



جذام و حذف آن تا سال ۲۰۰۰ میلادی

گردآوری:

شهلا اسیری

کارشناس ارشد آموزش بهداشت - عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری انزلی

تبعات روانی - اجتماعی آن، روند درمان باید با توان بخشی اجتماعی تکمیل شود و این مقدور نیست مگر با آموزش همگانی و تغییر نگرش اجتماعی.

شرح بیماری:

جذام یا بیماری هانسن^۱ یک عفونت مزمن گرانولوماتوی است که به وسیله باسیلی به نام مایکوباکتریوم لپرا ایجاد می شود که به کندی تولید مثل می کند و اثرات اصلی آن روی پوست، مخاط و اعصاب است. راه اصلی انتقال بیماری، تماس با ذرات معلق هوای آلوده به ترشحات مخاط بینی و مجاری تنفسی بیماران می باشد. اما ممکن است از طریق تماس جلدی (پوست آزرده)، نیش گزنه ها، شیر و یا جفت هم انتقال یابد (حالات اخیر به ندرت اتفاق می افتند). بیش از ۹۵٪ افراد در برابر ابتلا به جذام مقاوم می باشند.

از قدیم ترین ایام و در هر فرهنگی، جذام همواره چشم اندازی از وحشت و افسون بوده است. در هیچ مورد دیگری، بیمار را زنده به گور نکرده اند، او را بسته بر ستون نسوزانده اند و یا با زنگوله و شمعی در دست، از شهرها اخراج نکرده اند. بدآموزیها، ترس، جهل و اعتقادات خرافی موجب شده است که جذام بیش از هر بلای دیگری، در میان مردم وحشت و هراس ایجاد کند.

عکس العمل های ناخوشایند مردم نسبت به مجذومین باعث می شود تا آنها از ترس شمات و نفرت دیگران، خود را از انظار مخفی کرده و تمایلی برای مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی نشان ندهند که این امر خود باعث پیشرفت بیماری و افزایش ناهنجاریها می شود.

دکتر هیروشی ناکاجیما می گوید: «امروز دیگر جذام بیماری امیدهای از دست رفته بیمار، خانواده و جامعه نیست». اینک جذام بیماری قابل درمانی است که به دلیل

1- Hansen

بازوها و باسن) بروز می‌کند. افزایش ضخامت پوست در محل ضایعات، همراه با ریزش ابروها و یا مژه‌ها تظاهر کرده و در نهایت چهره بیمار شبیه شیر می‌شود. در صورت عدم درمان ممکن است زخم و گانگرن انگشتان پاها، دستها و یا قسمت‌هایی از صورت رخ دهد در LL تست جلدی لپرومین معمولاً منفی می‌باشد.

BL (جذام بینابینی): این شکل بالینی جذام ناپایدار بوده و به یکی از اشکال مشخص توپرکولوئید یا لپروماتوز تبدیل خواهد شد. مشخصه ضایعات در این فرم از بیماری حلقوی بودن آنها با خصوصیات بینابینی توپرکولوئید و لپروماتوز است و بر حسب اینکه به کدامیک از اشکال LL یا TL تبدیل شود، مشخصات بالینی مربوطه را به خود می‌گیرد.

IL (جذام نامعین): این حالت معمولاً به صورت یک یا چند ماکول هیپوپگمانته (به ندرت هیپرپگمانته) غیر قرینه، صاف و مسطح، بدون پوسته با حاشیه مشخص یا نامشخص و هیپوستزی تظاهر می‌کند. تست جلدی لپرومین معمولاً منفی و یا ضعیف بوده و بیماری اکثراً به طور خود بخودی بهبودی می‌یابد. اما ۳۰٪ موارد به یکی از اشکال جذام (معمولاً لپروماتوز) تبدیل می‌شود.

درمان بیماری:

در سال ۱۹۸۱ یک گروه مطالعاتی سازمان بهداشت جهانی (WHO) به دنبال آزمایش‌های سخت‌کلینیکی، رژیم درمانی چند دارویی (MDT)^۴ را به عنوان درمان استاندارد جذام توصیه کرد. رژیم درمانی چند دارویی (MDT) شامل ترکیبی از داپسون، ریفامپی سین و کلوفازیمین است که به نحو مؤثری از مقاوم شدن باسیل جلوگیری می‌کند. برای فرم شدید بیماری از ۳ دارو و

میکروب عامل بیماری، پس از ورود به بدن وارد نورونهای محیطی شده و شروع به تکثیر می‌کند. از این مرحله به بعد، بر حسب نحوه و میزان پاسخ سیستم ایمنی میزبان، تابلوی بالینی متفاوت خواهد بود:

۱- سیستم ایمنی حساس و قوی بوده و باعث از بین رفتن میکروب و بهبودی کامل می‌شود.

۲- پاسخ سیستم ایمنی بیمار مناسب ولی نارسا بوده و عفونت تا حدودی تحت کنترل در آمده و موجب بروز جذام شبه سل^۱ می‌شود.

۳- حساسیت و پاسخ ایمنی ضعیف بوده و جذام لپروئید یا لپروماتوزی^۲ به وجود می‌آید.

۴- حساسیت و پاسخ سیستم ایمنی متغیر و نامشخص است. (جذام بینابینی)^۳

ثابت‌ترین یافته در تمام اشکال بالینی جذام، درگیری اعصاب محیطی است و در اکثر موارد (۹۰٪) ابتدا به صورت گزگز یا کرختی دائمی یا راجعه تظاهر می‌کند. در این مرحله معمولاً نشانه بالینی قابل رؤیت وجود ندارد. پس از آن ممکن است هریک از چهار حالت مذکور در فوق با نشانه‌های خاص آن بروز کند:

TL (جذام توپرکولوئیدی): این حالت با یک یا چند ماکول مدور هیپوپگمانته با پوسته‌های ظریف و محدوده مشخص و لبه مختصر برآمده و کاهش یا فقدان حس و اختلال در تعریق و رشد مو مشخص می‌شود. اعصاب سطحی ناحیه مبتلا و یا پیرامون ضایعه ممکن است قابل لمس و حتی قابل رؤیت باشند که در این صورت حساس نیز خواهند بود. در TL تست جلدی لپرومین تقریباً همیشه مثبت است.

LL (جذام لپروماتوزی): این حالت ابتدا با ضایعات جلدی و مخاطی شروع شده و سپس گرفتاری و تغییرات عصبی، چشمی، رتیکولواند وتلیال، استخوانی و بیضه نیز به تدریج ظاهر می‌شود. ضایعات جلدی در این حالت از جذام بیشتر در قسمتهایی از بدن که درجه حرارت و گردش خون پایینی دارند (شامل لاله گوش، صورت،

1- Tuberculoid.L

2- Leproid.L

3- Borderline.L

4- Multi Drug Therapy

تمام مشکلات معلولیت‌های ناشی از جذام، پیشگیری از آن از طریق درمان در اولین نقطه، به وسیله تشخیص سریع و درمان فوری بیماران است. بنابراین LEP توصیه می‌کند که پیشگیری و مدیریت باید بخشی لازم و تکمیلی از برنامه‌های MDT باشد و وقتی بیماران درمان می‌شوند، تغییر شکل‌های باقی مانده باید از طریق فعالیت‌های توان بخشی جامعه‌گرا، کنترل شود.

گام‌های توسعه در کشورهای مختلفی که جذام در آن بومی است، ممکن است متفاوت باشد اما مسیر روشن است. پیروزی بر جذام که بیماری فقر است، باید سمبل توانمندی انسانی در غلبه بر فقر خود باشد و یک گام ضروری به جلو در جهت دستیابی به هدف بهداشت برای همه تلقی خواهد شد.

وضعیت جذام در سال ۱۹۹۶

- ۱/۲۶ میلیون مورد تخمین زده شده
- ۶۰ کشور اندمیک
- ۹۲۶۰۰۰ بیمار جدید ثبت شده برای درمان
- حدود نیم میلیون مورد جدید کشف شده در هر سال
- یک تا دو میلیون مورد معلولیت ناشی از جذام
- نرخ شیوع برآورد شده ۱/۷ مورد در ده هزار نفر جمعیت
- ۸۴۰/۰۰۰ بیمار تحت درمان با MDT
- ۸ میلیون بیمار درمان شده با MDT
- پیشگیری از گسترش معلولیت جسمی در ۲ میلیون نفر

جذام در ایران

بیماری جذام از بیماری‌های آندمیک کشور ماست که از سال ۱۳۶۳ تعداد موارد ثبت شده آن رو به کاهش گذاشته است. پیشرفتهای اقتصادی، اجتماعی در مناطق شهری و روستایی و استفاده وسیع از درمان چند دارویی و مراقبت بهتر از بیماران از دلایل این کاهش می‌باشد. با تلاش پی‌گیر و مستمر خدمتگزاران سیستم بهداشتی کشور میزان شیوع بیماری در حال حاضر ۰/۱۲ در ده هزار نفر

برای فرم خفیف آن از ۲ دارو استفاده می‌شود. درمان افراد کم‌بسیل ۶ ماه و موارد پر‌بسیل ۲۴ ماه طول می‌کشد. در پایان این مدت درمان کامل است. در حال حاضر پوشش جهانی (MDT) ۸۸٪ است.

به سوی حذف جذام:

کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۱ حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی تا سال ۲۰۰۰ را به عنوان یک هدف پذیرفتند و حذف جذام به مفهوم دستیابی به سطح شیوع زیر ۱ مورد در ده هزار نفر جمعیت تعریف شد. WHO اعلام می‌کند وقتی تعداد موارد اعلام شده بیماری به کمتر از یک مورد در ده هزار نفر جمعیت کاهش پیدا کند، دیگر جذام زمان زیادی یک مشکل بهداشت عمومی نخواهد بود.

امروز عملاً هر بیمار جذامی در دنیا، به درمان دسترسی دارد و می‌تواند داروهای MDT را بطور رایگان دریافت کند. نزدیک به ۸ میلیون نفر در دنیا درمان شده‌اند و حجم جهانی بیماری بیش از ۸۰٪ کاهش یافته است. بهر حال گرچه بیماری به میزان زیادی کاهش یافته، اما ۲۰٪ باقیمانده هم چالش بزرگی را ایجاد کرده است.

برنامه عملی WHO برای حذف جذام (LEP)، تلاشی برای دسترسی به جمعیت‌های تحت پوشش از طریق نوآوری و مختصر کردن لوازم تکنیکی، شامل درگیری و مشارکت واقعی داوطلبان غیر ماهر روستایی است. در بسیاری مناطق، بیماران برای درمان مراجعه نکرده و یا دوره‌های درمان خود را تکمیل نمی‌کنند که به دلایل مختلف از جمله فقر کیفی خدمات بهداشتی در دسترس و وحشت از ننگ اجتماعی می‌باشد. اگر جذام به موقع درمان نشود، تغییر شکل‌هایی را سبب می‌شود که دلیل قدیمی ترسناک بودن بیماری است. بین یک تا دو میلیون نفر در جهان مبتلا به ناتوانی‌های فیزیکی ناشی از جذام هستند که اکثر آن به علت تأخیر در کشف و درمان بیماری است. مطمئناً مهمترین و مقرون به صرفه‌ترین روش غلبه بر

حاضر حفظ وضعیت حذف جذام در سراسر کشور برحسب شهرستان می‌باشد. اهداف اختصاصی در این زمینه افزایش کشف موارد جدید بیماری و زدودن افکار خرافی و نادرست در مورد این بیماری و آگاهی جامعه از علائم اولیه بیماری و با استفاده از رسانه‌های گروهی و از طریق آموزش جامعه توسط کارکنان بهداشتی، حصول پوشش صد در صد درمان چند دارویی برای تمام بیماران و جلوگیری از معلولیت ناشی از جذام از طریق بیماریابی به موقع، درمان مناسب، آموزش بیماران و توجه به عوارض بیماری در مراکز بهداشتی و درمانی است.

وضعیت جذام در استان گیلان^۱

تعداد کل بیماران جذامی در سال ۱۳۷۵، بیست و سه نفر (۱۶ مرد و ۷ زن) بوده که یک نفر از آنها بهبود یافته و با توجه به این که در ماههای اول سال ۱۳۷۶ مورد جدیدی وجود نداشته، تعداد فعلی بیماران، ۲۲ نفر می‌باشد. از این تعداد ۱۹ نفر مبتلا به نوع پرباسیل و ۳ نفر مبتلا به نوع کم باسیل می‌باشند. توزیع بیماران در شهرهای مختلف استان به شرح زیر می‌باشد.

رودسر ۴ نفر، تالش ۳ نفر، رشت ۲ نفر، رودبار ۲ نفر، فومن ۱ نفر، صومعه سرا ۱ نفر، آستانه اشرفیه ۱ نفر، لنگرود ۱ نفر و آستارا ۱ نفر. سن تمامی این افراد بیش از پانزده سال می‌باشد و ۱۶ نفر آنها بی سوادند، ۵ نفر تحصیلات ابتدایی و تنها یک نفر تحصیلات دبیرستانی دارند. در حال حاضر درمانگاه دانای علی رشت جهت مراجعه و درمان بیماران جذامی استان اختصاص یافته و توزیع دارو نیز توسط این مرکز انجام می‌شود. ضمناً هزینه رفت و آمد به بیمارانی که از سایر شهرستانها به این مرکز مراجعه می‌کنند، پرداخت می‌شود.

جمعیت است که با این وضعیت جذام در کشور در مرحله حذف بیماری قرار دارد، یعنی شیوع بیماری کمتر از یک مورد در ده هزار نفر جمعیت می‌باشد. کل موارد بیماری گزارش شده در سالهای گذشته، ۱۰۴۸۷ نفر بوده است که پس از حذف موارد تکراری در سیستم جدید کامپیوتری جمع آوری داده‌ها در سال ۱۳۷۵ تعداد کل بیماران ۹۵۰۸ نفر بوده است. از این تعداد ۱۵۲۹ مورد تا به حال فوت کرده‌اند و از ۷۹۷۹ مورد دیگر ۷۲۱۱ مورد، درمان را کامل کرده‌اند و بهبود یافته تلقی می‌شوند و در پایان سال ۱۳۷۵، ۷۶۸ مورد تحت درمان با رژیم چند دارویی قرار داشتند. موارد تحت درمان بیماری، تحت پوشش ۲۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور می‌باشند. بیشترین تعداد موارد در استانهای خراسان، قزوین، اردبیل، لرستان، هرمزگان، آذربایجان غربی و شرقی، گیلان، تهران، کردستان و زنجان زندگی می‌کنند. در پایان سال ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، کل موارد ثبت شده به ترتیب ۱۳۸۹ و ۶۸۳ و ۷۴۷ مورد بوده‌اند.

میزان شیوع در سالهای ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۵ به ترتیب ۴/۰ در ده هزار، ۳۵/۰ در ده هزار، ۱۲/۰ در ده هزار و ۱۲/۰ در ده هزار نفر جمعیت بوده است. تعداد موارد جدید بیماری در سالهای ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ به ترتیب ۱۶۰، ۱۴۷، ۹۳، ۹۳، ۸۵ نفر بوده است. ۸۵ مورد جدید بیماری در سال ۱۳۷۵ از ۴۰ شهرستان در ۱۸ استان کشور گزارش شده‌اند. تنها ۶٪ این موارد به گروه سنی زیر ۱۵ سال تعلق داشتند. ۳۵٪ از موارد جدید زن و ۶۵٪ مرد می‌باشند. ۱۹٪ از موارد کشف شده جدید از نوع کم باسیل و ۸۱٪ از نوع پرباسیل بیماری رنج می‌برند. ۵/۸۳٪ موارد جدید ایرانی‌ها و ۵/۱۶٪ رامه‌اجرین افغانی تشکیل می‌دهند. تمام موارد جدید بیماری تحت درمان چند دارویی قرار دارند.

بیشترین میزان بروز سال ۱۳۷۵ در استانهای تهران، آذربایجان شرقی، هرمزگان، گیلان، کردستان، آذربایجان غربی، قزوین و اردبیل بوده است.

هدف کلی در برنامه کشوری کنترل جذام در حال

۱- برای تهیه آمار ابتلا در گیلان از همکاری و مساعدت معاونت بهداشتی استان و سرپرست محترم درمانگاه دانای علی رشت برخوردار بوده‌ام که بدین وسیله از آنها تشکر می‌نمایم.

وضعیت کلی جذام در جمهوری اسلامی ایران تا پایان سال ۱۳۷۴

ردیف	استان	جمعیت	کل کشف شده	فوت	بهبود	تحت درمان	میزان شیوع در ۱۰۰۰۰
۱	تهران	۱۰۸۹۳۲۲۰	۴۶۶	۱	۳۳۰	۸۵	۰/۰۸
۲	مرکزی	۱۲۹۰۵۲۷	۳	۰	۲	۱	۰/۰۱
۳	گیلان	۲۴۰۵۱۷۲	۷۷۱	۴۸	۶۵۱	۳۷	۰/۱۵
۴	مازندران	۴۱۳۹۲۸۳	۴۷۳	۷۷	۳۱۲	۲۴	۰/۰۶
۵	آذربایجان شرقی	۳۴۷۸۹۶۴	۲۴۹۶	۴۵۰	۱۴۸۲	۳۸	۰/۱۲
۶	آذربایجان غربی	۲۴۹۲۶۴۸	۸۵۴	۱۲۷	۴۹۱	۳۳	۰/۰۹
۷	کرمانشاه	۱۷۷۰۱۸۵	۲۷۰	۹۹	۳۲۵	۱۶	۰/۰۹
۸	خوزستان	۳۴۶۵۶۵۶	۹۷	۲۴	۶۵	۳	۰/۰۱
۹	فارس	۳۸۶۷۲۱۱	۱۴۱	۲۹	۵۳	۱۵	۰/۰۴
۱۰	کرمان	۲۰۳۲۵۰۴	۲	۰	۰	۲	۰/۰۱
۱۱	خراسان	۶۵۶۱۹۱۹	۱۵۰۲	۲۴۹	۹۴۸	۳۰۵	۰/۴۶
۱۲	اصفهان	۴۰۱۸۴۷۶	۲۷	۰	۱۸	۶	۰/۰۱
۱۳	سیستان و بلوچستان	۱۵۸۷۸۸۴	۱۵۷	۲۸	۱۲۸	۳	۰/۰۲
۱۴	کردستان	۱۳۴۶۰۳۸	۲۷۶	۱۴۹	۳۱۹	۹	۰/۰۷
۱۵	بوشهر	۷۵۷۶۰۴	۹۹	۳۰	۶۳	۶	۰/۰۸
۱۶	هرمزگان	۱۰۰۸۷۹۰	۱۵۵	۱۶	۱۲۰	۱۳	۰/۱۳
۱۷	لرستان	۱۶۳۸۴۹۸	۷۵	۲	۱۲	۴۱	۰/۲۵
۱۸	ایلام	۴۸۰۹۰۷	۰	۰	۰	۰	۰/۰۰
۱۹	همدان	۱۸۰۲۰۰۷	۶۵	۱۲	۲۳	۱	۰/۰۱
۲۰	چهارمحال بختیاری	۸۱۵۴۹۰	۰	۰	۰	۰	۰/۰۰
۲۱	یزد	۷۵۴۱۸۵	۸	۰	۰	۱	۰/۰۱
۲۲	سمنان	۴۹۹۹۳۰	۱۴	۴	۰	۲	۰/۰۴
۲۳	کهگیلویه و بویر احمد	۵۴۲۰۶۸	۵	۰	۰	۳	۰/۰۶
۲۴	زنجان	۱۹۳۸۲۱۰	۴۰۰	۳۱	۰	۴۲	۰/۲۲
۲۵	اردبیل	۱۳۴۴۷۴۶	۶۷۱	۱۱۹	۰	۳۷	۰/۲۸
	جمع	۶۰۷۰۸۵۶۰	۹۴۲۷	۱۴۹۵	۰	۷۲۳	۰/۱۲

- آمار مجذومین تحت پوشش استان گیلان، درمانگاه دانای علی رشت.

- S.K. Nordeen, Eliminating Leprosy, A Winnable War, World Health, No:3, May-June, 1996.
- John Bland, Facts Of Leprosy, World Health, No:3, May-June, 1996.
- Michel.F.Lechat, History Of A Disease, World Health, No:3, May-June, 1996.
- Barry.R.Bloom, The Legacy Of Leprosy Research, World Health, No:3, May-June, 1996.

منابع:

- سازمان بهداشت جهانی. راهنمای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشت همگانی. انتشارات اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها. چاپ اول، ۱۳۷۴.
- طوسی، پرویز و همکاران. نظواهرات اصلی و درمان بیماریهای پوستی (MMD)، انتشارات سمات، چاپ دوم، ۱۳۷۵.
- صباغیان، حسین، کنترل بیماریهای واگیر در انسان انتشارات رز، ۱۳۶۳.
- آمار و اطلاعات اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها