

بررسی وضعیت معلولیت بیماران جذامی زنده استان کردستان در سال ۱۳۸۴

دکتر فرخ راد^۱، دکتر قباد مرادی^۲، دکتر ابراهیم قادری^۳

۱- استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مؤلف مسئول)

۲- پزشک عمومی، مسئول گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای استان کردستان moradi-g@yahoo.com

۳- پزشک عمومی، هماهنگ کننده سل و جذام دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

زمینه و هدف: جذام یک بیماری مسری است که می‌تواند سبب ایجاد معلولیت قبل، در حین درمان و بعد از درمان شود. شیوع معلولیت ناشی از جذام در مناطق مختلف دنیا متفاوت گزارش شده است. این مطالعه به بررسی وضعیت معلولیت در بیماران جذامی زنده در استان کردستان می‌پردازد.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه توصیفی است. افراد زنده در دسترس از روی پرونده‌ها انتخاب شدند. بیمارانی که پرونده ناقص داشتند پیگیری شده و مورد معاینه قرار گرفتند تا آخرین وضعیت معلولیت آنها طبق پروتکل سازمان بهداشت جهانی محاسبه گردد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات به نرم افزار SPSS وارد شده و با استفاده از آمار توصیفی بصورت جداول توزیع فراوانی در آورده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۸۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۱۶ نفر (۶۴/۴٪) مرد و ۶۴ نفر (۳۵/۶٪) زن بودند. ۱۲۶ نفر (۷۰٪) مبتلا به جذام پر باسیل و ۵۴ نفر (۳۰٪) مبتلا به جذام کم باسیل بودند. در این مطالعه ۱۵۲ نفر (۸۴/۴٪) از بیماران مبتلا به درجاتی از معلولیت بودند. در نوع جذام پر باسیل میزان معلولیت بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به هدف اصلی در بیماری جذام که جلوگیری از معلولیت است معلولیت در بیماران جذامی استان کردستان بیشتر از مناطق دیگر جهان است. از علتهای بالا بودن میزان معلولیت در این مطالعه می‌توان به تأخیر در مراجعه بیمار به مراکز بهداشتی درمانی، عدم اجرای دقیق برنامه مبارزه با جذام در زمان تشخیص و عدم دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی مناسب را می‌توان نام برد.

کلید واژه‌ها: جذام، اپیدمیولوژی، معلولیت

وصول مقاله: ۸۴/۹/۷ اصلاح نهایی: ۸۵/۱/۲۵ پذیرش نهایی: ۸۵/۱/۳۱

مقدمه

گروه شیوع جذام بیش از ۳/۹ در ۱۰ هزار نفر بوده است (۲-۳). این بیماری مناطق زیادی را در جهان درگیر کرده است به صورتی که تا سال ۲۰۰۰ در چین و هند اندمیک بود (۴).

در کشوری مانند هندوستان که میزان بروز جذام در حد بالایی می‌باشد هر ساله حدود ۴۰۰ هزار مورد جدید جذام اتفاق می‌افتد که ۸۰ درصد کل موارد جذام در جهان را تشکیل می‌دهد (۵).

در بیماری جذام میزان مرگ و میر کم است و اهمیت اصلی این بیماری ایجاد معلولیت و دفورمیتی

جذام یک بیماری عفونی مزمن می‌باشد که با علائم پوستی و نورولوژیک مختلفی تظاهر می‌کند. این بیماری می‌تواند منجر به بروز ناتوانی و معلولیت در بیماران شود. این بیماری می‌تواند سبب بروز عواقب بدی از نظر اجتماعی، روانی و درمانی گردد (۱).

گزارش سال ۱۹۹۸ سازمان بهداشت جهانی (WHO) نشان می‌دهد که جذام در ۲۳ کشور جهان همچنان یک مشکل بهداشتی بوده و شیوع بیش از یک مورد در ۱۰ هزار نفر داشته است. در ۱۶ کشور از این

جذام بر اساس پر باسیل و کم باسیل و درجه معلولیت نیز بر اساس پروتوکل سازمان بهداشت جهانی (۱۹) و به صورت زیر تعیین شد:

کم باسیل: داشتن ۲ تا ۵ ضایعه با توزیع غیر قرینه و از دست دادن مشخص حس

پر باسیل: وجود بیشتر از ۵ ضایعه با توزیع قرینه تر و از دست دادن حس

معلولیت اندام:

درجه صفر: بی حسی، آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده وجود ندارد.

درجه یک: بی حسی وجود دارد، اما آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده ای وجود ندارد.

درجه دو: آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده وجود دارد. چشمها:

درجه صفر: اختلال چشمی به علت جذام وجود ندارد. شواهدی دال بر از دست دادن بینایی وجود ندارد.

درجه یک: اختلال چشمی وجود دارد، اما میزان دید بیمار زیاد تغییر نکرده است (دید بیمار در حد ۶/۱۰ یا بهتر است و می تواند انگشتان را از فاصله ۶ متری بشمارد).

درجه دو: اختلال بینایی شدید (دید بیمار کمتر از ۶/۱۰، ناتوانی در شمردن انگشتان از فاصله ۶ متری)، لاگوپتالموس، ایریدوسیکلیت (التهاب عنبیه و اجسام مژگانی) و کدورت قرنیه.

برای درجه بندی کلی، بالاترین درجه ناتوانی برای هر عضو در نظر گرفته شد.

بعد از جمع آوری اطلاعات، داده ها به رایانه وارد شده و توسط نرم افزار SPSS بصورت جداول توزیع فراوانی خلاصه گردید همچنین برای تحلیل آماری از آزمون آماری کای دو استفاده شد.

یافته ها

می باشد (۶). جذام بطور بالقوه می تواند سیستم اعصاب محیطی را تحت تأثیر قرار دهد (۷-۸). اختلال اعصاب محیطی می تواند در حین درمان یا بعد از قطع درمان چند داروئی روی دهد (۹-۱۰). هر چند بنظر می رسد که خطر بروز دفورمیتی در بیمارانی که تحت درمان چند داروئی قرار گرفته اند کم می باشد (۱۱).

گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان معلولیت در بیماران جذامی را ۲۵ درصد تخمین می زند (۱۲). در برخی مطالعات شیوع معلولیت در این بیماران را ۱۶ تا ۵۶ درصد گزارش نموده اند (۱۳-۱۵). معلولیت های شایع مانند چنگ شدن انگشتان، افتادگی پا، لاگوپتالموس، زخم های کف پا، تخریب تیغه بینی و... بوده و جلوگیری از معلولیت و یا کاهش آن با تشخیص زود هنگام و درمان مناسب امکان پذیر است (۱۳). یکی دیگر از عوارض بسیار مهم بیماری جذام اختلال دید و عوارض چشمی می باشد در مطالعه ای در نپال میزان این اختلال ۵۷ درصد گزارش شده است (۱۶) در حالیکه در یک مطالعه بین المللی میزان شیوع این اختلال ۷/۱ درصد بوده است و شیوع آن در مردان ۳ برابر زنان می باشد (۱۷).

در بیماری جذام از معلولیت می توان بعنوان معیاری در جهت سنجش میزان کنترل جذام استفاده نمود (۱۹-۱۸). لذا هدف از مطالعه فوق بررسی میزان شیوع معلولیت در بیماران جذامی در استان کردستان می باشد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به جذام زنده بود. لیست افراد زنده مبتلا به جذام از معاونت بهداشتی دانشگاه و انجمن حمایت از جذامیان استان کردستان تهیه شد. با مراجعه به واحدهای جذام شهرستانها پرونده بیماران زنده بررسی شد و آخرین اطلاعات لازم در پرسشنامه ثبت گردید. بیمارانی که پرونده ناقص داشتند پیگیری شده و با معاینه مجدد درجه معلولیت آنها تعیین و ثبت گردید. نوع

در این مطالعه ۱۸۰ نفر از افراد مبتلا به جذام زنده مورد بررسی برقرار گرفتند که ۱۱۶ نفر (۶۴/۴٪) مرد و ۶۴ نفر (۳۵/۶٪) زن بودند. ۱۲۶ نفر (۷۰٪) مبتلا به جذام پر باسیل و ۵۴ نفر (۳۰٪) مبتلا به جذام کم باسیل بودند (جدول ۱). در این مطالعه در ۱۱۱ نفر (۸۸/۱٪) بیماران مبتلا به جذام پر باسیل و در ۴۱ نفر (۷۵/۹٪) مبتلا به جذام کم باسیل معلولیت مشاهده شد ($p < 0/05$) (جدول ۲)، همچنین رابطه معنی داری بین نوع جذام و میزان معلولیت اندامها مشاهده گردید (جدول ۳) ولی این رابطه بین نوع جذام و معلولیت چشم معنی دار نبود.

۵۱ نفر (۲۸/۳٪) معلولیت درجه ۱ اندامها و ۹۰ نفر (۵۰٪) معلولیت درجه ۲ در اندامها، ۵۴ نفر (۳۰٪) معلولیت درجه ۱ در چشم و ۵۵ نفر (۳۰/۵٪) معلولیت درجه ۲ چشم داشتند. بین جنسیت و معلولیت رابطه‌ای وجود نداشت. میانگین سن در کل ۶۲/۹ (±۱۶/۷) سال بود. میانگین سن تشخیص بیماری ۳۸/۱ (±۱۵/۵) سال و میانگین طول مدت درمان ۱/۹ (±۱/۵) سال بود. در این مطالعه ۶۶ نفر (۳۶/۷٪) شهری و ۱۱۴ نفر (۶۳/۳٪) روستایی بودند.

جدول ۱: جدول توصیف بیماران مورد مطالعه

نوع	زن	مرد	اندام			چشم		شهری	روستایی
			ندارد	درجه ۱	درجه ۲	درجه ۱	درجه ۲		
پر باسیل	۷۹	۴۷	۲۳	۴۳	۶۰	۴۹	۳۷	۴۰	۸۳
کم باسیل	۳۷	۱۷	۱۶	۸	۳۰	۲۲	۱۷	۱۵	۳۱
جمع	۱۱۶	۶۴	۳۹	۵۱	۹۰	۷۱	۵۴	۵۵	۱۱۴

جدول ۲: فراوانی معلولیت در انواع مختلف جذام

نوع جذام	معلولیت دارد		معلولیت ندارد		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پر باسیل	۱۱۱	۸۸/۱	۱۵	۱۱/۹	۱۲۶
کم باسیل	۴۱	۷۵/۹	۱۳	۲۴/۱	۵۴
جمع	۱۵۲	۸۴/۴	۲۸	۱۵/۶	۱۸۰

جدول ۳: جدول فراوانی درصد معلولیت اندامی بر حسب نوع جذام

نوع جذام	معلولیت ندارد		معلولیت درجه ۱		معلولیت درجه ۲		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پر باسیل	۲۳	۱۸/۳	۴۳	۳۴/۱	۶۰	۴۷/۶	۱۲۶
کم باسیل	۱۶	۲۹/۶	۸	۱۴/۸	۳۰	۵۵/۶	۵۴
جمع	۳۹	۲۱/۷	۵۱	۲۸/۳	۹۰	۵۰	۱۸۰

بحث

پر باسیل بودند. بطور کلی، در مناطق آسیایی جذام پر باسیل ولی در آفریقا جذام کم باسیل شایعتر گزارش

در این مطالعه جذام پر باسیل شایعتر از جذام کم باسیل بود بطوریکه ۱۲۶ نفر (۷۰ درصد) مبتلا به جذام

شده است (۱۰) و در نقاط مختلف دنیا آمار متفاوت است. مثلاً در تایلند ۶۶٪ موارد کم باسیل و ۳۴٪ موارد پر باسیل بوده‌اند (۸). کارشناسان WHO برآورد کرده‌اند که بروز موارد جدید جذام در سال ۱۹۹۷ در کل دنیا بالغ بر ۶۸۵۰۰۰ مورد بوده که ۴۱٪ موارد کم باسیل و بقیه پر باسیل بوده‌اند (۱۰).

تعداد افراد مذکور در مطالعه حاضر بیشتر بود (۶۴/۴٪ در برابر ۳۵/۶٪). در مطالعه‌های دیگر نیز نتایج مختلف وجود داشته است و در کل، شیوع جذام در مردان بیشتر از زنان بوده است (۱۰). در برخی کشورهای آفریقایی زن و مرد به نسبت برابر دچار شده‌اند و در کشورهای شرقی مانند هند و فیلیپین نیز مردان بیشتر از زنان مبتلا به این بیماری بوده‌اند (۴، ۱۰، ۲۰) و در مناطقی از تایلند جذام در زنان بیشتر از مردان مشاهده شده است (۲۱، ۲۲).

طبق یافته‌های این مطالعه ۱۵۲ نفر (۸۴/۴٪) از افراد دارای در جاتی از معلولیت بودند. میزان معلولیت در مناطق مختلف دنیا نیز متفاوت گزارش شده است. یکی از تفاوت‌هایی که در تخمین شیوع میزان معلولیت در جذام در مناطق مختلف وجود دارد احتمالاً در نحوه معاینه و معیارهای در نظر گرفته شده برای معلولیت است (۲۳، ۲۴). میزان معلولیت در مطالعات مختلف ۳۰٪ (۱۳) و ۵۶٪ (۱۵) و ۶۷٪ (۲۶) و در برخی مطالعات دیگر اختلال در ۸۲/۴٪ (۲۵) مشاهده شده بود در مطالعه‌ای حدود ۷۳٪ بیماران اختلال چشمی داشتند که با افزایش سن و طول مدت بیماری افزایش یافته بود (۲۷). حدود ۳۵ تا ۵۶٪ از بیماران در مرحله تشخیص دارای در جاتی از اختلال در عملکرد اعصاب محیطی دارند (۲۸). حدود ۳ تا ۳۰٪ از افراد جذامی دچار کوری می‌شوند که به عوامل متعددی بستگی دارد (۲۹) شایعترین علت دفورمیتی، اختلال عصبی است (۳۰، ۳۱). از عوامل مؤثر دیگر در بروز معلولیت تأخیر در تشخیص یا مراجعه و سن افراد است (۳۲) به صورتی که در یک مطالعه شیوع

معلولیت از ۳۶٪ در بیماران با تأخیر یک سال و کمتر به ۸۱٪ در بیماران با تأخیر کمتر از ۴ سال افزایش یافته بود. این شیوع همچنین در کودکان حدود ۲۶٪ و در افراد با سن ۶۰ سال و بالاتر به ۸۰٪ رسیده بود (۳۲). میزان دفورمیتی در برخی مطالعات در سن بالا و در مردان و نیز در جذام لیپرماتو بیشتر گزارش شده بود (۲۶). در مطالعه ما شیوع معلولیت بالاتر از مطالعات دیگر بود. از علت‌های این مسئله می‌توان به سطح سواد پایین بیماران، پایین بودن سطح اجتماعی و فرهنگی، تأخیر در مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی با توجه به انگ اجتماعی جذام، تشخیص داده نشدن بیماری در مراحل اولیه و نیز عدم اجرای کامل برنامه جذام اشاره نمود.

یکی از علت‌های بیشتر بودن شیوع معلولیت در جذام پر باسیل در این مطالعه احتمالاً تأخیر در مراجعه و تشخیص بوده است. البته تعداد زیادی از بیماران مورد مطالعه در سال‌های بسیار دور درمان شده‌اند که روش‌های درمانی مناسبی وجود نداشته است. در حال حاضر با وجود روش درمانی MDT دفورمیتی نیز کمتر شده است (۳۳).

جهت بررسی دقیقتر وضعیت معلولیت لازم است درجه معلولیت در پیگیری‌های طولانی از زمان تشخیص تا چند سال بعد از اتمام درمان انجام شود تا پیشرفت معلولیت کاملاً ارزیابی گردد که در مطالعه ما این امکان وجود نداشت. در یک مطالعه در برزیل ۳٪ از بیماران کم باسیل و ۱۱٪ از بیماران پر باسیل در ابتدای تشخیص دارای معلولیت درجه ۲ بودند. در بیمارانی که در ابتدای درمان معلولیتی نداشتند در ۵٪ از کم باسیلها و ۲۰٪ از بیماران پر باسیل در جاتی از معلولیت بوجود آمد (۳۴).

در مطالعه ما بیشترین نمونه‌ها افراد روستایی بودند. یکی از علت‌های شایعتر بودن جذام در روستاها، سطح اجتماعی، فرهنگی و نیز صعب العبور بودن راهها و عدم دسترسی به امکانات بهداشتی بوده است.

با هم مقایسه کرده و در جهت بهبود اجرای برنامه جذام از این مطالعات استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

انجام این مطالعه بدون همکاری پزشکان محترم هماهنگ کننده سل و جذام و کارشناسان واحد محترم بیماریهای شهرستانهای استان کردستان امکان پذیر نبود. بدینوسیله از همه این عزیزان تشکر می شود.

با توجه به اینکه جلوگیری از معلولیت در جذام با تشخیص زود هنگام و درمان مناسب امکان پذیر است پیشنهاد می شود برنامه هایی برای بیماریابی و همچنین معاینات دوره ای در افراد تازه تشخیص داده شده در استان کردستان که بیماران مبتلا به جذام آن با توجه به شرایط اجتماعی در معرض خطر معلولیت هستند، اجرا گردد. همچنین پیشنهاد می گردد مطالعات مشابهی در بقیه مناطق کشور به اجرا درآید تا بتوان این مطالعات را

References

- Gill AL, Bell DR, Gill GV, Wyatt GB, Beeching NJ. Leprosy in Britain: 50 year experience in Liverpool. QJM. 2005; 98(7):505-11.
- World Health Organization. Progress towards leprosy detection. Geneva, Weekly Epidemiological Record 22 May 1998; 153-160.
- World Health Organization. Trend in Leprosy Detection. Geneva, Weekly Epidemiological Record, 5 June 1998; 169-176.
- Schreuder Pieter A.M. occurrence of reactions and impairments in leprosy: Experience in the leprosy control program of three provinces in Northeastern Thailand, 1978-1995: I. Reactions, The International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1998; 66(2):159-69.
- Murthy PK. Current epidemiology of leprosy. Indian Med Assoc. 2004 Dec; 102(12):672-3,683.
- Brand PW, Fritschi EP. Rehabilitation in Leprosy in: Hastings R C. Leprosy. Longman Group Ltd. 1989; 287-319.
- Becx-Bleumink, M. Relapses among leprosy patients treated with multidrug therapy: experience in the Leprosy Control Program of the All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Center (ALERT) in Ethiopia: practical difficulties with diagnosing relapses; operational procedures and criteria for diagnosing relapses. Int. J. Lepr. 60 (1992) 421-435.
- Samuel S. Incidence of nerve damage in leprosy patients treated with MDT. Int. J. Leprosy. 1998; 66(4): 451-6.
- Becx-Bleumink, M. Priorities for the future and prospects for leprosy control. Int. J. Lepr 1993; 61: 82-101.
- Fine PEM. Leprosy: the epidemiology of a slow bacterium. Epidemiol. Rev. 1994; 4: 161-187.
- Rao PS, Subramanian M, Subramanian G. Deformity incidence in leprosy patients treated with multidrug therapy. Indian J Lepr Oct-Dec 66(4):449-54.
- WHO ExPERT COMMITTEE ON LEPROSY. Second report. Geneva: World Health Organization, 1960. Tech. Rep. Ser; 459.
- Reddy BN, Bansal RD. An epidemiological study of leprosy disability in a leprosy endemic rural population of Pondicherry (south India). Indian J Lepr. 1984; 56(2):191-9.
- Girdhar M, Arora SK, Mohan L, Mukhija RD. Pattern of leprosy disabilities in Gorakhpur (Uttar Pradesh). Indian J Lepr. 1989; 61(4):503-13.
- Zhang G, Li W, Yan L, Yang Z, Chen X, Zheng T, Ye G. An epidemiological survey of deformities and disabilities among 14,257 cases of leprosy in 11 counties. Lepr Rev 1993; 64(2):143-9.
- Bhagvat P, Ujjowala D. Ocular finding in leprosy patients in Nepal in the Era of multidrug therapy. Am J Ophthalmol 2004; 137:888-892.

17. Ffytche TJ. The prevalence of disabling ocular complications of leprosy: A global study. *Indian J Lepr* 1998; 70:49-59.
18. Van Brakel W.H, Khawas I.B, Lucas S. Reactions in leprosy: an epidemiological study of 386 patients in west Nepal. *Lepr. Rev* 1994; 65:190-203.
19. World Health Organization. Action Programme For the Elimination of Leprosy. Geneva, 1997.
20. Schipper A, Lubbers WJ, Hongeweg M, De Soldenhoff R. Disabilities of hands, feet and eyes in newly diagnosed leprosy patients in eastern Nepal. *Lepr Rev* 1994; 65(3):239-47.
21. Irgens L.M, Skjaerven R. Secular trends in age at onset, sex ratio and type index in leprosy observed during declining incidence rate. *Am J Epidemiol* 1985; 122: 695-705.
22. Ulrich M, Zulueta A.M, Caceres D.G. Sampson C, Pinardi M.E, Rada M.E, Aranzazu N. Leprosy in women: characteristics and repercussions. *Soc. Sci. Med* 1993; (37): 445-456
23. Ponnighaus L.M, Boerrigter G, Fine P.M, Ponnighaus J.M, Russell J. Disabilities in leprosy patients ascertained in a total population survey in Karonga district, northern Malawi. *Lepr. Rev* 1990; 61:366-374.
24. Sharma P, Kar H.K, Beena K.R, Kaur H, Narayan R. Disabilities in multidrug leprosy patients: before, during and after multidrug therapy. *Indian J. Lepr* 1996; 68:127-136.
25. Smith WC, Antin VS and Patola AP. Disability in Leprosy: A Relevant Measurement of the Progress in Leprosy Control. *Leprosy Review* 1980; 51: 155-166.
26. Kalla G, Kachhawa, Dilip, Salodkar, Atul. Disabilities in leprosy. *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, Jun 2000.
27. Khan T, Awan AA, Kazmi HS, Shah AA, Muhammad S. Frequency of ocular complications of leprosy in institutionalized patients in NWFP Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2002; 14(4):29-33
28. Ganapati R, Pai VV, Kingsley S. Disability prevention and management in leprosy: A field experience. *Indian Journal Of Dermatology, Venereology and Leprelogy* 2003; 69(6): 369-374.
29. Brand ME, Ffytche TJ. *Eye Complications of Leprosy in: Hastings R C. Leprosy. Longman Group Ltd. 1989; 223-242.*
30. Srinivasan H. *Prevention of Disability in Patient with Leprosy: A practical Guide. Geneva; WHO, 1993.*
31. Neville PJ. *Footwear Manual for Leprosy Control Programmes, Nos. I & II. Wurzburg: German Leprosy Relief Association, 1983; 119.*
32. Meima A, Saunderson PR, Gebre S, Desta K, van Oortmarsen GJ, Habbema JD. Factors associated with impairments in new leprosy patients: the AMFES cohort. *Lepr Rev* 1999; 70(2):189-203.
33. Rao PS, Subramanian M, Subramanian G. Deformity incidence in leprosy patients treated with multidrug therapy. *Indian J Lepr.* 1994; 66(4):449-54.
34. De Oliveira CR, De Alencar Mde J, De Sena Neto SA, Lehman LF, Schreuder PA. . Impairments and Hansen's disease control in Rondonia state, Amazon region of Brazil. *Lepr Rev.* 2003; 74(4):337-48.