

خون

فصلنامه علمی پژوهشی
دوره ۱۰ شماره ۱ بهار ۹۲ (۳۰-۲۰)

مقاله پژوهشی

نتایج اجرای برنامه کنترل و پیشگیری تالاسمی در شهرستان‌های قابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۹-۱۳۷۶

مهرداد زینلیان^۱، علیرضا معافی^۲، رضا فدایی نویری^۳

چکیده

سابقه و هدف

برنامه کنترل و پیشگیری از بتا تالاسمی مازور، یکی از مهم‌ترین برنامه‌های پیشگیری در نظام سلامت کشور است. در این مقاله، نتایج به دست آمده از اجرای این برنامه در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در محدوده زمانی ۱۳۸۹-۱۳۷۶ بررسی شده است.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی و مقطعی، اطلاعات برنامه غربالگری تالاسمی و مراقبت ناقلين ارسال شده بر اساس فرم‌های جاری برنامه به مرکز بهداشت استان، با استفاده از آزمون کایدو و نرم‌افزارهای SPSS و Excel تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۶۱۶۴۵۷ زوج داوطلب ازدواج غربالگری شده، تعداد ۱۱۹۶ زوج (۰/۰۱۹٪) بر اساس $HbA2 > 3/5$ در هر دو نفر، ناقل قطعی و ۳۹۰۰ زوج (۰/۰۶۳٪) به عنوان مشکوک نهایی شناسایی شدند. میزان بروز بیماری از ۴۳/۷ مورد به ازای هر یک صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۶ به ۱/۵ مورد به ازای هر یک صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۹ کاهش یافته بود. همچین ازدواج قبل از شروع برنامه غربالگری (۵۱٪)، زمینه‌های خاص فرهنگی خانواده (۱۵٪)، ضعف مشاوره ژنتیک (۹٪)، ضعف مراقبت محیطی (۶٪) و خطأ در آزمایش‌های غربالگری (۵٪) مهم‌ترین علل بروز بیماری در محدوده زمانی مطالعه برآورد گردیدند.

نتیجه‌گیری

لزوم تقویت تیم‌های مشاوره ژنتیک شاغل در مراکز ویژه مشاوره و آموزش مستمر آن‌ها، پیگیری زوج‌های مشکوک و ناقل سال‌های گذشته که قطع مراجعته داشته‌اند، آموزش برنامه پیشگیری از تالاسمی به مردم در سینین قبل از ازدواج به ویژه دانش‌آموزان مدارس و عاقدين و سرفتاران ازدواج، از مهم‌ترین نتایجی است که یافته‌های مطالعه بر لزوم انجام آن تاکید دارد.

کلمات کلیدی: بتا تالاسمی، غربالگری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۱/۰۲/۹۱

تاریخ پذیرش: ۳۱/۰۵/۹۱

- مؤلف مسؤول: پژشک عمومی و دانشجوی دکترای تخصصی پزشکی مولکولی - مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد - رحمتیه - شهرکرد - ایران - کد پستی: ۸۸۱۵۷۱۳۴۷۱
- فوق تخصص خون و انکوکلولژی کودکان - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - اصفهان - ایران
- متخصص بیماری‌های عغونی و گرم‌سیری - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - اصفهان - ایران

مقدمه

در پایان هشت سال اول اجرای آن(۱۳۸۴) به چیزی در حدود ۳۰۰ بیمار در سال (نزدیک به ۸۰٪ از موارد بروز بیماری) کاهش یافته است(۶).

برنامه کترول و پیشگیری از بیماری تالاسمی در استان اصفهان، از سال ۱۳۷۱ به صورت آزمایشی و به مدت ۵ سال در شهرستان اصفهان به مورد اجرا گذاشته شد و سپس همگام با کل کشور از ابتدای سال ۱۳۷۶ در همه شهرستانها اجرا گردید. بر این اساس سالیانه نزدیک به پنجاه هزار زوج داوطلب ازدواج در مراکز مشاوره پیش از ازدواج و غربالگری تالاسمی استان اصفهان که در همه شهرستانهای استان فعالیت دارند غربالگری شده، زوجین ناقل شناسایی و تحت مشاوره و پیگیری و مراقبت قرار میگیرند(۷).

در این مقاله، نتایج برنامه کترول و پیشگیری از تالاسمی در استان اصفهان از بدء اجرای کامل آن(۱۳۷۶) تا پایان سال ۱۳۸۹(به مدت ۱۴ سال) مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه مقطعی - توصیفی گذشته‌نگر بود که در آن اطلاعات خام مربوط به غربالگری تالاسمی و مراقبت زوج‌های ناقل و مشکوک نهایی تالاسمی بر اساس فرم‌های جاری مورد استفاده در برنامه کشوری کترول و پیشگیری تالاسمی جمع‌آوری شده از ۲۱ شبکه بهداشت و درمان تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مربوط به فاصله زمانی ابتدای سال ۱۳۷۶ لغایت پایان سال ۱۳۸۹ بررسی شد. تحلیل نتایج با استفاده از نرم‌افزارهای Excel، SPSS و آزمون کایدو و سایر آزمون‌های آماری توصیفی انجام شد.

در برنامه کترول و پیشگیری تالاسمی، ابتدا از کلیه داوطلبین ازدواج مرد، بر اساس دستورالعمل جامع برنامه کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی مأذور، نمونه‌گیری خون جهت انجام CBC به عمل می‌آید. در صورتی که مرد، کم خون و اندکس‌های خونی او در آزمایش اولیه پایین ($MCH < 27$ یا $MCV < 80$) باشد، از داوطلب زن نیز نمونه خون جهت انجام CBC اخذ گردیده و مورد بررسی

تالاسمی و هموگلوبین غیر طبیعی از شایع‌ترین بیماری‌های ارثی تک ژنی به شمار می‌رود که سبب ناتوانی مادام‌العمر بیمار شده و بار مالی هنگفتی را به جامعه تحمیل می‌نماید(۳-۱). شیوع این بیماری در نقاط مختلف دنیا یکسان نمی‌باشد. به عنوان مثال قاره آسیا، بیش از همه کشورهای ساحلی ناحیه جنوب و جنوب شرقی آسیا و نیز مناطق اطراف مدیترانه، درگیر این بیماری مزمن ارثی و صعب‌العلاج می‌باشند(۳-۵).

در کشور ایران نیز بیشترین شیوع بیماری مربوط به استان‌های ساحلی شمال و جنوب کشور بوده و بر اساس آخرین گزارش منتشره از سوی وزارت بهداشت، بیشترین شیوع ناقلين تالاسمی غربالگری شده در برنامه به ترتیب مربوط به استان‌های هرمزگان با ۲۷، سیستان و بلوچستان با ۱۴ و خوزستان با ۱۳ زوج ناقل و مشکوک نهایی به ازای هر ۱۰۰۰ زوج غربالگری شده می‌باشد. این در حالی است که میانگین کل کشور در این خصوص عددی در حدود ۴/۵ زوج ناقل و مشکوک نهایی به ازای هر ۱۰۰۰ زوج غربالگری شده است(۶).

با توجه به این که تشخیص و غربالگری صفت تالاسمی مینور، آسان، ارزان و در دسترس می‌باشد، طرح غربالگری و پیشگیری از بروز بتا تالاسمی مأذور، هماهنگ با توصیه‌ها و دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی مرتبط با سلامتی، از حدود سال ۱۳۷۰ در کشور برنامه‌ریزی و تدوین گردید و پس از حدود پنج سال اجرای آزمایشی در برخی از استان‌های کشور، از ابتدای سال ۱۳۷۶ در نظام سلامت کشور ادغام شد.

بر اساس گزارش انتشار یافته از مرکز مدیریت بیماری‌ها، با اجرای این برنامه همه ساله در حدود ۷۰۰ هزار زوج داوطلب ازدواج (۱/۴ میلیون نفر) در کل کشور از نظر صفت تالاسمی مورد غربالگری قرار می‌گیرند و متعاقب آن تعدادی در حدود ۲۵۰۰ زوج ناقل تالاسمی شناسایی می‌شوند. بر اساس این گزارش در زمان شروع اجرای این برنامه (ابتدای سال ۱۳۷۶) سالیانه در حدود ۱۳۰۰ بیمار تالاسمی در کشور متولد می‌شدند که این تعداد

شناسایی شده، پس از انجام مشاوره ژنتیک، تعداد ۹۰۸ زوج (معادل ۱۷/۸٪) از ازدواج با یکدیگر اعلام انصراف نمودند. این در حالی است که نرخ انصراف زوج‌های مذکور در اولین سال شروع برنامه (۱۳۷۶) برابر با ۵۰/۴٪ و در سال آخر مطالعه (۱۳۸۹) برابر با ۹/۴٪ بوده است (نمودار ۱).

نتایج مربوط به مراقبت ناقلين:

در پایان سال ۱۳۸۹ در مجموع تعداد ۶۶۱ زوج ناقل قطعی تالاسمی، تحت مراقبت مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که فراوانی نسبی ۱۵/۶ زوج به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت استان برای آن برآورد گردید. همچنین تعداد زوج‌های مشکوک نهايی که تا پایان سال ۱۳۸۹ همچنان تحت مراقبت بوده و تعیین تکلیف قطعی (از نظر ناقل یا سالم بودن) نشده بودند، ۶۲۹ زوج بود که فراوانی نسبی در حدود ۱۴/۸ زوج به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت تحت پوشش را نشان می‌دهد. بيشترین فراوانی نسبی زوج‌های ناقل قطعی تالاسمی به ترتیب مربوط به شهرستان‌های فلاورجان با ۴۵/۲ و لنجان با ۲۹/۲ و کمترین آن مربوط به شهرستان‌های نایین با ۱/۸ و اردستان با ۲/۴ زوج به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت تحت پوشش محاسبه گردید. بيشترین فراوانی نسبی زوج‌های مشکوک نهايی تالاسمی نيز در مدت ياد شده به ترتیب مربوط به شهرستان‌های اصفهان با ۲۰/۴، مبارکه با ۱۹/۹، شاهين شهر و ميمه با ۱۹/۸ و خميني شهر با ۱۹/۷ و کمترین آن مربوط به شهرستان‌های غربي خوانسار، چادگان و فريدين با صفر زوج به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت تحت پوشش محاسبه شد. ضمناً پوشش آزمایش‌های مرحله اول ژنتیک جهت زوج‌های ناقل تالاسمی تحت مراقبت از ۰/۹٪ در پایان سال ۱۳۷۹ به حدود ۸/۱٪ در پایان سال ۱۳۸۹ رسیده بود (نمودار ۲).

نتایج مربوط به بروز بیماری:

در مجموع تعداد ۱۰۹ بیمار جدید تالاسمی مأذور در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در محدوده زمانی ۱۳۷۶-۱۳۸۹ متولد گردیدند. بر این اساس

قرار می‌گيرد. در صورت طبیعی بودن آزمایش CBC در زن، گواهی ازدواج صادر شده و در صورت کم خونی زن، ادامه روند تشخيص، بر اساس آلگوریتم مذکور با آزمایش کروماتوگرافی ستونی جهت تعیین HbA2 در هر دو نفر (زوج و زوجه) صورت می‌گيرد. در اين مرحله در صورتی که HbA2 در هر دو نفر بین ۷/۳ تا ۵/۲ باشد، تشخيص تالاسمی مينور برای زوج تحت آزمایش، قطعی می‌گردد و در صورتی که HbA2 در يك نفر و يا در هر دو كمتر از ۳/۵ باشد، با شک به فقر آهن، درمان با آهن به مدت ۱-۳ ماه انجام می‌شود.

در مرحله بعد، چنانچه پس از طی دوره درمانی، اندکس‌ها اصلاح نشه و Hb افزایش نيابد، زوج تحت مشاوره به عنوان زوج «مشکوک نهايی» قلمداد شده و جهت تشخيص نهايی و قطعی و انجام آزمایش‌های تكميلي به آزمایشگاه تشخيص ژنتيك ارجاع می‌گردد.

در هر صورت زوجي که به عنوان ناقل قطعی و يا مشکوک نهايی شناسایي می‌شوند، توسط تیم مشاوره ژنتيك شهرستان مربوطه تحت مشاوره ژنتيك قرار می‌گيرند. در صورتی که زوج‌های مذکور مصمم به ازدواج با یکدیگر باشند، به نزديک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی محل سکونت خود معرفی می‌شوند تا مراقبت‌های لازم از جهت پوشش مطمئن تنظيم خانواده و نيز ارجاع به موقع جهت انجام آزمایش‌های ژنتيك را دريافت دارند (۸).

يافته‌ها

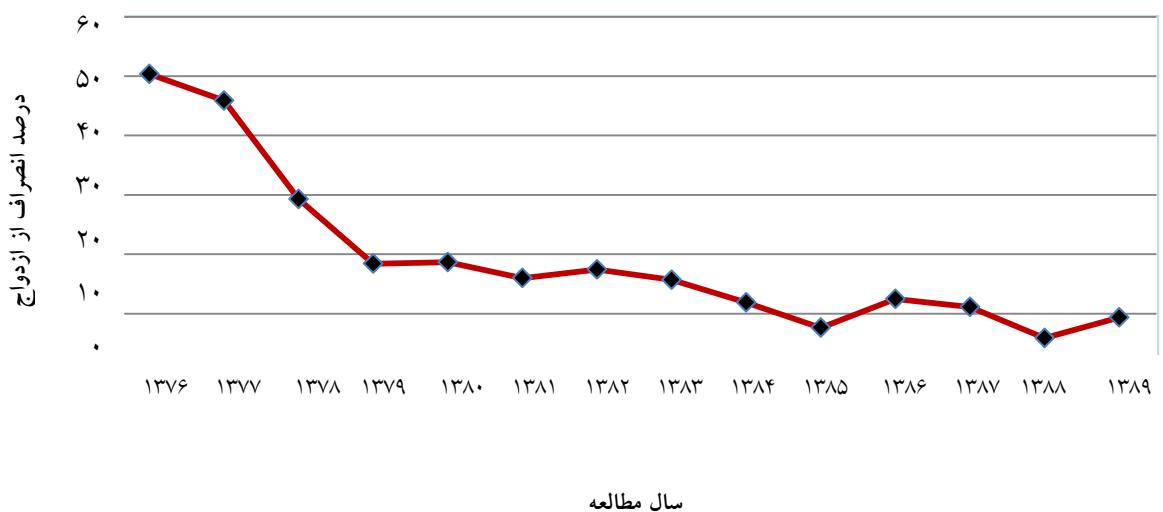
نتایج مربوط به غربالگری:

در مجموع از ابتداي سال ۱۳۷۶ تا پایان سال ۱۳۸۹ تعداد ۶۱۶۴۵۷ زوج داوطلب ازدواج در کل مراکز غربالگری تالاسمی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان غربالگری شده‌اند. از اين تعداد، در مجموع تعداد ۱۱۹۶ زوج (۲۳۹۲ نفر معادل ۰/۰۱٪) در همان مرحله اول (قبل از آهن درمانی) به عنوان ناقل قطعی تالاسمی يا بتا تالاسمی مينور شناسایي شدند. اين در حالی بود که در همين مدت تعداد ۳۹۰۰ زوج مشکوک نهايی با نسبت فراوانی ۰/۶۳٪ شناسایي گردیدند (جدول ۱).

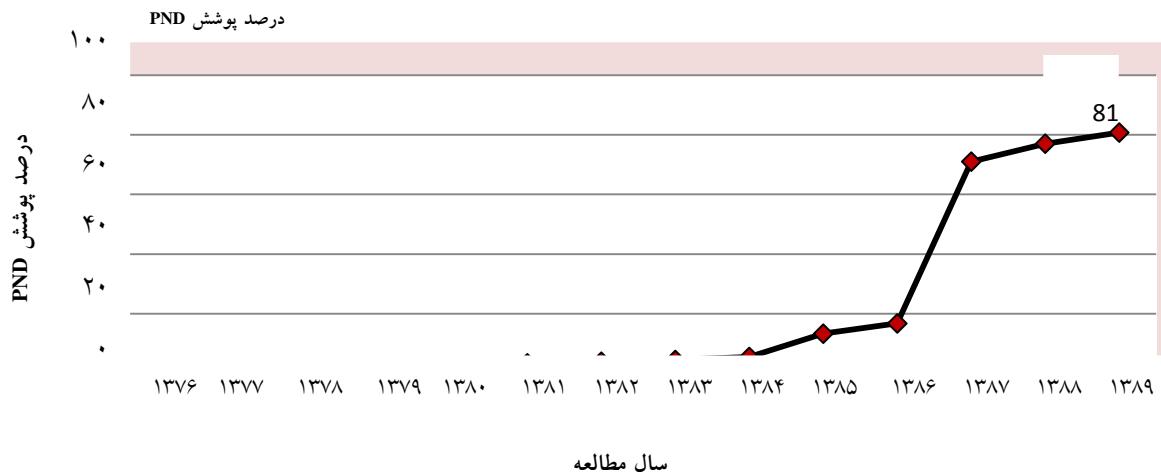
از مجموع ۵۰۹۶ زوج ناقل قطعی و مشکوک نهايی

جدول ۱: خلاصه نتایج برنامه غربالگری بنا تالاسمی داوطلبین ازدواج در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از ابتدای سال ۱۳۷۶
لغاٹی پایان سال ۱۳۸۹

میزان بروز بنا	درصد پوشش	تعداد PND	تعداد مرحله	تعداد زوج ناقل	درصد انصراف	تعداد از ازدواج	درصد مشکوک	تعداد نهایی	درصد شناختی	تعداد زوج های غربالگری	تعداد زوج های شناختی	تعداد شده	سال
تالاسمی ماژور به ازای هر یک صد هزار تولد	درصد پوشش	تعداد PND	تعداد مرحله	تعداد تحت اول	درصد مراقبت	تعداد از ازدواج	درصد منصرفین	نهایی شناختی	درصد شده	تعداد زوج ناقل	درصد شناختی	تعداد شده	
۴۳/۷	۰	۰	۱۹۶	۵۰/۴	۱۴۲	۰/۶۴	۲۱۷	۰/۱۹	۶۵	۳۴۰۱۵	۱۳۷۶		
۳۷/۸	۰	۰	۲۰۱	۴۰/۹	۱۳۹	۰/۶۲	۲۳۱	۰/۱۹	۷۲	۳۶۹۶۷	۱۳۷۷		
۲۲/۵	۰	۰	۲۰۷	۲۹/۳	۹۴	۰/۶۴	۲۴۵	۰/۲۰	۷۶	۳۸۴۲۲	۱۳۷۸		
۲۰/۸	۱	۲	۲۱۵	۱۸/۴	۵۸	۰/۶۰	۲۳۸	۰/۱۹	۷۷	۳۹۶۲۷	۱۳۷۹		
۱۵/۲	۲	۴	۲۲۱	۱۸/۷	۶۱	۰/۶۱	۲۴۶	۰/۲۰	۸۱	۴۰۵۷۲	۱۳۸۰		
۱۵/۲	۳	۸	۲۲۴	۱۶/۰	۵۵	۰/۶۳	۲۵۹	۰/۲۱	۸۵	۴۱۱۵۶	۱۳۸۱		
۱۴/۴	۴	۱۰	۲۵۲	۱۷/۴	۶۱	۰/۶۳	۲۶۸	۰/۱۹	۸۲	۴۲۳۵۶	۱۳۸۲		
۱۱/۰	۵	۱۳	۲۸۶	۱۵/۷	۵۶	۰/۶۲	۲۷۲	۰/۱۹	۸۵	۴۳۶۵۹	۱۳۸۳		
۶/۶	۶	۱۷	۳۰۶	۱۱/۹	۴۵	۰/۶۴	۲۸۸	۰/۲۰	۹۱	۴۵۱۲۲	۱۳۸۴		
۹/۷	۱۳	۴۵	۳۳۷	۷/۶	۲۹	۰/۶۱	۲۸۵	۰/۲۰	۹۵	۴۶۷۹۲	۱۳۸۵		
۸/۱	۱۷	۷۰	۴۱۷	۱۲/۰	۵۰	۰/۵۷	۲۹۶	۰/۲۰	۱۰۵	۵۲۰۸۰	۱۳۸۶		
۶/۳	۷۱	۳۱۴	۴۴۲	۱۱/۱	۴۵	۰/۶۱	۳۱۴	۰/۱۸	۹۱	۵۱۱۵۸	۱۳۸۷		
۴/۷	۷۷	۴۵۰	۵۸۴	۵/۹	۲۴	۰/۶۱	۳۲۳	۰/۱۶	۸۵	۵۳۱۸۲	۱۳۸۸		
۱/۵	۸۱	۵۳۴	۶۶۱	۹/۴	۴۹	۰/۸۱	۴۱۸	۰/۲۱	۱۰۶	۵۱۳۴۹	۱۳۸۹		
۱۵/۲				۱۷/۸	۹۰۸	۰/۶۳	۳۹۰۰	۰/۱۹	۱۱۹۶	۶۱۶۴۵۷	میانگین کل		



نماودار ۱: درصد انصراف از ازدواج زوج‌های نافل قطعی و مشکوک نهایی تالاسمی غربالگری شده در مراکز غربالگری تالاسمی دانشگاه علوم
بنی‌شکر، اصفهان ط، سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۷۶



نمودار ۲: وضعیت پوشش آزمایش‌های تشخیص ژنتیک (PND) زوج‌های ناول فطعی تالاسمی تحت مراقبت مراکز غربالگری تالاسمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۸۹

میزان متوسط بروز بیماری در دوره ۱۴ ساله مطالعه برابر با $15/2$ مورد به ازای هر یکصد هزار تولد زنده برآورد گردید. ضمناً میزان بروز بیماری در اولین سال مطالعه (۱۳۷۶) برابر با $43/7$ و در آخرین سال مطالعه (۱۳۸۹) برابر با $1/5$ مورد به ازای یک صد هزار تولد زنده بود (نمودار ۳).

میانگین بیشترین میزان بروز بر حسب تعداد بیمار متولد شده به ازای هر یکصد هزار تولد زنده به ترتیب مربوط به شهرستان‌های لنجان ($30/7$)، فلاورجان ($25/5$) و مبارکه ($24/1$) بوده و ۶ شهرستان از ۲۱ شهرستان مورد مطالعه دارای کمترین میزان بروز، یعنی بروز صفر بوده‌اند و شامل شهرستان‌های نظر، نایین، گلپایگان، خوانسار، چادگان و اردستان می‌باشند (جدول ۲).

از کل 109 مورد بروز بیماری تالاسمی مژور در فاصله سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۹، تعداد 56 نفر آنها ($51/4\%$) از والدینی متولد شده بودند که هرگز در برنامه کترول و پیشگیری تالاسمی غربالگری نشده بودند؛ تعداد 38 مورد آنها ($34/9\%$) از والدینی متولد شده بودند که پیش از این در برنامه غربالگری شده بودند و 15 نفر آنها ($13/8\%$) دارای خواهر یا برادر مبتلا به تالاسمی مژور قبل از خود بودند.

بررسی و تحلیل داده‌های فرم‌های بررسی اپیدمیولوژیک بیماران تالاسمی مژور تولد یافته در فاصله سال‌های ۱۳۷۶

جدول ۲: میانگین میزان بروز بیماری بتا تالاسمی مژور به ازای هر یکصد هزار تولد زنده در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۶-۸۹

شهرستان محل تولد	میانگین بروز بیماری
اردستان	۰
اصفهان یک	۸/۱۶
اصفهان دو	۲/۱۱
برخوار و میمه	۲/۲۰
تیران و کرون	۹
چادگان	۰
خوانسار	۰
خمینی شهر	۴/۹
دهاقان	۰
سمیرم	۲/۲۲
شهرضا	۴/۲۱
فریدن	۱/۵
فریدونشهر	۶/۱۱
فلاورجان	۵/۲۵
گلپایگان	۰
لنجان	۷/۳۰
مبارکه	۱/۲۴
نایین	۰
نجف‌آباد	۱/۱۱
نظر	۰
کل استان	۲/۱۵

پایین (مطابق آلگوریتم کشوری برنامه) در مردان است، به نظر می‌رسد محاسبه مستقیم شیوع زن ناقل بتا تالاسمی در جمعیت عمومی بر اساس داده‌های جاری برنامه ممکن نباشد^(۸). اما در این مطالعه، متوسط میزان شیوع زوج‌های ناقل تالاسمی بر اساس HbA2 بالاتر از ۳/۵ میلی‌گرم بر دسی لیتر در هر دو نفر، ۰/۰۱۹٪ برآورد شده است.

از طرف دیگر پی‌گیری کلیه زوج‌های غربالگری شده اصفهان در سال ۱۳۸۸ مشخص نمود که در نهایت حدود ۴/۵٪ زوج‌های کم خون غربالگری شده اولیه، پس از طی مراحل درمان با آهن، بر اساس آزمایش‌های تکمیلی ژنتیک، ناقل قطعی بتا تالاسمی خواهند بود. بنابراین با توجه به فراوانی کم خونی زوج‌های غربالگری شده در این سال (۰/۳۸٪)، شیوع نهایی زوج‌های ناقل بتاتالاسمی عبارت است از: $0/19 + 0/45 \times 0/38 \times 0/36\% = 0/036\%$ که حدوداً برابر با ۰/۰۳۶٪ می‌گردد.

حال اگر فرض کنیم که احتمال ازدواج هر فرد ناقل با فرد ناقل دیگر در جمعیت عمومی کاملاً تصادفی باشد، در این صورت فراوانی صفت تالاسمی مینور در جمعیت عمومی حدوداً برابر ریشه دوم ۰/۰۳۶٪ است که تقریباً برابر با ۰/۶٪ می‌شود. از طرف دیگر می‌دانیم که درصد قابل توجهی از ازدواج‌ها در کشور ما به صورت فامیلی انجام می‌شود و بر اساس برخی مطالعه‌های صورت گرفته، نرخ ازدواج فامیلی در کشور ما بین ۰/۳۰٪ تا ۰/۸۰٪ در مناطق مختلف متفاوت است^(۹). در یک مطالعه در سال‌های اخیر، نرخ ازدواج‌های فامیلی در جمعیت شهری اصفهان در حدود ۰/۳۰٪ تا ۰/۴۰٪ برآورد شده که این میزان در جمعیت روستایی استان به مراتب بیشتر است^(۱۰).

بر این اساس و طبق محاسبات صورت گرفته، به نظر می‌رسد درصد میانگین شیوع زن تالاسمی مینور در جمعیت عمومی استان اصفهان به مراتب کمتر از عدد ۰/۶٪ برآورد شده باشد و برآوردهای پیشین درخصوص شیوع زن ناقل تالاسمی در اصفهان که در برخی موارد شیوع زن ناقل را از این هم بالاتر فرض کرده‌اند، تطابق کمتری با واقعیت داشته باشد.

میانگین درصد انصراف از ازدواج در سه سال اول برنامه (۱۳۷۸-۱۳۷۶) که هنوز شبکه تشخیص قبل از تولد

لغایت ۱۳۸۹، نشان داد که علل بروز ۱۰۹ بیمار مذکور به ترتیب شیوع عبارت بودند از: ازدواج قبل از شروع غربالگری در ۵۱/۴٪ موارد، علل فرهنگی در ۱۴/۷٪ موارد، ضعف مشاوره ژنتیک در ۹/۲٪ موارد، ضعف مراقبت محیطی در ۶/۴٪ موارد، خطای آزمایش‌های غربالگری در ۴/۶٪ موارد و خطای آزمایشگاه ژنتیک در ۳/۷٪ موارد (جدول ۳).

جدول ۳: علل بروز موارد بیماری بتا تالاسمی مأذور تولد یافته در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۸۹

عنوان	تعداد موارد	درصد
ازدواج قبل از شروع غربالگری	۵۶	۴/۵۱
علل فرهنگی	۱۶	۷/۱۴
ضعف مشاوره ژنتیک	۱۰	۲/۹
ضعف مراقبت محیطی	۷	۴/۶
اشتباه در آزمایش‌های غربالگری	۵	۶/۴
خطای آزمایشگاه ژنتیک	۴	۷/۳
علل اقتصادی	۳	۸/۲
عدم ارجاع از سوی دفاتر ازدواج	۲	۸/۱
عدم دسترسی به زوجین ناقل	۲	۸/۱
تاخیر در مراجعه به آزمایشگاه ژنتیک	۲	۸/۱
نامشخص	۲	۸/۱
مجموع	۱۰۹	۱۰۰

بحث

مقدار شیوع بتا تالاسمی مینور:

بر اساس گزارش وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران، شیوع زن بتاتالاسمی مینور در جمعیت ایران، به طور میانگین در حدود ۳/۶٪ برآورد شده است^(۶). با توجه به این که در برنامه کشوری کنترل و پیشگیری تالاسمی، در ابتدا تنها از مردان CBC چک می‌شود و انجام آزمایش غربالگری زوجه، منوط به مشاهده اندکس‌های خونی

مناطقی با شیوع بالاتر تالاسمی باشد. با توجه به این که بخش عمده‌ای از زوج‌های مشکوک نهایی تالاسمی پس از انجام آزمایش‌های تکمیلی ژنتیک، سالم تشخیص داده شده و از پوشش مراقبت خارج می‌گردد، مراجعه زود هنگام این دسته از زوج‌ها به آزمایشگاه‌های ژنتیک به منظور تعیین تکلیف آن‌ها و کاهش بار مراقبتی سیستم سلامت، دارای اهمیت به سزاپی است. متوفانه پی‌گیری زوج‌های مذکور در مناطق شهری از طرف مراکز بهداشتی با مشکلات بسیار بیشتری در مقایسه با مناطق روسایی همراه است که علت آن محدودتر بودن جمعیت‌های روسایی، وجود خانه‌های بهداشت در روستاها با پوشش جمعیتی کامل و پوشش پایین جمعیت توسط بخش خصوصی است. در جمعیت شهری اما موضوع برعکس است و همین مساله سبب شده تا درصد زوج‌های مشکوک نهایی که هنوز بلا تکلیف مانده‌اند در شهرستان‌هایی از قبیل اصفهان، خمینی شهر، برخوار و میمه که بیش از ۸۰٪ جمعیت آن‌ها ساکن شهرها هستند، به طور نسبی بالاتر از دیگر شهرستان‌ها باشد. برعکس در شهرستان‌های غربی استان مثل خوانسار، چادگان و فریدن که هم شیوع صفت تالاسمی کمتر است و هم اغلب جمعیت ساکن روستاها هستند، کمترین شیوع زوج‌های مشکوک نهایی تالاسمی مشاهده می‌گردد.

پوشش آزمایش‌های ژنتیک:

این شاخص، یکی از بهترین شاخص‌های مراقبت زوج‌های ناقل و مشکوک نهایی تالاسمی بوده و چگونگی عملکرد تیم‌های مشاوره ژنتیک و واحدهای محیطی تحت پوشش شهرستان‌ها را در مراقبت از این زوج‌ها نشان می‌دهد. از آن جا که بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه کترول و پیشگیری از تالاسمی، کلیه زوج‌های ناقل و مشکوک نهایی، بایستی آزمایش‌های ژنتیک مرحله اول PND را ترجیحاً قبل از اقدام به بارداری، انجام دهند تا امکان انجام به موقع آزمایش‌های مرحله دوم PND بر روی جنین در هفته‌های دهم تا دوازدهم بارداری میسر گردد، ارتقای پوشش مراقبتی ناقلين از این نظر می‌تواند تا حدود زیادی به کترول بروز موارد جدید بیماری تالاسمی در میان

ژنتیک در کشور راه اندازی نشده بود، در حدود ۴۱/۸٪ در ۱۱ سال پس از راه اندازی این شبکه در کشور و اصفهان در حدود ۱۳/۱٪ برآورد گردید که با توجه به مطالعه‌های صورت گرفته در سایر مناطق کشور، به نظر می‌رسد کمتر از دیگر مناطق باشد (۱۱، ۱۲). به نظر می‌رسد نوع ارایه مشاوره و آزاد گذاشتن زوج ناقل یا مشکوک به انتخاب بهترین راه در میزان انصراف از ازدواج این زوج‌ها از ازدواج تعیین کننده باشد.

نسبت فراوانی زوج‌های ناقل قطعی و مشکوک نهایی تحت مراقبت:

از هفت شهرستانی که بیشترین فراوانی نسبی زوج‌های ناقل تالاسمی در میان شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را دارا می‌باشند، سه شهرستان شامل فلاورجان، لنجان و مبارکه در حاشیه زاینده رود واقع شده و از شهرستان‌های مالاریاخیز استان در سالیان قدیم به شمار می‌رفته‌اند. با توجه به این که رابطه بین میزان شیوع ابتلا به بیماری مalaria و شیوع صفت تالاسمی امروزه به اثبات رسیده است، به نظر می‌رسد شیوع بالای صفت تالاسمی در این شهرستان‌ها به همین مساله ارتباط داشته باشد. بخش قابل توجهی از ترکیب جمعیتی شهرستان‌های جنوبی استان به ویژه سمیرم، از قومیت ترک قشقایی تشکیل شده است. عمدۀ جمعیت این طایفه اکنون ساکن شهرها و روستاها بوده و بخشی از آن‌ها نیز زندگی عشاپری داشته و در فصول سرد سال به قشلاق خود در استان‌های جنوبی کشور، شامل فارس، کهگیلویه و بویراحمد و بوشهر که هر سه از استان‌هایی با شیوع نسبتاً بالای تالاسمی در کشور می‌باشند، کوچ می‌نمایند. به نظر می‌رسد شیوع بالاتر صفت تالاسمی در این شهرستان‌ها به همین ترکیب جمعیتی مشابه آن‌ها ارتباط داشته باشد.

شش شهرستان استان اصفهان شامل شهرستان‌های شرقی نایین و اردستان و شهرستان‌های غربی خوانسار، گلپایگان، چادگان و فریدن دارای کمترین شیوع صفت بتا تالاسمی در استان می‌باشند. شاید علت اصلی این مساله ترکیب جمعیتی نسبتاً یک دست و خالص این شهرستان‌ها و میزان بسیار کم مهاجرت به داخل از دیگر مناطق به ویژه

ممکن است بیمار تولد یافته در سال ۸۶، حاصل ازدواج زوجی در سال ۷۶ یعنی بدو شروع برنامه باشد. بنابراین نمی‌تواند عملکرد برنامه را در سال‌های اخیر زیر سؤال ببرد. بر این اساس به نظر می‌رسد نمودار ترند بروز موارد جدید بیماری بر اساس سال ازدواج والدین بیماران می‌تواند درک صحیح‌تری از تاثیر برنامه پیشگیری از تالاسمی بر کنترل موارد بروز بیماری را نمایش دهد. به نظر می‌رسد با توجه به پوشش کامل داوطلبین ازدواج در برنامه غربالگری تالاسمی از یک سو و بالا رفتن سن مادران غربالگری نشده و خارج شدن آن‌ها از سن باروری از سوی دیگر، انتظار کلی آن است که با بهبود سیستم مشاوره و مراقبت از ناقلين، بتوان موارد بروز بیماری تالاسمی را به صفر نزدیک کرد.

چنانچه ذکر شد مهم‌ترین علت تولد فرزند بیمار در والدین غربالگری شده، ضعف مشاوره ژنتیک بوده است (۱۰ مورد از ۳۸ مورد) اما با بررسی بیشتر مشخص می‌شود که ۹ مورد از این ۱۰ مورد (۹٪) نیز مربوط به ازدواج‌های سال ۱۳۷۸ و قبل از آن بوده است، یعنی سال‌های آغازین برنامه که به طور طبیعی در آن سال‌ها به علت مشکلاتی از قبیل کمبود نیروی انسانی و عدم وجود نظام آموزشی منسجم جهت تیم‌های مشاوره، وجود چنین نقایصی دور از انتظار نبوده است. ضمن آن که در مجموع نیز از این ۱۰ مورد، ۶ مورد از آن در خارج از استان اصفهان تحت غربالگری و مشاوره قرار گرفته‌اند (۶٪). این در حالی است که در مزدوjin ۷ سال آخر مطالعه (۱۳۸۳-۱۳۸۹)، مورد بروزی به علت ضعف مشاوره نداشته‌ایم که با توجه به تقویت تیم‌های مشاوره در سال‌های اخیر و توجه ویژه به امر آموزش‌های حضوری و غیرحضوری این عزيزان، چنین نتیجه‌ای قابل پیش‌بینی بوده است.

بررسی حاضر نشان داد که ۵ مورد از ۷ مورد بروز، ناشی از ویژگی‌های فرهنگی خانواده در خانواده‌های متعلق به اقوام مهاجر که در سالیان گذشته از استان‌های هم‌جوار به اصفهان نقل مکان نموده‌اند، رخ داده بود و این در حالی است که موارد بروز به علت عدم همکاری والدین مزدوج در سال‌های ۸۴ و ۸۳، ۴ مورد بوده که همگی مهاجر بوده و از استان‌هایی چون خوزستان و چهار محال و بختیاری به

زوجین غربالگری شده (استراتژی اول) منجر گردد. عدم وجود امکان انجام این آزمایش‌ها در کشور در سال‌های آغازین برنامه (۱۳۷۶-۱۳۸۸) و عدم توسعه مراکز تشخیص ژنتیک تا پیش از سال‌های دهه ۸۰، می‌تواند توجیه‌گر خوبی برای شبکه کند و ملایم افزایش پوشش آزمایش‌های ژنتیک ناقلين تا پایان سال ۱۳۸۴ باشد (۱۳). از ابتدای سال ۱۳۸۵ با آموزش منسجم تیم‌های مشاوره ژنتیک شهرستان‌ها، توسعه کمی و کیفی مراکز مشاوره ژنتیک و تمرکز بیشتر بر مشاوره جامع زوج‌های ناقل تحت پوشش، سرعت رشد درصد پوشش این آزمایش‌ها افزایش یافت.

شاخص‌های بروز بیماری:

با اجرای برنامه کنترل و پیشگیری تالاسمی که از ابتدای سال ۱۳۷۶ در نظام سلامت کشور ادغام گردید، به طور قابل توجهی از بروز بیماری تالاسمی مأذور در کشور کاسته شد. بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر وزارت بهداشت، با اجرای این برنامه سالیانه به طور متوسط از بروز حدود ۱۰۰۰ مورد جدید بیماری در کشور کاسته می‌گردد (۶). بر این اساس کاهش قابل توجه موارد بروز بیماری در استان اصفهان نیز هم زمان با شروع برنامه امری قابل انتظار بوده است.

بر اساس مطالعه حاضر، مشخص گردید که از ابتدای سال ۱۳۷۶ تا پایان سال ۱۳۸۹، تعداد ۱۰۹ مورد جدید بیماری تولد یافته است. بررسی ترند بروز بیماری در این سال‌ها، نشان می‌دهد که نرخ بروز بیماری تالاسمی مأذور از میزان ۴۳/۷ مورد به ازای یک صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۶ به میزان ۱/۵ مورد به ازای یک صد هزار تولد زنده تا پایان سال ۱۳۸۹ کاهش یافته است که کاهشی بیش از ۲۹ برابر را نشان می‌دهد.

نکته‌ای که ذکر آن بسیار اهمیت دارد آن است که با توجه به این که برنامه غربالگری داوطلبین ازدواج از نظر تالاسمی از ابتدای سال ۷۶ شروع گردیده است، به نظر می‌رسد آن‌چه که بیشتر می‌تواند توفیق برنامه پیشگیری از تالاسمی را در کنترل بروز موارد جدید تالاسمی نشان دهد، نمودار ترند بروز بیماری بر اساس سال ازدواج والدین بیماران است و نه سال تولد آن‌ها. به عنوان مثال

آزمایشگاه‌های غربالگری در سال‌های آغازین برنامه، رخداد چنین مواردی چندان دور از انتظار نبوده و در مطالعه‌های انجام شده در سایر کشورها نیز به این مساله تاکید شده است(۱۵، ۱۶). به نظر می‌رسد با تقویت نظام تشخیص آزمایشگاهی در برنامه غربالگری، بروز موارد بیماری ناشی از خطای آزمایشگاه غربالگری نیز به صفر نزدیک گردد.

نتیجه‌گیری

تقویت تیم‌های مشاوره ژنتیک شاغل در مراکز ویژه مشاوره و آموزش مستمر آن‌ها، پی‌گیری زوج‌های مشکوک و ناقل سال‌های گذشته که قطع مراجعه داشته‌اند، آموزش برنامه پیشگیری از تالاسمی به مردم در سنین قبل از ازدواج به ویژه دانش‌آموزان مدارس و عاقدین و سر دفتر داران ازدواج، ثبت دقیق اطلاعات بیماران تالاسمی موجود تحت درمان و معرفی آن‌ها به مراکز بهداشتی جهت مراقبت والدین بیماران به صورت مستمر، دقت در اعلام به موقع مهاجرت ناقلين توسط استان‌های مبدأ به همراه ارسال مستندات لازم، از مهم‌ترین نتایجی است که یافته‌های این مطالعه بر لزوم انجام آن تاکید دارد.

تشکر و قدردانی

مؤلفین این مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسؤولین اداره ژنتیک مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر وزارت بهداشت، به ویژه خانم دکتر اشرف سماوات، کلیه کارشناسان برنامه تالاسمی مراکز بهداشت شهرستان‌های استان اصفهان و نیز تیم‌های مشاوره ژنتیک شاغل در مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک تابعه حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در گردآوری اطلاعات کمک شایانی نمودند اعلام می‌نمایند.

اصفهان مهاجرت نموده‌اند. بر اساس همین مطالعه از کل موارد بروز استراتژی اول تا پایان سال ۱۳۸۵ (۳۴) ۹۶ مورد، ۱۵ مورد آن در خانواده‌های مهاجر رخ داده بود (۴۵) درصد از کل بروزها در استراتژی اول (۱۱). این در حالی است که بر اساس مطالعه حاضر، تا پایان سال ۱۳۸۹، ۳۰٪ زمینه‌های خاص فرهنگی خانواده‌های بیماران در وقوع بیش از کل موارد بروز بیماری از والدین غربالگری شده (استراتژی اول) و یا استراتژی دوم نقش داشته است. جالب است که مطالعه‌های انجام شده حتی در کشورهای پیش‌رفته، عوامل فرهنگی و باورهای خاص قومی و مذهبی را از دلایل مهم شکست برنامه غربالگری تالاسمی دانسته و بر نقش بسیار مؤثر آموزش جامعه به ویژه گروه‌های در معرض خطر در ارتقای شاخص‌های این برنامه تاکید دارند (۱۴).

سومین علت بروز بیماری در میان زوج‌های غربالگری شده بر اساس این مطالعه، ضعف مراقبت محیطی در سیستم بهداشتی بوده است که هر چند موارد بروز به این علت در سال‌های اخیر تقریباً به صفر رسیده، اما لزوم توجه به آموزش کارکنان بهداشتی شاغل در مراکز بهداشتی که مسؤول مراقبت ناقلين برای پیشگیری از تکرار بروز بیماری به این علت هستند، امری روشن و غیر قابل انکار است.

وقوع خطأ در آزمایش‌های غربالگری، یکی از علل مهم بروز بیماری از والدین غربالگری شده بوده است (۵) مورد از ۳۸ مورد برابر با ۱۳/۲٪. بررسی بیشتر این موارد نشان می‌دهد که از این ۵ مورد نیز، ۲ مورد (۴۰٪) قبل از ادغام برنامه در نظام جاری سلامت کشور و در زمان اجرای آزمایشی آن بوده است (در سال‌های ۷۴ و ۷۵). دو مورد دیگر نیز طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸، یعنی سال‌های آغازین برنامه رخ داده است. با توجه به ضعف نظام

References:

- 1- Samavat A, Modell B. Iranian national thalassaemia screening programme. *BMJ* 2004; 329(7475): 1134-7.
- 2- Weatherall DJ, Clegg JB. Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem. *Bull World Health Organ* 2001; 79(8): 704-12.
- 3- Fucharoen S, Winichagool P. Prevention and control of thalassemia in Asia. *Asian Biomedicine* 2007; 1(1): 1-6.
- 4- Moafi A, Valian S, Nikyar Z, Zeinalian M, Momenzadeh M, Rahgozar S. Prevalence of Minor β-thalassemia based on RBC indices among final suspected individuals in premarital screening program referred to genetic laboratories. *International Journal of Hematology Oncology and Stem Cell Research* 2010; 4(1): 23-7.
- 5- Ryan K, Bain BJ, Worthington D, James J, Plews D, Mason A, et al. Significant haemoglobinopathies: guidelines for screening and diagnosis. *Br J Haematol* 2010; 149(1): 35-49.
- 6- Ministry of Health and Medical Education of Islamic Republic of Iran. Appearance of management for major beta-thalassemia incidence in Iran. *Health Deputy: Center for Diseases Control: Genetics Office*; 2008.
- 7- Zeinalian M, Samavat A, Fadayee Nobari R, Azin SA. Incidence rate of major beta-thalassemia and study of its causes after prevention and control program of thalassemia in Isfahan province. *Sci J Iran Blood Transfus Organ* 2010; 6(4): 238-47. [Article in Farsi]
- 8- Ministry of Health and Medical Education of Islamic Republic of Iran. Comprehensive instruction and educational materials of prevention program on major beta-thalassemia. *Health Deputy: Center for Diseases Control*; 2004.
- 9- Mehrabi Kushki A, Zeygami B. The effect of Consanguineous Marriages on Congenital Malformation. *J Res Med Sci* 2005; 10(5): 298-301.
- 10- Hashemipour M, Amini M, Talaie M, Kelishadi R, Hovespian S, Iranipour R, et al. Parental consanguinity among parents of neonates with congenital hypothyroidism in Isfahan. *East Mediterr Health J* 2007; 13(3): 567-74.
- 11- Karimi M, Jamalian N, Yarmohammadi H, Askarnejad A, Afrasiabi A, Hashemi A. Premarital screening for beta-thalassaemia in Southern Iran: options for improving the programme. *J Med Screen* 2007; 14(2): 62-6.
- 12- Khorasani G, Kosaryan M, Vahidshahi K, Shakeri S, Nasehi MM. Results of the national program for prevention of beta-thalassemia major in the Iranian Province of Mazandaran. *Hemoglobin* 2008; 32(3): 263-71.
- 13- Najmabadi H, Ghamari A, Sahebjam F, Kariminejad R, Hadavi V, Khatibi T, et al. Fourteen-year experience of prenatal diagnosis of thalassemia in Iran. *Community Genet* 2006; 9(2): 93-7.
- 14- Wong LP, George E, Tan JA. Public perceptions and attitudes toward thalassaemia: Influencing factors in a multi-racial population. *BMC Public Health* 2011; 11: 193.
- 15- Alhamdan NA, Almazrou YY, Alswaidi FM, Choudhry AJ. Premarital screening for thalassemia and sickle cell disease in Saudi Arabia. *Genet Med* 2007; 9(6): 372-7.
- 16- Sarper N, Şenkal V, Güray F, Şahin Ö, Bayram J. Premarital hemoglobinopathy screening in Kocaeli, Turkey: a crowded industrial center on the north coast of Marmara Sea. *Turk J Hematol* 2009; 26: 62-6. [Article in Turkish]

Original Article

A study to evaluate the results of pre-marital screening program for beta-thalassemia in Isfahan province, 1997-2010

Zeinalian M.¹, Moafi A.R.², Fadayi-Nobari R.³

¹Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

²Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³Center for Disease Control and Prevention of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background and Objectives

Pre-marital screening program for beta-thalassemia is one of the most important preventive programs in Iranian health system. The results of this program in Isfahan province have been evaluated within 1376-89 (1997-2010) in the present article.

Materials and Methods

The method of this study is descriptive and cross-sectional using the current data, received from districts health centers of Isfahan province within 1376-89 (1997-2010). Then we analyzed the data by using SPSS-19 and Excel softwares.

Results

Out of 616,457 potential couples screened in pre-marital screening centers, 1194 (0.19%) were considered to be definite carriers of beta-thalassemia ($HbA2>3.5$ in both partners), and 3314 couples (0.63%) suspicious for. The incidence rate of the disease decreased from 43.7 cases/100,000 live births in 1376 to 1.5 cases/100,000 live births in 1389. The most prevalent causes of new cases were estimated to be marriage of parents before commencement of the program (51%), family values and cultural backgrounds (15%), genetic counseling defects (9%), health care defects (6%), and screening test errors (5%).

Conclusions

We conclude that some health-related interventions are required to be made. Promoting genetic counseling, following up suspicious or carrier couples with no screening record, community awareness raising about prevention program of thalassemia especially among students and marriage officers.

Key words: beta-Thalassemia, screening , Iran

Received: 30 Apr 2012

Accepted: 21 Aug 2012

Correspondence: Zeinalian M., MD, MPH. PhD Student of Molecular Medicine. Shahrekord University of Medical Sciences. Kashani Blv., Shahrekord.

Postal code: 8815713471, Shahrekord, Iran. Tel: (+98381) 3338047; Fax: (+98381) 3338047
E-mail: zeinalian_mehrdad@yahoo.com