

وضعیت لیشمانیوز جلدی در استان کرمانشاه (۹۱-۱۳۹۰)

یزدان حمزوی^{۱*}؛ ناهید خادمی^۲

چکیده

زمینه: لیشمانیوز جلدی یک معضل بهداشتی جهانی است که در ۹۸ کشور جهان از جمله ایران به صورت اندمیک دیده می‌شود. با توجه به افزایش قابل توجه بیماری در استان کرمانشاه، این مطالعه به منظور بررسی وضعیت کنونی لیشمانیوز جلدی در استان طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام گرفته است.

روش‌ها: تمامی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی استان کرمانشاه طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰، به روش توصیفی - تحلیلی بررسی شدند. اطلاعات بیماران در پرسشنامه درج و لام‌های تهیه شده از سروز زخم آن‌ها با روش گیمسا رنگ‌آمیزی و توسط میکروسکوپ نوری مطالعه شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون پیرسون تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰، در مجموع ۲۸۷ بیمار در استان مشاهده شد. شیوع کلی بیماری در سال‌های ۹۰ و ۹۱ به ترتیب در حدود ۶/۵ و ۸/۳ مورد در هر صد هزار نفر بود. بیشترین موارد بیماری در شهرستان قصرشیرین شامل ۴۷ درصد موارد کل استان دیده شد. شیوع آلودگی در جنس مذکر و مؤنث به ترتیب ۵۶/۸ و ۴۳/۲ درصد بود. بیشترین میزان بیماری در خانم‌های خانه‌دار (۳۲/۱٪) دیده شد و سنین ۲۹-۲۰ سال بالاترین میزان ابتلا را نشان دادند (۱۹/۹٪). همچنین بیشترین موارد ابتلا به بیماری در فصل زمستان (۴۱/۸٪) و پاییز (۲۸/۹٪) مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که بیماری در استان در طی دو سال مورد بررسی، روند روبه رشدی داشته و قصرشیرین به عنوان آلوده‌ترین شهرستان استان باید مورد توجه خاص قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: لیشمانیوز جلدی، اپیدمیولوژی، کرمانشاه، ایران

«دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۲۳»

۱. گروه انگل‌شناسی و قارچ‌شناسی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، گروه انگل‌شناسی و قارچ‌شناسی پزشکی، تلفن: ۲۳-۴۲۷۴۶۱۸-۰۸۳۱

Email: yhamzavi@kums.ac.ir

مقدمه

حدود ۹۰ درصد از موارد لیشمانیوز جلدی در ۷ کشور افغانستان، الجزایر، برزیل، ایران، پرو، عربستان سعودی و سوریه مشاهده می‌شود (۳). این بیماری تا به حال حدود ۳۵۰ میلیون نفر را در معرض ابتلا قرار داده و تعداد موارد جدید سالانه بیماری در جهان به بیش از ۱/۵ میلیون نفر می‌رسد (۲).

در ایران بیماری به دو شکل شهری (Anthroponotic Cutaneous Leishmaniasis (ACL)) و روستایی (Zoonotic Cutaneous Leishmaniasis (ZCL))

لیشمانیوز جلدی (سالک) بیماری انگلی است که عوامل ایجادکننده آن تک‌یاخته‌های جنس لیشمانیا و ناقلین اصلی آن پشه‌خاکی‌های فلوتومینه می‌باشند (۱). زخم حاصل از این بیماری معمولاً در کم‌تر از یک سال بهبود یافته و فقط جای زخم (Scar) باقی می‌ماند. این موضوع باعث لطمه به زیبایی چهره، دست، پا و بدن می‌شود (۱ و ۲). سالک در مناطق گرمسیری و نیمه‌گرمسیری حدود ۹۸ کشور جهان دیده می‌شود. در

بیماران مبتلا سالک که با روش بیماریابی غیرفعال (Passive) در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ توسط مراکز بهداشت شهرستان‌ها شناسایی و به مرکز بهداشت استان گزارش شده به دست آمده است. همه بیماران با نمونه‌برداری مستقیم از سروز زخم آنان و رنگ‌آمیزی گیمسا و سپس مشاهده میکروسکوپی از نظر جسم لیژمن مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین اطلاعات مربوط به سن، جنس، زمان ابتلا به بیماری، سابقه مسافرت و شغل با استفاده از یک فرم اطلاعاتی جمع‌آوری شد. میزان بروز بیماری براساس جمعیت آماری استان به تفکیک هر شهرستان محاسبه گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم افزار SPSS 19 و آزمون پی‌رسون مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از فروردین تا اسفند ۱۳۹۰، تعداد ۱۲۶ مورد و از فروردین تا اسفند ۱۳۹۱، ۱۶۱ مورد و در مجموع ۲۸۷ مورد از بیماری لیژمانیوز جلدی به صورت بیماریابی غیرفعال از طریق مراکز بهداشت شهرستان‌های استان کرمانشاه گزارش شده است که حاکی از افزایش قابل توجه موارد بیماری در طی سال ۱۳۹۱ نسبت به سال ۱۳۹۰ است. این افزایش تعداد بیماران در طی دو سال از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/01$). در طی دو سال مزبور بیشترین موارد بیماری در شهرستان قصرشیرین مشاهده گردید، به طوری که ۴۷ درصد از کل موارد بیماری در این شهرستان بود (جدول ۱).

۱۶۳ مورد از بیماران (۵۶/۸٪) مذکر و ۱۲۴ مورد (۴۳/۲٪) مؤنث بودند که اختلاف موجود بین تعداد بیماران در دو جنس از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/01$). همچنین پراکندگی بیماری در گروه‌های سنی مختلف نشان داد که سنین ۲۹-۲۰ سال بیشترین میزان ابتلا به بیماری را داشته‌اند (۱۹/۹٪). توزیع بیماری بین گروه‌های سنی مختلف نیز از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$) (نمودار ۱).

دیده می‌شود. ایران در شمار کشورهای است که فرم روستایی بیماری با بالاترین میزان بروز در بعضی مناطق آن به شکل اندمیک مشاهده می‌شود (۴). موارد لیژمانیوز جلدی در کشور رو به افزایش بوده و طی سال‌های اخیر کانون‌های جدیدی از بیماری شناسایی شده است (۲) و (۵). سالانه حدود ۴۰-۲۰ مورد لیژمانیوز جلدی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت کشور گزارش می‌شود (۶). آمار ثبت شده مبتلایان به سالک در ایران سالیانه حدود ۲۰ هزار نفر است در حالی که ارقام واقعی بیماری، چندین برابر این تعداد می‌باشد. سالک بعد از مالاریا، مهم‌ترین بیماری انگلی منتقله توسط بندپایان در ایران به شمار می‌رود (۷).

استان کرمانشاه با مساحت ۲۵۰۰۹ کیلومتر مربع در غرب کشور دارای جمعیتی در حدود ۱۹۴۵۲۷۷ نفر است. این استان از نظر شرایط آب و هوایی دارای تنوع زیادی است. مثلاً قصرشیرین دارای آب و هوای گرم و ستر و پاوه دارای آب و هوای سرد و کرمانشاه و اسلام‌آباد غرب دارای آب و هوای معتدل هستند (۸). در این استان به خصوص در مناطق گرمسیری آن با توجه به شرایط اقلیمی، اکولوژیکی و وجود ناقلین بیماری، بالقوه امکان اپیدمیک شدن بیماری وجود دارد. لذا با توجه به موارد مذکور و نیز مسافرت‌های فراوان به استان کرمانشاه و مرزهای قصرشیرین به منظور زیارت عتبات عالیات، این مقاله به بیان وضعیت کنونی بیماری و تحلیل آن در استان پرداخته و پراکندگی بیماری را در شهرهای مختلف طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ بررسی می‌نماید. همچنین به بیان رابطه برخی از شاخص‌های اپیدمیولوژیک مانند جنس، سن، فصل، شغل، سابقه مسافرت و پراکندگی بیماری می‌پردازد تا بتواند زمینه‌ای برای انجام مطالعات جامع‌تر در مورد اپیدمیولوژی دقیق بیماری و مطالعه مخازن و ناقلین آن در استان فراهم کند.

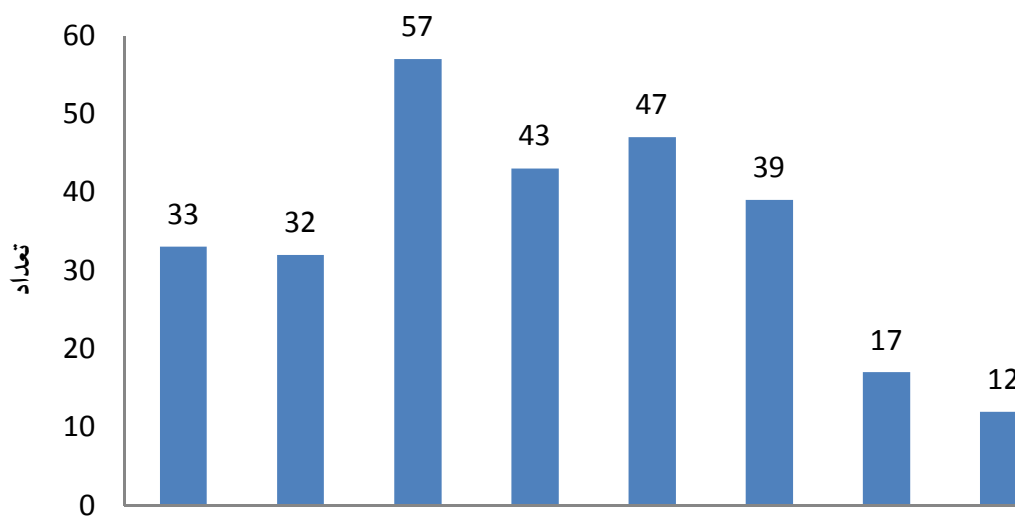
مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت سرشماری انجام گرفته است. اطلاعات این مقاله از بررسی پرونده

جدول ۱- فراوانی نسبی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی استان کرمانشاه طی سالهای ۹۱-۱۳۹۰ بر حسب

جمعیت شهرستان‌های تابعه

نام شهرستان	جمعیت شهرستان	تعداد موارد سالک	درصد بیماران بر حسب جمعیت
قصر شیرین	۲۵۵۱۷	۱۳۵	۰/۵۳
سرپل ذهاب	۸۵۶۱۶	۲۲	۰/۰۲۶
اسلام آباد	۱۵۱۴۷۳	۳۹	۰/۰۲۶
گیلان غرب	۶۲۸۵۸	۱۰	۰/۰۱۶
ثلاث	۳۸۴۷۵	۶	۰/۰۱۶
روانسر	۴۵۳۲۴	۵	۰/۰۱
دالاهو	۳۹۸۳۷	۳	۰/۰۰۸
صحنه	۷۶۶۷۸	۶	۰/۰۰۸
کنگاور	۸۱۰۵۱	۴	۰/۰۰۵
کرمانشاه	۱۰۳۰۹۷۸	۵۴	۰/۰۰۵
هرسین	۹۱۳۰۰	۲	۰/۰۰۲
سنقر	۹۱۹۳۵	۱	۰/۰۰۱
جوانرود	۷۱۲۳۵	۰	۰
پاوه	۵۶۸۳۷	۰	۰
جمعیت کل استان	۱۹۴۵۲۲۷	۲۸۷	۰/۰۱۵



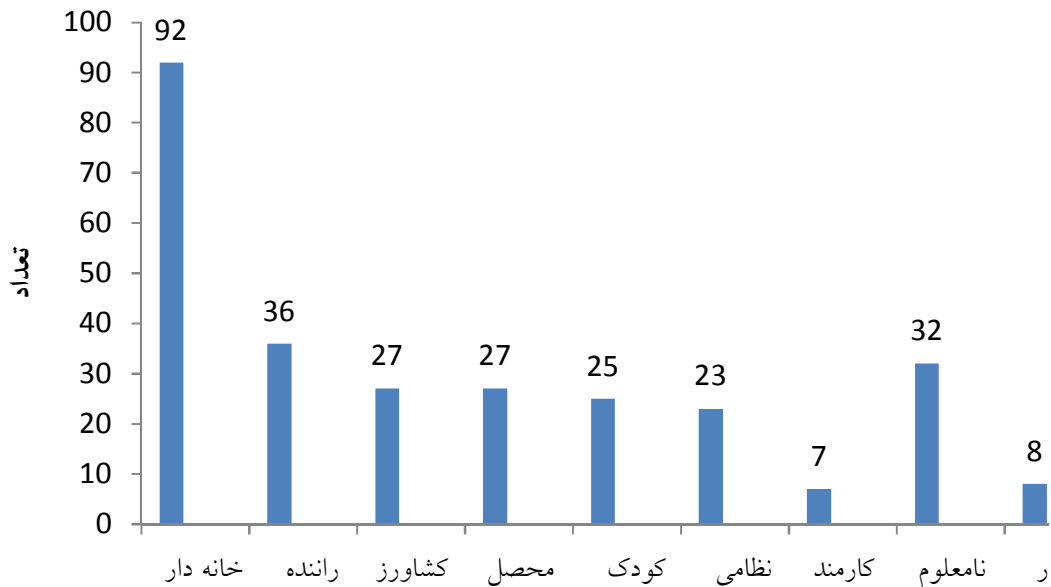
نمودار ۱- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی استان کرمانشاه در سالهای ۹۱-۱۳۹۰ بر

حسب گروه‌های سنی (سال)

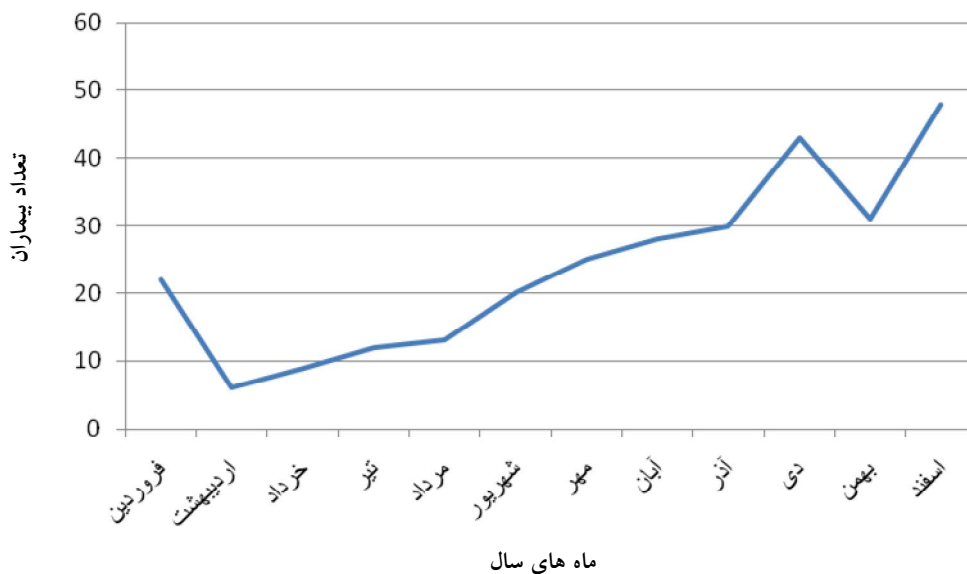
موارد ابتلا به بیماری در خانم‌های خانه‌دار (۳۲/۱٪) اتفاق افتاده است، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (نمودار ۲).

بررسی توزیع فصلی بیماری در مبتلایان نشان داد که بیشترین موارد این بیماری در ماه‌های فصل زمستان (۴۱/۸٪) و پاییز (۲۸/۹٪) روی داده است. این نتایج تفاوت آماری معناداری را در میزان ابتلا به بیماری در فصول مختلف سال نشان می‌دهد ($P < 0/05$) (نمودار ۳).

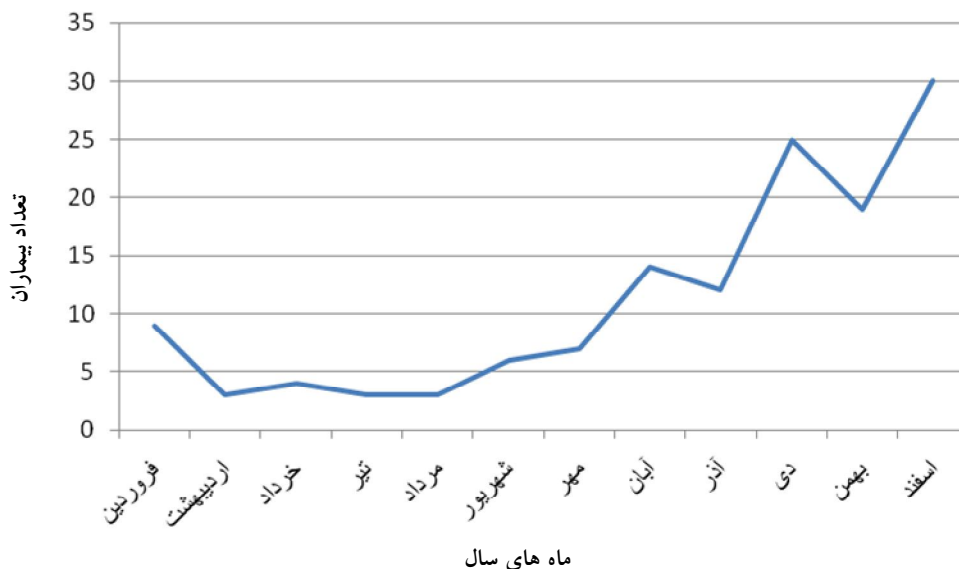
بیشترین محل ضایعات لیشمانیوز جلدی در ناحیه دست‌ها (۴۷٪) و بعد از آن به ترتیب صورت و گردن (۲۶٪)، پا (۱۹٪) و تنه (۲٪) مشاهده گردید. تعداد ضایعات فعال بر روی بدن بیماران بین ۱-۲۰ عدد با میانگین ۳/۴ به‌ازای هر فرد بود. به‌طورکلی ۵۵ درصد بیماران دارای یک زخم، ۱۷ درصد دو زخم و ۲۸ درصد دارای سه زخم یا بیشتر بودند. بررسی بیماران مبتلا به سالک بر اساس شغل آن‌ها نشان می‌دهد که بیشترین



نمودار ۲- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی استان کرمانشاه در سال‌های ۱۳۹۰-۹۱ بر حسب شغل



نمودار ۳- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی استان کرمانشاه در سال‌های ۱۳۹۰-۹۱ بر حسب ماه‌های ابتلا به بیماری (پراکندگی فصلی)



نمودار ۴- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان قصرشیرین در سال های ۹۱-۱۳۹۰ بر حسب ماه های ابتلا به بیماری (پراکنندگی فصلی)

کشور حاکی از اهمیت این بیماری می باشد و لزوم توجه به پایش های اپیدمیولوژیک بیماری به منظور شناسایی دقیق مناطق آلوده و کنترل نوسانات آن را نشان می دهد. این نوسانات در برخی مناطق مانند استان بوشهر بسیار شدید بوده است. در این استان دو اپیدمی مهم بیماری در سال های ۱۳۶۷ و ۱۳۷۶ گزارش شده که میزان بروز آن ها به ترتیب ۵/۲۵ و ۶/۵۷ در هزار بوده است (۹).

بر اساس مطالعات انجام شده در سال های ۷۳-۱۳۶۹، در کل استان کرمانشاه فقط ۵۳ بیمار شناسایی شده بود، در حالی که در سال های منتهی به ۱۳۷۸، سالانه حدود ۶۰ بیمار شناسایی شده است. این موضوع به خوبی حاکی از افزایش موارد سالانه بیماری در استان است. بیماری در شهرهای گرمسیری و معتدل استان از جمله قصرشیرین، سرپل ذهاب، اسلام آباد و گیلان غرب بیشتر از شهرهای سردسیر است (۲).

بالاترین میزان شیوع سالک در استان کرمانشاه طی سال های ۸۵-۱۳۸۰ در شهرستان قصرشیرین گزارش شده است. در سال ۱۳۸۳ بیشترین میزان ۱/۶۸ مورد در هر هزار نفر بوده است. این میزان بیشتر از میانگین کشوری

در شهرستان قصرشیرین نیز که بیشترین موارد بیماری استان را داشته است، بیشترین موارد بیماری در ماه های فصل زمستان (۱/۵۴٪) و پاییز (۴/۲۴٪) مشاهده شد. این تفاوت توزیع فصلی بیماری در شهرستان قصرشیرین نیز از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$) (نمودار ۴).

بیشترین تعداد بیماران استان در طی دو سال مزبور (۲/۵۹٪) ساکنین مناطق روستایی و بقیه (۸/۴۰٪) ساکن مناطق شهری بودند. این تفاوت توزیع بیماران در مناطق شهری و روستایی از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/01$). در شهرستان قصرشیرین نیز همین تفاوت به صورت معنادار مشاهده گردید ($P < 0/01$). همچنین ۴۸/۱ درصد از بیماران طی یک سال قبل از ظهور زخم سالک دارای سابقه مسافرت به سایر مناطق بودند و بقیه سابقه ای از سفر به مناطق دیگر نداشتند. تفاوت دو گروه از نظر میزان ابتلا به بیماری معنادار بود ($P < 0/01$).

بحث

روند رو به رشد بیماری سالک در کشور و تبدیل شدن آن به یک معضل بهداشتی در بسیاری از استان های

در این مطالعه گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بیشترین میزان ابتلا به بیماری را داشتند (۱۹/۹٪). در بررسی سال‌های ۸۵-۱۳۸۰ نیز همین گروه سنی بیشترین موارد بیماری را در استان کرمانشاه نشان دادند (۲). در سال ۱۳۸۶ درودگر و همکاران در شهرستان کاشان بیشترین فراوانی سالک فعال را در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال (۲۳/۳٪) و کم‌ترین آن را در گروه سنی ۹-۰ سال (۷/۸٪) گزارش نمودند (۱۱). فضائلی و همکاران نیز بیشترین موارد زخم و اسکار را در گروه سنی زیر ده سال مشاهده نمودند که از نظر آماری با سایر گروه‌های سنی تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/05$) (۱۳). اما شریفی و همکاران در سال ۱۳۸۲ در مطالعه‌ای که بعد از زلزله بم در منطقه دهبکری در جنوب شرقی کشور انجام دادند بیشترین موارد بیماری را در گروه سنی کوچک‌تر یا مساوی ده‌سال مشاهده کردند (۱۴). صوفی‌زاده و همکاران نیز در سال ۸۹-۱۳۸۸ در شهرستان گنبدکاووس بیشترین فراوانی بیماری را در گروه سنی زیر ده سال گزارش کردند (۱۵). در این مطالعه بیشترین محل ضایعات دست‌ها (۴۷٪) و بعد از آن صورت و گردن (۲۶٪)، پا (۱۹٪) و تنه (۲٪) بود. تعداد ضایعات فعال بر روی بدن بیماران بین ۲۰-۱ عدد بوده و میانگین تعداد زخم‌ها در هر فرد ۳/۴ بود. به‌طور کلی ۵۵ درصد بیماران دارای یک زخم، ۱۷ درصد دو زخم و ۲۸ درصد دارای سه زخم یا بیشتر بودند. در مطالعه قبلی در استان کرمانشاه بیشترین ضایعات در صورت و گردن (۲۸٪)، پا (۲۲٪) و سایر نقاط بدن (۱٪) بود. همچنین تعداد ضایعات فعال بر روی بدن هر بیمار بین ۱-۲۳ عدد و با میانگین ۲/۲۴ عدد به ازای هر فرد بوده است. در مجموع ۵۴/۵ درصد بیماران دارای یک زخم، ۱۹/۲ درصد دو زخم، ۹/۶ درصد سه زخم و بقیه نیز چهار زخم و بیشتر داشته‌اند (۲). در مطالعه شریفی و همکاران در ۴۷ درصد بیماران زخم سالک در صورت بیماران بود و در ۷۷/۹ درصد آن‌ها فقط یک زخم مشاهده گردید (۱۴). صوفی‌زاده و همکاران نیز بیشترین ضایعات را در روی دست (۴۲/۳٪)

بیماری بوده و نیز با میزان بروز سالیانه بیماری در استان اندمیک بوشهر (۱/۸۵ مورد در هزار نفر) تقریباً برابر است (۲). در سال‌های ۸۸-۱۳۸۶ نیز همچنان بیشترین موارد بیماری در شهرستان قصرشیرین بوده است (۱۰). در بررسی حاضر که با روش بیماریابی غیرفعال انجام شده نیز، بیشترین موارد بیماری در میان شهرستان‌های استان، مربوط به قصرشیرین (۴۷٪ کل موارد بیماری استان) بود. میزان بروز سالانه بیماری در طی سال‌های ۹۰ و ۹۱ در شهرستان قصرشیرین به ترتیب ۵۷ و ۷۸ مورد بود. این میزان به ترتیب معادل ابتلا ۲۱۹ و ۳۰۹ نفر در هر یکصد هزار نفر جمعیت می‌باشد که حدود ۱۰-۸ برابر میانگین کشوری سالک (۲۰-۴۰ نفر در هر یکصد هزار نفر جمعیت) می‌باشد (۶). درودگر و همکاران در سال ۱۳۸۶ انسیدانس بیماری در شهر اندمیک کاشان را ۳۷/۶ نفر در هر یکصد هزار نفر جمعیت گزارش نموده‌اند (۱۱) که کم‌تر از انسیدانس شهرستان قصرشیرین است. لازم به ذکر است که بررسی انجام‌شده در شهر کاشان به‌صورت بیماریابی فعال و در مطالعه حاضر به‌صورت بیماریابی غیرفعال بوده است. لذا به احتمال زیاد چنانچه بیماریابی در قصرشیرین به‌صورت فعال انجام گیرد، انسیدانس بیشتری برای شهرستان قصرشیرین رقم خواهد خورد. فرهنگ، رفتار، شغل و نیز نوع پوشش اقوام مختلف ایرانی سبب شده که جنس مذکر بیشتر از مؤنث به سالک مبتلا شود. در مطالعاتی که در کرمانشاه و اصفهان انجام گرفته، شیوع بیماری به‌طور معناداری در جنس مذکر بیشتر از جنس مؤنث بوده است (۲ و ۱۲). نتایج مطالعه حاضر نیز با یافته‌های این محققین همخوانی داشته و حدود ۵۶/۸ درصد بیماری در جنس مذکر و ۴۳/۲ درصد در جنس مؤنث مشاهده شد که اختلاف آماری معناداری را نشان داد. فضائلی و همکاران که طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۶ حدود ۳۱۰۰ نفر از اهالی شهرستان میرجاوه و چهار روستای آن در استان سیستان و بلوچستان را مورد بررسی قرار داده بودند، در بین دو جنس از نظر میزان ابتلا تفاوت معناداری مشاهده نکردند (۱۳).

موارد بیماری در قصرشیرین مشاهده شده که به علت کاهش فعالیت و تکثیر ناقصین در این ایام سال می‌باشد. بنابراین به آسانی استنباط می‌گردد که در این شهرستان اعم از مناطق شهری و روستایی، انتقال بیماری به صورت محلی و به راحتی توسط پشه‌خاکی‌های ناقل صورت می‌گیرد. پدیده انتقال محلی در حضور مخازن مناسب می‌تواند تشدید شده و منجر به مستقر شدن کامل بیماری در منطقه و افزایش اندمیستی بیماری در این شهرستان و سایر نقاط مساعد استان گردد.

یکی دیگر از ویژگی‌های لیشمانیوز جلدی روستایی این است که نوع روستایی بیماری به دلیل این که زئونوز می‌باشد و مخازن آن جوندگان صحرائی‌اند، معمولاً در مناطق روستایی که اهالی تماس بیشتری با کانون‌های حیوانی آلودگی دارند، موارد بیشتری از بیماری دیده می‌شود (۱ و ۲). در این مطالعه نیز بیشترین تعداد بیماران استان (۵۹/۲٪) و نیز شهرستان قصرشیرین (۷۵/۶٪) ساکنین مناطق روستایی بودند. بنابراین مشاهده بیشترین موارد بیماری در مناطق روستایی استان و به خصوص شهرستان قصرشیرین می‌تواند حاکی از وجود نوع روستایی بیماری در این مناطق باشد.

به دلیل افزایش سفرهای زیارتی به عتبات عالیات که از طریق مرزهایی مانند خسروی و قصرشیرین صورت می‌گیرد و با توجه به وجود بیماری و سیکل انتقال آن در شهرهای مختلف استان و به خصوص قصرشیرین و امکان انتقال بیماری در این مناطق، لازم است که اطلاعات و آموزش کافی در این خصوص به زائرین داده شود. بر اساس مطالعات توصیفی تحلیلی، در سال ۱۹۹۱ افزایش ۴-۵ برابری تعداد موارد لیشمانیوز جلدی در عراق نیز مشاهده شده است (۱۶). به نظر می‌رسد که در کنترل لیشمانیوز، انجام مطالعات اپیدمیولوژیک و اکولوژیک که عوامل خطر ساز انتشار و گسترش بیماری را ارزیابی می‌کنند و در نتیجه اقدامات پیشگیرانه و کنترلی را بهبود می‌بخشند، بیشترین اهمیت را دارند (۱۷).

گزارش نمودند و ۳۷/۹ درصد بیماران فقط یک زخم داشتند (۱۵).

در سال‌های ۷۹-۱۳۷۸ و ۸۵-۱۳۸۰ به ترتیب ۷۸ و ۳۲/۵ درصد از بیماران سابقه مسافرت به خارج از استان را داشته‌اند که نشان می‌دهد به مرور زمان موارد انتقال محلی بیماری در استان افزایش یافته است (۲). در این مطالعه نیز فقط ۴۸/۱ درصد از بیماران استان طی یک سال قبل از ظهور زخم سالک دارای سابقه سفر به سایر مناطق بودند. جالب است بدانیم که در قصرشیرین تنها ۲۰ درصد از بیماران سابقه سفر به سایر مناطق کشور را داشتند و ۸۰ درصد آنان هیچ‌گونه سابقه‌ای از مسافرت در مدت مذکور بیان نکردند. این مشاهدات نه تنها به وضوح انتقال محلی بیماری توسط پشه‌خاکی‌ها را در استان و به خصوص قصرشیرین نشان می‌دهد، بلکه به خوبی روند روبه رشد این انتقال را در سال‌های اخیر نیز بیان می‌کند. از طرف دیگر دقت در الگوی پراکندگی فصلی بیماری در قصرشیرین نیز به خوبی وجود انتقال محلی بیماری را تأیید می‌کند. در این مطالعه بیشترین موارد بیماری در استان طی ماه‌های فصل زمستان (۴۱/۸٪) و سپس پاییز (۲۸/۹٪) مشاهده شد. در قصرشیرین نیز بیشترین موارد بیماری (۵۴/۱٪) در فصل زمستان و سپس در فصل پاییز (۲۴/۴٪) دیده شد. در مطالعات قبلی نیز بیشترین موارد بیماری در فصل پاییز (۳۴٪) و زمستان (۱۹٪) گزارش شده بود (۲). به هر حال در کل استان در هر دو مطالعه، بیشترین موارد بیماری در فصول زمستان و پاییز بوده است و هر دو مطالعه نشان می‌دهند که بیماری در استان، توزیع فصلی یکسانی ندارد و شیوع بیماری در طول سال یکسان نیست که این موضوع یکی از ویژگی‌های لیشمانیوز جلدی روستایی می‌باشد.

همان‌طور که می‌دانیم این فصول در قصرشیرین به عنوان منطقه‌ای گرمسیری، کاملاً مساعد برای تکثیر و فعالیت پشه‌خاکی‌هاست. اما در فصل‌های بسیار گرم سال مانند تابستان و ماه‌های اردیبهشت و خرداد، کم‌ترین

نتیجه گیری

لیشمانیوز موجود در این مناطق امری بسیار ضروری می باشد.

افزایش قابل توجه بیماری در مناطق گرمسیری استان و به خصوص در شهرستان قصرشیرین در هیچ مقطعی از سال های گذشته سابقه نداشته است. لذا به نظر می رسد که انجام مطالعاتی جامع به منظور شناسایی دقیق تر روستاهای آلوده و تعیین وضعیت بیماری در شهر و روستاهای قصرشیرین و سپس شناسایی مخازن، ناقلین و نوع

تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می دانند از کلیه پرسنل مراکز بهداشت استان و شهرستان های تابعه که در تهیه نمونه ها از بیماران با ما همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. World Health Organization. Cutaneous Leishmaniasis, Weekly Epidemiol Rec. 2002; 77(29):246.
2. Hamzavi Y, Sobhi S A, Rezaei M. [Epidemiology of cutaneous Leishmaniasis in patients referred to health centers of Kermanshah provinces, 2001-2006(Persian)]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2009; 2(41):151-61.
3. Desjeux P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. Comp Immunol Microbiol Infect Dis. 2004; 27:305-18.
4. Mohebbali M, Yaghoobi P, Hooshmand B, Khamesipour A. [Efficacy of Paromomycin ointment prepared in Iran (Paromo-U) against Cutaneous Leishmaniasis caused by Leishmania major in mouse model. (Persian)]. Iran J Dermatol. 2004; 26:88-94.
5. Mohajery M, Bolursaz M, Shamsian SAA. [A survey on the prevalence of Cutaneous Leishmaniasis in the students of Mashhad district (Persian)]. Med J Mashhad univ Med Sci. 2001; 44(72):54-60.
6. Fata AM, Dalimi ASL AH, Jaafari MR, Mohajeri M, Khamesipour A, Valizadeh M. [Using leishmanin and ELISA tests by monoclonal antibodies in the diagnosis of different kinds of Cutaneous Leishmaniasis (Persian)]. Med J Mashhad univ Med Sci. 2004; 47(83):19-27.
7. Mohebbali M. [Zoonotic protozoa diseases (Persian)]. 1st ed. Tehran: Nadi Press. 1996; 60-1.
8. Available at: <http://www.ostanks.ir/Portal/Home/>
9. Hamzavi Y, Foruzani AR, Mohebbali M. [Frequency of Cutaneous Leishmaniasis in Bushehr province, 1983-1999 (Persian)]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2001; 5(3):24-6.
10. Nazari N, Faraji R, Vejdani M, Mikaeili A, Hamzavi Y. [The prevalence of Cutaneous Leishmaniasis in patients referred to Kermanshah hygienic centers (Persian)]. Zahedan J Res Med Sci. 2012; 14(8):77-9.
11. Dorudgar M, Sayah M, Nematian M, Mahbubi S, Dorudgar A. [Epidemiological study of cutaneous Leishmaniasis in Kashan district, 2008 (Persian)]. J Semnan Univ Med Sci (Koomesh). 2010 ; (10) 31:177-89.
12. Ebadi M, Hejazi SH. [Epidemiology of cutaneous Leishmaniasis in the students of primary schools in Borkhar region, Isfahan (Persian)]. J Kerman univ Med Sci. 2003; 10(2):92-8.
13. Fazaelia A, Fouladi B, Sharifi I. Emergence of Cutaneous Leishmaniasis in a border area at south-east of Iran: an epidemiological survey. J Vector Borne Dis. 2009; 46:36-42.
14. Sharifi I, Poursmaeliani S, Aflatonian MR, Fotouhi Ardakani R, Mirzaei M, Fekri AR, et al. Emergence of a new focus of anthroponotic Cutaneous Leishmaniasis due to Leishmania tropica in rural communities of Bam district after the earthquake, Iran. Trop Med Int Health. 2011;16(4):510-3
15. Sufizadeh A, Farajifar AA, Charabin M, Sarali J, Gharavi M Y, Mehravaran A. [Cutaneous Leishmaniasis in Gonbad Kavous district, 2009-2010 (Persian)]. J Gorgan univ Med Sci. 2012; 14(4):100-6.
16. Aljeboori TI , Evans DA. Leishmaniasis in Iraq. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2002;74(2):178-84.
17. Jacobson R. Leishmania tropica (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) a perplexing parasite. Folia Parasitol (Praha). 2003; 50(4):241-50.