

گزارش چهل مورد کالاآزار از استان کرمان

دکتر پدram نیک‌نفس^۱، دکتر محمدحسین داعی پاریزی^۲، دکتر اکبر احمدی^۳

خلاصه

از بدو تأسیس بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۵۹ تا آبان ماه ۱۳۷۰ جمعاً چهل مورد بیماری کالاآزار تشخیص داده شده و بیماران تحت درمان قرار گرفته‌اند. قبلاً نیز شش مورد کالاآزار از استان کرمان گزارش شده است. بنظر می‌رسد حداقل در پاره‌ای از مناطق گرم استان بیماری به صورت آندمیک وجود دارد. متأسفانه بعلت عدم دسترسی به تست‌های سروئوزیک تشخیص قطعی بیماری در ۲۴ بیمار (۶۰ درصد) با دیدن انگل در آسپیراسیون مغز استخوان و در ۱۶ بیمار (۴۰ درصد) با نشانه‌های بالینی و درمان آزمایشی بوده است.

واژه‌های کلیدی: استان کرمان، کالاآزار، لیشمانیازیس احشائی

مقدمه

از سال ۱۳۲۸ که اولین مورد کالاآزار در شمال ایران توسط دکتر پویا گزارش شد تا کنون موارد متعددی از این بیماری از آذربایجان شرقی (مشکین شهر)، فارس، مناطق مرکزی از جمله تهران، مشهد، اصفهان و جنوب گزارش شده است اما از ناحیه جنوب شرقی فقط گزارش شش مورد از استان کرمان و یک مورد از بلوچستان وجود دارد (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲).

از بدو تأسیس بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۵۹ تا آبان ۱۳۷۰ بمدت ۱۱ سال جمعاً چهل مورد بیماری کالاآزار تشخیص داده شده و بیماران تحت درمان قرار گرفته‌اند. تعداد واقعی بیماران مسلماً بیش از این است زیرا علاوه بر بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی، یک بیمارستان کودکان متعلق به سازمان تامین اجتماعی نیز بیماران ارجاعی را می‌پذیرد.

ویژگیهای جغرافیائی استان

استان کرمان با مساحتی حدود ۱۸۵۶۷۴/۷ کیلومتر مربع در جنوب شرقی ایران واقع شده است. این استان از مشرق به استان سیستان و بلوچستان، از مغرب به استان‌های یزد و فارس، از شمال به استان خراسان و از جنوب به استان هرمزگان متصل می‌باشد. استان کرمان ده شهرستان، ۲۲ بخش و ۱۱۲۱۰ روستا دارد. جمعیت کل استان حدود ۲۱۱۳۸۳۶ نفر است که ۴۳ درصد آن در مناطق شهری و ۵۴/۴ درصد در مناطق روستائی سکونت دارند. ۲/۶ درصد از جمعیت استان غیر ساکن (عشایر) می‌باشند. استان کرمان از تنوع آب و هوائی زیادی برخوردار است. مناطق خوش آب و هوا و مناطق گرمسیری هر دو وجود دارند. مرکز استان شهر کرمان با جمعیت ۳۱۰۰۰۰ نفر است. ارتفاع این شهر از سطح دریا ۱۷۴۹ متر می‌باشد. بیشتر موارد کالاآزار از مناطق گرمسیر استان می‌باشند که

برای مداوا به مرکز استان مراجعه کرده‌اند. گزارشی از نوع پشه خاکی ناقل بیماری و مخزن در دست نیست اما در ایران عامل کالآزار لیشمانیا اینفاتوم (*Leishmania infantum*) است. نوع پشه خاکی ناقل کالآزار در ایران دقیقاً تعیین نشده است. مخزن

انگل سگ، شغال و روباه می‌باشند (۱،۱۲).
معرفی بیماران

جدول‌های شماره ۱ و ۲ ویژگی‌های بیماران و نشانه‌های بالینی و آزمایشگاهی آنها را نشان می‌دهند.

جدول ۱- یافته‌های آزمایشگاهی در ۴۰ بیمار مبتلا به کالآزار بستری در بخش کودکان

بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمار	گروه‌های سفید (میلیتر مکعب خون)	پلاکت (میلیتر مکعب خون)	هتروگلوبین (گرم در دسی‌لیتر)	سرعت رسوب گلولی (میلیتر در ساعت اول)	آسیب‌رسانی مز استخوان از نظر جسم نشین	بیمار	گروه‌های سفید (میلیتر مکعب خون)	پلاکت (میلیتر مکعب خون)	هتروگلوبین (گرم در دسی‌لیتر)	سرعت رسوب گلولی (میلیتر در ساعت اول)	آسیب‌رسانی مز استخوان از نظر جسم نشین
۱	۱۵۷۰۰	۱۰۰۰۰	۵	۱۲۰	-	۲۱	۷۰۰۰	۵۰۰۰۰	۸	۱۵	+
۲	۵۴۰۰	۸۰۰۰۰	۷/۶	۲۵	-	۲۲	۴۲۰۰	۱۸۹۰۰۰	۸	۳۳	-
۳	۲۶۰۰	۳۰۰۰۰	۳	۳۵	+	۲۳	۳۲۰۰	۲۰۰۰۰۰	۱۰	۴۴	-
۴	۵۱۰۰	۱۴۰۰۰۰	۶	۱۴	-	۲۴	۳۰۰۰	۲۱۵۰۰۰	۱۰	۳۴	+
۵	۲۸۰۰	۲۰۰۰۰	۶/۸	۳۰	-	۲۵	۴۴۰۰	۵۴۰۰۰	۹	۱۱۰	-
۶	۷۷۰۰	۵۰۰۰۰	۷/۶	۱۵	-	۲۶	۳۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	۶/۶	۶	+
۷	۶۰۰۰	۱۸۰۰۰۰	۸/۸	۲۵	-	۲۷	۳۵۰۰	۴۸۰۰۰۰	۶/۵	۵۰	+
۸	۲۹۰۰	۲۴۰۰۰۰	۷	۵	-	۲۸	۹۴۰۰	۱۵۰۰۰۰	۱۱	۱۲	+
۹	۱۵۰۰	۸۰۰۰۰	۷	۳۵	+	۲۹	۶۷۰۰	۱۳۵۰۰۰	۸	۵۰	+
۱۰	۱۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۸	۱۰۰	-	۳۰	۸۰۰۰	۳۰۰۰۰۰	۱۰	۲۵	+
۱۱	۴۰۰۰	۳۰۰۰۰	۵	۲۰	-	۳۱	۴۶۰۰	۷۵۰۰۰	۱۰	۱۰	+
۱۲	۳۰۰۰	۳۰۰۰۰	۶/۸	۲۵	+	۳۲	۳۱۰۰	۱۵۰۰۰۰	۷/۵	۱۶	-
۱۳	۵۰۰۰	۲۰۰۰۰	۹	۲۰	+	۳۳	۲۰۰۰	۲۰۰۰۰	۶	۳۳	+
۱۴	۹۳۰۰	۶۰۰۰۰۰	۹/۲	۱۳۷	+	۳۴	۳۰۰۰	۲۶۰۰۰۰	۷	۴۰	+
۱۵	۲۰۰۰	۳۴۰۰۰	۷/۵	۴۰	-	۳۵	۲۸۰۰	۲۷۰۰۰۰	۹	۱۸	+
۱۶	۱۱۰۰۰	۵۰۰۰۰	۸	۱۰	-	۳۶	۳۵۰۰	۱۶۵۰۰۰	۵	۱۶۵	-
۱۷	۴۲۰۰	۶۸۰۰۰	۸/۲	۱۵	-	۳۷	۵۰۰۰	۳۰۰۰۰	۸/۵	۱۷	+
۱۸	۳۵۰۰	۲۵۰۰۰۰	۴	۲۵	+	۳۸	۳۲۰۰	۲۰۰۰۰۰	۴/۲	۶۰	-
۱۹	۵۳۰۰	۴۸۰۰۰	۸/۵	۴۰	-	۳۹	۲۵۰۰	۳۰۰۰۰	۹	۴۵	+
۲۰	۲۵۰۰	۶۰۰۰۰۰	۶/۷	۶۰	+	۴۰	۴۹۰۰	۱۹۰۰۰۰	۱۱	۷۵	-

جدول ۲- ویژگی‌های بیماران و نشانه‌های بالینی در ۴۰ بیمار مبتلا به کالآزار بستری در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمار	جنس	سن	محل زندگی	علت مراجعه	دوران بیماری قبل از مراجعه	وزن (کیلوگرم)	نوع تب	کبد (سایتیز زیر له دهه)	طحال (سایتیز زیر له دهه)	ملاحظات
۱	پسر	۶ ماه	حاجی آباد	تب	۲۰ روز	۶	اترمینانت	۴-۵	۶-۷	پنشی، خوزری، عفونت‌ادراری، فوت
۲	دختر	۶ ماه	بم	تب	یکماه	۷	رمینانت	۴	۱-۲	
۳	پسر	۷ ماه	حاجی آباد	تب، بی حالی	۲۰ روز	۷/۵	رمینانت	۲-۳	۶-۷	پنشی، اکیموز، خون‌دماغ، خوزری تیره
۴	دختر	۹ ماه	سیرجان	تب	۲۰ روز	۷	رمینانت	۱-۲	۱-۲	
۵	پسر	۹ ماه	بافت (بوردان)	تب، سرفه	۴۰ روز	۵/۵	مداوم	۴	بسیار بزرگ	خوزری، ضروت ادراری، فوت
۶	دختر	۱۰ ماه	بافت (دشتاب)	تب	۲۰ روز	۸/۵	رمینانت	۳	۲-۳	
۷	دختر	یکسال	حاجی آباد	تب	۱۵ روز	۷	رمینانت	۵	۷	
۸	دختر	یکسال	حاجی آباد	تب	۲ ماه	۶/۵	مداوم	۳-۴	۶	
۹	دختر	یکسال	سیرجان	تب	۱۵ روز	۷	رمینانت	۵	۴	
۱۰	پسر	۱۴ ماه	بم	تب، رنگ‌پریدگی	۵ ماه	۸/۵	رمینانت	۴	بسیار بزرگ	
۱۱	پسر	۲۰ ماه	سیرجان	تب، استفراغ، بی حالی	۳ ماه	۱۰	مداوم	۳	۲	پنشی، اکیموز
۱۲	دختر	۲ سال	بافت (گوشک)	تب	یکماه	۹/۵	مداوم	۴	۶	
۱۳	دختر	۲ سال	بافت (دشتاب)	تب	۱۵ روز	۱۰	اترمینانت	۴	۴	
۱۴	پسر	۲ سال	کرمان	تب، بزرگی شکم	۲ ماه	۱۰	رمینانت	۴	بسیار بزرگ	پنومونی
۱۵	پسر	۲ سال	بافت (گوشک)	تب	۲۰ روز	۱۰	اترمینانت	۶	۷	
۱۶	دختر	۲۷ ماه	بافت	تب، سرفه	۱ ماه	۹	مداوم	۴	۶	اکیموز
۱۷	پسر	۲/۵ سال	سیرجان	تب، رنگ‌پریدگی	۲۰ روز	۱۱	مداوم	۳	بسیار بزرگ	
۱۸	پسر	۳ سال	سیرجان	تب	۱۴ روز	۱۴	رمینانت	۳	۲	
۱۹	پسر	۳ سال	سیرجان	احساس توده شکمی	۳ ماه	۱۱	مداوم	۴	۷-۸	
۲۰	پسر	۳ سال	سیرجان	تب، رنگ‌پریدگی	۲ ماه	۱۲	اترمینانت	۲	۶	
۲۱	پسر	۳ سال	زاور	تب، سرفه	۴ ماه	۱۵	مداوم	۴	۸	
۲۲	دختر	۴ سال	زاور	تب، سرفه	۴ ماه	۱۱	رمینانت	۶	۶	
۲۳	پسر	۴/۵ سال	سیرجان	تب	۱۵ روز	۱۴	رمینانت	۳	۴	
۲۴	دختر	۴/۵ سال	زاور	تب	یکماه	۱۲	مداوم	۳	۲-۳	
۲۵	پسر	۴/۵ سال	کرمان	تب	۲۵ ماه	۱۱	رمینانت	۲-۳	بسیار بزرگ	
۲۶	پسر	۵ سال	بافت (گوشک)	تب	۲۵ روز	۱۳	رمینانت	۲	۶	
۲۷	دختر	۵ سال	بافت (دولت آباد)	تب	۲۰ روز	۱۵	مداوم	۲	۷	عفونت ادراری
۲۸	دختر	۵ سال	جیرفت	تب	۲۰ روز	۱۸	اترمینانت	۲	۶	
۲۹	دختر	۶ سال	بافت (بوردان)	تب	۳۵ روز	۱۸	رمینانت	۴	۲-۳	
۳۰	پسر	۶ سال	بم	تب	۱۴ روز	۲۰	مداوم	۴	بسیار بزرگ	
۳۱	پسر	۶ سال	سیرجان	تب	۴ ماه	۲۵	رمینانت	۳	بسیار بزرگ	
۳۲	پسر	۷ سال	دشتاب (کمان آباد)	تب، سرفه، رنگ‌پریدگی	یکماه	۲۲	رمینانت	۳	۲-۳	
۳۳	پسر	۷ سال	بافت (بوردان)	تب، خون دماغ	۲ ماه	۲۰	مداوم	۲	۲-۳	خون دماغ
۳۴	دختر	۷ سال	بافت (دشتاب)	تب	۲۵ روز	۲۴	مداوم	۳	۷	
۳۵	دختر	۱۰ سال	بافت (ده سرد)	تب	یکماه	۲۵	رمینانت	غیر قابل لمس	غیر قابل لمس	
۳۶	دختر	۱۰ سال	بافت (ارزویی)	تب، رنگ‌پریدگی	۹ ماه	۲۴	رمینانت	۸	بسیار بزرگ	
۳۷	پسر	۱۲ سال	راین	تب، سرفه	۱۵ روز	۲۸	رمینانت	۱-۲	۳-۴	فوت
۳۸	دختر	۱۲ سال	بردسیر	تب، رنگ‌پریدگی	۲ هفته	۳۰	رمینانت	۳	۵-۶	
۳۹	پسر	۱۲ سال	سیرجان	تب	یکماه	۲۸	رمینانت	۶	۴	
۴۰	پسر	۱۲ سال	زاور	تب	۴۵ روز	۲۷	اترمینانت	۲-۳	بسیار بزرگ	

نتایج حاصله

جدول ۴ - بزرگی کبد (سانتیمتر زیر لبه دنده) در ۴۰ بیمار مبتلا به کالآزار بستری در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

بیمار	اندازه کبد	غیر قابل لمس	مساوی یا کمتر از ۳	۳-۶	بیش از ۶	جمع
تعداد	۱	۱	۱۹	۱۹	۱	۴۰
درصد	۳	۳	۴۷	۴۷	۳	۱۰۰

طی ۱۱ سال از آذر ۱۳۵۹ تا آبان ۱۳۷۰ جمعاً چهل بیمار در گروه سنی کودکان از مناطق مختلف استان کرمان با تشخیص کالآزار در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی تحت درمان قرار گرفته‌اند. از این تعداد ۲۲ نفر (۵۵ درصد) پسر و ۱۸ نفر (۴۵ درصد) دختر بوده‌اند. نسبت پسر به دختر، ۱/۲ می‌باشد.

جوانترین بیمار ۶ ماه و مسن‌ترین آنها ۱۲ سال داشته است. اکثریت بیماران (۳۸ درصد) در گروه سنی ۲-۰ سال قرار داشته‌اند. ۱۳ بیمار (۳۳ درصد) از مناطق گرمسیر بافت، ۱۰ بیمار (۲۵ درصد) از سیرجان، ۴ بیمار (۱۰ درصد) از حاجی آباد و بقیه بیماران از بم، کرمان، راور، رابر، جیرفت، رفسنجان، راین و بردسیر مراجعه کرده بودند. لازم به تذکر است که شهرستان بافت از مناطق خوش آب و هوای استان می‌باشد اما بسیاری از روستاهای آن از قبیل: موردان، دشتاب، گوشک و دولت آباد آب و هوای گرمسیری دارند. تب شایعترین علت مراجعه بوده است. تب در ۲۱ نفر (۵۳ درصد) فرم رمیتانت، در ۱۳ بیمار (۳۲ درصد) فرم مداوم و در ۶ بیمار (۱۵ درصد) فرم انترمیتانت داشته است. شروع تب قبل از مراجعه از ۱۴ روز تا ۹ ماه متغیر بوده است (میانگین ۳۰ روز). به جز یک مورد کلیه بیماران هنگام مراجعه هپاتواسپلنومگالی داشتند. بیمار مزبور نیز چند روز پس از بستری شدن کبد و طحال بزرگ پیدا کرد. در اکثر بیماران طحال بزرگتر از کبد بود. در ۹ بیمار، طحال بسیار بزرگ توصیف شده است (جدول‌های ۴ و ۳).

جدول ۳ - بزرگی طحال (سانتیمتر زیر لبه دنده) در ۴۰ بیمار مبتلا به کالآزار بستری در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

بیمار	اندازه طحال	غیر قابل لمس	مساوی یا کمتر از ۳	۳-۶	بیش از ۶	جمع
تعداد	۱	۱	۹	۱۳	۱۷*	۴۰
درصد	۳	۳	۲۲	۳۲	۴۳	۱۰۰

* در ۹ بیمار از گروه مزبور طحال بسیار بزرگ توصیف شده است.

تعداد گلبولهای سفید در ۲۰ بیمار (۵۰ درصد) مساوی یا کمتر از ۴۰۰۰ بوده است (جدول ۵).

جدول ۵- تعداد گلبولهای سفید / میلیتر مکعب خون در ۴۰ بیمار مبتلا به کالآزار بستری در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

بیمار	تعداد گلبولهای سفید					جمع
	مساوی یا کمتر از ۲۰۰۰	۲۰۰۱-۴۰۰۰	۴۰۰۱-۶۰۰۰	بیش از ۶۰۰۰		
تعداد	۳	۱۷	۱۱	۹	۴۰	
درصد	۸	۴۲	۲۷	۲۳	۱۰۰	

تعداد پلاکت فقط در ۱۴ بیمار (۳۵ درصد) بیش از ۱۵۰۰۰۰ بوده است. (جدول ۶).

جدول ۶- تعداد پلاکت / میلیتر مکعب خون در ۴۰ بیمار مبتلا به کالآزار بستری در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

بیمار	تعداد پلاکت					جمع
	مساوی یا کمتر از ۵۰۰۰۰	۵۰۰۰۱-۱۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۱-۱۵۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۱-۲۰۰۰۰۰	بیش از ۲۰۰۰۰۰	
تعداد	۱۷	۵	۴	۶	۸	
درصد	۴۲	۱۳	۱۰	۱۵	۲۰	

تعداد کمی از بیماران (۱۳ درصد) نشانه‌هایی از قبیل: پتشی، اکیموز، خون دماغ و خونریزی از لثه داشتند (جدول ۲) سه بیمار فوت نمودند (بیماران شماره ۱، ۵ و ۳۷ جدول ۲). مرگ دو تن از بیماران به علت خونریزی وسیع بوده است. دو بیمار مذکور عفونت ادراری نیز داشته‌اند (بیماران شماره ۱ و ۵ جدول ۲). افزون بر بیماران یاد شده بیمار شماره ۱۴ مبتلا به پنومونی و بیمار شماره ۲۷ نیز مبتلا به عفونت ادراری بوده است (جدول ۲). در ۹۵ درصد از بیماران میزان هموگلوبین خون کمتر از ده گرم / دسی لیتر بوده است. تعدادی از بیماران نیاز به تزریق خون پیدا کردند (جدول ۷).

جدول ۷ - مقدار هموگلوبین خون (گرم / دسی لیتر) در ۴۰ بیمار مبتلا به کالآزار بستری در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

بیمار	مقدار هموگلوبین					جمع
	مساوی یا کمتر از ۴	۴/۱-۶	۶/۱-۸	۸/۱-۱۰	بیش از ۱۰	
تعداد	۲	۶	۱۷	۱۳	۲	
درصد	۵	۱۵	۴۲	۳۳	۵	

تست فرمول ژل در بیست بیمار انجام شد، در ۱۵ تن از آنان منفی بود.

تمامی بیماران با methylglucamine antimoniate (گلوکانتیم) به میزان ۶۰ میلی گرم / کیلو روزانه، تزریق عضلانی به

به علت عدم دسترسی به تست‌های سروئوزیک تشخیص قطعی بیماری در ۲۴ بیمار (۶۰ درصد) با دیدن انگل در آسپیراسیون مغز استخوان و در ۱۶ بیمار (۴۰ درصد) با نشانه‌های بالینی، درمان آزمایشی و فرمول شمارش خون محیطی داده شده است.

مدت دو هفته تحت درمان قرار گرفتند. علائم بهبودی ۴-۳ روز بعد از شروع درمان با قطع تب و سپس کوچک شدن طحال ظاهر شد. عود در هیچیک از بیماران گزارش نشده است.

بحث

لیشمانیادونوانسی (*Leishmania donovani*) مسئول بیماری لیشمانیازیس احشائی یا کالآزار می باشد. این بیماری در مناطق وسیعی از جهان دیده می شود. انتقال بیماری به سه عامل بستگی دارد: (۱). مخزن مناسب (۲). ناقل مناسب (۳). جمعیت مستعد. در نواحی مدیترانه ای و جنوب آمریکا سگ، در تاجیکستان شغال، در برزیل روباه و سگ مخازن عفونت هستند. در هندوستان انسان تنها مخزن بیماری است. در استان کرمان احتمالاً سگ نقش عمده ای دارد. ناقل بیماری انواع پشه خاکی (فلبوتوموس) می باشد (۱، ۵، ۸).

دوره کمون این بیماری متغیر است و بین ۸-۳ ماه می باشد. شروع علائم ممکن است تدریجی یا ناگهانی باشد. در موارد تحت حاد یا مزمن بیماری تدریجاً خود را با دردهای مبهم شکمی، بزرگی شکم، تب، ضعف، کاهش اشتها، رنگ پریدگی، سرفه و کاهش وزن نمایان می سازد. نشانه های بیماری هفته ها یا ماه ها به همین شکل باقی می ماند تا اینکه سرانجام بیمار به پزشک مراجعه می کند. علت مراجعه اکثریت قریب به اتفاق بیماران ما تب بوده است. تب ممکن است رمیتانت، انترمیتانت یا مداوم باشد. در موارد حاد تب بالا به صورت ناگهانی همراه با لرز شبیه مالاریا بروز می کند. حملات تب بالا همراه با لرز و تعریق است (۱، ۵، ۸).

کم خونی تقریباً همیشه با کالآزار همراه است و ممکن است شدید باشد. کم خونی معمولاً نرموکرومیک و نرموسیتیک است. عوامل متعددی در ایجاد کم خونی دخالت دارند از جمله: همولیز، جایگزین شدن مغز استخوان با فاگوسیت های منونوکلتر حاوی لیشمانیا، خونریزی و بدام افتادن گلبول های قرمز در طحال (۵). ۹۵ درصد بیماران مورد بررسی هموگلوبین مساوی یا کمتر از ۱۰ گرم / دسی لیتر داشتند (جدول ۷).

اکثر موارد کالآزار همراه با لکوپنی است. نوتروپنی شدید شرایط را برای عفونت ثانویه با کتریال فراهم می کند. در ۵۰ درصد از بیماران این مطالعه تعداد گلبول های سفید خون مساوی یا کمتر از ۴۰۰۰ / میلی متر مکعب بوده است (جدول ۵).

ترمبو سیتوپنی در بسیاری از بیماران دیده می شود و شرایط را برای خونریزی فراهم می کند بطوریکه خونریزی از مکانهای مختلف از مشخصات بیماری کالآزار است. خون دماغ و خونریزی از لثه از همه شایعتر است. پتشی و اکیموز نیز ممکن است دیده شود. در ۴۲ درصد از بیماران ما تعداد پلاکت خون

مساوی یا کمتر از ۵۰۰۰۰ / میلی متر مکعب بوده و فقط ۳۵ درصد بیماران پلاکت مساوی یا بیش از ۱۵۰۰۰۰ / میلی متر مکعب داشته اند (جدول ۶).

با گذشت زمان بزرگی کبد و طحال، کم خونی و لاغری خود را با وضوح بیشتری نمایان می سازند. بزرگی طحال بسیار مشخص است. طحال نرم و غیر حساس است. کبد بزرگ، دارای لبه تیز، قوام نرم و سطح صاف است.

علت مرگ در کالآزار اغلب پنومونی با کتریال، سپتی سمی، سل، دیسانتری، خونریزی های غیر قابل کنترل یا کم خونی شدید می باشد (۳، ۵، ۸).

در نواحی آندمیک تشخیص بیماری کالآزار با تب طولانی، ضعف، اسپلنومگالی قابل توجه، هپاتومگالی، کم خونی، لکوپنی، هیپرگاماگلوبولینمی و پائین بودن آلبومین سرم داده می شود اما برای تشخیص قطعی باید آماسیگوت را در بافت نشان داد یا از محیط کشت جدا کرد. آسپیراسیون مغز استخوان مطمئن ترین وسیله تشخیصی است و در ۸۶-۵۴ درصد موارد مثبت است. این رقم در بیماران ما ۶۰ درصد بود. پونکسیون طحال در ۹۸ درصد موارد مثبت است. این کار در کتیا بطور روتین انجام می گیرد هر چند در پاره ای از موارد به علت خونریزی منجر به مرگ شده است. احتمال خونریزی به دنبال پونکسیون طحال در موارد پیشرفته زیاده تر است. دقت تشخیصی پونکسیون کبد کمتر از طحال است. در صورت وجود لنفاد نوپاتی می توان از آسپیراسیون یا بیوپسی غده لنفاوی برای تشخیص استفاده کرد (۱، ۳، ۵، ۱۲).

روش های سرولوژیک مختلفی برای نشان دادن آنتی بادی های اختصاصی علیه لیشمانیا ابداع شده است. تست ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) و (Indirect immunofluorescent Antibody Tests) IFAT از رایج ترین آنها می باشند. تست های فیکساسیون کمپلمان، هماگلو تیناسیون و آگلو تیناسیون نیز مورد استفاده قرار می گیرند. دکتر ادرسیان و همکاران برای بررسی های سرواید میولوژی در مشکین شهر از روش IFAT استفاده کرده اند (۲، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷).

ترکیبات آنتی موآن پنج ظرفیتی داروی انتخابی کالآزار می باشند. در ایران methylglucamine antimoniate (گلوکانتیم) بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد و به نظر می رسد لیشمانیادونوانی موجود در ایران بدان حساس باشد. کلیه بیماران ما با این دارو درمان شدند. دوز مصرفی ۶۰ میلی گرم / کیلو روزانه تزریق عضلانی به مدت دو هفته بوده است (۱۰، ۱۸).

راههای پیشگیری کالآزار عبارتند از: کنترل پشه خاکی،

نتیجه گیری

بیماری کالآزار در بسیاری از مناطق استان کرمان به صورت آندمیک وجود دارد. طی ۱۱ سال چهل بیمار مبتلا به کالآزار در بخش کودکان بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان بستری و تحت درمان قرار گرفتند. جوانترین بیمار ۶ ماه و مسن‌ترین آنها ۱۲ سال داشت. ۳۸ درصد بیماران در گروه سنی ۲-۱۰ سال قرار داشتند. تب و هپاتواسپلنومگالی شایع‌ترین نشانه‌های بیماری بودند. تب در ۵۳ درصد از بیماران از نوع رمیتانت بود. لکوپنی، ترومبوسیتوپنی و کم‌خونی از شایع‌ترین نشانه‌های آزمایشگاهی بودند. تشخیص بیماری در ۶۰ درصد از موارد با اسپیراسیون مغز استخوان و در ۴۰ درصد با نشانه‌های بالینی و درمان آزمایشی با ترکیبات آنتی‌موآن پنج ظرفیتی بوده است. با گزارش مزبور توجه همکاران را به این نکته جلب می‌نمائیم که در برخورد با موارد تب مزمن همراه با هپاتواسپلنومگالی به فکر بیماری کالآزار باشند.

کشف و از بین بردن مخازن حیوانی و درمان بیماران مبتلا. DDT و سایر حشره کش‌های ماندگار (Residual insecticides) در پاره‌ای از مناطق مؤثر می‌باشند اما سمپاشی را باید تکرار کرد. قطع سمپاشی علیه پشه ناقل مالاریا (آنوفل) در هند، بنگلادش و جنوب ایران باعث پیدایش مناطق آلوده به لیشمانیا در این نواحی شده است. مسافرینی که به مناطق آلوده مسافرت می‌کنند می‌توانند از اسپری‌های حشره کش و پشه‌بندهای مطمئن استفاده کنند. کنترل مخازن حیوانی غالباً مشکل است. به عنوان مثال در قسمت‌های شمالی برزیل، سگ‌های خانگی آلوده را به روش‌های سروئوزیک پیدا کرده و از بین برده‌اند اما روباه‌های آلوده با واسطه پشه ناقل مجدداً باعث آلودگی سگ‌ها شده‌اند. در کشورهایی مانند هند که انتقال از انسان به انسان محتمل است بیماریابی و درمان یکی از مهمترین ارکان پیشگیری است (۱،۵،۸،۱۳).

Summary

Report of 40 Cases of kala-azar from Kerman Province

P.Nik-Nafs, MD*; M.H. Daie Parizi, MD*; A.Ahmadi, MD*

* Associate Professor of Pediatrics. Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Visceral leishmaniasis is endemic in most parts of Kerman Province. During eleven years, 40 patients in pediatric age group were admitted to the pediatric ward at the University Hospital No. 1 in Kerman. Fever and hepatosplenomegaly were the two most common clinical findings while leukopenia, thrombocytopenia and anemia were the most common laboratory findings. In 60% of cases the diagnosis was made by bone marrow aspiration and in 40% by response to treatment. All the patients were successfully treated using methylglucamine antimoniate intramuscularly at the dose of 60 mg/kg/day for two weeks. We conclude that in dealing with prolonged fever and hepatosplenomegaly, kala-azar should be considered.

Journal of Kerman University of Medical Sciences 1994;(1):30-37.

Key Words: Kerman Province, Kala-azar, Visceral Leishmaniasis.

- ۱- ادرسیان، غلامحسین: کالآزار و وضع این بیماری در ایران در: مجموعه مقالات ارائه شده در کنگره سراسری بازآموزی طب کودکان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری واحد علمی شرکت قاسم ایران، کرمان - تهران، ۱۳۷۱، ص ۳۶۳-۳۴۵.
- ۲- ادرسیان، غلامحسین و همکاران: کالآزار و بررسی سرواپیدمیولوژی آن به روش ایمونوفلوئورسانس در شهرستان مشکین شهر، استان آذربایجان شرقی. مجله نظام پزشکی، ۱۳۶۹، سال دهم، شماره ۲، ص ۷۱-۸۵.
- ۳- البرزی، عبدالوهاب و همکاران: روش نوین در درمان بیماری کالآزار در: مسایل رایج طب اطفال در سیزدهمین کنگره بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب. دفتر علمی شرکت قاسم ایران، تهران، ۱۳۷۰، ص ۴۳۷-۴۵۷.
- ۴- خالقیان، بهمن و انصاری لیسار، مسعود: معرفی اولین مورد کالآزار در بلوچستان. دارو و درمان، ۱۳۶۶، سال چهارم، شماره ۲۹، ص ۴۴-۴۵.
- ۵- صادقی، اسماعیل و صابری، محمدصادق: لیشمانیوز احشائی یا کالآزار در: اردهالی، دکتر صدرالدین و همکاران: انگل لیشمانیا و لیشمانیوزها. مرکز نشر دانشگاهی، تهران، ۱۳۶۴، ص ۷۰-۸۴.
- ۶- محلوجی، خدیجه و ذاکر، ناهید: لیشمانیازیس و گزارش ده مورد لیشمانیوز احشائی. دارو و درمان، ۱۳۶۹، سال هشتم، شماره ۸۵، ص ۵-۱۱.
- ۷- مداح، مهین و ضیائی، محسن: بیماری کالآزار و گزارش ۷ مورد از مرکز طبی کودکان. نشریه مرکز طبی کودکان، ۱۳۵۳، دوره چهارم، شماره سوم، ص ۱۵۷-۱۶۵.
- ۸- نیک‌نفس، پدram و همکاران: کالآزار در: مسائل رایج طب اطفال در چهاردهمین کنگره بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب. مؤسسه چاپ و انتشارات علمی، تهران، ۱۳۶۲، ص ۳۹۹-۴۰۷.
- 9- Badaro R, et al: New perspectives on a subclinical form of visceral leishmaniasis. *J Infect Dis* 1986; 154:1003-1011.
- 10- Chulay JD, et al: Pharmacokinetics of antimony during treatment of visceral leishmaniasis with sodium stibogluconate or meglumine antimoniate. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1988;82:69-72.
- 11- Edrissian GhH: Kala - azar in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 1990;4:235-238.
- 12- Edrissian GhH, et al: An endemic focus of visceral leishmaniasis in Meshkinshahr, East Azerbaijan Province, north-west part of Iran and IFA serological survey of the disease in this area. *Bull Soc Path Ex* 1988;81:238-248.
- 13- Hamidi AN, et al: Visceral leishmaniasis of jackals and dogs in northern Iran. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1982;76:756-757.
- 14- Hendricks LD, et al: Haemoflagellates: Commercially available liquid media for rapid cultivation. *Parasitology* 1978;76:309-316.
- 15- Hommel M, et al: The micro-ELISA technique in the serodiagnosis of visceral leishmaniasis. *Ann Trop Med Parasit* 1978;72:213-218.
- 16- Jaffe CL; et al: Serodiagnosis assay of visceral leishmaniasis employing monoclonal antibodies. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1987;87:587-594.
- 17- Jaffe CL, et al: Use of purified parasite proteins from *Leishmania donovani* for the rapid serodiagnosis of visceral leishmaniasis. *J Infect Dis* 1988;157:1212-1220.
- 18- Kager PA, et al: Allopurinol in the treatment of visceral leishmaniasis. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1981;75:556-559.