

بررسی فراوانی لیشمانیوز در یگانهای نیروی انتظامی مستقر در استانهای اصفهان ، ایلام ، بوشهر ، خراسان و خوزستان در سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸

محمدرضا جهانی * Ph.D. ، هادی شیرزاد ** M.D.

* آدرس مکاتبه : دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) - دانشکده پزشکی - گروه میکروبیولوژی - تهران - ایران

** اداره کل بهداری ناجا - مدیریت آموزش و پژوهش

خلاصه

لیشمانیوز یکی از بیماریهای انگلی شایع در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری جهان بوده و تهدیدی برای سلامت عمومی محسوب می شود. پرسنل نیروی انتظامی بعلاوه موقعیت شغلی خود ، مجبور به اسکان در نواحی حاشیه شهری و یا مناطق روستائی می باشند که به همین لحاظ در معرض ابتلا احتمالی به لیشمانیوز جلدی قرار دارند و از طرفی تحرک ماموریتی ایشان نیز می تواند در انتقال لیشمانیوز جلدی نقش قابل توجهی را ایفاء نماید. در این تحقیق بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداری نیروی انتظامی واقع در استانهای اصفهان ، ایلام ، بوشهر ، خراسان و خوزستان از اول فروردین ۱۳۷۶ تا پایان اسفند ۱۳۷۸ مورد بررسی قرار گرفتند که پس از رسیدن به تشخیص قطعی توسط رنگ آمیزی و یا کشت در محیط NNN فرد جزء بیماران به حساب آورده می شد. طبق آمار ارائه شده در سال ۱۳۷۸ از طرف اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی میزان بروز لیشمانیوز جلدی در ایران ۳۰ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر می باشد ، و این در حالی است که فراوانی این بیماری در بین پرسنل ناجا در استانهای اصفهان ، ایلام ، بوشهر ، خراسان و خوزستان در طی سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸ تعداد ۴۳۷ مورد بوده است فراوانی نسبی بیماری در بین پرسنل نیروهای انتظامی مستقر در استانهای مذکور به ترتیب ۹٪ ، ۲۶٪ ، ۵٪ ، ۴۴٪ و ۱۶٪ بوده است که شهرهای برخوردار و میمه در استان اصفهان (۵۲٪) دهلران در استان ایلام (۷۱٪) سرخس در استان خراسان (۶۳٪) و سوسنگرد در استان خوزستان (۷۶٪) بیشترین آمار مبتلایان را به خود اختصاص داده اند ، و از طرفی با دقت نمودن در آمار سالیانه ، سال ۱۳۷۶ تعداد ۲۰۰ مورد (۴۵/۷٪) ، سال ۱۳۷۷ تعداد ۱۵۸ مورد (۳۶/۱٪) و در سال ۱۳۷۸ تعداد ۷۹ (۱۸٪) مشاهده نمود که روند بیماری در مناطق تحت مطالعه سیر نزولی داشته است از جمله دلایل سیر نزولی را می توان ارائه آموزشهای بهداشتی فردی به پرسنل ناجا و همچنین آموزش کادر بهداری در راستای تسریع در تشخیص و درمان بیماری ذکر نمود.

واژه کلیدی : لیشمانیوز جلدی ، نیروی انتظامی

مقدمه

بیماری پرداخته است. در سال ۱۹۰۰ لیشمن Leishman در اتوپسی طحال یک سرباز ، اجسام کوچک و بیضی شکلی مشاهده نمود که بعدها راس (Roos) این اجسام را در یک زخم سالکی

قدمت تشخیص این بیماری در کشور ما به قرن یازدهم توسط محمدین زکریای رازی می رسد و ابن سینا نیز به شرح این

بیماری وجود دارد (۳) میزان بروز این بیماری طبق آمار سال ۱۳۷۸، ۳۰ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر بوده است که میزان بروز کشوری این بیماری در مناطق مورد مطالعه به ترتیب ایلام ۱۲۶، اصفهان ۸۶، بوشهر ۶۸، خراسان ۴۵، خوزستان ۲۵ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر گزارش شده است (۲، ۳). با توجه به اهمیت این بیماری و اینکه پرسنل نیروی انتظامی بدلیل شرایط شغلی خود ناگزیر از اسکان در نواحی مرزی، روستایی، حاشیه شهرها و زندگی در نواحی که لیشمانیوز جلدی شیوع زیادی دارد، می باشد و نیز به علت نقل انتقالات فراوان شغلی این افراد، امکان شیوع بیماری به دیگر مناطق امکان پذیر می گردد و از آنجا که تا کنون هیچ تحقیق مشا به ای در نیروی انتظامی بعمل نیامده است از این رو اقدام به بررسی فراوان موارد لیشمانیوز جلدی در یگانهای ناجا مستقر در استانهای اصفهان، ایلام، بوشهر، خراسان، و خوزستان نمودیم که آمار بروز بیماری متعاقبا در بخش نتایج اعلام خواهد شد.

روش کار

این مطالعه به شکل Retrospective و به روش توصیفی انجام شده است. بدین ترتیب که آمار بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداری نیروی انتظامی واقع در استانهای اصفهان، ایلام، بوشهر، خراسان و خوزستان هر سه ماه یکبار به اداره کل بهداری نیروی انتظامی گزارش شده است. افراد تحت مطالعه بیماران بودند که از اول فروردین ۱۳۷۶ تا پایان اسفند ۱۳۷۸ به بهداری مناطق نیروی انتظامی مراجعه کرده بودند.

بیمارانی که تشخیص قطعی برایشان مطرح می شد بلافاصله تحت درمان قرار می گرفتند و افرادی که جهت تشخیص قطعی نیاز به اقدامات آزمایشگاهی داشتند به روش زیر مورد آزمایش قرار می گرفتند. در روش آزمایشگاهی مذکور نمونه برداشته شده از زخم بیمار را بر روی لام قرار داده و پس از رنگ آمیزی با روش گیمسا یا رایت در صورت وجود انگل در ماکروفاژها و هیستوسیت های پوست تشخیص بیماری لیشمانیوز برای فرد مطرح میگردد اگر انگل به روش فوق مشاهده نمی گردید ولی علائم بالینی دال بر وجود بیماری بود نمونه برداشته شده از زخم بیمار را در محیط NNN کشت داده و بعد از ۱۰

مشاهده نمود (۱). در کشور ما *Leishmana tropica* عامل سالک نوع شهری و *Leishmania major* عامل سالک نوع روستایی از ضایعات جلدی مبتلایان جدا شده اند. چرخه زندگی انگل بدین ترتیب است که پشه خاکی از جنس *Hlebotomus* ماده، میزبان آلوده را نیش می زند و جسم لیشمن وارد روده حشره می شود. سپس در بدن پشه خاکی به فرم لپتومونایی تبدیل شده و به روش دوتایی به تعداد فراوان تکثیر و وارد مری و حلق حشره می گردد. سپس با نیش پشه، فرم لپتومونایی به بدن میزبان جدید تلقیح گردیده و در ماکروفاژهای پوستی تبدیل به جسم لیشمن می گردد. منبع سالک نوع شهری، انسان و سگ و در نوع روستایی موشهای خانواده Gerbilidae هستند. زخم سالک معمولاً بصورت یک زخم برآمده آتشفشانی شکل (Crateriform) با مرکز فرو رفته که توسط بافت گرانولر پوشیده شده و دارای لبه های سفت و محکم است، می باشد. این زخم خود به خود پس از دوره ای التیام یافته و پس از بهبودی، Scar زخم به شکل دایمی باقی خواهد ماند. ضایعات لیشمانیایی علاوه بر شکل معمول زخم ممکن است به اشکال شاخی (Cutaneous Horn)، اگزما (Eczematpid)، زگیلی (Verucoid)، سقط شونده (Abortive Form) و یا باد سرخی (Erysipeloid) نیز دیده شود. زخم سالک نوع روستایی معمولاً مرطوب بوده و اندازه آن بزرگتر از زخم سالک نوع شهری است (۱، ۴).

لیشمانیوز جلدی خشک دنیای قدیم در مناطق شهری به صورت بومی در کشورهای مختلف اروپایی، آفریقایی و در آسیا نیز در کشورهای منطقه خاورمیانه در آسیای مرکزی یافت می شود. در ایران در شهرهای تهران، مشهد، یزد، تبریز، شیراز، کرمان، نیشابور و بم به صورت بومی وجود دارد. لیشمانیوز جلدی مرطوب دنیای قدیم به صورت عفونت های اسپورادیک در مناطق روستایی فلسطین اشغالی، اردن، روسیه، سنگال، مالی، سودان، نیجر، شمال نیجریه، آنگولا و در ایران در قسمت های شمال و شمال شرق اصفهان، ترکمن صحرا، گنبد، سرخس، اسفراین، خوزستان، ایلام، بوشهر و هرمزگان دیده می شوند (۱، ۵). تعداد افراد آلوده به بیماری لیشمانیوز در سراسر جهان ۱۲ میلیون نفر تخمین زده می شود، که سالیانه بین دو تا سه میلیون انسان به این بیماری مبتلا می شوند. محققین معتقدند ۳۵۰ میلیون نفر در مناطقی زندگی می کنند که احتمال ابتلا به این

موارد) می‌باشد و در هر سه سال تعداد مبتلایان در سرخس بیش از دیگر مناطق استان خراسان بوده است (جدول ۲).

در استان خوزستان در کل ۷۱ مورد لیشمانیوز جلدی گزارش گردیده که ۷۶٪ درصد مربوط به منطقه سوسنگرد می‌باشد و در هر سه سال تعداد مبتلایان سوسنگرد بیش از دیگر مناطق استان خوزستان بوده است (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع مطلق و نسبی لیشمانیوز جلدی گزارش شده در ناحیه خوزستان از سال ۷۶ لغایت ۷۸

منطقه / سال	۱۳۷۶		۱۳۷۷		۱۳۷۸		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آبادان	۲	۷	۰	۰	۰	۰	۲	۳
اهواز	۰	۰	۰	۰	۱	۱۴	۱	۱
خرمشهر	۰	۰	۵	۱۳/۵	۰	۰	۵	۷
دزفول	۱	۴	۰	۰	۰	۰	۱	۱/۵
سوسنگرد	۲۱	۷۸	۲۹	۷۸	۴	۵۷/۵	۵۴	۷۶
شادگان	۰	۰	۲	۵/۵	۲	۲۸/۵	۴	۶
شوش	۰	۰	۱	۳	۰	۰	۱	۱/۵
شوشتر	۳	۱۱	۰	۰	۰	۰	۳	۴
جمع	۲۷	۱۰۰	۳۷	۱۰۰	۷	۱۰۰	۷۱	۱۰۰

جدول ۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی لیشمانیوز جلدی گزارش شده در ناحیه

ایلام از سال ۷۶ لغایت ۷۸

منطقه / سال	۱۳۷۶		۱۳۷۷		۱۳۷۸		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ایلام	۱	۱	۰	۰	۴	۱۸	۵	۴
دره‌شهر	۰	۰	۳	۱۳	۰	۰	۳	۳
دهلران	۶۴	۹۳	۶	۲۶	۱۱	۵۰	۸۱	۷۱
مهران	۴	۶	۱۴	۶۱	۷	۳۲	۲۵	۲۲
جمع	۶۹	۱۰۰	۲۳	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۱۱۴	۱۰۰

در استان ایلام ۱۱۴ مورد لیشمانیوز جلدی مشاهده شده که ۷۱٪ درصد آن مربوط به منطقه دهلران می‌باشد (جدول ۴). در استان اصفهان نیز ۳۹ مورد لیشمانیوز جلدی مشاهده شده که

روز با مشاهده میکروسکوپی فرم لپتومونایی انگل در محیط کشت، تشخیص قطعی بیماری داده می‌شد.

نتایج

طبق بررسی آمار سالهای ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۷۸ کلاً ۴۳۷ مورد لیشمانیوز جلدی با تشخیص آزمایشگاهی مثبت گزارش شده است که بیشترین میزان فراوانی نسبی به ترتیب مربوط به استانهای خراسان ۴۴٪، ایلام ۲۶٪، خوزستان ۱۶٪، اصفهان ۹٪ و بوشهر ۵٪ بوده است که در هر سه سال استان خراسان بیشترین تعداد مبتلایان را به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی لیشمانیوز جلدی گزارش شده در برخی از یگانهای ناجا از سال ۷۶ لغایت ۷۸

منطقه / سال	۱۳۷۶		۱۳۷۷		۱۳۷۸		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اصفهان	۵	۲/۵	۲	۲۰	۳۹	۲/۵	۳۹	۸/۹
ایلام	۶۹	۳۴/۵	۲۳	۱۴/۵	۲۸	۲۲	۱۱۴	۲۶
بوشهر	۱۴	۷	۵	۳	۳/۵	۳	۲۲	۵
خراسان	۸۵	۴۲/۵	۶۱	۳۹	۴۵	۵۷	۱۹۱	۴۴
خوزستان	۲۷	۱۳/۵	۳۷	۲۳/۵	۷	۹	۷۱	۱۶
جمع	۲۰۰	۱۰۰	۱۵۸	۱۰۰	۷۹	۱۰۰	۴۳۷	۱۰۰

جدول ۲. توزیع مطلق و نسبی لیشمانیوز جلدی گزارش شده در ناحیه خراسان از سال ۷۶ لغایت ۷۸

منطقه / سال	۱۳۷۶		۱۳۷۷		۱۳۷۸		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیرجند	۴	۵/۵	۲	۳	۰	۰	۶	۳
تایباد	۱۱	۱۳	۶	۱۰	۲	۱۸	۱۸	۹/۵
ترتیب جام	۰	۰	۱۶	۲۶	۱۱	۲۱	۲۱	۱۱
خواف	۲	۲	۰	۰	۰	۰	۲	۱
درگز	۰	۰	۲	۳	۰	۰	۲	۱
سرخس	۶۵	۷۶/۵	۳۰	۴۹	۲۵	۵۵/۵	۱۲۰	۶۳
گزیک	۰	۰	۴	۷	۰	۰	۴	۲
نهندان	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۵
نیشابور	۲	۲	۱	۲	۱۴	۱۳/۵	۱۷	۹
جمع	۸۵	۱۰۰	۶۱	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۱۹۱	۱۰۰

در استان خراسان کلاً ۱۹۱ مورد لیشمانیوز جلدی گزارش شده که بیشترین میزان فراوانی در منطقه سرخس با (۶۳٪)

بیشترین میزان فراوانی مربوط به برخوار میمه با میزان ۵۲٪ درصد می باشد (جدول ۵).

جدول ۵. توزیع فراوانی مطلق و نسبی لیشمانیوز جلدی گزارش شده در ناحیه اصفهان از سال ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۷۸

منطقه / سال	۱۳۷۶		۱۳۷۷		۱۳۷۸		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اصفهان	۰	۰	۱۵	۴۷	۲	۱۰۰	۱۷	۳۷
برخوار و میمه	۵	۱۰۰	۱۲	۳۷	۰	۰	۱۷	۵۲
کاشان	۰	۰	۵	۱۶	۰	۰	۵	۱۱
جمع	۵	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۲	۱۰۰	۳۹	۰

بحث

برای آنکه بتوان از بروز یا شیوع بیماریها جلوگیری بعمل آورد ، باید اطلاعات مربوط به این بیماریها و آمار دقیق آنها را تهیه و جمع آوری نمود. متأسفانه از آنجا که اطلاعات موجود در این مطالعه ، به روش بیماریابی پاسیو می باشد لذا نمی توان از آن، جهت تعیین میزان شیوع و بروز واقعی بیماری استفاده نمود.

لیشمانیوز جلدی در نقاط مختلف کشور از هر دونوع روستائی (مرطوب) و شهری (خشک) وجود دارد روند میزان بروز آن در طی سالیان گذشته دارای نوساناتی بوده است با توجه به آمارهای اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها در سال ۱۳۶۶ میزان بروز بیماری (۱۴ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر) سیر نزولی داشته و از سال ۱۳۶۸ روند بیماری افزایش چشمگیری داشته است بطوریکه در سال ۱۳۷۱ به بالاترین میزان خود (۹۱ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر) رسیده و مجدداً در سال ۱۳۷۴ میزان بروز بیماری به ۲۷ نفر در ۱۰۰/۰۰۰ نفر کاهش و نهایتاً و در سال ۱۳۷۸ آمار کشوری ، میزان بروز را ۳۰ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ مشخص کرده است (۲). این بیماری نه تنها در کشور ایران بلکه در بعضی از کشورهای منطقه خاورمیانه و آسیای مرکزی علاوه بر اینکه یک مشکل عمده بهداشتی محسوب می شود بلکه اطلاعات مربوط به فاکتورهای اپیدمیولوژیک آن ، ناقص و ناکافی می باشد.

بررسی جدولهای فوق نشان دهنده الگوی مشابه ای از بیماری در سالهای مورد بررسی می باشد و میزان فراوانی این بیماری اکثراً مربوط به مناطق سرخس، سوسنگرد، دهلران ،

برخوار میمه می باشد که این مراکز می بایست تحت مراقبت های پیشگیرانه قرار گیرند لذا با توجه به عوارض این بیماری انجام اقدامات پیشگیرانه از طریق آموزش مراقبت های فردی ، به شرح زیر ضروری است. برای پیشگیری توجه به سه عامل انسان ، مخزن و ناقل حائز اهمیت می باشد ، بنابراین آموزش افراد جهت مراقبتهای فردی می تواند در کاهش میزان ابتلا به بیماری لیشمانیوز جلدی به ویژه در نوع ACL که دارای منبع انسانی است،

موثر باشد . کشف بیماری و درمان سریع آن می تواند به کاهش منبع آلودگی کمک زیادی نماید ضمن آنکه اطلاع از نحوه آلودگی انسان و محیط زیست و تکثیر پشه خاکی (زباله کود حیوانی و ...)، رعایت فاصله مناسب زندگی انسان و دام ، پوشاندن روی زخم و تمیز نگهداشتن آن ، ادامه درمان توسط بیمار ، تخریب اماکن متروکه ، استفاده از پشه بندهای بهداشتی آغشته به سم و یا معمولی ، کنترل کودکان جهت بازی در اماکن آلوده در ساعات عصر و غروب آفتاب می تواند بسیار موثر باشد (۴-۶) و از سوئی کارکنان فنی اعم از پزشک و کارشناس بایستی آموزشهای لازم را جهت طبقه بندی بیماری و وضعیت آن بیماری در منطقه ، روش انتقال ، پیشگیری ، اقدامات لازم مراقبتی و انعکاس گزارش به مقامات بالا براساس دستورالعمل های موجود را فرا گیرند (۷).

در مورد حذف مخزن در نوع شهری ، انسانهای مبتلا بایستی تحت درمان مناسب با ترکیبات آنتی موان قرار گیرند. طبق مطالعه ای که در سال ۱۹۳۹- ۱۹۳۷ توسط Pavlovsky در ترکمنستان انجام گرفت ، از بین بردن جوندگان در لانه یشان توسط کلروپیکرین (Chloropicuin) میزان ابتلا اهالی را از ۷۰٪ به ۰/۴٪ کاهش داد (۱). همچنین آموزش روش سمپاشی اماکن مسکونی و استفاده از طوری با سوراخ ریز، شناسائی گونه حشرات در مناطق مختلف و نوع بیماری جهت پیشگیری از این بیماری بسیار حائز اهمیت خواهد بود (۱).

با توجه به ویژگی اپیدمیولوژیک بیماری و نقش جوندگان مختلف به عنوان میزبان و گونه هائی مختلف پشه خاکی با خصایص زیستی گوناگون و نقش عوامل اصلی و ریشه ای از ازدیاد جمعیت این فاکتورها یعنی مخزن و ناقل نظیر اماکن مخروبه، تجمع زباله، سطح پایین بهداشت محیط زیست، سطح پایین آگاهی بهداشت جامعه، افزایش حاشیه شهرنشینی و برنامه های کوپردائی با استفاده از پوشش گیاهی می توان به نقش

References

۱. غروی محمد جواد (۱۳۷۸). تک یاخته شناسی پزشکی. چاپ اول، موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، نشر طبیب فصل ۳، صفحه ۱۶۰-۱۷۸.
۲. اداره کل پیشگیری و مراقبت از بیماریها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۸). آمار بروز لیشمانیوز جلدی در کشور.
۳. اداره کل پیشگیری و مراقبت از بیماریها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۸). دستورالعمل کشوری مبارزه با لیشمانیوز.
4. Brown hw , and Neva FA (1983). Basic clinical Parasitologg 5thEdition , Appleton- centurg crofs pp .62-72.
5. Markell EK , Voge M and john DT (1992) . Medica Parasitologg . 7Th Edition An HBJ International Edition W.B. ZAVNDERS , pp . 148 –152.
۶. صائبی اسماعیل (۱۳۶۸) - بیماریهای عفونی و انگلی برای پرستاران و پیراپزشکان ، چاپ دوم ، مرکز نشر فرهنگی تحقیقاتی نینوا ، فصل ۴ صفحه ۶۳۳-۶۳۱.
۷. پارک جی.ای، پارک.ک (۱۳۷۶). آمارهای اساسی بهداشت در درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی. ترجمه حسین شجاعی هرانی، ویرایش دوم صفحات ۲۵۰ - ۲۳۹.

حساس بخشهائی نظیر اداره کشاورزی، محیط زیست، جهاد سازندگی، میراث فرهنگی، سازمان آب و فاضلاب، وزارت کشور، اداره منابع طبیعی... پی برد از این رو می بایست در راستای تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشها با سازمانهای ذیربط اقدام نمود.

با توجه به آمارهای ارائه شده در سال ۱۳۷۶ (۲۰۰ مورد)، در سال ۱۳۷۷ (۱۵۸) و سال ۱۳۷۸ (۷۹) میزان بروز لیشمانیوز جلدی در مناطق مورد مطالعه داشته است. عمده ترین علت آن تغییرات اکولوژیک، ارائه آموزشهای لازم به پرسنل و افراد در معرض خطر، سمپاشی مناطق، از بین بردن مخازن حیوانی اعم از سگ و جوندگان، بیماریابی و درمان بیماران توسط مراکز درمانی نیروی انتظامی می باشد.