

## بررسی لیشمانیوز جلدی در شهرستان لامرد طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۱ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۲/۱۰

### خلاصه

#### مقدمه

بیماری لیشمانیوز یکی از شش بیماری با اهمیت نواحی گرمسیری است که سازمان جهانی بهداشت پژوهش درباره آن را توصیه نموده است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت لیشمانیوز جلدی شهرستان لامرد صورت گرفته است.

#### روش کار

مطالعه حاضر به صورت مقطعی - توصیفی انجام شد که اطلاعات بیماران شامل سن، جنس، تعداد زخم، محل ضایعه، محل سکونت و نوع ساختمان از مرکز بهداشت شهرستان اخذ شد. و با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### نتایج

از تعداد ۹۰۷ نفر افراد مورد مطالعه ۴۳۷ نفر مرد (۴۸/۱٪) و ۴۷۰ نفر زن (۵۱/۸٪) بودند. بیشترین تعداد بیماری در گروه سنی ۹-۰ سال و کمترین در افراد بالای ۶۰ سال دیده شد. ۶۰/۹٪ از بیماران را افراد روستایی و مابقی شهرنشین بودند. ۵۱/۸٪ از بیماران در منازل نوساز و بقیه در خانه‌های قدیمی زندگی می‌کردند. ۶۲/۶٪ از بیماران بیش از یک زخم داشتند و بیشترین عضو درگیر دست‌ها بودند.

#### نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که گروه سنی زیر ده سال بیشتر در معرض خطر هستند و اینکه الگوی جنسی با مناطق دیگر کشور تفاوت دارد. همچنین بیماری در مناطق روستایی بیشتر بود. لذا جهت پیشگیری از بیماری، آموزش به گروه‌های در معرض خطر لازم است.

#### کلمات کلیدی

لیشمانیوز جلدی، اپیدمیولوژی، لامرد

ابوبکر جعفرنژاد<sup>۱</sup>

فریبرز جمشیدی<sup>۲</sup>

عزیز اله دهقان<sup>۳\*</sup>

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا و مربی دانشکده پرستاری ام‌البنین لامرد، لامرد، ایران.

۲- کارشناس مسئول واحد بیماری های واگیر، شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۳- دکتری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

\* مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۲۱۴۱۰۷

Email: Dehghan.aziz@yahoo.com

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

## مقدمه

لیشمانیوز بیماری انگلی می‌باشد که از طریق نوعی تک یاخته از جنس لیشمانیا شکل می‌گیرد. به گونه‌ای که گروهی از بیماری-ها با تظاهرات بالینی و عواقب بهداشتی متنوعی ایجاد می‌شود که یک نوع از آن لیشمانیوز جلدی یا سالک است. سالک زخم پوستی خوشخیمی است که توسط لیشمانیا ماژور(نوع روستایی یا مرطوب) و لیشمانیا تروپیکا (نوع شهری یا خشک) ایجاد می‌شود (۱-۲). بیماری لیشمانیوز یکی از شش بیماری با اهمیت نواحی گرمسیری است که سازمان جهانی بهداشت پژوهش درباره آن را توصیه نموده و مورد حمایت قرار داده است (۳-۴). لیشمانیوز در نواحی مختلف آسیا از جمله عراق، چین، عربستان، فلسطین، قفقاز، سوریه، نواحی جنوب شرقی روسیه، پاکستان، افغانستان، هند و ایران شیوع دارد (۵-۶). سالیانه حدود ۱۲ میلیون نفر در جهان به انواع مختلف بیماری مبتلا می‌شوند و در حدود ۴۰۰ هزار مورد جدید از لیشمانیوز در بخش‌های مختلف جهان گزارش می‌شود (۷). حدوداً ۳۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا در نواحی زندگی می‌کنند که خطر ابتلا به لیشمانیوز وجود دارد (۸). در کشور ما سالانه تقریباً ۱۵ هزار مورد ابتلا به این بیماری گزارش می‌شود که بر اساس تحقیقات انجام شده میزان واقعی ابتلا ۴ تا ۵ برابر میزانی است که گزارش شده است (۷، ۱۰-۹).

لیشمانیوز جلدی شهری در واقع یک آنترپونوز می‌باشد به-عبارتی بیماری است که در وهله‌ی اول از انسان به انسان منتقل می‌شود. سگ به‌طور معمول به همراه انسان به لیشمانیوز آلوده می‌شود و ممکن است نقشی فرعی برای این حیوان، به‌صورت مخزن حیوانی بیماری در نظر داشت. بر اساس این خصوصیت، سالک خشک بیشتر در مناطقی دیده می‌شود که تراکم انسانی بیشتر باشد. (مناطق شهری) با این شرط که تعداد پشه خاکی ناقل آن بالا باشد و موارد لیشمانیوز نیز در محل یافت شود. پشه خاکی ناقل این نوع بیماری فلوبوتوموس سرژانتی است که در بافت کهنه شهرها و نواحی کوهپایه به وفور دیده می‌شود. کانون‌های اصلی فلوبوتوموس سرژانتی در کشور، شهرهای

تهران، مشهد، شیراز، نیشابور، سبزوار، ساوه، بم و کرمان می‌باشد. به‌طور معمول بیماری در مناطقی از سطح شهر که نوساز می‌باشد و محلی برای زاد و ولد پشه‌ها فراهم می‌شود، بیشتر به چشم می‌خورد لذا بیماری در سطح شهرها پراکندگی یکسانی ندارد. استان فارس یکی از کانون‌های آلودگی لیشمانیوز جلدی می‌باشد (۱۱). شهرستان لامرد نیز یکی از شهرستان‌هایی است که به خاطر بافت شهری و موقعیت جغرافیایی آن لیشمانیوز به وفور در آن بروز می‌کند و در حال حاضر این بیماری یکی از اولویت‌های بهداشتی شهرستان است. هدف از این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک لیشمانیوز جلدی شهری در شهرستان لامرد طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۳ می‌باشد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی- توصیفی می‌باشد. جمعیت تحت مطالعه افرادی بودند که ضایعات جلدی آنها بیشتر به سالک خشک شباهت داشت و از فروردین ماه ۱۳۸۳ تا اسفندماه ۱۳۹۳ در شهرستان لامرد مورد بررسی قرار گرفتند، که شامل ۹۰۷ نفر بود. تشخیص برای ۴۵۰ نفر از بیماران به‌صورت آزمایشگاهی و بقیه بالینی بوده است. اطلاعات بیماران مانند سن، جنس، تعداد زخم، عضو مبتلا، محل سکونت و تشخیص بیماری از فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماران در واحد مبارزه با بیماری‌های واگیر شهرستان استخراج شد. برای تحلیل داده‌های گردآوری شده از آمار توصیفی (فراوانی و فراوانی نسبی) به کمک نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) استفاده شد.

## نتایج

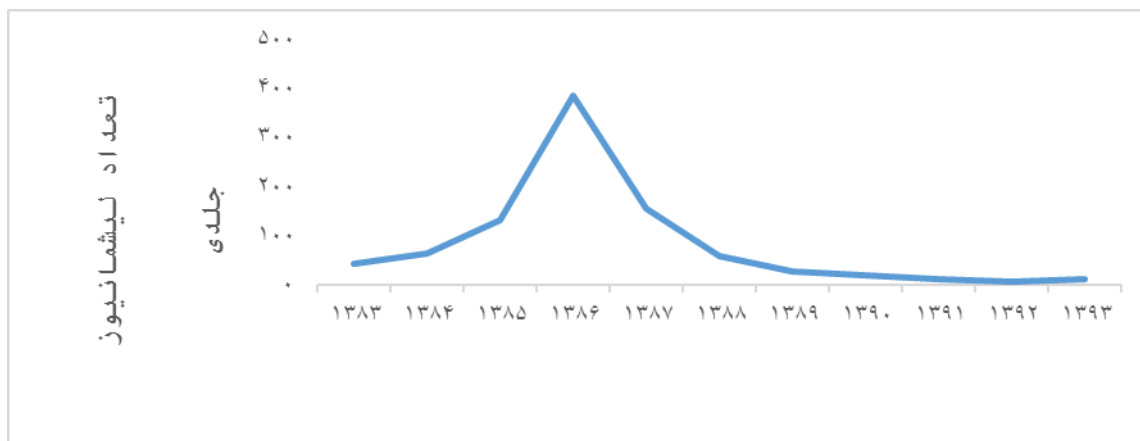
از ۹۰۷ نفر افراد مورد مطالعه ۵۱/۸۲٪ نفر زن و بقیه مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران  $16/2 \pm 18/9$  سال بود. گروه سنی ۰-۹ سال با ۴۳۵ مورد (۴۳/۹۷٪) بیش‌ترین و گروه سنی بالای ۶۰ سال با ۲۹ مورد (۳/۲۰٪) کم‌ترین تعداد بیماری را داشتند. کوچک‌ترین بیمار یک ساله و مسن‌ترین بیمار ۸۷ ساله بود. توضیحات بیش‌تر در خصوص وضعیت بیماران به تفکیک گروه سنی و جنسی در جدول ۱ آمده است. بر اساس نمودار ۱،

فرد می‌باشد. ۴۸/۱۸٪ از بیماران در منازل قدیمی و ۵۱/۸۱٪ از بیماران در منازل نوساز زندگی می‌کردند. از نظر عضو درگیر به بیماری ۵۲۶ بیمار زخم در اندام‌های خود داشتند که از این تعداد ۳۸/۲۵٪ زخم در دست، ۱۸/۲۰٪ زخم در پا داشتند. بعد از دست‌ها، صورت بیش‌ترین تعداد زخم را داشت و کم‌ترین تعداد زخم مربوط به تنه بود که توزیع فراوانی محل زخم به تفکیک ساختمان در جدول ۳ نشان داده شده است.

بررسی توزیع بیماری بر حسب سال‌های مختلف به تفکیک در مبتلایان به بیماری نشان داد که بیش‌ترین موارد این بیماری در سال ۱۳۸۶ با تعداد ۳۸۵ مورد (۴۲/۴۴٪) و کم‌ترین تعداد بیماران، مربوط به سال ۱۳۹۲ با تعداد ۶ مورد (۰/۶۶٪) از کل بیماران بود. ۵۵۳ نفر (۶۰/۹۷٪) از کل بیماران مورد بررسی ساکن روستا و بقیه شهرنشین بودند. ۴۳۵ نفر (۴۷/۹۷٪) از بیماران یک زخم داشتند. جدول ۲ نشان‌دهنده فراوانی تعداد زخم و محل سکونت

جدول ۱. توزیع سنی بیماران با تشخیص لیشمانیوز جلدی خشک به تفکیک جنس در لامرد طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۳

گروه سنی	مرد		زن		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۰-۹	۲۰۸	۲۲/۹۳	۲۲۷	۲۵/۰۲	۴۳۵	۴۷/۹۷
۱۰-۱۹	۸۰	۸/۸۲	۸۷	۹/۶۰	۱۶۷	۱۸/۴۱
۲۰-۲۹	۶۶	۷/۲۸	۶۸	۷/۵۰	۱۳۴	۱۴/۷۸
۳۰-۳۹	۳۴	۳/۷۵	۳۷	۴/۰۸	۷۱	۷/۸۲
۴۰-۴۹	۱۶	۱/۷۶	۱۸	۱/۹۹	۳۴	۳/۷۴
۵۰-۵۹	۱۸	۱/۹۹	۱۹	۲/۰۹	۳۷	۴/۰۸
+۶۰	۱۵	۱/۶۵	۱۴	۱/۵۴	۲۹	۳/۲۰
کل	۴۳۷	۴۸/۱۸	۴۷۰	۵۱/۸۲	۹۰۷	۱۰۰



نمودار ۱. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی خشک طی سال های ۱۳۸۳-۱۳۹۲ در شهرستان لامرد

جدول ۲. توزیع فراوانی تعداد زخم در بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی خشک به تفکیک محل زندگی

در لامرد طی سال های ۱۳۸۳-۱۳۹۳

تعداد زخم	روستا		شهر		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	۲۱۲	۲۳/۳۸	۱۲۷	۱۴	۳۳۹	۳۷/۳۸
۲	۱۲۸	۱۴/۱۱	۹۷	۱۰/۷۰	۲۲۵	۲۴/۸۰
۳	۸۹	۹/۸۱	۴۹	۵/۴۰	۱۳۸	۱۵/۲۱
۴	۳۹	۴/۳۰	۱۹	۲/۰۹	۵۸	۶/۴۰
۵-۷	۵۶	۶/۱۸	۴۸	۵/۲۹	۱۰۴	۱۱/۴۶
۸-۱۰	۲۰	۲/۲۰	۷	۰/۷۷	۲۷	۲/۹۸
+۱۰	۹	۰/۹۹	۷	۰/۷۷	۱۶	۱/۷۷
کل	۵۵۳	۶۰/۹۷	۳۵۴	۳۹/۰۲	۹۰۷	۱۰۰

## جدول ۳. توزیع فراوانی محل زخم لیشمانيوز جلدی خشک به تفکیک نوع ساختمان در لامرد

طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۳

عضو مبتلا	ساختمان نوساز		ساختمان قدیمی		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دست	۱۹۸	۲۱/۸۳	۱۴۹	۱۶/۴۳	۳۴۷	۳۸/۲۵
صورت	۱۸۰	۱۹/۸۴	۱۷۹	۱۹/۴۷	۳۵۹	۳۹/۵۸
پا	۷۴	۸/۱۵	۹۱	۱۰/۰۳	۱۶۵	۱۸/۲۰
تنه	۱۸	۱/۹۸	۱۸	۱/۹۸	۳۶	۳/۹۷
کل	۴۷۰	۵۱/۸۱	۴۳۷	۴۸/۱۸	۹۰۷	۱۰۰

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های موارد لیشمانيوز جلدی در شهرستان لامرد انجام شده است. در این مطالعه بیماران از نظر جنسی تعداد بیماران زن کمی بیشتر از مردان بودند. که با نتایج مطالعه دهقان و همکاران در لارستان مشابه بوده و با سایر مطالعات انجام شده در کشور مغایرت دارد. در مطالعه‌ای که دهقان و همکاران طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۵ در شهرستان لارستان انجام داده بود ۴۲/۱۳٪ از بیماران را مردان و ۵۷/۸۶٪ از بیماران زنان بوده‌اند (۱۲). به‌عنوان مثال در پژوهشی که توسط براتی و همکاران طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۲ در شهرستان خاتم صورت گرفته بود ۶۱٪ از بیماران را مردان و ۳۹٪ زنان تشکیل دادند (۱۳). همچنین در مطالعه‌ای که توسط عباسی و همکاران در شهرستان گرگان انجام شد ۳۱/۴٪ از بیماران را زنان و ۶۸/۶٪ از بیماران را مردان تشکیل دادند (۷). بالاتر بودن میزان ابتلا مردان در سایر قسمت‌های کشور می‌تواند به دلیل حضور بیش‌تر مردان این مناطق در محل‌هایی که احتمال گزش بوسيله پشه ناقل بیماری وجود داشت، نظیر اماکن متروکه، سازه‌های ساختمانی در حال ساختن مناطق بیابانی در شب در نظر گرفت (۱۲). علت موارد بیشتر در زنان در لامرد، احتمالاً به دلیل حضور شمار زیادی از مردان به خصوص مردان مناطق روستایی در کشورهای عربی حوزه خلیج فارس و

همچنین عدم مشاغل نظیر کشاورزی که نیازمند بیرون ماندن مردان در ساعات شب می‌باشد، در ارتباط باشد. دامنه سنی بیماران از ۰ تا ۸۷ سال متغیر بوده و در تمام گروه‌های سنی ابتلا به بیماری دیده شد. این پراکندگی در مطالعات کرمانشاه، خاتم، دامغان، خوزستان و گرگان دیده شد، و شاید به این دلیل باشد که پشه خاکی نقش اصلی در انتقال بیماری دارد و از همه خونخواری می‌کند (۷، ۱۵-۱۳). در مطالعه حاضر گروه سنی ۰-۹ سال دارای بیشترین تعداد بیماران بوده است. در مطالعه لارستان نیز چنین نتیجه‌ای بدست آمده است (۱۳). در مطالعه کرمانشاه و مطالعه گرگان بیش‌ترین بیماران در گروه سنی ۱۰-۱۹ سال و ۲۰-۲۹ سال به ترتیب با ۱۹/۹٪، ۲۲/۹٪ و ۳۹/۴٪ بود که این شاید به دلیل حضور افراد گروه سنی مذکور نواحی شمال کشور در مزارع کشاورزی در ساعات شبانه مرتبط باشد (۱۲، ۱۵). همچنین در مطالعه دامغان بیش‌ترین موارد در گروه‌های سنی ۱۰-۱۴ سال، ۱۵-۱۹ سال و ۲۰-۲۴ سال بود (۷). همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود میزان فراوانی بیماری در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری می‌باشد. در مطالعه دهقان و همکاران نیز فراوانی بیماری در مناطق روستایی تقریباً سه برابر مناطق شهری به‌دست آمد (۱۳). که قابل ذکر می‌باشد که در شهرستان لامرد نیز همانند شهرستان لارستان تقریباً نیمی از مردم در مناطق روستایی زندگی می‌کنند که گویای این

مطلب می‌باشد که آلودگی در مناطق روستایی از مناطق شهری بیشتر است.

در مورد تعداد زخم، با توجه به جدول دو ۵۶۸ نفر (۶۲/۶۲) بیش از یک ضایعه جلدی در بدن خود داشتند. حمزوی و خادمی در بررسی خود به این صورت گزارش کردند که ۵۵٪ از بیماران دارای یک ضایع، ۱۷٪ دو ضایعه و ۲۸٪ دارای سه ضایعه و بیش‌تر بودند (۱۵). یعقوبی و همکاران در مطالعه خود گزارش نمودند که ۵۲٪ از بیماران یک ضایعه، ۱۷/۴٪ دو ضایعه و بقیه سه ضایعه یا بیشتر داشتند (۱۲). در مطالعه رفعتی و همکاران نیز حدود ۶۰٪ افراد بیش از یک ضایعه جلدی در بدن خود داشتند (۱). همچنین در مطالعه دهقان و همکاران چنین نتیجه شد که ۶۲/۳۸٪ از افراد یک ضایعه در بدن خود داشتند (۱۳). این موضوع ممکن است به فراوانی و شیوه خون‌خواری پشه‌ها مربوط شود. نتایج به دست آمده بر اساس جدول ۳ نشان می‌دهد که بیش‌تر بیماران (۴۷۰ نفر)، در اندام‌های خود ضایعه داشتند. از این تعداد ۳۴۷ بیمار در ناحیه دست و ۱۶۵ بیمار در ناحیه پا دارای زخم جلدی بودند. در مطالعه انجام شده در کرمانشاه ۴۷٪ از بیماران در ناحیه دست و ۱۹٪ در ناحیه پا دارای زخم جلدی بودند (۱۵). همچنین طی مطالعه صورت گرفته در لارستان به ترتیب ۳۸/۷۸٪ و ۱۱/۲۱٪ دارای ضایعات بوده‌اند (۱۳). در مطالعه انجام شده در یزد و میرجاوه به ترتیب ۵۵/۱٪ و ۷۸٪ و در مطالعه عباسی در گرگان ۷۰/۳ ضایعات در اندام‌ها مشاهده شده است (۷،۵). بخاطر پوششی که سایر نقاط بدن دارند و عدم پوشش این نواحی، احتمال گزش نواحی دست و پا بیش‌تر بوده و احتمال ایجاد ضایعه لیشمانیوز نیز بیش‌تر میشود. لذا توصیه می‌شود در این مناطق تا حد امکان افراد از پوشش کامل‌تری استفاده نمایند. همچنین در شب جهت جلوگیری از ورود پشه به منزل از پشه بندهای آغشته به سم استفاده شود. با توجه به فراوانی ضایعات در افراد مبتلا و درگیری بیشتر نواحی باز و بدون پوشش بدن و همچنین عوارض جبران ناپذیر این بیماری از حیث زیبایی، اهمیت کنترل و پیشگیری از آن نمایان‌تر می‌شود.

از لحاظ نوع ساختمان ۴۳۷ نفر از بیماران (۴۸/۱۸٪) در ساختمان قدیمی و ۴۷۰ نفر (۵۱/۸۱٪) در ساختمان نوساز زندگی می‌کردند. مطالعه حاضر نشان داد بین عمر ساختمان با موارد بیماری ارتباط معناداری وجود ندارد. از آنجایی که مطالعه به صورت توصیفی می‌باشد لذا برداشت علیتی از آن صحیح نمی‌باشد و نیاز به بررسی بیشتر می‌باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌تواند به کم‌شماری موارد در بازه زمانی مورد مطالعه باشد. به دلیل اینکه بیماری لیشمانیوز در شهرستان یک بیماری شناخته شده است درصدی از موارد برای درمان به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه نمی‌کنند و ترجیح می‌دهند بیماری با گذر زمان خود بهبود یابد که از این موارد اطلاعی در دست نبود.

بر اساس نمودارها، بررسی توزیع بیماری بر حسب سال‌های مختلف به تفکیک در مبتلایان به بیماری نشان داد که یک افزایش فراوانی در طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ مشاهده شد که احتمالاً بتوان به مهاجرت افراد آسیب پذیر به این مناطق در این بازه زمانی اشاره نمود همچنین تغییرات اقلیمی نیز در این مورد بی‌تاثیر نمی‌باشد. مطالعه گلوی‌زاده و همکاران نیز نشان داد که عوامل اقلیمی تاثیر نسبی در شیوع لیشمانیازیس دارند به گونه‌ای که همبستگی قوی بین میزان بارش، رطوبت و سرعت باد و یک همبستگی معکوس بین میزان ساعات آفتاب و متوسط دما با بروز بیماری وجود داشت (۱۶). همچنین مطالعه خواجه دلویی و همکاران نیز همبستگی بین بروز بیماری با رطوبت و درجه حرارت را تایید می‌کنند (۱۷).

### نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که الگوی جنسی بیماری جزء در لارستان که از نظر جغرافیایی و فرهنگ تقریباً مشابه لامرد می‌باشد، در سایر نقاط کشور متفاوت می‌باشد. و اکثریت بیماران را زنان تشکیل دادند، همچنین بیماری در گروه سنی زیر ۱۰ سال و مناطق روستایی شایع‌تر می‌باشد که لازم است جهت نیل به پیشگیری، تلاش‌های کنترلی همراه با آموزش به گروه‌های در معرض خطر را مد نظر قرار داد.

**تقدیر و تشکر**

بدین وسیله از کارکنان واحد مبارزه با بیماری‌های واگیر شبکه بهداشت درمانی لامرد به خاطر همکاری صمیمانه با نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

واحد بیماری‌های واگیر، شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد از پرونده‌های مربوطه گرفته شده است و هیچگونه اسم و آدرسی از افراد ذکر نشده است، لذا الزامات اخلاقی رعایت شده و محرمانگی اطلاعات حفظ شده است.

**بیانیه اخلاقی**

این پژوهش کلیه موارد اخلاق در پژوهش را رعایت کرده است. اطلاعات گرفته شده در این پژوهش توسط کارشناس مسئول

"هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است"

**References**

1. Rafati NA, Shapourimoghadam A, Ghorbani RA. Epidemiological study of cutaneous leishmaniasis in Damghan (2000-2006). *Koomesh* 2007; 8:247-53 (Persian).
2. World Health Organization. Cutaneous Leishmaniasis. *Week Epidemiol Rec* 2002; 77:246.
3. Babaei GR, 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; 8:51-7 (Persian).
4. World Health Organization. Leishmaniasis. Geneva: World Health Organization Technical Report Series; 1990. P. 1-96.
5. Javaherian Z, Hayat Gheib D, Abid KH. Epidemiological survey of cutaneous Leishmaniasis in Mirjaveh district of Zahedan. *Zahedan J Res Med Sci* 1999; 27:27-31 (Persian).
6. Desjeux P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2004; 27:305-18.
7. Abasi AE, Ghanbary MR, Kazem NK. The epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Gorgan (1998-2001). *Ann Military Health Sci Res* 2004; 2:275-8 (Persian).
8. Last JM. Public health and human ecology. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw Hill Professional; 1998. P. 403.
9. Fata AA, Dalimi AH, Jaefari MR, Mohajeri M, Khamesipour A, Valizadeh M. Clinical appearance, leishmanin test & Elisa using monoclonal antibody in diagnosis of different forms of cutaneous leishmaniasis.. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2004; 47:19-27 (Persian).
10. Mohebali M. Zoonotic protozoa diseases. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Nadi Press; 1996. P. 60-1 (Persian).
11. Hatami H, Azizi F, Janghorbani M. Epidemiology and control of common Disorders in Iran. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Khosravi Publications; 2004 (Persian).
12. Dehghan A, Ghahramani F, Hashemi B. The epidemiology of anthroponothic cutaneous Leishmaniasis in Larestan (2006-2008). *J Jahrom Univ Med Sci* 2010; 8:3 (Persian).
13. Barati H, Barati M, Lotfi MH. Epidemiological study of cutaneous Leishmaniasis in Khatam. Yazd Province (2004-2013). *Paramed Sci Military Health* 2015; 10:1-5 (Persian).
14. Hamzavi Y, Hamzeh B, Mohebali M, Akhoundi B, Ajhang K, Khademi N, et al. Human visceral leishmaniasis in Kermanshah province, western Iran, during 2011-2012. *Iran J Parasitol* 2012; 7:49.
15. Yaghoobi Ershadi MR, Akhavan AA, Zahraei Ramazani AV, Abai MR, Ebrahimi B, Vafaei Nezhad R, et al. Epidemiological study in a new focus of cutaneous Leishmaniasis in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2003; 9:816-26 (Persian).
16. Galavizade S, Fata A, Vakili V, Zarean M. Survey the cutaneous leishmaniasis prevalence in Mashhad during the past twenty years and the effect of environmental risk factors. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2015; 58:516-22 (Persian).
17. Khajedaluae M, Yazdanpanah MJ, SeyedNozadi S, Fata A, Juya MR, Masoudi MH, et al. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in population covered by Mashhad university of medical sciences in 2011. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2014; 57:647-54 (Persian).

*Original Article***Evaluation of cutaneous leishmaniasis in the city of Lamerd in 2004-2014**

Received: 19/02/2017 - Accepted: 30/04/2017

Abubakar Jafarnezhad<sup>1</sup>  
Fariborz Jamshidi<sup>2</sup>  
Azizollah Dehghan<sup>3\*</sup>

1. Master of Science in Epidemiology,  
Noncommunicable Diseases Research  
Center, Fasa University of Medical  
Sciences, Master Faculty of Nursing  
Omolbanin Lamerd, Lamerd, Iran.  
2. Expert in charge Communicable  
Disease Unit, Health Network city  
Lamerd, Shiraz University of Medical  
Sciences, Shiraz, Iran.  
3. PhD of Epidemiology,  
Noncommunicable Diseases Research  
Center, Fasa University of Medical  
Sciences, Fasa, Iran.

\* Noncommunicable Diseases  
Research Center, Fasa University of  
Medical Sciences, Fasa, Iran.

Tel: 09171214107  
Email: Dehghan.aziz@yahoo.com

**Abstract**

**Introduction:** Leishmaniasis is one of the six important diseases in the tropics which the World Health Organization has recommended that to be under research. This study was conducted to assess cutaneous leishmaniasis in Lamerd city.

**Materials and Methods:** This study was conducted as Cross-sectional, the information including age, sex, number of lesions, tumor location, location and type of building were collected and eventually analyzed by using SPSS version 22.

**Results:** from 907 cases studied, 437 men (48.1%) and 470 were women (51.8%). The highest number of disease cases were among age group of 0-9 years and the lowest in age group of persons above 60 years. A total of 60.9% of the patients were in rural and 39.1% were urban, 51.8% of patients in new homes and the rest lived in the old houses. 62.6% of patients had more than one ulcer and the most members are involved parts were hands.

**Conclusion:** This study showed that under ten years age group are most at risk and the pattern of gender is different from other regions of the country. Also the disease was seen more commonly in rural areas. Therefore, to prevent the disease, it is necessary to train the groups considered at risk.

**keywords:** Cutaneous Leishmaniasis, Epidemiology, Lamerd

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.