

بیماریهای قارچی جلد در بندرعباس*

۲- کچلی سر

دکتر منوچهر عسکری***

هادی ساتری***

خلاصه

در بهمن ماه ۱۳۴۸ تعداد ۲۱۵۳ نفر از دانش آموزان شهری و روستائی ویاروستائیان محل مختلف دو شهرستان بندرعباس و میناب باتوجه بموقعیت جغرافیائی ، کشاورزی ، اقتصادی و دوری و نزدیکی بشهر از نظر ابتلاء به کچلی سر و وفور آن مورد بررسی و آزمایش بالینی قرار گرفتند. ۱۶۵ نفر ازاینعده دارای ضایعاتی در سر بودند که پس از نمونه برداری و آزمایش مستقیم و کشت در ۶۷ مورد (۲۰٫۳٪ کل) وجود عوامل قارچی باثبات رسید انواع قارچهای عامل کچلی سر در این منطقه به ترتیب عبارتند از ت. ویولانسوم (۸۰٪) ، ت. سودانسیس (۱۵٪) ، ت. تونسورنس و ت. شوئولاینیتی (هریک ۱٫۶٪) .

۹۵٫۵٪ موارد بیماری درگروه سنی ۱۴-۶ سال مشاهده شد. دانش آموزان شهری به نسبت ۳٪ و دانش آموزان روستائی ۳۲٪ و روستائیان همسال ۶۹٪ به بیماری دچار بودند. نسبت آلودگی محتضای مطالعه شده بین صفر تا ۱۰٫۵٪ بود. دسترسی بمرکز درمانی و وجود تسهیلات ارتباطی و آموزشی وبالا بودن درآمد اقتصادی اثر مهمی درکاهش بیماری داشت. ۴۵٪ موارد بیماری درگروه سنی

* - این مطالعه قسمتی با استفاده از اعتبارات دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی - دانشگاه تهران و قسمتی از اعتبارات طرحهای تحقیقات بهداشتی (وزارت بهداری و سازمان برنامه) بممل آمده است .

** - قسمت اول این مطالعه در شماره سوم مجله بهداشت ایران ۱۳۵۱ چاپ شده است .

*** - قسمت قارچ شناسی ، گروه اپیدمیولوژی و پاتوبیولوژی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ، دانشگاه تهران .

۲۵ سال روستائی و ۲۴-۱۵ سال شهری و روستائی دیده شد .

از نظر تطبیق علائم بالینی و آزمایشگاهی ۷۵٫۷٪ ضایعات تریکوفیسی و ۱۴٫۷٪ ضایعات شوره‌دار سر اعم از محدود یا پراکنده و ۶٫۶٪ ضایعات فاویک و ۲۳٫۲٪ لکه‌های بدون موی مشاهده شده در سر بیماران بعلت قارچهای اندوتریکس ایجاد شده بودند که منظره آزار میکروسکپی موی آلوده در تمام آنها باسنشائی دو مورد که واجد میسلیموم داخل مو بودند بشکل اسپور داخل مو بود . فقط یک مورد از سه مورد ضایعات کریون‌دار مثبت بود که دارای اسپوره‌های درشت درخارج مو بود لیکن قارچ مسبب آن باآنکه در محیط کشت جدا شد تشخیص داده نشد .

۷۷٫۷٪ نمونه‌هاییکه در آزمایش مستقیم منفی بودند در کشت مثبت شدند و ت . ویولاسئوم از آنها جدا شد . اهمیت بیماری در منطقه مورد بحث قرار گرفته و ت . سودانسیس برای اولین بار است که از کچلهای سر در ایران جدا و گزارش میشود .

مقدمه

مطالعات اولیه کچلی‌های سر که در سالهای ۴۳ - ۱۳۴۵ در ۱۴ شهرستان از سراسر کشور انجام گرفت نشان داد که از نظر پیروالانس بیماری در کودکان میتوان سه منطقه مشخص جغرافیائی برای این بیماری قائل شد که به ترتیب اهمیت عبارتند از ساحل دریای مازندران ۲۵٪ و فلات مرکزی با ۷٫۹٪ و ساحل خلیج فارس با ۲٫۴٪ متوسط آلودگی در کودکان ۱۴-۶ سال (عسکری - عایلو - شبیان) (۱) . متعاقب این اطلاع اولیه بررسی درازمدت (۲ تا ۳ ساله) بمنظور تعیین پیروالانس بیماری در تعداد بیشتری از جوامع شهری و روستائی و شناسائی عوامل آن و نیز بازیافت اثر درمان دسته‌جمعی بیماری با گریزوفولین در کنترل بیماری پاریشه‌کن ساختن آن در بابل و اصفهان که دو کانون مهم بیماری بودند انجام شد* و همزمان با این اقدامات یاکمی بعد از آن ، بررسی‌های کوتاه‌مدت (سه هفته تا یکماه) در تعدادی از روستاها و دبستانهای شهری و روستائی شهرستانهای دیگر مناطق جغرافیائی سه‌گانه فوق انجام گرفت تا پوشش کافی از نظر جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز در سراسر کشور داده شود .

در منطقه ساحل خلیج فارس ، شهرستانهای کازرون ، برازجان ، بوشهر در بهمن ماه ۱۳۴۷ و شهرستان بندرعباس ، میناب در بهمن و اسفند ماه ۱۳۴۸ از این نظر مطالعه شدند که بررسی کچلی‌های سر و عوامل مولد آن در این دو شهرستان آخری موضوع این نوشته است .

شهرستان بندرعباس و میناب در جنوب شرقی ایران بین سلسله جبال زاگرس و دریای عمان واقع شده و بال شرقی استان ساحلی را تشکیل میدهند که رویهم ۴۵۳۴۳ کیلومتر مربع مساحت و ۳۰۶۷۷۱ نفر جمعیت دارند .

* - نتایج این مطالعات با استعانت از ماشین‌های مغز الکترونیکی در دست تهیه و انتشار است .

قسمت شمالی آن کوهستانی و قسمت جنوبی آن جلگه‌ای و مسطح است. رودخانه‌های آن تماماً فصلی و آبهای سطحی یا کم عمق منطقه شورند (باستثنای منطقه ایسین و قسمت علیای رودمیناب) زمین‌های ناحیه جلگه‌ای ماسه‌ای یا رستی شوراند. آب و هوای آن بطور کلی گرم و در ناحیه کوهستانی خشک و در قسمت جلگه‌ای اندکی مرطوب است (۲) متوسط درجه حرارت مطلق بندرعباس در تابستان ۴۴ درجه سانتی‌گراد و در زمستان ۷ درجه سانتی‌گراد است. معدل متوسط حرارت سالیانه آن در سه سال ۴۳ - ۱۳۴۵ برابر ۲۷٫۲ درجه سانتی‌گراد و تعداد متوسط باران سالیانه آن ۱۷۵ میلیمتر با ۲۱ روز بارانی در طول سال بوده است که آنهم اکثراً در زمستان و اوایل بهار بوده است (۳).

تا چند سال پیش محصولات مهم کشاورزی ایندو شهرستان را فقط خرما - غلات و کمی مرکبات تشکیل میدادند. لیکن امروزه در قسمت جلگه‌ای لیموترش و در دهستانهای ایسین و سرخون بهترین انواع مرکبات بعمل می‌آید و در تمام قسمت جلگه‌ای هر کجا که دسترسی بآب مقدور بوده است (بوسیله حفر چاه نیمه عمیق) صیفی‌کاری رواج فراوان یافته و بانوجه بفصل برداشت آن بهترین نتایج را داده است. بعلاوه مردم کنار دریا و جزایر بامر صید ماهی و میگو و تبادل کالای بازرگانی نیز اشتغال داشته و در این اواخر گروهی در امور مربوط باستخراج معادن بخصوص نفت فعالیت دارند.

تا سال ۱۳۴۵ شهرستان بندرعباس یکی از شهرستانهای استان هشتم و مرکب از ۵ بخش مرکزی، قشم، سعادت‌آباد، جاسک و میناب بود لیکن امروزه این شهر مرکز استان ساحلی است و بخش میناب از آن منتزع و شهرستان مستقلی را تشکیل داده است. (۴ و ۵ و ۶)

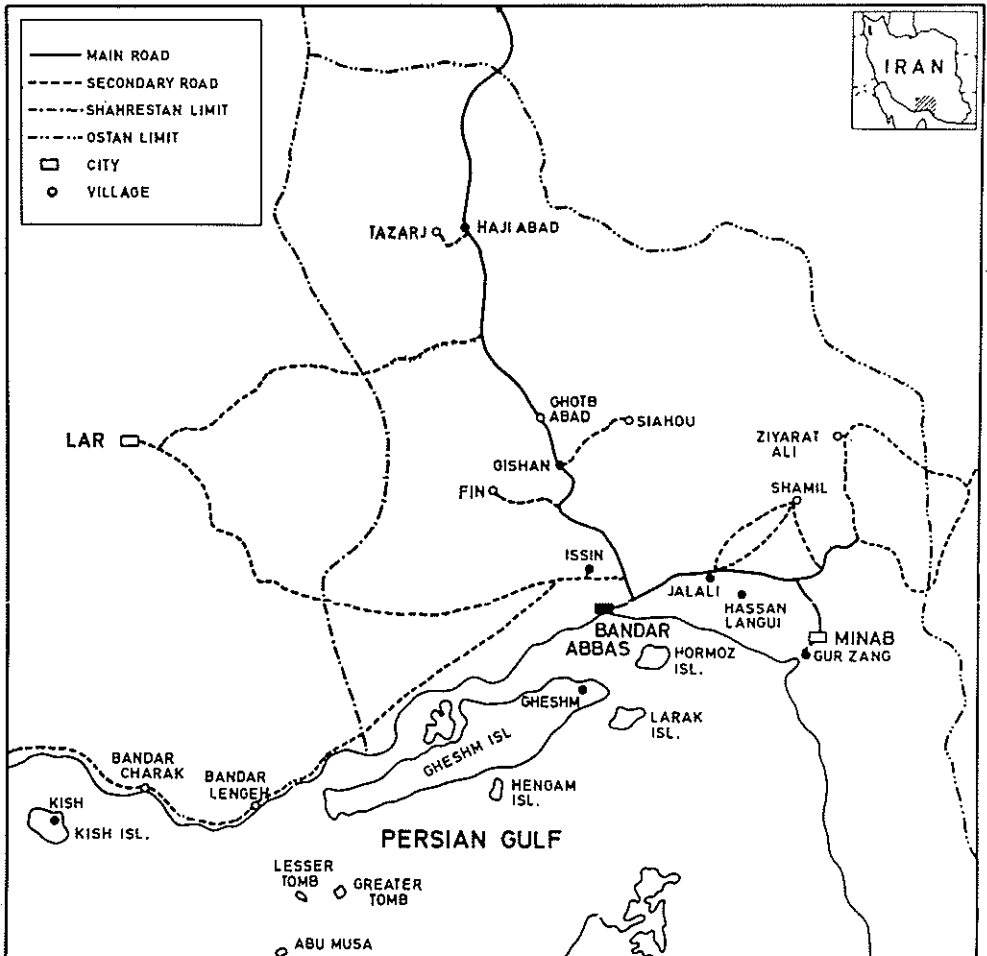
توسعه شهر بندرعباس اگرچه بامبارزه بایماریهای مالاریا و پیوک و توجه بامر کشاورزی در آن منطقه آغاز شد لیکن در حقیقت با ایجاد اسکله جدید که ظرفیت بارگیری آنرا چندین برابر نمود و نوسازی و اسفالت جاده کرمان بندرعباس و تکمیل لوله‌کشی شهر رو به فزونی نهاد و با تأسیس پایگاه نیروی دریائی، برقراری ارتباط تلفنی مستقیم، ایجاد کارخانه‌های کسرو سازی و نخریسی، استخراج معادن و گسترش خدمات شهری و روستائی مانند ایجاد فرودگاه، تأسیس مرکز فرستنده تلویزیون، مرمت و تسطیح جاده‌های ارتباطی فرعی به بخش‌ها و شهرهای مجاور، نوسازی شهر و احداث ابنیه جدید و خیابانهای تازه، ترمیم آنها در سطح شهر و گسترش وسیع داد و ستد و تبادل کالای مرزی و فراهم آوردن تسهیلات آموزشی، بهداشتی و درمانی پیشرفت فراوان نمود بطوریکه نه تنها ازدیاد نفوس بومی را باعث گردید بلکه تعداد زیادی جمعیت غیربومی را جلب نمود و ناگهان جمعیت شهر از ۱۱۰۰۰ نفر در سال ۱۳۳۲ (۲) به ۳۴۶۲۷ نفر در سال ۱۳۴۵ رسید (۴). این افزایش جمعیت در کلیه

سطح شهرستان مشهود و گسترش فعالیت‌های کشاورزی، اقتصادی و معادن ندهتها مانع مهاجرت افراد بومی منطقه بسواحل جنوبی خلیج فارس شد بلکه باعث عودت تعداد زیادی از آنان بجهت کار و به روزی بموطن اصلی و اولیه شده است.

روش مطالعه و آزمایش

۱ - انتخاب محل و افراد مورد مطالعه: در این بررسی مجموعاً ۲۱۵۳ نفر در ۱۲ محل مختلف از شهر بندرعباس و روستاهای اطراف آن بشرح زیر انتخاب و آزمایش شدند (نقشه ۱)

الف، مدارس شهری: ۴ آموزشگاه پسرانه در جهات مختلف شهر بندرعباس انتخاب و کلیه ۱۲۷۵ نفر دانش آموزان حاضر در مدرسه مورد آزمایش قرار گرفتند.



نقشه شماره ۱ - کانونهای شهری و روستائی مطالعه شده (قسمتهای سیاه) در بندرعباس ۱۳۴۸

ب : مدارس روستائی : تعداد ۶ دبستان روستائی در فواصل مختلف از شهر و هم‌چنین جاده اصلی ارتباطی باتوجه بوضع کشاورزی و دیگر درآمدهای تصویری مردم انتخاب و کلیه ۶۸۹ نفر دانش‌آموزان آنها آزمایش شدند . موقعیت جغرافیائی و نوع دانش‌آموزان این مدارس بدین ترتیب بود : (نقشه ۱) .

— دبستان پسرانه ششم بهمن واقع در جزیره قسم ۱۲ کیلومتری جنوب بندرعباس .

— دبستان مختلط ایسین واقع در قریه ایسین ۲۳ کیلومتری شمال بندرعباس .

— دبستان پسرانه جلالی واقع در جاده فرعی حسن لنگی ۴۰ کیلومتری شمال‌شرقی بندرعباس .

— دبستان مختلط حسن لنگی واقع در قریه‌ای بهمین نام ۴۵ کیلومتری شمال‌شرقی بندرعباس .

— دبستان پسرانه خنجی واقع در حاجی‌آباد ۱۸۰ کیلومتری شمال بندرعباس .

— دبستان مختلط شهاب واقع در جزیره کیش ۲۳۰ کیلومتری جنوب‌غربی بندرعباس .

ج — تعداد ۱۸۹ نفر از ساکنین دو روستای گورزننگ کمالی واقع در بیست کیلومتری جنوب‌غربی میناب (۱۱۵ کیلومتری بندرعباس) و گیشان واقع در ۹۴ کیلومتری شمال بندرعباس که تعداد دانش‌آموزان دبستانهای دائر آنها چندان زیاد نبود آزمایش شدند ۷۰ نفر این جمعیت را جنس مؤنث و ۱۱۹ نفر آنان را جنس مذکر تشکیل میدادند که از گروه سنی کمتر از یکسال تا ۵۵ سال بیلا در میان آنها وجود داشت (نقشه ۱) .

۲ — معاینه افراد : کلیه افراد از نظر وجود ضایعات در پوست و موی سر بدقت مورد معاینه بالینی قرار گرفته و وجود ضایعه در سر آنها و نوع آن و نیز سن و جنس افراد مورد بازبید یادداشت شد .

۳ — نمونه‌برداری : از ضایعات مشکوک ، پس از کوتاه کردن موهای محل ضایعه و پاک کردن سطح آن با الکل ، نمونه‌برداری بعمل آمد . هر نمونه شامل تعداد کافی ریشه و بقایای مو و شوره‌های سطح ضایعه بود که بوسیله پنس موچین از نقاط مختلف اطراف ضایعه برداشت میشد . این نمونه‌ها در پاکت کاغذی جمع‌آوری شده و مشخصات بیمار در ظهر آن ثبت میشد .

۴ — آزمایش نمونه‌ها : قسمتی از نمونه تهیه شده ، عصر همانروز بامحلول لاکتوفنل مورد آزمایش میکروسکپی قرار گرفته و وجود قارچ در مو باتوجه به نوع آزار حاصله از آن بررسی و در دفاتر مربوط ثبت میشد . باقیمانده نمونه‌ها بفاصله ۳-۶ ماه بعد از تهیه در آزمایشگاه مرکزی قارچ‌شناسی در دو لوله محتوی محیط سابو و//د کستروز آگار توام با

کلرامفنیکل (بمقدار ۵۰ میلیگرم در لیتر) و اکتی‌دایون (بمقدار ۵۰۰ میلیگرم در لیتر) کشت داده شدند. این کشت‌ها بمدت یکماه در حرارت ۲۵ درجه سانتی‌گراد نگاهداری شده و در این مدت پیدایش و رشد قارچ بیماری‌زا در سطح محیط کشت بررسی و قارچهای مشکوک جهت خلوص به محیط مربوطه پاساژ داده شدند تا نوع خالص قارچ بیماری‌زا مجزا و بدست آید. جهت تشخیص نوع واسپس وژانر قارچهای جدا شده علاوه بر بررسی مشخصات ظاهری و میکروسکوپی آن (مطالعه کشت روی لام بطریق ریندل) سایر خواص تشخیصی مانند احتیاج به ویتامین‌های مشخص جهت رشد بهتر (۷) یا بررسی صفات رویشی در محیط (لوون‌شتاین، وان‌بروزگه‌م ۸) و نیز وجود یا عدم وجود اوره‌آز (۹) در موارد ضروری مورد مطالعه قرار گرفت.

نتایج

۱ - در این بررسی ۱۶۵ نفر (۷۶٪) از بازدید شدگان دچار ضایعات مشکوکی در سر بودند که ۶۷ نفر آنان (۳۱٪) کل جمعیت و ۴۰٫۶٪ افراد دارای ضایعه) دچار کچلی سر بودند و وجود قارچ در نمونه تهیه شده از سر آنان در یکی از آزمایشات مستقیم یا کشت یا هر دو ی آنها باثبات رسید. ۵۰ نفر این‌عده (۷۴٫۶٪ موارد مثبت) در دو آزمایش مثبت بودند ۸ مورد (۱۲٪) فقط در کشت و ۹ مورد (۱۳٫۴٪) فقط در آزمایش مستقیم مثبت بودند (جدول یک). علت بروز این پدیده آخری را میتوان یکی از دو عامل زیر متناسب دانست:

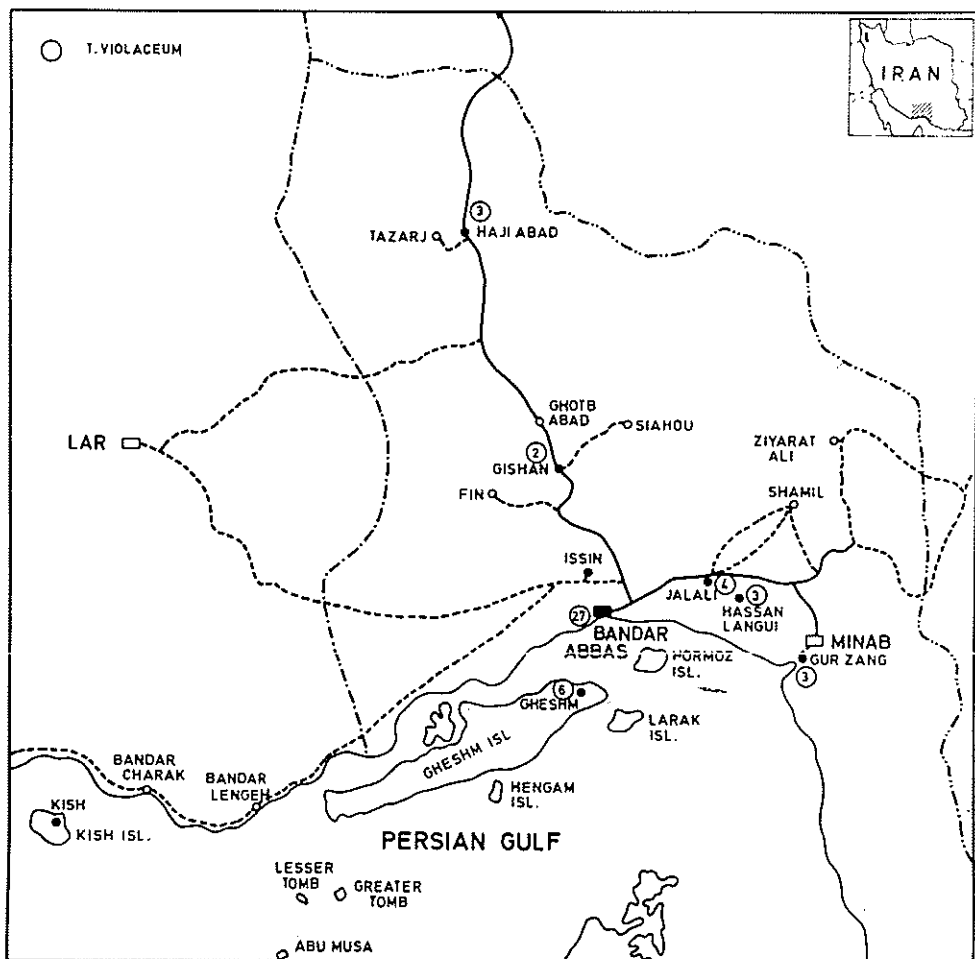
الف: تحت درمان بودن بیمار با گریزئوفولوین که نمونه تهیه شده ممکن است در آزمایش مستقیم مثبت باشد ولی در کشت بعلت وجود گریزئوفولوین در کراتین موها و انتشار آن در محیط مانع رشد قارچ عامل بیماری بشود. باتوجه باینکه اکثراً ضایعات قارچی مو در این منطقه بشکل اسپور داخل مو بودند بسیار مشکل بود که از حالت آلودگی مو بتوان تحت درمان بودن بیمار را بدرستی حدس زد درحالیکه با آلودگی‌های مو از نوع می‌سیلیوم داخل مو این تصور باسانی صورت‌پذیر است.

ب: اندک بودن تعداد موهای آلوده در ضایعات تازه یا بسیار کهنه بیماری که همین تعداد اندک معمولاً در آزمایش مستقیم بمصرف رسیده و برای کشت تعداد کافی باقی نمانده است عکس این حالت نیز برای کشت‌هاییکه در آزمایش مستقیم منفی و در کشت مثبت شده‌اند صادق است.

۲ - در آزمایش مستقیم، ۵۹ نمونه مثبت بود که ۵۶ نمونه (۹۵٪) آن از نوع اسپور داخل موی شکسته و ۲ نمونه (۳٫۴٪) از نوع می‌سیلیوم داخل مو و یک مورد (۱٫۶٪) از نوع اسپورهای درشت خارج مو بود. لیکن از کشت ۱۶۰ نمونه فوق ۵۸ نمونه در کشت مثبت شدند که بعلت آنکه دو نمونه حاوی دو نوع قارچ بودند رویهم ۶۰ قارچ بیماری‌زا از چهار

اسپس مختلف ژانر ترایکوفایتون جدا شد که ۴۸ مورد آن (۸۰٪)
 ت. ویولاسئوم (*T. violaceum*) و ۹ مورد (۱۵٪) ت. سودانسیس
 (*T. sudanensis*) و یک مورد (۱٫۶٪) ت. تونورنس (*T. tonsurans*)
 و یک مورد (۱٫۶٪) ت. شوئن لای نیئی (*T. schoenleinii*) بود و در
 یک مورد نیز کشت حاصل تشخیص داده نشد. (جدول ۲)

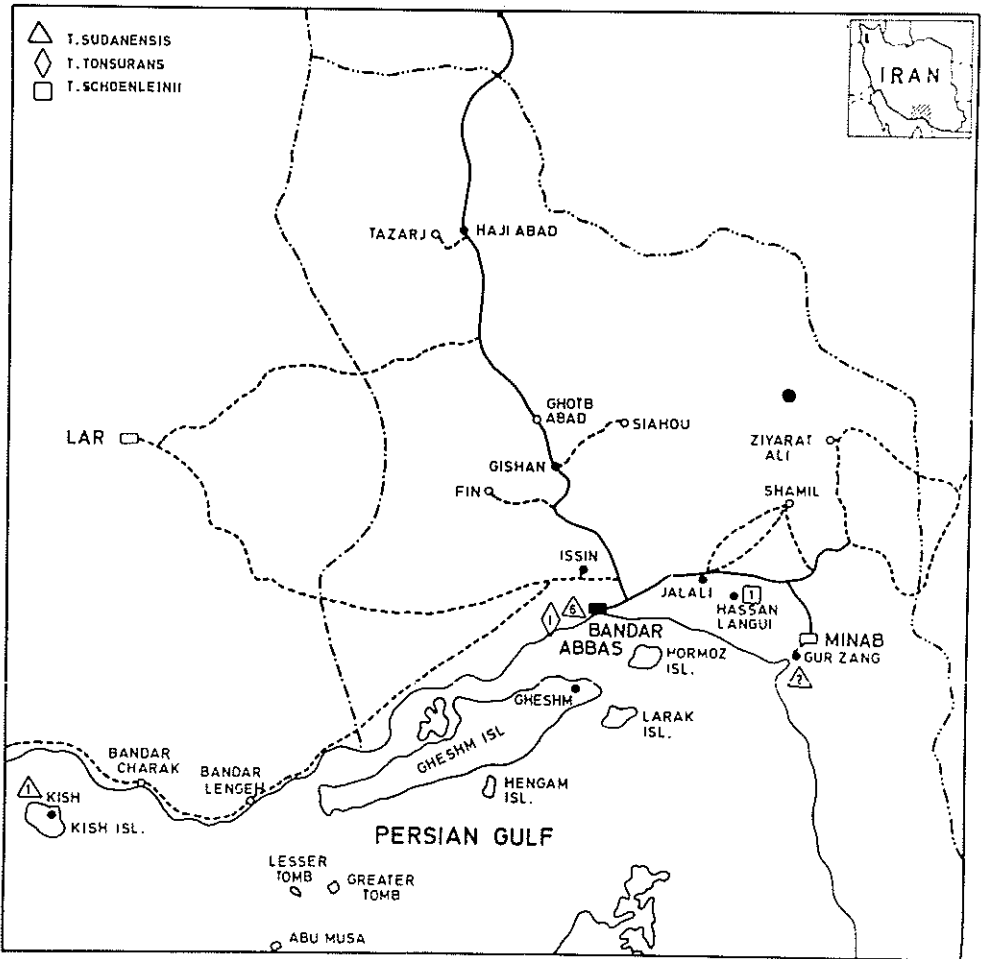
۳ - ترایکوفایتون و ویولاسئوم سوش غالب و مهم منطقه است و
 در سرتاسر نواحی مطالعه شده وجود دارد. از مجموع ۴۸ مورد بدست
 آمده ۲۷ مورد آن از شهر بندرعباس، (دبستان سعدی ۱۰، دبستان شاهپور
 ۸، دبستان محمدیه ۷، دبیرستان پزشکی ۲) و ۲۱ مورد آن از نواحی



نقشه شماره ۲ - پراکندگی ت. ویولاسئوم در نقاط شهری و روستایی بندرعباس ۱۳۴۸
 (اعداد داخل دایره تعداد موارد را نشان میدهد)

روستائی است (دبستان ششم بهمین ۶ ، دبستان جلالی ۴ ، بستان حسن لنگی ۳ ، دبستان خنجی ۳ ، قریه گورزننگ ۳ و قریه گیسان ۲) . (نقشه ۲)
 ۴ - ترایکوفایتون سودانسیس دومین اسپس غالب منطقه است و ۹ مورد آن دیده شد که در نواحی مجاور بدریا وجود داشت (دبستان شاهپور ۲ و سعدی ۴ از شهر بندرعباس و جزیره کیش ۱ ، گورزننگ کمالی ۲) . (نقشه ۳) . این قارچ برای اولین بار است که در ایران مشاهده و گزارش میشود .

۵ - ترایکوفایتون تونورنس فقط در شهر بندرعباس و ترایکوفاتیون شوئن لای نیئی فقط در قریه حسن لنگی مشاهده شد . در این قریه یک مورد



نقشه شماره ۳ - پراکندگی ت . سودانسیس و ت . تونورنس و ت . شوئن لاینیئی در بندر عباس ۱۳۴۸ (اعداد داخل علائم تعداد موارد را نشان میدهد) .

دیگر از این نوع آزاد قارچی مو در آزمایش مستقیم دیده شد که در کشت رشد نکرد. (نقشه ۳)

۶- در مدارس شهری ۳٪ دانش آموزان ۱۴-۶ سال و ۰٫۷٪ دانش آموزان ۲۴-۱۵ سال به کچلی سر دچار بودند (جدول ۳). در دبستانهای روستائی، ۳٫۳٪ دانش آموزان ۱۴-۶ سال به بیماری مبتلی

جدول يك - ارتباط نتایج آزمایش مستقیم و کشت در ۱۶۵ نمونه جمع آوری شده از کچلی سر در بندرعباس ۱۳۴۸

تعداد منفی	تعداد مثبت	شرح
-	۵۰	مستقیم مثبت، کشت مثبت
-	۷	مستقیم مثبت، کشت منفی
-	۲	مستقیم مثبت، کشت نشده
-	۸	مستقیم منفی، کشت مثبت
۹۵	-	مستقیم منفی، کشت منفی
۳	-	مستقیم منفی، کشت نشده
۹۸	۶۷	جمع ۱۶۵

بودند لیکن بعزت تعداد کم افراد گروه سنی ۲۴-۱۵ سال در این دبستانها ظاهراً موردی از بیماری در این گروه سنی مدارس روستائی مشاهده نشده است (جدول ۴). مطالعه افراد همسال مشابه در روستاها نشان داد که این گروه سنی به نسبت ۵۰٪ به بیماری دچارند (جدول ۵). اطفال ۲-۵ ساله روستائی به نسبت ۱۶٪ و کودکان ۱۴-۶ ساله روستائی به نسبت ۶٫۹٪ به بیماری مبتلی بودند. لیکن در گروه افراد شیرخوار و بزرگسال بالاتر از ۳۵ سال موردی از بیماری دیده نشد. (جدول ۵).

۷- در این بررسی باآنکه ۱۰۴ نفر از بازدید شدگان را دختران و زنان روستائی تشکیل میدادند که ۳۴ نفر آنان دانش آموز دبستانهای روستائی و بقیه ساکن روستاها بودند معذک هیچ مورد مثبت آزمایشگاهی کچلی سر در این دسته دیده نشد باوجود آنکه ۴ نفر آنان از نظر بالینی بداشتن کچلی سر مشکوک بودند (۲ مورد ضایعات تریکوفیسی و ۲

جدول ۲- نتایج آزمایش مستقیم و کشت در ۱۶۵ نمونه تهیه شده از فعالیت سر در بندرعباس ۱۳۳۸

کشت نشده	تعداد و نوع قارچ جدا شده در کشت					آزمایش مستقیم	
	تعداد	منفی	T.schoen.	T.tonsu.	T.sauda.	T.violac.	تعداد
۲	۶	۰	۱	۹	۳۰**	۵۶	اسپور داخل مو
۰	۱	۱	۰	۰	۰	۲	میسیلیوم داخل مو
۰	(۱)	۰	۰	۰	۰	۱	اسپور خارج مو
۳	۹۵	۰	۰	۰	۸	۱۰۶	منفی
۵	۱۰۳ (۱)	۱	۱	۹	۴۸**	۱۶۵	جمع

— هر ستاره یک نمونه در گانه ت. ویولاسکوم و ت. سودانسوم است
— اعداد داخل پرانتز نماینده نوع قارچ و مشخص نشده است.

جدول ۳- تعداد و درصد کجلی سرور مدارس شهری بندرعباس بر حسب گروه سنی دانش آموزان بازدید شده ۱۳۴۸

مجموع	گروه سنی ۲۴- ۱۵ سال		گروه سنی ۱۴- ۶ سال		تاریخ مطالعه	نام آموزشگاه
	تعداد (درصد)	تعداد بازدیدگان	تعداد (درصد)	تعداد بازدیدگان		
۴۳۰	۰ (۰)	۲۰	۲/۳ (۱۰)	۴۱۰	۴۸/۱۱/۲۳	دبستان پس‌انه محمدیه
۳۴۳	۰ (۰)	۸	۳/۲ (۱۱)	۳۳۵	۴۸/۱۱/۲۶	دبستان پس‌انه شاه‌پور
۳۷۲	۰ (۰)	۶	۳/۵ (۱۳)	۳۶۶	۴۸/۱۲/۶	دبستان پس‌انه سعدی
۱۳۰	۱ (۱)	۹۷	۳ (۱)	۳۳	۴۸/۱۲/۹	دبستان پس‌انه بزرگکی
۱۲۷۵	۰/۸ (۱)	۱۳۱	۲/۰ (۳۵)	۱۱۴۴		جمع

جدول ۴ - تعداد و درصد کجلی سر در مدارس روستائی شهرستان بندرعباس بر حسب

گروه سنی دانش آموزان بازید شده ۱۳۴۸

مجموع	گروه سنی ۲۴ - ۱۵ سال		گروه سنی ۱۴ - ۶ سال		تاریخ مطالعه	نام آموزشگاه و (محل آن)
	(تعداد) و درصد مثبت	تعداد بازید شدگان	(تعداد) و درصد مثبت	تعداد بازید شدگان		
۱۴۹	۰ (۰)	۳	۴/۱ (۶)	۱۴۹	۴۸/۱۱/۲۲	دبستان پسرانه ششم بهمن (قشم)
۴۵	۰ (۰)	۳	۴/۷ (۲)	۴۲	۴۸/۱۱/۳۰	دبستان مختلط شهاب (کیش)
۶۳	۰ (۰)	۰	۷/۹ (۵)	۶۳	۴۸/۱۲/۲	دبستان پسرانه جلالی (راه حسن لنگی)
۶۳	۰ (۰)	۶	۱۰/۵ (۹)	۵۷	۴۸/۱۲/۳	دبستان مختلط حسن لنگی (حسن لنگی)
۱۶۴	۰ (۰)	۱	۰ (۰)	۱۶۳	۴۸/۱۲/۴	دبستان مختلط اریسین (اریسین)
۲۱۴	۰ (۰)	۲۵	۲/۱ (۴)	۱۸۹	۴۸/۱۲/۱۲	دبستان پسرانه خنجی (حاجی آباد)
۶۹۸	۰ (۰)	۲۸	۲/۴ (۲۳)	۶۶۰		جمع

جدول ۵- تعداد و درجه کجلی سر در افراد بازید شده روستای بندرجاس
بر حسب گروههای سنی

مجموع	دبستان و روستای گیشان		دبستان و روستای گوزنگی		گروه سنی
	تعداد	(تعداد) درصد مثبت و بازید شدگان	تعداد	(تعداد) درصد مثبت و بازید شدگان	
۰ (۰)	۱۰	۰ (۰)	۱	۰ (۰)	۰-۱ سال
۱/۶ (۱)	۶۰	۰ (۰)	۲۶	۳ (۱)	۲-۵ سال
۶/۹ (۶)	۸۷	۷/۵ (۳)	۴۰	۶/۳ (۳)	۶-۱۴ سال
۵/۵ (۱)	۱۸	۰ (۰)	۲	۶/۲ (۱)	۱۵-۲۴ سال
۰ (۰)	۱۴	۰ (۰)	۱۳	۰ (۰)	۲۵ سال به بالا
۴/۳ (۸)	۱۸۹	۲/۶ (۳)	۸۲	۴/۳ (۵)	جمع

مورد ضایعات شوره‌دار سر). علت پیدایش این حالت را میتوان یک یا چند عامل زیرین دانست.

الف: ابا و امتناع دختران و زنان روستائی از معاینه سر توسط افراد نامحرم (حتی پزشک).

ب - استفاده فراوان از ترکیبات روغنی برای نرم کردن و شفاف و براق کردن موها.

ج: نحوه خاص آرایش موی سر که ابتداء آنها را بدستجات متعدد تقسیم کرده و هر دسته را جداگانه و بسیار ریز بهم بافته‌اند و در اطراف سر جمع کرده‌اند.

بدلائل فوق آزمایش و نمونه‌برداری از این افراد با دشواری فراوان توأم بوده و اطمینان و اعتماد لازم را فاقد بوده و بازدید این افراد بهمین سبب از برنامه مطالعاتی حذف شد.

۸ - از نظر ارتباط علائم بالینی و نوع قارچ مسئول بیماری چنین نتیجه شد که:

ضایعات تریکوفیسی که شامل پلاک یا پلاکهای شوره‌دار خاکستری رنگ کوچک یا بزرگ توأم با ریزش تعداد اندکی از موهای آن ناحیه و یا وجود خال سیاه باشد در ۶۶ مورد از ۱۶۵ مورد مشاهده شد (۴۰٪) که در ۴۸ مورد ۷۳٪ یکی از تریکوفایتونهای اندوتریکس مسئول ایجاد آن بوده است (جدول ۶) و در ۲۷٪ بقیه ارتباط مسلم قارچی با پیدایش این نوع ضایعات بدست نیامد.

در ۶۸ مورد که دچار ضایعات شوره‌دار ساده محدود یا پراکنده در سر بودند ۱۰ مورد (۱۴٫۷٪) تریکوفایتونهای اندوتریکس مسئول ایجاد این حالت بودند یا در زمینه بیماری اولیه آن مشغول فعالیت شده بودند.

و در ۱۲ موردیکه سیکاتریس زخم یا ضربه سنگ در سر داشتند ۱ مورد ت. ویولاسئوم بدست آمد. (۸٫۳۳٪).

در ۹ موردیکه ضایعه سر از نوع کچلی مزمن فاووس بود (طاسی ثابت در پلاکهای کم و بیش توسعه‌دار، توأم با فولیکولیت و حالت شوره‌زائی در حاشیه ضایعه) ۶ مورد (۶۶٫۶٪) از نظر کشف علت بیماری مثبت بود که ۴ مورد آن ت. ویولاسئوم و ۲ مورد دیگر تریکوفایتونهای اسپور داخل مو بودند که در کشت نتیجه منفی داشتند. در سه مورد لکه بدون مو Bald Patch یک مورد ت. ویولاسئوم و در سه مورد ضایعات کریون‌داز یک مورد اسپورهای درشت خارج‌موئی با نتیجه نامشخص در کشت بدست آمد. (جدول ۶).

بنابراین ضایعات مهم کچلی‌های سر در منطقه عبارتند از ضایعات تریکوفیسی، فرم مزمن کچلی فاووس، لکه بدون مو، کریون و درحالات دیگر احتمال پیوند قارچ بضایعه اصلی و یا اجتماع دو بیماری در یک محل

جدول ۶- ارتباط بین علائم بالینی و فارچه‌های عامل کجلی سر در بندرعباس ۱۳۴۸

تشخیص بالینی						تشخیص آزمایشگاهی		شرح
پی‌و درمیت	سیکا ترنس زخم	کریون	لکه بی‌هو	فاوروس	شوره	تریکوفیسی	تعداد	
۶	۹	۲	۲	۳	۵۷	۱۶	۹۵	منفی
۰	۲	۰	۰	۰	۱	۰	۳	مستقیم منفی کشت زنده
۰	۱	۰	۱	۴	۸	۳۴**	۴۸**	T. violaceum
۰	۰	۰	۰	۰	۱	۸	۹	T. sudanensis
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	T. tonsurans
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	T. schoenlii
۰	۰	۰	۰	۲	۰	۶	۸	اندو تریکس با کشت منفی یا زنده
۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	میستیسوم داخل وبا کشت منفی
۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	اسپور خارج مو
۶	۱۲	۳	۳	۹	۶۸	۶۶**	۱۹۷** (۱۶۵)	مجموع
۰	۱	۱	۱	۶	۱۰	۵۰**	۶۹** (۶۷)	جمع موارد مثبت
۰	۸/۳۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۶۶/۶	۱۴/۷	۷۵/۷	۴۰	% مثبت

* هر ستاره نشانگر مثبت عفونت در گانه است

باتداخل در علائم یکدیگر وجود دارد .

۹ - تقریباً ۹۵٪ کچلی‌های سر درایندو شهرستان بوسیله قارچهای مسبب اسپور در داخل مو ایجاد شده است که در ۷۱٪ آنها ت. ویولاسئوم و در ۱۶٪ آنان ت. سودانسیس و در ۱۸٪ آنان ت. تونسورنس عامل بیماری بوده است . ۳٪ کچلی‌ها بوسیله قارچهای مولد می‌سیلیوم داخل مو ایجاد شده‌اند (یک مورد آن بوسیله ت. شوئن‌لای‌نیئی) و ۱۵٪ کچلی‌های منطقه بوسیله قارچهای مولد اسپورهای درشت خارج موئی ایجاد شده‌اند که متأسفانه نوع آن تشخیص داده نشد .

ت. ویولاسئوم در ۸۳٪ موارد از ضایعات سر که نتیجه مثبت در آزمایش مستقیم داشتند جدا شد و در ۱۶٪ موارد از ضایعاتی جدا شد که نتیجه آزمایش مستقیم آن‌ها منفی بود. این حالت در اسپس‌های دیگر اندوتریکس که در منطقه وجود داشت مشاهده نشد .

بحث و تفسیر

از مجموع ۱۸۹۱ نفر کودک ۱-۶ ساله که در این بررسی در نواحی شهری و روستائی مورد مطالعه قرار گرفتند ۶۴ نفر (۳٫۳٪) به کچلی‌سر مبتلی بودند . این رقم اگرچه در مقایسه با نتایج بدست آمده از مطالعات مقدماتی کچلی‌های سر افزایشی برابر با ۳۷٪ نشان میدهد لیکن در مقایسه با اعداد مشابه نواحی ساحلی دریای مازندران و فلات مرکزی هنوز رقم پائین و ناچیزی است. و ازدیاد درصد آلودگی بیش از آنکه بعلت ازدیاد واقعی تعداد مبتلایان باشد در اثر دقت مبذول شده بجهت معاینه افراد و نمونه‌برداری بوده است. متوسط آلودگی کانونهای مطالعه شده در گروه سنی اطفال نابالغ بین ۱-۵٪ است .

(یک کانون با ۰٪ ، ۷ کانون با ۱-۵٪ ، ۳ کانون با ۱۰-۵٪ و یک کانون با ۱۰-۱۵٪ آلودگی) .

عدم مشاهده موارد مثبت کچلی‌سر در زنان مورد این مطالعه دلیل بر عدم بیماری در آنها نیست چه خودداری این افراد از بازدید سر و بکاربرد روغن‌های براق کننده و نرم کننده مو و نحوه خاص آرایش آن موانع عمده‌ای در کشف موارد بیماری در این گروه بوده است. بخصوص که ۹۵٪ کچلی‌های سر در منطقه را ترایکوفایتونهای اسپور داخل مو تشکیل میدادند که فرم مزمن و ابقائی آن در طبیعت نزد زنان مسن وجود دارد (۱۰) و باتوجه به نتایج حاصل از مطالعات مقدماتی کچلی‌های سر که میزان کچلی‌سر در نزد دختران را مساوی یا بیش از پسران ثابت کرده است . بنابراین اتخاذ درصد آلودگی پسران راهنمای خوبی برای نمایش میزان حداقل آلودگی و تعداد افراد مبتلی در منطقه است. با استفاده از آمار جمعیت سالهای ۳۵ و ۱۳۴۵ شهر بندرعباس و میناب و روستاهای ایسین ، حاجی‌آباد ، سورو و قشم آشکار میشود که رشد جمعیت در نواحی شهری ۸۶٪ و در نواحی روستائی ۷۳٪ در سال است . گرچه مبنی

تقسیم‌بندی گروه سنی اطفال مدرسه‌رو در آمار سال ۴۵، ۵ ساله و در مطالعه ما ۶ ساله اختیار شده است. با صرف نظر کردن از این اختلاف چنانکه جدول ۷ نشان میدهد تعداد مبتلایان به کچلی سر در این دو شهرستان در حدود ۶۶۳۲ نفر تخمین زده میشود.

جدول ۷- تعداد تقزیمی مبتلایان به کچلی سر بر حسب گروههای سنی جمعیت شهری و روستائی در بندعباس

گروه سنی	آمار ۴۵	% رشد جمعیت	جمعیت سال ۴۸	% آلودگی	تعداد مبتلی
کمتر از ۵ سال شهری	۶۸۸۵	۸/۶	۸۶۶۱	۱*	۸۶
۱۴ - ۵ سال شهری	۱۰۹۰۱	۸/۶	۱۳۷۱۳	۳	۴۱۱
۲۴ - ۱۵ سال شهری	۶۲۴۸	۸/۶	۷۸۶۰	۰/۷	۵۵
کمتر از ۵ سال روستائی	۳۷۰۷۸	۷/۳۲	۴۵۲۲۰	۱	۴۵۲
۱۴ - ۵ سال روستائی	۶۲۳۲۶	۷/۳۲	۷۶۰۰۹	۳/۸	۲۸۸۸
۲۴ - ۱۵ سال روستائی	۴۰۸۵۴	۷/۳۲	۴۹۸۲۶	۵/۵	۲۷۴۰
جمع			۲۰۱۲۸۹		۶۶۳۲

* - بعلمت عدم مطالعه این گروه در شهر عدد مشابه روستائی برای آن انتخاب شده است.
 ** - متوسط آلودگی گروه سنی ۵ - ۰ سال در منطقه روستائی

ت. سودانسیس که برای اولین بار از جنوب کشور جدا شده و گزارش میشود يك اسپس دیگر به عوامل قارچی کچلی‌های سر ایران اضافه میکند. این درماتوفیت در تریکی سواحل جنوبی کشور یسافت شده و احتمالاً توسط بومیان سیاه‌پوست آفریقائی بهنگام تجارت برده بایران آورده شده است و نمونه بسیار خوبی جهت نمایش انتقال عوامل بیماری در اثر مهاجرت فردی یا دسته جمعی افراد از يك قاره بقره دیگر است. هم‌چنین جدا کردن يك مورد ت. شوئن‌لای‌نیئی از قریه حسن‌لنگی و مثبت بودن يك نمونه موی دیگر باین آزار قارچی از دبستان جلالی (دبستان نزدیک بان قریه) نماینده انتقال این آزار قارچی از نواحی دیگر کشور به نقطه جدید است چه بیماری در حاجی‌آباد و ایسین که نقاط کوهپایه‌ای مطالعه شده در منطقه هستند مشاهده نشده است و بدلیل مشابه ت. تونسورنس‌هم که فقط در شهر بندرعباس مشاهده شده گرچه کانون تازه‌ای جهت این قارچ در کشور مشخص میکند بعلمت مهاجرت افراد از نقاط دیگر کشور باین ناحیه آورده شده است. تمام انواع قارچهای جدا شده از منطقه در این مطالعه از اسپس‌های انسان دوست درماتوفیت‌ها بوده و بهیچوجه موردی از اسپس‌های خاک دوست یا حیوان‌دوست در منطقه مشاهده نشد.

مثبت شدن ۷۵٪ نمونه‌هاییکه در آزمایش مستقیم نتیجه منفی داشتند يك بار دیگر اهمیت کشت نمونه‌های تهیه شده را جهت تشخیص

قطعی کچلی سر تأیید میکند .

گرچه وفور بیماری در این منطقه بعثت گرمی زیاد و خشکی هوا اندک است لیکن تابع وضع اقتصادی مردم و دسترس آنها بمرکز درمانی و وجود تسهیلات ارتباطی است در روستاهای دور از جاده و با درآمد کم (گورزنگ کمالی - دستانهای حسن لنگه و جلالی) بیماری بیشتر از دبستان خنجی (حاجی آباد در سر راه و ای سین با درآمد بالا) مشاهده شده است .

بالاخره ضایعات کچلی سر در این منطقه بیشتر بصورت ضایعات کوچک و متعدد خاکستری رنگ با سطح شوره دار و موهای شکسته شد. و یا بصورت لکه های بی مو و یا طاسی مزمن دیده میشوند. در شوره های محدود یا منتشر سر بدون علامت دیگر و یا در آزارهای حاصل از زخم پوست سر بوسیله سنگ یا شکستگی امکان یافت قارچ عامل بیماری نیز وجود داشته است و بنابراین این نوع آزارهای پوست از نظر ایجاد زمینه مناسب و یاپیوند عامل بیماری بایستی مورد آزمایش و تجسس قرار گیرند .

REFERENCES

1. Asgari, M. Alilou, M. and Sheiban, Z. (1971). Results of preliminary studies on prevalence and the etiologic agents of tinea capitis in Iran. Pahlavi Med. J. 2, 422-434.
- ۲ . فرهنگ جغرافیائی ایران ، استان کرمان و مکران (۱۳۳۲) انتشارات دایره جغرافیائی ستاد ارتش ، چاپخانه ارتش ، ص ۵۶ .
- ۳ . سالنامه هواشناسی (۱۳۴۵ تا ۱۳۴۳) ، هواشناسی کل کشور ، وزارت راه .
- ۴ . نشریه آمار ایران ، سرشماری سال ۱۳۳۵ ، جلد اول (۱۳۳۹) .
- ۵ . نشریه مرکز آمار ایران ، سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۴۵ ، جلد ۱۴۱ ، (۱۳۴۵) .
- ۶ . نشریه مرکز آمار ایران ، سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۴۵ ، جلد ۱۴۳ ، (۱۳۴۷) .
7. Ajello, L., George, L.K., Kaplan, W. and Kaufman, L. (1963). Laboratory manual for medical mycology. U.S. Dept. of Health Education and Welfare, Atlanta, Ga., D.26-53.
8. Vanbreuseghem, R. (1966). Guide pratique de mycologie medicale et veterinaire. Masson et Cie, Paris. P. 76.
8. Philpot, G. (1967). The differentiation of *T. mentagrophytes* from *T. rubrum* by a simple urease test. Sab. 3, 189-193.
10. Emmons, C.W., Binford, C.H. and Utz, J.P. (1970). Medical mycology, Lea and Febiger, Philadelphia, P. 109-150.