

## مقایسه اثربخشی دو رژیم درمانی پرمترین و کوتریموکسازول در درمان پدیکولوز سر

### چکیده

زمینه و هدف: میزان آلودگی به شپش سر در مناطق مختلف کشور از ۰/۹ درصد تا ۲۰/۵ درصد متغیر بوده و در مناطق روستایی شهرستان گرگان این میزان حدود ۱۰/۸ درصد به دست آمده است. با توجه به عوارض آلودگی به شپش در اطفال درمان آن اهمیت خاصی دارد. عوامل متعددی چون شکل دارو و طول دوره درمانی در پذیرش درمان نقش به سزایی دارد. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی دو رژیم درمانی پرمترین و کوتریموکسازول در درمان پدیکولوز سر انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه تجربی (RCT) روی دو گروه ۱۰۰ نفره دانش آموز دختر مقطع ابتدایی شهرستان گرگان که مبتلا به شپش سر بودند، پس از همسان سازی متغیرهای زمینه‌ای انجام شد. به یک گروه کوتریموکسازول دو قرص دو بار در روز و به گروه دوم شامپوی پرمترین یک درصد داده شد.

یافته‌ها: میزان بهبود با کوتریموکسازول ۵۹ درصد و در مورد پرمترین ۶۵ درصد بود. دسترسی و استفاده از حمام خانگی روی اثربخشی دارو تأثیر مثبت داشت ( $P < ۰/۰۵$ ).

نتیجه گیری: با توجه به میزان اثربخشی دو دارو و عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر آن فعلاً درمان با رژیم پرمترین نسبت به درمان خوراکی با کوتریموکسازول ارجح است.

کلید واژه‌ها: شپش سر- اثربخشی- پرمترین- کوتریموکسازول

دکتر افسانه برقی

استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر سعیده قوه‌جه  
پزشک عمومی

نویسنده مسؤول: دکتر افسانه برقی

پست الکترونیکی: [a-borghai@goums.ac.ir](mailto:a-borghai@goums.ac.ir)

نشانی: گرگان، ابتدای جاده شصتکلا

دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دانشکده پزشکی

تلفن: ۴۴۲۱۶۵۶-۰۱۷۱

نمابر: ۴۴۲۱۲۸۹

وصول مقاله: ۸۳/۹/۱۵

اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۲۰

پذیرش مقاله: ۸۴/۱۲/۱۰

کشور در حال حاضر برای درمان بیماران از شامپوی پرمترین استفاده می‌شود ولی مصرف شامپو مستلزم دسترسی به حمام در فواصل زمانی کوتاه بوده که برای اکثر افراد آلوده به شپش مقدور نیست و مصرف خوراکی دارو راحت‌تر می‌باشد و از طرف دیگر کوتریموکسازول داروی نسبتاً ارزانی است که در صورت اثربخشی قابل قبول می‌تواند به عنوان یک درمان جایگزین مورد استفاده قرار گیرد. بر این اساس و با توجه به شیوع بالای شپش سر در منطقه این مطالعه انجام شد تا اثربخشی دو رژیم درمانی با توجه به نوع دارو و وضعیت اجتماعی-اقتصادی تعیین شود و با استفاده از نتایج راهکارهایی را به منظور بالا بردن میزان بهبودی بیماران بیابیم که هم به درمان افراد آلوده کمک کرده و هم از هزینه‌های هنگفتی که سیستم بهداشتی درمانی کشور تقبل می‌کند، بکاهیم.

### روش بررسی

این مطالعه تجربی روی ۲۰۰ دانش‌آموز دختر (مقطع ابتدایی) آلوده به شپش سر در شهرستان گرگان انجام شد. افراد مبتلا به طور تصادفی به دو گروه درمانی ۱۰۰ نفره تقسیم شدند. به هر یک از افراد مبتلا داروی مورد نظر همراه با توضیح روش صحیح مصرف آن داده شد. کوتریموکسازول به صورت دو قرص bd مصرف شد. پرمترین با غلظت یک درصد بعد از شامپو زدن و خشک کردن موها استفاده گردید و به مدت ۱۰ دقیقه بر روی سر مانده و بعد آبکشی شد. همچنین به این دانش‌آموزان و والدین آنها نکات بهداشتی مانند شستن کلیه لوازم شخصی مثل روسری‌ها، ملافه‌ها، کلاه و ... در آب داغ به مدت ۲۰-۱۰ دقیقه و رعایت اصول بهداشت فردی آموزش داده شد. نتایج حاصل از معاینات سر دانش‌آموزان به همراه اطلاعات به دست آمده از والدین در مورد سن بیمار، پایه تحصیلی، بعد خانوار، سطح تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، وجود حمام در منزل و نحوه مصرف دارو در پرسشنامه ثبت شد. با توجه به نوع داروها کورسازی در این مطالعه مقدور نبود ولی برای به حداقل رساندن تورش در نتایج، معاینه اولیه توسط یکی از مجریان و معاینه پس از دو هفته از درمان توسط مجری دیگر که از نوع درمان اطلاعی نداشت، انجام شد. ضمناً پس از پایان درمان

یک انگل خارجی خون‌خوار و فاقد هرگونه با گستردگی جهانی است (۱). به طوری که حدود یکصد میلیون مورد آلودگی در سراسر داشته باشد (۲). در ایران نیز میزان شیوع این مطالعات مختلفی سنجیده شده و در مناطق و رد بررسی از ۰/۹ تا ۲۰/۵ درصد متغیر بوده است. میزان در دانش‌آموزان مناطق روستایی شهرستان بود ۱۰/۸ درصد بوده است (۵). ارتقاء بهداشت مه از یک سو و درمان موارد آلوده از سوی دیگر بین بیماری نقش اساسی دارد. از داروها و ایی که تاکنون در درمان پدیکولوز مورد استفاده می‌توان به ترکیبات تیوسیانات، ددت، لیندان، رباریل، فنوترین، پرمترین و داروهای خوراکی بموکسازول و ایورمکتین اشاره کرد (۱). سازول احتمالاً توسط شپش جذب شده و حیاتی در دستگاه گوارش شپش را از بین می‌برد. با برای ساختن ویتامین ب در بدن جانور ضروری بدون آن شپش قادر به ادامه حیات نیست (۱). پیرتروئیدها می‌باشد. این داروها استفاده زیادی ن‌های خانگی دارد که به علت فعالیت سریع آنها انیسم عمل آن به این صورت است که کانال غشاء نوروها برای مدت طولانی باز نگه نتیجه باعث افزایش طول مدت ورود سدیم به اها می‌شود که این مسئله باعث افزایش مدت ن بعد از پتانسیل عمل می‌شود که در نهایت باعث نه تحریک به حدی برسد که به دنبال پتانسیل پی‌درپی باعث دپولاریزاسیون شود. پیرتروئیدها نسبت به پستانداران بسیار توکسیک است که به در کانال‌های سدیمی آنها است (۶). به نظر درمان بیماران سهولت استفاده از دارو به لحاظ و طول دوره درمانی تأثیر به‌سزایی در پذیرش بد. بنابراین در کشورهای پیشرفته برای استفاده لوگیری از درمان‌های ناقص به اشکال خوراکی آورده شده است. در شبکه بهداشت و درمان

دکتر افسانه برقی و همکار / ۱۷

یافتند که در هر گروه ارتباط بین استفاده از حمام خانگی و بهبود معنی دار بود ( $P < 0/05$ ).

### بحث

در این مطالعه، بهبودی با رژیم درمانی کوتریموکسازول ۵۹ درصد و در گروه پرمترین ۶۵ درصد بوده است. Morsy و همکاران نیز در سال ۱۹۹۶ در مصر به همین نتیجه رسیده و پیشنهاد نمودند که درمان انتخابی برای پدیلولوز شامل پمادهای شپش کش و شامپو باشد (۷). همچنین Sim و همکاران در سال ۲۰۰۳ در کره تحقیقی روی روش های درمانی پدیلولوز انجام دادند که براساس آن بهترین اثربخشی با حدود ۹۷/۸ درصد بهبودی پس از چهار هفته از درمان توأم با لیندان ۱ درصد و کوتریموکسازول به دست آمده است (۸). ولسی در تحقیق Hipolito و همکاران در سال ۲۰۰۱ در کالیفرنیا، امریکا، سه رژیم درمانی پرمترین، کوتریموکسازول، پرمترین و کوتریموکسازول با هم مقایسه گردید که بر اساس نتایج آن مطالعه اثربخشی سه رژیم پس از دو هفته به ترتیب عبارت بود از ۷۹/۵ درصد، ۸۳ درصد و ۹۵ درصد، که نتایج آن با مطالعه ما هم خوانی نداشته و در این مطالعه اثربخشی بسیار بالایی برای کوتریموکسازول ذکر شده است (۹).

با توجه به این که میزان بهبودی در دو گروه اختلاف معنی داری نداشت، ولسی به نظر می رسد اثربخشی کوتریموکسازول تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بیماران پایین تر بوده و چون کنترل این عوامل به سادگی مقدور نیست، فعلاً درمان با رژیم های شامپو مانند پرمترین نسبت به کوتریموکسازول ارجح است.

توزیع میزان پاسخ به درمان بر حسب وضعیت حمام خانگی نشانگر ارتباط قوی و معنی دار و البته قابل انتظار بین این دو متغیر است و این موضوع در مورد هر دو روش درمانی صدق می کند، که این یافته با نتایج مطالعه عزیززاده نیز هم خوانی دارد (۱۰). چون خانواده هایی که از حمام خانگی استفاده می کنند، احتمالاً از نظر اقتصادی اجتماعی در سطح بالاتری قرار داشته و حمام های خانگی نیز از سطح بهداشت مطلوب تری برخوردارند.

که رژیم درمانی را صحیح و کامل اجرا نکرده بودند، حذف شده و نتایج مربوط به ۱۰۰ نفر از هر گروه ن را کامل کرده بودند، به وسیله نرم افزار SPSS ۱۱-۵ جزیه و تحلیل قرار گرفت. در آنالیز آماری سطح  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### ها

اس اطلاعات به دست آمده، دامنه سنی مبتلایان ۹-۷ ن ۱/۴±۹ سال بود. میانگین بعد خانوار ۲±۶ نفر بوده، ۶۰ درصد افراد گروه کوتریموکسازول و ۶۸ درصد پرمترین بی سواد بود و بقیه نیز در حد ابتدایی یا تحصیلات داشتند. از پدران افراد مورد مطالعه در به ترتیب ۵۳ و ۵۴ درصد تحصیلات ابتدایی داشتند. کثر دانش آموزان (۶۴ درصد) خانه دار بودند و افراد یز به مشاغل مانند کشاورزی و کارگری اشتغال شغل پدران این افراد نیز در اکثر موارد (۷۶ درصد) ی و کشاورزی بود. از لحاظ وجود حمام خانگی بد افراد گروه کوتریموکسازول و ۳۶ درصد گروه به حمام خانگی دسترسی داشته و از آن استفاده د و با توجه به این نتایج بیماران دو گروه از لحاظ ای زمینه های همسان شده و از این نظر اختلاف ی بین دو گروه وجود نداشت. بیماران پس از درمان با هفته از معاینه اول مجدداً مورد معاینه قرار گرفته و که در جدول یک دیده می شود در گروه کسازول ۵۹ درصد و در گروه پرمترین ۶۵ درصد ملاحظه شد. با سطح اطمینان ۹۵ درصد خطر نسبی ۱/۱- (۰/۶۷) به دست آمد.

میزان بهبودی بر اساس رژیم درمانی در مبتلایان به پدیلولوز سر

نوع درمانی	کوتریموکسازول	پرمترین	جمع
داشته	۵۹	۶۵	۱۲۴
نداشته	۴۱	۳۵	۷۶
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰

نوع کوتریموکسازول ۶۰ درصد و در گروه پرمترین ن افرادی که از حمام خانگی استفاده می کردند، بهبود

## یری

با توجه به اثربخشی بالاتر رژیم پرمترین و عوامل ماعی، اقتصادی و فرهنگی در حال حاضر درمان رین به درمان خوراکی با کوتریموکسازول ارجح

## تشکر و قدردانی

از پرسنل مرکز بهداشت استان گلستان و شهرستان گرگان و همچنین کارکنان واحد بهداشت مدارس اداره کل آموزش و پرورش استان گلستان و شهرستان گرگان و نیز مربیان بهداشت مدارس شهرستان گرگان که در اجرای این تحقیق ما را یاری دادند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

## References

- 1) Champion RH, Burtor J. Text book of dermatology. Vol2. 6 th Ed. Milan. Blackwell Science. 1998;pp: 1438-1442.
- 2) انصارین ، ح و همکاران. درسنامه جامع پوست ایران. چاپ چهارم. تهران. انتشارات تیمورزاده. ۱۳۸۲. صفحات ۱۸۳ تا ۱۸۷.
- 3) دهقانی ، ر و همکاران. شیوع آلودگی به شپش سر در دانش آموزان مدارس پسرانه شهر کاشان طی سال ۱۳۷۶. فصلنامه علمی پژوهشی فیض. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان. سال سوم. شماره ۱. ۱۳۷۸. صفحات ۱۱۶ تا ۱۱۷.
- 4) سرزیدی ، س. بررسی شیوع آلودگی به شپش سر در دانش آموزان مناطق شهری و روستایی در استان کرمان در سال ۱۳۷۵. مجله طب و تزکیه. شماره ۱۲. سال نهم. پاییز ۱۳۷۵. صفحات ۲۲ تا ۲۵.
- 5) کامیاب ، ر. بررسی فراوانی آلودگی با شپش سر در دانش آموزان مقطع ابتدایی مناطق روستایی شهرستان گرگان پاییز ۱۳۷۹. پایان نامه دوره پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان. پاییز ۱۳۷۹.
- 6) Weidhaas DE, Gratz NG. Lice. Chronicle of the World Health

Organization. 1982. 858: 1-10.

7) Morsy TA, Ramadan NI, Mahmoud MS, Lashen efficacy of Co-trimoxazole as an oral treatment fo capitis infestation. J Egypt Soc Parasitol. 1996;26(1):7

8) Sim S, Lee IY, Lee KJ, Seo JH, Im KI, Shin MH, e on head lice infestation in Korea (2001) and the efficacy of oral trimethoprim/sulfamethoxazole addin shampoo. Korean J Parasitol. 2003;41(1):57-61.

9) Hipolito RB, Mallorca FG, Zuniga-Macaraig ZC PC, Wheeler-Sherman J. Head lice infestation: single combination therapy with one percent perm trimethoprim/sulfamethoxazole. Pediatrics. 2001;107(3

خف. بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو داروی لیندان و ایناکس در تلا به شپش سر در شهرستان گرگان بهار ۱۳۸۰. پایان نامه دوره دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان. پاییز