

جنبه های اپیدمیولوژیک بروسلوز انسانی در شهرستان ازنا ، استان لرستان، غرب ایران (1386-1387)

دکتر حمید کثیری^{1*}، حمید امانی²، مسعود لطفی³، سحر حسینی³

- 1- PhD حشره شناسی پزشکی، استادیار، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران
- 2- MSc حشره شناسی پزشکی و مبارزه با ناقلین مرکز بهداشت شهرستان ازنا، ایران
- 3- دانشجوی بهداشت عمومی، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران

چکیده

زمینه: تب مالت یکی از شایع ترین بیماری های عفونی در برخی نواحی ایران است. این بیماری نه تنها باعث ابتلای انسان و حیوان شده بلکه باعث مشکلات اجتماعی - اقتصادی می شود. هدف از این پژوهش، تعیین وضعیت اپیدمیولوژیک آن در بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ازنا و کاربرد آن در برنامه ریزی کنترل بیماری در سطح منطقه است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه ی توصیفی از نوع مقطعی است که بر روی کلیه افراد شناسایی شده مبتلا به بروسلوز، بر اساس نتایج آزمایشگاهی در شهرستان ازنا در سال 1386 انجام پذیرفته است. برای هر یک از بیماران فرم بررسی انفرادی تکمیل می شد. پس از گردآوری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS اطلاعات بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار می گرفت.

نتایج: در سال 1386 مجموعاً 41 نفر مبتلا به بروسلوز در شهرستان ازنا، بر اساس شرح حال و انجام تست های رایت و 2ME بر روی نمونه های خون تشخیص داده شدند. 68/3% از مبتلایان مذکر و 31/7% مؤنث بودند. 95/2% بیماران روستایی و مابقی (4/8%) ساکن شهر بودند. اکثر موارد در بهار و تابستان یافت گردیدند. شایع ترین راه انتقال (46/3%) تماس با دام آلوده بوده است.

نتیجه گیری: برای کنترل تب مالت در شهرستان ازنا لازم است نظارت کافی بر مکان های تهیه و توزیع لبنیات، واکسیناسیون دامی، آموزش و اطلاع رسانی عمومی به عمل آید.

واژگان کلیدی: اپیدمیولوژی، بروسلوز، ایران.

*نویسنده مسئول: دکتر حمید

کثیری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز،

ایران

تلفن: 0611-3738269

دورنگار: 0611-3738282

پست الکترونیک:

Hamidka_2000@yahoo.com

تاریخ پذیرش: 90/1/28

تاریخ دریافت: 89/11/17

مقدمه

بیماری بروسلوز یک بیماری عفونی مزمن مشترک بین انسان و دام (ژئونوز) و یکی از معضلات بهداشتی در بعضی مناطق دنیا و از جمله در ایران می باشد که می تواند عوارض متعددی را سبب شود (1). تب مالت توسط میکروب های جنس بروسلا به ویژه گونه های بروسلا ملیتنسیس، بروسلا آبورتوس و بروسلا سوئیس ایجاد می شود. بروسلا کنیسیس نیز احتمالاً می تواند سبب بیماری شود. دوره ی کمون بیماری معمولاً 60 - 5 روز و غالباً 1-2 ماه می باشد. موارد بدون علامت بروسلوز حدود 12 برابر موارد با علائم کلینیکی تخمین زده می شود. بیماری دارای حالت فصلی بوده و بروز بیماری در فصول بهار و تابستان که زمان حاملگی و زایمان دام ها است، اتفاق می افتد. در کشورهای پیشرفته، آلودگی در مردان شایع تر از زنان می باشد و بیماری در کودکان خیلی کمتر از بالغین دیده می شود (2). در ایران و مناطقی که بروسلوز آندمیک است، اختلاف قابل توجهی در بروز آلودگی بین بزرگسالان و کودکان وجود ندارد. همچنین در ایران چون زنان روستایی در کشاورزی و دامداری با مردان همکاری دارند، بنابراین بیماری در زنان هم شایع تر است (3). بروسلوز عمدتاً از طریق مصرف محصولات لبنی تازه، تماس مستقیم با گوشت یا خون حیوانات آلوده و استنشاق هوای آلوده به گرد و غبار آغشته به ادرا و مدفوع دام های بیمار به انسان منتقل می شود (1). حدود نیم میلیون مورد بروسلوز انسانی سالانه در جهان گزارش می شود ولی رقم واقعی مبتلایان خیلی بیشتر از این تعداد می باشد (4). در ایران سالانه حدود پنجاه هزار مورد بروسلا گزارش می شود. بر اساس بررسی سال 1383 حدود 21454 مورد بروسلوز از سراسر کشور گزارش شد که بالاترین شیوع در استانهای خراسان، همدان، آذربایجان غربی، کردستان، لرستان، فارس و آذربایجان شرقی مشاهده شد (5).

در پژوهش انجام شده در استان کردستان در سال 80 - 1376، میانگین بروز بیماری در استان 23/48 در

صد هزار نفر بود که نیمی از بیماران مرد (51/5%) و بقیه زن بودند. بیماری در بین زنان خانۀ دار شایع تر بود. 78% بیماران ساکن روستا و بقیه ساکن شهر بودند. شایع ترین راه انتقال بیماری مصرف محصولات لبنی آلوده و تماس همزمان با دام (48%) بوده است (6).

در مطالعه ای در تهران میانگین سنی مبتلایان بروسلوز 35/5 سال و 84/33% آنان ساکن مناطق شهری بودند. بیشتر موارد ابتلا در فصل تابستان و سپس بهار بوده است. شایع ترین راه انتقال (74/38%) مصرف مواد لبنی آلوده بوده است. در 19/51 درصد بیماران سابقه ی تب مالت در خانواده آن ها مثبت بوده است. بیشترین رژیم درمانی تجویز شده، داکسی سیکلین و ریفامپین بوده است و کمترین عود بیماری با رژیم داکسی سیکلین به همراه کوتریماکسازول بوده است (7).

در تحقیقی در شهرستان سبزوار مشخص شد که 16% جمعیت روستایی آن آلوده به بروسلا هستند و رابطه ی قابل توجهی بین شغل روستاییان (دامداری) و تست رایت مثبت وجود داشت (8).

در مطالعه ی دیگری در شهرستان کاشان، 58/9% مبتلایان بروسلوز مرد و بقیه زن بودند. بیشتر بیماران در گروه سنی 20-39 سال (36/1%) قرار داشتند. 68/4% بیماران ساکن شهر و 31/6% ساکن روستا بودند. بیشترین موارد بستری در فصل تابستان بوده است. فراوان ترین علت اصلی مراجعه بیماران تب (19/2%)، کمر درد (14/5%) و درد زانو (13/2%) بود. 94/8% آزمون های رایت، 100% آزمون های کومبس رایت و 92/2% آزمون های 2ME مثبت بودند. فراوان ترین تیتراژ آزمون رایت 1:160 (20/4%)، کومبس رایت 1:320 (17/1%)، آزمون 2ME 1:80 (25/6%) بوده است (9).

با توجه به آندمیک بودن تب مالت در شهرستان ازنا که دارای بافت روستایی و عشایری می باشد تصمیم گرفتیم جنبه های اپیدمیولوژیک آن را در بیماران کشف شده در سال 1387-1386 مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه ی توصیفی- مقطعی است که در شهرستان ازنا و در طول سال 87-1386 انجام شد. همه ی 41 مورد ثابت شده بروسلوز در آزمایشگاه های خصوصی و مرکز بهداشت شهرستان ازنا مورد بررسی قرار گرفتند. تشخیص تب مالت بر اساس روش سرولوژی 2ME حداقل 1/80 و رایت 1/40 به همراه علائم بالینی (کمر درد، درد مفاصل، تب) بود. اطلاعات اپیدمیولوژیک و دموگرافیک بیماران بر اساس فرم های مراقبت بروسلوز در مرکز بهداشت شهرستان ازنا ثبت می گردید. متغیرهای مطالعه شامل: جنس، سن، شغل، محل زندگی (شهر یا روستا)، راه ابتلا، سابقه ی مصرف لبنیات غیر پاستوریزه، فصل، بعد خانوار، سواد، تست آزمایشگاهی انجام شده و تیتراژ آن، نوع درمان و نام مرکز بهداشتی - درمانی تحت پوشش بود. پس از جمع

آوری اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار می گرفتند.

نتایج

در سال 1386 مجموعاً 41 بیمار مبتلا به بروسلوز در سطح شهرستان ازنا تشخیص داده شد. در ضمن میزان بروز بیماری 56/55 در صد هزار نفر جمعیت محاسبه گردید. در شهرستان ازنا اولویت جنسی در ابتلا به بروسلوز وجود داشت. به طور کلی 68/3% مبتلایان در جنس مذکر و 31/7% در جنس مؤنث قرار داشتند. این اختلاف به دلیل نقش بیشتر مردان در انجام امور کشاورزی و دامداری در مقایسه با زنان است. از نظر شغلی بیشترین موارد را به ترتیب کشاورزان (29/3%)، زنان خانه دار (24/4%) و دامداران (19/5%) به خود اختصاص دادند (جدول 1).

جدول 1: توزیع فراوانی مبتلایان به بروسلوز بر حسب شغل در شهرستان ازنا (87 - 1386)

فراوانی شغل	تعداد	درصد
دامدار	8	19/5 .
کشاورز	12	29/3
خانه دار	10	24/4
بازنشسته	2	4/9 .
دانش آموز	3	7/3
آزاد	1	2/4
دانشجو	1	2/4
بیکار	4	9/8
جمع	41	100

چه بیشتر بروسلوز در منطقه به کار برد. در مجموع 46/3% موارد، تماس مستقیم با دام را ذکر کرده اند. 34/1%، 9/8% و 9/8% مبتلایان به ترتیب سابقه مصرف شیرخام، شیر خام و پنیر تازه، پنیر تازه داشته اند.

95/2% بیماران در روستایی و مابقی ساکن شهر (4/8%) بودند. از 39 بیمار ساکن روستا، تعداد 5 نفر زندگی عشایری داشتند. با توجه به بالا بودن میزان آلودگی در روستاها نسبت به شهر (حدود 19 برابر) باید برای کنترل بیماری تدابیری مناسب و کارآیی را به منظور کنترل هر

سنین 40 - 11 سال هستند. بنابراین در برنامه ریزی جهت کنترل تب مالت، این گروه ها باید به عنوان اولویت اول مد نظر باشند. در این منطقه بیشترین موارد بیماری طی ماه های اردیبهشت لغایت شهریور بروز می کند (جدول 2).

اکثر موارد به ترتیب در گروه های سنی 15-24 سال (26/8%)، 34 - 25 سال (17/1%)، 44-35 سال (14/6%)، 64 - 55 سال (12/2%)، 54-14 سال (9/8%)، بزرگ تر از 64 سال (9/8%)، 14-5 سال (7/3%) و 4-0 سال (2/4%) قرار داشتند. بیشترین افراد در معرض خطر ابتلا، جمعیت روستایی و از گروه زنان خانه دار و مردان کشاورز در

جدول 2: توزیع فراوانی مبتلایان به بروسلوز بر حسب ماه در شهرستان ازنا (87 - 1386)

فراوانی ماه	تعداد	درصد
فروردین	3	7/3
اردیبهشت	7	17/1
خرداد	6	14/6
تیر	4	9/8
مرداد	3	7/3
شهریور	6	14/6
مهر	3	7/3
آبان	1	2/4
آذر	-	-
دی	1	2/4
بهمن	3	7/3
اسفند	4	9/8

14/6 % و 14/6 % بوده است. دامنه ی بعد خانوار در مبتلایان بین 3-15 نفر بود. 92/7% بیماران دارای بعد خانوار بین 10 - 4 نفر بودند. از نظر سطح تحصیلات مشخص گردید که در افراد مبتلا به تب مالت درصد بیسوادی بسیار بالا بوده است (جدول 3).

به طور کلی 39 %، 31/7 %، 9/8 % و 19/5 % مبتلایان به ترتیب در فصول بهار، تابستان، پاییز و زمستان یافت گردیدند. در کل در شش ماهه ی اول سال بیشترین مقدار تب مالت در شهرستان ازنا مشاهده شد. از نظر تعداد موارد به تفکیک ماه، بیشترین موارد به ترتیب مربوط به ماه های اردیبهشت، خرداد و شهریور با میزان 17/1 %،

جدول 3: توزیع فراوانی مبتلایان به بروسلوز بر حسب میزان سواد در شهرستان ازنا (87 - 1386)

درصد	تعداد	فراوانی سطح سواد
43/9	18	بیسواد
29/3	12	ابتدایی
12/2	5	راهنمایی
12/2	5	دبیرستانی
2/4	1	دانشگاهی

استرپتومایسین + ریفامپین، کوتریموکسازول + ریفامپین، استرپتومایسین + داکسی سیکلین، جنتامایسین + ریفامپین و پنی سیلین + ریفامپین بودند. اکثریت بیماران (53/7%) رژیم دارویی داکسی سیکلین + ریفامپین را دریافت نمودند. (جدول 4)

آزمایش های سرولوژیک رایت و 2ME جهت تشخیص بیماری به کار گرفته شد. در ابتدا قبل از درمان فراوان ترین تیتراژ در رایت مربوط به 1/320 (75/6%) و در 2ME مربوط به 1/160 (56/1%) گزارش شد. رژیم های درمانی متفاوتی برای مبتلایان در نظر گرفته شد که عبارت از داکسی سیکلین + ریفامپین،

جدول 4: توزیع فراوانی مبتلایان به بروسلوز بر حسب داروی مصرفی در شهرستان ازنا (87 - 1386)

درصد	تعداد	فراوانی دارو
12/2	5	کوتریموکسازول و ریفامپین
4/9	2	جنتامایسین و ریفامپین
53/7	22	داکسی سیکلین و ریفامپین
12/2	5	استرپتومایسین و ریفامپین
14/6	6	استرپتومایسین و داکسی سیکلین
2/4	1	پنی سیلین و ریفامپین

بحث

بروز بیماری در شهرستان ازنا در سال 87 - 1386، 56/55 در یک صد هزار نفر جمعیت بوده است. این میزان بروز با اطلاعات کشوری که بر مبنای آن شهرستان ازنا در گروه شهرستان های با شیوع کم قرار گرفته است، مطابقت دارد. در طی سالهای اخیر تقریباً به طور یک نواخت در شهرستان ازنا بیماری وجود داشته که خود

اکثر مبتلایان از مراکز بهداشتی - درمانی دربند و آشورآباد به ترتیب 11 و 9 مورد گزارش گردید. سایر بیماران از مراکز بهداشتی - درمانی شهرک المهدی، دولت آباد، امام زاده قاسم، خاتم الانبیا، مؤمن آباد و سیدالشهدا به ترتیب 6، 4، 4، 5، 2 و 1 معرفی گردیدند.

در بعضی مطالعات که شیوع بیماری بروسلوز در دو جنس یک سان بوده است، می تواند بعلت مشارکت زنان روستایی با مردان در فعالیت های دامداری باشد که موجب می شود آن ها نیز به دلیل تماس شغلی به بیماری مبتلا شوند. یا آن که در بعضی نقاط هنوز بخش عمده ای از بیماران از راه تماس غیر شغلی به بیماری مبتلا می شوند که بیانگر نسبتی از بیماران است که عمدتاً به علت استفاده از محصولات آلوده ی غیر بهداشتی دامی است که در شهرها به بیماری مبتلا می شوند.

تعداد موارد بیماری در شهرستان ازنا در سالهای اخیر افزایش یافته است. این موضوع به دلیل آن است که در این مدت تغییر عمده ای در وضعیت دامداری استان ایجاد نشده و شناسایی یا گزارش دهی بیماران بیشتر شده است. به این معنی که یا نسبت بیشتری از بیماران (در مقایسه با سال های قبل) مورد شناسایی قرار گرفته اند یا از بین بیماران تشخیص داده شده نسبت بیشتری گزارش شده است.

بیماری در فصل تابستان و بهار که فصل زایش دام ها می باشد، شایع تر بوده است که با سایر مطالعات مطابقت دارد (15 و 14). در فصل بهار و تابستان، در اثر تماس با بقایای آبستنی سقط شده و امثال آن، تماس دامداران با آنها و مصرف لبنیات آلوده این دام ها توسط سایر افراد، موجب بروز موارد زیادی از بروسلوز می شود. به طور کلی شیوع فصلی بیماری در نیمه ی اول سال شایع تر از نیمه ی دوم سال بوده است. به این صورت که افزایش موارد بیماری از اسفند شروع شده و تا شهریور ادامه می یابد. سپس از مهر کاهش یافته و تا بهمن به همین صورت باقی می ماند بنابراین مؤثرترین زمان ممکن جهت اجرای برنامه های مداخله ای، پیشگیری قبل از شروع فصل شیوع یعنی طی ماه های پایان سال و فروردین ماه بوده و زمان اصلی جهت پیگیری بیماران باید در ماه های فصل بهار و تابستان در نظر گرفته شود.

حاکمی از آندمیک بودن بیماری در این منطقه است. میزان بروز کشوری در سال 1379 به میزان 24/11 و در سال 1383 به میزان 39/2 در یک صد هزار نفر جمعیت به دست آمد. در سال 1385، میزان بروز تب مالت در استان قزوین 65، استان کرمانشاه 52، کردستان 89/2 و خراسان رضوی 65 در یک صد هزار نفر محاسبه شد. مانند هر بیماری دیگری موارد شناسایی شده، کل موارد بیماری را شامل نمی شود و ممکن است بیماران دیگری در جامعه وجود داشته باشند که تشخیص داده نمی شوند یا پس از تشخیص گزارش داده می شوند، بنابراین منطقی است که فرض کنیم بروز واقعی بیماری شهرستان ازنا بیشتر از مقداری است که ذکر شده است.

توزیع موارد بیماری در زنان و مردان یک سان نبود. از 41 مورد بروسلوز کشف شده، 28 مورد (68/3%) مذکر و 13 مورد (31/7%) مؤنث بودند. میزان بروز بیماری در مردان تقریباً دو برابر زنان بوده است. این نتیجه مشابه اغلب مطالعات دیگر می باشد که در آن ها بیماری در مردان بیشتر دیده شده است (11 و 10). در مطالعه ی حدادی که در بیمارستان امام خمینی و سینای تهران انجام شد، بیماری بروسلوز در زنان بیشتر از مردان دیده شد (7). در مطالعه ی قاسمی در استان کردستان، توزیع موارد بیماری در زنان و مردان تقریباً یک سان بوده است (6). همین طور مطالعه ای که در عربستان انجام شد، نشان دهنده ی شیوع بیشتر بیماری در زنان در مقایسه با مردان بود (12). به طور کلی بیماری بروسلوز در مناطقی که به حد قابل قبولی از استاندارد های بهداشتی رسیده اند، یک بیماری شغلی است که در مردان شایع تر است. با توجه به آن که زنان همچون مردان به کشاورزی و دام داری مشغولند، بنابراین حتی به عنوان شغل نیز الزاماً بیماری خاص مردان نخواهد بود. به طور کلی در مناطقی که بیماری آندمیک است، بیماری در مرد و زن یک سان است و راه اصلی انتقال، مصرف مواد لبنی آلوده می باشد و الزاماً شغلی نیست (13).

در این تحقیق 53/6% موارد، علت ابتلایشان به بیماری مصرف مواد لبنی آلوده بوده است که در تحقیق دیگر 67/9% و 88/3% و 66/7% گزارش شده است (22)، 21 و 10). در این مطالعه، سابقه ی تماس با حیوانات اهلی در 46/3% موارد دیده شد. در مطالعات سایر دانشگاه های علوم پزشکی کشور، این نسبت کمتر از 60% - 50% می باشد (24، 23). بنابراین گرچه شغل، یک عامل خطر محسوب می شود، اما در کشورهای جهان سوم بیماری الزاماً شغلی نیست. همچنین افرادی که تماس شغلی دارند، علاوه بر شغل، مصرف مواد لبنی نیز می تواند نقش داشته باشد.

پیش ترین علل شیوع بروسلوز در شهرستان ازنا می تواند به دلایل زیر باشد: 1) فرهنگ غذایی عشایری و روستایی (مانند استفاده از شیر نجوشیده و استفاده از پنیر تازه که آن هم از شیر نجوشیده تهیه می گردد)، 2) عدم دسترسی کافی به خدمات بهداشتی درمانی به علت دوری فاصله و محرومیت منطقه و ... 3) عدم آگاهی بیماران در مراجعه به موقع به پزشک، عدم مصرف به موقع داروها و رعایت نکات بهداشتی. گسترش برنامه ی واکسیناسیون دام ها توسط سازمان های مسئول، ارتقای آگاهی مردم به خصوص دامداران، عشایر و زنان خانه دار و گسترش برنامه ی بیماریابی و ارائه ی خدمات بهداشتی - درمانی در این منطقه ی محروم، می تواند به کاهش میزان فراوانی بیماری انسانی و دامی و کاهش عوارض و ضررهای اقتصادی ناشی از آن بینجامد. اثر بخشی برنامه های آموزشی در اصلاح رفتارهای پیشگیری کننده، مانند: استفاده از ماسک و دستکش، شستشوی دست با آب و صابون، دفع بهداشتی ضایعات و فضولات دام، در بعضی تحقیقات در کاهش موارد بروسلوز اثبات شده است (25). در پژوهش ما بیشترین گروه شغلی بیماران، به ترتیب در کشاورزان (29/3%)، زنان خانه دار (24/4%) و دامداران (19/5%) بوده اند که به اقتضای زندگی دامداری، با دام تماس مستمر داشته اند. بیماری بروسلوز در کشورهای صنعتی بیشتر در کارگران کشتارگاه ها و

شایع ترین گروه سنی بیماران 24-15 سال بود. 43/9% بیماران در گروه سنی 34-15 سال قرار داشتند که با توجه به جوان بودن این گروه سنی، اهمیت مبارزه با بیماری بیشتر می شود. از طرف دیگر این گروه سنی نسبت به سایر افراد جامعه، آموزش پذیری بیشتری دارند و در صورت پیش بینی و اجرای برنامه های آموزشی می توان امیدوار بود تعداد موارد بیماری در این گروه سنی کاهش یابد. بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گروه سنی 10-19 ساله ایرانی، بیشتر از سایر گروه های سنی در معرض خطر ابتلا به بروسلوز قرار داشته و نسبت ابتلا به این بیماری، در کودکان ایرانی بر خلاف گزارش های کشورهای خارج، چندان کمتر از بزرگسالان نیست (17 و 16). میانگین سنی بیماران کشور هندوستان 25/3 سال (18) و در کودکان کشور عربستان 5/8 سال گزارش شده است (19). در تحقیق ما میانگین سنی بیماران در شهرستان ازنا 36 سال محاسبه شد. ولی در مطالعه ی استان قزوین، بیشترین فراوانی نسبی بیماران در بالای 40 سال، بوده است (20).

در تحقیق حاضر فقط 4/8 درصد بیماران ساکن مناطق شهری بودند. یافتن مراکز روستایی پر شیوع در شهرستان ازنا موجب می شود که اولویت برنامه ی مبارزه با بروسلوز مشخص گردد. در صورت اجرای برنامه های مبارزه با بروسلوز در این مراکز، انتظار کاهش بیشتری در بروز بیماری می رود. این موضوع به مرکز بهداشت شهرستان کمک می کند تا اولویت بندی برنامه های خود را جهت کنترل بروسلوز مشخص نماید. همچنین کمک می کند که در زمان نسبتاً کوتاه تری به نتیجه ی مؤثری در کاهش موارد بیماری دست یابد. در پژوهش دیگری فقط 15/67 درصد بیماران ساکن مناطق روستایی بودند (7). در تحقیق دیگری در ایران 40/5 درصد روستایی بودند (21). شیوع بیماری بروسلوز در افراد شهر نشین در این دو مطالعه، دلالت بر نقش سایر عوامل در انتقال بیماری دارد.

جامعه توصیه می شود. کمترین مبتلایان (2/4 %) دارای تحصیلات دانشگاهی بوده اند.

نتیجه گیری

باتوجه به شیوع بیماری تب مالت در شهرستان ازنا و این که دامداری از مشاغل مهم در این شهرستان است، لذا اتخاذ راهکارهای اساسی جهت کنترل بیماری نظیر واکسیناسیون دامها، جلوگیری از جابه جایی دام ها از مناطق آلوده، آموزش مردم در زمینه های راه سرایت و انتقال، کشف و جداسازی و کشتار دام های آلوده، جبران خسارت معدوم ساختن دام های آلوده، نظارت کافی بر مکان های تهیه و توزیع فرآورده های لبنی، هماهنگی بین بخشی با سازمان دامپزشکی، توسعه ی کارخانجات لبنیات پاستوریزه، توسعه ی امکانات شبکه های بهداشتی درمانی، جلب همکاری پزشکان در اعلام بیماری، تشخیص زودرس بیماری، استفاده ی دامداری و کارگران کشتارگاه ها از وسایل حفاظتی، عدم نگهداری دام در محل زندگی، تحت نظارت بودن مداوم دام ها توسط دامپزشک، توسعه ی فرهنگ استفاده از لبنیات پاستوریزه، راه اندازی آزمایشگاه ها و توسعه آزمایش های سرولوژیک جهت تشخیص بیماری در حیوانات و افراد آلوده، اجرای مستمر مطالعات اپیدمیولوژیک و شناخت ریسک فاکتورها، تقویت نظام مراقبت و گزارش دهی و گزارش گیری و برنامه ریزی آموزشی بسیار مهم است.

قدردانی

پژوهش حاضر، طرح مصوب شماره ی 57 S . 87 کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می باشد که پژوهشگران بدین وسیله مراتب سپاس گزاری خود را ابراز می دارند. همچنین از ریاست محترم و مسئولان مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان ازنا، خانم اکرم رضایی و آقای فرید حامدی و سایر کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان ازنا قدردانی می گردد.

قصابان عارض شده است (16). در این مطالعه زنان خانه دار دومین گروه شغلی مبتلایان بودند. البته باید این نکته را در نظر گرفت که زنان روستایی اگر چه ممکن است در فعالیت های دامداری مشارکت داشته باشند، اما دامداری یک شغل برای آنان در نظر گرفته نمی شود. در آموزش این گروه با توجه به این که بیشتر از سایر اقشار جامعه از برنامه های رادیویی و تلویزیونی استفاده می کنند، باید برنامه ی آموزش رادیویی و تلویزیونی مورد توجه قرار گیرد. آموزش کشاورزان و دامداران از گروه قبلی دشوارتر است و لازم است از راه کارهایی مانند برگزاری کلاس های آموزشی گروهی یا در نظر گرفتن امتیازاتی استفاده گردد. در این گروه ها استفاده از موارد آموزشی به صورت مکتوب اگر چه لازم است اما اثر گذاری آن کمتر می باشد. در گروه دانش آموزان و دانشجویان، آموزش آنان به علت حضور در یک محیط مشترک با بافت آموزشی (مدارس یا دانشگاه ها) دشوار نمی باشد. در مطالعات دانشگاه های علوم پزشکی قزوین و کردستان، زنان خانه دار بیشترین گروه مبتلا از نظر شغلی بوده اند (23 و 20).

با توجه به راه انتقال بروسلوز، ممکن است چند مورد در خانواده دیده شود. در مطالعه ی حدادی، سابقه ی تب مالت در خانواده در 19/5 % از آن ها مثبت بود (7). در مطالعه ی دیگری از ایران این میزان 11/08 % بوده است (21).

در مطالعه ی حاضر بیشترین رژیم دارویی تجویز شده، داکسی سیکلین به همراه ریفامپین بوده است. در مطالعه ی حدادی بیشترین رژیم دارویی تجویز شده، کوتریماکسازول به همراه ریفامپین بوده است. در مطالعه ی خدیوی، بیشترین رژیم دارویی مصرفی، رژیم دارویی ریفامپین - کوتریموکسازول بوده (59/8 %) و حداکثر دوره ی درمان توصیه شده به بیماران برای 6 هفته بوده است که این رژیم بیشترین میزان عود را داشته است (26). بر اساس این مطالعه، اکثریت مبتلایان (43/9 %) بی سواد بوده است، که لزوم توجه بیشتر به آموزش آحاد

References

منابع

- 1-Young EJ. Brucella species. In: Mandell D, Bennet S, Principles and practice of infectious diseases, New York: Churchill Livingstone Company, Fifth ed , 2000; P :2386 – 90.
- 2- Young EJ. Brucella species. In: Mandel , Gerld and Bennett , Principles and Practice of infectious disease (6th ed) Philadelphia: 2005 , P. 2669 – 2674.
- 3-Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of common diseases in Iran, Tehran, Eshtiagh Press, 2001, 533 – 541 [Persian]
- 4-Incidence of brucellosis in the world, Available from [http:// www.Vet.uga.Edu/ VPPP/NSEP/Brazil 2002 /brucella /Eng/ incidence. htm](http://www.Vet.uga.Edu/VPPP/NSEP/Brazil 2002/brucella/Eng/incidence.htm).
- 5-Iranian Ministry of Health, Communicable Diseases Unit, Annual Report of CDC, 2004.
- 6-Ghasemi B, Mohammadia B, Soofimajidpour M, Epidemiology of Human and Animal Brucellosis in Kurdistan Province in 1997 -2001, Journal Kordistan University of Medical Sciences, 2003, 8 (2), 23 -32 [Persian]
- 7-Haddadi A, Rasoulinejad M, Afhami SH, Mohraz M. Epidemiological, clinical, para clinical Aspects of Brucellosis in Imam Khomeini and Sina Hospital of Tehran (1998 – 2005). 2006: 10 (3), Behboud, 242 – 251/[Persian]
- 8-Khamirchi R, Hashemian M. Study of the Prevalence of Brucella and Relevant factors in Rural Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2004:11 (4) , 51– 55/[Persian]
- 9- Momen HM , Afzali H. Clinical minifestations of brucellosis in hospitalized patients in Beheshti Hospital of Kashan 1996 –2003. Feyz –Journal of Kashan University of Medical Sciences.2007:11(1), 67 – 72/[Persian]
- 10- Elbeltagy KE . An epidemiological profile of brucellosis in Tabuk province , Saudi Arabia . East Mediteranean Health Journal . 2001 : 7 (4 - 5) : 791 – 8 .
- 11-Serra Alvarez J , Godoy Garciap . Incidence , ethiology and epidemiology of brucellosis in a rural area of the province of Lieida . Rev ESP Salud Publica . 2000 : 74 (1) : 45 – 53.
- 12- Malik GM . A clinical study of brucellosis in adults in the Asir region of southern saudi Arabia . An J Trop . Med Hyg . 1997 : 56 (4) : 375 – 7.
- 13- Gotuzzo E . Brucellosis : In Gorbach St , Barttletta JC , Black Low NR , editors , Infectious diseases , 2nd ed . Philadelphia : WB sunders ; 1998 , PP : 498 – 503 .
- 14-Mousa AR , Elhag KM , Khogali M , Marafie AA . The nature of human brucellosis in Kuwait : Study of 379 cases . Rev Infect Dis . 1988 ; 10 (1) : 211 – 7.
- 15- Thome A , Hammoud A , El – Rassi B , Germanos Haddad M , Ghayad E . Human brucellosis : Retorspective studies of 63 cases in lebanon . Presse Med 2001 ; 30 (27) :1339 – 43.
- 16- Saebi A. Infections Diseases in Iran.Tehran , Ofset press;1999 , 381 – 6/[Persian]
- 17-Zeinali M. Epidemiologic study of Brucellosis in Iran. Abstract book of Brucellosis Congress, 2005: Tehran , Iran , 91 – 93/[Persian]
- 18-Mantur BG , Akki AS, Mangalgi SS, Patil SV , Gobbur RH ,Peerapur BV .Childhood brucellosis – a microbiological , epidemiological and clinical study . J Trop pediatar . 2004 Jun: 50 (3) :153 –7.
- 19-Shaalan MA, Mermish ZA, Mahmoud SA, Alomari A , Khan MY , Almuneef M , etal . Brucellosis in children: Clinical observations in 115 cases. Int J Infect Dis . 2002 Sep :6 (3):182 –6.
- 20- Sheikh S , Ghassemi R , Fajrbeygi P. Epidemiological study of Brucellosis in Qazwin province. Abstract book of brucellosis congress , 2005: Tehran , Iran , 267 – 269/[Persian]
- 21- Haj Abdolbaghi M, Rasooli Nejad M, Yaghoob Zadeh M. Epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic survey in 505 cases with Brucellosis. Journal of Tehran Faculty of Medicine , 2001 , 4 (9) , 34 – 43/[Persian]
- 22- Tasbakan MI , Yamazhan T, Gokengin D, Arda B , Sartpolat M, Ulusoy S, et al. Brucellosis: a retrospective evaluation. Trop Doct 2003 Jul: 33 (3) : 151 –3.
- 23-Moradi G, Sofi Majidpor M, Ghaderi E, Gharibi F. Epidemiological study of Brucellosis in Kurdistan Province from 1997 to 2003 , Abstract book of Brucellosis Congress , 2005 , Tehran , Iran , 151 – 2/[Persian]
- 24-Aminian B, Mehajer J. Rosta J, Epidemiological survey of Brucellosis in Chagedan County during 2003 – 2004. Abstact book of Brucellosis Congress, 2005, Tehran, Iran, 177-180/[Persian]
- 25- Ghofrani pour F, Shojaei Zadeh D, Zowghi E, Hadji Zadeh E. The application of the health belief model (HBM) to prevent Brucellosis in Shahrekord city, Daneshvar; 1997 ,15 – 16 (4) , 23- 28/ [Persian]
- 26-Khadivi R, Imani R, Salehi S, Dehghan M. The incidence rate of chronic brucellosis following one – year antibiotic therapy in Koohrang district of Charmahal and Bakhtyari province , Journal of Shahrekord University of Medical Sciences , 2004 , 8 (3) , 54 – 61/[Persian]