

بررسی بیماران مبتلا به سل ریوی تشخیص داده شده در استان کردستان از سال ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۰

قباد مرادی^{۱*}، حسن افتخار اردبیلی^۲، عباس رحیمی^۳، نادر اسماعیل نسب^۴، ابراهیم قادری^۵

۱. پزشک عمومی و MPH، مدیر گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت استان کردستان
۲. استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. PHD آمار و استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. PHD اپیدمیولوژی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۵. پزشک عمومی و هماهنگ کننده سل و جذام دانشگاه علوم پزشکی کردستان

* آدرس برای مکاتبه: سندیج، خیابان آیدر، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، گروه پیشگیری و مراقبت بیماریها،
تلفن: ۰۹۱۸۳۷۳۹۲۱۵، Moradi_gh@yahoo.com
دریافت مقاله: آبان ماه هشتاد و چهار پذیرش برای چاپ: تیر ماه هشتاد و پنج

چکیده

سابقه و هدف: به رغم تمام موفقیت های بدست آمده در زمینه کنترل و پیشگیری از بیماریهای عفونی در دنیا و بخصوص در کشورهای توسعه یافته، بیماری سل هنوز هم بعنوان یک مشکل جدی بهداشت عمومی در دنیا مطرح است. این مطالعه به بررسی اپیدمیولوژیک موارد سل ریوی طی دو سال در استان کردستان میپردازد.

روش کار: در این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به سل ریوی تشخیص داده شده از ابتدای سال ۱۳۷۹ تا پایان سال ۱۳۸۰ استان کردستان بررسی شدند. اطلاعات از مراکز سل شهرستانها از روی پرونده های بیمارستانی و بهداشتی، دفاتر و در صورت نقص با مراجعه به بیمار جمع آوری شد.

یافته ها: در این مطالعه ۳۸۷ نفر شامل ۲۳۴ زن (۶۰/۵٪) و ۱۵۳ مرد (۳۹/۵٪) بررسی شدند. ۲۲۵ نفر (۵۸/۱٪) شهری و ۱۶۲ نفر (۴۱/۹٪) روستایی بودند. در مردان میانگین سن ۵۴/۸۴ سال (±۱۹/۸) و در زنان ۴۴/۹ (±۲۰/۳) بود ($P < ۰.۰۰۱$). ۲۲۵ نفر (۵۸/۱٪) اسمیر مثبت و ۱۶۲ نفر (۴۱/۹٪) اسمیر منفی بودند. میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت ۷/۳ در یکصد هزار نفر، نسبت بیماریابی موارد جدید اسمیر مثبت ۲۹٪، میزان موفقیت در درمان موارد اسمیر مثبت ۹۲٪، میزان فوت کل بیماران ۶/۲٪ و شکست درمان ۳/۵٪ بود. در این مطالعه میانگین تاخیر در تشخیص در بیماران اسمیر مثبت ۸۴/۱ (±۸۷/۳) و در بیماران اسمیر منفی ۱۷۸/۶ روز (±۲۷۷/۷) بود ($P < ۰.۰۰۱$).

نتیجه گیری: بیشتر بودن بروز سل در زنان در مقایسه با مردان فقط در چند کشور ناحیه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی شامل ایران، افغانستان و پاکستان گزارش شده است و در بقیه کشورها بروز در مردان بیشتر از زنان است. میزان بروز سل بر خلاف انتظار در جمعیت شهری بیشتر از جمعیت روستایی بود و میزان بیماریابی پایین است. میزان تاخیر در تشخیص در این مطالعه نسبت به مطالعات مشابه بالاتر بود که لازم است اطلاع رسانی مناسب به مردم و پزشکان در مورد سل انجام شود.

واژگان کلیدی: سل ریوی، بروز، کردستان

مقدمه

سل یکی از قدیمی ترین بیماریهای شناخته شده است (۱). به رغم تمام موفقیت های بدست آمده در زمینه کنترل و پیشگیری بیماریهای عفونی در دنیا و بخصوص در کشورهای توسعه یافته، این بیماری هنوز هم بعنوان یک مشکل جدی بهداشت عمومی در دنیا مطرح است. بر همین اساس بود که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ میلادی، سل را بعنوان یک فوریت جهانی اعلام کرد (۲). پاندمی ایدز و بدنبال آن همراهی سل و ایدز و اپیدمی موارد سل مقاوم به درمان، نگرانیهای موجود در خصوص سل در دنیا را افزایش داده است (۳ و ۴).

بیماری سل در ترتیب و توالی بار جهانی بیماریها در سال ۱۹۹۰ در رده هفتم بود و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ هم جایگاه خود را حفظ کند. این در صورتی است که اغلب بیماریهای عفونی در این ترتیب و توالی به رده های پائین تر سقوط کرده اند (۵ و ۱). در سال ۱۹۸۲ نظریه خوشبینانه کنترل بیماری سل تا سال ۲۰۰۰ ارائه شد. در سال ۱۹۸۵ موارد سل مجدداً در دنیا رو به افزایش نهاد و اپیدمی اول سل تحت عنوان بازگشت جهانی بیماری سل و سپس اپیدمی دوم تحت عنوان همراهی HIV و سل مطرح شد و اپیدمی سوم یعنی بروز سل مقاوم به دارو بدنبال آن ایجاد شد و در حال حاضر یک سوم مردم دنیا با باسیل سل آلوده شده اند (۶ و ۱).

در حال حاضر سالیانه حدود ۸/۴ میلیون نفر به بیماری سل مبتلا می شوند هر سال ۱/۹ میلیون مرگ بخاطر سل اتفاق می افتد. ۹۸ درصد کل موارد سل و ۹۸ درصد موارد مرگ ناشی از سل در کشور های فقیر اتفاق می افتد (۷) و بیش از ۷۰٪ موارد سل در سنین مولد بروز می یابد (۳). مهمترین علایم بالینی سل ریوی شامل سرفه و خلط مزمن، کاهش وزن، تب، بی اشتها، تعریق، تنگی نفس و درد قفسه سینه بوده و تشخیص بر اساس بررسی اسمیر خلط است (۸ و ۱).

با توجه به اهمیت بیماری سل از نظر بهداشتی و درمانی و لزوم انجام پژوهش در زمینه این بیماری به عنوان یکی از ارکان استراتژی DOTS این مطالعه انجام شد. این مطالعه به بررسی اپیدمیولوژیک موارد سل ریوی طی دو سال در استان کردستان میپردازد.

روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی انجام شد و در آن کلیه بیماران مبتلا به سل ریوی تشخیص داده شده از ابتدای سال ۱۳۷۹ تا پایان سال ۱۳۸۰ استان کردستان بررسی شد. داده های مورد نیاز از دفتر سل شهرستانها، فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماران سلی، دفاتر آزمایشگاه سل شهرستانها، کارت

درمان ، پرونده بهداشتی ، سوابق بیمارستانی و پرونده سل بیماران استخراج شد و در صورت نقص با مراجعه به بیمار موارد نقص برطرف شد. تشخیص سل در این افراد بر اساس پروتوکل کشوری بود (۳). یعنی با شک به سل از بیماران در سه نوبت اسمیر خلط گرفته میشد. اگر دو اسمیر خلط مثبت بود بعنوان سل ریوی اسمیر مثبت ثبت می شد. اگر سه نمونه خلط منفی بود و به دو هفته درمان آنتی بیوتیک وسیع الطیف جواب نمی داد ولی شواهد بالینی و رادیولوژیک به نفع سل را داشت با تأیید پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان بعنوان سل ریوی اسمیر منفی ثبت می شد. در صورتی که بیمار یک اسمیر مثبت داشت بر اساس گرافی قفسه سینه و بررسی مجدد خلط طبق پروتکل کشوری در مورد او تصمیم گیری میشد. داده ها پس از جمع آوری به نرم افزار SPSS وارد و برای تحلیل متغیرها از آزمون کای دو و تی، با حدود اطمینان ۹۵٪، استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۳۸۷ نفر شامل ۲۳۴ زن (۶۰/۵٪) و ۱۵۳ مرد (۳۹/۵٪) بررسی شدند. ۲۲۵ نفر (۵۸/۱٪) آنان شهری و ۱۶۲ نفر (۴۱/۹٪) روستایی، ۱۴۰ بیمار (۳۶/۲٪) از شهرستان سنندج، ۷۲ بیمار (۱۸/۶٪) از سقز، ۴۹ بیمار (۱۲/۷٪) از مریوان بودند. ۹۴ نفر در روستای اصلی، ۵۶ نفر در روستای قمر و بقیه در روستایی که تحت پوشش خانه بهداشت نبود زندگی می کردند. ۱۶۸ نفر (۴۳/۴٪) از بیماران توسط سیستم خصوصی، ۱۲۰ نفر (۳۱٪) سیستم بهداشتی بالاتر از سطح یک، ۸۲ نفر (۲۱/۲٪) بیمارستانهای دولتی و ۱۷ نفر (۴/۴٪) توسط بهورز ارجاع شده بودند. میانگین سنی کل بیماران ۴۸/۹ سال (±۲۰/۶)، در مردان ۵۴/۸ (±۱۹/۸) و در زنان ۴۵ سال (±۲۰/۳) و در بیماران اسمیر مثبت و اسمیر منفی به ترتیب ۴۴/۷ و ۵۴/۷ سال بود (P<۰/۰۰۱). ۱۱، ۱۰، ۳۵ و ۹۷ نفر از مردان به ترتیب در گروه های سنی کمتر از ۲۰، ۲۱ تا ۳۰، ۳۱ تا ۵۰ و بیش از ۵۰ سال قرار داشتند. پراکندگی زنان مورد مطالعه از نظر گروه های سنی مذکور به ترتیب ۳۴، ۴۸، ۵۳ و ۹۹ نفر بود (P<۰/۰۰۱). ۲۲۵ نفر (۵۸/۱٪) اسمیر مثبت و ۱۶۲ نفر (۴۱/۹٪) اسمیر منفی بودند. ۱۹۸ نفر از افراد دارای اسمیر مثبت در گروه جدید، ۲۱ نفر در گروه عود یافته و ۳ نفر در گروه با شکست درمان قرار داشتند. میانگین سن بیماران اسمیر مثبت و اسمیر منفی به ترتیب ۴۴/۷ سال (±۲۰/۶) و ۵۴/۷۳ سال (±۱۹/۳) بود (P<۰/۰۰۱).

توزیع بیماران با و بدون اسمیر مثبت خلط بر اساس علایم بالینی در جدول ۱ نشان داده شده است. اختلاف دو گروه با و بدون اسمیر مثبت خلط از نظر بی اشتها، کاهش وزن، تعریق، تب و داشتن خلط از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۲). از ۲۳۴ زن و ۱۵۳ مرد مورد مطالعه به ترتیب ۱۵۰ و ۷۵ نفر دارای اسمیر مثبت خلط بودند (P<۰/۰۰۴).

جدول ۱: توزیع بیماران با و بدون اسمیر مثبت خلط بر اساس علایم بالینی. استان کردستان ۸۰-۱۳۷۹

خستگی	سایر علایم	بی اشتهایی	درد سینه	کاهش وزن	تعریق	تب	خلط	سرفه	علایم
۴۹	۱۰۶	۹۲	۹۵	۱۴۷	۱۰۶	۲۱۳۹	۲۰۱	۲۰۷	اسمیر مثبت
(۲۱/۸)	(۴۷/۱)	(۴۰/۹)	(۴۲/۲)	(۶۵/۳)	(۴۷/۱)	(۶۱/۸)	(۸۹/۳)	(۹۲)	
۲۴	۸۱	۳۶	۵۵	۸۰	۵۲	۷۴	۱۱۴	۱۴۳	اسمیر منفی
(۱۴/۸)	(۵۰)	(۲۲/۲)	(۳۴)	(۴۹/۴)	(۳۲/۱)	(۴۵/۷)	(۷۰/۴)	(۸۸/۳)	
۷۳	۱۸۷	۱۲۸	۱۵۰	۲۲۷	۱۵۸	۲۱۳	۳۱۵	۳۵۰	جمع
(۱۸/۹)	(۴۸/۳)	(۳۳/۱)	(۳۸/۸)	(۵۸/۷)	(۴۰/۸)	(۵۵)	(۸۱/۴)	(۹۰/۴)	

انتظار در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ برای موارد سل اسمیر مثبت جدید کشور ۲۴ درصد هزار نفر بوده است. از تقسیم تعداد سل اسمیر مثبت جدید کشف شده در یک جمعیت معین به اسمیر مثبت جدید مورد انتظار، شاخصی تحت عنوان میزان کشف موارد Case Detection Rate بدست می آید. در سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ این شاخص در استان به ترتیب ۳۴ و ۲۶ درصد بوده است. یعنی طی این دو سال به ترتیب ۳۴ و ۲۶ درصد موارد سل اسمیر مثبت کشف شده اند. در اصفهان در سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱ این میزان ۲۸٪ بود (۱۰). هدف اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی کشف حداقل ۷۰ درصد موارد اسمیر مثبت است. پایین بودن این شاخص می تواند به دو دلیل باشد: اول آنکه واقعاً میزان کشف موارد در استان کم باشد. اما با توجه به اینکه در اغلب مناطق کشور میزان کشف موارد پایین است ولی در مناطق شرقی کشور میزان کشف موارد بالاتر از حد انتظار کشوری است بنظر می رسد در صورتی که سل شایع باشد موارد کشف خواهند شد و دلیل دوم ممکن است عدد مورد انتظار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی غیر واقعی و بالا باشد. با توجه به اینکه در اغلب کشورهای ناحیه مدیترانه شرقی بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان کشف موارد در سال ۲۰۰۰ بسیار پایین تر از حد انتظار بوده و با توجه به اینکه اخیراً سازمان بهداشت جهانی میزان بروز موارد انتظار اسمیر مثبت را برای کشور ایران ۱۳ در یکصد نفر اعلام کرده است ممکن است عدد اعلام شده آن سالها غیر واقعی و بالا بوده باشد. ولی بازهم بنظر میرسد میزان بیمار یابی در استان کم باشد.

میران بروز موارد جدید سل در زنان بیشتر از مردان بوده است. این وضعیت غیر از برخی استانها در کل کشور هم دیده می شود. در بندر عباس فراوانی سل ریوی در مردان ۲/۵ برابر زنان بود (۱۰). در کاشان ۵۰/۳٪ موارد سل ریوی زن و ۴۷/۹٪ مرد بود (۹). در زابل از افراد اسمیر مثبت ۶۴٪ مرد و ۵۶٪ زن (۹) و در آبادان در افراد اسمیر مثبت ۵۵٪ مرد و ۴۵٪ زن وجود داشت (۱۰). این الگو یعنی بیشتر بودن بروز سل در زنان در مقایسه با مردان فقط در چند کشور ناحیه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی دیده می شود که شامل ایران، افغانستان و پاکستان است و در بقیه کشورها بروز در مردان بیشتر از زنان است. این نکته قابل تامل است و می تواند مورد پژوهش بیشتر قرار گیرد.

میزان بهبودی در گروه دارای اسمیر مثبت خلط ۸۵٪، تکمیل درمان داشته ۷٪، فوت شده ۳٪، شکست درمان ۴٪ و غیبت یک درصد بود. ۸۲٪ بیماران بدون اسمیر مثبت خلط تکمیل درمان داشتند. میزان فوت در این گروه ۱۱٪ و غیبت ۷٪ بود. در ۱۸ نفر (۸٪) از بیماران اسمیر مثبت و ۱۳ نفر (۸٪) بیماران اسمیر منفی عارضه دارویی مشاهده شد. نسبت بیماریابی موارد جدید اسمیر مثبت ۲۹٪ و میزان بروز سل اسمیر مثبت ۷/۳ در یکصد هزار گزارش گردید. میانگین فاصله زمان بروز علایم تا تشخیص در کل برابر ۱۱۷/۵ (۱۸۴/۶+). در بیماران اسمیر مثبت ۸۴/۱ (۸۷/۳+) و در بیماران اسمیر منفی ۱۷۸/۶ روز (۲۷۷/۷+) بود ($P < 0.001$).

بحث

میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت در این مطالعه کمتر از میزان مورد انتظار سازمان جهانی بهداشت (۲۴ در یکصد هزار نفر) و بر خلاف انتظار در جمعیت شهری بیشتر از جمعیت روستایی بود. میزان بروز موارد سل ریوی در سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ در شهر به ترتیب ۸/۷ و ۶/۹ و در روستا ۷/۸ و ۵/۴ در یکصد هزار نفر بود. در زابل ۶۴٪ موارد اسمیر مثبت را روستایی و ۳۴٪ را شهری تشکیل دادند (۹). در آبادان از کل بیماران اسمیر مثبت ۸۶٪ شهری و ۱۴٪ روستایی بودند (۱۰). در پژوهشی که در شیراز در سال ۷۸ انجام شد میزان بروز سل در شهر و روستا به ترتیب ۱۱/۱ و ۵/۶ در یکصد هزار نفر بود (۱۱).

در اغلب کشورهای توسعه یافته و در بعضی از کشورهای در حال توسعه دنیا بروز سل در جمعیت های حاشیه شهری بیشتر است. علل بالا بودن بروز سل در شهر در استان کردستان ممکن است به دلایلی از قبیل فعال بودن ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت تحت پوشش در روستاها و تشخیص سریع موارد سل در گذشته، بهبود نسبی وضعیت اقتصادی مردم روستاها نسبت به گذشته، وضعیت نامناسب حاشیه نشینی در شهرها، متراکم بودن و ناهمگون بودن جمعیت در شهرها و احتمال تماس بیشتر با افراد آلوده بوده و یا میتواند از عدم کارایی سیستم بهداشتی روستاها در بیماریابی موارد جدید سل ناشی شود.

از سوی سازمان جهانی بهداشت، اعدادی بعنوان میزان بروز مورد انتظار سل اسمیر مثبت مناطق مختلف جهان پیشنهاد شده است. این عدد مورد

در چین با اجرای DOTS میزان بهبودی اسمیر مثبت ۸۹/۷٪ (۱۶) و در عربستان در فواصل سالهای ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۹ حدود ۶۹/۴٪ بود. در مطالعه ما میزان شکست درمان در افراد دارای اسمیر مثبت ۳/۵ درصد و میزان فوت در کل ۶/۲٪ بود. شکست درمان در چین در سال ۱۹۹۴ برابر ۶/۲٪ (۱۶) و در آبادان ۱۰٪ بوده است (۱۰). این میزان شکست درمان می تواند نگران کننده باشد. میزان فوت نسبت به افراد اسمیر مثبت در زابل و آبادان (۱۰) کمتر بود. نکته جالب در مقایسه نتایج درمان در انواع سل ریوی، بالا بودن میزان فوت در سل اسمیر منفی بود. احتمال اینکه بیماریهای ریوی دیگر بویژه سرطانیها با تشخیص سل اسمیر منفی درمان شوند زیاد است. در این مطالعه رابطه معنی داری بین نوع سل و تاخیر در تشخیص وجود داشت. بیماران اسمیر منفی دارای تاخیر در تشخیص بیشتری بودند. در یک مطالعه در بلژیک تاخیر در تشخیص بیماران اسمیر مثبت ۱۱۱ روز (۱۷)، در ایتالیا تاخیر در تشخیص سل ریوی ۵۵ روز (۱۸) و در انگلیس این میزان ۴۹ روز بود (۱۹). از عوامل مرتبط با تاخیر در تشخیص میتوان به میزان آگاهی مردم در مورد بیماری سل، میزان آگاهی پزشکان در مورد بیماری سل و نوع سل اشاره کرد. تاخیر در تشخیص میتواند یکی از معیارهای مهم در پایش برنامه سل یک کشور باشد. با توجه به یافته های این تحقیق موارد زیر در برنامه مراقبت سل استان کردستان پیشنهاد می شود :

۱. تقویت سیستم آزمایشگاهی سل و استفاده از کشت برای تشخیص
۲. آموزش و بازآموزی پزشکان در خصوص سل اسمیر منفی
۳. بکارگیری تعاریف استاندارد و روش مناسب بر اساس منابعی
- تشخیص مستدل برای موارد سل اسمیر منفی و خارج ریوی
۴. در نظر گرفتن زنان، به ویژه زنان خانه دار، بعنوان گروه در معرض خطر بیشتر در مقایسه با مردان
۵. توجه به سن افراد در برنامه مراقبت سل بویژه در برنامه های بیماریابی
۶. تقویت اجرای DOTS
۷. بررسی آینده نگر دلایل تاخیر تشخیص
۸. بررسی علل فوت در بیماران سل ریوی اسمیر منفی
۹. توجه به شهرها و بویژه حاشیه شهرها
۱۰. اطلاع رسانی به پزشکان در خصوص ارگانهای شایع خارج ریوی درگیر
۱۱. بررسی علل تاخیر در تشخیص سل اسمیر مثبت در مردان
۱۲. کنترل کیفی آزمایشگاه های سل
۱۳. بررسی علل پایین بودن میزان ارجاع برای تشخیص سل از سوی پرسنل شاغل در شبکه های بهداشتی درمانی به رغم پوشش بالای شبکه
۱۴. بررسی علل زیاد بودن میزان بروز سل در زنان و در جمعیت های شهری

میانگین سنی بیماران در کل ۴۸/۹ سال، در مردان ۵۴/۸ سال، در زنان ۴۵ سال ($P < 0.001$) و در بیماران اسمیر مثبت و اسمیر منفی به ترتیب ۴۴/۷ و ۵۴/۷ سال بود ($P < 0.001$). در کاشان میانگین سن سل ریوی ۴۷/۱ سال (۹) و در سمنان بیشترین گروه سنی بالای ۶۵ سال بود (۱۰). در شیراز میانگین سنی بیماران مبتلا به سل ریوی ۳۹/۶ سال و در اراک در سال ۷۶ و ۷۷ میانگین سنی بیماران در مردان ۵۶/۶ و در زنان ۵۴ سال (در روستائیان ۶۴/۶ و در شهرنشینها ۴۷/۶ سال) گزارش گردید (۱۱ و ۱۲) ولی در مطالعه ما بیشترین گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال بود و فقط ۲۳/۸٪ بیشتر از ۶۵ سال سن داشتند. در گذشته موارد سل در افراد با سن پایین بیشترین موارد را شامل میشد. ولی با بهبود شرایط بهداشتی در دنیا میانگین سن بیماران بالاتر رفته و در برخی کشورها نیز در افراد با نقص ایمنی مشاهده میگردد (۱۳ و ۱۴).

به رغم پوشش نسبتاً کامل شبکه های بهداشتی درمانی در استان کردستان، فقط درصد کمی از موارد فرد ارجاع دهنده بهورز بوده است. این روند در کشور نیز مشاهده میگردد و سهم سیستم بهداشتی دولتی از ارجاع بیماران مسلول کم است. در اهواز ۴۴٪ بیماران از بخش خصوصی، ۳۷/۶٪ از بخش بهداشت و ۱۶/۲٪ از بیمارستانها ارجاع شده بودند (۹) و در پارس آباد افراد اسمیر مثبت ارجاعی توسط بخش خصوصی ۴۷/۲٪ و مراکز بهداشتی ۳۵/۴٪ بودند (۱۰). گذشته از عدم تمایل مردم برای مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی دلایل احتمالی این موضوع باید بررسی شود. انتظار می رود با توجه به گسترشی که شبکه های بهداشتی درمانی کشور دارند درصد بیشتری از موارد سل توسط نیروی شاغل در این بخش تشخیص داده شوند.

در این مطالعه ۴۱/۹٪ افراد اسمیر منفی و ۵۸/۱٪ اسمیر مثبت بودند که درصد اسمیر مثبت کمتر از حد انتظار بود. معمولاً سل ریوی اسمیر مثبت ۶۵٪ موارد سل ریوی را تشکیل میدهد (۳). علت این مسئله چند مورد است، احتمالاً موارد سل ریوی اسمیر مثبت کاملاً شناسایی نمیشوند یا اینکه موارد اسمیر منفی به اشتباه تشخیص داده میشوند. در مطالعات دیگر موارد سل ریوی اسمیر مثبت ۶۸/۶٪ در همدان (۱۴)، ۴۸٪ در بیمارستان لقمان حکیم (۱۳) و ۵۳٪ در ساری (۱۵) گزارش گردید. به هر حال این درصد در مناطق مختلف کشور متفاوت بوده است و میتواند با نحوه نمونه گیری و بیماریابی ارتباط دارد.

در مطالعه ما شایعترین علامت سرفه بود (۹۲٪) که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۱۴) هر چند در برخی مطالعات درصد سرفه کمتر ذکر شده است (۱۳). بعد از سرفه، خلط شایعترین علامت دیگر بود که با هم همخوانی با مطالعات دیگر دارد (۱۴).

افراد اسمیر مثبت ۸۸ درصد مورد جدید و ۹/۳ درصد عود بودند. درصد عود در کل موارد سل در ارومیه در سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸ حدود ۳/۴٪، در الیگودرز در سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ حدود ۴/۵٪، در افراد اسمیر مثبت آبادان در سال ۱۳۸۲ حدود ۳/۵٪ (۱۰) و در افراد اسمیر مثبت زابل در سال ۱۳۷۹ حدود ۹٪ (۹) در این مطالعه درصد عود در بین موارد اسمیر مثبت از نسبت بالایی برخوردار بود و باید علت آن را بررسی کرد. میزان موفقیت درمان بیماران اسمیر مثبت (بهبود یافته و تکمیل دوره درمان) ۹۲٪ بود که از میزان مورد انتظار WHO که بیشتر از ۸۵٪ ذکر شده بیشتر است (۳). تکمیل دوره درمان بیماران اسمیر منفی ۸۱/۵٪ بود. این شاخص در استانهای مختلف نیز بین ۸۰٪ تا ۸۹٪ بوده است (۹ و ۱۰).

REFERENCES

1. Raviglion M.C, Obrien R.J. Tuberculosis in: Braunwald Engene, et al. Harrison's principles of Internal medicine. New York. 16th ed. Mc Grave Hill; 2005: 953-966.
2. world Health organization. Report on the TB epidemic.WHO/TB/97.224. Geneva: WHO, 1997.
۳. میرحقانی. ل، ناصحی. م. راهنمای کشوری مبارزه با سل. چاپ اول، تهران. مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۱.
۴. قانع شیرزای ر. سل و اصول مبارزه با آن. چاپ اول، شیراز، مرکز تحقیقات بیماری سل استان فارس، ۱۳۷۹.
۵. موری ک، لویز آ. بار جهانی بیماریها. ترجمه شادپور پ، چاپ اول، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و یونیسف، ۱۳۷۷.
6. Haas D.W. Mycobacterial Diseases. Mandel D, Bennett S. principles and practice if infectious diseases .5th ed . Philadelphia, chuchill living stone; 2000: 2576-607.
7. world Health organization. Global tuberculosis control surveillane, planning, financing, W.H.O. Report 2002.W.H.O/CDC/TB/2002
۸. کراتون ج، هورن ن، فردمید. سل بالینی، ترجمه خواجه دلویی م ، وحید نژاد. ح ، چاپ اول ، تهران ، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها ، ۱۳۷۹ .
۹. مجموعه خلاصه مقالات شانزدهمین کنگره سل کشوری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، مهرماه ۱۳۸۱.
۱۰. مجموعه خلاصه مقالات هفدهمین کنگره سل کشوری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان ، مهر ۱۳۸۲.
۱۱. ستوده مرام اسفندیار، فرارویی محمد. بررسی میزان بروز بیماری سل در شهرهای استان فارس. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین. شماره ۱۱، پاییز ۱۳۷۸، ۶۷-۷۴.
۱۲. معینی لطیف. بررسی اپیدمیولوژیک علایم بالینی و یافته های آزمایشگاهی بیماران مبتلا به سل بستری در بیمارستان ولی عصر اراک (خرداد۷۶-۷۷). مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)، ۱۳۸۱، دوره ۵، بهار ، شماره ۱، ۳۷-۴۱.
۱۳. افضل حسنی، تقوی نیکدخت. بررسی علایم بالینی و آزمایشگاهی و عوارض دارویی بیماران مبتلا به سل. مجله فیض، شماره ۲۰، زمستان ۱۳۸۰. ۸۶-۹۶.
۱۴. یوسفی رسول، بشیریان سعید، محمد طاهری روح الله. بررسی یافته های رادیولوژیک، علایم بالینی و نتایج تست PPD در مسلولین ریوی اسمیر مثبت شهرستان همدان در طی سالهای ۷۵-۷۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سال چهارم، شماره ۱۵، بهار ۷۹، ۲۴-۲۸.
۱۵. نجفی، بررسی بیماران مبتلا به سل مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان ساری در سال های ۷۲-۷۶. نهمین کنگره بیماریهای عفونی و گرمسیری ایران ۱۳۷۹ : ۳۸۰.
16. China Tuberculosis Control Collaboration. Results of directly observed short-course chemotherapy in 112/842 Chinese patients with smear-positive tuberculosis. Lancet 1996; 347:358-62.
17. Vanden Brahde P, Vernies T, Verwerft J. Impact of age and radiographic presentation on the presumptive diagnosis of pulmonary tuberculosis. Respir Med 2002;96:79-83.
18. Moro ML, Resi D, Mezzetti F. Delay in pulmonary tuberculosis siagnosis, Recenti prog Med, 2003;94:157-62.
19. Rodger A, Jaffer S, Paynter S, et al. Delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis, Lodan 1998-2000:analysis of surveillance data.BMJ,2003;326:909-10.