

به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بیماری های واگیر

(پایه اول)

از مجموعه کتب آموزشی ویژه بهورزان

تدوین و گردآوری :

مربی مبارزه با بیماری های مرکز آموزش بهورزی کازرون

مسعود شبانی

بهار ۱۳۹۷

فهرست :

صفحه

عنوان :

۳	پیشگفتار
۴	فصل اول: آشنایی با بیماری های واگیر و نظام مراقبت بیماری ها
۶	فصل دوم: آشنایی با اصطلاحات رایج در درس بیماری ها
۹	فصل سوم : آشنایی باسیر طبیعی بیماری ها و زنجیره عفونت
۱۱	فصل سوم : آشنایی با سیستم ایمنی بدن در مقابل بیماری ها
۱۲	فصل سوم : آشنایی با نظام مراقبت سندرومیک
۳۰	فصل چهارم : بیماریهای اسهالی و گروه بندی آنها
۳۲	-بیماری شیگلوز
۳۴	-بیماری وبا
۳۸	-بیماری حصبه
۴۰	-بیماری فلج اطفال
۴۳	-بیماری هیپاتیت
۴۷	-بیماری آمیبیازیس
۴۹	-بیماری هیداتید یا هیداتیک
۵۱	-بیماری ژیاودییا
۵۳	-بیماری کرمک
۵۵	-کرم آسکاریس
۵۷	-کرم کدو
۵۸	-فصل چهارم :بیماری اوریون
۶۰	-فصل پنجم: بیماری سرخک
۶۲	-فصل ششم : بیماری سرخجه
۶۵	-فصل هفتم: بیماری آبله مرغان
۶۷	-فصل هشتم : بیماری مخملک
۶۹	-فصل نهم : بیماری دیفتی
۷۲	-فصل دهم: بیماری کزاز
۷۵	فصل یازدهم بیماری سیاه سرفه
۷۷	فصل دوازدهم بیماری سل
۸۱	فصل سیزدهم پدیكلوز
۸۳	فصل چهاردهم بیماری هیپاتیت (B.C.D)
۸۵	فصل پانزدهم انواع بیماری مننژیت

پیشگفتار

بیماریهای عفونی واگیردار از قدیمی ترین دشمنان سلامت بشر هستند. همه گیری‌های بزرگ ایجاد شده توسط برخی از آن‌ها (مانند وبا- طاعون و آنفلوآنزا) در قرن‌های گذشته خسارات سنگینی بر جامعه بشری وارد کرده است.

علیرغم پیشرفت‌های شگرف علم پزشکی در زمینه‌های پیشگیری و درمان بیماری واگیر، متأسفانه هنوز هم بیماریهای عفونی با قابلیت ایجاد اپیدمی به عنوان یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان مطرح هستند. بروز مقاومت دارویی در عوامل بیماری‌زا و یا ناقلین آن‌ها، بازگشت مجدد برخی بیماریها به مناطقی که سال‌ها عاری از آن بیماری بوده‌اند. (بیماری‌های باز پدید)، و ظهور بیماری‌های جدید (بیماری‌های نو پدید)، وجود شرایط خاص و فوق العاده جمهوری اسلامی ایران از ابعاد مختلف، اعم از پتانسیل بروز حوادث غیرمترقبه، واقع شدن در منطقه مدیترانه شرقی، همسایگی با کشورهای در حال توسعه با شاخص‌های نامطلوب سلامتی، تنوع آب و هوایی، وسعت جغرافیایی زیاد، جابجایی جمعیت و مهاجرپذیری، خیل عظیم پناهندگان از کشورهای همسایه، وجود مناطق روستایی توسعه نیافته، تغییرات جدی شرایط اقلیمی و آسیب محیط زیست باعث گردیده تا احتمال بروز همه گیری و طغیان بیماری‌های واگیردار همواره کشور را تهدید نماید. برای مدیریت صحیح کنترل بیماریهای واگیر، اطلاعات جامع و به روز درخصوص آن‌ها مورد نیاز است و ابزار تأمین این اطلاعات، نظام مراقبت بیماری‌ها است.

یکی از دلایل عدم گزارش دهی مناسب و به موقع این بیماری‌ها، آشنائی ناکافی کارکنان رده‌های بهداشتی و درمانی با ضرورت و فواید این امر و چگونگی انجام آن است.

اهداف آموزشی :

از فراگیران انتظار می رود در پایان مطالعه هر بیماری بتوانند

۱- اصطلاحات رایج در درس بیماری ها را بشناسند.

۲- با تعریف و علائم بیماری آشنائی داشته باشند .

۳- روش های انتقال و پیشگیری از بیماری را توضیح دهند .

۴- نحوه واکسیناسیون ، درمان، مراقبت از بیماری برای هر بیماری را به تفکیک دانسته و در صورت لزوم انجام دهند

نظام مراقبت بیماریها: (Surveillance system)

اساس و مبنای تصمیم گیریها و همچنین مدیریت بیماریهای واگیر می باشد.

تعریف مراقبت: گرد آوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار به هنگام، مستمر و منظم داده های مربوط به سلامتی

(داده های حاصل از تبدیل وقایع مرتبط با سلامتی مانند (موارد تب و خونریزی، موارد تب و راش، موارد سرفه بیش از دو هفته.....

ورودی و خوراک نظام مراقبت بیماریها می باشند).

اهداف نظام مراقبت :

- پایش روند
- شناسایی اپیدمی ها
- شناسایی گروههای در معرض خطر
- کنترل ، حذف ، ریشه کنی بیماریهای واگیر تحت مراقبت
- ارزیابی پیشرفت برنامه های مداخله ای
- چرخه مراقبت بیماریهای واگیر

در حال حاضر دو نوع نظام مراقبت از بیماری ها اجرا می گردد:

۱- نظام مراقبت روتین که از گذشته تا بحال اجرا می شود.

۲- نظام مراقبت سندرومیک که در سالیان اخیر تدوین شده و در برخی از نقاط کشور اجرا و مقرر گردیده در آینده بصورت فراگیر

در همه مناطق کشور مورد استفاده قرار گیرد. این نظام در برخی از کشورها بصورت کامل برقرار می باشد.

۱- نظام مراقبت روتین بیماریها در ایران

بیماری های که تهدیدی برای بهداشت عمومی محسوب می شوند در لیست بیماری های قابل گزارش قرار می گیرند. نظام مراقبت بیماری های واگیر در شبکه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) کشور ادغام یافته است. آخرین فهرست بیماری های با گزارش اجباری که در سال ۱۳۸۳ بازنگری شده، به شرح ذیل است:

* بیماری های مشمول گزارش مراقبت های بین المللی:

۱- وبا ۲- طاعون، ۳- تب زرد، ۴- تیفوس، ۵- تب راجعه شپشی (اندمیک) ۶- فلج اطفال، ۷- آنفلوآنزای انسانی با زیرگروه جدید، ۸- تب های خونریزی دهنده ۹- آبله ۱۰- سارس (SARS)

* بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفن-ایمیل ...)

۱- فلج شل حاد، ۲- سرخک، ۳- سندرم سرخجه مادرزادی ۴- دیفتری ۵- مننژیت ۶- وبا ۷- طاعون ۸- مالاریا ۹- عوارض متعاقب ایمنسازی (موارد مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنفادنیت و هرگونه عارضه ای که منجر به تشویش عمومی شود). ۱۰- تیفوس ۱۱- بوتولیسم ۱۲- سیاه زخم تنفسی ۱۳- کزاز نوزادان ۱۴- تب زرد ۱۵- هر نوع حیوان گزیدگی ۱۶- تب های خونریزی دهنده ویروسی ۱۷- هرگونه افزایش بروز در سایر بیماریهای عفونی

بیماری های مشمول گزارش غیرفوری (کتبی)

۱- سل ۲- جذام ۳- سیاه سرفه ۴- کزاز بالغین ۵- تب تیفوئید ۶- انواع هپاتیت ویروسی (E,C,B,A) ۷- ایدز و عفونت HIV ۸- بیماریهای آمیزشی ۹- عوارض متعاقب ایمنسازی (غیر از موارد فوری) ۱۰- سالک، کالا آزار ۱۱- بروسلوز (تب مالت) ۱۲- سیاه زخم جلدی ۱۳- تب راجعه ۱۴- شیگلوز- ۱۵- لپتوسپیروز ۱۶- فاسیولازیس ۱۷- شسیتوزومیازیس.

* بیماری (DISEASE):

هر وقت اختلالی در حالت های فیزیولوژیک (بدن شناختی یا کارکردبدنی) یا روانی به وجود می آید می گویند بیماری اتفاق افتاده است.

(یک حالت تشخیص داده شده مرضی و یا اختلال در عملکرد بدن می باشد).

تعاریف و اصطلاحات رایج در درس بیماری ها

* بهداشت شخصی (Personal Hygiene)

به اقدامات محافظت کننده ای گفته می شود که مسئولیت رعایت آن بیشتر با خود افراد است و باعث ارتقاء بهداشت آنها و محدود

کردن انتشار بیماری های عفونی به خصوص آن هایی که در اثر تماس مستقیم منتقل می گردند، می شود. این اقدامات شامل:

الف- شستن دست ها با آب و صابون بلافاصله بعد از مدفوع یا ادرار و در تمام موارد قبل از خوردن و یا دست زدن به غذا

ب- دور نگاه داشتن دست و اشیاء کثیف

* بیماری واگیر دار (Communicable Disease)

بیماری ناشی از یک عامل عفونی خاص یا فراورده سمی آن که در نتیجه انتقال مستقیم یا غیرمستقیم آن عامل یا فراورده های

آن از طریق یک واسطه حیوانی یا گیاهی، ناقل و یا محیط غیر زنده از شخص یا حیوان آلوده یا مخزن به میزبان حساس منتقل می شود.

انتقال عامل عفونت (Transmission of the infectious agent)

هر نوع مکانیسمی که بوسیله آن یک عامل عفونی از یک منبع و یا مخزن به شخص دیگر منتقل شود را انتقال عامل عفونی

گویند. این مکانیسم ها عبارتند از:

الف) انتقال مستقیم (Direct Transmission)

رسیدن بدون واسطه و ضرورتاً فوری عامل عفونی را به محل ورودش در بدن که ممکن است منجر به ایجاد عفونت در انسان و

یا حیوان گردد انتقال مستقیم گویند. این روش انتقال شامل: دست زدن، گاز گرفتن، بوسیدن، تماس جنسی، یا با پرتاب مستقیم

قطرات کوچک به هنگام عطسه، سرفه، خروج آب دهان، خواندن و یا صحبت کردن (در فاصله یک متر یا کمتر) به ملتحمه چشم یا داخل

بینی و دهان اتفاق افتد.

ب) انتقال غیرمستقیم (Indirect Transmission)

که بر سه قسم است

۱- انتقال با وسیله (وسيله برد): مواد و یا اشیاء آلوده از قبیل اسباب بازی- دستمال، البسه آلوده و خاک آلود، وسایل

خواب، ظروف غذاخوری یا پخت و پز، وسایل جراحی یا زخم بندی، آب، غذا، فراورده های بیولوژیک شامل خون، سرم، پلاسما، بافت یا

اعضا پیوندی یا هر ماده ای که وسیله رساندن و داخل کردن عامل عفونت به میزبان حساس از طریق محل ورود مناسب آن شود.

۲- انتقال با ناقل (ناقل برد) حشرات و بندپایان

انتقال ممکن است به هنگام نیش زدن ناقل، از طریق بزاق، استفراغ یا مدفوعی که روی پوست بدن گذاشته می شود و یا سایر موادی

که قادر هستند همزمان با ایجاد زخم به هنگام نیش زدن وارد بدن شوند و... مانند مالاریا- سالک- تیفسوس- انواع اسهال و بیماری

های انگلی،

۳- انتقال از طریق هوا (هوابرد)

انتشار ذرات هوای آلوده به عوامل عفونی و رسیدن آنها به محل ورود مناسب به بدن، که معمولاً مجاری تنفسی است. انتقال بوسیله هوا نامیده می شود. مثل بیماری سل، تب مالت و

میزبان: (موجودات زنده)

به انسان یا موجودات زنده دیگر مانند پرندگان، جانوران و بندپایان که در حالت طبیعی محل جایگزینی یا گذران زندگی یک عامل عفونی بیماری زا باشد میگویند.

میزبان نهایی:

میزبانی که عامل بیماریزا یا انگل در آن به مرحله بلوغ برسد و یا مرحله جنسی خود را بگذراند میزبان نهایی یا اولیه نامیده می شود. پشه آنوفل در مالاریا

میزبان واسطه یا ثانوی: میزبانی که انگل در آن به حالت لاروی یا غیرجنسی باشد میزبان واسطه ای یا ثانوی نامیده می شود. مالاریا در انسان.

مخزن عفونت:

انسان، جانور، بندپا، گیاه- خاک یا ماده و یا ترکیبی از این ها که یک عامل عفونی بیماری زا در حالت عادی در آن زندگی کند و تکثیر یا بد و بقای عامل عفونی در درجه اول وابسته به آن باشد.

* نکته: هر میزبان می تواند یک مخزن باشد ولی یک مخزن نمی تواند یک میزبان باشد (میزبان باید موجود زنده باشد)

* منبع عفونت: اشخاص، جانوران، اشیاء یا موادی هستند که عامل عفونت بلافاصله از آن ها به میزبان یا پذیرنده منتقل می شود (مصرف شیر بز در تب مالت- آب آلوده با فاضلاب در وبا و حصیه)

نکته: مخزن و میزبان هر دو منبع بیماری محسوب می شوند

دوره کمون: به فاصله زمانی بین ورود عامل بیماری زا (عفونت) به بدن تا بروز اولین نشانه های بالینی بیماری اطلاق می شود.

حامل: به شخص یا حیوانی که عامل عفونی را بدون نشان دادن علائم بیماری در خود نگه می دارد و قادر به انتقال عامل بیماری زا به دیگران است.

حساس: به شخص یا حیوانی گفته می شود که وقتی در معرض یک عامل عفونی خاص قرار می گیرد مقاومت کافی در مقابل

آن عامل بیماریزا برای جلوگیری از ابتلا به عفونت و بیماری از خود نشان ندهد.

اندمیک (اندمی) :

بومی (ENDEMIC)

وجود بیماری یا عامل بیماریزا به صورت دائم یا همیشگی در یک منطقه ی جغرافیایی یا گروه جمعیتی معین بیماری بومی یا

اندمیک گفته می شود.مانند سالک در حومه- کازرون- فرشبند

اپیدمیک (اپیدمی) (همه گیری) (EPIDEMIC)

به وقوع موارد یک بیماری- بویژه یک رفتار مرتبط با تندرستی یا سایر پیشامدهای مرتبط با تندرستی در یک جامعه یا در یک

منطقه که به طور کاملاً آشکار بیش از تعداد مورد انتظار است گفته می شود.

اسپورادیک (تک گیر) (Esporadic)

وقوع یک بیماری به صورت پراکنده هم از نظر زمانی و هم از نظر مکانی- تک گیر گفته می شود. تب خونریزی کنکو کریمه C.C.H.F

پاندمیک (عالمگیری) PANDEMIC

نوعی همه گیری که در یک منطقه وسیعی از دنیا روی می دهد، از مرزهای بین المللی در می گذرد و بطور معمول شمار بسیار

زیادی از مردم را دچار می کند.

* ریشه کنی بیماری: طبق تعریف WHO؛ ریشه کنی عبارت است از دستیابی به وضعیتی که دیگر موردی از بیماری در

جایی بروز نکند و استمر تدابیر مبارزه با بیماریها ضرورت نداشته باشد. مانند آبله.

تعریف ۲- : قطع همه انواع انتقال عفونت به وسیله پایان دادن به عامل عفونی بیماریزا از طریق مراقبت و محصور کردن

* حذف بیماری: کاستن از موارد بیماری و انتقال آن تا سطح بسیار کم که دیگر به عنوان یک مشکل بهداشتی در جامعه مطرح

نباشد.

طغیان: به یک همه گیری محدود به افزایش بروز بیماری در محل مانند یک روستا، شهر یا مؤسسه ی بسته اطلاق میشود.

* تعریف مورد مشکوک در بیماریها: در برنامه های کنترل بیماری های واگیردار مشکوک به فردی گفته می شود که سابقه و یا

نشانه هایی که بروز می دهد این تصور را ایجاد می کند که ممکن است مبتلا به یک بیماری واگیردار بوده و یا در آینده آن را بروز

خواهد داد.

* زئونوزها: بیماریها یا عفونت هایی که در شرایط طبیعی قابل انتقال از جانوران مهره دار به انسان ها می باشد مثل: هاری- طاعون-

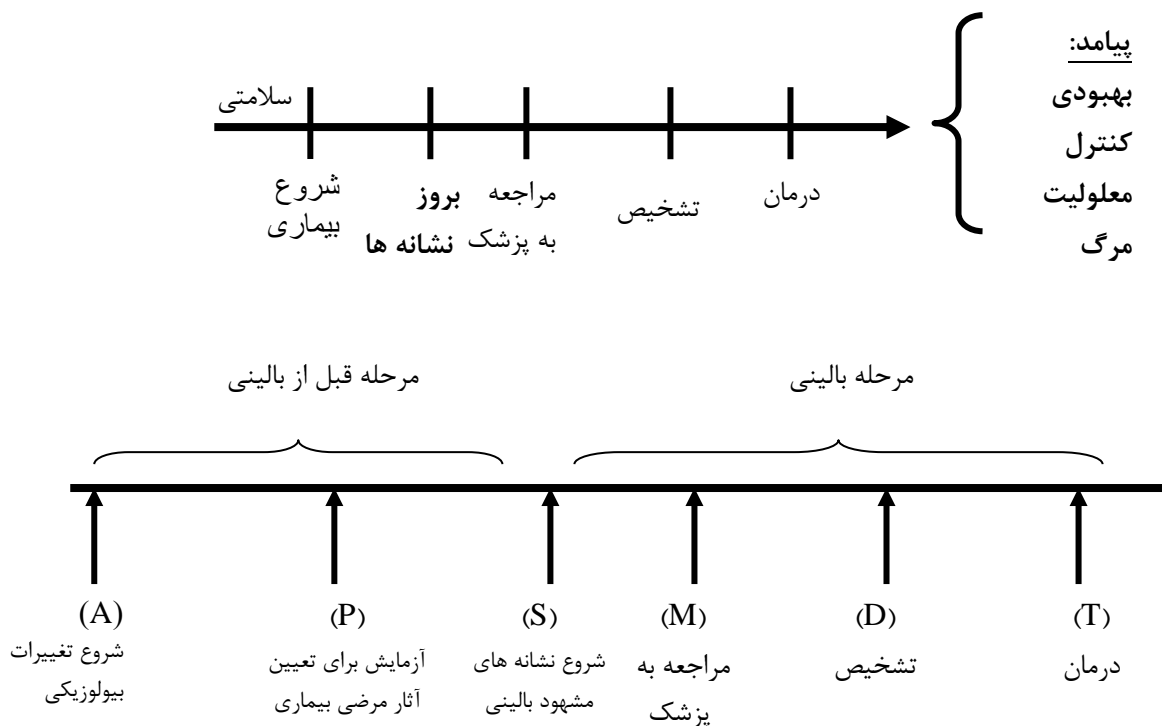
تب مالت ...

بروز (Incidence):

به موارد جدید یک بیماری در یک جمعیت معین در یک دوره ی زمانی معین بروز اطلاق می گردد.

شیوع: به موارد جدید و قدیم بیماری در یک جمعیت معین اطلاق می شود .

شکل زیر سیر طبیعی بیماری را نشان می دهد :



نقطه A شروع تغییرات بیولوژیکی بیماری است و این مرحله در اغلب موارد تشخیص داده نمی شود، تغییرات ایجاد شده در این مرحله هنوز آثار بالینی مشهودی ندارند، شاید تغییراتی در سطح سلولی، مثلاً تغییراتی در DNA سلولی در حال شکل گرفتن باشد. در مرحله ای از سیر بیماری (نقطه P) تغییرات مرضی ایجاد شده و در صورت جستجو می توان به وجود آن ها پی برد. در مرحله بعد نشانه های بیماری ظاهر می شود (نقطه S) و مدتی بعد از آن ممکن است بیمار به پزشک مراجعه کند (نقطه M) در این مرحله امکان تشخیص بیماری وجود دارد (نقطه D) و بعد از آن درمان شروع می شود (نقطه T). مراحل بعدی سیر بیماری ممکن است به بهبودی، کنترل بیماری (با یا بدون باقی ماندن) آثاری و یا مرگ بیمار ختم شود.

زنجیره عفونت بیماری های واگیر:

* بیماری های واگیر (عفونی) زمانی ایجاد می گردند که زنجیره ای از حلقه های متفاوت با همدیگر بتوانند پیوستگی یا اتصال

لازم را ایجاد نمایند که معروف به زنجیره عفونت می باشد.

هدف پرسنل بهداشتی و درمانی: پیشگیری از ایجاد این زنجیره و یا تلاش برای گسستن زنجیره تشکیل شده از هر حلقه

ای که قابلیت انفکاک آن بیشتر است.

زنجیره عفونت ساده ای که ترسیم کننده وضعیت بیماری های عفونی باشد به شرح ذیل است.

وظیفه پرسنل آگاه بهداشتی اطلاع داشتن از زنجیره عفونت هر بیماری و تلاش برای قطع و عدم تشکیل حلقه عفونت.

زنجیره عفونت :



آشنایی با سیستم ایمنی بدن :

در بدن ما ، سیستم ایمنی وجود دارد که وظیفه اش محافظت از بدن در برابر هر عامل بیگانه ایی است که وارد بدن انسان شود .

یکی از اصلی ترین اجزا سیستم ایمنی بدن سلول های سفیدی هستند که در خون و ترشحات وجود دارند این ها مانند سربازان یک ارتش هستند که وظیفه اصلی محافظت بدن در برابر عوامل بیگانه بر عهده دارند به آنها گلبول سفید می گویند و به



مانع وارد شدن عوامل بیگانه به بدن می



عوامل بیگانه را از بین می برد .



عوامل بیگانه را زندانی می کنند .



وقتی عامل بیگانه وارد بدن می شود ، سیستم ایمنی قسمتی از ساختمان عامل بیگانه را شناسائی می کند که به آن "آنتی ژن" می گویند .و سیستم ایمنی بدن ماده ایی بر علیه آن ترشح می کند که به آن " آنتی بادی " می گویند



آشنایی با بیماریهای عفونی :

بیماریهای عفونی ، بیماریهایی هستند که به علت ورود یک عامل بیماریزا به بدن ایجاد می شود.عامل بیماریزا وارد بدن می شود و موجب آزدگی یک قسمت بدن می شود .سیستم ایمنی بدن هم عامل بیماریزا بر علیه این دشمن شروع به فعالیت می کند.این جنگی که بین عامل بیماریزا و سربازهای دفاعی بدن اتفاق می افتد علایمی را ایجاد می کند که به کمک ان علایم می توانیم بیماری را تشخیص دهیم .پس اگر بخواهیم هر بیماری عفونی را بشناسیم به این اطلاعات نیاز داریم :

۱. عامل بیماریزا
۲. نحوه ورود به بدن انسان
۳. علایم بیماری : که خود حاصل دو مورد زیر است :
۱. صدماتی که میکروب به بدن وارد می کند (بیماریزایی)
۲. واکنش بدن نسبت به عامل بیماریزا
۴. راه تشخیص
۵. چگونگی درمان

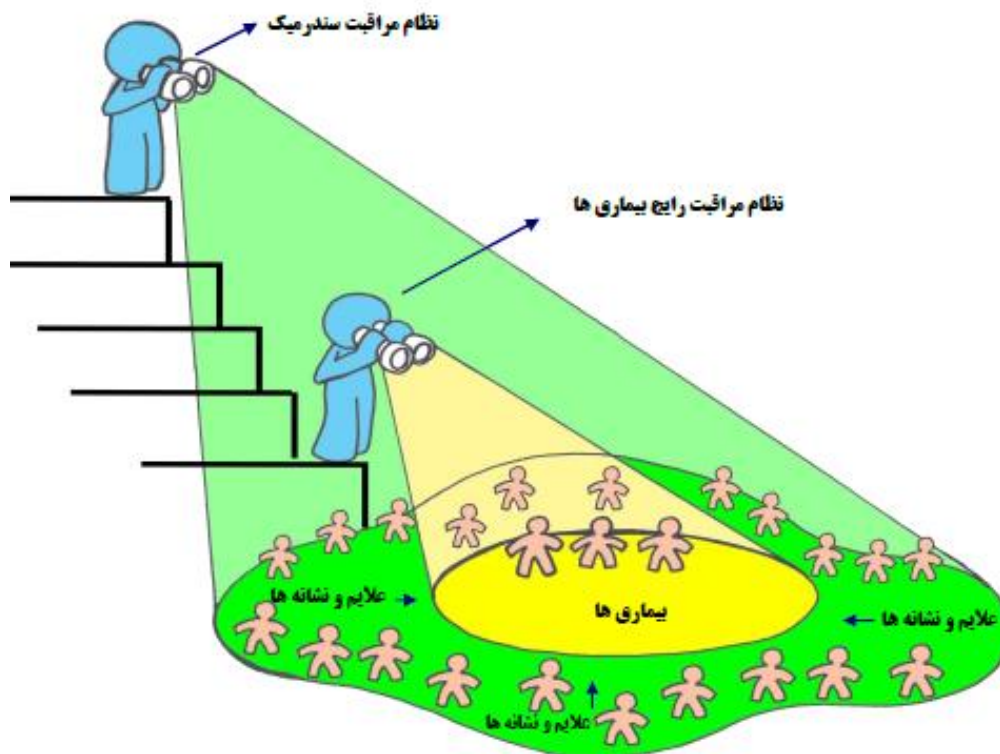
معرفی نظام مراقبت سندرمیک:

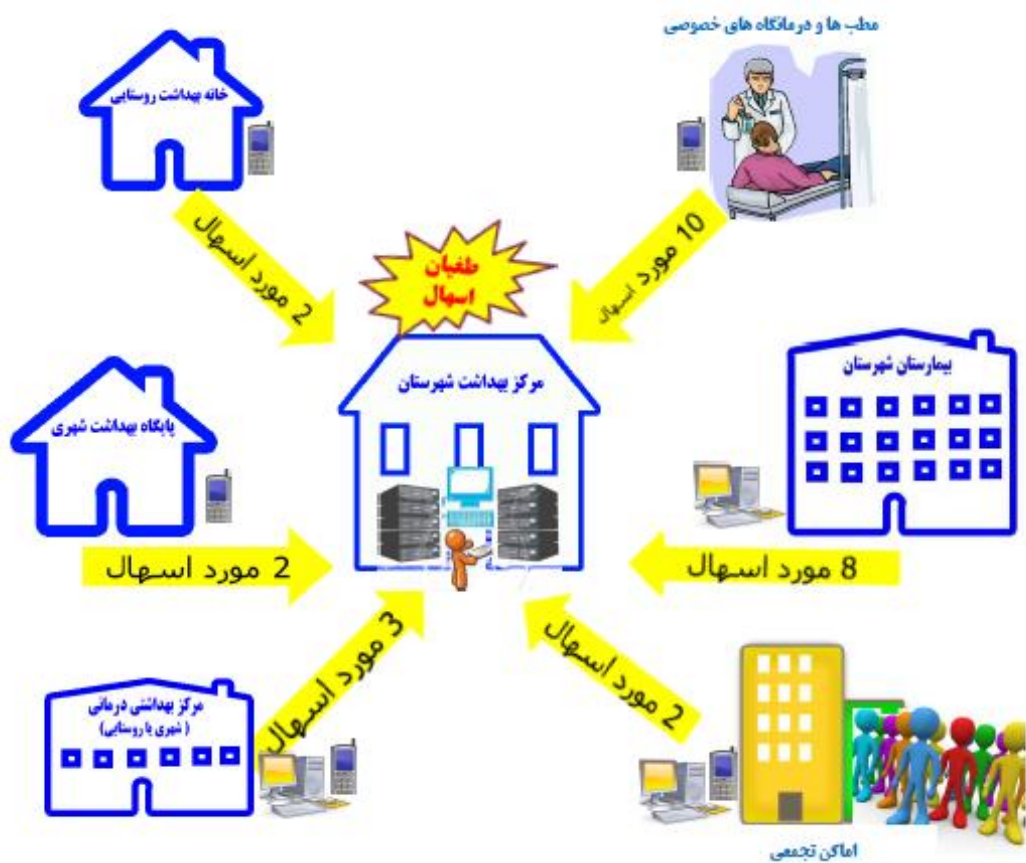
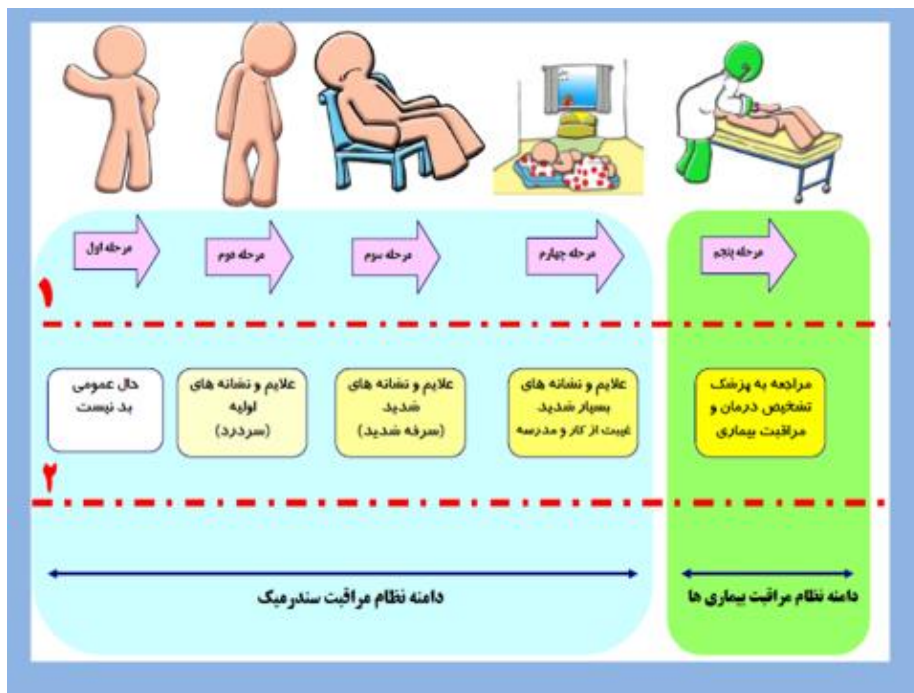
سندرم یا نشانگان: ترکیبی از نشانه ها و علائمی (نشانگان) که می تواند وجود یک یا چند بیماری یا اختلال سلامتی را مطرح نماید.

تفاوت سندرم و بیماری:

- ۱- ممکن است یک سندرم علائم و نشانه های چند بیماری مختلف باشند.
- ۲- تایید و تشخیص افتراقی بیماری ها، با روش های پاراکلینیکی، آزمایشگاهی و صورت می گیرد.
- ۳- درمان سندرم ها براساس علامت درمانی است.
- ۴- درمان بیماری ها بر اساس علت بوجود آورنده بیماری و علامت درمانی است.

نظر شما در رابطه با تصویر مقابل چیست؟





موارد معرفی شده در نظام مراقبت سندرمیک :

ردیف	نام سندرم
۱	سندرم تب و خونریزی
۲	سندرم تب و راش الف- ماکولوپاپولار ب- غیر ماکولوپاپولار
۳	شبه آنفلوآنزا
۴	اختلال شدید تنفسی
۵	تب و علائم نورولوژیک
۶	تب طول کشیده
۷	مسمومیت غذایی
۸	اسهال حاد (غیرخونی)
۹	اسهال خونی
۱۰	زردی حاد
۱۱	فلج شل حاد
۱۲	شوک عفونی
۱۳	سرفه مزمن
۱۴	مرگ ناگهانی

شماره ۱: سندرم تب و خونریزی
Fever with hemorrhagic manifestation

Part (11-1)

خونریزی حداقل از دو محل از مناطق زیر مطرح می شود:



این سندرم با وجود تب + تب همای بالاتر از ۳۸ درجه سانتی



تشخیصهای افتراقی سندرم تب و خونریزی

DDx

Part (11-2)

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| ۹- RVF | ۱- CCHF |
| ۱۰- ایبولا | ۲- مننکو کوکسسی |
| ۱۱- هاریبورگ | ۳- لیتوسپیروز (فرم شدید) |
| ۱۲- لاسا | ۴- Sepsis/ DIC |
| ۱۳- هانتا ویروس | ۵- تب تیئوئید |
| ۱۴- تب امسگ | ۶- مالاریای شدید |
| ۱۵- سرخک | ۷- تب داتگ |
| ۱۶- چیکونگونگی | ۸- تب زرد |
| ۱۷- الخریما | |

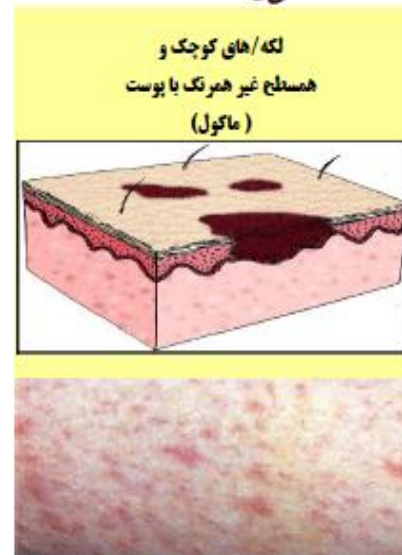
شماره ۲- الف : سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر

Fever with rash (Maculopapular)

حد اقل یکی از علامتهای زیر (معمولا به صورت منتشر):



بروز علائم تب



تشخیصهای افتراقی سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر

DDx

- | | |
|---|----------------------------------|
| ۱۱- دنگ | ۱- مننگوکوکسمی اگزانتیم ویرال: |
| ۱۲- سیفیلیس ثانویه | ۲- سرخک |
| ۱۳- راش دارویی | ۳- سرخچه |
| ۱۴- گزش حشرات | ۴- مونونوکلئوز عفونی |
| : | ۵- EBV |
| ۱۵- تیفوس (عفونتهای ریکتزایی) | ۶- Exantum Subitum (5th disease) |
| ۱۶- Rocky Mountain Spotted Fever | Or |
| (مسافرتی - عفونتهای ریکتزایی) | (Roseola Infantum) |
| ۱۷- تیفوئید | ۷- ECHO virus انتروویروس ها |
| ۱۸- عفونتهای ارلیشایی | ۸- کوکساکسی ویروس انتروویروس ها |
| ۱۹- تب پشه خاکی (Papatasi fever) | ۹- CCHF |
| ۲۰- بیماریهای ناشناخته (بازدید، نوپدید) | ۱۰- چیکونگونیا |

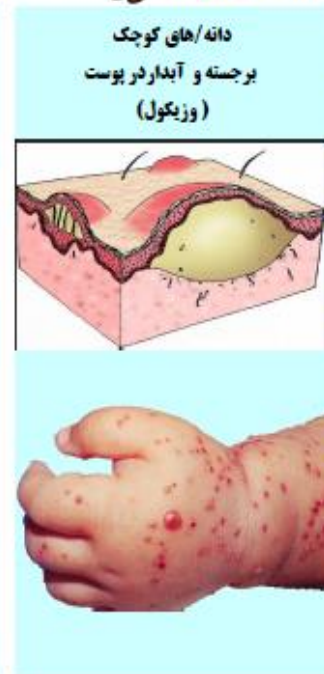
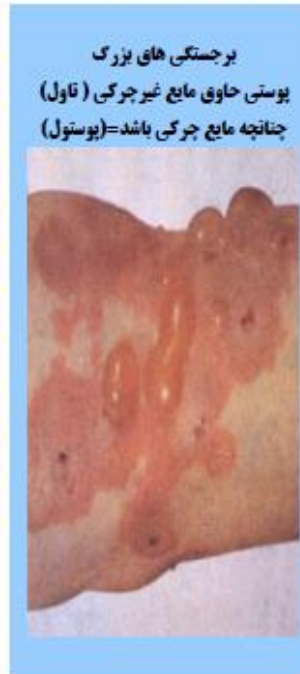
نمونه ۲-ب : سندرم تب و راش حاد (غیر ماکولوپاپولر)
Fever with rash (Non-maculopapular)

Part (15-1)



بروز علائم تب

حدافل یکی از علامتهای زیر:



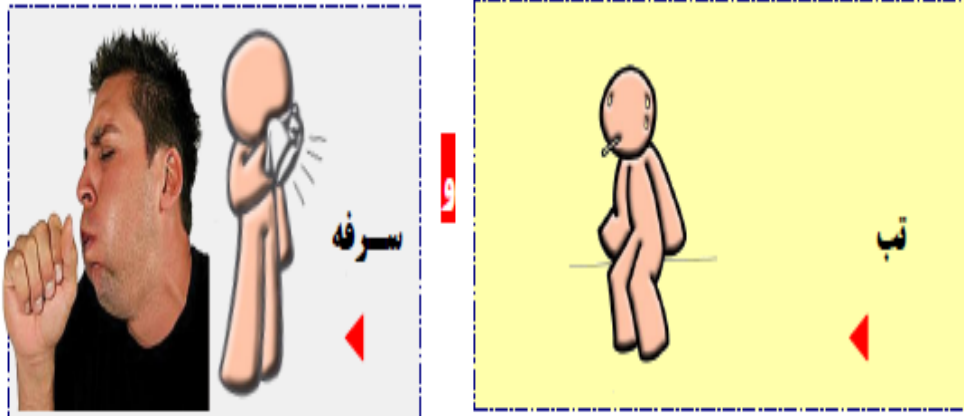
تشخیصهای افتراقی سندرم تب و راش حاد (غیر ماکولوپاپولر)

DDx

Part (15-2)

- ۱- آبله مرغان / یازونا
- ۲- آبله
- ۳- سیاه زخم پوستی
- ۴- استافیلوکوک
- ۵- تولا رمی پوستی
- ۶- Scabies (گال)
- ۷- Leishmaniasis

بروز علائم زیر در طول یک هفته اخیر:



تشخیصهای افتراقی سندرم شبه آنفلوانزا

DDx

- ۱- آنفلوانزای فصلی یا پاندمیک یا حیوانات (پرنندگان)
- ۲- ویروس سنسیسیال تنفسی
- ۳- آدنوویروس
- ۴- آنتروویروس (گریپ تابستانی)
- ۵- پارا آنفلوانزا
- ۶- ویروس MERS-CoV / SARS
- ۷- ویروس HMPV
- ۸- سیاه سرفه
- ۹- سایر پاتوژنهای تنفسی بالاخص ویروسهای تنفسی
- ۱۰- بیماریهای ناشناخته (بازپدید و نوپدید)

وجود تب + سرفه در یک هفته اخیر
و بستری شدن در بیمارستان معمولاً بدلیل یکی از علائم دال بر وخامت عملکرد سیستم تنفسی یا سیستم قلبی عروقی یا سیستم عصبی

۱- سیستم تنفسی

تاکی پنه (تنفس تند)
نوزادان (تا ۲ ماه) بیش از ۶۰ تنفس در دقیقه
شیرخواران (تا یکسال) بیش از ۵۰ تنفس در دقیقه
کودکان ۱-۵ سال بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه
کودکان و نوجوانان ۵-۱۵ سال بیش از ۳۰ تنفس در دقیقه
بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۲۰ تنفس در دقیقه

بین دنده ای در حین تنفس

فرورفتگی عضلات

تنفس صدادار

خلط خونی

۲- سیستم قلبی عروقی:

درد قفسه سینه

افت شدید فشار خون

اختلال در ریتم ضربان قلب

۳- سیستم عصبی:

کاهش سطح هوشیاری

تشنج

Part

تشخیصهای افتراقی سندرم عفونت شدید تنفسی

DDx

۱. پنومونی ویروس آنفلوانزا
۲. سل و سایر مایکوباکتریوم ها
۳. سپاه سرفه
۴. دیفتری
۵. سرخک آتیپیک (تظاهر اولیه سرخک با پنومونی)
۶. MERS-CoV / SARS
۷. سپاه زخم تنفسی
۸. تولارمی
۹. پنومونی طاعون
۱۰. ویروسهای تنفسی (، RSV، HMP virus، آدنو ویروس، آنتررو ویروس، ، آبله مرغان، ، Para-influenza، Chikungunya، Dengue fever)
۱۱. Mycoplasma
۱۲. Chlamydia
۱۳. Q fever
۱۴. Legionella
۱۵. بیماری ناشناخته (نوپدید یا بازپدید)

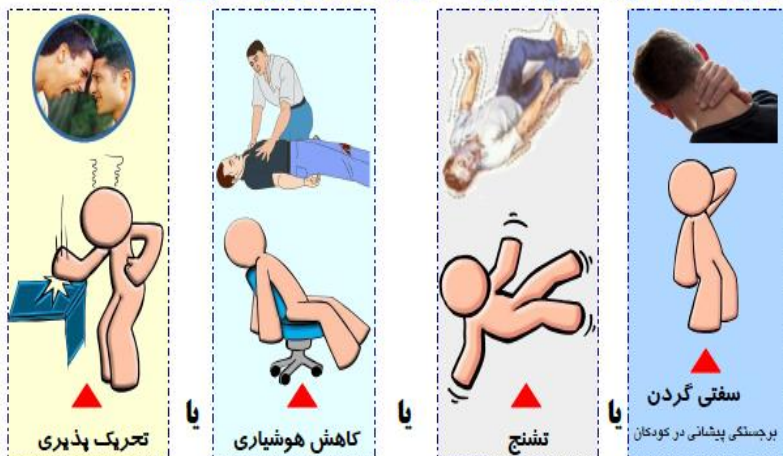
شماره ۵: سندرم تب و علائم نورولوژیک
Fever & Neurological symptoms

Part (21-1)



بروز تب

ناگهانی بالای ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یک علامت از بین علائم زیر:



علائم عصبی:

- سفتی گردن
- تشنج
- کاهش هوشیاری
- تحریک پذیری



علائم کمکی

تشخیص‌های افتراقی سندرم تب و علائم نورولوژیک

DDx

Part (21-2)

- انواع مننژیت:
 - مننژوکوک (قابلیت ایجاد اپیدمی)
 - هموفیلوس آنفلوانزای تیپ b (در close contacts) • پنوموکوک (در اماکن جمعیتی فشرده) و ویروسها:
 - اوریون
 - آنترروویروس ها
 - HIV
 - LCM
 - HSV
 - انواع آنسفالیت ویروسی مثل:
 - ← تنفسی:
 - آنفلوانزا
 - آبله مرغان
- آنسفالوپاتی های توکیسک نظیر:
 - ماهی سوشی ←
 - سرب (صنایع مرتبط)
 - جیوه ارگانیک (متیل مرکوری) • ارگانوفسفره / DDT
 - حلالهای صنعتی (متیل بنزن)
 - ان-هگزان (بوکنندگان چسب)
 - مالاریای مغزی
 - بیماریهای ناشناخته (بازپدید، نوپدید) نظیر سیاه زخم و طاعون
- HSV آنترروویروس ها:
 - پولیومیلیت
 - اکو
 - کوکساکسی
 - سایر آنترروویروس ها تبهای ویروسی خونریزی دهند:
 - دنگ • آنسفالیت ژاپنی
 - ویروس نیل غربی
 - هاری

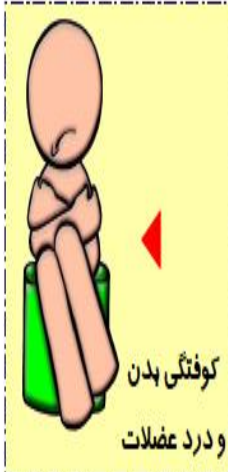
شماره ۶۰: سندرم تب طول کشیده
Prolonged fever

Part (23-1)



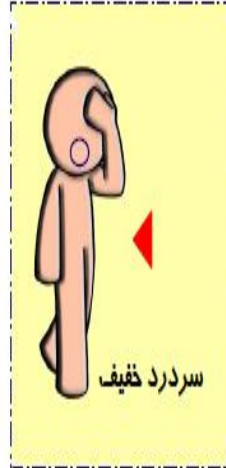
داشتن تب

بیش از سه روز به علاوه یکی از علائم غیر اختصاصی زیر:



کوفتگی بدن
و درد عضلات

یا



سردرد خفیف

- سردرد خفیف

- کوفتگی بدن و درد عضلات

- حال عمومی بد

به نحوی که نتوان علامت را به ارگانی خاص

(سندرمهای تنفسی، عصبی، پوستی و...) نسبت داد.

تشخیصهای افتراقی سندرم تب طول کشیده

DDx

Part

TB-۱

۲- مالاریا

۳- بروسلوز

۴- سالمونلوز و تب تیفوئیدی

۵- بورلیوز

۶. لپتوسپیروز

۷. تب دانگ

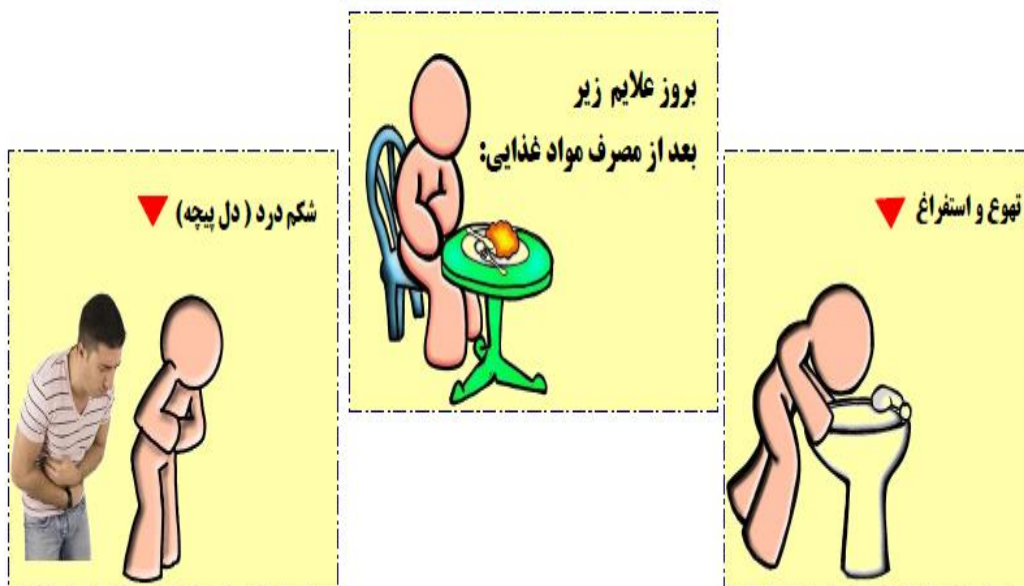
۸. کالا آزار

۹. تب Q

۱۰. هیپاتیت های ویروسی / سایر عفونتهای ویروسی

۱۱. HIV/AIDS

شماره ۷: سندرم مسمومیت غذایی
Food intoxication



تشخیصهای افتراقی سندرم مسمومیت غذایی

DDx

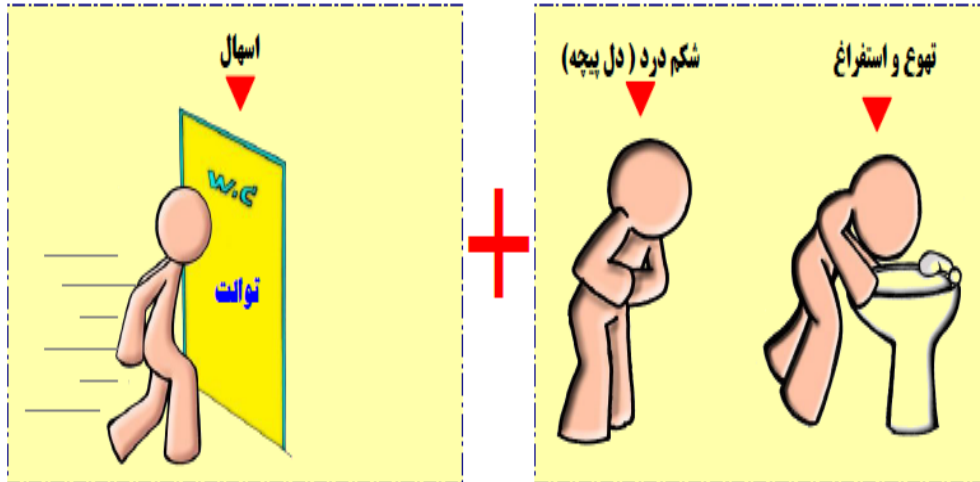
۱. استافیلوکوک
۲. عوامل شیمیایی (سندرم رستوران چینی)
۳. E.Coli
۴. باسیلوس سرئوس
۵. کلستریدیوم پرفرانژنس
۶. کلستریدیوم بوتولینوم
۷. مسمومیت با هیستامین (ماهی)
۸. مسمومیت با فلزات سنگین
۹. مسمومیت با سموم کشاورزی
۱۰. سالمونلوز
۱۱. مسمومیت با الکل

شماره ۸: سندرم اسهال حاد (غیر خونی)
Acute (Non-bloody) diarrhea

Part (27-1)

اسهال حاد (غیر خونی): دفع حداقل ۳ بار مدفوع شل در ۲۴ ساعت به همراه تهوع / استفراغ و شکم درد (دل پیچه)

اسهال حاد (غیر خونی):



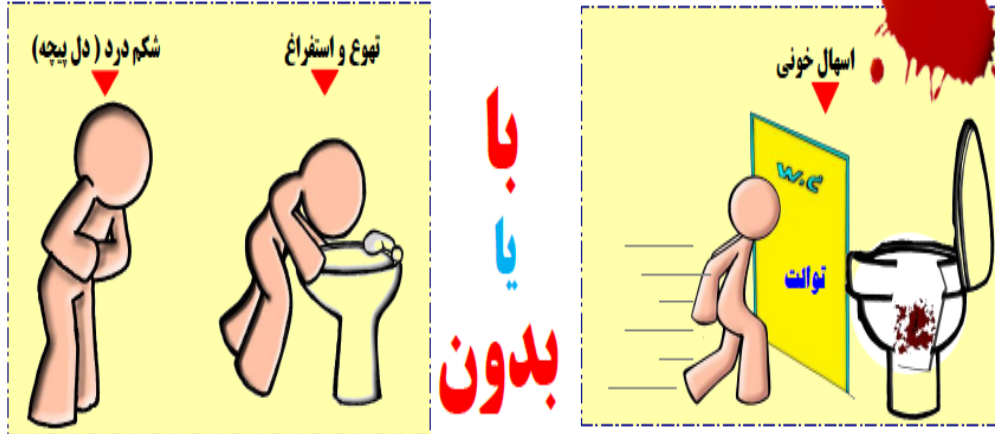
تشخیصهای افتراقی سندرم اسهال حاد غیر خونی

DDx

Part (27-2)

۱. روتا ویروس
۲. E.Coli
۳. کلسترییدیوم پرفرانژنس
۴. سایر ویروس های که میتوانند علائم گوارشی ایجاد کنند (نوروک ، آنفلوانزا ، کوروناویروس و ...)
۵. اسهال های پوتوزوآیی (ژیاردیازیز ، آمیبیاز ، کریتوسپورییدیوم ، ایزوسپورییدیوم ، میکروسپورییدیوم)
۶. سالمونلوز
۷. وبا
۸. باسیلوس سرئوس
۹. عوامل شیمیایی (مسمومیتهای ارگانوفسفره ، کاربامات ها ، سموم کلره ، ...)
۱۰. علل ناشناخته (بیماریهای نوپدید و بازپدید)

اسهال خونی: وجود خون روشن در مدفوع اسهالی با یا بدون علائم تهوع/ استفراغ - شکم درد (دل پیچه)



۱. شیگلا
۲. آمیبیاز
۳. E.Coli
- (Enteroinvasive (EIEC
- Enterohemorrhagic (EHEC)
۴. سالمونلوز (در صورت بروز عارضه خونریزی روده)
۵. کامپیلوباکتر
۶. یرسینیا آنتروکولیتیکا
۷. کلستریدیوم دیفسیل در بیمارستانها (بدلیل مصرف وسیع آنتی بیوتیک)
۸. فلزات سنگین (کادمیم - جیوه - سرب - تالیم - مس ، آرسنیک
۹. سیاه زخم گوارشی
۱۰. ویبریوهای غیر کلرای آزادزی (NCV – Non-Cholera Vibrio) که با NAG که خود Cholera است متفاوت هستند و میتوانند اسهال خونی و سپتی سمی ایجاد کنند
- یادآوری: NAG (سویه های غیر از O1 و غیر O139) موارد اسپورادیک وبا ایجاد میکنند در حالیکه O1 و O139 میتوانند اپیدمی ایجاد نمایند.
۱۱. بیماریهای ناشناخته (نویدید و بازپدید)

شماره ۱۰: سندرم زردی حاد
Acute Jaundice

نکته:

زردی فیزیولوژیک نوزادان شامل این تعریف نمی‌باشد.
زردی پاتولوژیک نوزادان:

شامل موارد مذکور به اضافه + بیلی روبین بالا:

در نوزادان ترم (که در موعد مقرر متولد شده‌اند)

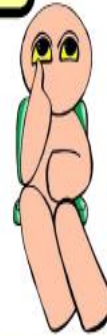
بیش از ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر

در نوزادان پره ترم (که زودتر از موعد مقرر متولد شده‌اند)

بیش از ۱۳ میلی گرم در دسی لیتر

+ بروز حداقل یکی از

علامه زیر:



بروز علامه زردی در سفیدی چشم



تشخیصهای افتراقی سندرم زردی حاد

DDx

Part (31)

۱- هپاتیت‌ها شامل: A, B, C, D, E, G

۲- مالاریای شدیداً

۳- لپتوسپیروز - بورلیوز

۴- تب زرد

۵- CMV (در بیماری نقص ایمنی)

۶- فاسیولازیز

۷- مسمومیت‌های شیمیایی (منجمله داروهای مسبب که توزیع وسیع شده‌اند)

۸- مسمومیت‌های قارچی



هر مورد فلج شل ناگهانی یعنی عدم حرکت پا و یا دست بدون سابقه تروما (ضربه) واضح جسمانی

تشخیصهای افتراقی سندرم فلج شل حاد

DDx

- | | |
|--|---|
| <p>۶- تشخیص هایی که باید رد شوند (بدلیل آستانه سندرم): التهاب ناشی از ترومای غیر نافذ:</p> <ul style="list-style-type: none"> * میلیت عرضی * شوک نخاعی * ضایعات فضاگیر CNS (سیستم عصبی مرکزی) <p>۷- عوارض واکسیناسیون</p> | <p>۱- یولیومیلیت</p> <p>۲- آنتروروس های غیر یولیو:</p> <ul style="list-style-type: none"> * کوکساکسی ویروس * آکو ویروس ها * سایر آنتروروس ویروس ها <p>۳- گیلن باره منجمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> * علل باکتریال نظیر کامییلو باکتر * ناشی از واکسیناسیون <p>۴- علل متابولیک:</p> <ul style="list-style-type: none"> * اختلالات یونی: هیپو کالمی، هیپرکالمی، هیپوفستاتمی * داروها: مصرف بالای هروئین (overdose)، آمینوگلیکوزیدها * علل شیمیایی: هگزان، متیل بوتیل کتون، دی سولتید گرین، تره <p>گرسیل فستات</p> <p>۵- توکسینها:</p> <ul style="list-style-type: none"> * باکتریایی: بوتولسم، دیقتری، گزاز سقالیک، موراگسلا * خوراکی: میکوتوکسین قارچها، مسمویت با صدف خوراکی <p>اتوروتوکسین</p> <ul style="list-style-type: none"> * گزش بندپایان: حشرات، گنه، عنکبوت * مارگزیدگی * توکسین های گیاهی * فلزات سنگین: سرب * آفت کش ها |
|--|---|

Septic Shock (سپتیک شوک)

علائم Severe Sepsis (سپسیس شدید) به اضافه + افت فشار خون در حد شوک
افت فشار خونی که با تأمین مایعات مناسب به میزان کافی قابل برگشت نبوده و نیازمند تجویز داروهای افزایشنده فشارخون (واژوپرسور) باشد.

نکته: اگر افت فشارخون در سپتیک شوک یا تجویز داروی واژوپرسور ظرف یکساعت برطرف نشود آنرا **سپتیک شوک مقاوم** می نامند.

تعاریف افت فشار خون:

-فشارخون سیستولی کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه یا

-۲۰ میلیمتر جیوه افت فشارخون، نسبت به فشارخون سیستولی اولیه

فشار سیستولی
کمتر از ۹۰ mmHg

**Severe Sepsis (سپسیس شدید)**

علائم Sepsis (سپسیس) با اضافه + اختلال عملکرد ارگانهای دور از محل عفونت (بدلیل هیپوپرفیوژن و بروز ایسکمی) و افت فشار خون که با تجویز مقدار کافی از مایعات مناسب مثل نرمال سالین، رینگر لاکتات قابل برگشت باشد.

ایسکمی پوست: پرشدگی خون مویرگی بیشتر از ۳ ثانیه یا رنگ پریدگی پوست (در کودکان) (پس از برداشتن فشار انگشت از روی پوست، برگشت رنگ پوست به حالت اولیه، بیشتر از ۳ ثانیه طول بکشد.)

ایسکمی کلیه: (اولیگوری) طی ۲ ساعت کمتر از وزن بدن به CC ادرار کند.
(ملا فرم ۵۰ کیلویی طی ۲ ساعت کمتر از ۵۰ سی سی ادرار کند)

ایسکمی مغز: بی قراری - خواب آلودگی - کما (تغییر سطح هوشیاری)

ایسکمی ریه: تنگی نفس - کیودی مخاطها و انتهاها گاهی (در مراحل پیشرفته) سردی انتهاها

Sepsis (سپسیس):

در بیمار بدحال (Severely ill) یا شواهد یک عفونت موضعی یا سیستمیک (یعنوان مثال رویت ترشح چرکی) یا احتمال (استعداد) عفونت مثل نقص ایمنی، سوختگی، ... با اضافه + حداقل دو علامت از سه علامت حیاتی زیر:

تأکی پنه (تنفس تند)
(RR > 20)

نوزادان (تا ۲ ماه) بیش از ۶۰ تنفس در دقیقه
شیرخواران (تا یکسال) بیش از ۵۰ تنفس در دقیقه
کودکان ۱-۵ سال بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه
کودکان و نوجوانان ۵-۱۵ سال بیش از ۳۰ تنفس در دقیقه
بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۲۰ تنفس در دقیقه

تأکی کاردی (ضربان قلب تند)
Heart Rate (HR)

نوزادان زیر یکماه بیش از ۱۸۰ ضربان در دقیقه
شیرخواران زیر یکسال بیش از ۱۶۰ ضربان در دقیقه
کودکان ۱-۵ سال بیش از ۱۳۰ ضربان در دقیقه
کودکان و نوجوانان ۵-۱۵ سال بیش از ۱۲۰ ضربان در دقیقه
بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۱۰۰ ضربان در دقیقه

هیپوترمی (تب بالا) یا هیپوترمی (حرارت پایین تر از حد نرمال)

هیپوترمی: دمای بدن بیشتر از ۳۸ درجه سانتیگراد
هیپوترمی: دمای بدن کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد



- ۱- مننگوکوکسمی
- ۲- تیفوئید / بروسلوز
۳. طاعون
۴. بیماریهای نوپدید شدید (سوش های جدید آنفلوانزا، کورونایروس و SARS ...)
۵. مالاریا
- ۶- وبای خشک
۷. تبهای خونریزی دهنده ویروسی
۸. سیاه زخم گوارشی و تنفسی یا سپتیسمی
- ۹- بیماریهای ناشناخته (باز پدید، نوپدید)



شماره ۱۳: سندرم سرفه مزمن
Chronic cough

سرفه پایدار به مدت **دو هفته یا بیشتر** است که معمولاً همراه خلط می باشد.

تشخیصهای افتراقی سندرم سرفه مزمن

DDx

۱- Tuberculosis complex (tuberculosis, Africanum, Bovis, Microti)

۲- کل مایکوباکتریوم های آتیپیک (Non_TB)

۳- MDR-TB

۴- XDR-TB

۵- سیاه سرفه

۶- Lower respiratory tract viral infections (Bronchitis/ Bronchiolitis)

۷- سرفه ناشی از درگیری مجاری تنفسی فوقانی : مهمترین علت: سینوزیت

۸- بعضی علل پنومونی (مزمن):

• استافیلوکوک طلائی

• آنتروباکتریاسه

• بیهوازی ها (آبسه)

• پارائفلوانزا

• آدنوویروس

• آنتروویروس ها (کوکساکسی ، اکو)

۹- آسم:

• اتیولوژیهای مختلف

۱۰- برونشیت مزمن COPD

۱۱- کارسینوم برونکوژنیک

ریسک فاکتورها ممکن است با فاصله زمانی از حادثه ، طغیان کارسینوم برونکوژنیک ایجاد کنند

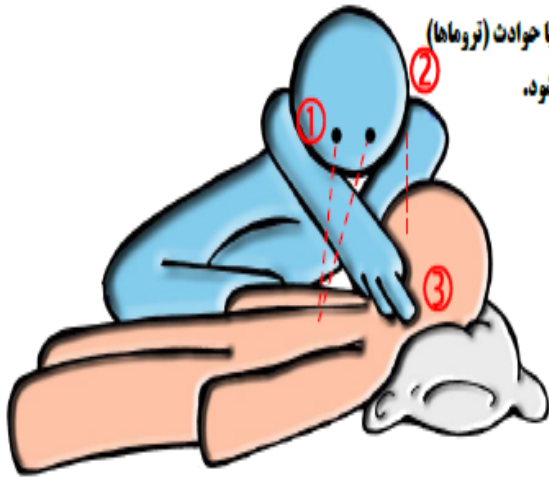
شماره ۱۴: سندرم مرگ ناگهانی / غیرمنتظره
Sudden and unexpected death

مرگ = توقف نبض و تنفس برای بیش از ده دقیقه

مرگ ناگهانی = فاصله بین شروع علائم بیماری و وقوع مرگ کمتر از ۲۴ ساعت باشد، مرگ ناگهانی گفته می‌شود.

مرگ غیر منتظره = مرگ ناگهانی که دلایلی نظیر کتولت سن، بیماری مزمن، یا حوادث (تروماها)

که مرگ را توجیه (قابل انتظار) نماید، نداشته باشد، مرگ غیرمنتظره گفته می‌شود.



بررسی وجود علائم حیاتی ۱

۱- دیدن حرکت قفسه سینه

۲- شنیدن صدای تنفس از دهان یا بینی

۳- لمس ضربان از ورید گردن

تشنیجه‌های افتراقی سندرم مرگ ناگهانی / غیرمنتظره

DDx

Part

- ۱- آنسفالیت
- ۲- مننژیت
- ۳- عفونت شدید تنفسی (مثل سیاه زخم تنفسی)
- ۴- وبا
- ۵- طاعون
- ۶- Sepsis به دلیل عوامل مختلف عفونی
- ۷- مسمومیت با گاز CO
- ۸- مسمومیت با گازهای جنگی و سایر گازها (مثل گاز طبیعی)
- ۹- میوکاردیت های ویرال
- ۱۰- مسمومیت های غذایی کشنده (مثل مسمومیت های قارچی / بوتولیسم)
- ۱۱- مارگزیدگی (مهاجرت مارها)
- ۱۲- مصرف گروهی مواد مخدر / الکل
- ۱۳- بیماری های ناشناخته (نوپدید یا بازپدید)

فصل سوم : بیماری های اسهالی و گروه بندی آن

اهدا آموزشی :

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

۱- بیماری اسهالی را تعریف کرده و اطلاعات اولیه در مورد بیماری را بیان کند.

۲- علایم شایع بیماری های اسهالی را شرح دهید.

۳- طبقه بندی بیماری های اسهالی را بیان دارد.

۵- در صورت مواجهه با بیمار مبتلا به اسهال اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف بیماری :

اسهال حاد: اسهال اغلب به همراه نشانه های بالینی دیگر مثل استفراغ، از دست دادن آب و بروز اختلالاتی در الکترولیت های بدن است. این سندروم بالینی در اثر عفونت های باکتریایی، ویروسی و یا انگلی دستگاه گوارش ایجاد می شود. بیماری های خاصی که اسهال می دهند مثل وبا، شیگلوز، سالمونلوز، آلودگی با اشرشیاکلی، ژیاوردیوز، عفونت های ویروسی دستگاه گوارش، آمیبیازیس هر یک در مبحث مربوط به خود در این کتاب مورد بحث قرار گرفته است.

علاوه بر این اسهال می تواند با بیماری های عفونی دیگری مثل مالاریا، سرخک، آنفولانزای پرندگان و عوامل غیرعفونی مثل سموم شیمیایی نیز ایجاد شود. تغییر فلور باکتریایی روده در اثر مصرف آنتی بیوتیک ها ممکن است باعث رشد برخی باکتریها و تولید سم آنها شده و اسهال حاد ایجاد کند.

بیماری های اسهالی را از نظر اقدامات عملی بالینی می توان به سه گروه بالینی تقسیم کرد.

۱- **اسهال حاد آبکی :** در بالغین دفع مدفوع آبکی بدون خون بیش از سه نوبت در روز و در اطفال بیش از شش نوبت روزانه که کمتر از دو هفته طول بکشد اسهال حاد آبکی تلقی می شود. در شیرخواران معیار، افزایش تعداد دفع مدفوع نسبت به قبل می باشد که معمولاً توسط مادر تعیین می گردد. خطر مهم این نوع اسهال ها از دست دادن آب و الکترولیت های بدن است و در صورت نخوردن غذا کاهش وزن نیز دیده می شود. در موارد از دست دادن شدید آب یک یا چند تا از نشانه های زیر دیده می شود. خواب آلودگی یا بی هوشی کودک یا بی هوشی کودک، کم نوشیدن و یا اصلاً ننوشیدن آب، چشم ها بسیار بسیار فرورفته و خشک، دهان بسیار خشک، پوست بعد از نیشگون به کندی بر می گردد. آب از دست رفته معادله بیش از ده درصد از وزن بدن است) در این موارد بایستی بیمار به مراکز جامع سلامت ارجاع داده شود و درمان ترجیحی تزریق داخل رگی و سپس مایع درمانی خوراکی صورت می گیرد. در موارد دیگر (از دست دادن کم مایعات بدن و الکترولیت ها) و در شروع حالت اسهالی مایع درمانی خوراکی صورت می گیرد. صرف نظر از شدت بیماری، در صورت توانایی خوردن و آشامیدن باید بدون هیچ محدودیتی به بیمار غذا داده شود (یا بر حسب مورد شیر مادر به کودک داده شود)

۲- **اسهال حاد خونی:** ممکن است به وسیله کامپیلوباکتر، سالمونلا، شیگلاها و اشرشیاکلی، آنتامبا هیستولیتکا و یا عوامل عفونی دیگر ایجاد شود خطر عمده این نوع اسهال ها ضایعات روده ای، عفونت خونی و فقر غذایی است، اختلالات دیگری مثل از دست دادن آب و الکترولیتها نیز ممکن است ایجاد شود، تجویز آنتی بیوتیک ها برای

درمان این نوع اسهال باید توسط پزشک و بعد از تعیین حساسیت باکتری به آنتی بیوتیک در آزمایشگاه صورت گیرد. ممکن است برای کسانی که دسترسی به آزمایشگاهی ندارند. از آنچه که در گذشته تجربه شده است بهره گیری کرد. پیشگیری و درمان از دست دادن آب و الکترولیت ها در این نوع اسهال مشابه اسهال حاد آبکی خواهد بود. به بیمار غذاهای عادی به دفعات بیشتر و هر بار به مقدار کمتر داده می شود ممکن است غذاهایی که پروتئین بیشتری دارند در سرعت بهبودی موثر باشند.

۳- اسهال مقاوم که در حداقل تا ۱۴ روز یا بیشتر ادامه خواهد داشت، خطر عمده این نوع اسهال ها فقر غذایی و ایجاد عفونت های جدی خارج از دستگاه گوارش است، ممکن است منجر به از دست دادن آب و الکترولیت ها گردد. در این نوع بیماری های اسهالی باید عوامل غیرعفونی مثل بیماری های التهابی روده را نیز در نظر داشت. بهر صورت بایستی درمان اینگونه بیماران تحت نظر پزشک صورت گیرد. در این مجموعه ابتدا بیماری های اسهالی مهمی به شرح ذیل مورد بحث قرار گرفته و سپس سایر بیماری های روده ای مانند ابتلا به کرمک، کرم آسکاریس، ژiardیا و غیره بحث می شود.

- شیگلوز

- بیماری کلرا (وبا)

- حصه (سالمونلوز)

- فلج اطفال

- هیاتیت ها

شیگلوز (Shigellosis)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد همه گیری شیگلوز را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری شیگلوز را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با همه گیری شیگلوز اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف :

شیگلا عامل بیماری زای روده ای است که توان بیماری زایی فوق العاده ای دارد. این باکتری از عوامل اصلی بروز دیسانتری اپیدمیک و یا آندمیک با مرگ و میر بالاست. شیگلا تنها علت همه گیری های اسهال خونی در ابعاد وسیع در مناطق مختلف دنیاست. اکثر کشورهای جهان سوم در معرض خطر همه گیری های ناشی از شیگلا دیسانتری تیپ یک قرار دارند. (دیسانتری یعنی اسهال همراه با خون مشهود در مدفوع). شیگلا هر ساله عامل حدود ۶۰۰،۰۰۰ مرگ در سراسر جهان می باشد. دو سوم موارد بیماری و همچنین اکثر موارد مرگ و میر ناشی از بیماری در بچه های کمتر از ده سال اتفاق می افتد. بروز بیماری در شیر خواران زیر شش ماه غیر معمول است.

علائم بیماری:

اسهال توأم با بلغم و خون گاهی همراه با تب، تهوع و استفراغ، دل پیچه و دردهای شکمی، همراه می باشد. تشنج ممکن است یکی از عوارض مهم در بچه ها باشد. ممکن است عفونت متوسط و بدون علامت هم اتفاق بیافتد.

دوره کمون : معمولاً ۱-۳ روز است

راه های سرایت:

عامل بیماری از طریق مدفوع دفع شده و همراه با دست ها، غذا، آب، سبزیجات و میوه آلوده یا مگس و اشیا از راه دهان وارد بدن انسان می شود. در طی عفونت حاد و تازمانی که عامل عفونت در مدفوع وجود دارد، (معمولاً در مدت ۴ هفته بعد از بیماری) احتمال انتقال وجود دارد. ناقلین بدون علامت ممکن است باعث انتشار عفونت باشند.

مراقبت و پیشگیری:

- ۱- اولین اقدام درمانی در اسهال های شیگلایی اصلاح اختلالات آب و الکترولیت به ویژه استفاده از محلول خوراک او.آر.اس است.
- ۲- ارجاع موارد مشکوک به مرکز جامع سلامت و پیگیری تا حصول نتیجه (گزارش در مورد این بیماری غیر فوری می باشد ولی در صورتی که منجر به اسهال خونی شود گزارش دهی فوری خواهد بود).
- ۳- آموزش به مردم در مورد دفع صحیح زباله و مدفوع.
- ۴- رعایت فاصله بین چاه آب آشامیدنی و چاه فاضلاب و ضد عفونی کردن توالت های آلوده.
- ۵- آموزش به مردم در مورد اهمیت شستشوی دست ها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا.
- ۶- آموزش به اطرافیان بیمار در مورد ضد عفونی نمودن وسایل و اشیاء بیمار و استفاده نکردن از آنها.
- ۷- در صورتیکه آب آشامیدنی محل تصفیه نیست آنرا کلرینه نمائید و به مردم آموزش دهید که در مسافرت ها یا محل هایی که آب آشامیدنی تصفیه یا کلرینه ندارند آنرا بجوشانند و مصرف نمایند.

- ۸- نظارت دقیق بر کار تغذیه فروشی ها و نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی.
- ۹- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک.
- ۱۰- در صورت بروز همه گیری ، گزارش فوری بیماری الزامی است.
- ۱۱- تشویق مادران به شیردهی نوزادان .
- ۱۲- رعایت احتیاطات لازم در تهیه و ذخیره سازی غذا.
- ۱۳- با توجه به احتمال انتقال شیگلا دسانتریه از طریق سوسک و حشرات خانگی مبارزه با آن ها نیز در پیشگیری موثر است .

تعریف اپیدمیولوژیک ندارد.

پروتکل کشوری برخورد با بیماری : گزارش دهی غیر فوری

(در صورتی که منجر به اسهال خونی شود گزارش دهی فوری خواهد بود).

بیماری کلرا (وبا)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری وبا را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری وبا را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری وبا اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف:

وبا بیماری باکتریایی حاد روده کوچک است که نشانه های آن در اشکال شدید ناگهانی با مدفوع روان آبکی و بدون درد (اسهال آبکی - برنجی) حالت تهوع و استفراغ فراوان شروع می شود. موارد درمان نشده با کاهش سریع آب بدن، اسیدوز، کلاپس دستگاه گردش خون، هیپوگلیسمی کودکان و نارسایی کلیه، به مرگ بیمار می انجامد. در اغلب موارد، به خصوص در آلودگی به بیوتیپ التور بیماری بدون نشانه و یا همراه با اسهال خفیف است، حاملان بدون نشانه می توانند منتقل کنند عفونت باشند.

عامل بیماری وبا:

عامل آن میکروب میله ای (باسیل) منحنی شکل به نام ویبریو کلرا می باشد. این میکروب دارای دو نوع کلاسیک (طبقه بندی و مشخص) و التور است که می تواند موجب بروز همه گیری ناگهانی شود.

راه انتقال:

ویبریو کلرا بیشتر در آب وجود دارد و به هر طریقی که آب آلوده به میکروب وارد بدن انسان شود پس از عبور از معده در روده کوچک تکثیر می یابد و با ترشح سم (توکسین) موجب افزایش ترشح آب و املاح ازدیواره روده می شود، در نتیجه علامت اصلی بیماری یعنی اسهال پدید می آید. عملکرد سم مترشحه از این بیماری در روده کوچک به این طریق می باشد که پمپ های جذب آب موجود در دیواره روده در حالت طبیعی آب را از روده جذب و به داخل خون و یا بافت ها پمپاژ می نماید، سم میکروب کلرا باعث شده عملکرد پمپ جذب آب بصورت معکوس عمل نموده و آب و املاح را از خون و بافت ها جذب و باعث افزایش حجم آب و املاح در روده گردیده و این امر موجب اسهال حاد آبکی می گردد. از طرفی مقادیر زیادی از میکروب همراه مدفوع بیمار منتشر شده که می تواند موجب آلودگی دیگران شود. عامل بیماری در آب، محیط های مرطوب، میوه و سبزی و گوشت حتی تا یک هفته زنده می ماند ولی تحمل چندانی نسبت به خشکی و نور آفتاب ندارد و با جوشانیدن ظرف چند ثانیه میکروب از بین می رود. بیشترین محل تجمع میکروب آب آلوده به مدفوع انسانی است. بنابراین بایستی در جریان همه گیری ها به دنبال کشف راه هایی باشیم که موجب آلودگی آب شرب یا مواد غذایی به مدفوع انسانی شده است.

زمان شیوع: زمان شیوع این بیماری در کشور ما از اردیبهشت ماه تا آبان می تواند ادامه یابد.

دوره کمون: دوره کمون این بیماری از چند ساعت تا چند روز متفاوت است و متوسط این زمان ۱ تا ۲ روز است.

علایم بیماری:

۹۰ درصد موارد وبای التور یا کلاسیک به صورت بی علامتی یا خفیف است و فقط در ۱۰ درصد موارد بصورت شدید تظاهر می کند. اولین علامت احساس پری شکم و صدهای اضافی روده ای می باشد، پس از آن اسهال آبکی مکرر شروع می شود که بعد از چند نوبت به صورت مدفوع خاکستری رنگ با مایع کدر و قطعات بلغم در می آید و بوی

ماهی به خود می گیرد (اسهال آب‌برنجی) استفراغ اگر پیدا شود معمولاً بدون حالت تهوع قبلی است. دل درد و دل پیچه همراه اسهال و بایی کمتر دیده می شود. کمتر از پنج درصد از بیماران و بایی تب دارند. به دنبال از دست دادن آب و املاح علائمی از قبیل عطش فراوان، اضطراب، گرفتگی عضلانی در ساق پا و نهایتاً اختلال هوشیاری می تواند پیدا شود.

چگونگی برخورد با بیمار مبتلا به اسهال حاد آبکی:

بر اساس معیارهای سازمان جهانی بهداشت در مناطقی که وبا بومی (آندمیک) می باشد هر بیمار بالای پنج سال که با اسهال حاد آبکی و علائم دز هیدراتاسیون (کم آبی) شدید مراجعه نماید مظنون به وبا تلقی می شود. در مقطع زمانی که بیماری به صورت اپیدمی در آمده است سن بالای دو سال معیار خواهد بود.

اولین اقدام در برخورد با بیماری که دچار کم آبی شده است ارزیابی بیمار از نظر درجه کم آبی. تجویز سرم خوراکی (ORS) و در صورت عدم توانایی مصرف خوراکی، تجویز سرم وریدی است که بوسیله پزشک انجام می شود.

پس از آن بایستی نمونه مدفوعی توسط سوآپ مقعدی گرفته شود و به محیط کشت (cary Blair) منتقل گردد. سپس شیشه حاوی نمونه در اسرع وقت (حداکثر مهلت ارسال نمونه در دمای معمولی ۴۸ ساعت خواهد بود) به آزمایشگاه ارسال می گردد. البته در جریان همه گیریها در منطقه انجام آزمایش برای کلیه بیماران لازم نیست و پس از اثبات بروز همه گیری در محل کلیه مراجعان با اسهال حاد آبکی تحت درمان قرار می گیرند.

از طرفی در کشور ما که از نظر بیماری کلرا بومی بوده و میکرووب بومی منطقه محسوب می گردد بر اساس توصیه مقامات بهداشتی بطور مداوم بایستی نمونه گیری از موارد اسهالی از نظر ویبریکلرا انجام شود تعداد نمونه های مدفوعی مورد نیاز در سال در حالت عادی (شرایط غیر اپیدمی) برابر ۴ درصد جمعیت زیر پنج سال هر منطقه می باشد.

درمان:

ابتدا بایستی بیماران بر اساس شدت کم آبی به سه گروه با دز هیدراتاسیون خفیف، متوسط و شدید تقسیم شوند. بیماران با درجه کم آبی خفیف می توانند با مصرف بسته های پودر او.آ.اس در منزل درمان شوند. بیماران با درجه کم آبی متوسط بایستی حداقل چهار ساعت در مرکز بهداشتی درمانی تحت مراقبت بوده و تحت درمان خوراکی قرار گیرند. در این مدت مرتباً بیمار ارزیابی می شود و در صورت لزوم درمان وریدی انجام می شود. در برخورد با بیمار با درجه کم آبی شدید قبل از هر اقدامی باستی تحت نظر پزشک سرم وریدی تجویز گردد.

در مرحله بعد برای بیماران توسط پزشک آنتی بیوتیک ضد کلرا تجویز می گردد. بهتر است به همه مردم توصیه شود هنگام بروز علائم اسهال خصوصاً هنگام بروز همه گیری وبا قبل از مراجعه به پزشک نیز مصرف بسته های پودر او.آ.اس را شروع کنند تا به کم آبی با درجه شدید منتهی نگردد. در صورتی که بسته های پودر سرم خوراکی در دسترس نبود می توان با افزودن پنج گرم نمک و چهل گرم شکر معمولی به یک لیتر آب سالم (آب جوشیده سرد شده) محلول خانگی تهیه کرد و به بیمار خوراند.

پیشگیری بیماری وبا:

مهمترین مرحله کنترل بیماری وبا اقدامات پیشگیری و بهسازی محیط است. توصیه های بهداشتی زیر جهت جلوگیری از ابتلا به عفونت های روده از جمله وبا بسیار مفید است.

۱-- اگر آب آشامیدنی سالم و کلر زده در دسترس نباشد حتماً باید آب را به وسیله پر کلرین ضد عفونی نماییم در غیر اینصورت بایستی آب را بجوشانیم و سپس مصرف کنیم.

۲-- سبزیجات و میوه جات را پس از ضد عفونی کامل مصرف کنیم. در صورت امکان از میوه هایی که پوست کندن آنها لازم است استفاده کنیم.

۳-- از آلوده شدن مواد غذایی به وسیله مگس، سوسک و سایر حشرات جلوگیری کنیم.

۴-- هنگام بروز همه گیری از خوردن مواد غذایی خارج از منزل بویژه مواد غذایی سرد، سبزی یا سالاد خوداری نماییم.

۵-- ناخن ها را کوتاه نگه داشته، قبل از خوردن غذا و بعد از اجابت مزاج، دست ها را با آب و صابون بشوییم.

۶-- زباله و مواد غذایی زائد را که محیط مناسبی برای رشد حشرات و میکروب ها ست به طریق صحیح جمع آوری و دفن کنیم.

۷-- توصیه می شود در همه مواقع چه زمان بروز همه گیری وبا و چه غیر آن علاوه بر مصرف آب آشامیدنی سالم، آبی که برای شست و شوی سبزیجات، مواد غذایی، لباس یا استحمام به کار می بریم سالم باشد.

۸-- هنگام مسافرت مواد ضد عفونی کننده و بسته های پودر او.آر.اس همراه داشته باشیم.

۹- برای ضد عفونی لوازم خصوصی بیمار، البسه و... از کلر یا مایع سفید کننده خانگی می توان استفاده کرد.

۱۰- سرویس بهداشتی و سایر قسمت های منزل که با اسهال و استفراغ بیمار آلوده شده است را می توان با استفاده از شیر آهک ۲۰ درصد و یا کرئولین ۵ درصد و یا پر کلرین به غلظت ۲۰ ppm و یا هالامید ۵ در هزار ضد عفونی کرد.

۱۱- بهترین راه پیشگیری مصرف آب شرب سالم و دفع صحیح فاضلاب است. بنابر این در بهسازی محیط و ایجاد توالت های بهداشتی بکوشیم تا فاضلاب به آب های سطحی یا شبکه های آبرسانی نفوذ نکند.

۱۲- در صورت وقوع مرگ برای بیمار مبتلا به وبا باید از تهیه غذا توسط افرادی که مستقیماً با وی در تماس بوده اند پرهیز کرد. غسل باید دارای لباس کار نایلونی مخصوص و چکمه و دستکش پلاستیکی باشد. پس از اتمام غسل باید حمام گرم با صابون بگیرد و محیط و لباس های کار با محلول پر کلرین غلیظ یا هالامید ۵ در هزار ضد عفونی شود.

تعریف اپیدمیولوژیک:

***وبای مظنون:** هر فرد بالای ۲ سال که در اثر اسهال حاد آبکی دچار کم آبی شدید شود و یا به علت اسهال آبکی بمیرد.

وبای قطعی: مورد وبا وقتی قطعی است که *Vibrio Cholera* O1 یا O139 از نمونه مدفوع بیمار مبتلا به اسهال جدا شود.

پروتکل کشوری برخورد با بیماری: گزارش دهی فوری

Part (15-1)

مرور سریع بر پیشگیری از بیماری وبا

<p>همیشه آبی را که از رودخانه ها یا سدها برداشت می کنید، ضد عفونی کنید، هرچند پاک به نظر برسند، ممکن است ناقل بیماری باشند.</p>	<p>همیشه آب پاکیزه یا جوشیده شده استفاده کنید.</p>	<p>همیشه میوه جات خام و ظروف آشپزی را با آب پاکیزه جوشانده شده بشویید.</p>
<p>همواره از توالت مناسب استفاده کنید، اگر در شرایط استفاده از سرویس مناسب نیستید، روی فضولات را با خاک بپوشانید.</p>	<p>همیشه دستهای خود را بعد از استفاده از دستشویی و توالت بشویید.</p>	<p>همیشه دستهای خود را قبل از آماده کردن و خوردن غذا، قبل از دادن غذا به بچه ها و قبل از دست زدن به آب آشامیدنی بشویید.</p>
<p>همواره غذا و آب مصرفی خود را از آلوده شدن توسط حشرات محافظت کنید</p>	<p>هرگز رودخانه ها و آب جوی ها را با ریختن زباله های خود آلوده نکنید.</p>	<p>به کودکان خود اجازه بازی در استخرهای آب کثیف یا محل تجمع آبهای مانده را ندهید.</p>

Part (15-2)

و کلام آخر...



انسان سالم

محور توسعه پایدار

Healthy Human is the base for Sustainable development

یادمان باشد که :

در هر کشوری ...



حصبه (سالمونلوز) Typhoid

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری حصبه را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری حصبه را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری حصبه اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: یک بیماری عفونی حاد و واگیر دار است که توسط گروه بزرگی از باسیل های گرم منفی به نام سالمونلا ایجاد می شود این بیماری می تواند تمام سنین را مبتلا کند ولی شیر خواران و افراد بالای ۶۰ سال معمولاً دچار موارد شدیدتری می گردند.

راه انتقال حصبه: به طور معمول از راه تماس مدفوعی دهانی، انسان را آلوده می نماید. (در اثر مصرف آب، غذا، میوه و سبزیجات آلوده)

علائم شایع بیماری:

بیماری شروع تدریجی داشته و با تب شروع می شود. این تب پلکانی است و سپس مداوم می شود. سایر علائم شامل لرز، تهوع، استفراغ، دل درد و سردرد، حالت گیجی، درد عضلانی، ضعف، بی اشتها، کندی نبض و بزرگی طحال و لکه های قرمز روی تنه که با فشار محو می شود هستند. این موارد تقریباً در ۳۰ درصد بیماران در انتهای هفته اول ظاهر می شود و پس از ۲ - ۵ روز بدون برجا گذاردن اثری، از بین می رود سرفه بدون خلط، یبوست و یا اسهال و گاهی بزرگی غدد لنفاوی مشاهده می شود. در نوزادان و شیر خواران شروع بیماری ممکن است ناگهانی بوده و اسهال بیش از یبوست شایع است. در صورت بموقع درمان نشدن ممکن است باعث سوراخ شدن روده و خونریزی گوارشی گردد.

دوره کمون: دوره کمون بیماری ۱-۳ هفته است.

حاملان تیفوئید (حصبه): حالت حامل بودن پس از آلودگی بدون نشانه بالینی یا بیماری بالینی پیش می آید. حاملان حصبه بر دو نوع اند مزمن و موقتی.

الف) حامل مزمن: هر کس که به مدت بیش از یک سال پس از ابتلا به بیماری باسیل حصبه دفع نماید به عنوان حامل مزمن طبقه بندی می شود. پیش بینی می شود که حالت مزمن در دو تا پنج درصد بیماران بروز نماید.

ب) حامل موقت: حاملان موقت بطور معمول به مدت یک تا دو ماه میکروب حصبه را دفع می نمایند و پس از آن مقدار میکروب ها به سرعت کاهش می یابد.

دوره واگیری:

در تمام مدتی که عامل بیماری در فضولات بدن (مدفوع یا ادرار) وجود دارد احتمال واگیری می باشد و این مدت یک هفته بعد از شروع علائم تا تمام دوران نقاهت بیماری ادامه دارد. در حدود ده درصد از بیماران درمان نشده تا سه هفته بعد از شروع علائم، میکروب دفع می کنند و همانطوری که قبلاً نیز توضیح داده شد ۲ تا ۵ درصد بیماران حاملین دائمی میکروب خواهند ماند. لذا تا زمانی که سه کشت مدفوع که ۴۸ ساعت پس از قطع درمان به فاصله یک

روز تهیه شده باشد، منفی نشود باید از تماس با مواد غذایی خودداری نماید. اگر تست‌ها مثبت شد، در صورت امکان ماهی یک بار تا ۱۲ ماه آزمایش‌ها تکرار می‌شود تا حداقل سه کشت متوالی به فاصله ۲۴ ساعت منفی شود.

راه‌های سرایت حصبه:

عامل بیماری معمولاً توسط غذا و آب آلوده به مدفوع یا ادرار بیماران و حاملین سالم میکروب به انسان منتقل می‌شود. میوه، سبزی، شیر و فراورده‌های لبنی که معمولاً بوسیله دست‌های حاملین میکروب یا بیماران کشف نشده آلوده می‌شود، از عوامل انتقال بیماری هستند. مگس، سوسک و... نیز به ناقلین مکانیکی می‌توانند اغذیه را آلوده سازند و باعث انتقال بیماری گردند.

اقدامات توصیه شده برای بیمار:

- ۱-- حداقل تا ۳ روز پس از محو علائم استراحت در بستر ضروری است.
- ۲-- پاشویه در صورت وجود تب.
- ۳-- آسپرین یا استامینوفن نخورید، هر دوی آنها لوله گوارش را تحریک می‌کنند.
- ۴-- مصرف آنتی بیوتیک‌های تجویز شده طبق دستور پزشک.
- ۵-- در طول مرحله اسهال یک رژیم غذایی کاملاً مایع لازم است سپس یک رژیم غذایی پر کالری و کاملاً متعادل لازم است. مکمل‌های ویتامینی و معدنی ممکن است کمک‌کننده باشند. (بنا به نظر و توصیه پزشک معالج)

اقدامات اطرافیان:

از کلیه اطرافیان بیمار باید کشت مدفوع از نظر تیفوئید انجام شود. درمان مناسب ناقل مزمن بیماری به مدت ۶ هفته با آنتی بیوتیک مناسب در ۸۰ درصد موارد موثر است.

اقدامات بهداشت محیط:

- ۱-- آموزش همگانی در مورد شستشوی دست‌ها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا.
- ۲-- دفع صحیح فضولات انسانی، رعایت فاصله بین چاه فاضلاب و چاه آب آشامیدنی و عدم وجود حشرات در اطراف چاه توالت.
- ۳-- تامین آب سالم به منظور آشامیدن، شستشوی سبزیجات و میوه‌جات و ظروف.
- ۴-- کنترل حشرات توسط حشره‌کش‌ها و دفع صحیح زباله در کیسه‌های نایلونی به منظور جلوگیری از تجمع حشرات.
- ۵-- دقت لازم در سلامت تهیه مواد خوراکی، حمل و نگهداری آن.
- ۶-- پاستوریزه کردن یا جوشاندن شیر و کلیه محصولات لبنی.

سایر اقدامات:

- تشویق تغذیه با شیر مادر.
 - محدودیت مصرف صدف خوراکی و جوشانیدن آن حداقل به مدت ۱۰ دقیقه.
 - درمان حاملین مزمن.
- موارد ارجاع به پزشک:** سرفه شدید یا خونی، تنگی نفس شدید، خونریزی از مقعد، درد در ساق یا ران، درد یا تورم مفاصل، گوش درد.

فلج اطفال (poliomyelitis)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری فلج اطفال را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری فلج اطفال را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری فلج اطفال اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: پولیو یک بیماری عفونی با منشأ ویروسی است که تنها انسان را آلوده می کند. ویروس عامل بیماری سه نوع است که هر سه نوع می تواند باعث بیماری شود. سرایت بیماری از انسان به انسان می باشد. بیش از ۹۰ درصد موارد عفونت بدون علامت بوده یا علایم خفیف دارند و کمتر از ۱ درصد موارد بیماری علایم فلجی را نشان می دهند. ۵ تا ۱۰ درصد موارد به دلیل درگیری عضلات تنفسی مرگ را به دنبال دارد. این بیماری در هر سنی ممکن است ظاهر شود ولی بیشتر کودکان و به خصوص گروه زیر ۵ سال را درگیر می کند. **راه های سرایت:** انتقال این بیماری از طریق تماس مستقیم (مدفوعی - دهانی و ترشحات تنفسی) می باشد. **دوره کمون:** بیماری ۳ - ۴۵ روزه (بطور متوسط بین ۱ تا دو هفته) می باشد.

علایم بیماری فلج اطفال:

عبارتند از تب، سردرد، خستگی، استفراغ و یبوست و در صورت تبدیل به نوع شدید بیماری درد شدید عضلانی، سفتی گردن یا بدون فلج شل به آن اضافه می شود. عواملی نظیر نقص ایمنی، حاملگی، تزریقات داخل عضلانی، تانسیلکتومی (برداشتن لوزه)، فعالیت شدید و تروما می تواند در ابتلا به فرم فلجی موثر باشد. **دوره واگیری:** تا زمانی که ویروس دفع می شود، احتمال واگیری بیماری وجود دارد. ویروس پولیو در ترشحات حلق بیماران مبتلا به نوع بالینی و بدون علامت در ۳۶ ساعت اول و درمدفوع ۲ تا ۳ هفته باقی می ماند. اغلب بیماران در روز های اول قبل و بعد از شروع علایم، عفونت زا هستند. **درمان:** در نوع غیر فلجی بیشتر موارد پولیو تشخیص داده نمی شود ولی به هنگام بروز همه گیری پولیو درمان با مسکن ها، استراحت تا برطرف شدن تب، ورزش نکردن به مدت ۲ تا ۳ هفته و عدم تزریق عضلانی باید رعایت شود. در نوع فلجی بعلت وجود خطر وقفه تنفسی، بیمار باید در بیمارستان بستری گردد.

نحوه گزارش دهی: گزارش دهی فوری می باشد.

اقدامات توصیه شده در برخورد با بیمار و اطرافیان بیمار:

گزارش تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان.

بررسی و تکمیل فرم مورد مظنون به فلج شل حاد در مدت کمتر از ۴۸ ساعت از زمان دریافت گزارش (در مدت کمتر از ۷ روز از بروز فلج) دریافت دو نمونه مدفوع به فاصله ۲۴ ساعت در مدت کمتر از ۱۴ روز از شروع فلج (در صورت وجود یبوست و عدم امکان نمونه گیری تا روز ۱۳ بعد از فلج، دو نمونه سواب رکتال تهیه شود) شرایط حمل نمونه ها در ۴ - ۸ درجه سانتیگراد و یا نگهداری در ۲۰- درجه است. نمونه ها باید ظرف ۷۲ ساعت به آزمایشگاه ارسال شوند.

مشخصات نمونه مدفوع مناسب در مراقبت فلج شل حاد:

حداقل ۱۰ گرم باشد (به اندازه ناخن شست)

دو نمونه مدفوع باید به فاصله ۲۴ ساعت از یکدیگر و در مدت ۱۴ روز بعد از فلج تهیه شود.

نمونه ها باید در ظرف درب دار قرار داده شوند.

شرایط حمل نمونه ها باد در ۸ - ۴ درجه سانتیگراد و یا نگهداری در ۲۰- درجه است نمونه ها بایست در ظرف ۷۲

ساعت به آزمایشگاه ارسال شوند.

ارسال نمونه ها در مدت کمتر از سه روز از تاریخ نمونه گیری به آزمایشگاه.

پیگیری روز ۶۰ برای تمام بیماران مظنون به فلج شل حاد در خصوص فلج باقیمانده.

اقدامات لازم برای اطرافیان و بهداشت محیط:

بررسی اطرافیان از نظر مورد مشاهده.

در صورت وجود یکی از شرایط زیر باید از ۵ نفر از اطرافیان زیر ۵ سال (منظور کودکی است که با فرد مظنون به

فلج شل حاد در یک خانه زندگی میکند) یک نمونه مدفوع دریافت و به آزمایشگاه ارسال شود

مورد مظنون HotCase

پرخطر محسوب شود در صورتیکه بیمار مبتلا به فلج شل حاد به طور هم زمان واجد شرایط ۱ و ۲ و یکی از شرایط

تعریف شده در بند سوم باشد مورد پر خطر محسوب می شود:

۱- سن کمتر از ۵ سال

۲- وجود علائم تیپیک پولیو وجود تب در زمان بروز فلج، کامل شدن فلج در کمتر از ۴ روز، وجود فلج غیر قرینه.

۳- سابقه واکسیناسیون ناقص یا تعلق داشتن به گروه های جمعیتی پر خطر نظیر مهاجرین، پناه جویان و... یا

سابقه تماس با افرادی از کشورهای آندمیک پولیو در صورتی که از بیمار مبتلا به فلج شل حاد نمونه مدفوع مناسب

نگرفته باشیم باید از اطرافیان یک نمونه مدفوع تهیه و جهت بررسی به آزمایشگاه ارسال شود.

در صورتیکه یک مورد قطعی ابتلا به ویروس وحشی فلج اطفال در کشور پیدا شود شرایط اپیدمی در نظر گرفته می

شود و ضمن تقویت نظام مراقبت فلج شل حاد در استان محل بروز بیماری، برنامه ریزی جهت انجام عملیات ایمن

سازی تکمیلی کودکان زیر ۵ سال آن استان و استان های مجاور در کمتر از ۲۸ روز انجام می شود. حجم عملیات

باید حدود ۲ - ۵ میلیون کودک را پوشش دهد و در ۲ نوبت به فاصله یک ماه واکسن خوراکی تجویز می شود.

واکسن های ساخته در محیط مختلف و شرایط مختلف بهداشتی ممکن است تاثیر یکسان نداشته باشد. برای اینکه

ویروس وحشی فلج از محیط زندگی ریشه کن شود واکسیناسیون به موقع کودکان بخشی از آن است. بخش دیگر

به حذف ویروس وحشی فلج از محیط زندگی مربوط می شود. همانگونه که گفته شد ویروس وحشی فلج در

طبیعت وجود دارد. مدفوع آلوده به ویروس وحشی تاهفته ها آلوده کننده است. فاضلاب ها، مواد غذایی آلوده و

دست آلوده می تواند این ویروس را به انسان سالم منتقل کند. رعایت بهداشت، شستن دست ها و داشتن محیط

زندگی بهداشتی تا حدی از انتقال ویروس وحشی به محیط زندگی جلوگیری می کند ولی نمی تواند آنرا کاملا از

بین ببرد. برای این منظور باید اصلا ویروس وحشی در محیط وجود نداشته باشد تا از راه های مختلف به انسان

سالم منتقل شود به این عمل ریشه کنی می گوئیم.

واکسنی که به کودکان خورنده می شود از ویروسی تهیه می شود که وحشی نیست، وقتی به کودک واکسن خورنده

شد ویروس واکسن وارد بدن می شود و علاوه بر ایمنی بدن کودک از راه مدفوع کودک وارد محیط زندگی می شود

و محیط را برای زندگی ویروس وحشی اشغال می کند. به همین دلیل کم کم ویروس وحشی بخاطر نداشتن محیط مناسب از اطراف ما دور می شود و ریشه کن می گردد.

با توجه به این که قطره خوراکی پولیو ترکیبی از سه تیپ (نوع) بیماری بود و بعد از کنترل ویروس وحشی و گسترش ایمنسازی و کاهش بیماری فلج اطفال در برخی موارد مشاهده گردیده بود که کودکان بعد از انجام واکسیناسیون پولیو خوراکی افراد دچار فلجی ناشی از واکسن می شوند. در بررسی های بعمل آمده مشخص گردید که تیپ ۲ مسئول چنین رفتاری می باشد. سازمان بهداشت جهانی برای کنترل فلج ناشی از واکسن دستور به حذف تیپ دو از واکسن خوراکی سه ظرفیتی فلج اطفال داد. از فروردین سال ۱۳۹۵ در سراسر دنیا واکسن خوراکی دو ظرفیتی جایگزین واکسن سه ظرفیتی گردید. برای ایجاد مقاومت در بدن کودکان در مقابل تیپ ۲ فلج اطفال واکسن تزریقی سه ظرفیتی که ویروس غیرفعال است تزریق می گردد.

هیپاتیت A & E

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری هیپاتیت را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه هادر خصوص بیماری هیپاتیت را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری های هیپاتیت اقدامات لازم را بعمل آورد.

هیپاتیت چیست و انواع آن کدام اند؟

هیپاتیت به معنای «التهاب و ورم کبدی» می باشد که به آن یرقان نیز می گویند. مهمترین عوامل ایجاد کننده این بیماری ویروس ها هستند. چنانچه این بیماری و علائم آن کمتر از شش ماه طول بکشد به آن «هیپاتیت حاد» و اگر طول مدت آن از ۶ ماه بیشتر باشد به آن «هیپاتیت مزمن» گفته می شود. امروزه هیپاتیت یکی از مشکلات بهداشتی _ درمانی عمده جهان است و با توجه به سطح بهداشت، سنت ها، عادات اجتماعی و میزان رعایت مسائل اخلاقی در شیوع، علل و نحوه انتقال انواع هیپاتیت تفاوت قابل ملاحظه ای مشاهده می شود. بشر از دیرباز با این بیماری آشنا بوده، بقراط، حکیم یونانی در این باره مطالبی نوشته است. در جنگ های داخلی آمریکا و جنگ جهانی اول، هیپاتیت مشکل بزرگی بود و باعث خارج شدن تعداد زیادی از سربازان از صحنه جنگ و صدمات جبران ناپذیر به ارتش گردید. در جنگ جهانی دوم نیز به دلیل مشکلات بهداشتی و ...، قشر وسیعی از مردم در خاور میانه و ایتالیا دچار هیپاتیت شده اند که در گزارشات پزشکی به ثبت رسیده است.

پزشکان دریافتند که دو دسته هیپاتیت وجود دارد. یک دسته از آنها هیپاتیت عفونی است که از راه خوراکی منتقل می شود (عمدتا هیپاتیت A) و دسته دیگر هیپاتیت سرمی است که از طریق خون منتقل می شود (نظیر هیپاتیت B).

عوامل مختلفی ممکن است موجب التهاب کبد شوند. در این میان، ویروسها شایع ترین عوامل ایجاد کننده بیماری هیپاتیت می باشند.

تاکنون حداقل ۶ نوع ویروس مسئول بروز انواع مختلف هیپاتیت شناسایی شده اند که نامگذاری آنها طبق حروف الفبای انگلیسی صورت گرفته است. ویروس هیپاتیت (A)، (بی B)، (سی C)، (دی D)، (ای E) و (جی G) هر کدام از این ویروسها به گروه جداگانه ای تعلق داشته و بیماری که ایجاد می کنند ارتباطی با یکدیگر ندارند. محل تکثیر و رشد و نمو ویروسهای هیپاتیت، کبد می باشد رشد و نمو ویروسها موجب آسیب و اختلال در فعالیت های کبد می شود.

علائم و نشانه های هیپاتیت حاد را بشناسید:

- تغییر رنگ پوست و چشم ها به زردی (یرقان)
- پر رنگی ادرار (تیره شدن ادرار)
- بی رنگ شدن مدفوع (سفید شدن رنگ مدفوع)
- تهوع ، استفراغ
- بی اشتهایی
- خارش بدن
- خستگی ، بی حالی و کاهش توانایی در انجام فعالیت های روزانه

هیپاتیت A و E عمدتاً از آب و مواد غذایی منتقل می شود. اپیدمی در کشورهای پیشرفته به تدریج شروع شده و مناطق جغرافیایی وسیعی را در بر می گیرد و ماه ها باقی می ماند. وقتی شرایط محیطی نامطلوب باشد، عفونت شایع بوده و در سنین پایین اتفاق می افتد. این دو نوع هیپاتیت در تمام دنیا وجود دارد. عودهای دوره ای بیماری مشاهده می شود. اپیدمی های بزرگ هیپاتیت E در نقاط مختلف آسیای جنوبی در سال های گذشته مشاهده شده است.

علائم بیماری و تشخیص:

شروع ناگهانی تب، درد شکم، تهوع، استفراغ و گاهی بثورات جلدی و درد و التهاب مفاصل دیده می شود. پس از چند روز زردی ظاهر می شود. ادرار تیره، بی اشتهایی، ضعف، خستگی مفرط، درد و حساسیت در قسمت بالا و راست شکم هم از سایر علائم می باشند و معمولاً تست های آزمایشگاهی کبدی نشان دهنده بیماری است.

هیپاتیت A (هیپاتیت عفونی، هیپاتیت همه گیر، یرقان همه گیر)

در صورت ابتلا علائم هیپاتیت حاد ظاهر می شود. بسیاری از عفونت ها بدون علامت هستند. برخی خفیف و بدون زردی هستند (به خصوص در اطفال). هیپاتیت A ممکن است به صورت طول کشنده یا عودکننده تا یکسال ادامه پیدا کند، اما هرگز مزمن نمی شود. شدت بیماری با افزایش سن افزایش می یابد. ولی بهبودی کامل، بدون عود یا عارضه است. مرگ و میر پایین و ۶ درصد است که در سنین بالای ۵۰ سال به ۸/۱ درصد می رسد. بیماری در سن مدرسه و جوان ها شایع است. اصلی ترین راه انتقال مدفوعی - دهانی است بیشترین دفع عامل بیماری زا، دو هفته قبل از شروع شکایت بیمار است. انتقال مستقیم در هم جنس بازان مرد گزارش شده است. به ندرت از انتقال خون از اهدا کننده ای که در دوره کمون بوده منتقل شده است. ایمنی ناشی از بیماری تا آخر عمر باقی می ماند.

مخزن: انسان مخزن این ویروس است.

انتقال: انتقال از شخص به شخص و از طریق ارتباط بین دهان و مدفوع صورت می گیرد.

دوره کمون: بین ۱۵ تا ۵۰ روز و بطور متوسط ۲۸ تا ۳۰ روز است.

هپاتیت E

علائم بالینی شبیه هپاتیت A است و فرم مزمن ندارد. بیش از ۵۰ درصد بیماران تب دارند. آرترالژی درد مفصلی) در این هپاتیت شایعتر است. در زنان باردار مرگ و میر بالایی دارد (در کسانی که در ۳ ماهه سوم آلوده می شوند به ۲۰ درصد هم می رسد) تشخیص بر اساس نشانه های اپیدمیولوژیک و بالینی و با حذف سایر عوامل اتیولوژیک هپاتیت، به ویژه هپاتیت A می باشد. بسیاری از اپیدمی ها در اثر آب آلوده است. علائم بالینی در بالغین جوان و میان سال شایعتر است که احتمالاً به دلیل ابتلای ذکودکان به اشکال بدون ایکتر یا با علائم خفیف بیماری است. ایمنی حاصل از بیماری کوتاه مدت است.

هپاتیت E	هپاتیت A	ویروس
۶۴ - ۱۵ روز	۵۰ - ۱۵ روز	دوره کمون
مدفوعی دهانی	مدفوعی دهانی	راه انتقال
—	—	ایجاد هپاتیت مزمن
۳-۲ هفته قبل از بروز علائم تا دو هفته پس از بروز زردی	۳-۲ هفته قبل از بروز علائم تا یک هفته پس از بروز علائم	دوره عفونت زایی
IgM Anti HEV	IgM Anti HAV	معیار های تشخیص

اقدامات توصیه شده برای بیمار:

- ۱- موارد همه گیری اتفاق افتاده باید فوراً گزارش شود.
 - ۲- درمان اختصاصی ندارد و درمان نگه دارنده انجام شود.
 - ۳- استراحت نسبی و رعایت رژیم غذایی مناسب در حد تحمل بیمار در دفعات مکرر و با حجم کم باید تنظیم شود (کم چربی و پر کربوهیدرات)
- بیماران با علائم زیر نیاز به بستری دارند:

- علائم نارسایی کبد
- دهیدراسیون به علت تهوع و استفراغ
- زردی و حاملگی
- زردی و تب
- PT(انعقاد خون) طولانی تر از ۲۰ ثانیه
- افت فشار خون

بلی روبین بیش از ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر برای افراد آلوده به ویروس باید مشاوره کامل از نظر موارد زیر انجام شود:

منشا احتمالی آلودگی، سیر طبیعی بیماری، علائم احتمالی، توصیه های لازم برای پیشگیری از انتقال به سایرین.

اقدامات توصیه شده برای بیمار:

- ۱- موارد همه گیری اتفاق افتاده باید فوراً گزارش شود.
 - ۲- درمان اختصاصی ندارد و درمان نگه دارنده انجام شود.
 - ۳- استراحت نسبی و رعایت رژیم غذایی مناسب در حد تحمل بیمار در دفعات مکرر و با حجم کم باید تنظیم شود (کم چربی و پر کربوهیدرات)
- بیماران با علائم زیر نیاز به بستری دارند:

- علائم نارسایی کبد
- دهیدراسیون به علت تهوع و استفراغ
- زردی و حاملگی
- زردی و تب
- PT طولانی تر از ۲۰ ثانیه
- افت فشار خون

بلی روبین بیش از ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر برای افراد آلوده به ویروس باید مشاوره کامل از نظر موارد زیر انجام شود:

منشا احتمالی آلودگی، سیر طبیعی بیماری، علائم احتمالی، توصیه های لازم برای پیشگیری از انتقال به سایرین.

اقدامات اطرافیان:

به افراد جامعه در مورد رعایت بهداشت فردی به خصوص شستشوی دست ها و دفع بهداشتی مدفوع آموزش داده شود و در مهد کودک ها پس از بازی و فعالیت ها و قبل از خوردن غذا دست ها به خوبی شسته شوند. در صورت مشاهده موردی از هیپاتیت A در یک مرکز، باید به کلیه بچه ها و کارکنان، ایمنوگلوبولین تزریق شود. چنانچه در بیش از ۳ خانواده موردی گزارش شده باشد یا شناسائی همه گیری ۳ هفته بعد از اولین مورد باشد، تجویز ایمنوگلوبولین به کلیه اطفال زیر ۲ سال در خانواده بچه ای که به مهد کودک آلوده رفته است هم توصیه می شود اثر بخشی تزریق ایمنوگلوبولین بعد از ۳ الی ۵ روز ظاهر شده و تا حدود ۵ ماه باقی می ماند.

اقدامات محیط:

ضد عفونی کردن و دور ریختن صحیح مدفوع، ادرار و خون بیمار، قرنطینه لازم نیست. رعایت مراقبت ها و احتیاط های مربوط به بیماری های عفونی دستگاه گوارش. نظارت بر تهیه مواد غذایی و جلوگیری از آلودگی آب و غذا با مواد دفعی. تعیین منبع عفونت، روش انتقال و افراد در معرض خطر ابتلا اهمیت فراوان دارد. آموزش دفع بهداشتی مدفوع و اهمیت شستشوی دست ها پس از دفع و قبل از تماس با مواد غذایی. در زمان همه گیری، باید سریعاً منبع بیماری کشف شود و با مشاهده هیپاتیت A در افرادی که در تهیه و توزیع مواد غذایی سر و کار دارند. باید برای سایر کارکنان آن مرکز تا ۲ هفته پس از آخرین تماس، ایمنوگلوبولین تجویز شود. غذاهای دریایی باید به مدت ۴ دقیقه در حرارت ۸۵ الی ۹۰ درجه سانتیگراد قرار گرفته و سپس مصرف شوند. تامین آب آشامیدنی سالم و سیستم دفع صحیح فضولات انسانی. جوشاندن یا کلر زنی آب قبل از مصرف. آموزش همگانی.

حفظ و پایش سلامت خون.
بررسی بیماران گزارش شده.
کشف به هنگام موارد همه گیری و کنترل منشا.
پیشگیری و درمان انواع بیماری هیاتیت

بیماری آمیبیازیس (AMOEBIASIS)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری آمیبیازیس را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه هادر خصوص بیماری آمیبیازیس را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری آمیبیازیس اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: بیماری عفونی واگیرداری است که عامل بیماری روده انسان را گرفتار می سازد. در هر سنی می تواند روی دهد. هیچ تفاوت اساسی از نظر جنسی در بروز آمیبیازیس وجود ندارد. بیماری بیشتر بصورت آلودگی خانوادگی است و هنگامی که کسی در یک خانواده دچار شود دیگران هم ممکن است آلوده شوند البته در برخی افراد علی رغم وجود انگل در مدفوع آنها بیماری در بدن آنها بدون نشانه می ماند.

علائم بیماری آمیبیازیس:

اسهال که ممکن است همراه با خون و بلغم باشد

- تب
- دردهای شکمی
- دل پیچه

دوره کمون (پنهانی): نزدیک به ۳ تا ۴ هفته است. در صورت بروز آلودگی شدید ممکن است دوره ی پنهانی کوتاه تر باشد.

راه های سرایت: عامل بیماری از طریق مدفوع دفع شده و همراه با دستها، غذا، آب، سبزیجات و میوه آلوده از راه دهان وارد بدن انسان می شود.

چه کسی در خطر ابتلای به آمیبیازیس است؟

اگر چه هر کسی می تواند به این بیماری مبتلا شود، ولی این بیماری در افرادی که در مناطق گرمسیری با شرایط بهداشتی فقیر زندگی می کنند شایع تر است. در ایالات متحده، اسهال آمیبی بیشتر در این افراد شایع تر است:

افرادی که به مکان های گرمسیری که شرایط نامناسب بهداشتی دارند، سفر کرده اند. مهاجران از کشورهای گرمسیری که شرایط نامناسب بهداشتی دارند. افرادی که در مکان هایی زندگی می کنند که شرایط نامناسب بهداشتی دارند.

مراقبت و پیشگیری:

ارجاع موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی و پیگیری کامل تا حصول نتیجه.

- ۱- آموزش به مردم در مورد دفع صحیح زباله و مدفوع.
- ۲ - رعایت فاصله بین چاه فاضلاب و چاه آب آشامیدنی و ضد عفونی کردن سرویس بهداشتی های آلوده.
- ۳ -آموزس به مردم در مورد اهمیت شستشوی دست ها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا.
- ۴-آموزش به اطرافیان بیمار در مورد ضد عفونی نمودن وسایل و اشیاء بیمار و استفاده نکردن از آنها.
- ۵ -آموزش به اطرافیان بیمار در مورد جوشانیدن آب آشامیدنی قبل از استفاده.
- ۶ -نظارت دقیق بر کار اغذیه فروشی ها و نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی.
- ۷ -پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک.

بیماری هیداتید یا هیداتیک

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری هیداتیک را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه هادر خصوص بیماری هیداتیک را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری هیداتیک اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف : کیست هیداتیک بیماری انگلی است که به وسیله مرحله لاروی یا نوزادی کرم اکینوкокوس گرانولوزوس ایجاد می شود. اکینوкокوس، کوچکترین کرم نواری است که شناخته شده $5/2 - 9$ میلیمتر و در روده کوچک، سگ، گرگ، روباه و بندرت گربه زندگی می کند. کرم بالغ از دو قسمت سر و بدن درست شده است. قسمت سر دارای دو ردیف قلاب و چهار بادکش است و بدن از ۳ تا ۴ بند تشکیل شده است که بند های آخر دارای تعداد زیادی تخم است. کرم بالغ در بدن انسان، گوسفند و گاو تشکیل نمی شود و تنها فرم بالغ کرم، در دستگاه گوارش سگ یا سگ سانان تشکیل می شود. نوزاد انگل اکینوкокوس به صورت کیست هیداتیک و در بدن انسان، گوسفند و گاو تشکیل شده ولی در بدن سگ یا سگ سانان تشکیل نمی شود.

کیست هیداتیک به شکل کیسه ای می باشد که داخل آن پر از مایع است و قطر آن ۱ تا ۷ سانتیمتر است، که گاهی تا ۲۰ سانتیمتر هم می رسد. در داخل کپسول و کیست تعداد زیادی جوانه وجود دارد که در صورت خوردن کیست توسط سگ یا سگ سانان هر کدام از جوانه ها تبدیل به یک کرم بالغ می شود. در بند آخر کرم بالغ تعداد زیادی تخم وجود دارد که به همراه مدفوع سگ دفع می شوند. تخم انگل بسیار کوچک و غیر قابل رویت است. تخم ها در خاک مرطوب و سایه به مدت چند ماه به حیات خود ادامه می دهند. میزبانان واسط (گاو، گوسفند، انسان و...) با خوردن تخم ها آلوده می شوند.

سیر تکاملی انگل:

تخم های اکینوкокوس از طریق مدفوع سگ و سگ سانان آلوده به انگل دفع و باعث آلودگی محیط می شوند در صورتیکه حیوانات علف خوار نظیر گاو و گوسفند و یا انسان، سبزیجات و آب آلوده به تخم انگل را مصرف کنند، تخم ها وارد روده می شوند و در داخل روده جنین آن آزاد می گردد. سپس جنین به دیواره روده کوچک نفوذ کرده، از طریق جریان خون به قسمت های مختلف بدن بخصوص کبد و ریه حمله می کند و در آنجا مستقر می گردد و بتدریج رشد می نماید و تولید کیست هیداتیک می کند.

پیشگیری و درمان بیماری هیداتید

در صورتیکه کبد یا ریه یا عضو مبتلا به کیست هیداتیک در گاو و یا گوسفند به نحوی مورد تغذیه حیوانات دیگر مانند سگ قرار گیرد، کیست ها در داخل روده کوچک باز شده و جوانه های داخل کیست به جداره روده کوچک می چسبند و بالغ می شوند و سر انجام کرم بالغ با تولید تخم چرخه را در طبیعت ادامه می دهد.

راه های انتقال بیماری هیداتید یا هیداتیک:

- ۱- تماس نزدیک و مستقیم با سگ های آلوده.
- ۲- تماس مستقیم با مدفوع سگ های آلوده.
- ۳- آب و غذائی که با مدفوع سگ آلوده در تماس باشد.
- ۴- دست های آلوده به تخم انگل.
- ۵- اشیای آلوده به تخم انگل.

بطور کلی آلودگی از طریق خوردن تخم انگل صورت می گیرد.

دوره کمون: دوره نهفتگی این بیماری ممکن است بین ۵ تا ۲۰ سال به طول انجامد (یعنی از زمان وارد شدن تخم انگل در بدن تا بروز علائم ۵ تا ۲۰ سال طول می کشد) و برحسب محل، نوع و شدت ضایعات علائم بالینی فرق می کند. در صورتیکه کیست در کبد باشد غالباً درد شکم و ناراحتی گوارشی وجود دارد. در صورتی که کیست در ریه باشد، درد در ناحیه سینه، سرفه و تنگی نفس وجود دارد.

درمان کیست هیداتید یا هیداتیک:

تنها راه درمان بیماری در انسان جراحی می باشد. درمان آلودگی با اکینوکوکوس در سگ با مصرف داروهای ضد انگل صورت می گیرد.

پیشگیری و کنترل بیماری کیست هیداتیک:

بیماری کیست هیداتیک انتشار جهانی دارد و به طور کلی در مناطقی که شغل دامپروری رونق دارد و تماس نزدیکی بین گاو، گوسفند، انسان و سگ زیاد می باشد، از شیوع بیشتری برخوردار است. بنابراین در کنترل بیماری باید موارد زیر را مد نظر قرار داد:

- ۱- آموزش بهداشت و تاکید بر خطرات نگهداری سگ.
- ۲- جمع آوری، کنترل و درمان سگ های ولگرد.
- ۳- درمان نمودن سگ های خانگی آلوده.
- ۴- کنترل دقیق بهداشتی کشتارگاه ها و معدوم کردن لاشه های غیر قابل مصرف به طوریکه سگ ها به این لاشه ها دسترسی نداشته باشند.

۵- ضد عفونی و شستشوی صحیح سبزیجات با مواد پاک کننده مناسب.

بیماری ژیا ردیا

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری ژیا ردیا را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه هادر خصوص بیماری ژیا ردیا را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری ژیا ردیا اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: ژیا ردیا عبارت است از یک نوع عفونت روده ای که به علت یک نوع انگل که در آب آلوده وجود دارد ایجاد می شود. این عفونت در بین کودکانی که به مهد کودک یا آمادگی میروند رو به افزایش است.

علائم شایع : غالباً علامتی وجود ندارد. اسهال و دل پیچه ناگهانی. بعضی از بیماران تنها اسهال و سوء هاضمه خفیف دارند، اجابت مزاج شل، حجیم و بدبو، تب خفیف به طور شایع، کاهش وزن . گاهی تا هفته ها و ماه ها علائم ادامه دارند.

علل، راه انتقال و دوره کمون : آلودگی با یک میکروسکپی به نام ژیا ردیا لامبلیا بوجود می آید. انگل ژیا ردیا از راه آب و گاهی غذا به روده کوچک وارد می شود و در آنجا تکثیر می یابد. یک تا سه هفته بعد، التهاب در روده کوچک رخ میدهد که منجر به اسهال می شود.

عوامل افزایش دهنده خطر:

محیط زندگی شلوغ و غیر بهداشتی.
آب آشامیدنی پایین تر از حد استاندارد و زیر ساخت ها.
سیستم نامناسب بهداشتی و درمانی.
نوشیدن آب به هنگام پیک نیک.
سابقه عمل جراحی معده، اسید معده تا حدی در برابر این عفونت حفاظت ایجاد می کند و با عمل جراحی معده این سد حفاظتی برداشته می شود.

پیشگیری از بیماری ژیا ردیا:

آبی را که از سالم بودن آن اطمینان ندارید بجوشانید و یا به آن مواد ضد عفونی کننده اضافه کنید.
از خوردن غذای پخته نشده ای که ممکن است در آب آلوده شسته شده باشد خودداری کنید.
دستان خود را مرتب بشوئید، خصوصاً قبل از غذا خوردن، تا احتمال سرایت عفونت از دیگران به شما کمتر شود.
کودکان را تا زمان برطرف شدن عفونت از دیگران جدا کنید.

عواقب مورد انتظار: بهبود خود به خودی در بعضی از افراد در عرض یک ماه، مصرف دارو باعث تسریع بهبودی می شود.

عوارض احتمالی : سوء جذب و کاهش وزن، کم آبی بدن.

از انگل ژیا ردیا چه می دانید ؟

آزمایش مدفوع برای پیدا کردن انگل ها، اگر آزمایش های اولیه منفی بودند، شاید لازم باشد تکرار شوند. شاید به زودی آزمایش پیدا کردن پادتن علیه این انگل در دسترس قرار گیرد. ژیا ردیا به خوبی با دارو درمان می شود و

درمان معمولاً در منزل انجام می‌گیرد. در مورد بیماری‌هایی که اسهال شدید دارند ممکن است بستری کردن ضرورت یابد تا مایعات از دست رفته جبران شود. پیشگیری بهترین درمان است. وقتی که آب آشامیدنی مناسب در دسترس نیست.

در مورد نوشیدن آب احتیاط به خرج دهید و نکات بهداشتی را رعایت کنید.

داروها : سر خود دارو مصرف نکنید زیرا ممکن است علائم را مخفی و کار پزشک را دشوار کنند. حتماً زیر نظر پزشک داروهای تجویز شده را مصرف نمایید. چنانچه داروی دیگری در زمان ابتلا به این بیماری مصرف می‌کنید حتماً به پزشک خود اطلاع دهید. بدلیل اینکه آزمایش مدفوع غالباً به طور کاذب منفی است، امکان دارد بر مبنای شرح حال و معاینه بالینی و نیز قضاوت پزشک تحت درمان قرار بگیرید.

فعالیت : محدودیتی برای آن وجود ندارد.

رژیم غذایی: یک رژیم متعادل همراه با مقدار کافی مایعات (روزانه حداقل ۸ لیوان آب یا نوشیدنی‌های دیگر در این شرایط به پزشک خود مشورت کنید)

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم ژیاودییا را دارید، اگر دچار علائم جدید و غیر قابل توجه شده‌اید و اگر در حین درمان دچار عوارض جانبی شده‌اید، لازم است هر چه سریعتر به پزشک مراجعه و درمان را تا برطرف شدن کامل انگل زیر نظر پزشک جدی بگیرید.

کرمک (اکسیور)

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد انگل کرمک را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه هادر خصوص انگل کرمک را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با انگل کرمک اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: آلودگی به نوعی انگل روده ای که در کودکان شایع است. آلودگی به کرمک بیش از آن که یک مشکل بهداشتی محسوب کنیم یک حالت مزاحم در نظر گرفته می شود. این انگل ها از قسمت سکوم (قسمتی کیسه ای شکل در ابتدای روده بزرگ که در سمت راست شکم واقع شده و آپاندیس به آن متصل است)، روده بزرگ، مقعد و پوست اطراف مقعد را درگیر می کند.

علایم شایع: تحریک پوستی و خارش دردناک (اطراف مقعد به خصوص هنگام خواب)، خواب ناآرام، ترشح، کم اشتهایی و درد شکم (به ندرت) رنگ پریدگی.

راه های انتقال به بیماری کرمک یا اکسیور:

آلودگی سکوم با کرم بسیار کوچکی (کرمک) که شکل بالغ آن تنها ۱۰ میلیمتر طول دارد صورت می گیرد. کرم های سوزنی برای تخمگذاری از سکوم (سکوم یا کور روده - بخش آغازین روده بزرگ) به راست روده مهاجرت کرده و سپس در اطراف مقعد و باسن تخمگذاری می کنند. تخم های بسیار کوچک این انگل هنگام خاراندن پوست اطراف مقعد به انگشتان می چسبند. تخم های انگل از طریق صندلی توالت یا تماس دست به دست به دهان یا به دیگران منتقل می شوند.

همچنین تخم ها می توانند در هوا نیز پراکنده شده و از طریق استنشاق یا بلع وارد بدن فرد دیگر گردند. لاروهای انگل در داخل روده کوچک از داخل تخم ها خارج می شوند و به سکوم مهاجرت کرده در آنجا بالغ شده تولید مثل کرده و این چرخه را تکرار می کنند.

عوامل افزایش دهنده خطر: زندگی گروهی کودکان مثلاً در مدرسه یا خانواده های پر جمعیت، بهداشت فردی نامناسب، آب و هوای گرم. کمبود امکانات بهداشتی.

پیشگیری از ابتلا به بیماری کرمک:

حتماً دست ها را پس از استفاده از سرویس بهداشتی و قبل از غذا با مایع دستشویی یا صابون های حاوی مواد آنتی باکتریال به دقت بشویید. ناخن ها را کوتاه و تمیز نگه دارید، مقعد و ناحیه تناسلی را حداقل روزی یک بار بشوئید، این شستشو را ترجیحاً با شیلنگ آب و بادقت انجام دهید. به کودکان زیر شلواری نخی راحت بپوشانید و هر روز آن را تعویض کنید، از خاراندن اطراف مقعد و بردن دست به دهان، صورت یا اطراف بینی خودداری کنید، برای شستن ظرف ها از آب خیلی داغ استفاده کنید.

عواقب مورد انتظار: معمولاً با یک بار درمان یا حداکثر ۲ بار درمان بهبود می یابد. درمان باید در همه افراد خانواده به طور همزمان انجام شود. عود بیماری شایع است، اگر کرم ها مدت کوتاهی پس از درمان دوباره ظاهر

گردند این معمولاً ناشی از آلودگی مجدد است نه شکست درمان. حتماً درمان را از سر گرفته و این بار دقت بیشتری داشته باشید.

عوارض احتمالی: عوارض و خیمی برای این بیماری مورد انتظار نیست.

درمان و مراقبت:

خانه را با دقت بیش از قبل تمیز و ضد عفونی کنید، پرده ها و لباس ها را بیشتر از حالت عادی بشویید یا در محلول آمونیاک شستشو دهید یا آنها را بجوشانید، اسباب بازی های قابل شستشو را با محلول های ضد عفونی کننده شسته و تمیز کنید، اسباب بازی های فلزی و اشیای مشابه را در یک اجاق داغ استریل نمایید. حوله ها را عوض کنید، کاسه توالت را با برس بطور کامل شسته و همچنین ضد عفونی نمایید، در بهداشت فردی بسیار دقت نمایید، در زمان حمام گرفتن از دوش استفاده نمایید نه وان حمام، ارزیابی طبی مجدد حدود ۲ هفته پس از درمان برای اطمینان از نابودی همه انگل ها توصیه می شود.

داروها: طبق دارونامه داروها را تجویز نمایید. دارو را با معده خالی مصرف کنید. برخی داروها ممکن است سبب تهوع، استفراغ و اسهال شوند. این داروها ممکن است باعث تغییر رنگ مدفوع گردند. در صورت بروز هرگونه عوارض احتمالی ناشی از مصرف داروها و یا بروز مجدد کرمک علی رغم همه تدابیر بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

فعالیت: محدودیتی وجود ندارد.

رژیم غذایی: رژیم خاصی نیاز نیست.

آسکاریس

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد انگل آسکاریس را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه هادر خصوص انگل آسکاریس را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با انگل آسکاریس اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: کرمی است دراز، استوانه ای شکل و دو انتهای آن باریک برنگ سفید شیری یا گلی رنگ است. آسکاریس ماده بالغ بطول ۲۰ تا ۴۵ سانتیمتر و به قطر ۳ تا ۶ میلیمتر است. آسکاریس نر از ماده کوتاهتر و بطول ۱۵ تا ۳۰ سانتیمتر و به قطر ۲ تا ۴ میلیمتر است. آلودگی به این انگل در تمام نقاط دنیا وجود دارد. ولی در قاره آسیا بیشتر است و یکی از شایعترین بیماری های انگلی در ایران است. این کرم تخم گذار است، تخم های این کرم در سرما و رطوبت و در مقابل پاره های مواد شیمیایی خیلی مقاومند و ممکن است تا ۵ سال زنده بمانند ولی در خشکی و مقابل نور آفتاب بیشتر از چند هفته زنده نمی ماند.

علائم: کرم آسکاریس ممکن است هیچگونه علائمی ایجاد نکند مخصوصاً اگر کم باشد ولی معمولاً دردهای شکمی، حالت تهوع، بی اشتها، کاهش وزن، بی خوابی، دیدن خواب های آشفته، پریدن از خواب و تحریک پذیری و آبریزش از دهان در زمان خواب و در صورت ورود به ریه گاهی تنگی نفس و خلط خونی نیز در مبتلایان وجود دارد. آلودگی با تعداد زیاد کرم ممکن است تشدید فقر غذایی بیمار را سبب گردد.

عوارض خطرناکی که گاهی کشنده است مثل انسداد روده به وسیله توده زیاد و فشرده کرم، به خصوص نزد کودکان، انسداد مجاری خروجی صفرا و لوزالمعده به روده و یا انسداد زائده آپاندیس با یک یا دو کرم ممکن است پیش آید.

تشخیص: تشخیص بیماری با دیدن تخم کرم در مدفوع و یا خروج کرم بالغ به همراه مدفوع بیمار و یا گاهی از طریق دهان و یا بینی صورت می گیرد. ممکن است کرم های داخل روده را نیز به وسیله عکس برداری از دستگاه گوارش و یا سونوگرافی دید. وجود لارو کرم در ترشحات دهانی و یا آزمایش مایع معدی تأییدی بر ابتلای ریه ها است.

مخزن: انسان و خاک مخزن تخم کرم هستند.

راه های سرایت:

انسان از طریق خوردن تخم های آلوده کننده کرم که در خاک وجود دارد (از طریق مدفوع افراد آلوده) و یا از طریق خوردن مواد غذایی خام آلوده به خاک های حاوی تخم کرم گاهی همراه دست های آلوده آب میوه و سبزیجات آلوده از راه دهان وارد بدن انسان می شود.

انتقال بیماری بیشتر در حول و حوش منازل، نقاطی که فاقد امکانات مناسب دفع مدفوع است و در آن مناطق کودکان با مدفوع خود خاک ها را آلوده به تخم انگل می کنند، صورت می گیرد. گاهی آلودگی خاکها به وسیله کفش و پای آلوده تا فواصل دور نیز برده می شود و تخم کرم به داخل منازل و یا وسایل نقلیه راه می یابد. انتقال عفونت از طریق تنفس گرد و غبار آلوده به تخم کرم نیز ممکن است اتفاق افتد.

وقتی تخم کرم به خاک می رسد شروع به رشد کرده و جنین دار می شود، در درجه حرارت تابستانی تخم ها در ۲ تا ۳ هفته آلوده کننده شده و ممکن است برای چند ماه و حتی چند سال قدرت آلوده کنندگی خود را حفظ کنند. تخم های جنین دار پس از خورده شدن در داخل دستگاه گوارش باز شده و لارو آزاد می شود. لارو پس از عبور از جدار روده و سیر مراحل تکاملی خود در کبد، قلب، ریه ها مجدداً به روده باز می گردد و به صورت بالغ در آنجا زندگی می کند و کرم بالغ شده و کرم ماده بعد از جفتگیری تخم ریزی می کند. این کرم از محتویات غذایی روده بیماران تغذیه می کند و موجب سوء تغذیه، کمبود ویتامین آ و کاهش رشد فصلی در کودکان مناطق آندمیک و... می گردد. این مدت از زمان خوردن تخم انگل تا تخم ریزی کرم ماده بالغ در درون روده و خروج آن به همراه مدفوع بین ۴۵ تا ۶۰ روز طول خواهد کشید. کرم ماده بارور شده تخم ها را به درون مدفوع می ریزد.

دوره کمون : سیر تکاملی کرم بین ۴ تا ۸ هفته کامل می شود.

دوره واگیری: دوره واگیری تا زمانی که کرم ماده بالغ تخمگذار در روده وجود داشته باشد واگیری ادامه خواهد داشت. معمولاً طول عمر کرم بالغ ۱۲ ماه است و ممکن است حداکثر به ۲ سال هم برسد. کرم ماده می تواند در روز بیش از ۲۰۰ تخم بگذارد. در شرایط مساعد تخم های جنین دار می توانند برای سالها در خاک زنده بمانند.

مراقبت و پیشگیری ها :

۱. درمان بیماران طبق دارونامه.
۲. آموزش به مردم در مورد دفع صحیح زباله و مدفوع و عدم استفاده از کودهای انسانی تازه در مزارع.
۳. ضد عفونی کردن توالت های آلوده.
۴. آموزش به مردم در مورد اهمیت شستشوی دستها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا.
۵. آموزش به اطرافیان بیمار در مورد ضد عفونی نمودن وسایل و اشیاء بیمار و استفاده نکردن از آنها.
۶. در صورتیکه آب آشامیدنی محل تصفیه نیست آنرا کلرینه نمایید و به مردم آموزش که در مسافرت ها یا در محل هایی که آب آشامیدنی تصفیه و یا کلرینه ندارند آنرا بجوشانند و سپس مصرف نمایند.
۷. پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان.
۸. جلوگیری از بازی کودکان با خاک آلوده و شستن دست های کودکان با آب و صابون بعد از هر بازی.
۹. ضد عفونی سبزیجات و میوه جات.
۱۰. معاینه دقیق و درمان همزمان تمامی افراد خانواده ای که فردی از آنها مبتلا به انگل است و همچنین جوشاندن لباس های زیر و ملافه های رختخواب در روزهای درمان.

کرم کدو

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد انگل کرم کدو را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه هادر خصوص انگل کرم کدو را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با انگل کرم کدو اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: کرم کدونواری شکل، پهن و بند بند است. طول این کرم گاهی تا ۱۲ متر هم میرسد و روده انسان را گرفتار می سازد، سفید رنگ و دارای حجم و وزن زیادی است بطوریکه بیمار احساس سنگینی می کند. شایعترین علامت دفع بندها از طریق مدفوع است اما علائمی نظیر اسهال، دردهای شکمی، تهوع و احساس گرسنگی ممکن است وجود داشته باشد. کرم کدو به علت استفاده از مواد غذایی که در روده ها وجود دارد می تواند منجر به سوء تغذیه، کسلی و خواب آلودگی در فرد گردد. ضمن آن که با توجه به طول کرم و حجم زیاد آن کرم می تواند باعث انسداد روده نیز گردد. گاهی مواقع بندهای کنده شده وارد آپاندیس شده و ایجاد آپاندیسیت (التهاب ناگهانی آپاندیس) می کند. و در پاره های مواد زائد کرم به عنوان سم عمل می کند و باعث ضایعاتی از قبیل آلرژی، عوارض عصبی، اسهال، ترشح بزاق از دهان و از دست دادن اشتها می گردد.

راه های سرایت:

تخم کرم به همراه بندها از طریق مدفوع دفع می گردد و چون از مدفوع به عنوان کود در مزارع استفاده می شود لذا تخم کرم در مزارع ریخته شده و گاو یا شتر در هنگام چریدن تخم کرم را می خورند و در نتیجه تخم کرم در عضلات دام جای گزین شده و تبدیل به لارو می گردد. در صورت مصرف گوشت گاو و یا شتر آلوده بصورت خام یا نیم پز، انسان مبتلا خواهد شد.

مراقبت و پیشگیری:

۱- درمان بیماران طبق دارونامه.

۲- آموزش به مردم در مورد دفع صحیح زباله و مدفوع و عدم استفاده از کودهای انسانی تازه در مزارع.

۳- ضد عفونی کردن توالت های آلوده.

۴- آموزش به مردم در مورد اهمیت شستشوی دستها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا.

۵- نظارت بر تهیه و توزیع گوشت در کشتارگاه ها و قصابی ها.

۶- آموزش به مردم در مورد اجتناب از خوردن گوشت گاو یا گوشت شتر بصورت خام یا نیم پز.

۷- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان.

۸- استفاده از سبزیجات و میوه جات ضد عفونی شده.

۹- آموزش به اطرافیان بیمار در مورد ضد عفونی نمودن وسایل و اشیای بیمار.

فصل چهارم :

اوريون (Mumps)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری اوريون را بیان کند.
- ۲- علائم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری اوريون را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری اوريون اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: اوريون یا بناگوشک یک بیماری ویروسی است. اوريون یک بیماری عفونی دوران کودکی است که بیشتر کودکان بالای دو سال را مبتلا می سازد. تظاهر اصلی و عمده این بیماری التهابی غده بناگوشی است. ولی ممکن است این عفونت به غده های دیگر، مانند لوزالمعده، مغز، بیضه و تخمدان هم گسترش یابد. این بیماری یک عفونت واگیردار است. علائم اوريون شامل سردرد، تب، تورم غدد لنفاوی و آبریزش بینی چشم است. ممکن است یک یا دو روز پیش از شروع علائم عمده، کودک دچار بدحالی عمومی شود، سپس غدد بزاقی در ناحیه بناگوش و زیر چانه متورم می شوند، این علامت می تواند همراه تب دیده شود. تورم ممکن است نخست در یک طرف صورت ایجاد شده و سپس طرف دیگر را درگیر سازد و یا این که همزمان در هر دو طرف بروز کند. تورم غدد بزاقی در ناحیه بناگوش و زیرچانه متورم می شوند، این علامت می تواند همراه تب دیده شود. تورم ممکن است نخست در یک طرف صورت ایجاد شده و سپس طرف دیگر را درگیر سازد و یا این که همزمان در هر دو طرف بروز کند. تورم غدد بزاقی سب درد هنگام بلعیدن می شود. همچنین ممکن است به علت توقف ترشح بزاق از غدد بزاق، خشکی دهقان وجود داشته باشد. تورم بیضه ها یا تخمدان در موارد نادر دیده می شود، علیرضا این علائم، اوريون یک بیماری کم خطر است، با این حال اگر قبل، در طی و یا بعد از تورم غده بزاقی کودک دچار درد و سفتی گردن شود، علامت بروز مننژیت ناشی از اوريون است که می تواند خطرناک باشد.

عامل بیماری: ویروس اوريون از خانواده پراماکسوویریده و جنس روبولاویروس (Rubulavirus) است.

وقوع: در حدود یک سوم از افراد حساسی که در معرض آلودگی قرار می گیرند مبتلا به شکل مخفی بیماری می گردند. اغلب عفونت های کودکان کمتر از ۲ سال نشانه بالینی ندارد. در مناطق معتدل زمستان و بهار فصل شیوع بیماری و حداکثر بروز آنست. در صورت عدم وجود واکسیناسیون به صورت بومی شایع شده و بروز آن معمولاً بیش از ۱۰۰ مورد برای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت می شود. همه گیری ها هر ۲-۵ سال یکبار شایع می گردد.

مخزن: انسان مخزن این ویروس است.

دوره کمون: دوره کمون بیماری حدود ۱۶ تا ۱۸ روز است.

دوره واگیری: ۶-۷ روز قبل از ابتلا به بیماری تا چند روز پس از پایان دوره بیماری ولی قدرت آلوده کنندگی از ۲ روز قبل از شروع تا ۴ روز بعد از خاتمه نشانه های بیماری در حداکثر است.

حساسیت و مقاومت: ایمنی حاصل در اثر ابتلا به عفونت مخفی یا آشکار عموماً تا آخر عمر باقی می ماند.

پیشگیری و درمان بیماری:

الف) پیشگیری:

- ۱- آموزش عمومی تشویق به واکسیناسیون
 - ۲- گزارش به مقامات بهداشتی
 - ۳- جداسازی بیمار تا بعد از ۹ روز از شروع علائم
 - ۴- گندزدایی اشیایی که به ترشحات بینی و گلوآلوده شده اند.
 - ۵- واکسیناسیون افرادی که بطور طبیعی در معرض آلودگی قرار گرفته اند.
- ب) اقدامات درمانی :

برای کمک به کودک می توانید غذاهای مایع مثل شیر، سوپ و یا ماست به او بدهید تا بلع غذا آسانتر بشود:

- ۱- نخست درجه حرارت بدن را کنترل کنید و اگر حرارت بالا بود با استفاده از اسفنج مرطوب، تب را پایین بیاورید؛
 - ۲- از غذاهای مایع برای کودک استفاده کنید؛
 - ۳- برای برطرف کردن خشکی دهان، مایعات فراوان به کودک بدهید و در صورت وجود مشکل در نوشیدن از نی استفاده کنید؛
 - ۴- یک کیسه آب گرم را در یک حوله پیچیده و آن را روی موضع درد قرار دهید؛
- برای تأیید تشخیص هر چه زودتر با پزشک مشورت کنند. همچنین در صورت بدتر شدن بیماری پس از گذشت ۱۰ روز و وجود سردرد یا سفتی گردن حتما با پزشک تماس بگیرند.
- اقداماتی که پزشک انجام می دهد:
- هیچ درمان خاصی برای اوریون وجود ندارد، پزشک شما ممکن است توصیه کند که تا ۵ روز پس از بین رفتن تورم غدد بزاقی، از رفتن کودک به مدرسه جلوگیری کنید؛ اگر بیضه ها متورم و دردناک هستند، ممکن است پزشک استراحت مطلق و شربت استامینوفن توصیه کند تا تورم از بین برود.

سرخک (Measles)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری سرخک را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری سرخک را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری سرخک اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: بیماری ویروسی بسیار حاد و بسیار مسری است که با پیش نشانه های تب، تورم ملتحمه چشم، ترشح بینی، سرفه و برجستگی های سرخ رنگ با مرکز سفید و یا سفید متمایل به آبی روی مخاط دهان (نقاط کوپلیک *kooplik spots*) تظاهر میکند. در سومین تا هفتمین روز بعد از شروع لکه های قرمز مشخص بیماری، اول روی صورت و سپس در تمام نقاط بدن ظاهر شده و ۷-۴ روز ادامه خواهد داشت و بعضی اوقات با تبدیل شدن به پوسته های قهوه ای رنگ خاتمه میابد. بیشتر در اطفال خردسال دیده می شود، شاید بیشتر کودکان قبل از ورود به کودکانستان به این ناخوشی مبتلا شده باشند ولی این احتمال وجود دارد که عده ای در دوران کودکانستان یا دبستان بدان مبتلا شوند. سرخک در کودکان خردسال (تا دو سالگی) سبک تر می باشد ولی بعد از آن بصورت شدیدتری بروز می کند.

عامل عفونت: ویروس سرخک که از جنس موربیلی ویروسها (*Morbillivirus*) و از خانواده پارامیکسوویریده است عامل عفونی این بیماری است.

وقوع سرخک: در واقع ۹۰٪ افراد فاقد ایمنی که با بیمار مبتلا به سرخک زندگی می کنند این بیماری را از او می گیرند احتمال مرگ بر اثر سرخک در کشورهای توسعه نیافته با سوء تغذیه شایع و شرایط بهداشتی نامناسب تا ۲۸٪ است، تلفات سرخک بیشتر در اطفال ۳ تا ۵ سال در گروه فقرا با شرایط تغذیه و زندگی بد است. بیماری بیشتر در فصل سرما دیده می شود تمام ملل و نژادها به این ناخوشی مبتلا می گردند.

مخزن: انسان مخزن این ویروس است.

روش انتقال:

بیماری سرخک شدیداً مسری است و سرایت آن اغلب بطور مستقیم یعنی از راه تماس و از طریق هوا به وسیله انتشار آب دهان، بینی و یا گلودی افراد آلوده صورت گرفته و کمتر اتفاق می افتد که بیماری بطور غیر مستقیم یعنی بوسیله اسباب بازی و وسایل بکار رفته بیمار به دیگر کودکان سرایت کند.

دوره کمون: حدود ۱۰ روز است. ممکن است از فاصله تماس با ویروس تا شروع ۷ تا ۱۸ روز و تا ظهور راش های جلدی حدود ۱۴ روز طول بکشد. در دوره نهفتگی معمولاً علامت مهمی وجود ندارد. ممکن است در آخر دوران نهفتگی مختصر تبی وجود داشته باشد. ویروس در خون بیماران و ترشحات گلو و بینی و چشم آنان وجود دارد.

حساسیت و مقاومت : معمولا تمام افرادی که مبتلا نشده و یا واکسیناسیون موفق‌تری نداشته‌اند به بیماری حساس هستند.

دوره واگیری سرخک:

از روز اول شروع تب تا ۴ روز بعد از ظهور راش‌های جلدی قابلیت انتقال وجود دارد. یعنی افراد سالم ۷ تا ۱۸ روز بعد از این که به بیماران نزدیک شده و تماس گرفتند علائم بیماری را هویدا می‌سازند.

کنترل سرخک

الف (پیشگیری سرخک:

۱- واکسیناسیون.

۲- آموزش و ترغیب مردم به واکسیناسیون.

۳- گزارش به مقامات بهداشتی.

۴- جداسازی بیماران، بیماران سرخکی باید از شروع بیماری تا شانزده روز از دیگران مجزا بوده در این مدت مانع به مدرسه رفتن آنها شود.

۵- محافظت تماس‌ها.

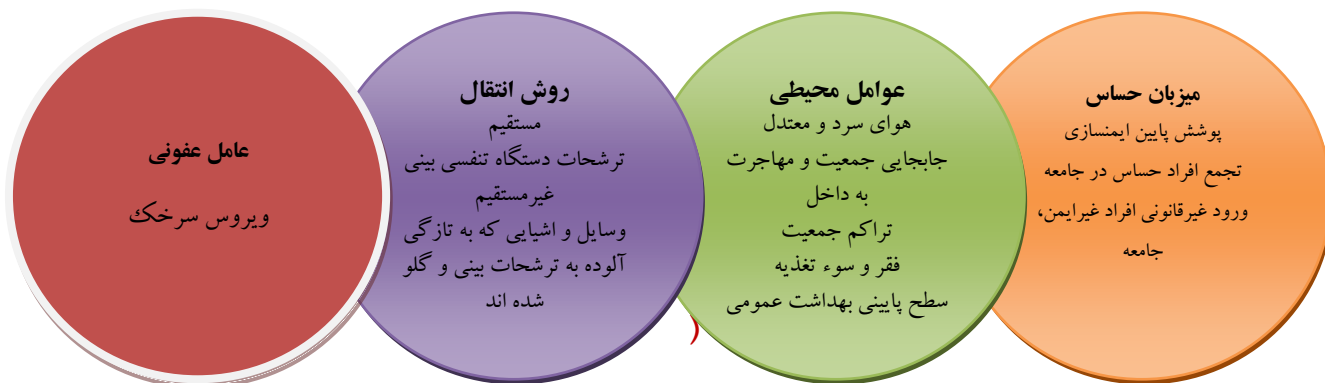
ب (درمان سرخک:

سرخک را ممکن است با تزریق ۲۵/۰ میلی‌لیتر بر حسب هر کیلوگرم وزن بدن گاماگلوبین تا ۵ روز بعد از قرار گرفتن در معرض‌آلودگی متوقف ساخت با مصرف واکسن بدست آمده از ویروس زنده یا ضعیف شده سرخک، بدون آلوده کردن محیط می‌توان ایمنی فعال ایجاد کرد.

نکته: از تمامی موارد مشکوک بایستی سه نمونه یعنی سرم خون، نمونه از گلو و نمونه ادرار تهیه

گردد. بهترین زمان برای نمونه‌گیری ۵ روز اول است.

زنجیره عفونت



فصل ششم:

سرخجه (Rubella)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری سرخجه را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری سرخجه را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری سرخجه اقدامات لازم را بعمل آورد.

در طبقه بندی بین المللی بیماری ها ، عفونت ناشی از سرخجه به شکل زیر طبقه بندی شده است.

۱- بیماری سرخجه ۲- سندرم سرخجه مادرزادی

تعریف: یک بیماری ویروسی تب دار خفیفی است که با راش های ماکولو-پاپولی نقطه ای پراکنده تظاهر می کند. سرخک آلمانی یا **سرخک سه روزه** نیز نام دارد زیرا تب بیماری بعد از ۳ روز قطع می شود. این بیماری در کودکان، نشانه های عمومی ندارد یا اینکه نشانه های بسیار جزئی دارد اما نزد بزرگسالان می تواند به صورت تب خفیف ۱ تا ۵ روزه، سردرد، بیقراری، ترشح خفیف بینی و التهاب ملتحمه بروز کند. از نشانه های بالینی مشخص سرخجه التهاب غده های لنفاوی پشت چشم، زیر استخوان پس سری یا پشت گردنی می باشد که حدود ۵ تا ۱۰ روز قبل از ظاهر شدن ضایعات پوستی پدیدار می شوند. گاهی اوقات ضایعات پوستی آن شبیه سرخک یا مخملک تظاهر پیدا می کند.

دیدن دانه های سرخ بر روی بدن به خصوص در کودکان، همیشه باعث نگرانی والدین می شود. این دانه های سرخ علل گوناگونی دارند که برخی از آنها می تواند خطرناک هم باشد. یکی از این دانه ها که باید به آن توجه شود، دانه های سرخ بیماری سرخجه است. درست است که بهار فصل زیبایی هاست، اما فصل بیماری های ویروسی پوست نیز محسوب می شود که سرخجه یکی از آن هاست. دانه زدن پوست با پیدایش نقاط قرمز رنگ روی صورت آغاز می شود. این دانه ها به سرعت به تنه و قسمت های دیگر بدن گسترش می یابند. این دانه های خارش دار طی مدت یک روز در سراسر بدن پخش می شوند. اما عمر آن ها بسیار کوتاه است و روز دوم از صورت محو شده و تا روز سوم در سراسر بدن به کلی از بین می روند.

اهمیت بیماری سرخجه: عبور ویروس از جفت خانم های باردار و توانایی آلوده سازی جنین است.

ناهنجاری هایی که در سندرم سرخجه مادرزادی (CRS) ایجاد می شود:

جنین هایی که در مراحل اول تشکیل مبتلا می شوند بیشتر از همه در معرض خطر مرگ داخل رحمی، سقط جنین خودبخود و ناهنجاری های اندام های مهم بدن هستند. این ناهنجاری ها ممکن است شامل یک یا چند نوع از جمله: ناشنوایی، آب مروارید، کوچکی چشم، آب سیاه جنینی، کوچکی جمجمه، عقب ماندگی ذهنی، ارتباط بین سرخک ششی و آئورت، نقص دیواره بین بطنی و یا دهلیز در قلب، ضایعات پوستی، بزرگی هم زمان کبد و طحال، یرقان، نقایص استخوانی باشد.

تشخیص بیماری سرخجه:

سرخجه در تشخیص افتراقی با بیماری‌های سرخک، مخملک و تعداد زیادی از عفونت‌های پوستی و مونو نوکلئوز عفونی قرار می‌گیرد. تشخیص بالینی سرخجه در اغلب مواقع درست انجام نمی‌شود. در موارد حاد بیماری تنها با کمک آزمایشگاه می‌توان بیماری را تشخیص داد. تشخیص بیماری براساس افزایش آنتی بادی اختصاصی ضد ویروس سرخجه در دوبار آزمایش تایید می‌شود در فاصله ۱ تا ۲ هفته پس از ظهور ضایعات پوستی می‌توان ویروس را از ترشحات گلوی بیمار جدا کرد. خون، ادرار و مدفوع بیمار می‌تواند حاوی ویروس باشد. اما جدا کردن ویروس بسیار وقت‌گیر بوده و به ۱۰ تا ۱۴ روز وقت احتیاج دارد.

برای تشخیص سرخجه مادرزادی در نوزاد تازه متولد شده می‌توان خون بیمار را مورد آزمایش قرار داد در صورت وجود آنتی‌بادی اختصاصی ضد ویروس سرخجه در یک نمونه خون می‌توان بیماری را تشخیص داد.

عامل عفونت: ویروس روبلا (Rubella) از خانواده توگاوایروس و جنس روبی ویروس (عامل عفونی این بیماری است).

وقوع: این بیماری در تمام نقاط دنیا از اجتماعات دور و مجزا شایع است. شیوع سرخجه در زمستان و بهار افزایش می‌یابد.

مخزن: انسان تنها مخزن این ویروس است.

روش‌های سرایت: سرخجه از طریق تماس با ترشحات بینی و گلوی افراد آلوده منتقل می‌شود. این بیماری به طور مستقیم از طریق قطره‌های آب دهان ضمن تماس مستقیم بیماران منتقل می‌شود.

دوره کمون: دوره نهفتگی بیماری بین ۱۴ تا ۱۷ روز می‌باشد و می‌تواند تا ۲۱ روز نیز متغیر باشد.

دوره واگیری: این دوره از یک هفته قبل از بروز ضایعات پوستی شروع می‌شود و تا حداقل ۴ روز پس از آندامه می‌یابد. سرخجه یک بیماری به شدت مسری است. نوزادانی که مبتلا به سرخجه مادرزادی هستند ممکن است تا ماه‌ها بعد از تولد، ویروس را دفع کنند.

حساسیت و مقاومت‌ها:

حساسیت به این بیماری در همه افراد عمومیت دارد. تنها نوزادان متولد شده از مادران ایمن تا مدتی می‌توانند ایمنی مادرزادی را حفظ کنند. در اثر آلودگی طبیعی به ویروس و یا واکسیناسیون، ایمنی فعال در مقابل بیماری ایجاد می‌شود. ایمنی ای که بعد از عفونت طبیعی به وجود می‌آید، معمولاً همیشگی است و به نظر می‌رسد که برای تمام عمر باقی می‌ماند ولی ایمنی ناشی از واکسیناسیون، بستگی به میزان تماس با بیماری در مناطق اندمیک دارد.

روش های پیشگیری بیماری سرخجه:

- ۱- تزریق واکسن و ایمونوگلوبولین. واکسیناسیون علیه بیماری سرخجه تزریق یک نوبت واکسن و ویروس زنده ضعیف شده در ۹۸ تا ۹۹ درصد افراد حساس منجر به ایجاد آنتی بادی قابل توجه می شود.
- ۲- آموزش مردم نسبت به روش انتقال بیماری و ضرورت واکسیناسیون.
- ۳- تمام موارد ابتلا به سرخجه یا سرخجه جنینی باید به مقامات بهداشتی گزارش شود. گزارش سریع موارد مشکوک و بیماری وسیله ای برای اجرای اقدامات به موقع خواهد بود.
- ۴- جداسازی بیمار
- ۵- تحقیق از تماس ها و منبع عفونت

درمان: این بیماری درمان اختصاصی ندارد.

اقدامات لازم در همه گیری:

تمام موارد تایید شده بیماری یا موارد مشکوک باید فوراً به مقامات بهداشتی گزارش شوند برای کنترل همه گیری لازم است که تمام تماس های حساس واکسینه گردند. جامعه پزشکی و مردم باید از وجود همه گیری مطلع شوند تا بتوانند خانم های حامله را مشخص کرده و آنها را محافظت کنند.

تعاریف اپیدمیولوژیک:

موارد مشکوک به سرخجه:

- هر بیمار در تمام گروه های سنی که کارمندان بهداشتی در او به سرخجه مشکوک شوند.
- هر بیمار با تب و راش ماکولوپاپولار

گزارش دهی فوری

پروتکل کشوری برخورد با بیماری:

آبله مرغان

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری آبله مرغان را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری آبله مرغان را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری آبله مرغان اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: آبله مرغان از بیماری های خفیف و بسیار واگیردار است. این بیماری که در کودکان شایع تر است بدست ویروس هر پس زوستر ایجاد می شود.

علائم بیماری: نشانه های زیر بیشتر در کودکان، خفیف، ولی در بزرگسالان شدید هستند:

۱. خارش سطحی پس از یک روز

۲. تب

۳. درد شکمی یا احساس ناخوشای همگانی که ۱-۲ روز به درازا می کشد.

بثورات پوستی، که کم و بیش در هر جای بدن می تواند پدید آید، از آن میان روی پوست سر، آلت تناسلی و داخل دهان، بینی، گلو یا مهبل، تاول ها ممکن است در نواحی بسیار گسترده ای از پوست گسترده شده باشند، ولی در دست و پا کمتر ظاهر می شوند. تاول ها در ۲۴ ساعت می ترکند و در محل آنها دلمه پایه ریزی می شود. هر ۳-۴ روز مجموعه هایی از تاول های جدید به وجود می آیند. بثورات ابتدا روی تنه، سپس سر و صورت و با شیوع کمتری روی دست و پا ظاهر می شوند. بثورات ابتدا پاپولند و سپس به وزیکول و پوستول و نهایتاً به کراست تبدیل می شوند. پاپول ها وزیکول ها در زمینه ای اریتماتو قرار دارند. از خصوصیات بثورات آبله مرغان، ظهور سریع آنها و نیز وجود همزمان پاپول وزیکول و کراست در یک زمان می باشد. خارش تقریباً در تمامی بیماران وجود دارد. وزیکول می تواند در تمامی قسمت های مخاطی وجود داشته باشد. در بزرگسالان یک سری نشانه همانند آنفلوآنزا نیز هست.

عوارض افزایش دهنده خطر:

بکارگیری داروهای سرکوب کننده دستگاه ایمنی بدن - بیماری در سه گروه نوزادان، بالغین و افراد دچار نقص ایمنی بسیار شدید است.

پیشگیری

در ابتدای سالهای ۱۹۷۰ در کشور ژاپن واکسنی به نام Varivax تولید شد که به طور مرتب از سال ۱۹۸۶ در ژاپن و از سال ۱۹۹۵ در آمریکا استفاده می شود که نتایج آن، مثبت بوده است. پس از استفاده انبوه این واکسن در این دو کشور شیوع بیماری آبله مرغان، چه در افراد واکسینه و چه در افرادی که واکسن را دریافت نکرده اند، به طور چشمگیری کاهش یافت.

پیامدهای مورد انتظار

بهبود خود به خودی: کودکان در ۷-۱۰ روز بهبود می‌یابند اما در بزرگسالان، این مدت بیشتر است و احتمال بروز عوارض در آن‌ها بیشتر است. پس از بهبودی، فرد برای تمام زندگی در برابر آبله مرغان ایمنی دارد. گاهی پس از طی شدن سیر بیماری آبله مرغان، ویروس در بدن به حالت خفته باقی می‌ماند (بطور مثال در ریشه اعصاب نزدیک نخاع). این ویروس خفته ممکن است سال‌ها بعد دوباره بیدار شده و بیماری زونا را ایجاد کند.

عوارض احتمالی

عفونت باکتریایی ثانویه بر روی تاول‌های آبله مرغان: شایعترین عارضه آبله مرغان، عفونت‌های ثانویه جلدی است.

- عفونت ویروسی چشم
- به ندرت آنسفالیت (التهاب یا عفونت مغز)
- احتمال بروز زونا سال‌ها پس از دوران بزرگسالی
- به ندرت باقی‌ماندن جای تاول و ممکن است تاول عفونی شود
- میوکارдит (التهاب عضله قلب)
- آرتریت (التهاب مفصل) بطور گذرا
- ذات الریه

نشانگان بیماری: پریکارдит، هپاتیت، گلومرولونفریت، اورکیت، زخم معده و عوارض نورولوژیک (عصبی) از عوارض دیگر بیماری هستند. سربلیت یا همان التهاب مخچه به واسطه واکنش‌های ایمنونولوژیک، یکی از عوارض نادر آبله مرغان است که بیمار دچار آتاکسی (اختلال در راه رفتن) می‌شود.

آبله مرغان می‌تواند از مادر باردار به جنین سرایت کند و سبب وزن کم در هنگام تولد، آتروفی (زوال) کورتکس مغز، حملات تشنجی، عقب افتادگی ذهنی، آب مروارید و میکروسفالی شود. ابتلای مادر در ۱۶ هفته اول بارداری به آبله مرغان با توجه به احتمال انتقال به جنین و عوارض آن نیازمند به درمان با ایمونوگلوبولین خاص دارد.

درمان

در اکثر موارد نیاز به درمان ضد ویروسی نیست و فقط درمان حمایتی انجام می‌شود که شامل تجویز آنتی‌هیستامین برای کاهش خارش یا تجویز استامینوفن برای کنترل تب می‌شود. بر اساس آخرین ویرایش کتاب مبانی طب کودکان نلسون، دو گروه سنی زیر یک‌سال و بالای ۱۳ سال، افرادی که به هر دلیل در حال استفاده از استروئید (برای مثال پردنیزولون) و همچنین افرادی که در حال مصرف آسپرین می‌باشند، نیاز به درمان ضدویروس (آسیکلوویر) دارند.

مخملک

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری مخملک را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری مخملک را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری مخملک اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف : مخملک بیماری است عفونی و مسری که در دوره کودکی (بین ۳ تا هفت سالگی) یعنی سنین کودکستانی فراوانتر دیده می شود . در فصول سرما فراوانتر و شدیدتر ظاهر می شود .

عامل عفونت : میکرب این بیماری استرپتوکک بتا همولیتیک A می باشد .

نشانه های مخملک :

دوران پنهانی مخملک سه تا پنج روز است ولی در مخملک های شدید این دوره کوتاهتر بوده و به یک روز می رسد

شروع ناخوشی بطور ناگهانی و همراه با لرز و تب ، گلودرد و استفراغ می باشد در ابتدای ناخوشی امکان لرزهای پی در پی بسیار است . از بدو شروع بیماری تب شدید بوده و به ۴۰ درجه سانتیگراد و بالاتر می رسد ضمناً نبض سریع و پوست خشک و سوزان می باشد . گلودرد یکی از نشانه های مهم مخملک است یک تا دو روز بعد از شروع بیماری گلو کاملاً قرمز و دردناک است و بلع دشوار می شود . روی زبان باردار بوده نوک و اطراف و زیر آن قرمز است .

مرحله راش پوستی : یک تا دو روز بعد از آغاز بیماری راش پوستی از انتهای اندامها ظاهر شده و در تمام بدن پخش می شوند . دانه های مخملکی معمولاً تمام پوست را فرا گرفته و آنرا به صورت قرمز تندی (شرابی رنگ) در می آورد قرمزی با فشار دست از بین می رود و دوباره برمی گردد .

دوران پوسته ریزی : پوسته ریزی مخملک از هشتمین روز بیماری تا ۳ هفته ادامه دارد . هر چه راش های مخملک شدیدتر باشد پوسته ریزی واضح تر می باشد پوسته ریزی در دست و پا به شکل فلسی و قطعات درشت و گاهی به شکل دستکش است و در قسمت صورت و بدن ریز و آردی شکل است . در جریان مخملک ممکن است موی سر و بدن هم بریزد و مدتی بعد مجدداً بروید .

پیشگیری :

بیماران مخملکی باید در اطاق مجزائی بستری شوند و تا مدتی که کشت گلوی آنها منفی نشده است از ورود به آموزشگاه ممنوع باشند ، اشیاء و لوازم آلوده بیمار را باید ضدعفونی نمایند .

تجویز بعضی داروها به اطرافیان بیمار از انتشار بیماری جلوگیری می کند ، مراقبت حاملین سالم میکرب برای از بین بردن انتشار بیماری مفید است .

کشت ترشحات گلوی بیماران و جستجوی میکرب بیماری و درمان سریع آن .

ممکن است عفونت استرپتوکوکی بدون بروز گلگونه ها (راش) باشد (عامل بیماری اغلب در گلو و بینی جای گیر می شود) .

پاستوریزه کردن و بخصوص جوشاندن شیر قبل از مصرف آن .

جلوگیری از تهیه و توزیع مواد غذایی توسط بیماران مخملکی یا افرادی که به گلودرد مخملکی دچار هستند .
ممانعت از فروش شیر گاوهای که دمل پستان دارند .

پیش گیری از مخملک به وسیله مواد شیمیائی مانند پنی سیلین نیز میسر است . تکرار عفونتهای استرپتوکوکی ممکن است سبب روماتیسم مفصلی حاد و کره و عوارض قلبی گردد بنابراین جلوگیری دقیق آن بسیار مفید خواهد بود . این پیش گیری اهمیت خاصی دارد و از تعداد مبتلایان به روماتیسم می کاهد . در خانواده های حساس به روماتیسم بهتر است کلیه افراد خانواده تحت کنترل دقیق ، درمان و پیش گیری لازم قرار بگیرند:

۱- برای پیش گیری کامل مخملک باید از انتشار استرپتوکوس و استقرار آن در گلوئی افراد جلوگیری کرد .

۲- معاینه دقیق گلوئی مبتلایان به گلودرد از نظر انتشار بیماری بسیار مفید است . مجزا کردن و مراقبت بیماران بعد از پیدایش نشانه های بیماری ، ولی ۴۸ ساعت بعد از بکار بردن پنی سیلین سرایت گلودرد مخملکی و یا خود مخملک ناچیز می گردد . برای درمان باید به پزشک مراجعه شود .

۳- ضد عفونی کردن گلو و وسایل بکار رفته بیماران در جلوگیری از سرایت مخملک ثمربخش میباشد .

۴- نظافت کامل و آفتاب دادن اطاق ، وسایل و لوازم بیماران .

۵- درمان اختصاصی بیماری به وسیله پنی سیلین که سرعت می تواند آلودگی را از بین ببرد .

۶- مخملک قرنطینه و اقدامات بین المللی ندارد .

غیر از سرخک و سرخجه و مخملک بیماریهای دیگری وجود دارد که با ضایعات پوستی همراه می باشند مانند بیماری چهارم ، پنجم و ششم این سه بیماری شباهت زیادی از نظر راشهای پوستی به سرخک و سرخجه دارند ولی علائم دیگری وجود دارد که باعث تفکیک آنها از هم می شود . چون شناسائی این امراض از نظر عموم مهم نمی باشد اوصاف بالینی آنها را در اینجا ذکر نمی کنیم .

دیفتری (Diphtheria)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری دیفتری را بیان کند.

۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری دیفتری را شرح دهد.

۳- در صورت مواجهه با بیماری دیفتری اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: بیماری حاد باکتریایی دستگاه تنفسی است. دیفتری بیماری شدید و بالقوه کشنده ای است که میزان مرگ و میر آن در کودکان خردسال و افراد مسن زیادتر است. در واقع دیفتری یک کلمه یونانی و اسم بیماری است که در آن قسمت فوقانی دستگاه تنفسی دچار مشکل می شود و از علایم آن در دیفتری گلو و حنجره می توان به گلودرد خفیف تا شدید، بزرگی و حساس شدن غده های لنفی گردنی، تب خفیف و مواد و توده ای از غشای چسبنده سفید خاکستری رنگ با نواحی ملتهب محیطی بر روی لوزه و حلق و داخل سوراخ بینی اشاره کرد و نوع خفیف آن نیز می تواند به پوست محدود شود. در بسیاری از کشورهای پیشرفته به وسیله واکسیناسیون فراگیر به کلی ریشه کن شده است. همچنین واکسیناسیون بزرگسالان نیز انجام شده بخصوص برای افرادی که به مناطقی سفر می کنند که هنوز دیفتری وجود دارد. اگر چه با افزایش سن تاثیر واکسیناسیون به مراتب کاهش می یابد.

عامل عفونت: عامل این بیماری باکتری کورینه باکتریوم دیفتریا است.

تاریخچه دیفتری:

دیفتری در مناطق معتدل در ماه های سرد و بیشتر نزد کودکان کمتر از ۱۵ سال که واکسینه نشده اند شایع است. در سال ۱۹۲۰ تخمین داده شد که فقط در آمریکا هر ساله ۱۰۰ الی ۲۰۰ هزار نفر به دیفتری مبتلا می شوند و هر ساله حدود ۱۳ الی ۱۵ هزار نفر بر اثر دیفتری جان می سپارند. که بیشترین این افراد کودکان بودند.

مخزن: انسان مخزن این عامل عفونی است.

دوره کمون: نهفتگی معمولاً ۵ - ۲ روز بوده و بندرت بیشتر خواهد شد.

دوره واگیری: معمولاً ۲ هفته یا کمتر و یا به ندرت ممکن است به بیش از ۴ هفته برسد.

علائم بیماری دیفتری:

علائم مربوط به مشکلات تنفسی در دیفتری بعد از ۲ الی ۵ روز بروز کرده و در این مدت به صورت نهفتگی می باشد. دیفتری از انواع بیماری های است که به مرور پیشرفت می کند. علائمی نظیر خستگی و تب و گلودرد و مشکل بلع غذا دیده می شود در کودکان علائمی چون تهوع و استفراغ و لرز و تب شدید نیز مشاهده می شود اگر چه این علائم ممکن است تا زمانی که عفونت پیشرفت نکرده باشد بروز نیابد. در حدود ۱۰٪ از موارد نیز به صورت تورم در گلو نیز دیده می شود که نشان از خطرناک بودن و ریسک بالای مرگ است. علاوه بر عفونت و علائم ظاهری ممکن است علائمی چون بی اشتها و رنگ پریدگی و ضربان تند قلب نیز مشاهده شود. این علائم به دلیل سمی است که باکتری های دیفتری ترشح کرده است. در بعضی موارد این علائم همراه با کاهش فشار خون نیز هستند و در موارد وجود طولانی مدت دیفتری اختلالات عصبی و قلبی نیز ممکن است مشاهده شود. باکتری سمی

تولید می نماید که منجر به ایجاد یک غشاءخاکستری ضخیم در بینی، گلو یا مجاری هوایی می گردد و این یک نشانه دیفتری است که بیماری را متمایز می نماید. این غشاء اغلب خاکستری کثیف یا سیاه بوده و منجر به مشکل تنفسی و تورم دردناک گلو می شود. نوعی از دیفتری به نام دیفتری پوستی ممکن است در اثر عفونت های ثانوی بیماری های قبلی پوستی رخ دهد علائم دیفتری پوستی بعد از ۷ روز از بیماری عادی پوستی در افراد دیده می شود.

حساسیت و مقاومت:

نوزادان متولد شده از مادران مصون مقاومت پاسیو دارند که معمولاً قبل از ۶ ماهگی از بین می رود. معمولاً ابتلا به شکل بالینی و خفیف به مصونیت دائمی منجر می شود. در جوامعی که مصونیت با واکسن ایجاد شده باشد بزرگسالان در برابر بیماری مقاومت نشان می دهند ولی واکسیناسیون نمیتواند برای تمام عمر مصونیت ایجاد کند. **راه های انتقال:** از طریق استنشاق قطرات معلق در هوا به بیماری منتقل می شود. دیفتری از طرق ذیل از فرد مبتلا به دیگران انتقال می یابد.

عطسه و سرفه به خصوص در موقعیت های شیوع.

لوازم شخصی آلوده نظیر لیوان آب که توسط فرد آلوده استفاده می شوند.

لوازم خانگی آلوده نظیر حوله فرد مبتلا.

تماس با یک زخم آلوده به باکتری دیفتری.

افراد آلوده به بیماری و کسانی که درمان نشده اند طی بیش از ۶ هفته می توانند عفونت را به دیگران منتقل نمایند، حتی اگر هیچ گونه علائمی از بیماری را نشان ندهند.

تشخیص: تعریفی که در حال حاضر سازمان کنترل و محافظت در مقابل بیماری (CDC) از دیفتری دارد بر دو اساس آزمایشگاهی و کلینیکی استوار است.

ایزوله کردن کرینو باکتریم دیفتری از نمونه کلینیکی

مبحث امراض شناسی در مورد دیفتری معیار کلینیکی

رد پای بیماری تنفسی در قسمت فوقانی دستگاه تنفسی همراه با گلو درد و تب خفیف و وجود چسبندگی و لایه غشای چسبنده کاذب در حلق و لوزه و داخل مجاری بینی.

احتمالی: عوامل کلینیکی حاکی از وجود بیماری است ولی عوامل آزمایشگاهی آن را اثبات نمی کند.

حتمی: عوامل کلینیکی حاکی از وجود بیماری است و عوامل آزمایشگاهی نیز آن را اثبات می کند.

عوامل خطر:

۱. کودکان کمتر از ۵ سال و بالغین بالای ۶۰ سال

۲. زندگی در مناطق شلوغ و کثیف

۳. سوء تغذیه

۴. کودکان و بالغین غیر ایمن در برابر بیماری

۵. افرادی با سیستم ایمنی تضعیف شده

کنترل بیماری دیفتری:

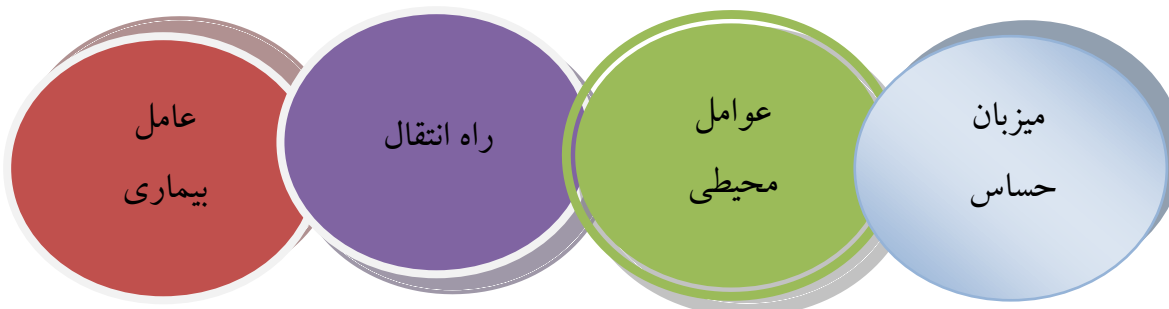
الف) پیشگیری:

- ۱- آموزش مردم بخصوص والدین کودکان نسبت به اهمیت بیماری و خطرات آن و لزوم واکسینه کردن کودکان.
 - ۲- واکسیناسیون کودکان برابر برنامه کشوری و ادامه آن در سنین بزرگسالی.
- ب) کنترل بیماران، تماس ها و محیط:
- ۱- گزارش به مقامات بهداشتی محل.
 - ۲- جداسازی بیمار تا زمان منفی شدن دو نمونه از ترشحات گلو و بینی بیمار.
 - ۳- گند زدایی همزمان.
 - ۴- قرنطینه.
 - ۵- رسیدگی و تحقیق از تماس ها و منبع عفونت.
 - ۶- درمان اختصاصی.

درمان دیفتری:

بیماری دیفتری را می توان تحت کنترل در آوردولی حالات شدید آن مانند تورم در گلو و مشکل در تنفس و بلع و مشکلات مرتبط با غدد لنفاوی وجود دارد که در این حالات باید سریعاً بیمار تحت مداوا قرار بگیرد و مسیر مسدود تنفسی به وسیله لوله باز شود. ریتم قلبی نامنظم می تواند در این مقطع یا یک هفته بعد از این رخ دهد و به سکت قلبی و فلج شدن قلب بی انجامد همچنین می تواند باعث سکت و ایجاد عیب در چشم و گوش ماهیچه ها شود. بیماری که به حالت شدید دیفتری مبتلا شده باشد، حال خوبی ندارد و باید در بخش ای سی یو بستری شود و فوراً به او پادتن تزریق شود ولی باید مد نظر داشت که این پادتن ها سمی را که در بافت ها جمع شده از بین نمی برد. در صورت کوتاهی کردن در این زمینه ریسک بالایی از مرگ وجود دارد تزریق مقدار پادتن به تشخیص کلینیکی بستگی دارد و نباید منتظر تأیید آزمایشگاه بود. آنتی بیوتیک ها بر عفونت های موضعی افرادی که پادتن دریافت کرده اند، اثر چندانی ندارد. تزریق آنتی بیوتیک برای بیماران در رده دیفتری نوع سی صورت می گیرد و از انتقال باکتری به دیگر افراد جلوگیری می کند.

زنجیره عفونت در بیماری دیفتری



کوریته باکتریوم دیفتریه	مستقیم: عطسه- صحبت کردن (قطرات تنفسی) سرفه کردن- تماس پوستی غیر مستقیم: البسه- لوازم- دستمال- اشیاء- توده ظروف آلوده	۱- هوای سرد ۲- تراکم جمعیت ۳- پایین بودن سطح بهداشت ۴- عدم رعایت اصول بهداشتی و جداسازی بیماران	۱- پایین بودن سطح ایمنی افراد جامعه ۲- حاملین بیماری ۳- تجمع افراد حساس
-------------------------	--	--	---

کزاز (Tetanus)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری کزاز را بیان کند.

۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری کزاز را شرح دهد.

۳- در صورت مواجهه با بیماری کزاز اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: بیماری حادی است که به واسطه یک سم عصبی بسیار قوی ناشی از رشد باسیل غیر هوازی کلوستریدیوم تتانی در درون بافت های نکروزه شده (بافت های مرده) در زخم های کثیف یا آلودگی بند ناف ایجاد می شود. علایم اولیه بیماری کزاز ناراحتی و بی خوابی است. به زودی عضلات فک و زبان تشنج پیدا می کند و بیمار قدرت باز کردن دهان را برای حرف زدن نداشته و جویدن غیر ممکن می شود.

به دنبال تشنج عضلات فک و زبان، عضلات سر و صورت، گردن، ساعد، دست و پا و بالاخره کمر نیز متشنج می شود. تشنج عضلات صورت سبب پیدایش قیافه خندان به نام لبخند کزاز (تمسخرآمیز) و تشنج عضلات کمر موجب خمیدگی آن به جلو می شود. این تشنجات دردناک هستند. تب مختصر در حدود ۳۸ درجه است.

بیماری کزاز از چند روز تا چند هفته طول می کشد و بالاخره تشنج عضلات تنفس باعث مرگ بیمار می شود. معالجه با سرم ضد کزاز در صورتی موثر است که سم میکروب به سلول های عصبی نرسیده باشد. بعلاوه عضلات قفسه سینه، شکم و پشت نیز ممکن است دچار گرفتگی شوند. گرفتگی شدید عضلات تنفسی منجر به تنفس مشکل برای بیماران می گردد. مخزن عامل کزاز محیطی است و قابل انتقال از یک فرد به فرد دیگر نیست. کزاز نوزادی معمولاً به هنگام زایمان در اثر ورود هاگ باسیل به بدن از طریق بندناف که با وسایل آلوده قطع می شود و یا بعد از وضع حمل در اثر پانسمان محل قطع بندناف با موادی که بشدت آلوده به هاگ کزاز است و در برخی از جوامع متاسفانه از مراسم تولد است ایجاد می شود.

عامل عفونت: باسیل غیر هوازی کلوستریدیوم تتانی (*Clostridium tetani*)

وقوع: این بیماری گسترش جهانی دارد. ابتلا به بیماری در نواحی کشاورزی و مناطقی که احتمال تماس با مدفوع حیوانات بیشتر است. در کشورهای توسعه یافته این بیماری عمدتاً افراد بزرگسال را مبتلا می کند زیرا جوانان بر علیه این بیماری واکسینه شده اند. باکتری مولد این بیماری در خاک و کود یافت می شود و در زخم بدن وارد شده و تکثیر می یابد و سم آن در امتداد اعصاب به مراکز نخاعی و مغزی می رسد.

مخزن: روده اسب و سایر حیوانات، روده انسان و... باکتری ها (کلوستریدیوم تتانی) که تقریباً همه جا، بویژه در خاک، کود و گرد و غبار وجود دارند.

روش انتقال: باکتری ها ممکن است از طریق هر گونه شکاف در پوست از جمله سوختگی ها یا زخم های سوراخ شده وارد شوند. سموم حاصل از باکتری ها به اعصابی می روند که انقباض عضلات را کنترل می کنند و باعث ۱۰۰

عمومیت دارد.

اسپاسم عضلانی و تشنج می‌گردند. هاگ باسیل کزاز از راه زخم‌های آلوده به خاک، گرد و غبار خیابان، مدفوع حیوانات و یا انسان وارد بدن شود. ولی پارگی‌های وسیع، زخم‌های کوچک و غیر قابل توجه و تزریقات آلوده مواد مخدر، اعمال جراحی کوچک، سقط جنین و زایمان در شرایط غیر بهداشتی و آلوده از راه‌های انتقال است. وجود اجسام خارجی و یا بافت‌های نکرده رشد باکتری غیر هازی کزاز را تسریع می‌کند.

دوره کمون: این مدت معمولاً بین ۳ تا ۲۱ روز است. ولی بر حسب شرایط خاص، وسعت و محل زخم ممکن است از یک تا چندین ماه متغیر باشد، به طور متوسط دوره نهفتگی ۱۰ روز است. بیشتر موارد در فاصله ۱۴ روز اتفاق می‌افتد. آلودگی شدید دوره نهفتگی را کوتاه می‌کند.

دوره واگیری: انتقال مستقیم از بیمار به شخص دیگر وجود ندارد.

حساسیت و مقاومت:

- عوامل تشدید کننده بیماری
- دیابت شیرین
- افراد بالای ۶۰ سال
- فقدان واکسیناسیون روزآمد شده علیه کزاز
- هوای گرم و مرطوب
- مکان‌های شلوغ یا غیر بهداشتی به ویژه در مورد نوزادان متولد شده از مادران واکسینه نشده
- استفاده از داروهای خیابانی که با سوزن‌ها و سرنگ‌های ناپاک تزریق می‌شوند.
- سوختگی‌ها، زخم‌های جراحی و زخم‌های پوستی

پیشگیری

۱- تشویق مردم به انجام واکسیناسیون در گروه‌های مختلف برابر برنامه واکسیناسیون کشوری.

۲- پیشگیری از بیماری بعد از ایجاد زخم: تمیز نگاه داشتن زخم، ابتدا زخم را با آب تمیز بشوئید، زخم و اطراف آن را با یک صابون با دقت تمیز نمائید. زخم‌های ناشی از سوزن یا دیگر برش‌های عمقی، گزیدگی حیوانات و به ویژه زخم‌ها کثیف افراد را در گروه پر خطر برای ابتلا به عفونت کزاز قرار می‌دهد. در این صورت زخم را تمیز می‌کنیم و در صورت لزوم با تشخیص پزشک ایمونو گلوبولین تزریق و تجویز دوز یادآور واکسن کزاز و تجویز آنتی بیوتیک پیشگیری انجام می‌شود.

۳- گزارش به مقامات بهداشتی.

۴- پیشگیری از کزاز نوزادی می‌تواند با تلفیق دو روش صورت گیرد:

الف) بهبود خدمات مراقبتی زایمان با تاکید افزایش پوشش واکسیناسیون ضد کزاز در دوران باروری و بارداری خانم‌ها.

ب) آموزش به ماماهاى محلی و سایر کادر مامایی مبنی بر انجام زایمان در شرایط کاملاً بهداشتی. برنامه مناسب برای محافظت نوزادان بر علیه بیماری کزاز از طریق ایمن سازی مادران آنها بستگی به سابقه ایمن سازی در بین زنان دارد. زمانی که زنان در سن باروری قبلاً توسط واکسن شبه کزاز در دوران کودکی و یا بلوغ ایمن نشده‌اند استفاده از جدول واکسیناسیون شبه کزاز برای زنان در سن باروری از بیشترین اهمیت برخوردار است. هر کشور

بایستی گروه سنی زنان در سنین باروری را بر اساس الگوهای باروری محلی وجود منابع تعیین کند. در آینده زنان بیشتری در سنین باروری مدرک دال بر دریافت واکسن کزاز در اوایل کودکی یا سنین مدرسه را دارا خواهند بود.

۵- آموزش دامداران، کشاورزان و صاحبان مشاغل که در زمین های آلوده کار می کنند مبنی بر استفاده از وسایل حفاظت کار.

درمان کزاز:

کزاز ممکن است علیرغم درمان، کشنده باشد در ایالات متحده با حدود ۱۰۰ مورد بروز سالانه بیماری جزء بیماری های نادر محسوب می شود. و تعداد کمی از بیماران نهایتاً می میرند. بهترین راه مقابله با کزاز پیشگیری است. برای پیشگیری واکسیناسیون را بر ضد کزاز انجام دهید. این امر شامل ۳ بار واکسن زدن است که در ۲ ماهگی شروع می شود و با دوزهای یادآور در ۱۸ ماهگی، ۵ سالگی و سپس هر ۱۰ سال ادامه می یابد. ممکن است در هنگام آسیب یک دوز یادآور دیگر لازم باشد.

آزمون های تشخیصی می توانند شامل بررسی های خونی و کشت در آزمایشگاه باشند. بستری شدن در یک اتاق تاریک و ساکت. درمان ممکن است شامل استفاده از لوله های تنفسی، تأمین مایعات داخل وریدی و داروها باشد. اکثر موارد بیماری کزاز شدید بوده و علی رغم درمان منجر به مرگ می گردد. مرگ اغلب در اثر انقباض مجاری هوایی، عفونتهای تنفسی و اختلال در سیستم عصبی خودکار رخ می دهد. سیستم عصبی خودکار قسمتی از سیستم عصبی است که کنترل عضلات قلبی، عضلات غیر ارادی و غدد را بر عهده دارد. بیماران بهبود یافته از کزاز گاهی به مشکلات روانی مبتلا می شوند و به مشاوره روانپزشکی نیازمند می گردند

جراحی برای برداشتن بافت دچار عفونت

داروهای مورد استفاده برای درمان کزاز:

ضد سم ها برای خنثی کردن سم عصبی

شل کننده های عضلانی برای کنترل اسپاسم ها

خواب آورها برای تسکین اضطراب

ضد تشنج ها

آنتی بیوتیک ها : بعد از شستن و تمیز کردن زخم، یک لایه از آنتی بیوتیک های (کرم یا پماد) نظیر نفوسپورین یا پلی سپورین بر روی زخم قرار دهید. این آنتی بیوتیک ها بهبود زخم را تسریع نمی کنند اما با مهار رشد باکتری ها و ایجاد مصنوعیت، بدن را در ترمیم زخم یاری می نمایند. برخی اجزاء در پمادها باعث ایجاد لکه های پوستی خفیف می شوند. در صورت بروز لکه های پوستی مصرف پماد را متوقف سازید.

پوشش زخم: در معرض هوا بودن زخم به بهبودی آن کمک می نماید، اما پانسمان زخم را تمیز نگاه داشته و از ایجاد عفونت های مضر جلوگیری می کند. تاول های تخلیه شده باید تا زمان بهبود پانسمان شوند.

تعویض پانسمان : پانسمان روزانه و در صورت مرطوب بودن سریع تر تعویض می شوند. در صورت حساسیت به برخی از باندها و چسب ها از گاز استریل و چسب های کاغذی استفاده شود.

فصل یازدهم :

سیاه سرفه (pertussis)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری سیاه سرفه را بیان کند.

۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری سیاه سرفه را شرح دهد.

۳- در صورت مواجهه با بیماری سیاه سرفه اقدامات لازم را بعمل آورد.

سیاه سرفه یک بیماری باکتریایی حاد مجاری تنفسی است که به علت حملات شدید سرفه میتواند منجر به کبودی گردد. پیش از رواج واکسیناسیون بیش از ۹۳ درصد موارد بیماری در کودکان زیر ده سال اتفاق می افتاد. انتقال بیماری از طریق ذرات تنفسی است. این بیماری می تواند منجر به مرگ بیمار گردد.

عامل بیماری : عامل بیماری بوردتلا پرتوزیس (*Bordetella pertussis*) و بوردتلا پاراپرتوزیس کوکوباسیل گرم منفی بسیار مسری است و منحصر در انسان ایجاد بیماری می نماید.

علائم بیماری: علائم بیماری شامل سه مرحله زکام، مرحله حمله ای و مرحله نقاقت یا شفایابی است. در مرحله زکام علائم غیر اختصاصی شبیه به سرماخوردگی (آبریزش بینی، خستگی، بی حالی و بی اشتهاپی و گاهی با سرفه های تشنجی).

پس از یکی دو هفته حمله های شدید سرفه های مکرر و قطاری ظاهر می شود. هنگام حمله سرفه فرو بردن نفس به سختی و با سر و صدا است (صدایی خاص و فریاد شهیقی شدید سیاه سرفه شنیده می شود). حتی لحظه ای تنفس بند آمده و کودک کبود می شود و زبانش را بیرون می آورد. زیرا تارهای صوتی و نایچه ها منقبض شده و تشنج پیدا می کنند. در آخر هر یک از این مراحل حمله موکوس روشن و چسبنده ای از دهان خارج می شود که اغلب همراه با استفراغ است. بیماری سیاه سرفه ۶ - ۱۲ هفته طول می کشد و مصونیت برای تمام عمر باقی می گذارد. عوارض سیاه سرفه سینه پهلو و انسفالیت است.

راه های سرایت : انتقال بیماری در اثر تماس مستقیم با ترشحات دستگاه تنفس افراد آلوده از طریق هوا و احتمالاً آب دهان صورت می گیرد. در جوامع واکسینه شده در اغلب مواقع باکتری بوسیله فرزندان بزرگتر خانواده و گاهی بوسیله والدین کودکان به منزل آورده می شود. انتقال غیر مستقیم با وسایل آلوده اگر هم صورت گیرد نادر خواهد بود.

عوامل افزایش دهنده خطر :

- افراد واکسینه نشده.
- همه گیری های اواخر زمستان و بهار. گسترش باکتری ها باعث افزایش شدت بیماری زایی آنها می گردد.
- شرایط زندگی شلوغ یا غیر بهداشتی.
- بارداری.

عوارض بیماری : سیاه سرفه می تواند منجر به ذات الریه، کاهش آب بدن، کاهش وزن، اختلال خواب، تشنج و ندرتاً بیماری مغزی و مرگ گردد. بیمار ممکن است نیاز به بستری در بیمارستان پیدا کند. شایعترین علت مرگ ذات الریه ثانویه باکتریایی است که در شیرخواران کوچکتر بیشتر در معرض آن قرار دارند.

دوره کمون : دوره نهفتگی سیاه سرفه معمولا بین ۷ تا ۲۰ روز است.

تشخیص بیماری : تشخیص دقیق با جداکردن عامل بیماری از کشت ترشحات حلقی در مراحل اول حمله های بیماری و شروع آبریزش بینی، بر روی محیط های کشت اختصاصی داده می شود. از نظر سازمان بهداشت جهانی کشت و جداکردن باکتری "استاندارد طلایی" برای تاییدتشخیص این بیماری است.

راه های کنترل بیماری سیاه سرفه:

الف) پیشگیری سیاه سرفه:

واکسیناسیون با واکسن ثلاث (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه) راه اصلی پیشگیری از بیماری است و به طور قابل ملاحظه ای از شیوع بیماری کاسته است. واکسن های که برای پیشگیری استفاده می شود (واکسن های سلول کامل؛ واکسن های بدون سلول) هستند. واکسن های بدون سلول واکنش ناخواسته کمتر ایجاد می کنند و به اندازه واکسن های سلول کامل موثر هستند. میزان اثر بخشی واکسن بعد از ۴ - ۱۲ سال کاهش پیدا می کند. به همین دلیل بیماری در سنین نوجوانی و بزرگسالی نیز دیده می شود.

کنترل بیماران، تماس ها و محیط

گزارش به مقامات بهداشتی محل

جداسازی بیمار

گند زدایی همزمان

قرنطینه

محافظت تماس ها

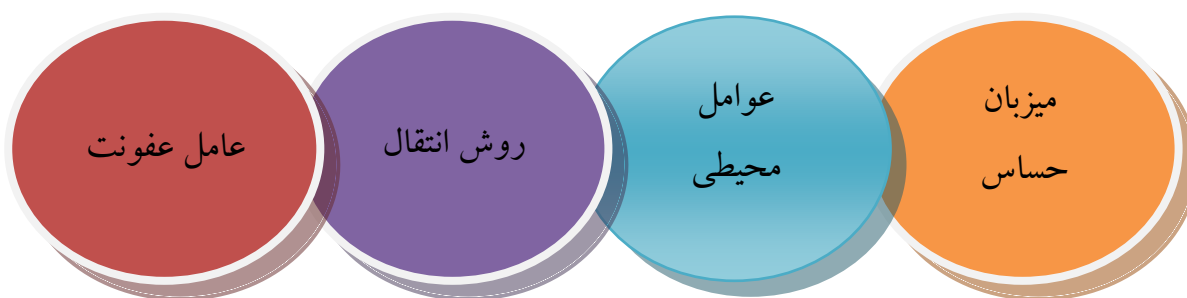
تحقیق از تماس ها و منبع آلودگی

درمان اختصاصی

ب) درمان سیاه سرفه:

درمان توسط آنتی بیوتیک ها صورت می گیرد که باید توسط پزشک انتخاب و تجویز شود و دوره معمول درمان چهارده روز می باشد.

زنجیره عفونت



بردتلا پرتوزیس	مستقیم قطرات تنفسی غیر مستقیم دست آلوده به ترشحات وسایل آلوده	هوای سرد تراکم جمعیت سطح پایین بهداشت عمومی فقر و سوء تغذیه	- پایین بودن شاخص ایمنسازی - ورود مهاجرین غیرایمن و افزایش موارد حساس
----------------	---	---	--

فصل دوازدهم :

سل

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری سل را بیان کند.

۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری سل را شرح دهد.

۳- در صورت مواجهه با بیماری سل اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: سل عبارت است از یک عفونت مایکوباکتریایی مسری حاد یا مزمن که بطور اولیه ریه‌ها را درگیر می‌کند ولی ممکن است به سایر اعضا گسترش یابد. سل دوران کودکی، معمولاً محدود به قسمت میانی ریه‌ها است ولی ممکن است گسترش یافته، مننژیت ایجاد کند. سل در بزرگسالان معمولاً کلیه و ریه‌ها را درگیر می‌کند. سل زمانی تحت کنترل بود ولی عمدتاً به خاطر ایدز، فقر و سوء مصرف الکل و سایر داروها مجدداً ظهور کرده است. سالیانه بیش از ۹ میلیون مورد جدید بیماری و ۷/۱ مورد مرگ (شامل ۲۳۰ هزار مورد نزد مبتلایان به ویروس ایدز) را در سراسر جهان سبب می‌شود. معمولاً عفونت اولیه بدون نشانه‌های بالینی است، در این مرحله ضایعات کوچک میکروسکوپی در ریه وجود دارد که بدون بجای گذاشتن تغییراتی خود بخود بهبود میابد ولی گاهی کلسیفیکاسیون غدد کوچک لنفاوی ریه و یا نای و نایژه‌ها را سبب می‌شود. در نهایت حدود ۱۰٪ از افراد آلوده به عفونت اولیه و ظاهراً سالم در طول عمر خود مبتلا به شکل فعال بیماری سل می‌شوند.

اشکال بیماری سل %: ۷۰ ریوی و ۳۰٪ غیر ریوی

۱ - **سل ریوی :** سل ریوی که اگر ریه‌ها را درگیر کند بیماری سل ریوی حادث می‌شود که خود شامل دو گروه است:

سل ریوی با خلط مثبت (یعنی حاوی مایکوباکتریوم)

سل ریوی با خلط منفی (یعنی فاقد مایکوباکتریوم)

بیماران مبتلا به سل ریوی از مهم‌ترین گروه‌می‌باشند زیرا این گروه به عنوان مخزن بیماری در جامعه نقش دارند و موجب انتقال بیماری به سایر افراد می‌گردند. این نوع سل که خطرناک‌ترین و پر شایع ترین نوع است در سابق به علت کمبود امکانات بهداشتی و درمانی فراوان تر بود ولی امروزه خوشبختانه کاهش یافته است. بروز آن در مراحل اولیه چنان مرموز و مخفی است که فقط به کمک اشعه ایکس قابل رویت و تشخیص است. و با پیشرفت بیماری علایمی مانند سرفه، تب و خلط خون دار دیده می‌شود. با پیشرفت بیماری ممکن است این بیماری به سایر اندام‌ها نیز انتقال یابد. کم شدن وزن، عرق کردن به هنگام شب و سینه درد از علایم دیگر این بیماری است.

۲ - **سل خارج ریوی :** سل ممکن است بجز ریه اعضای مختلفی از بدن را گرفتار کند که این اعضا می‌تواند شامل غدد لنفاوی، استخوان و مفاصل، سل پوستی، ستون مهره‌ها، دستگاه ادراری و تناسلی، شکم و روده، پریکارد قلب باشد.

۳ - **سل پوستی :** این بیماری در افرادی که با حیوانات، ضمایم آنها و یا فراورده های آنها سر و کار دارند دیده می‌شود. آغاز بیماری به صورت برجستگی های سفت و سخت و خشک و شاخی شکل در نواحی مخصوص بدن از

جمله پشت دست ها یا پاها ، اطراف انگشتان ناحیه اطراف ناخن ها و حتی در مخاط دهان هم دیده می شود. این برجستگی ها شبیه زگیل هستند و اطراف آن قرمز و متورم که پس از ماه ها رنگ آن تدریجاً بنفش رنگ می شود. درمان بیماری با مراجعه به پزشک متخصص و با عمل سوزاندن با سوزن الکتروآگولاسیون و درمان عمومی سل انجام می شود.

علائم بیماری سل:

- سرفه (معمولاً خشک) بیش از ۲ هفته (شایعترین علامت)
- تب و عرق شبانه
- بی اشتها
- خلط فراوان
- خلط خونی
- درد قفسه سینه
- خستگی

عامل عفونت

مجموعه مایکوباکتریوم توبرکلوزیس ها (توبرکلوزیس، بوویس، آفریکانوم و...).

باکتری های مایکوباکتریوم، هوازی بوده، بدون اسپور، بی حرکت و میله ای شکل هستند. اکثر گونه های بیماری زا به علت مقاوم اسید بودن تمیز داده می شوند در حالیکه بسیاری از گونه های ساپروفیت گرم مثبت هستند. اگر چه گونه های زیادی از مایکوباکتریوم در خاک به سر می برند.

دو گونه مهم بیماری زا در انسان عبارت است از : مایکو باکتریوم توبرکلوزیس که عامل بیماری سل است و مایکوباکتریوم لپرا که عامل بیماری جذام است.

وقوع سل:

این بیماری در تمام نقاط جهان منتشر است و در جوامع فقیر و شرایط نامناسب بهداشتی شایعتر است و عوامل افزایش دهنده خطر بیماری عبارتند از:

افراد بالای ۲۰ سال

نوزادان و شیرخواران

بیماری مزمنی که مقاومت را کاهش داده باشد (ایدز، سل مرتبط با ایدز در کشورهای آفریقایی و تعدادی از موسسات شایع است).

استفاده از کورتیزون یا داروهای سرکوبگر ایمنی. این داروها ممکن است سل غیر فعال را مجدداً فعال کنند.

شرایط زندگی شلوغ یا غیر بهداشتی

سوء مصرف الکل و دارو

ایدز

افراد بی خانمان

بیماران خارجی یا پناهندگان

مخزن: انسان بیشتر و بندرت میمون ها مخزن این عامل می باشند. در بعضی از مناطق گاوهای بیمار، گورکن، خوک و سایر پستانداران آلوده هستند.

روش انتقال:

اصلی‌ترین راه ابتلا استنشاق ترشحات آب دهان افراد مبتلا به سل ریوی یا حلقی با قطر ۵-۱ میکرون که هنگام خروج در هوا پراکنده می‌شوند (سرفه کردن، عطسه کردن، آواز خواندن) یا غبار آلوده به باسیل سل می‌باشد که معمولاً ناشی از تماس با بیمار سلی می‌باشد. ولی سل گاوی می‌تواند از طریق مصرف لبنیات آلوده و غیر پاستوریزه نیز انسان را آلوده نماید.

بیماری سل به وسیله قطره‌های ریز موجود در هوا از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود و اغلب افرادی را که در ارتباط نزدیک با فرد بیمار باشند را درگیر می‌کند. لذا باید بیمار به بیمارستان منتقل شود و یا تحت درمان صحیح قرار بگیرد. یک سرفه می‌تواند حدود ۳۰۰۰۰ ریز قطره عفونی تولید کند. این ریز قطره‌ها به سرعت خشک می‌شوند و در هوا معلق می‌مانند و در صورت استنشاق وارد ریه افراد می‌شوند.

بسیاری از مردم میکروب سل در بدنشان وجود دارد اما مبتلا به بیماری سل فعال نیستند. سل از طریق حشرات نیز منتقل می‌شود. تعادل بین تعداد باسیل وحدت بیماری زایی آن و فعالیت ماکروفاژها در از بین بردن باسیل‌ها تعیین کننده استواری عفونت خواهد بود.

دوره کمون: این مدت از شروع آلودگی تا بروز ضایعات اولیه قابل دیدن سل حدود ۲ تا ۱۰ هفته خواهد بود.
دوره واگیری: در تمام مدتی که باسیل‌های آلوده کننده سل با خلط خارج می‌شوند واگیری ادامه خواهد داشت. معمولاً درمان‌های موثر ضد باکتریایی در فاصله ۴-۲ هفته قدرت واگیری باسیل را از بین می‌برد. درجه واگیری بیماری بستگی به تعداد باسیل‌های دفع شده، حدت بیماری زایی، کفایت تهویه هوای محل، اثر آفتاب و... دارد.
حساسیت و مقاومت: خطر ایجاد عفونت باسیل سل بطور مستقیم در رابطه با میزان تماس با باسیل می‌باشد. خطرناکترین دوره برای ابتلا به شکل بالینی بیماری ۶-۱۲ ماه بعد از بروز عفونت است. خطر ایجاد بیماری بالینی برای کودکان کمتر از ۳ سال در حداکثر است.

پیشگیری از سل:

اصلی‌ترین راه مبارزه با این بیماری شناسایی افراد مبتلا و درمان آنها با داروهای ضد سل می‌باشد. شناسایی افراد آلوده که به هنوز به سل مبتلا نشده‌اند.

واکسیناسیون توسط واکسن ب ث ژ

ارتقاء آموزش‌های بهداشتی و سطح اقتصادی فرهنگی در جامعه موجب کاهش بیماری می‌گردد. مبارزه با بیماری ایدز این بیماری موجب شیوع موج جدید از بیماری سل گردیده است. بعد از ۲ هفته از شروع درمان امکان انتقال بیماری به دیگران وجود ندارد ولی در ۲ هفته اول درمان باید از تماس‌های مکرر با بیمار مبتلا به سل خودداری کرد. بیماران حتماً از ماسک استفاده کنند. از بوسیدن کودکان خودداری شود. بنابراین افراد مبتلا هنگام عطسه و سرفه باید همیشه برای پوشاندن دهان و بینی خود از دستمال کاغذی استفاده نمایند و پس از آن، دور بیاندازند. تا از پراکندگی اخلاط در هوا و زمین جلوگیری شود. گزارش به مقامات بهداشتی:

الف) پیشگیری در جامعه

اصلی‌ترین راه مبارزه با این بیماری شناسایی افراد مبتلا و درمان آنها با داروهای ضد سل می‌باشد (تحت نظارت مستقیم). (DOTS)

شناسایی افراد آلوده که هنوز به سل مبتلا نشده‌اند.

ارتقاء آموزش‌های بهداشتی و سطح اقتصادی فرهنگی در جامعه موجب کاهش بیماری می‌گردد.

مبارزه با بیماری ایدز، این بیماری موجب شیوع موج جدید از بیماری سل گردیده است.

ب) پیشگیری با واکسن سل (ب.ت.ژ)

با توجه به دستور العمل‌های کشوری واکسن ب.ت.ژ (Bacillus Calmette-Guérin) در حال حاضر در بدو

تولد و در یک نوبت تزریق می‌شود. تزریق مکرر واکسن سود بخش نیست و فقط یکبار تزریق کافی است.

روش‌های تشخیص سل:

آزمون توبرکولین

کشت خلط (۳ نمونه خلط از بیمار گرفته و به آزمایشگاه ارسال می‌گردد)

رادیوگرافی سینه

نمونه برداری بافتی

نحوه گرفتن نمونه خلط:

ابتدا در اولین مراجعه فرد مشکوک یک نمونه گرفته می‌شود. ظرفی به بیمار داده می‌شود که مشخصات بیمار در

سطح خارجی ظرف نوشته شده است. و بیمار باید نمونه دوم خود را صبح زود و قبل از مراجعه دوم جمع‌آوری کند.

در مراجعه دوم نمونه سوم از وی گرفته می‌شود.

فصل سیزدهم :

پدیکلوز (شپش)

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد بیماری پدیکلوز را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از همه گیری پدیکلوز را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با بیماری پدیکلوز اقدامات لازم را بعمل آورد.

شپش یک حشره موذی و انگلی خونخوار است که بیشتر در موی سر و بدن انسان و درز لباس زندگی می کند و از خون انسان تغذیه می کند. شپش در محل گزش معمولاً ایجاد خارش می کند و در اثر خارش ممکن است خراش هایی در پوست آن ناحیه بوجود آید. از محل این خراش ها، میکروب ها می توانند وارد پوست شوند و عفونت های پوستی از جمله زرد زخم را بوجود آورند. شپش انسان تنها در بدن میزبان انسانی قادر به ادامه حیات می باشد. سه نوع شپش انسان را آلوده می کند که عبارتند از:

- شپش سر
- شپش بدن
- شپش عانه

شپش سر:

شپش سر معمولاً تخم های خود را به موهای سر می چسباند و بر روی پوست سر مخصوصاً ناحیه پشت سر زندگی می کند.

شپش سر در کودکان سنین دبستان شایع تر است. ولی در همه گروه های سنی ممکن است دیده شود. سن، جنس، نژاد، وضعیت اقتصادی و اجتماعی بر شدت شیوع آلودگی دخالت دارد.

شپش بدن:

محل زندگی آن روی لباس ها بوده و برای تغذیه، خود را به نازکترین قسمت بدن انسان می رساند و تخم های خود را روی تار و پود لباس می چسباند. وقتی که شرایط بهداشت و نظافت مراعات نشود شپش ها به سرعت تکثیر می یابند و باعث سلب آسایش انسان می شوند. شپش بدن، انگل اختصاصی انسان بوده و خونخوار می باشد و در روز دو یا سه بار خون انسان را می خورد.

مقاومت آن در محیط خارج از بدن انسان کم و نسبت به افزایش درجه حرارت بسیار حساس می باشد بطوریکه حتی در افرادی که در اثر تب دمای بدن آنها بالا می رود شپش بدن آنها را ترک می کند و وارد بدن دیگران می شود. حرارت ۵۲ درجه در عرض چند دقیقه شپش را از بین می برد.

شپش عانه:

بطور معمول در ناحیه تناسلی زندگی می کند و اصولاً تمایل به محل های مرطوب بدن (زیر بغل، سطح داخلی ران ها، سینه در مردان پر مو، مژه و ابرو) دارد.

دوره زندگی شپش:

تخم ها در مدت ۷ روز باز می شوند و از آنها لارو خارج می شود. و در عرض ۱ تا ۲ هفته به یک شپش کامل تبدیل می شود. شپش تن حداکثر ۱۰ روز، شپش سر ۷ روز و شپش عانه یک روز می تواند به دور از بدن زنده بماند. بطور کلی طول عمر شپش سر و بدن حدود ۶ - ۸ هفته و شپش عانه حدود سه هفته می باشد.

بیماری زایی: شپش ناقل سه بیماری مهم شامل تیفوس اپیدمیک، تب خندق و تب راجعه اپیدمیک می باشد.

مبارزه با شپش:

در مورد مبارزه با شپش و بخصوص شپش تن روش های زیر را باید انجام داد.

- ۱- استفاده از شامپو پرمترین.
- ۲- لباس های اضافی و وسایل اضافی الوده به شپش باید خارج از اطاق و در مقابل اشعه و نور آفتاب پهن کرد.
- ۳- لباس های الوده را در آب و صابون و یا پودر لباسشویی برای چند ساعت خیس کرد.
- ۴- حتما از اتو استفاده نمایید و بخصوص درز لباس ها را اتو کنید.
- ۵- در صورت امکان لباس ها را در آب جوش قرار داده و به مدت نیم ساعت در آب بجوشانید.
- ۶- در زمستان و در فرصت های مناسب در و پنجره اتاق را باز کرد و رختخواب ها را در معرض هوای سرد قرار داد.
- ۷- کوتاه کردن موی افراد.
- ۸- درمان همزمان افراد خانواده.
- ۹- اسباب بازی هایی که قابل شستشو و ضد عفونی کردن نیستند بایستی حداقل بمدت ۳ هفته در یک نایلون نفوذ ناپذیر که درب آن کاملا بسته باشد نگه داشته شود نگهداری شوند. تا شپش ها و رشک ها از بین بروند.
- ۱۰- مبارزه با شپش عانه.
- ۱۱- تمیز کردن موهای زائد و حمام و شستشوی مرتب استفاده از دارو بر اساس دارونامه.

بهداشت در خانه:

- ۱- جوشاندن و اتو کردن لباس های زیر و یا پهن کردن آنها در زیر نور خورشید.
- ۲- اشخاص مبتلا به شپش در نتیجه گزش و خارش بدن دچار خراش های متعدد روی پوست بدن خود می گردند لذا باید از مصرف خود سرانه دارو خودداری کرد و درمان طبق دارونامه باید انجام گیرد.

هیپاتیت (B, C, D)

هیپاتیت ویروسی یکی از عوامل مهم مرگ زودرس انسان است. بر اساس تخمین سازمان جهانی بهداشت ۵ درصد مردم دنیا ناقل هیپاتیت B هستند. کشندگی بیماری یک درصد است. هیپاتیت B، C، D عمدتاً از طریق خون و ترشحات منتقل می شوند. سایر ویروس هایی که تاکنون به عنوان عوامل ایجاد هیپاتیت خون زاد شناسایی شده اند، ویروس های A و E و G هستند. حدود ۳ درصد از جمعیت جهان به هیپاتیت C آلوده اند. ۴۰ درصد از سرطان های اولیه کبد و ۴۰ - ۵۰ درصد از موارد سیروز کبدی در بین مبتلایان به هیپاتیت C بوده سالانه حدود ۵/۱ - ۱ میلیون نفر از عوارض هیپاتیت جان خود را از دست می دهند.

در نواحی با شیوع بالا، اغلب موارد آلودگی در زمان تولد اتفاق می افتد. در سایر نواحی جهان بیشتر موارد آلودگی پس از بلوغ، طی تماس با خون و سایر ترشحات آلوده اتفاق می افتد. حد اکثر شیوع سنی بیماری در گروه سنی ۳۰ - ۴۹ سال است. اکثر ناقلان سالم قبل از ۶ سالگی آلوده شده اند.

دوره کمون هیپاتیت B: دوره نهفتگی ۲۸ الی ۱۶۰ روز است.

دوره عفونت زایی: در تمام مدت مثبت بودن

علائم بالینی و تشخیص: ویروس های مولد هیپاتیت، باعث ایجاد هیپاتیت حاد و یا مزمن در بیماران می شوند.

هیپاتیت حاد:

معمولاً یک دوره علائم سرماخوردگی، تب، درد شکم، تهوع، استفراغ، گاهی بثورات جلدی و درد التهاب مفاصل دیده می شود. زردی ناگهانی، ادرار تیره، بی اشتها، ضعف، خستگی مفرط، درد و حساسیت در قسمت بالا و راست شکم مشاهده می شود. اغلب موارد آلودگی در کودکان و تعدادی از موارد در بزرگسالان، بدون علامت هستند. معمولاً ایکنتر (زردی-یرقان) ۱ - ۳ ماه بعد از بیماری از بین می رود.

هیپاتیت مزمن:

اغلب بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن B بدون علامت هستند مگر اینکه به سمت سیروز پیشرفت کنند. احتمال اینکه فرد آلوده به ناقل سالم تبدیل شود. با افزایش سن کاهش می یابد. ۹۰ درصد نوزادانی که قبل یا حین تولد آلوده می شوند، ممکن است به ناقل سالم تبدیل شوند.

هیپاتیت B در ۷۰ درصد موارد آلودگی به صورت بدون علامت یا بدون یرقان است و در ۳۰ درصد موارد علائم بالینی هیپاتیت حاد دیده می شود. در گروهی که هیپاتیت بدون زردی ظاهر می شود، خطر مزمن شدن بیشتر است. در نوزادان و افراد با ضعف ایمنی، معمولاً زردی وجود ندارد.

راه های انتقال بیماری:

۱- انتقال از مادر به فرزند.

۲- انتقال از طریق جنسی.

۳- از طریق خون و فرآورده های خونی آلوده مهمترین منابع عفونت می باشند. تنها سرم، بزاق و ترشحات جنسی به طور تجربی قادر به انتقال ویروس می باشند.

۴- از طریق لوازم شخصی آلوده مانند ریش تراش، تیغ، ناخن گیر و ...

۵- از طریق حجامت، خالکوبی، سوراخ کردن گوش و طب سوزنی با روش های غیر بهداشتی.

توجه : به یاد داشته باشید که هیپاتیت B از حیوانات به انسان منتقل نمی شود و تماس های عادی و روز مره نظیر دست دادن، معاشرت کردن، در یک کلاس حضور داشتن و یا در یک مکان غذا خوردن خطر انتقال بیماری را به دنبال ندارد.

ویروس هیپاتیت B به علت مقاومت بالا می تواند به مدت ۷ - ۱۰ روز بر روی سطوح باقی بماند و باعث انتقال بیماری شود.

هیپاتیت: C

هیپاتیت C بیشتر با علائمی چون بی اشتها، تهوع، استفراغ و مشکلات شکمی تظاهر می کند و زردی کمتر از هیپاتیت B شایع است. اگر چه عفونت اولیه در ۹۰ درصد موارد بدون علامت یا خفیف است، ۵۰٪ - ۸۰ موارد به عفونت مزمن تبدیل می شوند که نیمی از آن ها در طول زمان تبدیل به سیروز یا سرطان کبد می شوند. هیپاتیت C عامل ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد هیپاتیت پس از تزریق خون و علت اصلی بیماری مزمن کبدی و کار سینومای سلول کبدی در دنیا است.

راه انتقال : راه انتقال هیپاتیت C همانند هیپاتیت B می باشد. (خون و ترشحات)

دوره کمون هیپاتیت : C دوره نهفتگی ۱۴ - ۱۶۰ روز می باشد.

معیار های تشخیص : تست های اختصاصی آزمایشگاهی است.

هیپاتیت: D

این بیماری با شروع ناگهانی و علائمی شبیه به هیپاتیت B شناخته می شود. همواره با هیپاتیت B همراه است و آلودگی با این دو ممکن است هم زمان باشد که بیشتر منجر به هیپاتیت مزمن می شود. هیپاتیت D می تواند روی یک هیپاتیت مزمن قبلی سوار شود. بیماری می تواند خود محدود شونده و یا مزمن شود. در کودکان غالباً بیماری شدیدتر است و تبدیل به هیپاتیت مزمن فعال می شود.

راه انتقال : راه انتقال هیپاتیت D همانند هیپاتیت B می باشد. (خون و ترشحات)

دوره کمون هیپاتیت : D دوره نهفتگی نا مشخص است.

معیار های تشخیص : تست های اختصاصی آزمایشگاهی است.

تعریف اپیدمیولوژیک:

مورد مشکوک: بیمار هیپاتیتی که منطبق با توصیف کلینیکی باشد.

مورد قطعی: مورد مشکوک که از نظر آزمایشات ویروس و ویروس شناختی به اثبات رسیده باشد.

انواع مننژیت

اهداف آموزشی

انتظار است پس از مطالعه این مطلب فراگیر بتواند اقدامات ذیل را انجام دهد:

- ۱- اطلاعات اولیه در مورد انواع بیماری مننژیت را بیان کند.
- ۲- علایم شایع، دوره کمون، راه های سرایت، مراقبت و پیشگیری از انواع بیماری مننژیت را شرح دهد.
- ۳- در صورت مواجهه با انواع بیماری مننژیت اقدامات لازم را بعمل آورد.

بیماری مننژیت از جمله بیماریهایی است که از میزان مرگ و میر و عوارض نسبتاً بالایی برخوردار است. از آنجائیکه زمان ابتلا به بیماری اغلب در دوران کودکی است، نه تنها عوارض بیماری و معلولیت‌های ناشی از آن افراد مبتلا را سالیان متمادی درگیر می نماید، بلکه عواقب اقتصادی و اجتماعی نامطلوب آن جامعه را نیز متأثر می سازد. به علاوه از خصوصیات قابل توجه مننژیت، قابلیت ایجاد اپیدمی توسط سوش خاصی از ارگانیسم مولد بیماری است که کنترل آن تنها با بنا نهادن یک نظام مراقبت پویا و دقیق و گزارش دهی به هنگام و سریع امکان پذیر می گردد. مرگ و میر و عوارض نسبتاً شدید بیماری مننژیت، تحمیل هزینه های گزاف درمان، معلولیت‌های ناشی از بیماری، اشغال تخت‌های بیمارستانی و در نهایت اهمیت کنترل بیماری در شرایط اپیدمی و حتی بروز موارد تک گیر، ما را بر آن داشته است که با مراقبت از این بیماری خطرناک از عواقب نامطلوب آن پیشگیری نمائیم.

بیش از ۹۰ درصد از موارد مننژیت توسط عوامل ویروسی و باکتریال ایجاد می شوند، مراقبت بیماری مننژیت شامل پیشگیری از اپیدمی ها و ممانعت از شیوع و گسترش این دو عامل عمده، خواهد بود.

اغلب مننژیت های ویروسی شدت کمتری دارند و بدون درمان خاصی بهبود می یابند؛

در حالیکه مننژیت باکتریال، شدیدتر است و می تواند مشکلاتی مانند صدمات مغزی، ناشنوایی و اختلالات یادگیری را ایجاد نماید.

نکته مهم در مننژیت‌های باکتریال، تشخیص نوع باکتری ایجاد کننده مننژیت است زیرا در مورد هر باکتری، نحوه مقابله با آن و تعیین نوع آنتی بیوتیک برای پیشگیری از بیماری و کنترل گسترش آن در جامعه، متفاوت است.

مننژیت باکتریال یکی از نگران کننده ترین بیماری‌های عفونی کودکان است که اپیدمی آن می تواند همه جمعیت را متأثر سازد. استرپتوکوک پنومونیه ۲، هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ۳ b و نیسریامننژیتیدیس ۴ اتیولوژی های عمده مننژیت باکتریال بعد از دوران نوزادی به شمار می روند و با مرگ و میر و عوارض شدیدی همراه هستند.

همچنین هموفیلوس آنفلوانزا تیپ b، استرپتوکوک پنومونیه از شایع ترین علل **پنومونی حاد باکتریال** نیز می باشد که خود از جمله علل عمده مرگ کودکان در کشورهای در حال توسعه است.

نایسریامننژیتیدیس (N.m) براساس آنتی ژن پلی ساکاریدی خود چندین سرگروپ مختلف دارد که عبارتند از A, B, C, X, Y, Z, E - ۲۹, W۱۳۵ سرگروپ (A منگوکوک)، علت اصلی اپیدمی بیماری منگوکوک

است. سروگروپ B و C ، گاهی باعث ایجاد طغیان (Out Break) شده و سروگروپ W۱۳۵ نیز اخیراً با بروز Out Break در مدت زمان برگزاری حج در عربستان سعودی، همراه بوده است.

Hib به عنوان یکی از علل مننژیت و پنومونی باکتریال در کودکان کمتر از ۰ سال، شناخته شده است % ۹۰ بیماران مبتلا به مننژیت Hib ، زیر ۵ سال سن دارند (پیک سنی ابتلاء ۶-۱۱ ماهگی است) Hib با مرگ و میر و عوارض قابل توجهی همراه است .عوارض بیماری، تقریباً در ۳۰ - ۱۰ درصد از بیماران دیده می شود و میزان مرگ و میر در موارد مننژیت Hib ، تقریباً ۵-۳ درصد است. در حال حاضر برای پیشگیری از علل عمده مننژیت باکتریال (Hib، N.m.S.P.) واکسنهای مؤثر و مناسبی در دسترس می باشد .پیشرفت در مراقبت مننژیت باکتریال، می تواند توجه پزشکان و دیگر کارمندان بهداشتی و تصمیم گیرنده ها را به سمت Hib به عنوان یکی از علل مهم مرگ و میر و ابتلاء در کشور، معطوف دارد.

عوامل ایجادکننده مننژیت باکتریال:

علل عمده ایجاد مننژیت باکتریال، هموفیلوس آنفلوانزا، نایسریا مننژیتیدیس و استرپتوکوک پنومونیه هستند که حدود % ۳۵ از کل موارد را تشکیل می دهند. در سالهای اخیر، پس از به کارگیری واکسن هموفیلوس آنفلوانزا تیپ b در کشورهای توسعه یافته، میزان بروز بیماری مننژیت کاهش چشمگیری داشته و در حال حاضر مننژیت باکتریال در آن مناطق، بیشتر در بزرگسالان اتفاق می افتد تا در کودکان و نوجوانان.

۱- هموفیلوس آنفلوانزا:

هموفیلوس آنفلوانزا، یک ارگانسیم پلئومورفیک (دارای اشکال متفاوت) گرم منفی است که از جنبه آنتی ژنیک، به شش گروه مختلف از (A تا F) ، طبقه بندی می شود .سرو تایپ B ۹۰ درصد موارد را شامل می شود .که در نیمی از موارد خود را به صورت مننژیت و در نیمی دیگر به صورت های مختلف از قبیل سلولیت، آرتريت و سپسیس نشان می دهد.

راه انتقال بیماری

از آنجائیکه منبع ارگانسیم مولد بیماری دستگاه تنفسی فوقانی است، راه انتقال بیماری تماس مستقیم فرد با فرد از طریق قطرات تنفسی منتشر شده از افراد حامل یا بیماران خواهد بود.

پیامد بیماری

Hib در حدود ۳ تا ۶ درصد موارد، به مرگ و میر و بیش از ۲۰ % موارد به ناشنوایی دائم منجر می گردد.

گروه پرخطر

کودکان کمتر از ۶ سال (خصوصاً سن بین ۶ تا ۱۲ ماهگی) که در معرض تماس با فرد آلوده مقیم در خانه یا در مراکز نگهداری کودکان قرار دارند، گروه پرخطر را تشکیل می دهند.

توصیف بالینی

مننژیت Hib، نوعی مننژیت باکتریال با مشخصات کلی تب ناگهانی، سردرد و سفتی گردن و علائم عصبی* است. اما این نوع مننژیت، مشخصه اختصاصی ندارد و با سایر مننژیتها از نظر بالینی تفاوتی ندارد. و تشخیص قطعی آن از طریق بالینی، امکان پذیر نیست

۲-- نایسریا مننژیتیدیس:

بیماری مننژیت مننگوکوکی به هر دو صورت تک گیر و همه گیر می تواند خود را نشان دهد. سروتایپ B عامل عمده بروز موارد تک گیر است و سروتایپ های C و A بیشترین عوامل بروز همه گیری ها هستند. بیشترین افراد درگیر را کودکان زیر ۵ سال تشکیل می دهند و میزان مرگ و میر این بیماری حدود ۵ تا ۱۵ درصد است.

استرپتوکوکوس پنومونیه:

استرپتوکوک پنومونیه، شایعترین عامل اتیولوژیک مننژیت باکتریال در آمریکا است. در سابقه مبتلایان به مننژیت ناشی از استرپتوکوک پنومونیه، غالباً عفونت پنوموکوکی از قبیل: پنومونی، اوتیت مدیا، ماستوئیدیت، سینوزیت و اندوکاردیت وجود دارد. عفونت جدی ناشی از S.P معمولاً

تشخیص مننژیت باکتریال:

تعاریف و تقسیم بندی موارد:

مظنون: هر فردی در هر سنی که شروع ناگهانی تب بالای C ۳۸/۵ رکتال یا ۳۸ درجه زیر بغل داشته و یکی از علائم: سفتی گردن، کاهش سطح هشیاری، علائم مننژیتال (سردرد، استفراغ و هر نوع عارضه نورولوژیک ناگهانی)، فونتanel برجسته (در اطفال) در وی بروز نماید.

تعریف اپیدمی بیماری مننگوکوکی:

بروز موارد مننژیت بیش از حد مورد انتظار در زمان محدود و در مکان مشخص می تواند مطرح کننده اپیدمی باشد. اما به طور کلی میزان ابتلاء بیش از ۱۵ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در هفته و برای مدت دو هفته متوالی، می تواند بیانگر وقوع اپیدمی وسیع بیماری مننگوکوکی باشد.

سخن پایانی:

همکاران محترم این جزوه قطعاً دارای کم و کاستی های فراوان است . از همه مربیان گرامی انتظار داریم در تکمیل و بروز رسانی این مجموعه همکاری های لازم را داشته باشند . ضمناً این مطالب مقدمه ای بیش نبوده با توجه به پیشرفت روز افزون علوم پزشکی و ارائه دستورالعمل ها جدید از طرف وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی در کنار این مطالب حتماً آخرین مطالب و دستورالعمل ها مورد استفاده قرار گیرند.

با آرزوی موفقیت برای همکاران گرامی و ارتقاء سطح سلامت کشور
مرکز آموزش بهورزی کازرون - مسعود شیبانی