حصر حالات مرضى السل بمستشفى الكوييفه للأمراض الصدرية في بنغازي، ليبيا بين 2010 - 2018


الطيفه عبد الحفظ جويلي، حميده علي المغربي، ناديه علي الرملي، هبة جويلي المجري

(1) محاضر بكليه الآداب والعلوم، قميس، جامعة بنغازي.
(2) محاضر بكليه الآداب والعلوم، قميس، جامعة بنغازي.
(3) قسم علم الحياة، جامعة ماينوث، ميبلونت، إقليم كيلدير، أيرلندا.

(1) مستشفى الكويتية للأمراض الصدرية والمركز الوطني لمكافحة الأمراض (NCDC) بنغازي، ليبيا.

E.mail: latifa.jwieli@uob.edu.ly

الملخص

السل هو مرض خطير تسببه Mycobacterium tuberculosis. في الدراسة، تم تحليل بيانات وظائف السل في بنغازي في الفترة من 2010 إلى 2018. تم التعرف على عدد من الحالات المصابية بأمراض أخرى مختلفة، مثل مبتلاة بسل، مما يؤثر على المئات من المصابين، سواء أكانت فارين من المستشفى أو تركوها.

المفتاحية:
"سل، Mycobacterium tuberculosis، متلازمة نقص المناعة المكتسبة، التهاب الكبد"
المقدمة

مرض السل ينتقل للإنسان عن طريق بكتيريا تسمى Mycobacterium tuberculosis ويؤثر على الشعب الهوائية للرئتين على طريق استنشاق الهواء أو الرذاذ المعدي. وتبتغية لذلك، تحدث العدوى البكتيرية بالذات لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف مناعة الجسم (Murray et al., 1998). يحدث المرض داخل الرئتين حيث تتشكل غفليات أو درنات، ثم تدمر الأنسجة وتنتشر العدوى في الجسم (Schlegel, 1993).

Mycobacterium tuberculosis يميز السل بأنه ورم حيبي مزمن ينتقل عن طريق أي من الأنواع الثلاثة عصوية غير منتجة للجراثيم وغير متحركة، وفي بعض الحالات النادرة جدا عن طريق غشاء (Heemskerk et al., 2015).

الميكوبكتيريا عبارة عن بكتيريا هوائية، غير منتظمة ومتنوعة قليلاً، موجبة جرام، وأيضاً تعتبر من ضمن fast acid البكتيريا التي تصبح بالصبغة المقاومة للأحماض. جدار هذه البكتيريا كاره للعاج بسبب وجود مستويات عالية من حمض الميكوليك الشمسي، لذلك يمكن إزالة لون البكتيريا المصبوغة بالفوسفون باستخدام الحمض (HCI) - الكحول، ولكن ليس باستخدام حمض الهيدروكربون مائي (Schlegel, 1993).

Mycobacterium africanum، Mycobacterium bovis، Mycobacteriaصلن عائلة Mycobacteriaceae ضمن عائلة Actinomycetales. (EPA, 1999 & Rastogi, Legrand and Sola, 2001)

على الصعيد العالمي، يعد السل أحد الأمراض المعدية الخطيرة التي تسبب الموت على مدى 200 عام الماضية، بل هو أكثر مسببات الوفاة مقارنة بالأمراض المعدية الأخرى (Paulson, 2013). تسبب بكتيريا السل الرئوي عدد أعراض مثل السعال الحضيرة لمدة 3 أسابيع أو أكثر، والسعال بالدم، وفي بعض الحالات مصححة بالألل في الصدر وهمي، وبالتالي، يتغير البلغم الكحلي عن نسب هذه الأعراض وتحديدها (Rieder et al., 2009).

عادة ما يتم عزل بكتيريا السل في غضون 3-8 أسابيع (Schlegel, 1993).

streptomycin تم القضاء على مرض السل بشكل شبه نهائي في البلدان الصناعية باستخدام علاجات مثل (RIF) rifampicin (PZA) pyrazinamide، (INH) isonicotinic acid hydrazide، (SM)

تم الفحص على مرض السل بشكل شبه نهائي في البلدان الصناعية باستخدام علاجات مثل (RIF) rifampicin (PZA) pyrazinamide، (INH) isonicotinic acid hydrazide، (SM)

© GSJ© 2020  www.globalscientificjournal.com
الحالات الجديدة بنجاح في عام 2012. علاوة على ذلك، كانت نسبة السل العلاج للأدوية 3.7% للحالات الجديدة وحوالي 20% للحالات التي سبق علاجها (WHO, 2017، مقتبس من WHO global tuberculosis database, 2015).

الهدف من هذا البحث هو لفت الانتباه لمدى انتشار السل في ليبيا بشكل عام، على الرغم من تطور طرق التشخيص المبكر والإمدادات الناجحة في البلدان المتقدمة. ركزت الدراسة على تقدير معدلات الإصابة بالسل التي تم تسجيلها في مستشفى الكويتي للأمراض الصردية في بنغازي في الفترة بين 2010 حتى 2018.

المواد والطرق

تجميع البيانات

تم الحصول على بيانات مرضى السل في الفترة ما بين عامي 2010 و2018 من قسم الإحصاء بمستشفى الكويت للأمراض الصردية في بنغازي. عدا عوامل مدرجة ضمن البيانات وهي، نوع السبب، العمر، المنطقة، الجنسية، فترة العلاج في المستشفى، التشخيص، بالإضافة إلى ذلك، تم تسجيل عدة حالات للسل المصبوغ بأمراض مختلفة مثل الإيدز والتهاب الكبد الوبائي. علاوة على ذلك، تم الإحاطة بمدى تأثير السل على الحالة النفسية لبعض المرضى، مما أدى إلى هروب البعض، ومغادرة البعض الآخر على مسؤولياته الشخصية.

التحليل الإحصائي

تم تحليل بيانات المرضى التي تم الحصول عليها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS. تم حساب العدد الإجمالي للمريض خلال فترة تسعة سنوات (2010 - 2018). كما تم تقدير العدد الإجمالي للحالات ونسبتها المتحركة سنوياً على أساس نوع السبب، الفئات العمرية، الجنسية، المنطقة، ومدة الاستشفاء. بالإضافة إلى ذلك، تم تقديم احتمالية وجود علاقة بين التشخيص وجميع العوامل المختبرة، وكذلك مدى العلاقة بين عامل المنطقة والعوامل الأخرى باستخدام نشاط اختبار Chi-Square.
النتائج

أظهر التحليل الإحصائي الوصفي للبيانات التي تم الحصول عليها من قسم الإحصاء بمستشفى الكويت للأمراض الصدرية في الكويت أن العدد الإجمالي للمرضى خلال السنوات التسع الأخيرة (2010 - 2018) هو 1870، من ضمن هذا العدد سجل مرض السل وأمراض أخرى مرتبطة به 1778 حالة. اشتمل التشخيص على مرض السل وحده، والذي سجل أعلى نسبة (76.6٪)، ثانيا السل مع الإيدز بمعدل 3.5٪، ثم السل مع مرض السكري بمعدل 3.0٪.

تجد الإشارة إلى أن نسبة حالات مرضى السل سجلت أعلى معدل في عام 2010 حيث كان 16.4٪، يليه السنوات 2012، 2014 و 2011، التي بلغت نسبة المرض بها 11.9٪، 11.6٪ و 11.0٪، على التوالي. حدث انخفاض في معدلات العدوى في عام 2015 و 2018، حيث تم تسجيل 8.0٪ و 9.4٪ من الحالات على التوالي.

شكل (1). نسب حالات مرضى السل حسب سنوات الدراسة.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Frequency</th>
<th>Percent</th>
<th>Valid Percent</th>
<th>Cumulative Percent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Left pleural effusion due to TB</td>
<td>10</td>
<td>.5</td>
<td>.5</td>
</tr>
<tr>
<td>2. TB</td>
<td>1361</td>
<td>72.8</td>
<td>72.8</td>
</tr>
<tr>
<td>3. TB+lung cyst</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>4. TB+Depression</td>
<td>2</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Bronchial asthma +Diabetes</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>6. TB+Diabetes+pulmonary fibrosis</td>
<td>3</td>
<td>.2</td>
<td>.2</td>
</tr>
<tr>
<td>7. TB+TBM</td>
<td>2</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Pulmonary fibrosis +Coronary insufficiency +Kidney failure +Anemia</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>9. TB negative sputum</td>
<td>10</td>
<td>.5</td>
<td>.5</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Upper respiratory tract infection</td>
<td>2</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Pneumonia+HTN+coronary insufficiency</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Old pulmonary TB +Gastritis</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>13. TB+AIDS</td>
<td>65</td>
<td>3.5</td>
<td>3.5</td>
</tr>
<tr>
<td>14. Miliary TB</td>
<td>7</td>
<td>.4</td>
<td>.4</td>
</tr>
<tr>
<td>15. TB+Hepatotoxicity</td>
<td>4</td>
<td>.2</td>
<td>.2</td>
</tr>
<tr>
<td>16. Old pulmonary TB</td>
<td>8</td>
<td>.4</td>
<td>.4</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Pneumonia+Hematoma</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>18. TB+Diabetes</td>
<td>54</td>
<td>2.9</td>
<td>2.9</td>
</tr>
<tr>
<td>19. Pleural effusion +Hepatitis C</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>20. TB+Pleural effusion</td>
<td>38</td>
<td>2.0</td>
<td>2.0</td>
</tr>
<tr>
<td>21. TB+Bronchial asthma</td>
<td>11</td>
<td>.6</td>
<td>.6</td>
</tr>
<tr>
<td>22. TB+Bronchial asthma +Gallbladder stone</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>23. TB+Parazoa</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>24. recurrent pulmonary TB</td>
<td>6</td>
<td>.3</td>
<td>.3</td>
</tr>
<tr>
<td>25. TB+Pneumothorax</td>
<td>4</td>
<td>.2</td>
<td>.2</td>
</tr>
<tr>
<td>26. Pneumonia+BPH</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>27. Old TB +Respiratory tract infection</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>28. Pneumonia+AIDS</td>
<td>8</td>
<td>.4</td>
<td>.4</td>
</tr>
<tr>
<td>29. Pneumonia</td>
<td>28</td>
<td>1.5</td>
<td>1.5</td>
</tr>
<tr>
<td>30. Respiratory tract infection</td>
<td>5</td>
<td>.3</td>
<td>.3</td>
</tr>
<tr>
<td>31. Old TB+AIDS</td>
<td>2</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>32. TB+Hepatitis B</td>
<td>5</td>
<td>.3</td>
<td>.3</td>
</tr>
<tr>
<td>33. TB+pulmonary fibrosis +hypothyroidism</td>
<td>1</td>
<td>.1</td>
<td>.1</td>
</tr>
<tr>
<td>34. XDR TB</td>
<td>7</td>
<td>.4</td>
<td>.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Condition</td>
<td>Probability</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>35. Chronic bronchitis + hepatic failure</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>36. TB + Diabetes + AIDS</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>37. TB + Hepatitis C</td>
<td>10.5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>38. Old TB + Bronchial asthma + bronchiectasis</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>39. Extrapulmonary TB</td>
<td>3.2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>40. TB + Urinary tract infection</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>41. TB + Bronchiectasis</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>42. TB + Diabetes + Blood pressure</td>
<td>11.6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>43. Old TB + AIDS + Hepatitis</td>
<td>13.7</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>44. Intestinal TB</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>45. TB + Pleural effusion + AIDS</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>46. Thyroid TB + TB lymphadenitis</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>47. Pneumonia + Blood pressure</td>
<td>3.2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>48. TB + Gastritis</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>49. Old TB + Pulmonary fibrosis + Diabetes</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>50. TB + Sickle cell anemia</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51. Chemical pneumonitis</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>52. TB + Bone TB</td>
<td>4.2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>53. TB + Hepatitis C + AIDS</td>
<td>4.2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>54. TB Lymphadenitis + AIDS</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>55. TBM + AIDS</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>56. TB Lymphadenitis</td>
<td>15.8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>57. Old TB + Pulmonary fibrosis + Pneumonia</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>58. TB + Anemia</td>
<td>7.4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>59. TB + Acute kidney failure</td>
<td>6.3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>60. Bronchial asthma + Diabetes + HTN + GERD</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>61. TB + Gastritis + AIDS</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>62. Bronchiectasis</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>63. TB + Bronchiectasis + Pulmonary fibrosis + Respiratory tract infection</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>65. Old TB + Diabetes + Blood pressure + Coronary insufficiency</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>66. COPD + Blood pressure</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>67. TB Pleurisy</td>
<td>20.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>68. TB + Diabetes + Hepatitis C</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>69. Bronchiectasis + COPD + Hepatitis C</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>70. Acute kidney failure + Diabetes + Blood pressure + Thrombus</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>71. TB + Enteritis</td>
<td>1.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>72. TB + Breast and bone cancer</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Code</td>
<td>Condition</td>
<td>Frequency 1</td>
<td>Frequency 2</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>-----------------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>73</td>
<td>Diabetes + Blood pressure + Fatty liver</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>74</td>
<td>Left pleural effusion + BPH</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>75</td>
<td>TB + Down syndrome</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>76</td>
<td>ARDS</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>77</td>
<td>TB + TBM</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>78</td>
<td>TB + TB pleurisy + Spinal TB</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>79</td>
<td>TB + deep vein thrombosis</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>80</td>
<td>Lowe respiratory tract infection</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>81</td>
<td>Old TB + thrombus</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>82</td>
<td>AIDS</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>83</td>
<td>TB peritonitis</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>84</td>
<td>Spinal TB</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>85</td>
<td>Parkinson’s + Pneumonia + Bronchial asthma</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>86</td>
<td>TB + Epilepsy</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>87</td>
<td>Upper respiratory tract infection + GERD</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>88</td>
<td>Hepatitis C + Bronchial asthma</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>89</td>
<td>COPD + GERD</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>90</td>
<td>Pleural effusion due to TB + TB lymphadenitis</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>91</td>
<td>UTI + COPD + Pneumonia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>92</td>
<td>XDR TB + AIDS</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>93</td>
<td>Lymphoma</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>94</td>
<td>Pulmonary fibrosis + Blood pressure</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>95</td>
<td>TB + pulmonary fibrosis</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>96</td>
<td>old TB + pulmonary fibrosis + bronchiectasis</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>97</td>
<td>Pulmonary fibrosis + viral pneumonia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>98</td>
<td>Bronchial asthma + anemia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>99</td>
<td>TB + Brain cancer + Diabetes + Blood pressure</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>100</td>
<td>TBM</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>101</td>
<td>old TB + UTI + Diabetes + Blood pressure</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>102</td>
<td>Bronchiectasis + Diabetes + Blood pressure</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>103</td>
<td>TB + blood pressure + hypothyroidism</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>104</td>
<td>TB + COPD</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>105</td>
<td>TB + Diabetes + MI</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>106</td>
<td>TB + AIDS + mental retardation</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>107</td>
<td>old TB + lobectomy of Right lung</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>108</td>
<td>Coronary insufficiency</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>109</td>
<td>Bronchial asthma + lung cyst</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>110</td>
<td>TB + Pneumonia</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnoses</td>
<td>Count</td>
<td>Percentage</td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>Pneumonia + Diabetes</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + TB Lymphadenitis + kidney failure</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spinal TB + Hepatitis C</td>
<td>2</td>
<td>2.2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Liver abscess</td>
<td>2</td>
<td>2.2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB peritonitis + TB pleurisy</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Spinal TB</td>
<td>3</td>
<td>3.3%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Diabetes + Hepatitis B + Gallbladder stone</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Hepatitis B + Gallbladder stone</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spinal TB + Hepatitis C</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Liver abscess + BPH + Diabetes</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Diabetes + Blood pressure + Hypothyroidism + Hepatitis B</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Right pleural effusion due to TB + Diabetes + Kidney failure</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rheumatoid arthritis</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Diabetes + Cardiac insufficiency</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TB + Rheumatism</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD</td>
<td>1</td>
<td>1.1%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Total                                                                     | 1870  | 100.0%     | 100.0%

شکل (2). تشخیص حالات مریضیسل والأمراض المرافقة له.
جدول (2). تشخيص حالات مرضى السل والأمراض المصاحبة له.

<table>
<thead>
<tr>
<th>عنصر</th>
<th>حجم العينة</th>
<th>نسبة</th>
<th>نسبة صالحة</th>
<th>نسبة صلبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Left pleural effusion due to TB</td>
<td>10</td>
<td>0.6</td>
<td>0.6</td>
<td>0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>TB</td>
<td>1362</td>
<td>76.6</td>
<td>76.6</td>
<td>77.2</td>
</tr>
<tr>
<td>TB &amp; various diseases in 0.1%</td>
<td>69</td>
<td>3.9</td>
<td>3.9</td>
<td>81.0</td>
</tr>
<tr>
<td>TB &amp; various diseases in 0.2%</td>
<td>42</td>
<td>2.4</td>
<td>2.4</td>
<td>83.4</td>
</tr>
<tr>
<td>TB negative sputum</td>
<td>10</td>
<td>0.6</td>
<td>0.6</td>
<td>84.0</td>
</tr>
<tr>
<td>TB+AIDS</td>
<td>63</td>
<td>3.5</td>
<td>3.5</td>
<td>87.5</td>
</tr>
<tr>
<td>TB &amp; various diseases in 0.3-0.4%</td>
<td>50</td>
<td>2.8</td>
<td>2.8</td>
<td>90.3</td>
</tr>
<tr>
<td>TB +Diabetes</td>
<td>54</td>
<td>3.0</td>
<td>3.0</td>
<td>93.4</td>
</tr>
<tr>
<td>TB +Pleural effusion</td>
<td>38</td>
<td>2.1</td>
<td>2.1</td>
<td>95.5</td>
</tr>
<tr>
<td>TB +Bronchial asthma</td>
<td>11</td>
<td>0.6</td>
<td>0.6</td>
<td>96.1</td>
</tr>
<tr>
<td>TB +Hepatitis C</td>
<td>10</td>
<td>0.6</td>
<td>0.6</td>
<td>96.7</td>
</tr>
<tr>
<td>TB +Diabetes +Blood pressure</td>
<td>11</td>
<td>0.6</td>
<td>0.6</td>
<td>97.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Old TB +AIDS +Hepatitis</td>
<td>13</td>
<td>0.7</td>
<td>0.7</td>
<td>98.0</td>
</tr>
<tr>
<td>TB Lymphadenitis</td>
<td>15</td>
<td>0.8</td>
<td>0.8</td>
<td>98.9</td>
</tr>
<tr>
<td>TB Pleurisy</td>
<td>20</td>
<td>1.1</td>
<td>1.1</td>
<td>100.0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>1778</strong></td>
<td>100.0</td>
<td>100.0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

خلال هذه الفترة المحددة والمذكورة أعلاه، كان معدل الإصابة بين الذكور 69.5% مقارنة بالإناث اللواتي كان لديهن معدل إصابة 30.5%. أكثر الفئات العمرية المصاببة هي 20 - 29 و30 - 39 عام، والتي وجد أن نسبة 30.5% و26.7% على التوالي. في حين أن الفئة العمرية الأقل إصابة هي 0 - 20، والتي تقدر بـ 8.0% فيما بعد 50 - 59 والتي كانت 8.5%.

بطبيعة الحال، وجدت الدراسة أن نسبة الإصابة كبيرة لدى الجنسية الليبية (82.1%) تليها الجنسية العربية (10.7%)، بينما كانت أكبر نسبة انخفاض في جنسيات جنوب شرق آسيا (1%) ثم الإفريقية (6.2%). بحسب المنطقة، استنتج أن أعلى نسبة إصابة كانت لمرضى مدينة بنغازي (59.8%) ثم ضواحي بنغازي (11.5%) ثم اجداوليا (9.4%)، بينما كانت النسبة الأكثر انخفاضاً لمرضى غريان، ام ساعد، زليتن، صرمان، براك الشاطئ، ورأس لانوف (0.1%).
شكل (3). نسبة حالاتمرضى السل حسب نوع الجنس.

شكل (4). نسب حالاتمرضى السل حسب الفئات العمرية.
Figure (5). Percentage of male patients by nationality.

Figure (6). Percentage of male patients by region.
فترة أقل من شهر هي الفترة الأكثر التي قضواها المرضى في المستشفى للعلاج، حيث تبلغ نسبتهم 72.55٪، وبعد ذلك فترة شهر إلى ثلاثة أشهر مدرجة بنسبة 25.76٪، في حين أن الفترة التي تزيد عن سنة أشهر تظهر النسبة الأكبر انخفاضاً للحالات (0.79٪)، ثم الفترة من 4-6 أشهر (0.9٪).

شَكِّل (7). نسب حالات مرضى السل حسب فترة الاستشفاء في المستشفى.

أظهرت النتائج أن عدداً من الحالات تركت المستشفى على مسؤوليتها الخاصة أو على مسؤولية أحد أفراد الأسرة، مسدد 3.9٪ (69 حالة). كما تم تسجيل حالات هروب لبعض المرضى بنسبة 2.8٪ (49 حالة). بالإضافة إلى ذلك، تم تسجيل حالات الوفاة بسبب المرض بنسبة 2.8٪ (49 حالة).
أظهرت نتائج اختبار Chi-Square وجود علاقة معنوية كبيرة بين التشخيص وكلاً من نوع الجنس، الفترة العمرية، الجنسية والمنطقة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.01$. بالاعتماد على العلاقة بين التشخيص والسنة، هناك علاقة معنوية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. على العكس من ذلك، اكتشفت نتائج اختبار Chi-Square أن هناك عدم وجود علاقة معنوية بين التشخيص وكلاً من مدة الاستشفاء والملاحظات.

أفاد اختبار Chi-Square عن وجود علاقة معنوية كبيرة جداً بين المنطقة والفتانات العمرية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. علاوة على ذلك، هناك علاقة معنوية كبيرة جداً بين المنطقة والسنة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.001$. من ناحية أخرى، لا يوجد علاقة معنوية بين المنطقة وأي من نوع الجنس، الجنسية، فترة الاستشفاء والملاحظات.

شكل (8). نسب حالات المغادرة على المسؤولية، الهروب والوفاة بسبب مرض السل.
المناقشة

وفقاً لتقارير وحدة مكافحة السل التابعة لمنظمة الصحة العالمية بالمكتب الإقليمي لشرق المتوسط، تم رصد ارتفاع نسبة حالات الإصابة بالسل في ليبيا من 17 إلى 40 حالة لكل 100,000 نسمة بين عامي 2007 و2008. أصبحت هذه الزيادة مؤشر خطير لعودة ظاهرة السل في ليبيا على الرغم من الجهود العالمية التي شنها قوات عجيبة من (Solliman et al., 2012) مع الدعم من (TB Unit of the WHO Regional Office for Eastern-Mediterranean Region, 2007) & (TB Unit of the WHO Regional Office for Eastern-Mediterranean Region, 2008).


قد يرجع هذا الاختلاف الكبير في الزيادة في عدد الحالات، على الرغم من الاختلاف الكبير في عدد سنوات الدراسة، إلى الفرق الكبير في الكثافة السكانية بين بنغازي وطبرق. تتفق كلتا الدراستين في أن معدل إصابة الذكور أكبر من الإناث. بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الحالات بين المواطنين الليبيين تلتها الجنسية العربية، ثم الجنسيات الأخرى في كلتا الدراستين. سجلت الدراسة الحالية زيادة في حدوث الإصابة بين الفئات العمرية 20-29، تليها 30-39، وهو ما يتفق بشكل جزئي مع نتائج البحث المذكور أعلاه، والتي تظهر أن الفترة العمرية 15-34 تظهر معظم النسب المرتفعة للمرض لما يقرب من نصف إجمالي معدل الإصابة.

قد يكون ارتفاع معدل الإصابة بالسل عند الذكور، وخاصة في الفترة العمرية 20-39، بسبب عادات هذه المجموعة مثل زيارة المفاها الذي يتم تخزين الشيخة مما يسهل انتقال السبب بكتيريا السل. قد يكون الانخفاض في الإصابة في عام 2015 بسبب ظروف الحرب وقلة تردث المرضى على المستشفي.

دراسة 2011 والتي أجريت في تايوان، تم فيها جمع بيانات مرضى السل في عام 2002 و2008، وتقدير نسبة الترتيب السكانية، التوزيع الجغرافي للسل، التغيير في معدلات الإصابة والوفيات. لوحظ في نتائج هذه الدراسة انخفاض نسبة الحالات الجديدة للسل من 16758 إلى 14265، وكذلك انخفاض معدل الإصابة بين السكان من 75 لكل 100,000 نسمة إلى 62 لكل 100,000 نسمة، وذلك ناتج عن عمليات برنامج السل الوطني Lo et al., 2011

علاوة على ذلك، كانت النتائج التي نشرها National Tuberculosis Program (NTP) تتفق مع الدراسة الحالية من حيث معدل العدوى السنوي بين الرجال والذكور يقارب ضعف النسبة لدى النساء.
بالإضافة إلى معدل الوفيات. إضافة إلى ذلك، أظهرت النتائج أن الأماكن المأهولة بالسكان هي الأكثر إصابة بالسل. سجل البحث أيضًا أن الفئة العمرية (≤65) كانوا هم الأكثر إصابة، وقد عيزى ذلك إلى نقص المناعة أو مصاحبة أي مرض من أمراض كبار السن، والتي تؤدي إلى خفض المناعة وإعطاء فرصة أكبر للإصابة ببكتيريا السل الإنتهازية، على النقيض من نتائج دراستنا التي تظهر أن أعلى معدل للعدوى بين الفئة العمرية (29-30).

أشارت دراسة أخرى إلى أن ارتباط السل بالإيدز سجل أعلى معدل بين الأمراض الأخرى المرتبطة بالسل، لذلك أصبح من الضروري استخدام العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART) لمرضى الإيدز. وقد أعطى هذا نتائج مرضية في الحد من الإصابة بالسل لدى مرضى فيروس نقص المناعة المكتسبة، وذلك بناءً على ما أفادت به هذه الدراسة والتي أجريت في 12 دولة أفريقية من 2003 إلى 2016. أثبت العلاج فعاليته في جميع البلدان التي تم اختبارها، حيث تم منع 1.88 مليون حالة إصابة بالسل لدى مرضى الإيدز من 11.96 مليون مريض بالسل وجود علاقة بين الإصابة بفيروس Molaeipoor et al., (Dye and Williams, 2019).

نقص المناعة المكتسبة والسل.

أشارت نتائج البحث إلى أن عدد الحالات المتعلقة بالسل القديم أو المنزلي قد يؤدي إلى تصنيفها على أنها من النوع المقاوم للأدوية المتعددة (MDR-TB). اختبر 2014. Molaeipoor et al., (DST) على عينة من 261 عزلة من خلال نظام BACTEC MGIT 960 SIRE. تم التأكد من أن جميع العزلات كانت (EMB) أوتامبوجل، (SM) ستريوتميسين، (INH) أيزونيازيد، (RIF) ريفامبين، (INH) 8.8% و RIF 9.0% SM 8.8% من بين 261 حالة، كان هناك 44 حالة منها مصابة بالسل الراجع / القديم، على الرغم من ذلك أشارت الدراسة إلى انخفاض معدل الإصابة ببكتيريا السل المقاومة للأدوية بين هؤلاء المرضى.

يدعم تسجيل 40 حالة من حالات الهروب في هذه الدراسة بقوة أن الأكتتاب مرتبطة أيضاً ببعض حالات مرضى السل. وفقًا لذلك، تم التأثر على إحصائيات مماثلة من قبل Dasa et al., (2019) وسبب انتشاره بين مرضى السل في شرق أثيوبيا. اكتشفنا من أبحاثهم أن الإصابة بالسل هي الأكثر بين الفئة
العملية الأقليه من 35 عاماً (61.5%)، سكان المدينة (70.2%)، الأشخاص المتوسطون (53.6%)، الرجال الممارسون للجنس (59.3%)، انخفاض مستوى التعليم (61.3%)، على حسب عدد أفراد الأسرة (67%)، مرضى السل حديث التشخيص (67%)، مرضى السلاح الذين تلقوا العلاج لأكثر من ثلاثة أشهر (70%)، المرضى الذين يعانون من كل من السل والإيدز معاً (13.6%)، ومرضى السل المقاوم للأدوية المتدفقة (24.8%). كان معدل انتشار الانتشار بين مرضى السل لمجموع من 403 حالة 51.9%، ولاحظ أعلى معدل للإكتتاب بين الفئة العمرية الأكبر من 35 سنة، بالإضافة إلى ذوي الدخل الشهري المنخفض. توصلت 2017 إلى وجود علاقة بين السلام والإكتتاب، وتحديداً من خلال السلوك وعدم القدرة على تحمل الضرر، مما دفع العلماء إلى تسميتها "متزازة السل والإكتتاب". قد يزيد الانتشار من خط الرضا بالسل، كما قد يؤدي السل نفسه إلى زيادة الإكتتاب الناجم عن وقته العذر. بعد الفحص، سوء الطبيعة، نقص المناطة ومعاطي المخدرات من بين العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالسل وارتفاع معدل الوفيات. لذلك، توصي الإستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة السل بتوفر رعاية متكاملة تركز على مريض السل وعلى الجانب الاجتماعي والنفسي لتجنب الإكتتاب، من أجل الشفاء السريع من مرض السل.

الخاتمة

لا يزال مرض السل أكثر أسابيع الوفاة في جميع أنحاء العالم. من خلال نتائج دراسة خاصة، الوكالة أظهرت نتائج تثبت أن الإصابة بالسل خلال سنوات الدراسة 의사، فمن الواضح أن ليبيا من بين الدول التي تتقرر فيها عوامل انتشار العدوى بالبكتيريا المسببة للسل الحدي. Mycobacterium tuberculosis العدد الممثل، نوع الجنس، الذي أظهر أعلى معدل إصابة للذكور الذين يمارسون عادة عادات تجعلهم عريضة للإصابة ببعض هذه البكتيريا، مثل التدخين، وخاصة الشبكة المستخدمة من شخص آخر. توصى هذه الدراسة بنشر الوعي الصحي بمخاطر السل بين-office المجتمعي. كما ينصح بتطبيق طرق التشخيص الحديثة للسل في المستشفيات الليبية، وخاصة تفاعل سلسلة البوليمرز (PCR) polymerase chain reaction لتشخيص الدقيق والسريع يوفر فرصة أكبر للعلاج.

شكر وتقدير

نقدم بخالص الشكر والعرفان لكل العاملين بمستشفي الكويتية للأمراض الصلبية، بينغازي، وبالأشخاص العاملين بقسم الإحصاء بالمستشفى.
المراجع


