

۱۳۳۰

دانشگاه تهران

دانشکده بهداشت

((پایان نامه))

( برای دریافت درجه فوق لیسانس علوم بهداشتی )

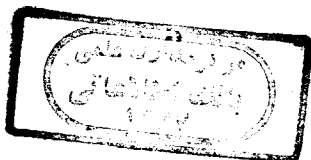
در رشته اپیدمیولوژی

موضوع: بیلا رزیوز و درمان آن در منطقه خوزستان

براهنمائی: جناب آقای دکتر صهبی

نگارنده: دکتر ابوالقاسم بهارلو

سال تحصیلی ۱۳۵۰



۱۳۳۰

تقدیم به : جناب آقای دکتر شمس الدین مفیدی

۱۳۳۰

تقدیم به : جناب آقای دکتر ارفعیع که در تهیه این پایان نامماز مطالعات ایشان بهره

کافی گرفته شده است . -

تقدیم به : جناب آقای دکتر محمد علی نقیبه استاد ریاست دانشکده بهداشت

تقدیرم به : جناب آقای دکتر صبا که بمنوان استاد راهنما تسهیلات لازم برای تهیه این  
پایان نامه و مطالعات صحرائی در اختیار اینجانب گذارده و راهنمایی های لازم  
را فرموده اند . -

تقدیم به : ہیئت محترم قضاة

## فهرست مکه رجات

<u>صفحه</u>	<u>موضوع</u>
۱	مقدمه
۲	تاریخچه
۴	انتشار جغرافیائی
۶	مرتبطی
۷	سیر تکامل انگل
۱۴	انواع شیتوزوما در انسان
۱۵	بیماریزائی
۱۸	ملاقم و آسمیهای اختصاصی مربوط به شیتوزوما مخاطوبیوم
۲۱	ایمنیت در شیتوزومازیس
۲۳	درمان
۳۰	پیشگیری
	ملازمینوز در ایران
۱	تاریخچه
۳۶	موقعیت طبیعی خوزستان

۳۹	کانونهای عفونت بیلارینوز - درخوزستان
۴۳	انتشار و اکولوژی و اپیدمیولوژی بولینوس ترونکاتوس درخوزستان
۴۸	انتقال بیماری
۴۸	درمان همگانی شیستوزوما هماتوبیوم در ایران
۵۴	درمان همگانی با آمپیلار در قره شبهه
۵۷	خلاصه
۶۱	نتیجه



• مقصد سه •

بادگرایی و رفع اقتصادی و اجتماعی ملکت سیای شهرها و روستاها نیز  
تفسیر نمود و درین آن وضع بهداشتی جامعه دستخوش تغییر گردیده است .  
امروز با اجرای برنامه های پیشگیری و بهسازی محیط و اعزام اکیمپ های  
بهداشتی درمائی به روستا ها و بالا بردن سطح صوتیت اجتماع - بیماریهائی که  
سابقا بطور ناگهانی شیوع یافته و در مدت کوتاهی تلفات سنگینی وارد میساختند  
بعد قابل ملاحظه از مهار شده اند - در نتیجه بیماریهای دیگری که تاکنون از  
نظر شیوع و مرگ و میر اهمیت کمتری داشتند از پشت حجاب تیره ای که وسایله  
بیماریهای عفوناتی پوشیده شده بود ظاهر گردیده و بشکل يك مسئله مهم بهداشتی  
درآمده اند .

بلازیروز یکی از بیماریهای است که در منطقه حساسی از استان زرخیز  
خوزستان بشکل آندمیک شایع است و اکنون بحمل مختلف اقتصادی و اجتماعی  
ضرورت دارد که مبارزه با این بیماری بطور وسیع و همه جانبه اجرا گردد . برای این  
منظور عده ای از محققین دوران پیش استتوت تحقیقاتی دانشگاه تهران از سالها  
قبل ( ۱۹۴۹ ) با مطالعات بی گیر و ارزنده خود و تحط مشکل کار و زندگی در

روستاهای این استان گامهای پر ارزش در این راه برداشته اند .  
 ایستگاه تحقیقات پزشکی در فولاد نیز پس از مطالعه و جمع آوری اطلاعات  
 لازم درباره خصوصیات این بیماری و عامل انتقال آن در ایران - برای کشف راههای  
 تازه تری بمنظور مبارزه با بیماری و درمان مبتلایان و از بین بردن میزان واسطه ای  
 ( حلقون ) اقدامات موثری بعمل آورد و در نتیجه راه مبارزه با بیماریها را روشن  
 و هموار نموده اند . اکنون با توجه به توسعه کشاورزی - ایجاد واحدهای کشت  
 و صنعت - احداث سد ها و کانالهای بنزرگ - استفاده وسیع از آبهای سطحی  
 افزایش روز افزون سطح زیر کشت نیشکر و برنج و پدید آمدن قطبهای کشاورزی  
 برجستیت در این استان موانع آن فرار سیده است که واحدهای اجرایی بهداشتی  
 کشور با استفاده از نتایج مطالعات زیست‌شناسی که تاکنون در این راه بعمل آمده مبارزه  
 و حتی ریشه کنی این بیماری را در این استان در براس برنامه های بهداشتی تسوار  
 دهند .

پایان نامه حاضر بمنظور جمع آوری خلاصه اقدامات و اطلاعات که تاکنون

در مورد درمان بیماریها در ایران انجام شده تدوین گردیده .

امید است که بتواند سهم کوچکی در اجرای این برنامه بهداشتی داشته

باشد .

تاریخچه :

نام بیماری Bilharzia اولین دفعه توسط Robert Koch در سال ۱۸۵۸

در سال ۱۸۵۶ به بیماری خاصی اطلاق گردید و پس از آن در سال ۱۸۵۸ نسام  
Schistosomiasis توسط Schmidt با آن داده شد و بعد از  
کمیسیون بین المللی نامگذاری زقولهوی کوشش نمود که نام شیستوزومازس را جایگزین  
نام بیلارینازس نماید ولی طرفدار این کوششها در کشورهای که این بیماری شیوع  
دارد نام بیلارینا بگونه مردم آشناتر است و بالاخره طبق تصمیم سازمان بهداشت  
جهانی نام انگ را شیستوزوما و به بیماری ناشی از آن بیلارینوز اطلاق گردید .

بیلارینازس از بهترین بیماریهای است که توسط انگ حیوانی تولید  
میشود و با وجودیکه در اثر پیشرفت بهداشت عمومی و وجود حفره کشهای موه فر  
و داروهای چهار و هشت آمینو کینولین بیماری مالاریا را میزان قابل توجهی  
در جهان کاهش داده ولی هنوز شیستوزومازس در حد بالایی قرار داشته و حتی در

حال افزایش است . (۴)

عامل بیماری :

شیستوزومازس توسط چهار اسپس از ترپاتودها که مربوط به

**Schistosomatidae** هستند و انگ دستگاه گردن خون انسان و یا

حیوانات میباشند و تولید میشود .

این چهار اسپس عبارتند از :

- 1- *Schistosoma haematobium*
- 2-       "     *intercalatum*
- 3-       "     *mansoni*
- 4-       "     *japonicum*

انتشار جغرافیائی :

در سال ۱۹۴۷ میلادی تعداد مبتلایان به بیماری را در حدود ۱۱۴ میلیون نفر در جهان تخمین زد که از این تعداد ۶۶ میلیون نفر در مشرق و زمین سرد میباشند . و طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۶۴ عدد کل مبتلایان در جهان بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلیون نفر میباشند . (۱۱)

در سال ۱۹۵۸ شمستوزومهازیس را مبعثرترین واحد ترپسین

بیماری در چین کمونیست دانست و تعداد مبتلایان در این کشور را به از ۱۱

میلیون نفر تخمین زد .

اسقول بیان داشت که ۶۰٪ مردم افریقا به این بیماری مبتلا میباشند و تنها در کشور مصر در حدود ۱۰ میلیون نفر مبتلا هستند .

انتشار این بیماری از نظر وسعت و اسپس بشرح زیر است :

۱ - شیستوزوما هماتوبیوم : در افریقا دره نیل و مخصوصا دلتای نیل بشکل همپراآندمیک وجود دارد . در جنوب غربی آسیا کشورهای فلسطین ، سوریه ، عراق ، جنوب غربی ایران این بیماری شایع میباشد . در جنوب اروپا شکل کانونهای پراکنده در کشور های پرتغال ، اسپانیا ، قبرس جزایر ماداگاسکار و مورس و جزایر اقیانوس هند و یک کانون آندمیک در بعضی وجود دارد .

۲ - شیستوزوما اینتر کالاتوم : محدود به کنگوی بلژیک و قسمت استوائی

افریقا میباشد .

۳ - شیستوزوما مانسونی : این اسپس در قسمتهایی از افریقا جزایر آنتیل

پورتوریکو ، دومینیک ، آمریکای جنوبی و قسمتهایی از برزیل ، ونزویلا شیوع

دارد .

بعلمت اینکه شیستوزوما هماتوبیوم و مانسونی در برخی از نقاط در یک منطقه

باهم وجود دارند غالبا در نزد یک شخص بیمار هر دو کرم مشاهده میشود .

۱ - شستوزوما ژاپونیکم ، این اسپس دره منطقه اعلی درخاوردور وجود

دارد که عبارتند از : چین ، ژاپن ، جزیره فرمز ، جزایر فیلیپین و سلب .

انتشار جفرانیاتی اسپس های شستوزوما های انسانی با انتشار میزبانهای

واسطه ای ( حلزون ) آنها مربوط است ولی بعضی اوقات حلزون میزبان واسطه ای

در نقاطی دیده میشود که شستوزومازیس در آنجا وجود ندارد . ( ۴ )

مرفطوی :

شستوزوماها شکل گرمهایی که نرو ماده آنها جدا میباشند در عروق

خونی انسان زندگی میکنند ، گرم ماده دارای بدن استوانه ای شکل بوده که در

دو انتهای باریک صگردد ، گرم تر پهن تر بوده و در حدود ۸ تا ۱۶ میلیمتر

طول دارد و ظاهر آن استوانه ای شکل است ولی عطا پهن میباشد .

دارای یک بادکش دهانی و یک بادکش شکمی بوده و از برگشتن جدارها و

بعضی بسط شکمی ایجاد شکافی نموده بنام کانال ونیکولر که گرم ماده در داخل

آن قرار میگیرد . بنظر میرسد که یک گرم نرو ماده <sup>ج</sup> دافنا با هم پسر میزند و اصطلا

وضع مونوگامی دارند . گرم ماده بلند تر از گرم نرو است . سطح بدن گرم نرو و

بعضی از انواع دارای برجستگی هائی است ولی سطح بدن گرم ماده مساف

است .

بادکش شکمی در کرم نوبزگتر و قویتر است . شستنیگیلیم ای کرم نر که تعداد آنها بسته به اسپس کرم از ۱ تا ۳ عدد میباشد در پشت وانتوز شکمی قرار دارد و بلافاصله پسراخهای تناسلی مربوط میشوند .

کرم ماده دارای تخمدان دراز است که پس زرده های کور و در عقب سبب تولید تخم قرار دارد ولی در اسپسهای مختلف کرم وضع قرار گرفتن تخمدان تفاوتهایی دارد . در قسمت قدام تخمدان زرده ها که مانگا است لوله مستقیم میباشد قرار دارد و بسته به اسپس رم از یک تا پنجاه تخم که در مراحل مختلف رشد تکوین شده میباشد .

سپسنگامی انگی :

سپستوزوما در ورید از زرده بند انگش و پلوپس انسان و حیوانات زندگی میکنند .

تخمگذاری :

تخمگذاری کرم ماده ، کرم نر را ترک نموده و در جهت مخالف جریان خون ساکن شده و بدن آن بارها خود را داخل ریزترین عروق موئین مینماید به آلاخره سپستوزوماها توپویم وارد عروق موئین و ورید ها در ریز دار مانه و سپستوزوما