

بررسی لیشمانیوز جلدی شهری در لارستان طی سال های ۸۷ - ۱۳۸۵

نویسندگان:

عزیزاله دهقان^{۱*}، فریبا قهرمانی^۲، بشیر هاشمی^۱

۱- شبکه بهداشت و درمان لارستان، لارستان، ایران

۲- بخش اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره هشتم، شماره سه، پائیز ۸۹

چکیده:

مقدمه: بیماری لیشمانیوز یکی از شش بیماری مهم مناطق گرمسیری می باشد که سازمان بهداشت جهانی مطالعه و انجام پژوهش درباره جنبه های مختلف آن را توصیه کرده است. مطالعه حاضر به منظور بررسی وضعیت لیشمانیوز جلدی شهری در لارستان انجام شده است.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه مقطعی - توصیفی بود که اطلاعات بیماران شامل سن، جنس، تعداد زخم، محل ضایعه، محل سکونت و نوع ساختمان جمع آوری شده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: از تعداد ۷۷۶ نفر بیمار مورد مطالعه ۳۲۷ نفر مرد (۴۲/۱ درصد) و ۴۴۹ نفر زن (۵۷/۹ درصد) بودند. بالاترین میزان بیماری در گروه سنی ۹-۰ سال با ۳۳/۹ درصد و کم ترین میزان ابتلا در گروه سنی بالای ۶۰ سال با ۴/۳ درصد مشاهده شد. ۷۴/۱ درصد از بیماران روستایی و بقیه شهری بودند و ۶۲/۴ درصد از بیماران بیش از یک زخم در بدن داشتند. ۵۲/۳ درصد از بیماران در منازل نوساز و بقیه در منازل قدیمی زندگی می کردند. دست ها بیش ترین فراوانی درگیری در بیماری را داشتند، به طوری که ۵۸/۴ درصد از بیماران دارای زخم در دست های خود بودند. **بحث و نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد که الگوی جنسی بیماری با دیگر نقاط کشور متفاوت می باشد و گروه سنی زیر ۱۰ سال بیش تر در معرض خطر هستند. به علاوه بیماری در مناطق روستایی بیش تر دیده می شود و باید در جهت پیشگیری تلاش های کنترلی توأم با آموزش برای گروه های در معرض خطر مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: لیشمانیوز جلدی، اپیدمیولوژی، لارستان

مقدمه:

سازمان بهداشت جهانی است. بیماری مذکور در نقاط مختلف آسیا نظیر چین، سوریه، عربستان، ایران، عراق، فلسطین، قفقاز، جنوب شرقی روسیه، پاکستان، افغانستان و هند شایع است [۴]. سالانه حداقل ۱۲ میلیون نفر در دنیا به یکی از انواع آن مبتلا می شوند و حدود ۴۰۰ هزار مورد جدید از انواع لیشمانیوز سالانه در نقاط مختلف دنیا گزارش می شود [۵]. تقریباً ۳۵۰ میلیون نفر از جمعیت جهان در نقاطی زندگی می کنند که خطر ابتلا به این بیماری وجود دارد [۶]. در ایران سالانه حدود پانزده هزار نفر به سالک مبتلا می شوند که بر اساس تحقیقات موجود میزان واقعی آن ۴ تا ۵ برابر میزانی است که گزارش شده است [۵]. لیشمانیوز جلدی شهری در اصل یک آنتروپونوز است، یعنی بیماری در درجه اول از انسان به انسان منتقل می شود. آلودگی

لیشمانیوز نوعی بیماری انگلی است که توسط تک یاخته ای از جنس لیشمانیا ایجاد می شود. این تک یاخته انواع مختلفی دارد و گروهی از بیماری ها با تظاهرات بالینی و عواقب بهداشتی بسیار متنوعی را ایجاد می کند. یک نوع آن لیشمانیوز جلدی یا سالک می باشد. سالک زخم پوستی خوش خیمی است که به وسیله لیشمانیا تروپیکا (نوع شهری یا خشک) و لیشمانیا ماژور (نوع روستایی یا مرطوب) ایجاد می شود [۱]. بیماری لیشمانیوز یکی از شش بیماری مهم مناطق گرمسیری است که سازمان بهداشت جهانی مطالعه و انجام تحقیقات درباره جنبه های آن را توصیه کرده و مورد حمایت قرار داده است [۲ و ۳]. همچنین این مورد یکی از مشکلات بهداشتی مناطق گرمسیر دنیا و از اولویت های

محل سکونت، نحوه تشخیص بیماری، عضو مبتلا و تعداد زخم. از فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماران در واحد مبارزه با بیماری های واگیر شهرستان استخراج شد. در صورت نقص اطلاعات، از طریق تماس یا حضور در محل زندگی بیماران اطلاعات تکمیل شد. برای تحلیل داده های گردآوری شده از آمار توصیفی (فراوانی و فراوانی نسبی) به کمک نرم افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته ها:

از تعداد ۷۷۶ نفر بیمار مورد مطالعه ۴۲/۱۳ درصد نفر مرد و بقیه زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران به ترتیب برابر ۱۸/۲۷ و ۱۷/۸ سال بود. گروه سنی ۰-۹ سال با ۳۴۱ مورد (۴۳/۹۴ درصد) بیش ترین و گروه سنی بالای ۶۰ سال با ۳۳ مورد (۴/۲۵ درصد) کم ترین تعداد بیماری را داشتند. کوچک ترین بیمار یک ساله و مسن ترین آن ها ۸۴ ساله بود. اطلاعات بیش تر در خصوص وضعیت بیماری در گروه های مختلف سنی و جنسی در جدول ۱ آمده است. از کل بیماران مورد بررسی تعداد ۵۷۵ نفر (۷۴/۰۹ درصد) ساکن روستا و بقیه ساکن شهر بودند. فقط ۲۹۲ نفر از بیماران (۳۷/۶۲ درصد) یک زخم داشتند. جدول ۲ نشان دهنده فراوانی بیماران از نظر تعداد زخم و محل سکونت می باشد. ۵۲/۳۱ درصد از بیماران در منازل نوساز و ۴۷/۶۸ درصد در منازل قدیمی زندگی می کردند. از نظر عضو مبتلا ۴۵۳ بیمار (۵۸/۳۶ درصد) دارای زخم در اندام های خود بودند که از این تعداد ۱۱/۲ درصد دارای زخم در ناحیه پا، ۳۸/۷۸ درصد زخم در ناحیه دست و (۸/۳۷ درصد) ۶۵ بیمار همزمان هم در دست و پا دارای زخم بودند. بعد از دست ها، عضو صورت دارای زخم بیش تری بود ولی تنه دارای کم ترین تعداد زخم بود. همان طور که در جدول ۳ دیده می شود تعدادی از بیماران همزمان در چندین عضو دارای زخم بودند. توزیع فراوانی محل زخم به تفکیک نوع ساختمان در جدول ۳ ارائه شده است.

سگ نیز به طور معمول همراه آلودگی انسان دیده می شود و ممکن است نقشی فرعی برای این حیوان، به عنوان مخزن حیوانی بیماری در نظر گرفت. به علت این ویژگی، بیماری بیش تر در نقاطی دیده می شود که تراکم انسانی زیادتر باشد (مناطق شهری) و البته به شرط آن که تعداد پشه خاکی ناقل آن نیز بالا باشد و موارد بیماری هم در محل پیدا شود. پشه خاکی ناقل این نوع بیماری فلوبوتوموس سرژانتی است که در مناطق کوهپایه و نیز بافت کهنه شهرها به وفور یافت می شود. کانون های اصلی این نوع بیماری در ایران شهرهای تهران، شیراز، مشهد، نیشابور، سبزوار، کرمان، ساوه و بزم می باشند. بیماری به طور یک نواخت در سطح این شهرها پراکنده نیست، بلکه به طور معمول در بخشی از شهر که وفور فلوبوتوموس سرژانتی بیش تر است و همچنین در مناطق تازه ساز که در فواصل خانه ها محل های زاد و ولد پشه خاکی بیش تر است، دیده می شود. استان فارس یکی از کانون های آلودگی لیشمانیوز جلدی می باشد [۷]. لیشمانیوز جلدی در لارستان به وفور یافت می شود و براساس گزارش واحد مبارزه با بیماری های لارستان در سال های ۸۱ تا ۸۷ به ترتیب، ۲۱۳، ۵۴۹، ۷۰۸، ۶۶۷، ۱۰۵۱، ۱۳۱۹، ۶۱۰ مورد از بیماری ثبت شده است. در حال حاضر این بیماری یکی از معضلات بهداشتی شهرستان می باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی اپیدمیولوژیک لیشمانیوز جلدی شهری در شهرستان لارستان طی سال های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۸۷ می باشد.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی - توصیفی می باشد. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی نوع خشک (شهری) شامل ۷۷۶ مورد تشخیص داده شده طی فروردین سال ۱۳۸۵ لغایت پایان اسفند سال ۱۳۸۶ در سطح شهرستان لار بوده است. تشخیص برای ۳۸۳ نفر از بیماران به صورت آزمایشگاهی و بقیه بالینی بوده است. اطلاعات بیماران نظیر سن،

جدول ۱: توزیع سنی بیماران با تشخیص لیشمانیوز جلدی خشک به تفکیک جنس در لارستان طی سال های ۱۳۸۷-۱۳۸۵

گروه سنی	مرد		زن		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۰-۹	۱۵۵	۱۹/۹۷	۱۸۶	۲۳/۹	۳۴۱	۴۳/۹۴
۱۰-۱۹	۷۴	۹/۵۳	۷۷	۹/۹۲	۱۵۱	۱۹/۴۵
۲۰-۲۹	۴۳	۵/۵۴	۶۸	۸/۷۶	۱۱۱	۱۴/۳۰
۳۰-۳۹	۲۳	۲/۹۶	۴۴	۵/۷۶	۶۷	۸/۶۳
۴۰-۴۹	۱۴	۱/۸۰	۲۴	۳/۰۹	۳۸	۴/۸۹
۵۰-۵۹	۹	۱/۱۵	۲۶	۳/۳۵	۳۵	۴/۵۱
+۶۰	۹	۱/۱۵	۲۴	۳/۰۹	۳۳	۴/۲۵
کل	۳۲۷	۴۲/۱۳	۴۴۹	۵۷/۸۶	۷۷۶	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی تعداد زخم در بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی خشک به تفکیک محل زندگی در لارستان طی سال های ۱۳۸۷-۱۳۸۵

تعداد زخم	روستا		شهر		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	۲۲۰	۲۸/۳۵	۷۲	۹/۲۷	۲۹۲	۳۷/۶۲
۲	۱۳۲	۱۷/۰۱	۵۵	۷/۰۸	۱۸۷	۲۴/۰۹
۳	۹۳	۱۱/۹۸	۲۸	۳/۶۰	۱۲۱	۱۵/۵۹
۴	۴۰	۵/۱۵	۱۱	۱/۴۱	۵۱	۶/۵۷
۵-۷	۵۹	۷/۶۰	۲۷	۳/۴۷	۸۶	۱۱/۰۸
۷-۱۰	۲۱	۲/۷۰	۴	۰/۵۱	۲۵	۳/۲۲
+۱۰	۱۰	۱/۲۸	۴	۰/۵۱	۱۴	۱/۸۰
کل	۵۷۵	۷۴/۰۹	۲۰۱	۲۵/۹۰	۷۷۶	۱۰۰

جدول ۳: توزیع فراوانی محل زخم لیشمانیوز جلدی خشک به تفکیک نوع ساختمان در لارستان طی سال های ۱۳۸۷-۱۳۸۵

عضو مبتلا	ساختمان نوساز		ساختمان قدیمی		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دست	۱۷۲	۲۲/۱۶	۱۲۹	۱۶/۶۲	۳۰۱	۳۸/۷۸
پا	۳۹	۵/۰۲	۴۸	۶/۱۸	۸۷	۱۱/۲۱
دست و پا	۳۰	۳/۸۶	۳۵	۴/۵۱	۶۵	۸/۳۷
صورت	۹۲	۱۱/۸۵	۹۱	۱۱/۷۲	۱۸۳	۲۳/۵۸
تنه	۴	۰/۵۱	۴	۰/۵۱	۸	۱/۰۳
درگیری چندین عضو	۶۹	۸/۸۹	۶۳	۸/۱۱	۱۳۲	۱۷/۰۱
کل	۴۰۶	۵۲/۳۱	۳۷۰	۴۷/۶۸	۷۷۶	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه از اطلاعات ۷۷۶ نفر بیمار استفاده شد. ۴۲/۱۳ درصد از بیماران مرد و ۵۷/۸۶ درصد زن بودند. همان طور که دیده می شود تعداد بیماران زن از بیماران مرد بیش تر است که این مورد با نتایج سایر مطالعات انجام شده در مناطق دیگر کشور مغایرت دارد. برای نمونه در مطالعه ای که در شهرستان دامغان طی سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۴ توسط نرگس رفعتی و همکاران صورت گرفته است ۵۷/۷ درصد از بیماران مرد و ۴۲/۳ درصد زن بوده اند [۱]. همچنین در مطالعه دیگر که دکتر عبدالله عباسی و همکاران در شهرستان گرگان انجام دادند ۶۸/۶ درصد از بیماران مرد و ۳۱/۴ درصد زن بودند [۵]. بالاتر بودن میزان ابتلا مردان به این بیماری می تواند به دلیل حضور بیش تر مردان این مناطق در محل هایی که احتمال گزش به وسیله پشه خاکی زیاد می باشد، نظیر اماکن متروکه و مناطق بیابانی در شب باشد. ولی در لارستان تعداد بیماران زن بیش تر بوده که احتمالاً این مورد به دلیل حضور شمار زیادی از مردان به خصوص مردان مناطق روستایی در کشورهای عربی حوزه خلیج فارس و همچنین نبود مشاغلی نظیر کشاورزی که نیازمند بیرون ماندن مردان در ساعات شب می باشد، مرتبط باشد. دامنه سنی بیماران از ۰ تا ۸۴ سال متغیر بوده و در تمام گروه های سنی ابتلا به بیماری دیده شد.

این پراکنندگی در مطالعات دامغان [۱]، خوزستان [۵] و گرگان [۵] هم دیده شده که شاید به این دلیل است که پشه خاکی نقش اصلی در انتقال بیماری دارد و از همه افراد خون خواری می کند. در مطالعه حاضر گروه سنی ۹-۰ سال دارای بیش ترین تعداد بیماران بوده است. در مطالعه گرگان [۵] بیش ترین بیماران در گروه سنی ۱۹-۱۰ سال و ۲۹-۲۰ سال به ترتیب با ۲۲/۹ درصد و ۳۹/۴ درصد بود که این می تواند به حضور افراد گروه های سنی مذکور مناطق شمالی کشور در مزارع کشاورزی در ساعات شبانه ارتباط داشته باشد. همچنین در مطالعه دامغان [۵] بیش ترین موارد در گروه های سنی ۱۴-۱۰ سال، ۱۹-۱۵ سال و ۲۴-۲۰ سال بود.

طبق جدول ۱، فراوانی بیماری در گروه های ۹-۰ و ۱۹-۱۰ سال در هر دو جنس تقریباً برابر می باشد. ولی در گروه های سنی بالاتر فراوانی در جنس مونث بیشتر می باشد که احتمالاً به همان عدم حضور تعداد زیادی از مردان جوان و میانسال در منطقه لارستان برمی گردد. همان طور که در جدول ۲ دیده می شود میزان فراوانی بیماران در مناطق روستایی تقریباً سه برابر مناطق شهری می باشد. لازم به ذکر است که در شهرستان لارستان تقریباً ۴۰ درصد مردم در محیط های روستایی زندگی می کنند و این بیانگر این است که آلودگی در مناطق روستایی به

به تعدد ضایعات در تعداد قابل توجهی از افراد مبتلا و درگیری بیش تر نواحی باز و بدون پوشش بدن و عوارض جبران ناپذیر این بیماری از جنبه زیبایی اهمیت کنترل و پیشگیری از آن نمایان تر می شود.

از نظر نوع ساختمان مسکونی ۴۰۶ از بیماران (۵۲/۳۱ درصد) در منازل نوساز و ۳۷۰ (۴۷/۶۸ درصد) در منازل قدیمی زندگی می کردند و چون این مطالعه یک مطالعه توصیفی می باشد و برداشت علیتی از آن صحیح نمی باشد نیاز به بررسی بیشتر می باشد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که الگوی جنسی بیماری با دیگر نقاط کشور متفاوت می باشد و اکثریت بیماران را زنان تشکیل می دهند، همچنین بیماری در گروه سنی زیر ۱۰ سال و مناطق روستایی شایعتر می باشد و لازم است که جهت رسیدن به هدف پیشگیری تلاشهای کنترلی توأم با آموزش به گروه های در معرض خطر را سر لوحه کار قرار داد.

تقدیر و تشکر: بدین وسیله از معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کارکنان واحد مبارزه با بیماری های لارستان به خاطر همکاری صمیمانه با نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References:

1. Rafati N, Shapourimoghdam A, Ghorbani R. Epidemiological study of cutaneous leishmaniasis in Damghan (2000-2006) . *Koomesh* 2007; 8(4): 247-253. (Persian)
2. Babaei GH R, Shayan A. An epidemiological study of cutaneous leishmaniasis and the investigation of scars with emphasis on seasons, Age and sex Groups in paalm, south of lorestan province. *Armaghan Danesh* 2003; 8(29): 51-57. (Persian)
3. WHO. The leishmaniasis. Geneva: WHO Technical Report Series; 1990: 1-96.
4. Javaherian Z, Hayat Gheib D, Abd Abid KH, et al. Epidemiological survey of cutaneous Leishmaniasis in Mirjaveh district of Zahedan. *Tabibe Shargh*. 1999; 27: 27-31. (Persian)

مراتب بالاتر از مناطق شهری می باشد. در خصوص تعداد زخم ها همان طور که در جدول ۲ دیده می شود (۶۲/۳۸ درصد) ۴۸۴ از افراد بیش از یک ضایعه جلدی در بدن خود داشتند. یعقوبی و همکاران در مطالعه خود گزارش کرده اند که ۵۲ درصد از بیماران دارای یک ضایعه، ۱۷/۴ درصد دارای دو ضایعه و بقیه سه یا بیش تر از سه ضایعه داشتند [۸]. در مطالعه رفعتی و همکاران که در دامغان انجام شده نیز حدود ۶۰ درصد افراد بیش از یک ضایعه جلدی در بدن خود داشتند [۱]. این موضوع احتمالاً می تواند به فراوانی و شیوه خون خواری پشه ها ارتباط داشته باشد. نتایج بدست آمده در این مطالعه (جدول ۳) نشان می دهد که بیش تر بیماران یعنی ۴۰۶ نفر (۵۲/۳۱ درصد) در اندام های خود ضایعه داشتند. از این تعداد، ۳۰۱ بیمار در ناحیه دست، ۸۷ بیمار دارای زخم در ناحیه پا و ۶۵ بیمار به صورت توأم در دست و پا دارای ضایعه جلدی بوده اند. در مطالعه انجام شده در یزد و میرجاوه به ترتیب ۵۵/۱ درصد و ۷۸ درصد و در مطالعه عبدالله عباسی در گرگان ۷۰/۳ درصد ضایعات بر روی اندام ها مشاهده شده است [۴ و ۵]. با توجه به پوشیده بودن سایر نقاط بدن و عدم پوشش دست و پا، احتمال گزش این نواحی بیش تر بوده و احتمال ایجاد ضایعه لیشمانیوز نیز بیش تر می شود. لذا توصیه می شود در این مناطق تا حد امکان از پوشش کامل تری استفاده شود و همچنین شب هنگام از پشه بندهای آغشته به سم و حفاظ برای ممانعت از ورود پشه به منزل استفاده شود. با توجه

5. Abasi A, Ghanbary MR, Kazemnejad K. The epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Gorgan (1998-2001). *J Army Univ Med Sci Iran* 2004; 2(5): 275-278. (Persian)
6. Last JM .Public health and human ecology. 2nd ed. USA: Appleton and lange; 1998: 403.
7. Azizi F, Janghorbani M, Hatami H (eds). *Epidemiology and Control of Common Disorders in Iran*. 2nd ed. Tehran: Khosravi; 2004. (Persian)
8. Yaghoobi Ershadi MR, Akhavan AA, Zahraei-Ramazani AV, et al. Epidemiological study in a new focus of cutaneous leishmaniasis in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2003; 9(4): 816-826. (Persian)

The Epidemiology of Anthroponotic Cutaneous Leishmaniasis (ACL) in Larestan, 2006-2008

Dehghan A^{*1}, Ghahramani F², Hashemi B¹

1. Larestan Health Center, Larestan, Iran
2. Dept. of Epidemiology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences Vol. 8, No.3, Fall 2010

Abstract:

Introduction:

Leishmaniasis is one of the six important tropical diseases, different aspects of which are required to be studied, as recommended by World Health Organization. This study investigated the status of Anthroponotic cutaneous leishmaniasis (ACL) in Larestan.

Material and Methods:

This was a cross-sectional descriptive study. Data were gathered through the epidemiological survey forms of the patients including questions on age, sex, the number of sores, location of the lesion, place of residence, and the type of construction. The data were analyzed by SPSS , version 15.

Results:

From 776 patients, 327 (42.1%) were male and 449 (57.9%) female. The highest prevalence was in the age group of 0-9 years (43.9%) and the lowest was in 60⁺, 33 (4.3%). The mean of age and its standard deviation were 18.27 and 17.8, respectively with the range of 1-84. Of the patients, 575 (74.1%) were villagers and 201(25.9%) of them were residents of the urban areas. More than 484 (62.4%) patients had more than one sore. 406 (52.3%) of them were living in newly-built houses and 47.7 were living in old house. The high risk parts of the body were the hands; 301(58.4%) patients had sores on their hands.

Conclusion:

This study showed that the sex pattern of the disease differs from that in other areas and children under 10 years of age are mostly at risk. Also, leishmaniasis was mostly seen in rural areas; therefore, prevention measures must be taken together with education for groups at risk.

Keywords: Cutaneous leishmaniasis, Epidemiology, Larestan