

بررسی میزان شیوع بیماری روماتیسم قلبی در دانش آموزان چهار منطقه استان گیلان.

نویسنده مقاله: (۱) دکتر انوش برزیگر

(۲) دکتر فردین میربلوک، (۳) دکتر کامران شمخانی، (۴) دکتر منظر حسین اکبر، (۵) منصوره نسیمی (برزیگر)،

(۶) دکتر عبداله زندی

خلاصه:

تب روماتیسمی و متعاقب آن روماتیسم قلبی از بیماریهای شایع کشورهای در حال توسعه است، پیشگیری و کنترل تب روماتیسمی و بیماری روماتیسم قلبی کماکان جنبه مهمی از برنامه های قلب و عروق سازمان بهداشت جهانی است. در عرض مدت سه سال از ۴۲۲ هزار دانش آموز در چهار منطقه استان گیلان و با در نظر گرفتن تعداد محصلین شهر که تعداد آنها ۳۷۱۴۰۰ نفر بوده و تعداد محصلین روستا و کوه نشین ها حدود ۵۰۶۰۰ نفر بوده است نتایج بدین قرار می باشد:

میزان شیوع تب روماتیسم در ۴۲۲ هزار حدود ۱۶۶ نفر بوده که این نسبت در صد هزار نفر ۳۹/۳ نفر بوده است که از این تعداد ۸۸ نفر مبتلا به روماتیسم قلبی بودند که این نسبت در ۱۰۰۰ نفر ۰/۲ نفر بوده است و نسبت میزان شیوع تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی در پسر ها بیشتر از دختر ها بوده است. نسبت میزان شیوع روماتیسم قلبی در ۱۰۰۰ نفر با توجه به تعداد محصلین شهری حدود ۰/۱۶ نفر در ۱۰۰۰ بوده و روستا نشین های دوردست و کوه نشین ها حدود ۰/۵۸ نفر در هزار بوده است.

میزان شیوع گرفتاری تک دریچه ای بیشتر از میزان شیوع چند دریچه ای بوده و شیوع گرفتاری تک دریچه ای به ترتیب نارسایی دریچه میترال و تنگی دریچه میترال و نارسایی آئورت بوده است در مورد میزان شیوع ضایعات چند دریچه ای شیوع به ترتیب تنگی و نارسایی میترال، تنگی میترال، نارسایی آئورت، تنگی آئورت و نارسایی آئورت، نارسایی میترال و نارسایی آئورت و بعد گرفتاری ضایعات چند دریچه ای بصورت نارسایی و تنگی دریچه میترال و آئورت بوده و کمترین فرم شایع مربوط به تنگی آئورت همراه با تنگی دریچه میترال بوده است و میزان شیوع ضایعات دریچه ای بر حسب جنس، نارسایی میترال در دختر ها بیشتر بوده و تنگی دریچه میترال در پسر ها بیشتر بوده است (بر عکس آنچه که در کتب مرجع موجود است). میزان نارسایی آئورت در پسر ها بیشتر از دختر ها بوده و شیوع ضایعات چند دریچه ای بر حسب مقاطع تحصیلی شامل مرحله

۱- دانشیار گروه قلب - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان - دانشکده پزشکی - رشت.

۲- استادیار گروه قلب - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان - دانشکده پزشکی - رشت.

۳- استادیار گروه قلب - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان - دانشکده پزشکی - رشت.

۴- دیپلم تخصصی قلب

۵- کارشناس آموزش و پرورش

۶- پزشک عمومی

دبستانی ۰/۰۱۱۲ از هزار نفر و در مرحله راهنمایی ۰/۰۳۶۲ در هزار نفر و مرحله دبیرستانی ۰/۰۱۱۶ در هزار نفر بوده است و شیوع ضایعات تک دریچه‌ای در مرحله دبستانی ۰/۰۳۵۸ در هزار نفر و مرحله راهنمایی ۰/۰۷۵ در هزار نفر و مرحله دبیرستانی ۰/۰۳۱ در هزار نفر بوده است. در کل میزان شیوع روماتیسم قلبی در مرحله راهنمایی بیشتر از دوره تحصیلی دیگر بوده است ولی با آزمون Chi-square با ضریب اطمینان ۹۹٪ ارتباط معنی داری در مقاطع تحصیلی در این قسمت از بررسی وجود ندارد.

بطور کلی نتیجه این بررسی در گیلان نشان داد که میزان شیوع روماتیسم و روماتیسم قلبی با توجه به قیاس آن با کشورهای در حال توسعه و صنعتی کمتر بوده، بطوریکه شیوع تب روماتیسمی در بررسی گذشته در زلاندنو ۱۱/۶ نفر در هزار نفر بوده و در آمریکا ۰/۶ در هزار نفر و در ژاپن ۰/۷ در هزار نفر بوده و در بررسی مجدد با پیشنهاد WHO که در سال ۱۹۸۸ در ۱۶ کشور جهان که همزمان با بررسی گیلان (اوائل سال ۶۹) انجام گرفت میزان شیوع روماتیسم قلبی ۲/۲ در هزار گزارش داده که نسبت به میزان روماتیسم قلبی در بررسی گیلان ۱۱ برابر بیشتر بوده است از طرفی این بررسی نشان داد میزان شیوع روماتیسم قلبی در روستا و کوه نشین ها ۱/۵ برابر بیشتر از شهر نشین ها بوده است به نظر می رسد فقر اقتصادی، عدم آگاهی و دوری راه و تعداد خانوار و سکونت چند نفری در یک اتاق مرطوب و کم نور بودن اتاق محل زندگی از عواملی بودند که میزان شیوع در روستا و کوه نشین ها افزایش داده است.

در نتیجه اگر به مراقبت بهداشتی، درمانی بخصوص اگر به وضعیت اقتصادی مردم توجه خاصی بعمل آید و از طرفی عوارض ناشی از عدم درمان و درمان ناقص عفونت های استرپتوکوکی (آنژین چرکی) که تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی است از طریق رسانه های گروهی به مردم آگاهی داده شود سرانجام درصد خیلی زیاد از میزان شیوع این بیماری همانند کشورهای پیشرفته صنعتی کاسته خواهد شد.

مقدمه:

موریدیتی و مورتالیتی بیماریهای قلبی و عروق است انجام گیرد، بعد از این سازمان، در سال ۱۹۸۲ فعالیتهای خود را با شروع برنامه های که متضمن ارائه خدمات در سطح جهانی به منظور پیشگیری ثانویه تب روماتیسمی و بیماری روماتیسمی قلب بود تشدید نمود، این برنامه با همکاری بسیار نزدیک سازمان بین المللی و فدراسیون کاردیولوژی (ISFC) تاکنون در شانزده کشور در حال توسعه انجام گرفت و قسمتی از مخارج این پروژه به وسیله (AGFUND) برنامه خلیج فارس برای توسعه مجامع سازمان ملل هزینه شده است در نتیجه سازمان بهداشت جهانی بعنوان یک نهاد اصلی که سعی دارد عفونت استرپتوکوکی و پیامدهای غیر چرکی آن چون تب

تب روماتیسمی و عوارض آن که روماتیسم قلبی می باشد از بیماریهای شایع کشورهای در حال توسعه است، پیشگیری و کنترل تب روماتیسمی و بیماری روماتیسم قلبی، کماکان جنبه مهم از برنامه های قلب و عروق سازمان بهداشت جهانی است. در سال ۱۹۷۰ یک پروژه مشترک تحقیقاتی WHO، عملی بودن برنامه پیشگیری تب روماتیسمی قلب را در کشورهای در حال توسعه نشان داد، در سال ۱۹۸۲ دکتر Mohler رئیس کل سازمان بهداشت جهانی با اشاره به کنگره جهانی کاردیولوژی میزان اهمیت مشکل تب روماتیسمی و بیماری روماتیسمی قلب را در سرتاسر جهان گوشزد نموده و تقاضا نمود تا فعالیتهای منسجم و پایدار برای این بیماری که قابل توجه

تمام بیماران مبتلا به عفونت استرپتوکوک کلو دچار تب حاد روماتیسم می شوند و میزان بروز عفونت استرپتوکوکی گروه A در کشورهای حاره و تحت حاره بانواحی معتدل قابل مقایسه بوده در واقع شاید کمی بیشتر باشد. عفونتهای پوستی و دستگاه فوقانی ناشی از استرپتوکوک گروه A در کودکان بسیار شایع است (۷). میزان شیوع آن تغییراتی قابل توجه دارد بطوریکه در کلوی ۵۰٪ تا ۱۰٪ از بچه های مدرسه سالم استرپتوکوک گروه A پیدا شده است و میزان شیوع آن به عواملی چون فصل، روش نمونه گیری گروه سنی، فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی و سایر فاکتورهای اپیدمیولوژیک و محیطی وابسته است (۷).

میزان حامل بودن در بچه های مدرسه ابتدائی بالاترین حد خود می باشد، در آب و هوای معتدل، بالاترین میزان شیوع در اواخر پائیز، زمستان و بهار است، حاملهای حلقی در مناطق حاره و معتدل شیوعی مساوی دارند (۷).

استرپتوکوک گروه A را معمولاً می توان در ۳۵٪ تا ۲۰٪ از بیماران مبتلا به فارنژیت اسپورادیک و یا اندمیک کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه مجزا نمود بنابراین بدنبال این عفونت اگر درمان صورت نگیرد یا درمان ناقص انجام گیرد ممکن است بیمار دچار تب حاد روماتیسم شود میزان بروز تب روماتیسمی و شیوع بیماری روماتیسمی قلب از کشوری بر کشور دیگر اختلاف بارزی دارد و قسمتی از این اختلاف به تغییرات وضعیت اجتماعی، اقتصادی شرایط خانه و زندگی و دستیابی به مراقبتهای طبی وابسته است.

میزان بروز تب روماتیسمی در کشورهای صنعتی از اوایل قرن بیستم شروع به کاهش نموده، در حال حاضر زیر ۵ درصد هزار نفر جمعیت در سال می باشد و در کشورهای شرق مدیترانه میزان بروز سالیانه بین ۱۰۰ تا ۲۷ مورد در ۱۰۰۰/۱۰۰ گزارش شده است (۱).

- در رابطه با میزان شیوع بیماری روماتیسمی قلب در کشورهای صنعتی با توجه به میزان کاهش بروز تب روماتیسمی کاهش یافته است بطوریکه میزان شیوع آن در

روماتیسمی را کنترل نماید در سال ۱۹۸۴ کمیته کار آزموده WHO پیرامون پیشگیری از تب روماتیسمی و کنترل بیماریهای قلبی و عروق تشکیل داد (۱) و بر طبق بررسی هایی که انجام گرفته بود با توجه به کاهش سریع میزان تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی در کشورهای پیشرفته صنعتی، بیماری روماتیسمی قلب کماکان در بسیاری از جوامع جهانی بخصوص در کشورهای در حال پیشرفته شایعترین علت عارضه قلبی عروقی در چهاردهه اول زندگی بوده، بطوریکه این بیماری در بسیاری از کشورهای در حال توسعه حدوداً نیمی از تمام بیماریهای قلبی عروقی را تشکیل داده همچنین کمیته کار آزموده WHO در گزارش خود اعلام کرد که، با توجه به تجدید حیات تب روماتیسمی در خانواده های متوسط بسیاری از نقاط پیشرفته صنعتی جهان نیز نقصانی در عفونتهای استرپتوکوک گروه A در کار نبوده، کماکان پتانسیل بروز تب روماتیسمی به قوت خود باقی است بنابراین استانداردهای بالای زندگی و دستیابی به مراقبتهای اولیه بهداشتی، با وجودی که با کاهش تب روماتیسمی مرتبط هستند. ولی پاسخ کامل نمی باشد و آنچه که لازم است دانستن بهتر اپیدمیولوژی و مکانیسم پاتوژنیک مسئول بروز تب روماتیسمی و بیماری روماتیسمی قلب است (۱). در رابطه با اپیدمیولوژی عفونتهای استرپتوکوکی گروه A، تب روماتیسمی و بیماری روماتیسمی قلب بر اساس آنتی ژنهای پولی ساکاریدی دیواره سلولی، استرپتوکوک بتاهمولیتیک را می توان به چند گروه سرولوژیک تقسیم نمود. استرپتوکوک گروه A از لحاظ سرولوژیک بسته به وضع پروتئینی M آن به ۷۰ دسته تقسیم گردیده است و ایمونیتی به یک گروه باعث نمی شود که نسبت به گروه های دیگر ایمنی پیدا نشود. فارنژیت و عفونت پوست از شایعترین اشکال عفونت با استرپتوکوکهای گروه A می باشد. نقش فارنژیت استرپتوکوکی گروه A در اتیوپاتوژنز تب روماتیسمی تأیید شده و مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که ۳٪

و مشرق) در مقاطع مختلف (دبستان- راهنمایی و دبیرستان) معاینه بالینی توسط انترنها و پزشکان طرحی مراکز بهداشت انجام گرفت. در این معاینات تعداد محصلین مشکوک ۴۲۸۰ نفر بودند سپس از این تعداد محصلین در مراکز بهداشتی و خانه های بهداشتی در زمانهای مختلف مجدداً معاینات تخصصی از آنها بعمل آمد و از بین آنها تعداد ۲۸۷۷ نفر جهت معاینات تکمیلی به مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی فوق قلب و عروق دکتر حشمت رشت و با رعایت نوبت فرستاده شدند که از این تعداد الکترو کاردیوگرافی و رادیوگرافی قلب و اکوکاردیوگرافی (M-Mode, Two-di, doppler Echocardiography) به عمل آمد.

نتایج:

بر اساس بررسی انجام شده در عرض مدت سه سال از سال (۷۱-۱۳۶۹) در رابطه با ۴۲۲ هزار نفر دانش آموزان چهار منطقه استان گیلان نتایج زیر حاصل شده است از این تعداد ۳۷۱۴۰۰ نفر شهر نشین و ۵۰۶۰۰ نفر روستا و کوه نشین بودند و تعداد ۲۴۸۳۹۴۰ دبستانی و ۱۲۴۱۸۷ راهنمایی و ۵۰۰۸۸ دبیرستانی بودند.

که از این تعداد ۱۲۰۵۲۱ دختر در مرحله دبستانی و ۵۶۳۶۹ نفر در مرحله راهنمایی و ۳۵۳۶۳ نفر در مرحله دبیرستانی بوده و ۱۲۷۸۷۷ نفر دانش آموز پسر در مرحله دبستانی و ۶۷۸۱۸ در مرحله راهنمایی و ۲۴۷۲۵ مرحله دبیرستانی بودند و از این تعداد ۲۱۹۷۴۷ (۱۳/۵۲٪) پسر و ۲۰۲۲۵۳ (۴۷/۸٪) دختر می باشند.

از ۴۲۲ هزار دانش آموز ۱۶۶ نفر سابقه تب روماتیسم داشتند و ۸۸ نفر مبتلا به روماتیسم قلبی بودند. و از ۱۶۶ نفر ۸۹ (۵۳/۶٪) پسر و ۷۷ نفر (۴۶/۲۸٪) دختر می باشد و از ۸۸ نفر بیمار مبتلا به روماتیسم قلبی ۵۰ پسر (۵۷/۸٪) و ۳۸ نفر (۴۲/۱۸٪) دختر بودند و از این تعداد ۲۷ نفر (۳۱/۱۷٪) روستایی و کوه نشین و حدود ۵۹ نفر (۶۷٪) شهری بودند در این بررسی شیوع روماتیسم قلبی با توجه

به چه های مدرسه ای ایالات متحده در سالهای گذشته ۰/۶ در ۱۰۰۰ و در ژاپن ۰/۷ در ۱۰۰۰ گزارش شده است و در الجزایر ۱۵ در ۱۰۰۰ نفر و مصر ۱۰ در ۱۰۰۰ نفر و در کوبا ۹/۹ در ۱۰۰۰ نفر بولیوی ۱۷ در ۱۰۰۰ نفر، مکزیک ۸/۵ در ۱۰۰۰ نفر، هند ۱۱-۶ در ۱۰۰۰ نفر، پاکستان ۱۱-۱/۸ در ۱۰۰۰ و بررسی که در دهه اخیر در ۱۶ کشور جهان در پاسخ به قطعنامه شماره (36,32) WHO در مجمع عمومی بهداشت جهانی انجام گرفته میزان شیوع روماتیسم قلبی ۲/۲ در هزار بوده است، این آمار نشان می دهد که میزان شیوع روماتیسم قلب در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. با توجه به اینکه این بیماری زیانهای مالی و جانی زیادی را در بر دارد باید تحقیقاتی در جهت جلوگیری از تب روماتیسمی انجام گیرد و موثرترین روش های کنترل تب روماتیسمی همانند هر بیماری دیگر زمانی قابل دستیابی هستند که مکانیسم ایجاد بیماری زائی دقیقاً مشخص گردد بنابراین بیشترین اولویت را باید برای تشخیص این مکانیسم ها قائل شد. که عبارتند از شناختن روماتوئیدیستی انواع مربوط به استرپتوکوک گروه A و شناختن حساسیت میزبان انسانی به تب روماتیسمی (۱۵).

روش کار:

هدف این طرح که بررسی میزان شیوع بیماری روماتیسم و روماتیسم قلبی و پیشگیری در به چه های مدرسه ای چهار منطقه استان گیلان بوده، ابتدا به افرادی که در مرحله اول می بایست دانش آموزان را مورد معاینات قلبی بوسیله گوشی قرار می دادند، روش کار و نحوه معاینات قلبی طی جلسات عمومی آموزش لازم داده شد و هم چنین در آن جلسات توضیح داده شد که اگر کوچکترین علائم مشکوک به نظر رسید آن فرد را جزء لیست افراد مشکوک قرار دهند. در این راستا از معاینات ۴۲۲ هزار دانش آموز در ۲۲۱۱ مدرسه در چهار منطقه از استان گیلان (شمال- جنوب- مغرب

به ۸۸ نفر در ۴۲۲ هزار نفر می باشد. شیوع در ۱۰۰۰ نفر ۰/۲ نفر می باشد که از این تعداد نسبت محصلین شهرنشین (۳۷۱۴۰۰ نفر) حدود ۰/۱۶ نفر در ۱۰۰۰ نسبت به محصلین روستا و کوه نشین ها (۵۰۶۰۰ نفر) حدود ۰/۵۸ نفر در ۱۰۰۰ میزان شیوع روماتیسم قلبی بر حسب مقاطع مختلف تحصیلی یعنی بین ۱۱-۷ سالگی حدود ۲۱ نفر (۰/۲۴/۴) و ۱۸-۱۲ سالگی ۶۷ نفر (۰/۷۵/۵).

میزان شیوع ضایعات تگ دریچه ای تعداد ۶۲ نفر (۰/۷۱/۸) و ضایعات چند دریچه ای ۴۴ نفر (۰/۲۸/۲) بوده است، و میزان شیوع ضایعات دریچه به ترتیب عبارتست از:

۳۳/۶۶٪ ضایعات میترا ۳۲٪ ضایعات آئورت، میترا و ۲۲٪ ضایعات آئورت بوده است از نظر چگونگی شیوع ضایعات تگ دریچه ای بر حسب جنس نارسایی دریچه میترا (پسر ۱۹، دختر ۱۷) تنگی دریچه میترا (پسر ۸ نفر و دختر ۷ نفر) در نارسایی آئورت (پسر ۹ و دختر ۴ نفر) بوده است.

شیوع ضایعات تگ دریچه ای بر حسب مقاطع مختلف تحصیلی در مرحله دبستانی ۱۶ نفر (۰/۰۳۶۲/۰ در هزار) و در مرحله راهنمایی ۳۳ نفر (۰/۰۷۵/۰ در هزار) و در مرحله دبیرستانی ۱۳ نفر (۰/۰۳۱/۰ در هزار).

شیوع ضایعات چند دریچه ای بر حسب مقاطع مختلف تحصیلی در مرحله دبستانی ۵ نفر (۰/۰۱۱۲/۰ در مرحله راهنمایی ۱۶ نفر (۰/۰۳۵/۰ و در مرحله دبیرستان ۵ نفر (۰/۰۱۲۶/۰. میزان شیوع کل ضایعات دریچه ای در مرحله دبستانی ۲۱ نفر (۰/۰۴۷/۰ در هزار نفر) و در مرحله راهنمایی ۴۹ نفر (۰/۱۱۱/۰ در هزار نفر) و مرحله دبیرستانی ۱۸ نفر (۰/۰۴۲/۰ نفر در هزار بوده است.

بحث:

این بررسی رضایت بخش و امیدوار کننده بود زیرا در این بررسی میزان شیوع تب روماتیسمی ۳/۹ در هزار نفر و میزان شیوع روماتیسم قلبی ۰/۲ نفر در هزار بوده است.

حال اینکه وقتی این بررسی با بررسی های گذشته از جمله بررسی ها که در سال ۱۹۷۰ در الجزایر بوسیله WHO گزارش شده است ۱۵ در هزار بوده و یادربولیوی که در سال ۱۹۷۵ بررسی و گزارش شده ۱۷ نفر در هزار بوده، بررسی و گزارش شده در سال ۱۹۷۰ از کشور هندوستان در ۱۱-۶ نفر در هزار بوده و از کشور چین که در سال ۱۹۷۹ گزارش شده ۲/۷-۰/۴ نفر در هزار بوده و یا از استان تایوان در سال ۱۹۷۰ گزارش شده ۱/۴ نفر در هزار بوده و یا گزارش که در سال ۱۹۷۰ از کشور تایلند داده شده ۱۱-۱/۸ نفر در هزار بوده و بررسی و گزارش که در سال ۱۹۶۵ از آمریکا داده شده ۰/۶ در هزار بوده و بررسی و گزارش که از ژاپن در سال ۱۹۷۵ داده شده ۰/۷ در هزار بوده (۱). مهمتر از همه بررسی و گزارش که در دهه اخیر همزمان با بررسی مادرگیلان در ۱۶ کشور جهان در پاسخ به قطعنامه شماره (36,32) WHA مجمع عمومی بهداشت جهانی با همکاری جامعه بین المللی و فدراسیون قلب (ISFC) برنامه جهانی کنترل و پیشگیری روماتیسمی و بیماریهای روماتیسمال قلبی انجام گرفته نتایج ۲/۲۴ در هزار نفر بوده است. کشورهای مورد بررسی عبارتند از: مالی - زامبیا - زیمباوه (افریقا) بولیوی. السالوادور - جامائیکا (امریکا جنوبی) مصر - عراق - پاکستان (مدیترانه شرقی) - هندوستان - تایلند - سریلانکا (آسیای جنوب شرقی) - چین - فیلیپین (آسیای شرقی) بوده است که در مرحله اول ۱/۴۳۳/۷۱۰ نفر محصلین مدارس در ۱۶ کشور دنیا تحت بررسی قرار گرفتند که ۳۱۳۵ نفر به بیماری روماتیسم قلبی مبتلا بودند که شیوع آن ۲/۲ در هزار نفر بوده است (۶) با توجه به اینکه شیوع بیماری روماتیسم قلبی در بررسی همزمان مادرگیلان ۰/۲ در هزار نفر بوده این بررسی نشان می دهد که میزان شیوع روماتیسم قلبی در ۱۶ کشور جهان ۱۱ برابر بیشتر از میزان شیوع روماتیسم قلبی در گیلان بوده است بنابراین کاهش شیوع روماتیسم و روماتیسم قلبی در گیلان می تواند مسائل زیادی از جمله آگاهی مردم از

بطوریکه در سن ۱۱-۷ سالگی میزان شیوع ۲۴/۵٪ بوده و در سن ۱۸-۱۲ سالگی ۷۵/۵٪ بوده است البته با آزمون chi-square با ضریب اطمینان ۹۹٪ ارتباط معنی داری در مقاطع مختلف تحصیلی در این قسمت از بررسی وجود ندارد - در بررسی مجدد که در ۲۰۰ نفر افراد که مبتلا به روماتیسم قلبی بودند ۵۳/۱٪ افراد در سن ۱۹-۱۰ سالگی بودند (۴).

همچنین بررسی از مدارس مناطق روستائی چورو ناحیه در هندوستان در سال ۱۹۹۲ از میان ۱۰۱۶۸ نفر کودک بررسی بعمل آمده میزان شیوع روماتیسم قلبی ۳/۳۴ نفر در هزار بوده. شیوع روماتیسم قلبی از نظر سن هم مانند بررسی مادر سن ۱۵-۱۱ سالگی بوده است (۴). همچنین بررسی که از کل جمعیت ۱۱۴۶۱۰ نفر در شمال هندوستان بعمل آمده حدود ۱۰۲ نفر ۹/۰ در هزار مبتلا به روماتیسم بودند که از این تعداد ۶۶ نفر (۶۴/۷٪) در سن ۱۵-۵ سالگی قرار داشتند (۴)، در بررسی آقای دکتر ندیمی و دکتر مهدوی در سال ۱۳۵۱ از ۶۱۸۳ نفر دانش آموزان بعمل آورده ۲/۷ در هزار که مبتلا به روماتیسم قلبی بودند در سن ۱۷-۵ سالگی بودند (۲)، بررسی که در شهر ساهافا سودان دریچه های مدرسه با هدف تعیین شیوع تب روماتیسم و بیماری روماتیسم قلبی انجام گرفت مشاهده شد ۸ در هزار دچار تب روماتیسم و ۳ در هزار مبتلا به روماتیسم قلبی بودند حداکثر سن شیوع هم سن ۱۵-۵ سالگی بوده است. بنابراین با توجه به بررسی های انجام گرفته به نظر می رسد شایع ترین سن روماتیسم و روماتیسم قلبی ۱۵-۵ سالگی بوده و بر طبق آمار جهانی (۷) شروع روماتیسم قلبی حداقل ۲ سال و حداکثر ۲۴ سال بطور متوسط ۱۲ سال بعد از تب روماتیسمی گزارش شده (۷) شروع ظهور علائم بالینی ضایعات دریچه روماتیسم قلبی در بررسی ماهیچکدام ظهور علائم بالینی نداشتند.

با توجه به اینکه ظهور علائم بالینی رابطه ای به وضعیت بد اقتصاد و شرایط بد بهداشت و عدم رعایت و پیشگیری ثانوی از عفونت استرپتوکوکی که سبب ظهور علائم

عفونت استرپتوکوکی و عوارض ناشی از آن و گرفتن به موقع و دوز کافی آنتی بیوتیک داشتن اقتصاد، نسبتاً خوب و رعایت بهداشتی بوده است.

در رابطه با میزان شیوع تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی از نظر جنس مورد بررسی قرار داده شده، در این بررسی میزان شیوع بیماری در جنس مذکر بیشتر از جنس مؤنث بوده البته بررسی هایی که در ۲۰۰ بیمار مبتلا به روماتیسم قلبی در بیمارستان شهید رجایی تهران در سال ۱۳۶۶ بعمل آمده نسبت شیوع در هر دو جنس به یک نسبت بوده (۴). با بررسی که آقای دکتر ندیمی و آقای دکتر مهدوی در سال ۱۳۵۱ روی ۶۱۸۳ نفر دانش آموزان انجام داده است. میزان شیوع در دخترها و پسرها به یک نسبت بوده است (۴). ولی میزان شیوع ضایعات دریچه میترال در مردان - نارسائی آئورت در زنان و تنگی دریچه میترال که در اکثر بررسی ها در جنس زنان بیشتر بوده در بررسی ماشیوع نزدیک به هم بوده است ولی در بررسی دیگر از ۵۰۰ نفر (۳) و ۲۰۰ نفر مبتلا به روماتیسم قلبی بودند (۴) که بطور جداگانه در بیمارستان دکتر حشمت انجام گرفته میزان شیوع در جنس مؤنث بیشتر بوده و شیوع ضایعات دریچه ای نارسائی میترال در مردان - نارسائی آئورت در زنان - تنگی آئورت در مردان و تنگی میترال در زنان بیشتر بوده که با بررسی کشورهای دنیا هماهنگی لازم راداشته است.

بنابراین با توجه به بررسی انجام شده بطور یقین نمی توان گفت شیوع بیماری روماتیسم در کدام جنس بیشتر است ولی بر طبق آمارهای جهانی معمولاً شیوع تب روماتیسم به جنس وابسته نبوده بلکه به نسبت مساوی گرفتار می شوند، ولی در رابطه با روماتیسم قلبی، شیوع ضایعات بیشتر به جنس وابسته بوده و میزان شیوع ضایعات دریچه ای بر حسب جنس متفاوت بوده است (۷).

در رابطه با میزان شیوع تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی از نظر سن در بررسی ما میزان شیوع روماتیسم قلبی بر حسب مقاطع مختلف تحصیلی متفاوت بوده

زودرس بیماری خواهند شد. بر طبق آمارهای جهانی ظهور علائم بالینی در کشورهای صنعتی و پیشرفته دیررس بوده ولی ظهور علائم بالینی در کشورهای در حال توسعه که با فقر اقتصاد و بهداشت روبرو هستند زودرس بوده و ظهور علائم بالینی بیشتر در دهه سوم و کمتر در دهه چهارم و پنجم تا ششم دیده شده. دوبررسی جداگانه روماتیسم قلبی در بزرگسالان در بیمارستان دکتر حشمت رشت بررسی شده در بررسی ۲۰۰ نفری افراد مبتلا به روماتیسم قلبی بیشترین درصد ظهور علائم بالینی ۹-۰ سالگی (۶/۵٪)، در سن ۱۹-۱۰ سالگی (۲۵٪) و در سن ۲۹-۲۰ سالگی (۱۸۵٪) و در سن ۳۹-۳۰ سالگی (۱۴/۵٪) بوده است و در بررسی ۵۰۰ نفری مبتلا به روماتیسم قلبی بیشترین شیوع ظهور علائم بالینی در سن ۳۰ سالگی بوده است (۳) بررسی که در دهه اخیر انجام گرفته با توجه به وضعیت بهداشتی و اقتصادی نسبتاً خوب در گیلان و آگاهی مردم از عوارض عفونت حلق (استرپتوکوکی) و تشخیص و درمان به موقع و دوز کافی آنتی بیوتیک سبب این مسأله شده که ظهور علائم بالینی پیدا نشود (۴ و ۳).

میزان شیوع از نظر محل زندگی (وضعیت اقتصادی، اجتماعی) در بررسی از ۴۲۲ هزار نفر افراد مبتلا به روماتیسم قلبی ۷۵/۵٪ روستا و کوه نشین بودند در بررسی افراد بالغ (۳-۴) و در بررسی ۲۰۰ نفر در افراد بالغ مبتلا به روماتیسم قلبی (۵۲٪) روستا نشین و ۴۸٪ شهر نشین بودند (۴) و در بررسی ۵۰۰ نفر افراد بالغ مبتلا به بیماری قلبی ۷۵٪ روستا و کوه نشین بودند و در بررسی سال ۱۹۹۲ در روستای جو و نواحیه ای از هندوستان ۱۰۱۶ نفر کودک انجام گرفته ۳/۳۴ در هزار مبتلا به روماتیسم قلبی بودند حداکثر افراد مبتلا در طبقه اجتماعی، اقتصادی پایین بودند (۴) در ضمن ممکن است در شهری که بعثت داشتن جمعیت زیاد و نداشتن امکانات بهداشتی، دچار فقر اقتصادی و افزایش تعداد خانوار شهری و سکونت افراد خانوار باشد در نتیجه افزایش بیماری روماتیسمی قلبی را خواهد شد نمونه بررسی که در ۲۰۰ نفر افراد مبتلا به

روماتیسم قلبی در بیمارستان شهید رجائی در سال ۱۳۶۶ انجام گرفته است اکثر بیماران از طبقه اجتماعی نامساعد و تعداد زیاد بودن خانوار و کم بودن تعداد اطاق مسکونی را مطرح کرده اند (۴). همچنین بررسی که از ۲۰۰ نفر افراد بالغ مبتلا به روماتیسم قلبی در بیمارستان دکتر حشمت (۴) بعمل آمده حدود ۵۰٪ بیماران سکونت ۶-۳ نفری در یک اطاق را بیان داشتند و یا بررسی که در شهر ساهافا در سودان در سال ۱۹۸۶ از ۱۳۳۲۲۵ نفر محصلین بین ۱۵-۵ سالگی با شرایط بهداشتی و اقتصادی و تعداد زیاد افراد ساکنین شهر بعمل آمده شیوع بیماری روماتیسم قلبی ۳ در هزار بوده و بیشترین میزان شیوع در افرادی بود که در داخل شهر زندگی میکردند بنابراین در شیوع روماتیسم قلبی علاوه بر وضعیت اقتصادی بهداشتی آن کشور دخالت دارد به تعداد ساکنین شهر افراد خانوار که در یک اطاق زندگی می کنند مربوط می باشد شرایط دیگر مانند نور و رطوبت اطاق در افزایش میزان شیوع روماتیسم قلبی دخالت دارد (۷) در بررسی ۲۰۰ نفر افراد بالغ مبتلا به روماتیسم قلبی ۶۲/۱٪ مرطوب بودن محل سکونت را ذکر کرد که ۴۲/۸٪ اتاق کاملاً مرطوب بوده و از این تعداد ۲۴ مورد (۱۲٪) رطوبت محل کار را مطرح کرده اند (۴).

- از این تعداد افراد ۵۵/۲٪ تاریکی و کم نوری بودن محل سکونت و ۵۱/۷٪ محل کار (۳/۵٪) را ذکر کرده اند (۴).

در بررسی ما اکثر افراد مبتلا به روماتیسم و روماتیسم قلبی از شرایط بالا برخوردار بودند که در نتیجه میزان شیوع تب روماتیسم و روماتیسم قلبی با توجه به داشتن شرایط دیگر که قبلاً ذکر شده در میزان شیوع روماتیسم و روماتیسم قلبی در کوه و روستا نشین عوامل تراکم جمعیت در یک اطاق و نور کم و مرطوب بودن اطاق از مهمترین عامل افزایش درصد میزان شیوع تب روماتیسم و روماتیسم قلبی می باشد.

در رابطه با میزان شیوع انواع ضایعات دریچه ای در بیماران مبتلا به روماتیسم قلبی در بررسی ۴۲۲ هزار شیوع ضایعات دریچه ای به ترتیب ۶۶/۳۳٪ مبتلا به

دکتر حشمت ۵۳/۲٪ میترال ۳۹٪ آئورت، میترال ۲۱/۱٪ ضایعه آئورت گزارش داده شده (۳).

بررسی که درمکزیک در سال ۱۹۹۱ انجام گرفته از ۲۰۹ بیمار مبتلا به روماتیسم قلبی ۸۰٪ مبتلا به ضایعه دریچه میترال ۱۲٪ ضایعات دریچه آئورت ۵٪ ضایعات تریکوسپید ۳٪ ضایعه پولمونر را گزارش داده اند. بنابراین وقتی این بررسی با بررسی دیگر که در ایران و یا کشورهای خارجی مقایسه می شود. هماهنگی لازم را از نظر میزان شیوع ضایعات دریچه ای یا نوع ضایعات دریچه ای داشته اند. (۷ و ۳ و ۴ و ۶ و ۷)

بررسی اپیدمیولوژیک تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی در کشورهای خارجی و گیلان

بررسی هایی که انجام شده کاهش شیوع تب روماتیسمی و روماتیسمی قلبی در کشورهای صنعتی را گزارش می دهند (۷).

بطوریکه بررسی اپیدمیولوژیک تب روماتیسم در دو بیمارستان مونزاوکومودر ایتالیا طی سالهای ۱۹۶۴ تا سال ۱۹۹۰ نشان دهنده کاهش پیشرونده شیوع بیماری بوده است (۴).

بررسی ۴۲۲ هزار نفر دانش آموز با هدف تشخیص روماتیسم و روماتیسم قلبی که ۳/۹ در هزار میزان شیوع تب روماتیسم و ۰/۲ در هزار میزان شیوع روماتیسم قلبی را نشان داده است با توجه به آمار کشورهای خارجی بخصوص در ۱۶ کشور جهان که به پیشنهاد WHO به طور همزمان با بررسی مانجام گرفته و میزان شیوع روماتیسم قلبی ۲/۲ گزارش داده شده است به نظر می رسد میزان شیوع تب روماتیسم و روماتیسم قلبی در دهه اخیر در گیلان با مقایسه بررسی های انجام شده در ۱۶ کشور جهان کاهش یافته است.

به نظر می رسد در کاهش شیوع تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی، بخصوص در شهر نشین ها و برعکس افزایش میزان شیوع روماتیسم قلبی در روستا و کوه نشین های این استان فاکتورهای زیر دخالت داشته باشد.

ضایعات دریچه میترال، ۳۲٪ مبتلا به ضایعات دریچه میترال آئورت و ۲۲/۴٪ ضایعات آئورت بودند.

- شیوع از نظر تک دریچه ها، ۴۱٪ مبتلا به نارسائی میترال ۱۴/۷٪ مبتلا به نارسائی آئورت بودند.

هیچ موردی تنگی آئورت، ضایعات دریچه تریکوسپید و پولمونر در این بررسی نداشتیم بنابراین وقتی این بررسی با بررسی قلبی، ایران و کشورهای خارجی مقایسه می شود از نظر شیوع ضایعات دریچه مشابه بوده است.

بطوریکه ابوالفتح در بررسی خود در دانشگاه تهران مشاهده کرد که افراد مبتلا به روماتیسم قلبی ۸۰٪ به ضایعات میترال ۱۲٪ به ضایعات آئورت، میترال، ۱۸٪ به ضایعات آئورت بوده است.

یا بررسی آقای دکتر محمد دانش پژوه که در بیمارستان خزانه انجام داده ۷۸٪ افراد مبتلا به روماتیسم قلبی به ضایعات میترال، ۱۹٪ مبتلا به ضایعات آئورت و میترال و ۲٪ مبتلا به ضایعات آئورت بوده است.

یا بررسی که آقای دکتر رحیمی در مشهد انجام داده ۷۱٪ مبتلا به ضایعات میترال، ۱۸٪ مبتلا به ضایعات میترال و آئورت ۲٪ مبتلا به ضایعات آئورت بودند.

در بررسی که آقای دکتر اسماعیل و همکاران در سودان انجام داده اند ۷۰٪ مبتلا به ضایعات میترال ۱۸۱٪ مبتلا به ضایعات میترال، آئورت و ۶٪ مبتلا به ضایعات آئورت گزارش دادند آقای البحرینی و همکاران از عراق گزارش داده اند که ۷۵٪ افراد مبتلا به روماتیسم قلبی مبتلا به ضایعات میترال، ۱۸٪ مبتلا به ضایعات میترال و آئورت و ۹/۵٪ مبتلا به ضایعات آئورت مشاهده کردند (۴).

روی جاکا باندواز هندوستان در رابطه با افراد مبتلا به روماتیسم قلبی ۹۱٪ ضایعات میترال، ۵٪ ضایعه میترال و آئورت، ۴٪ ضایعه آئورت را گزارش داده است در بررسی آقای فرید برگ از آمریکا ضایعات روماتیسم قلبی را ۶۲/۳٪ ضایعه میترال، ۱/۲۶ ضایعه میترال و آئورت و ۱۲٪ ضایعه آئورت گزارش داده است (۴).

در بررسی ۵۰۰ نفر ضایعات دریچه در بیمارستان

بهداشتی را کاملاً رعایت نمایند و شناختی نسبت به آنژین چرکی و عوارض ناشی از آن پیدا کرده باشند و در نتیجه به موقع وبا دوز کافی آنتی بیوتیک آن را درمان کرده باشند تا در اثر آنژین چرکی گلو مبتلا به تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی نشوند.
پیشنهاد:

جهت جلوگیری از ایجاد بیماری تب روماتیسمی و روماتیسمال قلبی و جلوگیری از عود مجدد روماتیسم قلبی اقدامات زیر توصیه میشود.

- ۱ - افراد حساس به عفونت استرپتوکوکی گروه A بتا همولیتیک در جامع به درستی شناخته شود.
- ۲ - افرادی که مبتلا به عفونت حلق هستند فوراً از نظر عفونت استرپتوکوکی مورد بررسی قرار گیرند.
- ۳ - در صورت تأیید و تشخیص عفونت استرپتوکوکی بمدت معینی دوز کافی آنتی بیوتیک داده شود.
- ۴ - جهت جلوگیری از عود مجدد روماتیسم و روماتیسم قلبی باید تزریق منظم ماهیانه پنی سیلین طولانی الاثر داخل عضله تزریق شود.
- ۵ - عوارض حاصل از عفونت حلق در زمینه استرپتوکوکی که تب حاد روماتیسم و روماتیسم قلبی می باشد به مردم از طریق رسانه گروهی آگاهی داده شود.
- ۶ - عوارض عدم درمان یا درمان ناقص عفونت حلق استرپتوکوکی توسط رسانه گروهی به مردم داده شود.
- ۷ - جهت جلوگیری از عود مجدد روماتیسم، مدت انجام پروفیلاکسی ماهیانه با تاکید به بیمار و اطرافیان بیمار گفته شود. در صورتیکه تشخیص عفونت استرپتوکوک مورد تأیید قرار گرفت باید دوز کافی آنتی بیوتیک تجویز شود.
- در ضمن از کلیه همکاران - انترنها و پزشکان طرحی مراکز بهداشتی استان (مهرماه ۷۱-۷۰-۶۹) - آقای مصطفی پور مدیر بودجه - خانم مرضیه رشیدی / اپراتور واحد کامپیوتر و حوزه های معاونت آموزشی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کمال تشکر را دارم.

۱- آگاهی مردم شهرنشین نسبت به مسائل بهداشتی و رعایت اصول بهداشتی برعکس عدم آگاهی کوه و روستانشین ها به مسائل بهداشتی و عدم رعایت اصول بهداشتی بوسیله آنها.

۲- آشنایی و آگاهی داشتن شهرنشین ها از عفونت حلق و آنژین استرپتوکوکی و عوارض ناشی از آن برعکس عدم آشنایی از عفونت حلق (آنژین استرپتوکوکی) توسط روستاییان و کوه نشین ها.

۳- عدم آگاهی از عوارض آن که پیامدهایی از قبیل تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی دارد.

۴- تشخیص بموقع و درمان سریع آنژین چرکی بوسیله شهرنشین ها و برعکس عدم تشخیص و درمان سریع و بموقع بوسیله روستا و کوه نشین ها.

۵- درمان ناقص و دریافت نکردن دوز کافی دارو ها بوسیله روستا و کوه نشین ها.

۶- عدم دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی توسط روستا نشین ها و کوه نشین ها.

۷- به علت فراوانی آنتی بیوتیک (پنی سیلین - سولفامید) در عصر حاضر و مصرف بی رویه آن توسط شهرنشین بخاطر ترس داشتن از عوارض ناشی از آنژین استرپتوکوکی که روماتیسم قلبی می باشد مصرف شده است، در واقع باید گفت کاهش شدید تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی شهرنشین ها نسبت به روستا و کوه نشین ها و کشورهای صنعتی جهان بر اساس برنامه ریزی خاصی نبوده، بلکه ترس و آگاهی داشتن مردم این منطقه از تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی و مصرف زیاد آنتی بیوتیکها بوده است (۵) و این اقدام سبب آن شده است که روماتیسم قلبی شدیداً در این استان کاهش یابد به هر حال تمام فاکتورهای فوق الذکر می تواند عواملی باشند که میزان شیوع روماتیسم قلبی را در شهرنشین نسبت به روستا و کوه نشین ها کاهش دهند. به امید روزی که روستا و کوه نشین های عزیز ما آگاهی کامل به مسائل بهداشتی داشته باشند و اصول

منابع:

- ۱- تب روماتیسمی و بیماری روماتیسم قلبی.
- گزارش از یک گروه تحقیقاتی W.H.O در سری گزارشات تکنیکی ۷۶۳ سازمان بهداشت جهانی ژنو ۱۹۸۸
- مترجمین دکتر ایرج ملکی - عبدالحمید شریفیان از حوزه معاونت پژوهشی بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- ۲- دکتر محمد دانش پژوه تب روماتیسمی و بیماریهای دریچه‌ای قلب مرکز نشر دانشگاهی تهران سال ۱۳۶۸ برنده بهترین کتاب سال
- ۳- دکتر انوش برزیگر همکاران، بررسی بیماری روماتیسم مزمن قلبی و مقایسه آن با بررسیهای گذشته در ایران و کشورهای خارجی ارائه در پنجمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اردیبهشت ماه ۱۳۷۳.
- ۴- پریسا کسمائی باراهنمائی دکتر فرشته مجلسی و مشاوران- دکتر محمود محمودی- دکتر بهمن نیکپور - دکتر انوش برزیگر. پایان نامه تحصیلی درجه کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران.
- بررسی عوامل اپیدمیولوژی روماتیسم قلبی در مرکز آموزش درمانی تخصصی بیمارستان دکتر حشمت سال ۷۴-۷۵.
- 5-Markowitzm, kaplan
- Reappearance of rheumatic fever. Adv. Paediatrics 36:37-66 (1989).
- 6- Nordet, P. et.al
- W.H.O cardiovascular disease unit. W.H.O programm tan the prevention of rheummmatic fever/rheumatic heart disease in 16 developing countries, Bull-W.H.O. 1992: 70(2), 213-218.
- 7- Braunwald Eugene. Heart Disease, a text book of cardiovascular Medicine: 1992, section P. 1023-1026, 1036, 1078.

Screening of School Children in Guilan for Prevalence of Rheumatic Heart Disease .

Barzigar A, MD. AKbar,M.H , MD.

Mirblook F, MD. Shamkhani,K ,MD.

Zandi ,A, MD. Nasimi ,M.

ABSTRACT:

Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease are the common health problems of developing countries. Prevention and Control of Rheumatic heart disease is an important task of cardiovascular health program under World Health organisation . During 3 years 422,000 School children in four areas of Guilan province were screened (371400 urban and 50600 rural area children).

166 cases (39.3 per hundred thousand school age population)of acute rheumatic fever were detected . 88 cases had rheumatic heart disease giving the data of 0.2 per thousand of school- going Population.

Prevalence of rheumatic fever and rheumatic heart disease was more among male children than that in the females. Prevalence rate in urban school children was 0.16 per thousand while that in rural areas was 0.58 per thousand. As compared, the prevalence rate in different age groups ,middle school children (early second decade)suffered more than primary and secondary School children .

Single valvular diseases were Mitral regurgitation,Mitral stenosis and Aortic incompetence in order of prevalence.

Prevalence of multiValvular rheumatic heart disease,was Mitral Stenosis with regurgctation ; Mitral stenosis with Aortic incompetence ;Aortic Stenosis and incompetence, then the Aortic incompetence with Mitral regurgitation were in decreasing order. Rarest form was Aortic Stenosis with mitral Stenosis.

Regarding Sex incidence of Valve disorders, Mitral Regurgitation was common among girls and mitral stenosis was common among boys (Reverse to the incidence,as stated in the textbooks).Prevalence of Aortic Regurgitation was more in boys than the girls .

Prevalence of Multivalvular disorders in different grades comprises as 0.0112 per thousand in primary school 0.0362 per thousand in middle guidance school and 0.0116 per thousand in higher Secondary School .

prevalence of single Valve disorder among primary school children was 0.0358 per thousand, in middle school it was 0.075 per thousand and in high school 0.031 per thousand , As a whole Prevalence of Rheumatic heart disease is more common among middle school children than other two age groups ,but chi-square test with 99% accuracy did not confirm the significance.

Result of this survey in Gilan shows that prevalence of rheumatic fever and rheumatic heart disease is lesser than other developing and industrial countries for example ,in a study at New Zealand incidence of RHD was 11.6 per thousand in USA, 0.6 per thousand, and in Japan 0.7 per thousand . Again, following WHO Proposal in 1988 ,Sixteen developing countries of the world, surveyed for RHD in school children in 1990 (During the time period of Gilan study) and declared the prevalence as 2.2 per thousand which is eleven times greater than Gilan incidence . Of course the incidence of RHD is one and half times more in rural and Mountainous areas. It seems that poverty ,lack of knowledge and remoteness, large family size ,living together in small and dark room are the factors involved .

If Special care is given to the health and medical treatment and betterment of economic condition of people ,Streptococcal throat infection is managed well in time and people be educated through mass media, then prevalence of rheumatic fever and rheumatic heart disease may be decreased much lesser like other developed and industrialized countries.