



عنوان: بررسی توزیع فراوانی علل ائوزینوفیلی در بیماران ارجاعی به درمانگاه‌ها و مراکز آموزشی درمانی شهرستان رشت در سال ۱۳۹۸
استاد راهنما: دکتر کیهان اشرفی
اساتید مشاور: دکتر میثم شریف‌دینی، دکتر زهرا عطرکار روشن
نویسنده: زهرا مهربان

چکیده

زمینه و هدف: ائوزینوفیل‌ها لکوسیت‌هایی با کاربردهای چند منظوره هستند که در شروع و انتشار پاسخ‌های مختلف التهابی و همچنین تعدیل ایمنی ذاتی نقش دارند. محدوده نرمال ائوزینوفیل در خون محیطی ۵-۳٪ است که براساس تعداد مطلق ائوزینوفیل بین ۴۵۰-۵۵۰ عدد در میکرولیتر خون می‌باشد. ائوزینوفیلی اغلب براساس افزایش ائوزینوفیل‌ها در خون تشخیص داده می‌شود. شدت ائوزینوفیلی به صورت خفیف ۵۰۰-۱۵۰۰ سلول در میکرولیتر، متوسط ۱۵۰۰-۵۰۰۰ سلول در میکرولیتر و شدید >۵۰۰۰ سلول در میکرولیتر طبقه‌بندی می‌شود. از آنجایی که ائوزینوفیلی یکی از شاخصه‌های مهم عفونت‌های گرمی، بیماری‌های آلرژیک، بدخیمی‌ها و ... می‌باشد بنابراین با توجه به اهمیت و خطرات ناشی از وجود ائوزینوفیلی، هر فرد ائوزینوفیلیک تا مشخص شدن علت آن بایستی مورد بررسی و مراقبت پزشکی قرار گیرد. اگرچه نقش عواملی هم‌چون انگل‌های فاسیولا و استرونژیلوئیدس استرکوریالیس در ایجاد ائوزینوفیلی در استان گیلان تا حدودی مشخص است، تحقیق حاضر برای روشن نمودن عوامل احتمالی دیگر ایجاد کننده ائوزینوفیلی و ارایه یک راهکار مناسب برای پزشکان استان در مواجهه با بیماران ائوزینوفیلیک طراحی شده است. تحت این شرایط هزینه‌های کم‌تری به بیماران تحمیل شده و با صرف وقت کم‌تر و با دقت بسیار بالاتر نسبت به مدیریت شرایط موجود اقدام می‌شود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی- مقطعی بوده و جامعه آماری آن بیمارانی هستند که براساس تعریف ائوزینوفیلی، طبق آخرین CBC انجام شده در یکی از آزمایشگاه‌های تشخیص طبی برای پیگیری علت ایجاد ائوزینوفیلی خود به درمانگاه‌ها و یا مراکز آموزشی- درمانی شهرستان رشت مراجعه نموده‌اند. براساس حجم نمونه محاسبه شده، ۲۵۸ بیمار به ما ارجاع داده شدند که با بررسی‌های مختلف علت ائوزینوفیلی آن‌ها مشخص شد. افراد ائوزینوفیلیک توسط پزشکان کارگروه تحقیق به مجریان طرح معرفی شدند. پرونده‌های متشکل از مدارک مورد نیاز برای بیماران تشکیل و پس از ارایه توضیحات لازم، از آنان رضایت‌نامه آگاهانه جهت شرکت در تحقیق اخذ شد. در اولین قدم بیمار از نظر عوامل انگلی روده ای و فاسیولیازیس مورد بررسی قرار گرفت و چنانچه از نظر انگلی مثبت بود برای درمان به پزشکان مربوطه ارجاع شد تا مورد درمان دارویی قرار گیرد. حداقل یک ماه پس از درمان دارویی آزمایش مجدد خون از نظر وضعیت ائوزینوفیلی و آزمایشات کنترل درمان انجام گرفت. اما در صورتی که بیمار از نظر بیماری‌های انگلی منفی بود ابتدا به پزشک متخصص اسم و آلرژی معرفی و در صورت عدم وجود بیماری آلرژیک به متخصص روماتولوژی و در مرحله بعد به متخصص انکولوژی معرفی گردید. هرچند علت‌یابی ائوزینوفیلی برای بیمار به سبب عواقب بیماری‌های ناشی از آن یک ضرورت محسوب می‌شود و باید توسط بیمار پیگیری شود، جهت تشویق بیماران برای شرکت در این طرح، با متخصصین مربوطه جهت ویزیت رایگان و اولویت ویزیت خارج از نوبت آنان هماهنگی لازم به عمل آمد. در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده با نرم‌افزار SPSS 22 تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

نتایج: میانگین سن در گروه مورد مطالعه ۴۹/۵ و محدوده بین ۴ تا ۹۰ سال بود. ائوزینوفیلی بیش‌تر در سنین ۷۹-۵۰ سال (۱۳۲ بیمار، ۵۱/۲٪) مشاهده شد. بیش‌ترین مقادیر ائوزینوفیلی به صورت خفیف mild (۱۱۵ بیمار، ۴۴/۶٪) گزارش شده بود. در این مطالعه ۱۴۴ بیمار (۵۵/۸٪) آلودگی انگلی داشتند که علت ائوزینوفیلی بوده است. در ۴۹ بیمار (۱۹٪) علت ائوزینوفیلی یکی از بیماری‌های حساسیت و آلرژیک، در ۴ بیمار (۱/۶٪) صرفاً بیماری‌های روماتولوژیک و در ۶ بیمار (۲/۳٪) صرفاً یکی از بیماری‌های مرتبط با بدخیمی بوده است. ۳۰ بیمار (۱۱/۶٪) به دلایل ایدیوپاتیک دچار ائوزینوفیلی بودند. در ۶ بیمار (۲/۳٪) علت ائوزینوفیلی، اختلالات گوارشی از جمله اختلالات ائوزینوفیلیک اولیه دستگاه گوارش، گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، بیماری التهابی روده و پانکراتیت مزمن بوده است. دوازده بیمار (۴/۷٪) به طور هم‌زمان عفونت انگلی و بیماری مرتبط با حساسیت و آلرژیک داشتند. در ۳ بیمار (۱/۲٪) علت ائوزینوفیلی انگلی و یکی از بیماری‌های روماتولوژیک بود. در ۲ بیمار (۰/۸٪) علت ائوزینوفیلی انگلی و یک بیماری مرتبط با بدخیمی بود. هم‌چنین در ۲ بیمار (۰/۸٪) علت ائوزینوفیلی یک بیماری مرتبط با حساسیت و آلرژی و بیماری روماتولوژیک تشخیص داده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده عفونت‌های انگلی و به دنبال آن بیماری‌های آلرژیک شایع‌ترین علل ایجاد ائوزینوفیلی در استان گیلان می‌باشند و کم‌ترین علل ائوزینوفیلی مرتبط با بیماری‌های روماتولوژیک و بدخیمی‌ها بوده است. نکته قابل توجه این که ۷۳ (۲۸/۳٪) بیمار ارجاعی توسط متخصص انکولوژی به مجریان طرح معرفی شده‌اند که بخش قابل توجهی از آنان به وسیله پزشکان عمومی به متخصص انکولوژی معرفی شده‌اند در حالی است ۴۹/۳٪ این بیماران عفونت انگلی و تنها ۳/۱٪ آن‌ها مبتلا به نوعی بدخیمی‌ها بوده‌اند. بنابراین بایستی آگاهی لازم در این خصوص در اختیار پزشکان شاغل در استان به ویژه پزشکان عمومی قرار داده شود تا در موارد برخورد با بیماران ائوزینوفیلیک در درجه اول آن‌ها را از نظر عوامل انگلی مورد بررسی جامع قرار دهند. نکته قابل تمق وجود تفاوت قابل ملاحظه در نتایج آزمایشات انجام شده توسط مجریان طرح و آزمایشگاه‌های تشخیص طبی سطح استان می‌باشد. به عنوان مثال از ۴۰ بیمار آلوده به عفونت‌های انگلی که توسط مجریان طرح تشخیص داده شد تنها ۲ مورد آن در آزمایشگاه‌های تشخیص طبی مثبت تشخیص داده شدند که در روند تشخیص دقیق و درمان صحیح بیماران توسط پزشکان مشکل جدی ایجاد می‌کند. بنابراین ضرورت وجود یک آزمایشگاه تشخیص طبی تخصصی انگل شناسی در استان گیلان به شدت احساس می‌شود.

کلید واژه‌ها: ائوزینوفیلی، بیماری‌های انگلی، بیماری‌های آلرژیک، بیماری‌های روماتولوژیک، بدخیمی‌ها، گیلان، ایران