

بررسی شیوع هیپاتیت B و C در کودکان خیابانی شهر تهران از فروردین تا شهریور ۱۳۸۶

دکتر فاطمه فلاح*، دکتر عبدالله کریمی**، دکتر گیتا اسلامی*، دکتر صدیقه رفیعی طباطبایی**، دکتر حسین گودرزی*، راحله رادمنش احسنی*، محمدعلی ملکان**، معصومه نویدی نیا**، فرشته قابل رحمت***، دکتر آرزو مرادی**، دکتر اکرم گل نبی**، پوران قائدی****

* گروه میکروب شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** مرکز تحقیقات عفونی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*** سازمان بهزیستی استان تهران

**** دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: از مهم‌ترین مسائلی که کودکان خیابانی با آن مواجه هستند، مشکلات بهداشتی است. بسیاری از این کودکان دچار سوء تغذیه، کم‌خونی، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های گوارشی، بیماری‌های پوستی و بیماری‌های عفونی اکتسابی مانند هیپاتیت، ایدز و سل می‌باشند. با توجه به تاکید بر انجام واکسیناسیون گروه‌های پرخطر، شناسایی این گروه‌ها اهمیت بسیاری دارد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، ۲۰۳ کودک خیابانی که از سطح شهر تهران جمع‌آوری و در مراکز نگهداری از کودکان خیابانی سازمان بهزیستی مستقر شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از معاینه بالینی توسط پزشک متخصص اطفال، پرسش-نامه‌ای برای هر کودک تکمیل و از هر یک ۳ سی‌سی خون گرفته شد. با استفاده از روش الایزا HBS-Ag، HBS-Ab و HBC-Ab برای شناسایی هیپاتیت B و HCVAb برای شناسایی هیپاتیت C مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۲۰۳ کودک مورد مطالعه، ۱۹۶ نفر پسر و ۷ نفر دختر بودند. ۶ مورد (۳ درصد) HBS-Ag مثبت، ۵۴ مورد (۲۶/۶ درصد) HBS-Ab مثبت، ۱۶ مورد (۸ درصد) HBC-Ab مثبت و ۷ مورد (۳/۵ درصد) HCVAb مثبت مشاهده شد. تمام کسانی که هیپاتیت داشتند، پسر بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به موارد مثبت هیپاتیت B و C لازم است در مراکز نگهداری از کودکان خیابانی تسهیلاتی فراهم شود که بتوان علاوه بر معاینات بالینی، بیماری‌های عفونی اکتسابی مانند هیپاتیت را نیز شناسایی کرد.

واژگان کلیدی: هیپاتیت B، هیپاتیت C، کودکان خیابانی.

مقدمه

بنا به تعریف اخیر سازمان دیده‌بان حقوق بشر، کودکان خیابانی به کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سالی گفته می‌شود که

به روش گوناگون در خیابان مشغول به کار و زندگی هستند. در واقع این کودکان بخش عمده‌ای از شبانه روز را در خیابان به سر می‌برند که یا منبع درآمد خانواده هستند و یا برای رفع احتیاجات شخصی خود کار می‌کنند. آنها بخش قابل توجهی از شبانه‌روز را در خیابان و به دور از حمایت، نظارت و کنترل افراد بزرگسال مسئول به سر می‌برند (۱).

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه

میکروب شناسی، راحله رادمنش احسنی (email: rahelehr@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۸

امروزه مشکل کودکان خیابانی یکی از معضلات شهرهای بزرگ صنعتی و نیمه صنعتی است. حدود ۱۰۰ میلیون کودک در سطح جهان روزهای خود را در کنار خیابان می‌گذرانند (۲). ۱۰ میلیون نفر از این کودکان بدون هیچ مراقبت یا محافظت در خیابان پراکنده‌اند. با تعریف اخیر سازمان‌های بین‌المللی از مقوله کودکان خیابانی، بسیاری از آمار و ارقام دچار کم‌شماری شده است. اما آنچه مشخص است بسیاری از کشورها در مشکل کودکان خیابانی علی‌رغم برخورداری از خصوصیات مشترک از واقعیت منحصر به فردی رنج می‌برند که به کنترل این پدیده در هر کشور تصویر ویژه‌ای می‌بخشد. متأسفانه کشورهای اندکی در این مقوله بررسی‌هایی انجام داده‌اند (۳).

از مهم‌ترین مسائلی که کودکان خیابانی با آن مواجه هستند، مشکلات بهداشتی است. بسیاری از این کودکان دچار سوءتغذیه، کم‌خونی، بیماری‌های تنفسی (به دلیل گذراندن ساعات طولانی در خیابان و استنشاق هوای آلوده)، بیماری‌های گوارشی، بیماری‌های پوستی و بیماری‌های عفونی اکتسابی مانند هیپاتیت، ایدز و سل می‌باشند (۱، ۴-۶).

در مطالعه‌ای در ترکیه، ۵ درصد کودکان خیابانی HBs Ag مثبت، ۲۳ درصد anti-HBc Ab مثبت و ۲۴ درصد anti-HBs Ab مثبت بودند (۲). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۳ در شهر تهران انجام گرفت، ۲/۹ درصد کودکان خیابانی جنوب شهر تهران HBs Ag مثبت و ۱۴/۵ درصد HBs Ab مثبت بودند (۳). در مطالعه‌ای که در برزیل بر روی کودکان خیابانی صورت گرفت، ۱۳/۵ درصد anti-HBc Ab مثبت و ۲ درصد HBs Ag مثبت بودند (۱۱).

با توجه به شیوع هیپاتیت در ایران و عدم شناسایی افراد آلوده بخصوص کودکان خیابانی در سطح شهر بر آن شدیم تا میزان شیوع هیپاتیت B و هیپاتیت C را با استفاده از روش الایزا با همکاری سازمان بهزیستی استان تهران در تمام نقاط شهر تهران تعیین کنیم.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی، کودکان جمع‌آوری شده از سطح استان تهران که به چهار مرکز نگهداری از پسران و یک مرکز نگهداری از دختران سازمان بهزیستی منتقل شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. کودکان توسط نیروی انتظامی و مامورین سازمان بهزیستی از سطح شهر و پایانه‌ها جمع‌آوری و به این مراکز منتقل می‌شدند.

پس از معاینه بالینی توسط پزشک متخصص اطفال، پرسش‌نامه‌ای شامل سن، جنس، ملیت، میزان تحصیلات (ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان)، مصرف دخانیات (شدید: بیش از ۱۰ نخ در روز، متوسط: ۹-۱ نخ در روز، خفیف: چند نخ در هفته)، داشتن خالکوبی، داشتن سرپرست، مدت زمان خیابان‌خوابی و شغل کودک تکمیل گردید.

از هر کودک ۳ سی‌سی خون گرفته شد. نمونه‌ها در ظروف استریل جمع‌آوری و پس از ارسال به آزمایشگاه توسط سانتریفوژ، سرم از خون جدا گردید. برای نگهداری طولانی مدت، نمونه‌ها در ۲۰- درجه سانتی‌گراد نگهداری شدند.

سه مارکر سرولوژی زیر بررسی شد: ۱- HBs Ag که به عنوان اولین مارکر سرولوژی هیپاتیت B مطرح است و ۱ تا ۱۰ هفته پس از در معرض قرار گرفتن با ویروس و ۲ تا ۸ هفته قبل از بروز علائم بالینی در خون قابل ردیابی است و در سراسر دوران علامت‌دار بیماری باقی می‌ماند. حضور HBs Ag برای مدت طولانی حدود ۶ ماه فرد را به ناقل مزمن تبدیل می‌کند. ۲- HBs Ab که نشان دهنده عفونت قبلی، مصونیت در برابر هیپاتیت و یا واکسیناسیون موفق است. ۳- HBc Ab که وجود این آنتی‌بادی نشانه پاسخ ایمنی بدن علیه ویروس بوده و قبل از HBs Ab ظاهر می‌گردد. IgM Anti-HBc نشان دهنده عفونت حاد و IgG Anti-HBc نشان دهنده بهبودی پس از عفونت و عفونتی در گذشته می‌باشد.

برای شناسایی HCV، آزمون‌های سرولوژی متعددی در دسترس است، اما با این روش‌ها نمی‌توان عفونت حاد، مزمن و عفونت نهفته را متمایز کرد. آنتی‌بادی ضد HCV در ۷۰-۵۰ درصد موارد در شروع شکایت و در بقیه موارد در ۶-۳ هفته شناسایی می‌شود. معیار ما در شناسایی HCV بررسی وجود HCV-Ab بود.

برای شناسایی HBs-Ag، HBs-Ab، HBe-Ab و HBe-Ab از تکنیک الایزا (کیت تجارتي Dia Plus Inc.) استفاده شد. تمامی بیماران پس از تایید تشخیص، به متخصصین عفونی معرفی شدند.

جهت تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (کای‌دو و آزمون t) استفاده شد. نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱) برای تحلیل داده‌ها به کار رفت. ارزش P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

۲۰۳ کودک خیابانی در گروه سنی ۷-۱۸ سال شامل ۱۹۶ (۹۶/۶ درصد) پسر و ۷ (۳/۴ درصد) دختر بررسی شدند. ۱۲۹

Ab مثبت و ۷ نفر (۳/۵ درصد) HCV- Ab مثبت بودند. در ۴۴ نفر فقط HBs-Ag مثبت و سایر مارکرها منفی بود که نشان دهنده واکسیناسیون موفق در این گروه از کودکان است. یک نفر HBs-Ag و HBc-Ag مثبت بود که نشان دهنده عفونت حاد در مرحله آخر بیماری یا عفونت مزمن در مرحله کلاسیک و یا فعال شدن مجدد بیماری مزمن است. ۹ نفر HBs-Ag و HBc-Ag مثبت بودند که نشان دهنده بهبودی از عفونت حاد یا مزمن می‌باشد. یک کودک بطور همزمان HBs-Ag و HBs-Ag مثبت بود. کلیه کودکان HBs-Ag مثبت و HCV- Ab مثبت پسر بودند. مشخصات بیماران در جدول ۱ آمده است.

بحث

پدیده کودکان خیابانی یکی از مشکلات آسیب‌زای اجتماعی است که از دیر باز در سراسر جهان وجود داشته و در سال‌های اخیر به دلایل گوناگون در کشور ما نیز افزایش یافته است. امروزه به علت آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد، طلاق، بی‌سرپرستی، بدسرپرستی و فقر اقتصادی، کودکان از خانه‌های خود فرار کرده و به شهرهای بزرگ نظیر تهران می‌روند و بدون داشتن مهارت و آموزشی برای کار جذب مشاغل کاذب مانند دست‌فروشی، گل‌فروشی و فال‌فروشی می‌شوند و ساعت‌های متوالی در خیابان سرگردانند و در معرض خطر و آسیب‌های اجتماعی هستند و در بعضی موارد مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند و حتی به دلیل داشتن درآمد بیشتر جذب باندهای قاچاق شده و در جابه‌جایی و انتقال مواد مخدر از آنها استفاده می‌شود که پیامد این امر اعتیاد به مواد مخدر به منظور ایجاد وابستگی بیشتر به این گروه‌ها، ابتلا به بیماری‌های عفونی منتقله از طریق خون و تماس جنسی می‌باشد.

این پژوهش نشان داد که اکثر کودکان خیابانی شهر تهران، کودکان سایر شهرها و استان‌ها می‌باشند که به دلایلی مانند اعتیاد، طلاق، بی‌سرپرستی و بدسرپرستی به تهران آمده‌اند و یا به دلیل فقر اقتصادی به تنهایی یا همراه خانواده خود به کلان‌شهرهایی نظیر تهران مهاجرت کرده‌اند. در سایر کشورها عوامل دیگری در بروز پدیده کودکان خیابانی موثر می‌باشد. به عنوان مثال در آمریکا فقر مالی (۹)، در سن پائولو نبود سرپرست و خانواده (۷) و در تایلند و کشورهای آسیای شرقی ناهنجاری‌های اجتماعی و قاچاق جنسی (۸) نقش دارد.

نفر (۶۳/۵ درصد) ایرانی، ۷۱ نفر (۳۵ درصد) افغانی، ۲ نفر (۱ درصد) پاکستانی و ۱ نفر (۰/۵ درصد) عراقی بودند. ۱۸۱ نفر (۸۹ درصد) دارای سرپرست و خانواده و ۲۲ نفر (۱۱ درصد) بدون سرپرست بودند. ۷۸ درصد با خانواده، ۱۶ درصد تنها و ۶ درصد به صورت گروهی زندگی می‌کردند. ۶۱ نفر (۳۰ درصد) بی‌سواد، ۷۱ نفر (۳۵ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۶۲ نفر (۳۰/۵ درصد) تحصیلات راهنمایی و ۹ نفر (۴/۵ درصد) تحصیلات دبیرستانی داشتند. از نظر شغل و درآمد، ۷۶ نفر (۳۷/۴ درصد) هیچ درآمدی نداشتند و بقیه دارای مشاغل کاذب دست‌فروشی مانند گل‌فروشی، فال‌فروشی و واکسی بودند. بیشترین فراوانی مربوط به فال‌فروشی (۱۶ درصد) بود.

جدول ۱- مشخصات کودکان خیابانی HBs-Ag مثبت و HCV- Ab مثبت

مثبت		
HCV- Ab مثبت	HBs-Ag مثبت	
		سن (سال)
۳	۶	≤۱۴
۴	۰	>۱۴
		نوع زندگی
۱	۰	گروهی
۲	۱	تنها
۴	۵	خانواده
		خالکوبی
۱	۰	دارد
۶	۶	ندارد
		مصرف دخانیات
۶	۶	غیر سیگاری
۰	۰	خفیف
۰	۰	متوسط
۱	۰	شدید
		سرپرست
۴	۶	دارد
۳	۰	ندارد
		ملیت
۶	۳	ایرانی
۱	۳	افغانی

۱۷۷ نفر (۸۷ درصد) غیرسیگاری و ۲۶ نفر سیگاری (۱۸ نفر [۹ درصد] خفیف، ۲ نفر [۱ درصد] متوسط، ۵ نفر [۳ درصد] شدید) بودند. ۲۲ نفر (۱۱ درصد) دارای خالکوبی و ۱۸۱ نفر (۸۹ درصد) بدون خالکوبی بودند.

از ۲۰۳ کودک خیابانی، ۶ نفر (۳ درصد) HBs-Ag مثبت، ۵۴ نفر (۲۶/۶ درصد) HBs-Ag مثبت، ۱۶ نفر (۸ درصد) HBc-

در مطالعاتی که در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه صورت گرفته، بر استفاده کودکان از مواد مخدر و اعتیاد تاکید شده است. در مطالعه انجام شده در شهر ازمیر ترکیه ۲۰ درصد کودکان و در شهر آنکارا ۲۵ درصد کودکان سیگاری بودند و ۶ درصد کودکان از الکل استفاده می کردند (۱۰). در مطالعه دیگری که بر روی ۱۰۵ کودک خیابانی در برزیل انجام شد، ۵۸ درصد کودکان سیگار و ۲۵ درصد الکل مصرف می کردند (۱۱).

در مطالعه ای که توسط Turkmen و همکارانش صورت گرفت، ۱۹ درصد کودکان سیگاری بودند و میزان مصرف الکل در مقایسه با سایر مطالعات بسیار کم بود (۲). در مطالعه حاضر، ۱۳ درصد کودکان سیگاری بودند و با توجه به اعتقادات دینی و قوانین اسلامی حاکم بر کشور ما هیچ کدام از کودکان مصرف الکل نداشتند.

مشکلات رفتاری و اخلاقی، یادگیری فرهنگ خشن و تمایل به رفتارهای غیراخلاقی مانند خالکوبی و اعتیاد از نکات قابل تامل است. در مطالعه ای در ترکیه، اکثر کودکان سابقه ای از درگیری-های خیابانی، تصادف و صدمات و جراحات ناشی از نزاع داشتند و ۱۶ درصد دارای خالکوبی بودند (۲). در مطالعه ما، ۱۰ درصد کودکان دارای خالکوبی بودند که در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده درصد کمتری از کودکان را شامل می شود.

در این پژوهش ۳ درصد کودکان HBs Ag مثبت بودند و همگی در گروه سنی زیر ۱۴ سال قرار داشتند. در مطالعه ای که در کشور ترکیه انجام شد، از ۳۸ کودک مورد مطالعه در شهر آدنا ۲ نفر (۵ درصد) HBs Ag مثبت بودند (۲) که بیشتر از نتایج مطالعه ما بود. عواملی مانند مسائل جنسی و مصرف الکل می تواند باعث این تفاوت باشد. در مطالعه دیگری که در شهر استانبول ترکیه انجام شد، ۳/۴ درصد کودکان خیابانی در گروه سنی ۱۴-۱۰ سال و ۹/۹ درصد کودکان خیابانی گروه سنی ۱۹-۱۵ سال HBs Ag مثبت بودند (۱۰).

یکی از شایع ترین نتایج سرولوژیک غیرمعمول مثبت شدن IgG Anti-HBc به تنهایی است. در مطالعات مختلف شیوع چنین وضعیتی ۰/۵ تا ۲۰ درصد برآورد شده است که می تواند در هیپاتیت حاد، در دوره پنجره با ناپدید شدن HBs Ag و قبل از بروز HBs-Ag رخ دهد. شایع ترین دلیل در بروز چنین حالتی واکنش های غیراختصاصی و موارد مثبت کاذب است. در برخی مطالعات حتی تا ۶۰ درصد موارد مثبت کاذب گزارش شده است. دلیل دیگر، عفونت در سال ها قبل است که با کاهش HBs-Ag همراه است و به دلیل پایداری بیشتر Anti HBc این آزمایش مثبت می شود. گاهی به دلیل گذشت

سال ها از ابتلا به عفونت، سطح HBs Ag کاهش یافته و قابل ارزیابی نیست، لذا فقط Anti HBc مثبت می گردد.

یکی از کودکان HBs Ag و HBs-Ag مثبت بود. وجود توام شاخص های HBs Ag و HBs-Ag در خون بیماران بسیار نادر است، ولی در تعدادی از بیماران مبتلا به سندروم آرتریت -درماتیت چنین وضعیتی مشاهده می شود که احتمالاً مربوط به حضور کمپلکس های ایمنی است. البته وجود HBs-Ag در خون این بیماران مداوم نبوده و علت آن اتصال آنتی بادی به HBs Ag است. کلیه بیمارانی که برای هر دو شاخص توام مثبت هستند، الزاماً سندروم آرتریت-درماتیت نداشته و طبق آمارهای ارائه شده، ۲۰-۱۰ درصد بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن B هم HBs Ag و هم HBs-Ag دارند.

۳/۵ درصد کودکان HCV-Ab مثبت بودند که ۳ نفرشان (۴/۲ درصد) زیر ۱۴ سال و ۴ نفر (۵/۱ درصد) بالای ۱۴ سال بودند. در مقایسه با مطالعه کودکان خیابانی جنوب شهر تهران در سال ۱۳۸۳ که همگی از نظر HCV منفی بودند، نتایج بدست آمده در مطالعه ما افزایش شیوع HCV را در میان کودکان خیابانی نشان می دهد.

نتایج بدست آمده در مطالعه ما در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده بر روی کودکان خیابانی سایر کشورها درصد کمتری از شیوع هیپاتیت را در کودکان خیابانی کشور ما نشان می دهد. از مهم ترین دلایل در بروز چنین نتایجی اجرای طرح EPI (Expanded Programme on Immunization) در ایران است که از اردیبهشت ماه سال ۱۳۷۲ اجرا شده است. در کشور ما مانند سایر کشورهای خاورمیانه انتقال ویروس هیپاتیت به صورت افقی در بین جوانان و افراد خانواده است. اجرای طرح EPI یکی از مهم ترین و موثرترین روش ها برای پیشگیری و مقابله با هیپاتیت است (۱۲).

از آنجایی که برنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس نیازهای جامعه تدوین می شود، دستیابی به آمارهای بهداشتی امری ضروری می باشد. با توجه به اینکه اکنون واکسیناسیون گروه های پرخطر مورد تاکید می باشد، مشخص کردن گروه های پرخطر با مطالعات دقیق و تعیین فراوانی بیماری در آنها بسیار مثرتر خواهد بود.

پیشنهاد می گردد، در مراکز نگهداری از کودکان خیابانی تسهیلاتی فراهم شود که بتوان علاوه بر معاینات بالینی تسهیلاتی جهت بررسی آزمایشگاهی از نظر بیماری های عفونی اکتسابی مانند هیپاتیت و سل که علائم بالینی چند ماه پس از در معرض قرار گرفتن با عامل عفونی ظاهر می شود و احتمال انتقال آن در این دوران وجود دارد، فراهم شود. هم چنین در

این مراکز آموزش‌هایی در ارتباط با نحوه انتقال و راه‌های پیشگیری از بیماری به کودکان داده شود.

مسئولین محترم مراکز وابسته به خصوص جناب آقای رجبی و سرکار خانم حضرتی برای شناسایی کودکان، از مسئولین محترم مرکز تحقیقات عفونی اطفال به خصوص جناب آقای دکتر مهام برای حمایت‌های مالی و نیز از مشاور محترم آماري جناب آقای دکتر شمشیری تشکر و قدردانی می‌گردد.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پزشکی برای تصویب طرح، از سازمان بهزیستی استان تهران و سایر

REFERENCES

1. Children's Rights. Street children. Available at: www.hrw.org/children/street.htm
2. Türkmen M, Okyay P, Ata O, Okuyanoğlu S. A descriptive study on street children living in a southern city of Turkey. *Turk J Pediatr* 2004;46:131-36.
3. Vahdani P, Hosseini Moghadam S, Gachkar L, Sharafi K. Prevalence of hepatitis B, hepatitis C, human immunodeficiency virus and syphilis among street children residing in the southern Tehran, Iran. *Arch Iranian med* 2006;9:153-55.
4. Inciardi JA, Surratt HL. Children in street of Brazil drug use, crime, violence, and HIV risk. *Subst Use Misuse* 1998;33:1461-80.
5. Kipk MD, Simon TR, Montgomery SB, Unger JB, Iversen EF. Homeless youth and their exposure to and involvement in violence while living on street. *J Adolesc Health* 1997;20:360-67.
6. Lajor KJ. Street children a comparative perspective. *Child abuse Negl* 1999;23:759-70.
7. Pancharoen C, Thisyakorn U. Stuart Gan Memorial Lecture 2002. HIV/AIDS in children. *Ann Acad Med Singapore* 2003; 32: 235-38.
8. Marozzi J. Aiding the poorest. The Philippines: Children and Youth Foundation. *Financ Times* 1998:4.
9. Densley MK, Joss DM. Street children: causes, consequences, and innovative treatment approaches. *Work* 2000;15:217-25.
10. Pahsa A, Üzsoy MF, Altunay H, Koçak N, Ekren Y, Çavuşlu. İstanbul'da hepatit B ve C prevalansı. *Gülhane Tıp Derg* 1999;41:325-30.
11. Porto SO, Cardoso DD, Queiroz DA, et al. Prevalence and risk factors for HBV infection among street youth in central Brazil. *J Adolesc Health* 1994;15:577-81.
12. Zali MR, Mohammad K, Farhadi A, Masjedi MR, Zargar A, Nowroozi A. Epidemiology of hepatitis B in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 1996;2:290-98.