورد مطالعه، کل بیمارانی را شامل بود که در بازه زمانی دوساله ۹۰-۹۱ در بیمارستان‌های مذکور، بستری و با تشخیص نهایی کیست هیداتیک تحت درمان قرار گرفته بودند. مواردی که تشخیص قطعی نداشتند یا موردی جز کیست هیداتیک گزارش شده بود از مطالعه حذف شدند. در مورد هر بیمار متغیرهایی که مورد بررسی قرار گرفت عبارت بود از: سن، جنس، شغل، محل سکونت، ارگان درگیر، شکایت اصلی بیمار، نتیجه بررسی رادیولوژیک، نتیجه بررسی خون به روش الایزوا پیامد بیماری. همه پرونده‌های بستری بیماران مبتلا به کیست هیداتیک موجود در بایگانی مدارک پزشکی سه بیمارستان مذکور، به روش تمام شماری بررسی شد. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آنالیز تحلیلی شامل شاخص معنی‌دار و ارتباط و ضریب همبستگی در مورد متغیرها بررسی شد. موازین اخلاقی مطالعه قبل از انجام آن لحاظ گردید و در طول تحقیق رعایت شد.

سایر شهرها و روستاهای ایران، وضعیت غیر بهداشتی کاشت و پرورش سبزیجات و تره‌بار در اکثریت شهرها و روستاهای کشور از جمله در حاشیه شهر تهران و مشکل حل نشده سگ‌های ولگرد در شهرها و روستاها احتمال انتشار بیماری کیست هیداتیک را در بین ساکنین مناطق شهری و روستایی افزایش داده است. همچنین با توجه به اینکه نتایج مطالعات محدودی که در زمینه اپیدمیولوژی بیماری و تعیین شیوع آن و یا جنبه‌های تشخیصی و درمان بیماری در ایران انجام شده با یکدیگر متفاوت‌اند، و اینکه اکینوکوکوزیس بیماری آندمیک منطقه خاورمیانه است، همچنین عدم گزارش‌دهی دقیق و کامل مراکز درمانی خصوصی و دولتی در ثبت آمار واقعی این بیماری در کشور خلل ایجاد کرده است انجام مطالعات گسترده دیگر بر روی جوانب مختلف بیماری لازم و ضروری به نظر می‌رسید. هدف از انجام این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک، بالینی و پاراکلینیکی بیماران مبتلا به کیست هیداتیک بستری شده در سه بیمارستان بزرگ شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۰ بود.

روش کار

این بررسی یک مطالعه اپیدمیولوژیک توصیفی مقطعی (Existing Data Study) است که در آن پرونده ۱۳۷ بیمار مبتلا به کیست هیداتیک بستری شده در سه بیمارستان امام خمینی (ره)، شهید مدرس و دکتر شریعتی تهران در یک بازه زمانی دو ساله (۱۳۹۱-۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفت. طبق تعاریف عملیاتی مفاهیم اصلی، بیماری زئونوز بیماری مشترک بین انسان و حیوان است و کیست هیداتیک بیماری عفونی ویژه سگ سانان که انسان به صورت اتفاقی به آن مبتلا می‌شود و با ظهور کیست در اغلب اعضای بدن و عوارض ناشی از ایجاد کیست شناخته می‌شود. همچنین اکینوکوکوس گرانولوزوس انگل عامل ایجاد کیست در بیماری کیست هیداتیک است [۳]. در این مطالعه ابتدا با مکاتبه با بیمارستان‌های مربوطه امکان دسترسی به پرونده بستری بیماران فراهم شد سپس اطلاعات مربوط به متغیرهای مورد نظر (سن، جنس، محل سکونت، شغل، عضو درگیر، عود بیماری، سرولوژی مثبت، سونوگرافی مثبت برای کیست، سی تی اسکن مثبت برای کیست، پارگی کیست) در فرم ثبت اطلاعات بیماران که با توجه به هدف کلی، اهداف ویژه و متغیرهای مورد نظر مطالعه تهیه و تنظیم شده بود ثبت شد. روایی و پایایی این فرم‌ها مد نظر بود و قبلاً بررسی شد. آنگاه این اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS۱۶

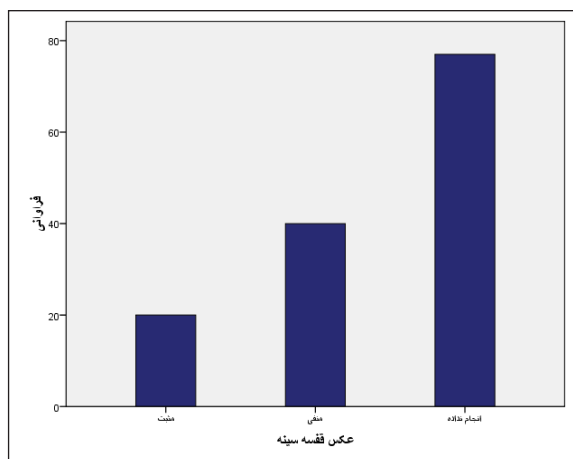
یافته‌ها

از لحاظ سنی اکثر بیماران (۲۲/۶ درصد) در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سالگی بودند در حالی که محدوده سنی بیش از ۸۶ سال کمترین فراوانی (۰/۷ درصد) را به خود اختصاص داده بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - فراوانی بیماران مبتلا به کیست هیداتیک بررسی شده بر حسب سن آن‌ها			
ردیف	گروه سنی	فراوانی	درصد
۱	۱۵-۲۵	۲۸	۲۰/۴
۲	۲۶-۳۵	۳۱	۲۲/۶
۳	۳۶-۴۵	۲۴	۱۷/۵
۴	۴۶-۵۵	۱۸	۱۳/۱
۵	۵۶-۶۵	۱۶	۱۱/۷
۶	۶۶-۷۵	۱۵	۱۰/۹
۷	۷۷-۸۵	۴	۲/۹
۸	۸۶-۹۵	۱	۰/۷

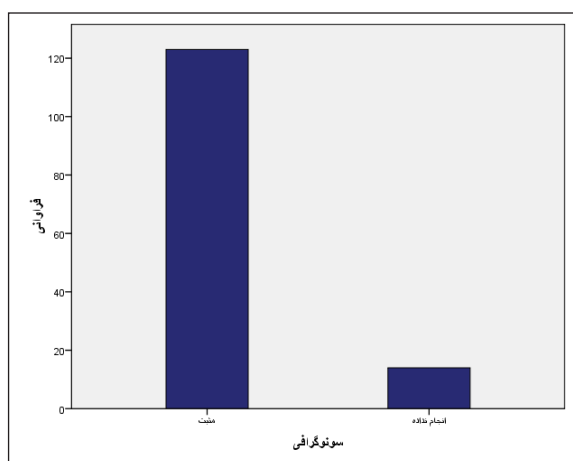
از نظر جنس بیماران، ۵۰/۴ درصد بیماران، مذکر و بقیه (۴۹/۶ درصد) مؤنث بودند. از نظر شغلی ۳۴/۵ درصد خانه‌دار، ۱۷/۵ درصد

۱۷/۴ درصد از بیماران دچار عود بیماری شده بودند. تست سرولوژی کیست هیداتیک برای ۱۵ نفر از بیماران انجام شده بود که نتیجه آن در ۵۳/۳ درصد از این بیماران مثبت بود. عکس قفسه سینه در ۳۰ درصد از بیماران حاوی شواهدی به نفع بیماری هیداتیدوز بود (نمودار شماره ۱)



نمودار شماره ۱- فراوانی و نتیجه عکس قفسه سینه در بیماران بررسی شده

در حالی که بررسی سونوگرافی در ۱۰۰ درصد از بیماران مثبت بود (نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۲- فراوانی انجام سونوگرافی و نتیجه آن در بیماران بررسی شده

همین طور بررسی سی تی اسکن در همه بیمارانی که این تست را دارا بودند برای کیست هیداتیک مثبت بود (نمودار شماره ۳).

شغل آزاد، ۱۱/۸ درصد کشاورز، ۸/۸ درصد کارگر، ۶/۶ درصد بیکار، ۵/۸ درصد دامدار، ۵/۸ درصد محصل و ۴/۴ درصد کارمند بودند (جدول شماره ۲).

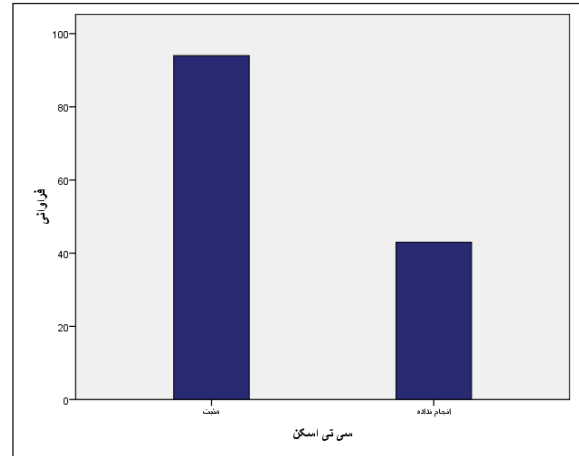
ردیف	شغل	فراوانی	درصد
۱	بیکار	۹	۶/۶
۲	کشاورز	۱۶	۱۱/۸
۳	دامدار	۸	۵/۸
۴	خانه دار	۵۴	۳۹/۴
۵	کارمند	۶	۴/۴
۶	کارگر	۱۲	۸/۸
۷	محصل	۸	۵/۸
۸	سایر	۲۴	۱۷/۵

از لحاظ محل سکونت ۷۱ درصد بیماران شهرنشین و ۲۹ درصد ساکن روستا بودند.

از جهت عضو درگیر ۷۶/۸ درصد موارد بیماری در کبد، ۱۰/۱ درصد در ریه، ۵/۱ درصد درگیری همزمان در کبد و ریه، ۲/۲ درصد درگیری در سیستم اعصاب مرکزی، ۱/۴ درصد درگیری همزمان در کبد و لوله فالوپ، ۱/۴ درصد درگیری همزمان در کبد و کلیه، ۰/۷ درصد درگیری همزمان در کبد و ریه و طحال، ۰/۷ درصد درگیری همزمان در کبد و ریه و طحال، ۰/۷ درصد درگیری همزمان در کبد و طحال، و ۰/۷ درصد درگیری همزمان در وجود داشت (جدول شماره ۳).

ردیف	عضو درگیر	فراوانی	درصد
۱	کبد	۱۰۶	۷۶/۸
۲	ریه	۱۴	۱۰/۱
۳	کبد و ریه	۷	۵/۱
۴	دستگاه اعصاب مرکزی	۳	۲/۲
۵	کبد و طحال	۱	۰/۷
۶	ریه و طحال	۱	۰/۷
۷	کبد و لوله فالوپ	۲	۱/۴
۸	کبد و کلیه	۲	۱/۴
۹	کبد، ریه و طحال	۱	۰/۷

شایع‌تر از سایر ارگان‌ها بوده و به ۷۶/۸ درصد از بیماران می‌رسد. پس از کبد شایع‌ترین محل درگیری با کیست هیداتیک در بدن ریه‌ها است که بر اساس این تحقیق این میزان به ۱۰/۱ درصد می‌رسد. از این گذشته درگیری همزمان کبد و ریه نیز با میزان ۵/۱ درصد در رتبه بعدی از نظر فراوانی است. بنابراین در بین ارگان‌های بدن، شانس ابتلای کبد به کیست هیداتیک بیشتر از سایر ارگان‌ها است. آزمون‌های ارتباط بین سن بیمار و ارگان درگیر و همچنین رابطه جنس بیمار و ارگان درگیر به روش کروسکال-والیس از نظر آماری معنی‌دار نبودند ($P = 0.08$). همان‌طور که ذکر شد در این تحقیق بروز عوارضی همچون پارگی کیست، لارومی و مرگ بیمار بررسی شد. ۵/۱ درصد از بیماران دچار پارگی کیست هیداتیک شده بودند که از عارضه‌های وخیم بیماری است و می‌تواند منجر به گسترش بیماری در سایر نقاط بدن شود. همچنین طبق تعریف، ۱۶ درصد از بیماران دچار لارومی بودند. متأسفانه در ۱/۴ درصد موارد، بیماری منجر به فوت بیمار شده بود. از نتایج تحقیق چنین دریافت شد که ۸۲/۳ درصد از بیماران به روش جراحی درمان شده بودند و برای ۱۷/۷ درصد از بیماران تخلیه کیست زیر هدایت رادیولوژی یا درمان دارویی تجویز شده بود. بنابراین همچنان انجام جراحی باز خط اول درمان در این بیماری است. در آزمون به عمل آمده به روش کای-اسکور بین سن و جنس بیماران رابطه معنی‌دار مشاهده نشد ($P = 0.09$). به همین ترتیب این آزمون برای بررسی وجود ارتباط بین سن و شکایت بیمار و همچنین سن و نوع بیماری انجام شد ولی در هر دو مورد اخیر رابطه معنی‌دار از نظر آماری موجود نبود ($P = 0.1$). در این تحقیق مشخص شد که برای همه بیماران حداقل یکی از روش‌های تشخیصی سونوگرافی، سی‌تی اسکن یا رادیوگرافی قفسه سینه درخواست شده است و در همه مواردی که سونوگرافی یا سی‌تی اسکن انجام شده است تشخیص کیست هیداتیک با توجه به علائم رادیولوژیک مطرح شده است. در حالی که در بررسی سرولوژیک بیماران فقط ۵۳/۳ درصد از موارد شواهدی به نفع بیماری داشتند. لذا برای همه بیماران تست سرولوژی درخواست نشده است ولی همه بیماران با استفاده از سونوگرافی یا سی‌تی اسکن و در بسیاری موارد عکس قفسه سینه بررسی شدند و همچنان روش اصلی برای بررسی بیماری روش‌های رادیولوژیک به ویژه سونوگرافی بود. در آزمون کای-اسکور روی داده‌های بیماران حاضر رابطه آماری معنی‌دار بین مثبت شدن نتیجه بررسی رادیولوژیک (سونوگرافی، رادیوگرافی قفسه سینه و سی‌تی اسکن) با ارگان درگیر بیمار وجود دارد ($P < 0.001$). از بین این روش‌ها، فراوانی انجام سونوگرافی از همه بیشتر و فراوانی انجام گرافی قفسه سینه از همه کمتر بود.



نمودار شماره ۳- فراوانی انجام سی تی اسکن در بیماران بررسی شده

ر بررسی شکایت اصلی بیماران، مشخص شد که اکثر آنان (۳۸/۴ درصد) فقط به علت درد شکم مراجعه کرده‌اند. ۱۷/۸ درصد با درد شکم و تب، ۱۰/۱ درصد با تنگی نفس و درد شکم، ۸/۷ درصد با سرفه و تنگی نفس، ۵/۸ درصد با درد شکم و تب و زردی، ۴/۳ درصد با درد شکم و زردی مراجعه کرده‌اند. در بقیه موارد (۱۳/۹ درصد) شکایت اصلی بیمار مواردی از قبیل سردرد و بی‌اختیاری ادرار و کاهش هشیاری، ضعف عضلات پاها، درد شکم و تب و خروج مایع از دهان و بینی، سرفه و تب، تب و زردی بوده است. در ۵/۱ درصد از بیماران پارگی کیست اتفاق افتاده بود و ۱۶ درصد از بیماران دچار لارومی بودند. ۸۲/۳ درصد از بیماران به روش جراحی درمان شده بودند و برای ۶/۶ درصد از بیماران تخلیه کیست زیر هدایت رادیولوژی انجام شده بود و در مورد ۱۱/۱ درصد از بیماران درمان دارویی تجویز شده بود. ۹۰/۵ درصد از بیماران با بهبودی ترخیص شده بودند و متأسفانه در ۱/۴ درصد بیماری منجر به فوت شده بود. ۸/۱ درصد از بیماران همچنان تحت نظر بودند.

چنان‌که از نتایج پژوهش حاضر پیدا است بروز بیماری کیست هیداتیک بر حسب متغیرهای سن، جنس و شغل افراد در جامعه قابل بررسی است. در این مطالعه بیشترین فراوانی بیماری در گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال بود. همچنین ۵۰/۴ درصد از بیماران را مردان تشکیل می‌دادند. بر اساس آزمون من-ویتنی توزیع سن بیماران مبتلا به کیست هیداتیک بین زنان و مردان یکسان است ($P = 0.07$). نتایج حاصل از آزمون کای-اسکور نشان داد بین جنس بیماران و شغل آنها رابطه وجود داشت ($P < 0.001$). در این مطالعه از نظر شغلی بخش عمده‌ای از بیماران (۳۴/۵ درصد) زنان خانه‌دار بودند. با توجه به نتایج تحقیق بروز بیماری کیست هیداتیک در کبد

بحث و نتیجه گیری

کیست هیداتیک انتشار جهانی داشته و موجب درگیری وسیع آدمیان و در صورت عدم درمان مناسب موجب مرگ انسان می شود [۲]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، ایران جزء کشورهای با آلودگی متوسط است. عفونت ناشی از اکینوкокوس یک بیماری بازپدید و چالش جدی برای سلامت عمومی محسوب می شود [۴]. در مطالعه حاضر ۱۳۷ مورد قطعی بیماری کیست هیداتیک طی یک دوره دو ساله (۱۳۹۱-۱۳۹۰) بر اساس پرونده های بیمارستانی موجود در سه بیمارستان بزرگ تهران بررسی شدند. از نظر سن، اغلب بیماران در بازه سنی ۲۶ تا ۳۵ سالگی قرار داشتند که با سایر بررسی ها در کشور از جمله مطالعه داودآبادی و همکاران در کاشان [۱۴]، مطالعه سرکاری و همکاران در یاسوج [۴] و مطالعه نوریان و همکاران در زنجان [۱۲] مطابقت دارد. شاید شیوع بیشتر این بیماری در سنین فوق به دلیل آلودگی افراد در سنین کودکی است که با توجه به رشد محدود و آهسته کیست نهایتاً در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی علامت دار می شود. در این مطالعه با کمی اختلاف، اکثریت بیماران را مردان تشکیل می دهند که این یافته شبیه نتیجه مطالعه شیرباز و همکاران در منطقه شهریار استان مرکزی [۲۱] است در حالی که در سایر مطالعات انجام شده در استان های دیگر کشور اکثریت بیماران مربوط به زنان بوده است از جمله مطالعه داودآبادی و همکاران در کاشان [۱۴]، مطالعه سرکاری و همکاران در یاسوج [۴] و مطالعه نوریان و همکاران در زنجان [۱۲] و مطالعه صالحی و همکاران در استان خراسان شمالی [۲۰]. یکی از دلایل آلودگی بیشتر زنان خانه دار به این بیماری احتمال بیشتر برخورد این افراد با مواد غذایی و سبزیجات آلوده به تخم انگل است.

اغلب بیماران (۷۱ درصد) بررسی شده در این مطالعه ساکن شهر بوده اند که نتیجه ای است مشابه مطالعه داودآبادی و همکاران در کاشان [۱۴]، که احتمالاً به دلیل تراکم بیشتر جمعیت در مناطق شهری و یا دسترسی بهتر شهرنشینان به خدمات تشخیصی و درمانی است. با توجه به اینکه تعدادی از بیماران به علت مرجع بودن بیمارستان های مورد بررسی در سطح کشور، از سایر نقاط ایران به این سه مرکز درمانی ارجاع داده شده بودند و نیز آدرس دقیق بیماران در بعضی پرونده ها ثبت نشده بود تعیین میزان بروز بیماری در شهر و استان تهران میسر نشد ولی با توجه به آمار

بروز بیماری طبق گزارش مرکز مدیریت بیماری های واگیر این میزان در استان تهران در سال ۰/۸، ۹۰ در صد هزار و در سال ۰/۴، ۹۱ در صد هزار نفر جمعیت بوده است [۶].

چنان که از آمارهای این تحقیق پیدا است ۶۷/۸ درصد از بیماران دچار کیست هیداتیک کبدی بودند و پس از کبد شایع ترین محل درگیری ریه ها (۱۰/۱ درصد) است. این آمار شبیه نتایج مطالعه داودآبادی و همکاران در کاشان [۱۴]، مطالعه سرکاری و همکاران در یاسوج [۴]، مطالعه نوریان و همکاران در زنجان [۱۲]، و دوامی و فتاحی بیات در اراک [۱۶] است. ۵۳/۳ درصد از بیمارانی که از نظر سرولوژی (الایزا) کیست هیداتیک بررسی شده بودند نتیجه مثبت داشتند که این نتیجه شبیه بررسی داودآبادی و همکاران [۱۴] در کاشان بود ولی با مطالعه ابراهیم زاده و همکاران در زاهدان [۲۲] متفاوت بود. در بررسی های رادیولوژیک بیماران نیز همه مواردی که توسط سونوگرافی و یا سی تی اسکن بررسی شده بودند و ۳۰ درصد از مواردی که با رادیوگرافی قفسه سینه بررسی شده بودند شواهد مثبت به نفع کیست هیداتیک داشتند که این یافته ها با نتایج مطالعات داودآبادی و همکاران در کاشان [۱۴] و میرشمیرانی و همکاران در تهران [۱۰] مطابقت دارد ولی با مطالعه بنکدارپور [۹] که رادیوگرافی را به عنوان بهترین وسیله تشخیصی رادیولوژیک معرفی کرده است موافق نبود. مطالعه حاضر مشخص کرد که شکایت اصلی بیماران در ۳۸/۴ درصد بیماران فقط درد شکم بوده است و پس از آن شایع ترین نشانه بیماری درد شکم و تب بوده است در حالی که در مطالعه داودآبادی و همکاران در کاشان [۱۴] درد شکم و تب و لرز شکایت غالب بیماران عنوان شده است. در مطالعه ما روی ۱۳۷ بیمار حاضر ۸۲/۳ درصد بیماران به روش جراحی باز، ۱۷/۱ درصد از بیماران به روش دارویی و ۶/۶ درصد از بیماران به روش تخلیه کیست زیر هدایت سونوگرافی درمان شده بودند در حالی که در مطالعات داودآبادی و همکاران در کاشان [۱۴] همه بیماران جراحی شده بودند. از نظر بروز عارضه (پارگی کیست، لارومی و مرگ) در مطالعه حاضر، ۱۷/۴ درصد عود، ۵/۱ درصد پارگی کیست، ۱۶ درصد لارومی و ۱/۴ درصد مرگ به دنبال ابتلا به کیست هیداتیک مشخص شد. در مطالعه سرکاری و همکاران در یاسوج [۴] میزان عود بیماری ۱۴/۳ درصد بیان شده است. در مطالعه میرشمیرانی و همکاران [۱۰] میزان عود ۰/۲ و میزان مرگ به علت بیماری ۰/۱ گزارش شده است. همین طور در مطالعه صادقیان [۱۷] میزان عود ۰/۸ و در مطالعه دوامی و فتاحی [۱۶] این میزان ۴/۱۹ درصد بوده است.

آنچه در پایان این مطالعه مشخص شد حاکی از آن است که بیماری کیست هیداتیک بومی منطقه ما است. این بیماری یک معضل بهداشتی



و دور از واقعیت است. بنابراین همانند بسیاری از دیگر بیماری‌ها باید سیستم ثبت آمار بیماری‌ها، دقیق و کارآمد شود و همه عوامل دخیل در تشخیص و درمان بیماری، خود را متعهد و ملزم به گزارش کردن بیماری به مراکز بهداشت کشور بدانند. به طور خلاصه بیماری کیست هیداتیک بومی کشور ایران است و یکی از معضلات مهم و قابل توجه بهداشتی فعلی کشور ما است.

آمار دقیق و قابل اعتماد از بیماری در دسترس نیست و گزارش بیماری به مرکز مدیریت بیماری‌ها به صورت کامل انجام نمی‌شود. سازمان دامپزشکی کشور یکی از ارگان‌های اصلی ذیربط بیماری است و مشکلات فراوان بهداشتی و اقتصادی با این بیماری در حوزه این سازمان وجود دارد. با توجه به محدودیت‌هایی که در ارتباط با این مطالعه وجود داشت به بعضی از جنبه‌های قضیه پرداخته نشد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. برای مثال می‌توان به مواردی نظیر مطالعه قبل و بعد از درمان و همچنین مقایسه با گروه شاهد یا مقایسه تشخیص اولیه بیمار با تشخیص نهایی بیماری و تعیین میزان حساسیت و ویژگی تست‌های تشخیصی پرداخت.

تقدیر و تشکر:

از مدیریت و پرسنل محترم مراکز آموزشی درمانی شهید مدرس، دکتر شریعتی و امام خمینی تهران و نیز ریاست و پرسنل محترم مرکز بهداشت شمال غرب تهران (واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر) که در روند انجام این مطالعه همکاری نزدیک داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

جدی و روز افزون است که میزان فراوانی از خسارات مادی و معنوی به دنبال دارد و ارگان‌های مختلفی از کشور در این رابطه درگیراند که در رأس آنها وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و نیز سازمان دامپزشکی کل کشور است. این ارگان‌ها ناگزیراند منابع انسانی و مادی هنگفتی را برای کنترل و درمان بیماری کیست هیداتیک در انسان‌ها و دام‌ها به کار برند که با صرف این منابع می‌توان بسیاری از سایر مشکلات بهداشتی کشور را حل کرد. چنان که مشاهده می‌شود یکی از کلیدهای حل این معضل، بالا بردن سطح آگاهی اقشار مختلف جامعه در مورد بیماری، علل ایجاد آن و چگونگی پیشگیری از بیماری است. همچنین کنترل بیماری در حیوانات در کاهش زیان‌های ناشی از بیماری بسیار مؤثر است. تولید محصولات کشاورزی و دامی سالم هم از نکات اصلی کنترل بیماری است که نیازمند ایجاد پیش زمینه‌هایی نظیر کنترل بیماری در حیوانات اهلی و حیات وحش است.

از سوی دیگر با مقایسه آمار بیماران استان تهران در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ که توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت متبوع ارائه شده و نشانگر وضعیت ثبت و گزارش بیماری در کشور است با آمار بیماران ثبت شده در سه بیمارستان شهر تهران در همان بازه زمانی مشخص می‌شود که تعداد بیماران ثبت شده در این سه بیمارستان ۱۳۷ مورد بوده در حالی که آمار موارد ثبت شده استان تهران ۱۵۱ مورد است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد قسمت اعظم بیماران، به مراکز بهداشت کشور گزارش نشده و نهایتاً ثبت نشده‌اند. کاملاً واضح است که در چنین شرایطی بدون داشتن اطلاعات پایه از گستردگی بیماری، اندیشیدن تمهیدات لازم برای مقابله با این مشکل، بی‌فایده

مراجع

- 1- Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J. L. Harrison's Principles of Internal Medicine. USA: McGraw-Hill; 18th ed, 2012: 1275.
- 2- Brunnicardi F, Anderson D, Billiar T, Dunn D, Hunter J. Schuarts's Principles of Surgery. USA: McGraw-Hill; 9th ed, 2010: 1116.
- 3- World Health Organization. First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases [Internet]. Geneva: WHO Press; 2010 [Cited 2010.1]. Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/en.
- 4- Sarkari B, Naghmachi M, Azimi S. Human cystic echinococcosis in Yasuj District in Southwest of Iran: an epidemiological study of seroprevalence and surgical cases over a ten-year period. Zoonoses and Public Health 2008; 57(2): 146-150.
- 5- Tavakoli H, Bahonar A, Jonaidi A. Epidemiology of hydatidosis disease in Iran during 1992-1996. Iranian Journal of Infectious Diseases 1998; 42(13): 67-71 (Persian).
- 6- Statistical data of Center for control of zoonotic

- diseases, Ministry of Health and Medical Education of Islamic Republic of Iran (Persian)
- 7- Nazari M, Pourmand A. Evaluation of medical treatment of hydatid cyst disease with albendazole and praziquantel. *Urmia medical journal* 2006; 17(2): 111-116 (Persian)
- 8- Farahzadi B, Gachkar L, Mosaffa N. Seroepidemiologic survey of hydatid cyst in rural area of Shemiranat and determining the efficacy of IFA test. *Pejouhesh dar Pezeshki Journal of the Faculty of Medicine of Shahid Behashti University of Medical Sciences* 2006; 30(3): 241-243 (Persian)
- 9- Bonakdarpour A. Report of 112 Cases from Iran and A Review of 611 Cases from the United States, *American Journal of Rontgenology* 1967; 99(3): 660-667.
- 10- Mirshemirani A, Khaleghnejad A, Kuranloo J, Sadeghian N. Liver Hydatid Cyst in Children (A 14-year Review). *Iranian Journal of Pediatrics* 2011; 21(3): 385-38 (Persian).
- 11- Sedaghat gohar H, Masoud J, Rokni M, Kia E. Serologic Study of Human Hydatidosis in Shahriar Area, South of Tehran 1999. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2000; 1(8): 44-49 (Persian).
- 12- Nurian A, Zargham D, Nourizadeh H. Evaluation of operated cases of hydatid cyst in Shafieeye hospital during 1984-1994. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services* 1993; 16(4): 22-28 (Persian).
- 13- Fakur S, Meshki B. Identification of specific antigen of hydatid cyst by western blotting. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Science* 1999; 14(2): 14-20 (Persian).
- 14- Davoudabadi A, Abdorahimkashi E, Khalifesoltani A, Rafiee M, Sistani M, Valaei N. Study of clinical, diagnosing, treatment and recurrency of hydatid cyst disease on 135 infected patients during 1993-2004. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences* 1995; 4(3): 33-39 (Persian)
- 15- Ghaffarifard F, Dalimi A, Zavaran A, Jalusian F. Study of antibodies against hydatid cyst antigens by immunoblot assay. *Journal of Shaeed Sadoughi University of Medical Sciences Yazd* 1994; 12(2): 33-38 (Persian).
- 16- Davami M. Evaluation of operated patients with hydatid cyst in Markazi province. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 1994; 2(5): 12-15 (Persian).
- 17- Sadeghian N. Study of 32 cases of hydatid cyst in pediatrics. *Pejouhandeh Journal* 1997; 20(5): 359-364 (Persian).
- 18- Mohammadkhan F, Ravaei R, Khanjari A, Akbari H. Study of infected live stocks with hydatid cyst, fasciolla and dicrocoeliasis during 2001. *Collection articles of 21th Iranian congress of infectious diseases* 2012; 290 (Persian).
- 19- Fallah S, Khanjari S, Fallah M, Ravaei A. Study of prevalence of hydatid cyst infection in live stocks in Amol. *Collection articles of 21th Iranian congress of infectious diseases* 2012; 288 (Persian).
- 20- Salehi M, Adineh zadeh A, Keshavarz Z. Epidemiological study of hydatid cyst infected patients which was operated in north Khorasan province hospitals during 2009- 2011. *Collection articles of 21th Iranian congress of infectious diseases* 2012; 224 (Persian).
- 21- Shirbaz S, Amini R, Damghani S. Study of hydatid cyst infection prevalence in Shahriar during 2007- 2011. *Collection articles of 21th Iranian congress of infectious diseases* 2012; 87 (Persian)
- 22- Ebrahimzadeh A, Mohammadi S, Jamshidi A. Seroprevalence of echinococcosis in Zahedan, Iran. *Articles collection book of 21st National Congress on Infectious and Tropical Diseases, Tehran, Iran; 23-19 Jan 2013*:64.

