

سرو اپیدمیولوژی ویروس هرپس سیمپلکس نوع یک در زنان حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی کرمانشاه (سال ۱۳۸۳)

داریوش پورمند^۱*؛ علیرضا جانبخش^۲

چکیده

هرپس سیمپلکس ویروس (HSV)، یک بیماری عفونی واگیر با گسترش جهانی است. HSVI معمولاً در طی دوران کودکی به وسیله تماس های غیرجنسی منتقل می شود. در کشورهای پیشرفته و توسعه یافته، HSVI یکی از علل مهم هرپس زنیال است. آگاهی از فراوانی این عفونت در زنان حامله می تواند در انتخاب روش های درمانی و پیشگیری مناسب، کمک کننده باشد. در این مطالعه، ۶۵ زن باردار مراجعه کننده به چند درمانگاه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه برای وجود آنتی بادی های IgG برضد HSVI مورد آزمایش قرار گرفتند. فراوانی آلودگی به HSVI در ۵۵/۴ درصد جمعیت مورد مطالعه بود که نسبت به کشورهای غربی پایین تر است.

کلیدواژه ها: هرپس سیمپلکس ویروس، سرواپیدمیولوژی، حاملگی

پذیرش: ۱۳۸۸/۹/۱۰

دریافت: ۱۳۸۸/۵/۱۳

۱. گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، میدان ایثار، دانشکده پیراپزشکی، تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۷۹۶۹۷

Email: pourmand_d@yahoo.com

مقدمه

ممکن است در تشکیل اندامها اختلال ایجاد کرده و نوزاد با میکروسفالی، میکروفتالمی، کلسیفیکاسیون داخل جمجمه، کوریورینیت، کاتاراکت، آهکی شدن کبد و نقایص قلبی متولد گردد. HSVI به طور اولیه از راه غیرمقاربتی و معمولاً در اثر تماس با بزاق آلوده منتقل می شود و عامل اصلی ژنژیواستوماتیت، فارنژیت هرپسی، اگزماهرپتیکوم و عفونت های پوست، عفونت های چشم و آنسفالیت هرپسی است (۱-۳).

عفونت های ناشی از ویروس هرپس سیمپلکس در بیشتر کشورهای جهان به صورت اندمیک وجود دارد. تعداد

آلودگی هرپس سیمپلکس ویروس (HSV)، گسترش جهانی دارد. هرپس سیمپلکس ویروس، یک بیماری عفونی واگیر است که از طریق تماس نزدیک، نظیر بوسیدن یا تماس جنسی و یا از مادر به جنین در طی حاملگی یا هنگام تولد در تماس با کانال زایمانی منتقل می شود. HSV سبب ابتلا مناطق مختلف بدن نظیر لبها، دستگاه تناسلی، پوست، چشمها و گاهی دستگاه عصبی مرکزی و احشایی می گردد (۱ و ۲). در عفونت مادرزادی در ماه های اول زندگی جنینی، ویروس هرپس

حاملگی قبلی، سابقه سقط، سابقه دریافت خون و سابقه جراحی در زنان باردار، یک پرسشنامه طی انجام مصاحبه با این افراد توسط کارشناس مامایی مراکز، تکمیل گردید. برای تشخیص سابقه آلودگی با ویروس HSVI، میزان آنتی‌بادی‌های IgG ضد ویروس هرپس نوع یک، به روش ELISA^۱ تعیین گردید.

در پژوهش حاضر، تعداد افراد مطالعه برای HSVI، با توجه به مطالعات قبلی، شیوع ۶۰ درصد برای افراد زیر ۱۵ سال و شیوع بالاتر برای افراد مسن‌تر (۱) و با در نظر گرفتن حداقل شیوع و حداکثر نمونه با اطمینان ۹۵ درصد، ۶۲ نفر تعیین گردید. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون کای‌دو انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مورد مطالعه، ۲۱ سال و دامنه سنی، ۱۶-۴۲ سال بود. از کل ۶۵ نفر مورد مطالعه، ۵۵/۴ درصد دارای تست سرمی IgG مثبت علیه HSVI بودند. در گروه سنی ۱۵-۲۵ سال، ۵۱/۳ درصد و در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال، ۷۲/۷ درصد از نظر IgG ضد HSVI مثبت بودند. گروه سنی بالای ۳۵ سال، فاقد نمونه بودند. لازم به ذکر است که این تفاوت‌ها بین گروه‌های سنی از لحاظ آماری معنادار نبود ($P=0/17$). در افراد بدون سابقه سقط، ۵۴/۹ درصد و در افراد دارای سابقه سقط، ۷۷/۸ درصد دارای تست سرمی IgG مثبت علیه HSVI بودند. اختلاف بین این دو متغیر نیز از

افرادی که دارای آنتی‌بادی ضد ویروس هستند متفاوت و به‌طور عمده، بستگی به گروه‌های مورد مطالعه داشته است. عوامل اجتماعی و اقتصادی تا حدودی بر شدت عفونت، تأثیر داشته و تراکم جمعیت یک منطقه هم مستقیماً بر شیوع بیماری اثر می‌کند (۳-۱).

در مطالعات انجام‌شده توسط دکتر صائبی، درصد آلودگی به HSVI در سنین بالای ۲۵ سال تا ۸۰ درصد گزارش شده است (۱). در لهستان، فراوانی سرولوژیک HSVI در جمعیت ۱۵-۲۴ سال، ۷۴/۵ درصد و در زنان، بیشتر از مردان مشاهده شد. در تمام نمونه‌های استفاده‌شده در این تحقیق، فراوانی سرولوژیک HSVI به ۸۹/۸ درصد می‌رسید (۵). در آمریکا در سال‌های ۹۴-۱۹۸۸، فراوانی سرولوژیک HSVI ۶۲ درصد بود و در سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۹ به ۵۷/۷ درصد رسید (۶). در سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۸۹، فراوانی سرولوژیک HSVI در جمعیت کشورهای فنلاند ۵۲ درصد، هلند ۵۷ درصد، بلژیک ۸۱ درصد، جمهوری چک ۸۱ درصد و بلغارستان ۸۴ درصد گزارش شده بود (۷).

مواد و روش‌ها

روش نمونه‌گیری در مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر، نمونه‌گیری در دسترس بود. دو مرکز بهداشتی-درمانی در مناطق دولت‌آباد و مسکن انتخاب شده و از زنان حامله مراجعه‌کننده به این مراکز، آزمایشات لازم خون‌گیری به‌عمل آمد. برای جمع‌آوری اطلاعات لازم در خصوص تحصیلات، سن، سطح درآمد، سابقه

HSV1 در این پژوهش، معنادار نبود ولی افزایش فراوانی موارد سرولوژیک مثبت HSV1 با سن در تمام تحقیقات قبلی، مورد اشاره قرار گرفته است (۶، ۷ و ۱۰). در این تحقیق نیز در دو گروه سنی اولیه، افزایش زیادی در فراوانی موارد مثبت با افزایش سن مشاهده شد ولی به علت کم بودن تعداد نمونه‌ها در گروه سوم، فراوانی قابل اطمینانی برای مقایسه به دست نیامد. در کشورهای اروپایی مانند فنلاند، هلند، بلژیک، جمهوری چک و بلغارستان، میزان آلودگی به عفونت HSV1 متغیر بوده و به ترتیب ۵۲، ۵۷، ۶۷، ۸۱ و ۸۴ درصد گزارش شده است. در بعضی از این کشورها فراوانی موارد مثبت HSV1 با نتایج تحقیق ما هم‌خوانی زیادی داشت. ممکن است پایین بودن این فراوانی به علت پایین بودن سن بارداری در ایران و همین‌طور پایین بودن میانگین سنی افراد مورد مطالعه در این تحقیق باشد.

نتیجه‌گیری

به‌خاطر پایین بودن فراوانی HSV1 در افراد بررسی‌شده در این تحقیق، لازم است جمعیت بیشتری تحت مطالعه قرار گرفته و میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در تحقیق نیز بالاتر انتخاب گردد تا ارتباط موجود بین این متغیرها با دقت بیشتری اندازه‌گیری شود.

لحاظ آماری معنادار نبود ($P=0/449$). در افراد دارای سابقه جراحی، ۶۸/۸ درصد و در افراد بدون سابقه جراحی، ۵۴/۵ درصد دارای تست سرمی IgG مثبت بر علیه HSV1 بودند. رابطه معناداری بین تست و سابقه جراحی وجود نداشت ($P=0/386$). فراوانی افراد دارای تست سرمی IgG مثبت بر علیه HSV1، برحسب سواد زنان باردار در گروه بیسواد، ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان و بالاتر از دبیرستان، به ترتیب ۶۰/۹، ۵۴/۸ و ۱۰۰ درصد بود. برحسب سواد همسران زنان باردار در گروه بیسواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و بالاتر از دبیرستان، فراوانی افراد دارای تست سرمی IgG مثبت بر علیه HSV1، به ترتیب ۱۰۰، ۶۹/۲، ۵۱/۲ و ۱۰۰ درصد بود. در این موارد نیز رابطه معناداری بین سواد زنان باردار و همسران زنان باردار با تست سرمی مثبت وجود نداشت ($P=0/458$) و ($P=0/132$).

بحث

میزان آلودگی به عفونت HSV1 در زنان حامله کرمانشاهی در درمانگاه‌های انتخاب‌شده، ۵۵/۴ درصد بود این فراوانی در گروه سنی ۱۵-۲۵ سال، کم‌تر و در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال، بیشتر بود ولی در گروه سنی ۳۶-۴۵ سال، به‌علت کم بودن نمونه‌ها فراوانی قابل مقایسه‌ای به دست نیامد. هرچند ارتباط سن و فراوانی

References:

1. Saebi.E , [Infectious Diseases (Persian)]. 3th ed. Tehran; Alborz and Panous Pub ,1994; 115-51 .
2. corey L. Herpes Simplex Viruses,In:Fauxi AS,Braunwald E,Isselbacher K,Wilson JD,Martin JB,Kasper DL,et al. Harrison Infection Diseases,Vol 48, 6th ed. USA; Mosby 2002:1100-6 .
3. Riley LE, Herpes simplex virus, Semin Perinatol 1998; 22(4), 284-92.
4. Prober CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au DS, Yeager AS, Arvin AM. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes simplex virus infections. N Engl J Med 1987; 316(5): 240-4
5. Smith JS, Rosinesca M, Trezcinska A, Pimenta JM, Litwinska B, Siennicka J. Type specific seroprevalence of HSV-1 and HSV-2 in four geographical region of Poland. Sex Transm Infec 2006; 82(2):159-163 .
6. Xu F, Sternberg MR, Kottiri BJ, McQuillan GM, Lee FK, Nahmias AJ. et al. Trends in Herpes simplex virus type 1 and 2 seroprevalence in the united states. JAMA 2006; 296(8): 964-73.
7. Pebody RG, Andrews N, Brown D, Gopal R, De Melker H, François G, et al. the seroepidemiology of herpes simplex virus type 1 and 2 in Europe. Sex Trans Infect 2004; 80(3): 185-91.