

مرکز بهداشت استان مرکزی

گروه گسترش شبکه - آموزش بهورزی

مجموعه کتب آموزش بهورزی

بیماری های واگیر (۲)

گردآوری و تدوین:

علیرضا جمشیدی - مرکز آموزش بهورزی اراک

صدیقه حدادی - مرکز آموزش بهورزی شازند

پری قاسمی - مرکز آموزش بهورزی دلیجان

ویراستار:

علیرضا جمشیدی - مرکز آموزش بهورزی اراک

پری قاسمی - مرکز آموزش بهورزی دلیجان

با همکاری: فیروزه خزائی - ایمان نویدی - معاونت بهداشتی اراک

معرفی بیماری مالاریا

مالاریا هنوز از مهمترین علل مرگ و میر در تعداد زیادی از کشورهای در حال توسعه است. انتقال مالاریا کماکان در ۹۹ کشور دنیا گزارش می شود و در جهان حدود ۳,۳ میلیارد نفر در معرض خطر ابتلا به مالاریا قرار دارند. بر اساس آخرین تخمین منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ تعداد مبتلایان ۲۱۴ نفر بوده و مالاریا سبب مرگ ۴۳۸ هزار نفر گردیده است که ۳۰۶ هزار نفر آنها را کودکان زیر پنج سال تشکیل می دهند.

مالاریا در ایران

در اوایل سال های دهه ۱۳۲۰ که جمعیت کشور کمتر از پانزده میلیون نفر تخمین زده می شد، سالیانه ۳۰٪ جمعیت کشور مبتلا به مالاریا می شدند و سالیانه حدود دویست هزار نفر در اثر مالاریا، جان خود را از دست می دادند.

با وجود این که موارد بیماری از حدود ۵ میلیون نفر در شصت سال پیش، به ۷۷۷ مورد در سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است؛ اما به دلیل سهولت مسافرت در دنیای امروز و امکان تبادل جمعیتی آسان با مناطق مالاریا خیز، امکان مشاهده بیمار مبتلا به مالاریا و مشاهده مجدد انتقال بیماری در تمام استان های کشور از جمله مناطق پاک وجود دارد. بدیهی است خطر بروز همه گیری های گسترده در مناطق مستعد و دارای پتانسیل انتقال به دنبال ورود موارد از مناطق آلوده همواره مطرح است.

در سال های اخیر از ۱۱ شهرستان کشور انتقال محلی مالاریا گزارش شده است که عمدتاً مربوط به استان سیستان و بلوچستان می باشد. هم چنین موارد تک گیر انتقال محلی در استان های دیگر از جمله بوشهر، فارس، هرمزگان و کرمان گزارش شده است. همان گونه که قبلاً ذکر شد در سالیان اخیر موارد مالاریای وارده از خارج کشور در تهران، اصفهان، قم، خراسان رضوی، یزد، خوزستان، آذربایجان غربی، قزوین و البرز مشاهده شده است. لذا صرف نظر از وضعیت فعلی مالاریا در مناطق مختلف کشور احتمال مشاهده مالاریای وارده در همه مناطق وجود دارد. در حال حاضر در ایران حدود ۸۵ درصد موارد مالاریای کشور ویواکس و ۱۵ درصد فالسپارم و یا توام

(ویواکس + فالسیپارم) است.

**با توجه به سهولت مسافرت به مناطق مالاریا خیز احتمال مشاهده مالاریای
وارد در همه مناطق کشور از جمله مناطق پاک وجود دارد.**

با عنایت به پیشرفت های به دست آمده در نتیجه اجرای عملیات مبارزه با مالاریا در طی نیم قرن گذشته و کاهش قابل توجه میزان بروز بیماری در ده ساله اخیر، حذف مالاریا در کشور در دستور کار مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته و هدف نهایی برنامه توقف انتقال محلی بیماری طی سه برنامه پنج ساله و نهایتاً دریافت گواهی حذف در سال ۱۴۰۴ می باشد. بدیهی است موارد وارد در طی سال های اجرای برنامه حتی پس از آن ممکن است کماکان مشاهده شده و همه تلاش ها برای پیش گیری از برقراری زنجیره انتقال بیماری به ساکنین محلی معطوف می شود.

تعریف بیماری:

عفونت حاد یا مزمن است که با لرز، تب، کم خونی، بزرگی طحال، گاهی اوقات عوارض شدید و کشنده مشخص می شود. توسط تک یاخته ای از جنس پلاسمودیوم ایجاد شده و توسط پشه های آنوفل ماده به انسان منتقل می شود. نام دیگر این بیماری تب نوبه است. ابتلا به فالسی پاروم به علت شدت نشانه ها و مرگ آور بودن بیشتر از نظر سلامت عمومی مخاطره آمیزترین نوع مالاریا می باشد.

عامل بیماری زا:

۴ نوع پلاسمودیوم در ایجاد مالاریا، نقش دارند به اسامی:

- پلاسمودیوم فالسی پاروم
- پلاسمودیوم ویواکس
- پلاسمودیوم اووال
- پلاسمودیوم مالاریه

مالاریای فالسی پاروم، ویواکس، اووال را مالاریای سه یک گویند. یعنی بیمار به صورت یک روز در میان دچار حمله مالاریا شده و تب و لرز می کند ولی مالاریای مالاریه را مالاریای چهار یک گویند یعنی بیمار به صورت دو روز در میان تب و لرز می کند.

مخزن بیماری:

انسان مخزن است، انسان می تواند همزمان حامل چند پلاسمودیوم باشد.

دوره واگیری:

تا زمانی که گامتوسیت به تعداد کافی در جریان خون بیمار وجود دارد بیمار آلوده کننده است. بیماران درمان نشده و یا آن هایی که به طور کامل درمان نشده اند می توانند تا مدت های متفاوتی حامل انگل بوده و پشه را آلوده کنند.

دوره نهفتگی

به طور متوسط در:

- فالسی پاروم ۱۲ روز (بین ۹-۱۴ روز)

- اووال و ویواکس ۱۴ (۱۸-۱۲ روز)

- مالاریه ۲۸ (۴۰-۱۸ روز)

البته به طور کلی و بسته به نوع عامل بیماری زا بین ۲ تا ۴ هفته است.

مالاریای ویواکس و اووال می تواند عود داشته باشد. عود به معنی ظهور مجدد نشانه های بالینی و مشاهده انگل در خون بدون گزارش مجدد است. در این حالت تعدادی از انگل های خونی می توانند در کبد به صورت نهفته باقی مانده مدت ها بعد از درمان بیماری مجدداً عود نمایند.

عود بیماری در مالاریای ویواکس معمولاً در ۶-۳ ماه بعد از عفونت اولیه بروز می کند اما ممکن است در سه سال بعد از عفونت اولیه (و ندرتاً تا ۱۰ سال بعد) بارها اتفاق بیافتد.

سیر تکاملی انگل مالاریا:

در دو میزبان صورت می گیرد. چرخه جنسی در بدن پشه های ماده آنوفل و چرخه غیر جنسی در بدن انسان می باشد. زمان نیش پشه آنوفل ماده که معمولاً در تاریک و روشن غروب و ساعات اولیه شب تغذیه می کنند ولی اوج فعالیت بعضی ناقلان مهم حوالی نیمه شب یا ساعات اولیه صبح است.

سیر تکاملی انگل مالاریا

نشانه های مالاریا

در آغاز بیماری مالاریا، نشانه های مقدماتی نظیر خستگی، احساس درد در عضلات، سردرد، تهوع و استفراغ، لرزهای خفیف و درد در ناحیه کمر ممکن است وجود داشته و دمای بدن به ۳۸ تا ۳۹ درجه سانتیگراد برسد. علائم اولیه مالاریا غیر اختصاصی است و با بسیاری از بیماری های عفونی حاد و تب دار منجمله بیماری ویروسی و آنفولانزا اشتباه گرفته می شود و تشخیص آن مستلزم آن است که احتمال ابتلا به مالاریا را همواره مد نظر داشته باشیم. از خصوصیات بیماری مالاریا حملات بیماری (نوبه یا پاروکسیسم) می باشد که شامل سه مرحله لرز، تب و تعریق است. در مجموع یک حمله مالاریا ۶ تا ۱۰ ساعت طول می کشد. اما باید توجه کنیم که در اغلب بیماران حملات کلاسیک مالاریا و سیکل های منظم تب بخصوص در روزهای ابتدایی مشاهده نمی شود لذا به صرف این که تب بیمار سیکل منظم و یا لرز ندارد نباید تصور کنیم که وی مالاریا ندارد.

اگر بیمار در همان مراحل اولیه مراجعه کند و بیماری وی تشخیص داده شده و درمان شود اغلب بهبود می یابد. اما اگر بیماری مالاریا به خصوص از نوع فالسیپارم در مراحل اولیه درمان نشود می تواند سریعاً پیشرفت کرده و شدید شود. گاهی این پیشرفت بیماری و بدحال شدن بیمار در کمتر از ۲۴ ساعت اتفاق می افتد. مالاریای شدید اغلب به شکل های زیر تظاهر می کند:

تغییر سطح هوشیاری یا کما (مالاریای مغزی)، اسیدوز متابولیک، آنمی شدید، هیپوگلیسمی،

نارسایی حاد کلیه یا ادم حاد ریوی.

در این مرحله مرگ و میر حتی با درمان صحیح ۱۰ تا ۲۰ درصد خواهد بود. مالاریای فالسیپارم نسبت به مالاریای ویواکس بیماری شدیدتری ایجاد می کند اما غیر از نوع انگل، وضعیت ایمنی اکتسابی فرد در برابر مالاریا می تواند در شدت بیماری موثر باشد. در مناطق جنوب صحرا در آفریقا شکل بالینی بیماری و عوارض مرگ و میر ناشی از آن عمدتاً در کودکان رخ می دهد. نوجوانان و بالغین در این مناطق به دلیل ابتلای مکرر به مالاریا در دوران کودکی ایمنی نسبی دارند و علیرغم وجود پارازیتمی به ندرت دچار بیماری بالینی می شوند. برعکس در مناطقی که شدت انتقال مالاریا کم است (مانند کشورمان) ایمنی نسبی وجود ندارد و بیماری در همه گروه های سنی (اعم از کودکان و بزرگسالان) رخ می دهد و در صورتی که بیماری فوراً درمان نشود می تواند سریعاً پیشرفت کرده و با عوارض و مرگ و میر بالایی همراه باشد.

تعاریف

مورد مشکوک: هر بیمار با علائم از قبیل تب، لرز، ضعف عمومی و درد عضلانی به همراه سابقه مسافرت به مناطق دارای انتقال محلی موارد مالاریا طی یک ماه گذشته مورد مشکوک تلقی می شود.

مورد قطعی: هر مورد مشکوک که دارای لام خون محیطی مثبت از نظر وجود انگل مالاریا یا نتیجه مثبت کیت تشخیص سریع مثبت باشد، مورد قطعی در نظر گرفته می شود.

راه های انتقال مالاریا

- ۱- انتقال به وسیله پشه آنوفل (شایع ترین راه انتقال)
- ۲- انتقال مستقیم (انتقال اتفاقی در تزریقات در معتادان)
- ۳- انتقال از مادر به جنین
- ۴- انتقال از طریق انتقال خون (انگل حداقل ۱۴ روز در شیشه های خون نگهداری شده در ۴- درجه سانتی گراد توان آلوده کنندگی دارد).

بیماریایی:

بیماریایی در مالاریا به دو طریق انجام می شود:

۱- بیماریایی فعال:

بهورز هر ماه یک بار (در مناطق آلوده هر ۱۵ روز یک بار) به کلیه منازل روستاهای تحت پوشش مراجعه و از افراد زیر نمونه خون تهیه می کند،

- کلیه افراد تب دار مشکوک

- کلیه افرادی که از مناطق آلوده به مالاریا به منطقه تحت پوشش خانه بهداشت

آمده اند.

- کلیه افرادی که برای مدتی به مناطق آلوده مسافرت داشته و بعد مراجعت نموده اند.

- کلیه بیماران درمان شده قبلی

۲- بیماریایی غیر فعال:

کسانی که هنگام مراجعه به خانه بهداشت تب و لرز و علائم مشکوک به مالاریا دارند نمونه

خون تهیه می شود و به آزمایشگاه فرستاده می شود.

مراقبت و پیشگیری:

گزارش دهی: فوری ■ غیر فوری □

۱- بیماریایی

۲- همکاری با مرکز بهداشتی درمانی جهت درمان بیماران شناخته شده

۳- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و پیگیری دارو

۴- مبارزه با آنوفل ناقل بیماری

۵- آموزش به مردم در مورد علائم و نحوه انتقال بیماری

۶- آموزش به مردم در نصب توری به درب و پنجره اتاق ها و استفاده از پشه بند به هنگام

خوابیدن

۷- جلب مشارکت مردم در برنامه های مبارزه با بیماری مالاریا

۸- گزارش به موقع آمار فعالیت خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه

درمان:

درمان تمام موارد مالاریا به استثنای فالسی پاروم مقاوم به دارو با کلروکین انجام می گیرد. در موارد فالسی پاروم مقاوم به دارو از کنین استفاده می کنند. در موارد مقاوم به کلروکین فنسیداروکین می دهند.

اقدامات کنترل اطرافیان و محیط:

- بررسی موارد تماس و اخذ شرح حال از آنان برای جستجوی موارد جدید بیماری کمک می کند. در صورتی که بیمار جزء گروه پرخطر ابتلای بیماری است و یا اطرافیان وی هم سابقه مسافرت به مناطق اندمیک را دارند، منتظر شروع علائم نباشید و از آن ها لام خون محیطی تهیه کنید.

- در صورت مشاهده افزایش موارد بروز در یک منطقه غیراندمیک، بررسی محیط و مطالعات حشره شناسی برای شناسایی ناقلین ضروریست.

سایر اقدامات پیشگیری به شرح زیر هستند:

- بهسازی محیط در جهت از بین رفتن یا کاهش محل زندگی و تکثیر پشه های آنوفل با خشکاندن آب های غیرمفید و کنترل بیولوژیک آب ها به وسیله مواد شیمیایی و سموم

- استفاده از حشره کش های ابقایی

- محافظت از گزش توسط پشه با پوشیدن لباس های آستین بلند، توری در و پنجره ها و پشه بند رختخواب ها.

- پیشگیری دارویی قبل از مسافرت به مناطق پرخطر

- استفاده از داروهای پروفیلاکسی به طور کامل از یک هفته قبل از ورود به منطقه آلوده تا ۴

هفته بعد از ترک محل

روش تهیه نمونه خون جهت آزمایش از نظر تشخیص بیماری مالاریا:

وسایل لازم:

جعبه لام، لام شیشه ای تمیز، پنبه هیدروفیل، الکل، لانست، مداد مشکی و فرم بیماریابی

مالاریا

روش تهیه:

معمولا نمونه خون از انگشت سوم و یا چهارم دست چپ افراد (در نوزادان و بچه های کوچک از پاشنه پا یا انگشت شست پا) به شرح زیر تهیه می شود:

ابتدا انگشت یا محل دیگری را که باید از آن نمونه خون تهیه شود با پنبه آغشته به الکل پاک نموده و صبر کنید تا الکل خشک شود. سپس با لانست استریل یکبار مصرف با یک ضربه، پوست قسمت داخلی نوک انگشت را سوراخ کرده و با فشار مختصری به قاعده انگشت خون را خارج کنید.

بعد اولین قطره را با پنبه خشک پاک کنید و مجددا قاعده انگشت را فشار دهید تا قطره خون بعدی خارج گردد و بلافاصله تکرار کنید تا مطابق شکل، سه قطره خون در کنار لام نزدیک به هم و یک قطره خون تقریبا در وسط لام قرار گیرد. سپس لام را در دست چپ قرار داده و به وسیله گوشه لام دیگری که در دست راست می گیرید سه قطره خون را با حرکت دورانی به شکل یک دایره به قطر تقریبی یک سانتی متر در آورید. (گسترش ضخیم)

و قطر وسط لام را نیز با لبه همان لامی که در دست راست دارید با زاویه ۴۵ درجه با حرکت یکنواخت گسترده نمایید. (گسترش نازک)

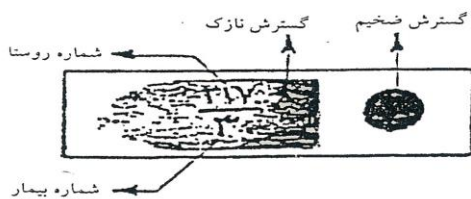
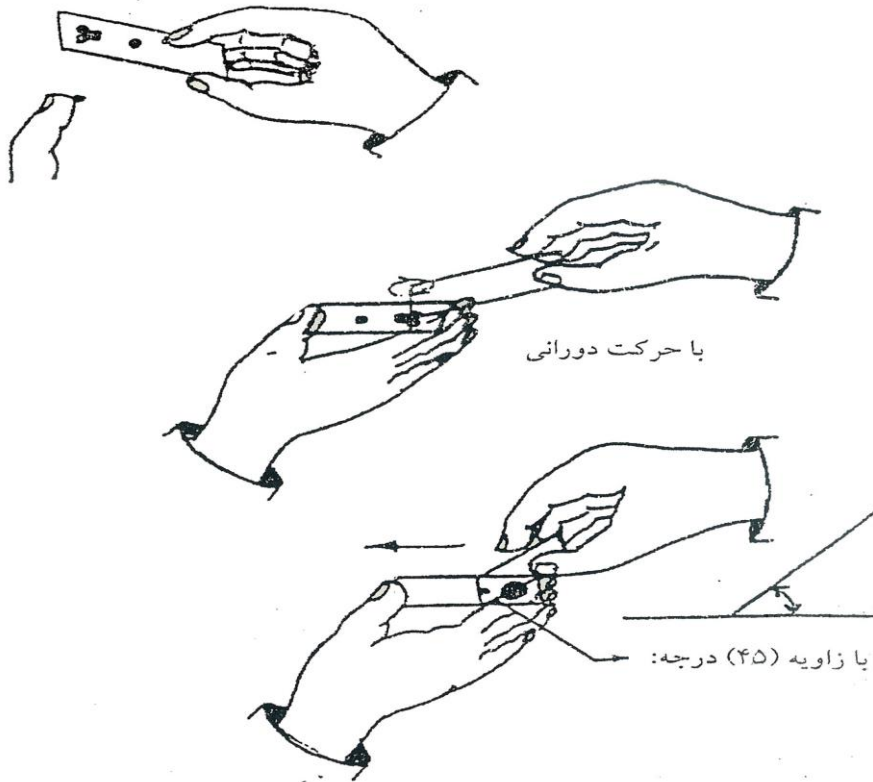
پس از خشک شدن نمونه خون، با مداد مشکی یک خط کسری روی گسترش نازک کشیده بعد شماره روستا و شماره ردیف بیمار را (از فرم بیماریابی مالاریا) به ترتیب در صورت و مخرج کسر بنویسید و آن را در جعبه لام قرار دهید و مشخصات کامل فرد را در فرم بیماریابی مالاریا ثبت نمایید.

***توجه:**

۱- دقت نمایید با گوشه لامی که نمونه خون را گسترش داده اید برای نمونه های بعدی استفاده نکنید و هم چنین روی آن لام نمونه خون دیگری تهیه ننمایید.
نمونه های خون تهیه شده را نباید در مقابل نور آفتاب و یا مجاورت الکل قرار داد زیرا عوامل بیماری زای موجود در خون از بین می روند.

***توجه:**

ضخامت گسترش ضخیم باید در حدی باشد که خطوط کتاب از زیر آن به سختی دیده شود و ضخامت گسترش نازک باید در حدی باشد که خطوط کتاب از زیر آن به راحتی دیده شود.



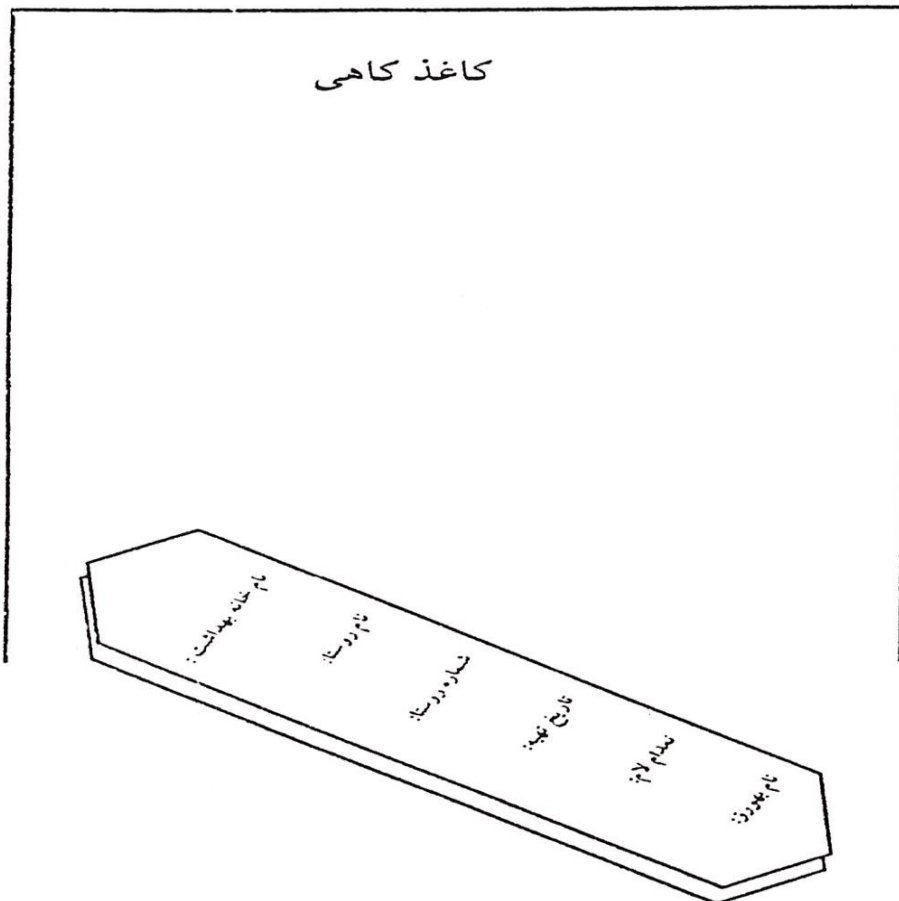
نحوه تهیه نمونه خون جهت آزمایش از نظر تشخیص مالاریا

روش بسته بندی نمونه های خون تهیه شده:

پس از پایان کار بایستی کلیه نمونه های تهیه شده را به روش زیر بسته بندی نموده و همراه با فرم بیماریابی مالاریا در اسرع وقت جهت آزمایش به مرکز بهداشتی درمانی بفرستید.

ابتدا کاغذ کاهی را به قطعات متناسب با طول لام آماده کنید. سپس یک لام را روی لبه کاغذ قرار داده و حداقل یک بار کاغذ را دور آن پیچید به طوری که تمام لام از کاغذ پوشیده شود و به همین ترتیب بقیه لام ها را پیچانده و مطابق شکل زیر و بعد مشخصات زیر را روی بسته لام به ترتیب زیر بنویسید:

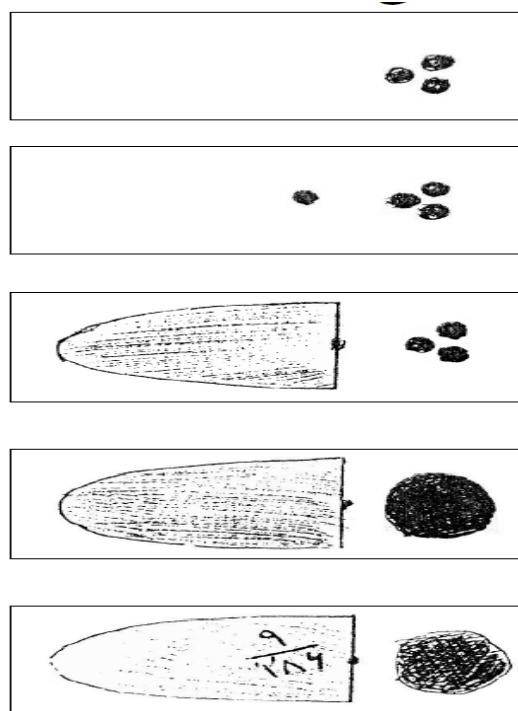
نام خانه بهداشت، نام روستا، شماره روستا، تاریخ تهیه، تعداد لام، نام بهورز



نحوه بسته بندی نمونه های خون تهیه شده

آموزش خلاصه از تهیه لام مالاریا:

- ۱- نوک انگشت بیمار را به پنبه الکل تمیز و از آلودگی و چربی پاک کنید.
- ۲- به وسیله لانت استریل و با یک حرکت سریع نوک انگشت مریض را سوراخ کنید.
- ۳- با فشار ملایم و آرام به نوک انگشت دو تا سه قطره خون را در ابتدای لام قرار دهید.
- ۴- با فشار ملایم به انگشت بیمار یک قطره کوچک و منفرد به اندازه (سه میلی متر) در فاصله یک سانتی متر از سه قطره اول بگذارید.
- ۵- خیلی سریع عمل کنید و با یک عدد لام خشک قطره خون منفرد را به صورت یک لایه نازک روی شیشه بکشید.
- ۶- با گوشه همان لام که لایه نازک را کشیده اید سه قطره اول را با سه تا پنج حرکت به شکل یک دایره به قطر یک سانتی متر در آورید.
- ۷- بعد از خشک شدن لام در هوای محیط روی ابتدای قسمت نازک شماره لام و شماره روستا را به صورت عدد کسری بنویسید.
- ۸- این مراحل را می توانید با یک CC خون که در یک ویال CBC تهیه کرده اید چندین مرتبه تکرار و تمرین کنید.



نکات مورد توجه در تهیه لام خون:

از کلیه همکاران بهورز و پرسنلی که در امر تهیه لام خونی مالاریا در خانه های بهداشت روستایی انجام وظیفه می نمایند تقاضا می شود نکات زیر را مد نظر گرفته تا لام های ارسالی از کیفیت خوب برخوردار باشند.

۱- هر بهورز بایستی طرز صحیح تهیه لام خون جهت انجام آزمایش تشخیص مالاریا را کاملا یاد بگیرد و طبق آن عمل نماید.

۲- از هر مریض فقط یک لام خون تهیه و ارسال شود و از ارسال نمونه تکراری خودداری گردد.

۳- برای نوشتن شماره شناسایی روی لام های تهیه شده فقط از مداد سیاه و نرم استفاده شود و شماره را با خودکار ننویسید. در ضمن لام بایستی کاملا خشک شود و سپس عدد روی آن نوشته شود.

۴- شماره نوشته شده باید به صورت یک عدد کسری باشد که روی خط شماره لام و در زیر خط کسری شماره روستا نوشته شود.

$$\frac{\text{شماره}}{\text{شماره}} \frac{\text{لام}}{\text{روستا}}$$

برای مثال: عدد $\frac{2}{37}$ نشان می دهد لام شماره ۲ از روستای شهسواران می باشد یا $\frac{9}{186}$ لام شماره نه از روستای ده شیرخان می باشد.

۵- در صورتی که لام خون گرفته شده از فرد افغانی باشد حتما به صورت جداگانه ای بسته بندی گردد و روی بسته بندی ذکر شده، افغانی می باشد.

نکات مهم درباره تشخیص مالاریا با استفاده از کیت تشخیص سریع (RDT)

در حال حاضر کیت تشخیص سریع که مبتنی بر شناسایی آنتی ژن عمل می نماید در کشور در دسترس است. استفاده از کیت تشخیص سریع بسیار ساده است و در مدت ۲۰ دقیقه نتیجه آزمایش آن به دست می آید. کیت های موجود می تواند نوع انگل را تا حدودی تشخیص دهند. به این معنی که پاسخ مثبت آن یا فالسیپارم و یا سایر گونه های است و تمایز ویواکس، مالاریه و اوال وسط آن امکان پذیر نیست و نیز شناسایی موارد عفونت توام با آن میسر نمی باشد. اگر نتیجه

آزمایش فالسیپارم باشد باید لام خون محیطی آزمایش شود تا احتمال عفونت توام بررسی شود. حساسیت و ویژگی تست مزبور در حد قابل قبول بوده اگر چه از سطح حساسیت کمتری در تشخیص موارد کم انگل (کمتر از ۲۰۰ انگل در میکرولیتر) بخصوص در سوش ویواکس برخوردار است. کیت تشخیص سریع نمی تواند میزان انگل خون را مشخص نماید و هم چنین در شناسایی اشکال مختلف انگل در خون ناتوان است لذا برای پیگیری پاسخ به درمان روش مناسبی نیست.

مهم:

روش تشخیص استاندارد مالاریا آزمایش لام خون محیطی است. در مواردی که بیمار قبل از تهیه لام خون محیطی داروی ضد مالاریا مصرف کرده است و لام فرد به صورت موقت منفی است کیت تشخیص سریع می تواند بیماری را تشخیص دهد. یک کیت منفی موید عدم ابتلا به مالاریا نیست و توصیه می شود لام خون محیطی نیز در موارد مشکوک تهیه شود. حتی اگر کیت تشخیص سریع مثبت است، تهیه لام خون محیطی الزامی است اگر چه باید درمان بلافاصله بر اساس نتیجه کیت تشخیص سریع آغاز گردد و تاخیر در درمان جایز نیست. در صورتی که کیت مثبت ولی لام منفی بود درمان بیمار باید انجام شود و مورد به عنوان بیمار مبتلا به مالاریا گزارش می گردد.

برای پیگیری درمان کیت تشخیص سریع ابزار مناسبی نیست و حتما از لام خون محیطی استفاده شود.

آنوفل ماده در حال خون خواری - خرطوم، پالپ ها و طرز قرار گرفتن اختصاصی پشه روی سطح بدن نشان داده شده است.

چرخه زندگی آنوفل ها

شب اول: خونخواری، پشه آنوفل ماده برای دستیابی به منبع خون به جستجو می پردازد و در

صورت عدم موفقیت، در طول روز استراحت نموده و این عمل را در شب بعد تکرار می کند. روز دوم: استراحت، پشه آنوفل در طول روز در محلی خنک، تاریک و مرطوب به استراحت می پردازد. پشه خون خورده، شروع به هضم خون نموده و عمل تشکیل تخم آغاز می گردد. شب دوم: استراحت، پشه نیمه باردار. پشه به استراحت ادامه داده و عمل هضم خون و تشکیل تخم نیز ادامه می یابد. این پشه ممکن است محل استراحت خود را تعویض نماید. روز سوم: استراحت. پشه باردار، پشه هنوز در محلی مرطوب، خنک و تاریک در استراحت است. تشکیل تخم کامل شده و پشه باردار است.

روز سوم: غروب، پشه باردار به آبیگری مناسب پرواز کرده و در آن جا ۵۰ الی ۱۵۰ تخم از خود باقی می گذارد. سپس مجدداً به جستجوی میزبان، جهت خون خواری، می پردازد.

لارو:

تخم ها ظرف ۲ الی ۳ روز باز می شوند. لاروها از الکه ها و سایر موارد داخل آب تغذیه می نمایند. در شرایط مطلوب، لاروها سریعاً رشد کرده و ظرف چند روز سه بار پوست اندازی می نمایند.

پوپ:

بعد از پوست اندازی سوم لاروسن ۴ به تغذیه ادامه داده و پس از مدتی به پوپ که متحرک است تبدیل می گردد. پوپ تغذیه نمی کند. تنفس پوپ از طریق ۲ شیپور تنفسی است. در این مرحله از زندگی پشه بالغ در حال شکل گرفتن در داخل بدن پوپ می باشد.

خروج پشه بالغ:

پس از ۲ الی ۳ روز پشه بالغ از پوپ خارج می شود. برای این عمل شکافی در سطح پشتی بدن پوپ ایجاد می گردد. پشه تازه خارج شده مدتی را به استراحت می پردازد تا بدنش خشک و سخت گردد.

جفت گیری:

جفت گیری اولین عمل پشه آنوفل بالغ است. پشه نر بسیاری از آنوفل ها در اوایل غروب در

دستجات بزرگی به پرواز درآمده و با پشه ماده در حین پرواز جفت گیری می کنند. در خاتمه جفت گیری پشه نر با ترشحات خود مجرای تناسلی ماده را مسدود می نماید. طول مراحل زندگی تحت تاثیر حرارت محیط می باشد.

مبارزه با آنوفل ناقل بیماری:

الف) مبارزه با پشه بالغ آنوفل:

برای از بین بردن پشه بالغ آنوفل از سمپاشی ابقایی استفاده می شود. بدین صورت که بهورز بایستی با استفاده از سموم حشره کشی که دارای خاصیت ابقایی بوده و از طریق مرکز بهداشتی درمانی در اختیار خانه بهداشت قرار می گیرد، کلیه اماکن ثابت و موقت و پناهگاه های محل استقرار و استراحت پشه آنوفل را در روستاهای تحت پوشش به وسیله کارگرانی که آموزش خواهد داد به خوبی سمپاشی نماید. (زمان سمپاشی و روستاهایی که لازم است سمپاشی شوند از طریق مرکز بهداشتی درمانی ابلاغ خواهد شد) در زمانی که انتقال مالاریا در منطقه ای صورت نمی گیرد نیازی به سمپاشی نیست.

ب) مبارزه با لارو آنوفل:

برای از بین بردن لارو آنوفل از سه روش استفاده می شود:

- ۱- روش مکانیکی: شامل زهکشی آب های راکد، پر کردن گودال ها و باتلاق ها، سالم سازی چشمه ها و برکه ها، اصلاح کناره های نهرها و کانال ها، اصلاح نوع آبیاری، گذاشتن سرپوش بر درب چاهای کم عمق و درب بشکه های آب آشامیدنی و ...
- ۲- روش شیمیایی: شامل استفاده از مواد نفتی و لاروکش شیمیایی مانند ابیت.
- ۳- روش بیولوژیکی: شامل استفاده از ماهی لارو خوار گامپوزیا در آب هایی که امکان خشک کردن آن ها وجود ندارد و یا به علت مصارف خانگی ریختن مواد شیمیایی در آن ها امکان پذیر نیست.



بسمه تعالی

وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهرستان

فرم شماره

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی روستایی شهری

نام واحد:

روز ماه سال

خانه بهداشت روستای اصلی قمر تیم سیار میزپاسیو بخش خصوصی شماره آبادی

فرم بیماریابی مالاریا

آدرس کامل بیمار و ملاحظات	نوع انگل مراحل آن	تاریخ آزمایش لام	تاریخ تهیه لام	نوع لام تهیه شده		مشخصات افرادی که از آن ها لام تهیه شده است												
				تفصیلی	تجزیه	نوع مراقبت		میلن	شغل	جنس			سن به سال	نام پدر	نام و نام خانوادگی	شماره خانوار	رتبه	
						پاسیو	اکتیو			زن	مرد	پاردار						غیر پاردار

تاریخ تحویل به آزمایشگاه نام و امضاء تهیه کننده لام آزمایش کننده لام کاردان مرکز بهداشتی درمانی

تمرین در خارج از کلاس

- ۱- بیماری مالاریا را تعریف کنید.
 - ۲- چرخه زندگی انگل پلاسمودیوم را توضیح دهید.
 - ۳- انواع پلاسمودیوم را نام ببرید.
 - ۴- روش های کنترل و مبارزه با مالاریا را بنویسید.
- تمرین داخل کلاس
- ۱- وسایل مورد نیاز برای تهیه لام را آماده کنید.
 - ۲- طرز تهیه لام خون را عملاً انجام دهید.
 - ۳- یک نمونه از فرم شماره ۶ را تکمیل کنید.
 - ۴- لام های تهیه شده را بسته بندی کنید.

فصل دوم

**آشنایی با روش‌های پیشگیری و کنترل آنفلوآنزا
آنفلوآنزا پرندگان، آنفلوآنزای خوکی
و کروناویروس**

اهداف:

- پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:
- ۱- بیماری آنفلوانزا را تعریف کنید.
 - ۲- راه های انتقال بیماری آنفلوانزا پرندگان را نام ببرید.
 - ۳- عامل بیماری آنفلوانزا خوکی و پرندگان را نام ببرید.
 - ۴- راههای انتقال کروناویروس را توضیح دهید.
 - ۵- اقدامات، مراقبت و پیشگیری از بیماری های آنفلوانزا را توضیح دهید.

بیماری آنفلوانزا:

یک بیماری ویروسی حاد تنفسی است که به وسیله سه نوع ویروس آنفلوانزا (A, B, C) ایجاد می شود. انواع B و C ویروسی آنفلوانزا تنها در انسان قابلیت ایجاد بیماری را دارد ولی ویروس نوع A علاوه بر انسان توانایی ایجاد بیماری در بسیاری از حیوانات از جمله پرندگان و پستانداران را نیز دارد. در این بیماری راه های تنفسی فوقانی و تحتانی تحت تاثیر قرار گرفته که با علائمی که توضیح داده می شود همراه است.

اپیدمیولوژی (اهمیت) بیماری:

اهمیت آنفلوانزا در سرعت انتشار همه گیری ها، وسعت و تعداد مبتلایان و شدت عوارض آن، به خصوص ذات الریه ویروسی و باکتریایی می باشد. در همه گیری های بزرگ شکل شدید یا کشنده بیماری بیشتر نزد سالمندان و افرادی که به دلیل عوارض مزمن قلبی، ریوی، کلیوی، کم خونی و یا نارسایی ایمنی ناتوان شده اند مشاهده می شود. آنفلوانزا به شکل جهانگیر، همه گیری های وسیع، کوچک، منطقه ای و تک گیر مشاهده می گردد.

همه گیری در مناطق معتدل بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیر بیشتر در ماه های بارانی سال اتفاق می افتد.

ویروس آنفلوانزا سه تیپ A, B, C دارد. آنفلوانزای تیپ A با زیرگونه های $(H_2 N_2, H_3 N_2, H_1 N_1)$ توانسته است همه گیری و پاندمی های بیماری را ایجاد نماید.

تیپ B ویروس با میزان کمتری مسئول ایجاد همه گیری های منطقه ای یا گسترده و تیپ C در ایجاد موارد تک گیر و همه گیری های کوچک موضعی نقش داشته است. (منظور از H = هماگلوتینین و N نورآمینیداز است).

آنفلوانزای انسانی (فصلی):

یک بیماری حاد تنفسی به شدت واگیردار است و به صورت ناگهانی با علائم تب، لرز، سردرد، خستگی، درد عضلانی، آبریزش بینی و چشم بروز می کند و همه گروه های سنی را درگیر می کند. در فصل پاییز و زمستان شیوع بیشتری دارد به همین علت به نام آنفلوانزای فصلی نیز گفته می شود. در حال حاضر بر علیه این بیماری واکسن وجود دارد.

مخزن:

انسان مخزن اولیه ویروس های آنفلوانزای انسانی است.

راه های انتقال:

مهم ترین راه انتقال ویروس در محیط های بسته پرجمعیت مثل اتوبوس از طریق هوا می باشد. از آن جا که ویروس آنفلوانزا ممکن است ساعت ها در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط زنده بماند، انتقال ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز می تواند صورت گیرد.

دوره کمون:

این مدت کوتاه بوده و معمولاً بین ۳-۱ روز است که بستگی به مقدار ویروس تلقیح شده دارد.

دوره واگیری:

دفع ویروس احتمالاً در بالغین بین ۳-۵ روز بعد از بروز نشانه های بالینی بیماری و در کودکان تا ۷ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.

افتراق آنفلوانزا از سرماخوردگی		
علائم بالینی	آنفلوانزا	سرماخوردگی
علائم پیش در آمد	ندارد	یک روز یا بیشتر
شروع	ناگهانی	تدریجی
تب	۳۸/۳ تا ۳۹ درجه سانتیگراد	در بالغین نادر
سردرد	ممکن است شدید باشد	نادر
درد عضلانی	معمولا وجود دارد و اغلب شدید	متوسط
خستگی مفرط	معمولا وجود دارد	هرگز
خستگی / ضعف	ممکن است بیشتر از ۲ هفته باشد	متوسط
ناراحتی گلو	شایع	گاهی / اغلب
عطسه	گاهگاهی	معمولا وجود دارد
التهاب بینی	گاهگاهی	معمولا وجود دارد
سرفه	معمولا وجود دارد و خشک	متوسط و منقطع

آنفلوانزای پرندگان و اهمیت انتقال آن به انسان: آنفلوانزای پرندگان یکی از بیماری های عفونی شناخته شده در گونه های مختلف پرندگان است که در اثر عفونت ناشی از برخی از سویه های تیپ A ایجاد می شود. به نظر می رسد کلیه پرندگان نسبت به این بیماری حساس بوده، ولی میزان حساسیت آنها ممکن است متفاوت باشد. طیف علایم بالینی در پرندگان مختلف متفاوت بوده و قادر به ایجاد بیماری خفیف تا بسیار شدید، مسری و کشنده می باشد. شکل شدید و کشنده بیماری، دارای شروع ناگهانی بوده و از شدت بالایی برخوردار است و سریعا منجر به مرگ می شود؛ به طوری که میزان مرگ ناشی از آن در حدود ۱۰۰٪ می باشد.

آنفلوانزای حاد پرندگان در جمعیت حیوانات به خصوص ماکیان ایجاد می گردد و می تواند به انسان منتقل شود و توجه به بهداشت عمومی را طلب می کند. نه تنها این ویروس انسان را آلوده می کند و موجب بیماری شدید با میزان مرگ بالا می گردد، بلکه این توانایی را دارد که خود را

با انسان تلفیق دهد و به عنوان یک عامل بالقوه بیماریزا برای انسان مطرح گردد یا با سایر ویروس های آنفلوآنزای انسانی ترکیب و موجب پدیدار شدن یک عامل بیماری زا با توانایی ایجاد پاندمی شود.

علائم بالینی

آنفلوآنزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سرفه، سردرد، گلودرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، و گاهی استفراغ و اسهال تظاهر می کند. در این میان تب و سرفه به عنوان علائم کلیدی مطرح می باشند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می یابد؛ ولی سایر نشانه های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خود به خود بهبود پیدا می کند. شناسایی بیماری معمولاً بر اساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته و موارد تک گیر آن را فقط با کمک روش های آزمایشگاهی می توان تشخیص داد. آنفلوآنزا در افراد مختلف ممکن است از سایر بیماری های ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد. اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده و ممکن است نشانه هایی مثل سرماخوردگی، برونشیت، پنومونی ویروسی و بیماری های حاد غیر قابل افتراق دستگاه تنفسی را نشان دهد. اختلالات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ و اسهال) نیز بروز می کند و در کودکان ممکن است نشانه های گوارشی، علامت غالب باشد.

راه های انتقال:

این نوع آنفلوآنزا از طریق تماس نزدیک با پرندگان بیمار، استفاده از گوشت و تخم مرغ پرندگان که کاملاً پخته نشده و هم چنین خرید و فروش مرغ و پرندگان زنده قابل انتقال به انسان می باشد.

انتقال این بیماری از انسان به انسان هنوز ثابت نشده است.

اشکال بالینی بیماری در پرندگان:

این بیماری ممکن است در پرندگان به دو شکل عارض شود:

۱- ناخوشی خفیف که گاهی فقط با ژولیدگی پرها یا کاهش تولید تخم مرغ مشخص

می شود.

۲- شکل شدید که اصطلاحاً به آنفلوآنزای فوق حاد پرندگان موسوم است شامل عدم تعادل، ژولیدگی پرها، تنفس سخت، بی اشتها، افسردگی و پژمردگی، تغییر رنگ تاج و ریش به رنگ آبی، ادم و تورم سر و پلک و تاج و ریش، اسهال آبکی، خونریزی های کوچک، نشان های خون ریزی در ترشحات بینی، افت ناگهانی تولید تخم، تخم های با پوسته های نرم می باشد.

مخزن:

- پرندگان مهاجر (وحشی و اهلی) مخازن طبیعی و عمده ویروس های آنفلوآنزا هستند.
- پرندگان وحشی معمولاً بدون علامت هستند و ویروس را برای مدت طولانی دفع می کنند.

گروه های در معرض خطر:

- ۱- کارگران شاغل در مزارع پرورش طیور (مرغداری ها، پرورش اردک، بوقلمون، شترمرغ و ...) و خوک
- ۲- آشپزها و مشاغل مشابه که با پرندگان اهلی زنده یا اخیراً کشته شده سروکار دارند.
- ۳- فروشندگان پرندگان دست آموز
- ۴- شکارچیان
- ۵- افراد شاغل در حمل و نقل و جابجایی کود پرندگان
- ۶- دامپزشکان شاغل در صنایع وابسته به پرندگان
- ۷- افرادی که در آزمایشگاه های ویروس شناسی کار می کنند.
- ۸- کارکنان مراقبت های بهداشتی
- ۹- افرادی که سابقه مسافرت ۱۰ روز قبل از شروع علائم به کشور یا منطقه ای که طغیان آنفلوآنزا در جهت حیوانی در آن گزارش شده است.

کنترل:

مهم ترین اقدامات کنترلی شامل معدوم سازی سریع کلیه پرندگان بیمار یا تماس یافته، دفع مناسب لاشه ها و فضولات، قرنطینه کردن و ضدعفونی کردن مرغداری ها می باشد.

مقدار یک گرم از کود آلوده به اشکال شدیدا بیماری زای ویروس، حاوی تعداد بسیار زیادی

ویروس بوده و قادر به آلوده کردن حدود یک میلیون پرنده می باشد.

ویروس آنفلوانزا در عرض ۳ ساعت در دما ۵۶ درجه سانتی گراد یا نیم ساعت در دمای ۶۰ درجه و هم چنین در تماس با مواد ضد عفونی کننده رایج نظیر فرمالین و ید از بین خواهد رفت ولی در دماهای پایین مقاوم بوده و حداقل تا ۳ ماه بعد ممکن است در کودهای آلوده زنده بماند. در دمای صفر درجه سانتیگراد به مدت بیش از ۳۰ روز به حیات خود ادامه می دهد.

جداسازی:

تمامی موارد ابتلا به آنفلوانزای پرندگان نیاز به جداسازی دارند. در همه گیری بیماری آنفلوانزا بهتر است در ۷-۵ روز اول شروع بیماری افراد بیمار در یک محل نگهداری شوند و تماس با افراد سالم به حداقل رسانده شود.

آنفلوانزا A (با منشاء خوکی)

در ابتدای سال ۱۳۸۸ در آمریکا و مکزیک و سایر کشورهای جهان ویروسی معروف به آنفلوانزای خوکی A (H_1N_1) قابلیت ایجاد بیماری در انسان ها و هم چنین سرایت از انسان به انسان را پیدا کرده است احتمال بروز این بیماری در تمام طول سال وجود دارد ولی شیوع آن در مناطق معتدل مانند کشور ایران در پاییز و زمستان بیشتر است. اعتقاد بر این است که ویروس آنفلوانزا با منشاء خوکی مسئول ایجاد پاندمی (همه گیری جهانی) باشد که در این حالت همه کشورهای جهان درگیر این بیماری خواهند شد. به علت حساسیت جمعیت های انسانی به این ویروس جدید آنفلوانزا، تخمین زده می شود حدود ۳۰٪-۱۰٪ جمعیت مبتلا خواهند شد و ۵٪ از مبتلایان نیاز به بستری شدن در بیمارستان پیدا می کنند. نسبت مرگ ناشی از بیماری حدود ۱٪ تا ۲٪ خواهد بود. لذا تخمین زده می شود در ایران در طول زمان همه گیری جهانی، حدود ۱۰ تا ۲۰ میلیون نفر به این نوع آنفلوانزا مبتلا شوند (تعداد مبتلایان در ایران تا تاریخ ۸۸/۶/۴ تعداد ۲۸۵ نفر بوده است)

جهت مطالعه

آنفلوآنزای نوع A دارای ۱۶ زیرگروه مشخص H و ۹ زیرگروه مشخص N است که از آن ها تنها H_1 و H_2 و H_3 و N_1 و N_2 با طغیان های شدید بیماری در انسان ها مرتبط بوده اند.

علائم بیماری آنفلوآنزا (نوع A):

علائم بیماری آنفلوآنزای نوع A با منشاء خوکی مشابه با آنفلوآنزای فصلی می باشد که شامل تب و لرز، سردرد، خستگی، درد عضلانی، آب ریزش بینی و چشم و بی اشتها می باشد. اما در این بین واضح ترین علامت در آنفلوآنزای نوع A در واقع تب ناگهانی و بالا می باشد که ممکن است حتی به ۴۰ الی ۴۱ درجه برسد. از دیگر علائم سردرد، درد عضلانی (در اندام ها و ناحیه پشت) و در کودکان در ساق پا، درد شدید گلو و سرفه خشک (شایع ترین علامت) می باشد. علیرغم این که این علائم پس از سه روز فروکش می کند اما به دلیل آن که ابتلا به این بیماری عوارض زیادی به خصوص در سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال)، زنان باردار، کودکان زیر ۵ سال و مبتلایان به بیماری های قلبی - ریوی، نقص سیستم ایمنی - کلیوی دارد باید به محض بروز علائم به پزشک مراجعه نمود.

نحوه انتقال بیماری:

ویروس آنفلوآنزا به طور مستقیم از طریق ذرات آلوده معلق در هوا و هم چنین ترشحات حلق و بینی افراد آلوده به ترشحات ویروس از طریق سرفه و عطسه در هوا پراکنده می شود هم چنین این ویروس به طور غیر مستقیم از طریق تماس با سطوح آلوده به ترشحات شخصی افراد آلوده به ویروس می تواند به دیگران انتقال یابد.

سرایت پذیری بیماری:

در صورت تایید قطعی بیماری آنفلوآنزا با منشاء خوکی ویروس از یک روز پیش از بروز علائم تا ۷ روز بعد از آغاز علائم به شدت قابل سرایت می باشد. این دوره انتقال یابی در کودکان و خصوصا کودکان کم سن و سال ممکن است طولانی تر باشد.

چگونه می‌توان خود و دیگران را در برابر بیماری آنفلوآنزا محافظت نمود:

- جلوی بینی و دهان خود را با دستمال یکبار مصرف در هنگام سرفه و عطسه بپوشانید.
- دستمال استفاده شده را بعد از مصرف فوراً در سطح زباله درب دار بیندازید.
- روزانه چندین بار دست‌ها را با آب و صابون بشویید.
- اگر نشانه‌های آنفلوآنزا را دارید فوراً به دستورات پزشکی عمل کنید.
- اگر علامت‌های بیماری آنفلوآنزا را دارید فاصله خودتان را با دیگران حداقل به میزان یک متر حفظ کنید.
- اگر علائم بیماری آنفلوآنزا را دارید از رفتن به محل‌های پرجمعیت محل‌های کار و مدرسه خودداری کنید. در خانه بمانید و استراحت، خواب کافی، مصرف مواد غذایی مناسب و نوشیدن مایعات فراوان داشته باشید.
- در هنگام دید و بازدید از آغوش گرفتن و بوسیدن و دست دادن با یکدیگر خودداری نمایید.
- دست‌های نشسته را به چشم‌ها، دهان و بینی نزنید.
- در صورتی که در تماس با افرادی بوده‌اید که از مناطق آلوده بازگشته‌اند یا خودتان به کشورهای آلوده مسافرت داشته‌اید در صورت وجود علائم بیماری مرتباً به پزشک یا مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنید.

مراقبت از بیمار در منزل:

- برای به حداقل رساندن سرایت بیماری، مراقبت از بیمار در محل زندگی بایستی تا حتی الامکان تنها توسط یک نفر انجام شود.
- در صورت امکان هم‌بیماران و هم‌مراقبین آن‌ها بایستی در طی دوره عفونت زایی بیماران از ماسک یک‌بار مصرف استفاده کنند.
- در صورتی که امکانات به اندازه کافی موجود نباشد استفاده از ماسک در منزل توسط بیمار نسبت به مراقبین ارجحیت دارد.

- ضرورتی به استفاده از ماسک در تمام طول روز وجود ندارد و فقط بیمار بایستی در حین تماس نزدیک با دیگران (تماس کمتر از یک متر) از آن استفاده کند.
- آسپیرین در کودکان بایستی استفاده شود.
- استفاده از مایعات، تغذیه و استراحت بیمار در بستر ضروری است.
- در صورت تجویز دارو توسط پزشک، دارو بایستی به طور کامل و سر موقع به بیمار داده شود.

توصیه های کلی:

- هر مورد آنفلوآنزا را بایستی معادل آنفلوآنزا با منشاء خوکی تلقی نمود.
- واکسن آنفلوآنزای فصلی تاثیری در پیشگیری از آنفلوآنزای نوع A (با منشاء خوکی) ندارد.
- بایستی نسبت به تهویه محیط های سر بسته اقدام نمود.
- ضرورت است از تماس با افرادی که دارای علائم شبیه آنفلوآنزا هستند خودداری نمود، یا زمان تماس را کاهش داد.
- پشه و مگس نقشی در انتقال آنفلوآنزای نوع A ندارند.
- استفاده صحیح از ماسک می تواند خطر انتقال ویروس را کاهش دهد.

نکات مربوط به استفاده صحیح از ماسک:

- ماسک باید به طور محکم به صورت بچسبد و هیچ فاصله ای بین آن و پوست صورت نباشد.
- از لمس ماسک تا حد امکان خودداری گردد و اگر ماسک لمس شود بلافاصله دست ها را با آب و صابون بشویید.
- ماسک های کهنه بلافاصله باید تعویض شوند و به نحو صحیح دفع شوند.
- ماسک های یکبار مصرف را بعد از استفاده دور بیندازید و از استفاده مجدد آنها خودداری نمایید.
- در صورتی که ماسک یک بار مصرف به تعداد کافی در دسترس نباشد می توان از دستمال

ضخیم یا ماسک های چند بار مصرف پارچه ای که به طور کامل دهان و بینی را می پوشاند استفاده کرد این ماسک ها نیز در صورت خیس شدن بایستی با آب و صابون شسته شوند.

- از استفاده از روسری و یا موارد مشابه به جای ماسک های استاندارد پزشکی خودداری نمایید.

در صورت مشاهده هر گونه بیمار مشکوک یا مبتلا به آنفلوآنزای نوع A مراتب در شهر توسط رابطان بهداشتی به مراکز بهداشتی درمانی شهری و در روستا توسط بهورزان به کاردان یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی اطلاع داده شود.

جهت مطالعه

درمان:

۴ داروی ضد ویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوآنزا مطرح شده اند که شامل:

- آمانتادین - ریمانتادین
- زانامیویر - اوسلتامیویر
- آمانتادین و ریمانتادین برای مقابله با ویروس آنفلوآنزای نوع A تجویز می شود.
- زانامیویر و اوسلتامیویر بری هر دو نوع آنفلوآنزای A و B به کار می روند.
- زانامیویر به عنوان پیشگیری مورد استفاده قرار نمی گیرد.

درمان در آنفلوآنزا شامل سه قسمت است:

۱- درمان نشانه ها

۲- درمان دارویی (ضد ویروسی) موارد فوق صحیح داده شد.

۳- درمان عوارض

واکسن آنفلوانزا:

واکسن آنفلوانزا بیش از ۶۰ سال است که در دسترس بوده و تجربیات گسترده در طی این مدت ایمنی و اثربخشی آن را به خوبی نشان داده است. در جمعیتی که در معرض خطر عوارض شدید بیماری آنفلوانزا است اثر واکسیناسیون در کاهش بستری و مرگ شناخته شده است. واکسن سالیانه بر اساس سوش های غالب شناخته شده و ویروس آنفلوانزای همان سال تهیه می گردد و بنابراین ذخیره واکسن جهت چندین سال منطقی نمی باشد. واکسن هایی که از روش های شایع همان سال تهیه شده اند در افراد سالم ۷۰ تا ۹۰ درصد در پیشگیری از بیماری موثر می باشند. زمان ایده ال برای واکسیناسیون از شهریور تا نیمه مهرماه می باشد. ۲ هفته طول می کشد تا پاسخ محافظتی در بدن فرد ایجاد شود.

گروه های پرخطر نیازمند دریافت واکسن فصلی ویروس غیر زنده آنفلوانزا شامل موارد زیر است:

- خانم های باردار (در تمام طول بارداری می توانند واکسن را دریافت کنند)
- کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه (به خصوص در سن زیر ۲ سال)
- افراد بالای ۶۰ سال
- کارکنان بخش های بهداشت و درمان به ویژه افراد در تماس مستقیم با بیماران مبتلا به

آنفلوانزا

- افراد دچار سرکوب سیستم ایمنی شامل مبتلایان به HIV/AIDS
- مبتلایان به ضایعات نخاعی و بیماری های عصبی عضلانی
- مبتلایان به بیماری های مزمن ریوی (از قبیل آسم و بیماری های مزمن انسداد ریوی)، بیماری های مزمن قلبی عروقی (به جز بیمارانی که صرفاً دچار پرفشاری خون هستند)
- مبتلایان به بیماری های مزمن کلیوی، کبدی، عصبی، خونی و اختلالات متابولیک (شامل

دیابت قندی)

- افراد با چاقی مرضی

- افراد ۶ ماهه تا ۱۸ ساله که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین قرار دارند.

- ساکنین و کارکنان آسایشگاه ها

- کارکنان شاغل در مرغداری ها و پرورش دهندگان طیور و پرسنل سازمان دامپزشکی و

سازمان حفاظت محیط زیست که در قسمت های مرتبط با پرندگان فعالیت می نمایند.

- مراقبین و سایر افراد در تماس نزدیک و خانگی با بیماران که جزء گروه های پرخطر

محسوب می شوند.

توجه: گروه های دارای اولویت برای دریافت واکسن آنفلوانزای فصلی، سالیانه توسط

وزارت بهداشت تعیین و به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ می شوند.

- سایر افرادی که متقاضی دریافت واکسن هستند در صورتی که منعی برای دریافت واکسن

نداشته باشند، می توانند واکسن را دریافت کنند.

روش و میزان تجویز واکسن ویروس آنفلوانزا:

- واکسن ویروس آنفلوانزا بر اساس آخرین سوش های غالب شناخته شده به صورت سالیانه

تهیه می شود. واکسن موجود در ایران تزریقی و حاوی ویروس غیرفعال است.

- واکسن آنفلوانزا به صورت زیرجلدی یا عضلانی تزریق می شود.

- دز واکسن در بالغین و کودکان ۳۶ ماهه و بالاتر، نیم میلی لیتر و در سن ۶ تا ۳۵ ماه، ۰/۲۵

میلی لیتر است.

- در کودکان در گروه سنی ۶ ماه تا کمتر از ۹ سال که برای اولین بار واکسن را دریافت می

نمایند، دو دز با فاصله حداقل ۴ هفته تجویز می شود. در سال های بعد برای این کودکان یک دز

کفایت می کند.

- در صورت وجود سابقه حساسیت شدید (مانند آنافیلاکسی) به دز قبلی واکسن ویروس

آنفلوانزا یا هر یک از اجزای واکسن شامل حساسیت شدید به تخم مرغ، دریافت نوبت های بعدی

واکسن ممنوع است.

کرونا و ویروس

ویروس کرونا از خانواده کروناویروس ها (Coronaviruses) است.

خانواده بزرگی از ویروس ها که از ویروس سرماخوردگی معمولی تا عاملی بیماری سارس را شامل می شود.

کرونا ویروس ها (Coronaviruses) که پس از راینوویروس ها بزرگ ترین عامل ابتلا به سرماخوردگی هستند، بیشتر در زمستان و بهار باعث سرماخوردگی می شوند و معمولاً شدت سرماخوردگی که کروناویروس عامل آن باشد بیشتر است. افرادی که همزمان دارای بیماری دیگری باشند و کودکان مبتلا به بیماری های قلبی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به کروناویروس ها هستند.

علائم بالینی بیماری؟

ویروس های انسانی کرونا معمولاً منجر به بیماری های موقتی شبکه فوقانی تنفسی خفیف و نیمه خفیف می شود.

علائم آن ممکن است شامل آبریزش بینی، سرفه، گلودرد و تب باشد. گاهی اوقات این ویروس ها ممکن است منجر به بیماری های شبکه تنفسی تحتانی مانند ذات الریه و نارسایی کلیه و مشکلات گوارشی (مثل اسهال) شود. این بیماری در افرادی که عارضه قلبی یا سیستم های ایمنی ضعیف دارند و افراد مسن شایع تر است.

راه های شیوع کدامند؟

ویروس های انسانی کرونا از یک فرد مبتلا به فردی دیگر، از طریق هوا به وسیله عطسه یا سرفه و تماس نزدیک فردی مانند لمس کردن یا دست دادن انتقال می یابد. این ویروس ها ممکن است از طریق لمس اشیاء یا سطوح آلوده و سپس تماس با دهان، بینی یا چشم نیز انتقال می یابد.

راه های محافظت از خود چیست؟

پوشاندن دهان و بینی با دستمال هنگام عطسه و سرفه و استفاده از وسایل محافظتی مثل

دستکش و نیز دفع بهداشتی دستمال‌های استفاده شده در ظروف زباله دار دست‌ها را چندین بار در طول روز با آب و صابون بشوید. به چشم‌ها، بینی و دهانتان دست نزنید، از تماس نزدیک با افراد مبتلا خودداری کنید. رعایت حداقل یک متر فاصله با دیگران در هنگام ابتلا به بیماری تنفسی

در صورت ابتلا چه اقداماتی لازم است؟

در صورت ابتلا، در خانه بمانید، از تماس نزدیک با سایر افراد خودداری کنید. هنگام سرفه و عطسه، جلوی دهان را بگیرید. اشیاء و سطوح را تمیز و غیر آلوده نگهدارید. درمان خاصی برای بیماری‌هایی که بر اثر ویروس کرونا ایجاد می‌شود، وجود ندارد. اکثر افرادی که مبتلا به بیماری کرونا هستند، پس از مدتی، خود، بهبود می‌یابند، هر چند کارهایی هست که با انجام آن می‌توان از علایم آن خلاصی یافت، مانند: مصرف داروهای مسکن و تب‌بر (مراقب باشید، نباید اسپرین را برای کودکان استفاده کنید) و استفاده از مرطوب‌کننده‌های هوای اتاق یا دوش آب گرم برای التیام‌گلدرد و سرفه. مصرف زیاد مایعات و استراحت توصیه می‌گردد.

بیماری چگونه تشخیص داده می‌شود؟

نمونه برداری از بینی و گلو بهترین انواع نمونه برداری برای شناسایی ویروس‌های انسانی کرونا است. آزمایش سرم شناسی نیازمند جمع‌آوری نمونه‌های خونی است.

چطور از آنفلوآنزا در حین سفر جلوگیری کنیم؟

مسافرت با اتوبوس یا هواپیما یک راه اصلی برای گرفتن یا منتشر کردن آنفلوآنزا است. اما با رعایت نکاتی در حین سفر می‌توانید از ابتلای خودتان یا دیگران به آنفلوآنزا جلوگیری کنید.

به این توصیه‌های در این مورد توجه کنید:

پیش از مسافرت واکسن آنفلوآنزا بزنید.

به همراه خود بسته ای حاوی ژل ضد عفونی کننده، صابون، دستمال کاغذی و داروهای مسکن به همراه داشته باشید.

اگر احساس عدم سلامت می کنید یا حدس می زنید که آنفلوانزا گرفته اید، مسافرت نکنید. در صورتی که سرفه یا عطسه می کنید، دهان و بینی تان را پوشانید. به جای دست تان از دستمال کاغذی استفاده کنید.

دست هایتان را به طور مکرر با آب و صابون بشویید.

از افرادی که بیمار هستند، سعی کنید از زدن دست تان به دهان، چشم ها و بینی تان خودداری کنید. از ماسک و دستکش استفاده کنید.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریها

فرم ثبت اطلاعات بیمار ان نمونه گیری شده

نوع مرکز تکمیل کننده فرم بیمارستان مکان تجمعی پایگاه دیده‌ور

۱- اطلاعات بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار:

کد ملی:

تاریخ تولد: ۱۳...../...../..... جنسیت: مرد زن

شغل: ملیت: تلفن تماس با بیمار:

آدرس محل سکونت:

وضعیت بیمار در هنگام نمونه گیری: بستری سرپایی فوت

۲- تاریخ‌های مهم: تاریخ مراجعه به پزشک: ۱۳...../...../..... تاریخ نمونه‌گیری: ۱۳...../...../..... تاریخ تکمیل فرم: ۱۳...../...../.....

۳- نوع نمونه: سواب گلو سواب بینی / غرغره گلو مایع نخاع نکروسی

۴- سابقه مسافرت طی هفت روز قبل:

اگر مسافرت داخلی داشته‌اید نام استان مبدأ را بنویسید: اگر مسافرت خارجی داشته‌اید نام کشور مبدأ را بنویسید: سابقه تماس با پرنده اهلی (وحشی) بیمار (مرده)

۵- علائم بیمار در بدو مراجعه: تاریخ شروع علائم: ۱۳...../...../.....

<input type="checkbox"/> تب بالای ۳۸ درجه	<input type="checkbox"/> گلودرد	<input type="checkbox"/> سرفه
<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> تنفس دشوار	<input type="checkbox"/> خلط خونی
<input type="checkbox"/> احساس ناراحتی قفسه سینه	<input type="checkbox"/> افت فشار خون	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> احساس گیجی / سرگیجه	<input type="checkbox"/> خواب آلودگی / کما	<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> بیقراری (بالغین)
<input type="checkbox"/> بیقراری در آغوش مادر	<input type="checkbox"/> تحریک پذیری کودک	<input type="checkbox"/> عدم تحریک و بازی <input type="checkbox"/> عدم شیر نوشیدن (نوع کودک)

علائم کمکی

<input type="checkbox"/> درد عضلانی و کوفتگی	<input type="checkbox"/> بی‌اشتهایی	<input type="checkbox"/> لرز	<input type="checkbox"/> کبودی پوست
<input type="checkbox"/> درد مفاصل	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> تهوع / استفراغ	<input type="checkbox"/> گرفتگی بینی
<input type="checkbox"/> آبریزش بینی	<input type="checkbox"/> قرمزی چشم	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> عود تب و سرفه بعد از بهبود
<input type="checkbox"/> عطسه			

۶- سابقه بیماری قبلی:

<input type="checkbox"/> بیماری مزمن قلبی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کلیوی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کبدی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن خونی
<input type="checkbox"/> بیماری مزمن عصبی / تشنج	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> چاقی شدید	<input type="checkbox"/> حاملگی
<input type="checkbox"/> سوء تغذیه	<input type="checkbox"/> بدخیمی	<input type="checkbox"/> فقدان / برداشت طحال		

۷- سابقه پروفیلاکسی قبل از شروع علائم (واکسیناسیون آنفلوآنزای فصلی):

۸- سابقه مصرف دارو: مصرف طولانی آسپرین مصرف طولانی داروهای ایمنونوساپرسور شیمی درمانی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماری‌ها

فرم ثبت اطلاعات بیماران نمونه‌گیری شده

نوع مرکز تکمیل کننده فرم بیمارستان مکان تجمعی پایگاه دیده‌ور

نام مرکز

توجه: در قسمت آنتی‌بیوتیک داروهای Ceftriaxone, Ceftizoxime, Erythromycin, Azithromycin, Amikacin

Vancomycin, Tazocin, Meropenem, Imipenem, Gentamicin, Cloxacilin, Clarithromycin را می‌توانید وارد نمایید.

۱۰- مصرف داروی ضد ویروس:		
تاریخ پایان	تاریخ آغاز	نوع دارو
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	Zanamivir
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	Oseltamivir
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	Amantadine
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	Ribavirin

۹- مصرف داروهای آنتی‌بیوتیک:		
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	
۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	

۱۱- عوارض داروی ضد ویروس:	
شدت عارضه: <input type="checkbox"/> خفیف: <input type="checkbox"/> متوسط: <input type="checkbox"/> شدید: <input type="checkbox"/> تهدید کننده: <input type="checkbox"/>	Zanamivir
شدت عارضه: <input type="checkbox"/> خفیف: <input type="checkbox"/> متوسط: <input type="checkbox"/> شدید: <input type="checkbox"/> تهدید کننده: <input type="checkbox"/>	Oseltamivir
شدت عارضه: <input type="checkbox"/> خفیف: <input type="checkbox"/> متوسط: <input type="checkbox"/> شدید: <input type="checkbox"/> تهدید کننده: <input type="checkbox"/>	Amantadine
شدت عارضه: <input type="checkbox"/> خفیف: <input type="checkbox"/> متوسط: <input type="checkbox"/> شدید: <input type="checkbox"/> تهدید کننده: <input type="checkbox"/>	Ribavirin

۱۲- حمایت تنفسی:	
تاریخ آغاز: ۱۳...../...../.....	تاریخ پایان: ۱۳...../...../.....

۱۳- عوارض ناشی از بیماری آنفلوآنزا:			
<input type="checkbox"/> برونشیت	<input type="checkbox"/> میوکاردیت	<input type="checkbox"/> مننژیت	<input type="checkbox"/> ATN
<input type="checkbox"/> پنومونی اولیه (ویروسی)	<input type="checkbox"/> پریکاردیت	<input type="checkbox"/> مننگوآنسفالیت	<input type="checkbox"/> اورمی
<input type="checkbox"/> پنومونی ثانویه (باکتریایی)	<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> آنسفالیت	<input type="checkbox"/> DIC
<input type="checkbox"/> آمبولی ریه	<input type="checkbox"/> ایست قلبی	<input type="checkbox"/> ترومبوز سینوس وریدی	<input type="checkbox"/> خونریزی (به دنبال ترومبوسیتوپنی)
<input type="checkbox"/> ARDS		<input type="checkbox"/> خونریزی داخل جمجمه	
<input type="checkbox"/> ادم ریه		<input type="checkbox"/> صرع مقاوم به درمان	

۱۴- اطلاعات بیمار فوت شده:	
<input type="checkbox"/> فوت در بیمارستان	نام بخشی که بیمار در آن فوت شده: <input type="checkbox"/> بخش مراقبت‌های ویژه (CCU, PICU, NICU, ICU) <input type="checkbox"/> سایر بخش‌ها <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت در خارج از بیمارستان	
تاریخ فوت: ۱۳...../...../.....	

۱۵- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	
امضاء:	

تمرین خارج از کلاس

۱- راه های سرایت آنفلوانزا را نام ببرید.

۲- علایم بیماری آنفلوانزا را بنویسید.

تمرین در کلاس:

۱- برای یک گروه فرضی دانش آموزان مدرسه راهنمایی جلسه آموزشی آنفلوانزا برگزار

کنید.

فصل سوم

بیماری های مشترک

بین انسان و حیوان

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- ۱- بیماری های مشترک بین انسان و حیوان را تعریف کنید.
- ۲- راه های انتقال بیماری را شرح دهید.
- ۳- علایم بیماری ها را توضیح دهید.
- ۴- پیشگیری و درمان بیماری را بیان نمایید.
- ۵- اقدامات مراقبتی و کنترل بیماری را بیان نمایید.

مقدمه

بیماری های مشترک بین انسان و حیوان عبارت است از یک عفونت یا بیماری عفونی که در شرایط طبیعی می تواند از جانوران مهره دار به انسان انتقال یابد. تاکنون بالغ بر ۵۰۰ بیماری عفونی مهم در حیوانات شناسایی شده اند که حدود ۲۰۰ نوع آن را می توان جزء بیماری های مشترک بین انسان و دام قلمداد نمود. البته با پیشرفت تحقیقات دائما به فهرست بیماری های مشترک اضافه می شود با توجه به مطالعاتی که تاکنون در ایران صورت گرفته است حداقل ۴۴ عامل بیماری زا از گروه باکتری ها و ویروس ها و قارچ ها و کرم ها و تک یاخته ها و بندپایان هستند که بین انسان و حیوانات مشترک می باشند.

با توجه به این که بیماری های مشترک بین انسان و دام در کشور ما نیز جزء معضلات بهداشتی و هم چنین مشکلات اقتصادی می باشد لذا پایه سه راهکار اساسی آموزشی، هماهنگی بین بخشی و مراقبت بیماری جهت کنترل این بیماری ها که عمدتاً بیماری های تب مالت، سالک، هاری، کالاآزار، کیست هیداتیک و سیاه زخم می باشد برنامه ریزی شده است و جهت آشنایی بهورزان در خصوص این بیماری ها مختصر شرح داده می شود.

تب مالت (بروسلوز)

اهمیت بیماری:

بروسلوز (تب مالت) در انسان نشان دهنده گسترش بیماری در حیوانات است. بیماری در حیوانات مبتلا باعث سقط جنین در دام های آبستن شده، هم چنین باعث کاهش وزن شدید و سبب زیان اقتصادی فراوان در دامداری ها می گردد. ضمناً ابتلا انسان به این بیماری باعث از کار افتادگی به مدت نسبتاً طولانی و هم چنین اقتصادی فراوان از قبیل تعطیل شدن کار، هزینه درمانی سنگین و گاه عوارض طولانی مدت در شخص مبتلا می گردد.

تعریف:

بیماری تب مالت که در حیوانات به نام سقط جنین واگیردار موسوم است یکی از بیماری های عفونی مشترک بین انسان و دام است و به نام های تب موج و تب مدیترانه ای نیز نامگذاری شده

است. چون این بیماری اولین بار در جزیره مالت گزارش شده است آن را تب مالت هم می نامند. یک بیماری باکتریال سیستمیک است که به صورت حاد، تحت حاد و مزمن ظاهر شده و با علایم تب ممتد یا موج یا نامنظم با دوره های متفاوت سردرد، ضعف و لاغری، عرق، لرز، درد عضلات، افسردگی، کاهش وزن و درد عمومی بدن ممکن است تظاهر کند فرم بدون علامت نیز ممکن است وجود داشته باشد.

میزان مرگ و میر در مواردی که درمان نمی شوند کمتر از ۲ درصد و بیشترین آن ها با عامل بروسلاملی تنسیس اتفاق می افتد.

عامل بیماری:

چهار نوع بروسلا به عنوان عامل اکثر عفونت های بروسلوز (تب مالت) در انسان تشخیص داده شده است:

- ۱- بروسلا آبورتوس (که در گاو بیشتر است)
 - ۲- بروسلاملی تنسیس (که در گوسفند و بز بیشتر است)
 - ۳- بروسلا سوئیس (که در خوک بیشتر است)
 - ۴- بروسلا کانیس (که در سگ بیشتر است و بیماری زایی کمی برای انسان دارد)
- نوع غالب بروسلا در ایران، بروسلاملی تنسیس می باشد.

مهم ترین علایم و نشانه های بروسلوز در دام ها:

- ۱- سقط جنین (توجه داشته باشیم که زایمان های طبیعی بعدی نشانه سلامت دام نیست و معمولاً دام برای همیشه آلوده می ماند).
 - ۲- به دنیا آوردن نوزادان ضعیف و ناتوان
 - ۳- کم شدن شیر دام ها
 - ۴- جفت ماندگی (خارج نشدن جفت بعد از زایمان دام)
 - ۵- تورم بیضه در دام های نر و گاه عقیم شدن دامهای نر
- نکته: معمولاً نمی توان از روی ظاهر حیوانات به بیماری بروسلوز در آنها پی برد.

دام ها چگونه به بروسلوز آلوده می شوند؟

- ۱- به دنیا آمدن از مادر آلوده به میکروب و خوردن شیر از مادر آلوده
 - ۲- خوردن علوفه آلوده به میکروب
 - ۳- تماس با بافت ها و مایعات آلوده بدن (ترشحات زایمانی، ادرار، فضولات، خون)
 - ۴- استفاده از منبع شرب مشترک با دام های آلوده
 - ۵- از طریق تنفس و استنشاق میکروب های معلق در هوای آغل آلوده
- نکته مهم: ورود دام های آلوده به دامداری ها سرآغاز آلودگی های بعدی

راههای تشخیص بروسلوز در دام ها

- ۱- آزمایش خون دامها
- ۲- کشت دادن میکروب از جفت، جنین، شیر و ترشحات رحمی دام سقط کرده

علائم بیماری در انسان:

به طور کلی بیماری به صورت حاد یا موزیانه شروع شده و تب مداوم یا منظم با دوره های متناوب، تعریق فراوان به خصوص در شب، خستگی، بی اشتها، کاهش وزن، سردرد، درد عضلانی و درد عمومی بدن تظاهر می کند.

علائم بیماری تا حد زیاد وابسته به نوع بروسلا است و بر اساس شدت بیماری به اشکال حاد، تحت حاد، مزمن و موضعی بروز می نماید.

۱- نوع حاد:

در این شکل بیمار گرفتار لرز ناگهانی، درد عمومی بدن به خصوص درد پشت بوده و عرق شدید دارد. بیمار اشتهای خود را از دست داده و از ضعف و سستی شکایت دارد. ضمناً از شروع علائم بیش از ۳ ماه نمی گذارد. تشخیص در این مرحله دشوار است چون علائم اختصاصی تب ت مالت دیده نمی شود.

۲- نوع تحت حاد:

اغلب اوقات حالت تب دار اولیه وجود نداشته و آغاز آن بی سروصدا می باشد ولی گاهی به دنبال مرحله تب دار شروع می شود. شکایت بیمار از ضعف و خستگی است. از آغاز بیماری ۳ تا ۱۲ ماه طول می کشد. عارضه های بیماری بیشتر شده و در هر جای بدن به ویژه استخوان ها و مفاصل دیده می شود.

۳- نوع مزمن:

غالباً علایم بعد از یک دوره تب دار سال ها باقی می ماند. بیماران اغلب تب ندارند- امکان افسردگی، بی حالی بدن دردهای مزمن و خسته کننده وجود دارد. (تشخیص آزمایشگاهی در این مرحله سخت بوده و نیاز به دقت پزشک دارد).

۴- نوع موضعی:

باکتری های بروسلوز می توانند در اعضاء مختلف بدن ایجاد عفونت موضعی نمایند. شایع ترین اعضاء مبتلا شامل استخوان ها، مفاصل، سیستم اعصاب مرکزی (CNS)، قلب، ریه، طحال، بیضه ها، کبد، کیسه صفرا، کلیه ها، پروستات و پوست می باشند.

مخزن بیماری:

مخازن بیماری در ایران عمدتاً گوسفند و بز بوده و البته گاوهای مبتلا نیز از عوامل ایجاد بیماری در انسان می باشند.

دوره کمون:

وقتی که برخورد با منبع عفونت مستمر باشد، چه از راه نوشیدن شیر خام و یا تماس شغلی، تعیین زمان دقیق آلودگی و لذا دوره نهفتگی مشکل خواهد بود، اما در مواردی که عفونت به دنبال یک تماس مشخص باشد، دوره نهفتگی اغلب بین ۱ تا ۳ هفته می باشد. گاهی اوقات بین ۱۷-۶ ماه نیز گزارش شده اند.

راه‌های سرایت:

- ۱- تماس مستقیم از راه مستقیم چشم و یا از طریق تماس خراش‌ها و جراحات پوست با ترشحات، مواد دفعی، یا بافت‌های حیوانات آلوده یا اشیاء آغشته به ترشحات دفعی
- ۲- مصرف بافت‌ها، مواد غذایی یا مایعات حاوی باکتری بروسلا مانند: شیر و فراورده‌های لبنی آلوده، خصوصاً پنیر تازه، خامه و سرشیر، مواد بروسلوز انسانی ناشی از گوشت و فراورده‌های آن کمتر از استفاده از فراورده‌های لبنی آلوده می‌باشد با این وجود گوشت، اعضاء و خون تمامی انواع حیوانات ممکن است حاوی بروسلا باشد.
- ۳- انتقال تنفسی از طریق استنشاق ذرات عفونی معلق در آغل، اصطبل و آزمایشگاه
- انتقال بروسلوز از انسان به انسان بسیار نادر است. تلقیح مصنوعی، واکسیناسیون و نمونه برداری از خون در برنامه‌های خون‌گیری از گاو به موارد متعدد بروسلوز در بین دامپزشکان و تکنسین‌ها منجر شده است.

تشخیص:

- معمولاً آزمایش رایت توسط پزشک توصیه می‌گردد که به طور معمول تیترا رایت مساوی یا بیشتر از $\frac{1}{80}$ نشانه عدم وجود بیماری است که برای بررسی دقیق‌تر از آزمایش 2ME (۲- مرکاپتواتانول) و آزمایش کومبس رایت استفاده می‌شود.

درمان: (جهت مطالعه)

- درمان تب مالت الزاماً ترکیبی و با بیش از یک دارو توصیه می‌شود و رژیم‌های درمانی توصیه شده توسط کمیته فنی کشوری برای بزرگسالان به شرح زیر می‌باشد:
- ۱- ریفامپین به همراه داکسی‌سیکلین برای مدت ۸ هفته
 - ۲- داکسی‌سایکلین یا تتراسایکلین به مدت ۸ هفته به همراه جنتامایسین برای مدت ۲ هفته
 - ۳- ریفامپین به همراه کوتیموکسازول بالغین به مدت ۸ هفته

در درمان تب مالت نکات زیر مورد تاکید است: (جهت مطالعه)

- ۱- درمان تک دارویی در مورد تب مالت توصیه نمی شود مگر در ماه اول و ماه آخر حاملگی
- ۲- دوره درمان ۸ هفته و حداکثر آن بستگی به نظر پزشک معالج دارد.
- ۳- برای کنترل نتیجه درمان بیمار، بررسی آزمایشگاهی به تنهایی توصیه نمی شود بلکه علاوه بالینی و نتیجه آزمایشگاهی خصوصا تیترا 2ME با همدیگر در میزان پاسخ به درمان تعیین کننده هستند.

مراقبت و پیشگیری:

- ۱- گزارش دهی بیماری به صورت غیر فوری می باشد.
- ۲- ارجاع مورد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی روستایی جهت معاینه توسط پزشک و انجام آزمایشات لازم و تشخیص قطعی
- ۳- شیر باید پاستوریزه شده یا به مدت ۵ دقیقه جوشانده شود پنیر تازه به مدت حداقل ۳ ماه در آب نمک نگهداری و سپس مصرف شود.
- ۴- کشاورزان، کارگران کشتارگاه ها و کارخانجات بسته بندی گوشت باید جوانب احتیاط را در برخورد با لاشه یا محصولات دامی تهیه شده از حیوانات مشکوک به بیماری را رعایت نمایند.
- ۵- افرادی که با پوست حیوانات سروکار دارند، از پوشش محافظ دست و بدن استفاده کنند.
- ۶- در مناطق با شیوع بالای بیماری، دام های در معرض خطر بیماری علیه بیماری واکسینه شوند.

- ۷- ثبت موارد مثبت بازگشت داده شده از مراکز بهداشتی، درمانی و بیمارستان ها در فرم

پیشگیری بیماری

- ۸- پیشگیری بیماران و نظارت بر مصرف داروی آن ها
- ۹- آموزش مردم خصوصا خانواده هایی که موارد مثبت بیماری در آن ها ظاهر شده از نظر

چگونگی مراقب و راه های انتقال و پیشگیری از بیماری تب مالت

۱۰- تکمیل فرم گزارش اطلاعات تب مالت و ارسال آن به مرکز بهداشتی درمانی

۱۱- شناسایی خانوارهای دارای دام مبتلا به بیماری تب مالت و دام های واجد شرایط

واکسیناسیون و اعلام به دامپزشکی و پیگیری تا حصول نتیجه

اقدامات پیشگیری از بروسلوز در دام ها؟

- واکسیناسیون به موقع دام ها در زمان مناسب طبق برنامه سازمان دامپزشکی (دام کم سن

نابالغ در سال اول زندگی واکسینه شود و دام بالغ هر دو سال یکبار)

همکاری مردم با برنامه واکسیناسیون بسیار مهم است. اگر دامی از برنامه واکسیناسیون جامانده

باشد، دامداران بهتر است به سازمان دامپزشکی اطلاع دهند و واکسیناسیون رایگان دام خود را

پیگیری نمایند.

- ایجاد محل زندگی سالم و بهداشتی برای دام ها (از نظر نور و شرایط بهداشتی)

- خودداری از وارد کردن دام های بدون سابقه واکسیناسیون به محل نگهداری سایر دامها

- خرید و فروش دام با مجوز سازمان دامپزشکی و خودداری از جابجایی غیر مجاز دام

- ساختن محل قرنطینه برای دام های آّبستن تازه خریداری شده تا بعد از زایمان

- ضدعفونی کردن محل زایمان بعد از زایمان دام

- جداسازی دام های سقط کرده و بیماری از سایر دام ها

- دفن بهداشتی جنین سقط شده و ترشحات آلوده در عمق دو متری زمین

- پاکسازی روزانه محل زندگی دام ها و گندزدایی دوره ای کف و دیوار

- سگ ها باعث «پخش شدن» بیماری در محیط می شوند لذا نباید برای تغذیه سگ های

نگهبان از جنین و جفت سقط شده استفاده نمود.

- جلوگیری از چرای دام ها در مراتعی که قبلا توسط گله های آلوده و دارای سابقه سقط

جنین مورد استفاده قرار گرفته است.

- گزارش سقط دام ها به شبکه دامپزشکی محل سکونت

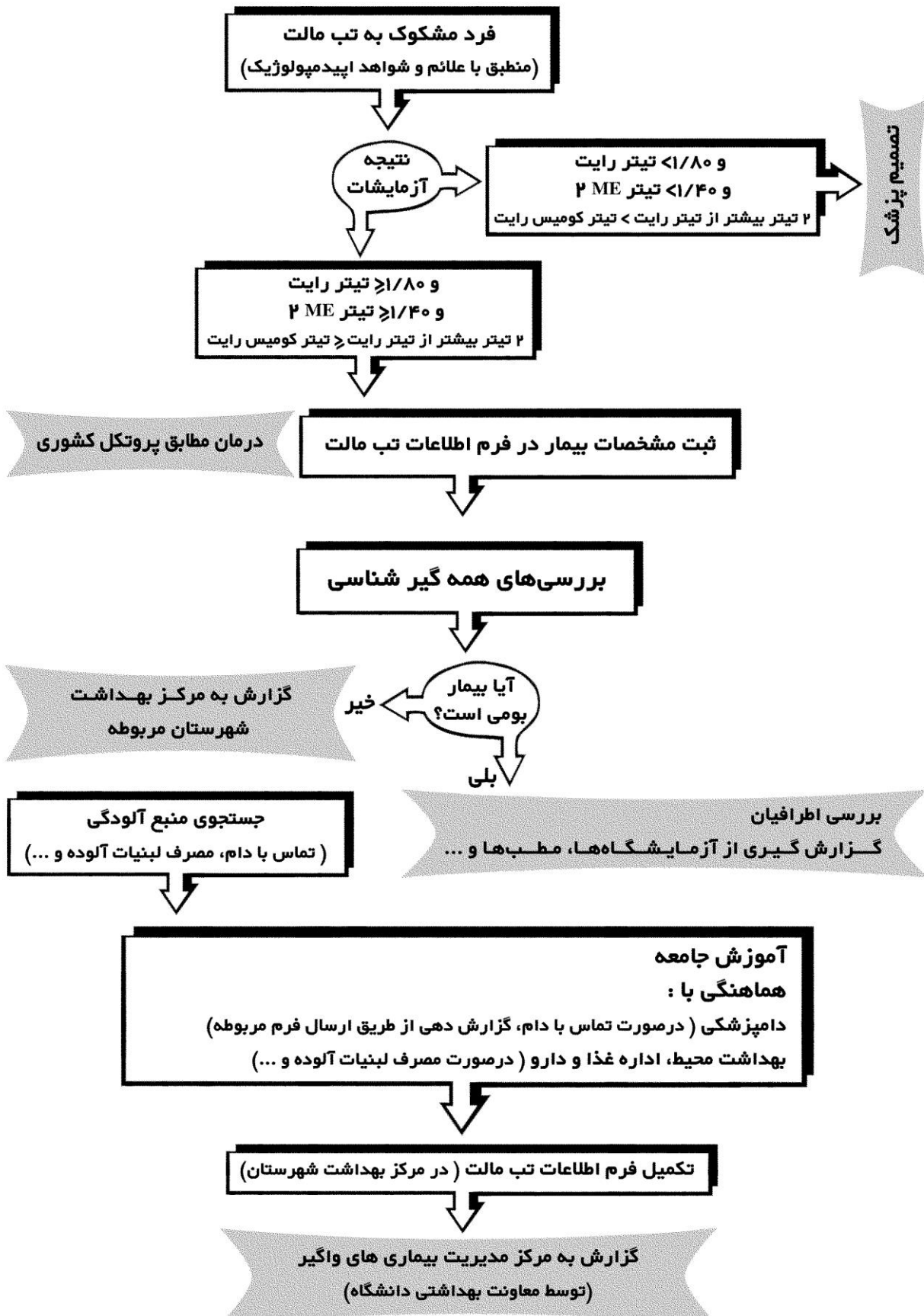
درمان بروسلوز در دامها

۱- ایجاد مقاومت دارویی ← خطر برای انسان

۲- بی اثر بودن و اقتصادی نبودن

درمان انجام نمی شود لذا پس از شناسایی، دام آلوده را از گله جدا و کشتار می کنند.

فلوچارت مراقبت بیماری تب مالت (بروسلوز)



سال: ماه گزارش:	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان شهرستان	فرم گزارش اطلاعات بیماری تب مالت
اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	کد ملی:
سن:	جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	ملیت:
شغل:	منطقه محل سکونت بیمار:	شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/>
آدرس محل سکونت بیمار:	کد پستی:	
اطلاعات اپیدمیولوژیک		
سابقه تماس با دام: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
سابقه تماس با دام در ۱۸ ماه گذشته:		
نگهداری دام در محل سکونت <input type="checkbox"/>		
تماس با ترشحات زایمانی یا جنین سقط شده دام <input type="checkbox"/>		
تماس با دام زنده <input type="checkbox"/> ذبح دام <input type="checkbox"/>		
تماس با لاشه و ترشحات پس از ذبح <input type="checkbox"/>		
سابقه استفاده از فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه:		
شیر غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/> پنیر غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/> خامه غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/> کره غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/>		
آغوز <input type="checkbox"/> سرشیر <input type="checkbox"/> بستنی غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/>		
ابتلا سایر افراد خانواده در ۱۸ ماه گذشته: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
اطلاعات علائم بالینی		
تاریخ بروز علائم بیماری: / /		
تاریخ تشخیص بالینی: / /		
علائم بالینی: تب <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> کمردرد <input type="checkbox"/> درد عضلانی، استخوانی <input type="checkbox"/>		
آدنویاتی <input type="checkbox"/> بزرگی طحال <input type="checkbox"/> بزرگی کبد <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/>		
اطلاعات آزمایشگاهی		
نتیجه آزمایش تشخیص رایت:		
<input type="checkbox"/> ۱/۴۰ <input type="checkbox"/> ۱/۸۰ <input type="checkbox"/> ۱/۱۶۰ <input type="checkbox"/> ۱/۳۲۰ <input type="checkbox"/> ۱/۶۴۰ <input type="checkbox"/> ۱/۱۲۸۰		
نتیجه آزمایش تشخیصی کومبس رایت:		
<input type="checkbox"/> ۱/۴۰ <input type="checkbox"/> ۱/۸۰ <input type="checkbox"/> ۱/۱۶۰ <input type="checkbox"/> ۱/۳۲۰ <input type="checkbox"/> ۱/۶۴۰ <input type="checkbox"/> ۱/۱۲۸۰		

نتیجه آزمایش تشخیصی 2ME:																					
<input type="checkbox"/> ۱/۴۰ <input type="checkbox"/> ۱/۳۲۰ <input type="checkbox"/> ۱/۱۶۰ <input type="checkbox"/> ۱/۸۰ <input type="checkbox"/> ۱/۴۰																					
نتیجه سایر آزمایش‌های تخصصی انجام شده:																					
نوع آزمایش: _____ نتیجه آزمایش: _____																					
اطلاعات اقدامات درمانی و مراقبتی بیمار																					
مورد بیماری: جدید <input type="checkbox"/> شکست درمان <input type="checkbox"/> (مورد جدید بیماری است که برای اولین بار ثبت شده است / مورد شکست درمان بیماری، بیماری است که حداقل یک دوره کامل درمان دریافت کرده ولی علائم بهبود نیافته یا پس از بهبودی عود کرده است.)																					
نوع داروی تجویزی و مدت مصرف آن:																					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">تتراسایکلین</td> <td style="width: 50%; text-align: left;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; text-align: right;">مدت مصرف:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">داکسی سیکلین</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">مدت مصرف:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">استرپتومایسین</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">مدت مصرف:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">جتتامایسین</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">مدت مصرف:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">کوتریموکسازول</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">مدت مصرف:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ریفامپین</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">مدت مصرف:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">سایر داروهای تجویزی:</td> <td></td> <td style="text-align: right;">مدت مصرف:</td> </tr> </table>	تتراسایکلین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:	داکسی سیکلین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:	استرپتومایسین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:	جتتامایسین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:	کوتریموکسازول	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:	ریفامپین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:	سایر داروهای تجویزی:		مدت مصرف:
تتراسایکلین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:																			
داکسی سیکلین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:																			
استرپتومایسین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:																			
جتتامایسین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:																			
کوتریموکسازول	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:																			
ریفامپین	<input type="checkbox"/>	مدت مصرف:																			
سایر داروهای تجویزی:		مدت مصرف:																			
تاریخ درمان قبلی: / / مدت درمان قبلی:																					
<input type="checkbox"/> ۲ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۳-۴ هفته <input type="checkbox"/> ۵-۶ هفته <input type="checkbox"/> ۷-۸ هفته <input type="checkbox"/> بیش از ۸ هفته																					
عوارض بیماری:																					
<input type="checkbox"/> آرتریت <input type="checkbox"/> اسپوندیلیت <input type="checkbox"/> آنسفالیت <input type="checkbox"/> ارکیت <input type="checkbox"/> اندوکاردیت																					
سایر: _____																					
همکاری با اداره کل دامپزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>																					
سابقه واکسیناسیون دام‌های منطقه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>																					
سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید:																					

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- بیماری تب مالت را تعریف کنید.
 - ۲- علایم بیماری تب مالت را شرح دهید.
 - ۳- راههای پیشگیری بیماری تب مالت را توضیح دهید.
- تمرین داخل کلاس:

- ۱- علایم بیماری تب مالت را برای یک گروه هدف فرضی (دامداران) آموزش دهید.

بیماری هاری

تعریف:

بیماری ویروسی حاد و کشنده که دستگاه عصبی مرکزی (CNS) را گرفتار می کند بیماری مخصوص حیوانات گوشتخوار اهلی و وحشی است ولی انسان و سایر پستانداران خونگرم هم به صورت تصادفی به آن مبتلا می شوند.

اهمیت بیماری:

اهمیت بیماری به دلیل مرگ و میر بالای آن است. زیرا در صورت آلوده بودن حیوان گزنده و انجام ندادن اقدامات به موقع پس از مدتی علایم بیماری در فرد ظاهر شده که در این صورت متأسفانه هیچ راه علاج و درمانی ندارد و منجر به مرگ انسان خواهد شد.

عامل بیماری زای:

عامل بیماری هاری ویروسی عصب دوست می باشد. در دستگاه عصبی، بزاق، ادرار، لثه و شیر یافت می شود اما استقرار آن دستگاه عصبی مرکزی است.

مخزن بیماری:

بسیاری از حیوانات وحشی خانواده سگ سانان از جمله سگ، روباه، شغال و سایر حیوانات گازگیرنده، مخزن طبیعی این ویروس هستند. خفاش هم حامل بیماری است ولی خودش بیمار نمی شود. برخی پرندگان دیگر هم حامل سالم ویروس هایی هستند اما حاملین سالم هاری در سگ ها وجود ندارد.

راه های انتقال بیماری:

- ۱- گاز گرفتن، اصلی ترین راه سرایت بیماری، گاز گرفتن به وسیله حیوان هار است.
- ۲- پوست خراشیده شده (چنگ زدن توسط گربه، سگ و ...)
- ۳- نسوج مخاطی (سگ ها و گربه ها به ظاهر سالم که در اواخر دوره نهفتگی هستند از طریق لیسیدن لب، چشم و بینی انسان می توانند بیماری را منتقل کنند).
- ۴- جفت (به ندرت)

- ۵- وسایل آلوده، فقط در موارد استثنایی از طریق وسایل آلوده منتقل می شود. (ویروس در مقابل نور و خشکی به سرعت از بین می رود).
- ۶- تنفس، سرایت از راه تنفس در غارهایی که خفاش های آلوده زندگی می کنند زیاد است.
- ۷- دستگاه گوارش، انتقال از راه گوارش بسیار نادر است، شاید در حیوانات وحشی و گوشتخواران از راه خوردن لاشه آلوده انتقال یابد.
- ۸- انتقال از انسان به انسان نیز نادر است اما نمی توان گفت غیر ممکن است.

دوره کمون:

بستگی به محل گاز گرفتن، شدت آن، مقدار ویروس وارد شده به بدن، نوع جانور گزنده و درمان انجام شده دارد. دوره نهفتگی به طور معمول در انسان ۱۵ روز تا ۳ ماه و به طور متوسط ۱ تا ۲ ماه به طول می انجامد ولی از چند روز تا بیش از سه ماه، حتی تا چند سال هم مشاهده شده است.

علائم بیماری در حیوان:

اولین علامت تغییر در رفتار حیوان است. تحریک پذیری شدید، حالت حمله ای گرفتن، گاز گرفتن اشیاء، دور شدن از خانه، تغییر صدا، زوزه کشیدن، ریزش کف از دهان، نفس کشیدن منقطع (پایان بیماری) و مرگ به علت فلجی از ویژگی های بیماری است. البته احتمال دارد به فرم فلجی یا ساکت خود را نشان دهد، که در آن حالت حیوان به گوشه ای پناه می برد، ابتدا دست و پا فلج شده، حیوان به حالت خواب، دراز کشیده و بعد از ۲ یا ۳ روز به علت فلج دستگاه تنفسی می میرد. در جانوران نشانه هیدروفوبی دیده نمی شود.

علائم بیماری در انسان:

تغییر حس در محل گاز گرفتگی به شکل احساس خارش و مورمور، سردرد، تب و بی قراری، دلهره و وحشت، تغییر خلق و رفتار، حالت تحریک پذیری شدید، ترس از نور، صدا و هوا که در اثر کوچک ترین تحریکی و دیدن آب به شدت تحریک شده حالت تشنج و حمله به اطرافیان در وی ایجاد می شود. در نهایت به علت فلج عضلات دستگاه تنفس منجر به مرگ بیمار

می گردد.

اقداماتی که برای شخص حیوان گزیده باید انجام داد:

در کشور ما با توجه به بومی بودن و مخازن بیماری هاری هر نوع حیوان گزیدگی توسط حیوانات پستاندار خونگرم را باید مشکوک به هاری تلقی نموده و در موقع برخورد با شخص گزیده شده توسط حیوان مشکوک به هاری اقدامات زیر می باید انجام پذیرد. لازم به توضیح است که این اقدامات می باید هر چه زودتر شروع شود، در غیر این صورت احتمال مبتلا شدن فرد به بیماری هاری زیادتر می گردد.

این اقدامات عبارتند از:

- ۱- شستشوی محل گزیدگی با آب و صابون به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه
- ۲- خارج کردن کف صابون از لابه لای زخم با فشار آب (استفاده از شلنگ یا استفاده از پیستوله آب پاش)
- ۳- قطع یا برداشت کامل قسمت های نکروزه
- ۴- ضدعفونی کردن محل زخم با الکل ۷۰-۴۰ درجه یا بتادین و یا سایر مواد ضدعفونی کننده
- ۵- بستن و بخیه زدن محل زخم
- ۶- ارجاع فوری مجروح به مرکز بهداشت شهرستان جهت انجام اقدامات مربوطه
- ۷- تزریق سرم واکسن ضد هاری (روز صفر -۳-۷-۱۴ و ۲۸) و سرم در صورت نیاز فقط در مراجعه اول تلقیح می شود)
- ۸- تزریق سرم و واکسن ضد کزاز (توام)
- ۹- دادن داروهای جانبی
- ۱۰- در صورتی که حیوان مهاجم حیوان خانگی است (سگ و گربه) می توان آن را به مدت ۱۰ روز تحت مراقبت قرار داده در صورتی که ظرف ۱۰ روز حیوان از بین رفت و یا علایم هاری را نشان داد به احتمال زیاد مبتلا به هاری بوده و باید واکسیناسیون فرد علیه هاری تا ۵ نوبت ادامه

یابد، ولی در صورت زنده ماندن لزومی به ادامه واکسیناسیون شخص مجروح نیست و تزریق سه نوبت واکسن کافی می باشد.

۱۱- واکسیناسیون پس از گزش و خراش توسط موش خرما (خدننگ- راسو) یا شک به گزش توسط آن به طور کامل ۵ نوبتی انجام می شود.

وظایف بهورز خانه بهداشت در موقع مواجهه به شخص حیوان گزیده شامل موارد زیر است:

- ۱- شستشوی محل گزیدگی با آب و صابون به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه
- ۲- آموزش فرد مجروح از خطر هاری و حیوان گزیدگی و متقاعد نمودن وی به مراجعه فوری به مرکز درمان پیشگیری
- ۳- ثبت آدرس و مشخصات فرد مجروح و اعلام فوری آن (گزارش تلفنی) به مراکز بهداشتی درمانی و یا مرکز بهداشت به منظور پیگیری شروع و ادامه واکسیناسیون هاری
- ۴- پیگیری ادامه واکسیناسیون هاری فرد از طریق کنترل تاریخ های واکسیناسیون و توصیه های لازم به ادامه واکسیناسیون در زمان های تعیین شده.
- ۵- تحت مراقبت قرار دادن حیوان مهاجم به مدت ۱۰ روز و اعلام وضعیت حیوان به مرکز بهداشت شهرستان
- ۶- آموزش به روستائیان در خصوص اهمیت بیماری، راه های انتقال، خطر مرگ و میر بالای بیماری و آگاه کردن مردم در زمینه مراجعه فوری به خانه بهداشت در صورتی که مورد گزش هر نوع حیوان قرار گرفتند.
- ۷- آموزش دامداران و روستائیان در خصوص همکاری با مسئولان دامپزشکی در زمینه شناسایی و قلاده زدن و واکسینه نمودن سگ های خانگی و سگ گله علیه هاری
- ۸- ثبت اقدامات در فرم پیگیری پرونده خانوار و کارت درمان پیشگیری هاری

واکسن ضد هاری:

واکسن هاری حاوی ویروس کشته شده می باشد که به میزان ۰/۵ میلی لیتر عضلانی (بزرگسالان در عضله دلتوئید و در اطفال قسمت قدامی خارجی ران) تزریق می گردد و بایستی واکسن در دمای ۲-۸ درجه سانتی گراد نگهداری شود. در صورتی که حیوان گزنده تک سمی مشکوک و یا نشخوار کننده باشد درمان پیشگیری ۵ نوبتی انجام می شود.

تزریق سرم ضد هاری:

سرم ضد هاری فقط به کسانی تزریق می شود که دارای یک یا چند گزیدگی یا خراش های عمیق جلدی (خراشی که در آن خون دیده شود) یا آلوده شدن غشای مخاطی یا بزاق و یا خراش های سر و صورت و گردن باشند.

جهت مطالعه

(دز مصرفی سرم ضد هاری ۲۰ واحد به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است که در صورت امکان قسمت اعظم سرم به صورت انفیلتراسیون در اطراف زخم و مابقی به صورت عضلانی در ناحیه سرین تزریق می گردد. اگر حجم سرم مورد نیاز بیش از ۵ میلی لیتر باشد باید در دو محل جداگانه تزریق شود.)

نکته های مهم و آخرین توصیه های سازمان جهانی بهداشت و کمیته فنی کشوری هاری در درمان پیشگیری ضدهاری آسیب دیدگان حیوان گزیده:

- ۱- واکسن ضد هاری در بالغین حتما باید در عضله دلتوئید بازو تزریق شود.
- ۲- واکسن ضد هاری در اطفال کمتر از دو سال حتما باید در ناحیه بالا و قسمت جانبی ران تزریق گردد.
- ۳- واکسن ضدهاری نباید در سرین تزریق شود.
- ۴- تمایز بین گاز گرفتن از روی لباس و بدن عریان باید حذف و درمان پیشگیری هاری انجام شود.

- ۵- بر اساس آخرین توصیه های سازمان جهانی بهداشت، آسیب دیدگان گاز گرفته توسط جوندگانی مانند موش خانگی و صحرایی و خرگوش به درمان پیشگیری نیازی ندارند. البته درباره آسیب دیدگان گاز گرفته توسط موش خرما و راسو درمان پیشگیری ضد هاری ضروری است.
- ۶- افرادی که واکسیناسیون ۵ نوبتی شده اند که دوباره توسط حیوانی گزیده شوند، تزریق سرم به آن ها توصیه نمی گردد.
- ۷- افراد گاز گرفته توسط سگ واکسینه به علت عدم اعتماد به ایمنی و امکان انتقال بیماری هاری باید طبق دستورالعمل تحت درمان پیشگیری قرار گیرند.
- ۸- بیماران با اختلال ایمنی مثل HIV و ... در صورت زخم کوچک نیز احتیاج به سرم ضد هاری دارند.

نمونه کارت درمان پیشگیری هاری

پشت کارت						روی کارت
نوبت واکسن	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	<div style="text-align: center;"> دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت مرکز درمان پیشگیری هاری </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> نام خانوادگی: نام پدر: </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> تاریخ حیوان گزیدگی: تاریخ شروع درمان: </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> با تزریق به موقع واکسن ضدهاری خود را از ابتلا به این بیماری مهلک و سددردمند کشته نجات دهید. </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> امضاء مسئول آدرس: </div>
ضدهاری	روز صفر	روز ۳	روز ۷	روز ۱۴	روز ۲۸	
تاریخ تزریق واکسن						
نوبت واکسن کزاز	اول	دوم	یادآور	یادآور	یادآور	
تاریخ تزریق واکسن						

تاریخ تزریق سرم ضدهاری: مقدار تزریق سرم ضدهاری:

تاریخ تزریق سرم ضد کزاز: نوع و مقدار تزریق سرم ضد کزاز:

راهنمای کشوری مبارزه با هاری

فرم بررسی انفرادی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش	مرکز بهداشتی درمانی شهری
بیماری هاری	پزشکی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	مرکز بهداشتی درمانی روستایی
تاریخ تهیه فرم	و خدمات بهداشتی درمانی	خانه بهداشت
	مرکز بهداشت شهرستان	تیم سیار
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
سن:	جنس:	شغل:
		میزان سواد:
نشانی محل سکونت:		
نشانی محل تهاجم:	حیوان مهاجم:	وضعیت حیوان مهاجم:
تاریخ حادثه:	تاریخ بروز علائم:	منبع گزارش:
تعداد و نحوه ضایعات ایجاد شده:		عضو آسیب دیده:
تاریخ مراجعه به پزشک:		
علائم بالینی:		تاریخ فوت:
نتایج آزمایش‌های تشخیصی با ذکر محل آزمایش:		
بررسی همه‌گیری شناسی		
- سابقه حیوان کزیدگی در فرد:		
- سابقه واکسیناسیون و سرم تراپی در فرد با ذکر تعداد و نوبت:		
- سابقه واکسیناسیون حیوان مهاجم با ذکر تعداد و نوبت:		

اقدام‌های پیگیری

- نتیجه آزمایشگاهی نمونه حیوان مهاجم:

- اقدام‌های درمان پیشگیری بیماری در فرد حیوان گزیده:

واکسن ضدهاری	نوبت‌های واکسن شماره سریال	نوبت	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	یادآور اول
		صفر	(روز سوم)	(روز هفتم)	(روز چهاردهم)	(روز بیست و هشتم)

تلقیح سرم ضدهاری (ایمنوگلوبولین اختصاصی انسانی)				
شماره سریال	تاریخ انقضا	تاریخ تزریق	مقدار تجویز شده	محل تزریق

اقدام‌های پیگیری اطرافیان فرد حیوان گزیده:

نام پزشک بررسی کننده: تاریخ بررسی: امضاء و شماره نظام پزشکی:

نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماری‌های استان:

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشت شهرستان نگهداری و نسخه بعدی به مرکز بهداشت استان و سپس به مرکز مدیریت بیماری‌های ارسال می‌گردد.

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- علایم بیماری هاری در انسان و حیوان را نام ببرید.
- ۲- راه های مراقبت و پیشگیری (پروتکل کشوری) را نام ببرید.

تمرین داخل کلاس:

- ۱- اقدامات لازم پس از مراجعه فرد حیوان گزیده را به صورت عملی نشان دهید.

سیاه زخم (آنتراکس)

بیماری سیاه زخم یکی از بیماری‌های عفونی حاد حیوانات است که انسان را به صورت تصادفی در اثر تماس با حیوانات آلوده (سیاه زخم کشاورزی) یا فراورده‌های آن‌ها (سیاه زخم صنعتی)، مانند پشم، مو، استخوان، سفیدآب یا استنشاق افشانه‌های آلوده درگیر می‌کند.

اپیدمیولوژی (اهمیت)

بیماری سیاه زخم باعث بروز مرگ و میر فراوانی در دام‌ها می‌شود و زمینه را برای وابستگی‌های اقتصادی و سیاسی فراهم می‌کند هم‌چنین باعث بروز مرگ و میر در انسان می‌شود. امروزه به عنوان یکی از جنگ‌افزارهای بسیار قوی (بیوتروریسم) مطرح است. در آمریکا ۸۰٪ موارد ابتلا ناشی از صنعت و بقیه در ارتباط با کشاورزی است.

سیاه زخم بومی و همه‌گیر در حیوانات از سال‌های قبل جزء معضلات مهم کشاورزی و دام پروری ایران، ترکیه، پاکستان و سودان بوده است. در سال ۱۹۷۴ بیش از یک میلیون راس دام در اثر ابتلا به این بیماری در ایران تلف شده است.

عامل عفونت:

با سیلوس آنتراسیس عامل این بیماری است.

مخزن:

حیوانات (علفخواران وحشی و اهلی)

دوره کمون:

در نوع پوستی حدود ۱۰-۳ روز و در نوع گوارشی و استنشاقی ۷-۱ روز است.

دوره واگیری:

انتقال بیماری از انسان به انسان خیلی به ندرت اتفاق می‌افتد و خاک و اجسام آلوده به خاک ممکن است برای سال‌های متمادی آلوده‌کننده باقی بمانند.

راه های سرایت:

۱- در اثر تماس با حیوانات آلوده یا فراورده های آن ها مانند پشم، پوست و چرم

۲- خاک آلوده

۳- استنشاق هوای آلوده (استنشاقی)

۴- خوردن شیر و گوشت آلوده (گوارشی)

علائم بالینی:**سیاه زخم استنشاقی:**

این نوع بیماری حدود ۵٪ از کل موارد را شامل می شود و توسط استنشاق اسپور باکتری در افرادی که با محصولات حیوانی آلوده تماس داشته اند ایجاد می شود. علائم اولیه غیر اختصاصی شامل تب خفیف، بی حالی، سرفه و درد قفسه سینه خفیف می باشند. علائم حاد در طی ۳-۵ روز بعد از علائم اولیه به صورت تب شدید، تنگی نفس، کبود شدن ناخن ها و زبان در اثر کم بودن اکسیژن که در مدت ۲۴ ساعت به مرگ می انجامد. میزان مرگ و میر ۸۰ تا ۱۰۰٪ است و درمان آن معمولاً ناموفق است.

سیاه زخم جلدی:

شایع ترین فرم بیماری است و ۹۵٪ موارد را تشکیل می دهد. در ابتدا محل ورود باکتری به پوست دچار خارش شده و سپس یک ضایعه به شکل پاپول ایجاد می شود. این ضایعه تبدیل به یک ضایعه تاولی شده و ۲-۶ روز بعد به یک اسکار فرو رفته سیاه رنگ و بدون درد تبدیل می شود. در طی این مراحل ادم متوسط تا شدیدی در اطراف ضایعه ایجاد می شود که گاهی دردناک می باشد. شایع ترین محل ضایعات، سر، بازوها و دست ها می باشد. باکتری در ضایعات درمان نشده می تواند وارد غدد لنفاوی و جریان خون شده و سپتی سمی ایجاد نماید. میزان مرگ و میر در صورت عدم درمان ۲۰-۵٪ است.

سیاه زخم گوارشی

این شکل از بیماری نادر است. علائم آن شامل تب، تهوع، استفراغ، درد شکم، اسهال خونی است. میزان مرگ و میر در صورت عدم درمان ۵۰٪ است.

مننژیت:

نادرترین عارضه سیاه زخم است به طور اتفاقی شاید از راه خون به سیستم اعصاب مرکزی و مننژ برسد.

علائم بیماری در حیوانات:

علائم این بیماری در حیوانات ممکن است به سرعت اتفاق بیفتد. حیوان ممکن است دچار لرزش عضلانی، تنگی نفس و پرخونی مخاط گردد و به فاصله کوتاهی به مرگ خاتمه یابد. همچنین به دنبال تلف شدن حیوان ترشح خون از منافذ طبیعی به بدن شامل مقعد، واژن، بینی، دهان و حتی از چشم ها و گوش ها جاری می گردد.

در شکل حاد بیماری ممکن است نشانه هایی تا ۴۸ ساعت قبل از مرگ حیوان مشاهده گردد که شامل: افسردگی، بی حالی و سستی، بی اشتها، تب، افزایش ضربان قلب، پرخونی پرده های مخاطی و قطع نشخوار می باشد. در گاو سقط جنین و کاهش مقدار شیر نیز مشاهده می گردد.

گزارش دهی فوری □ غیر فوری ■

گزارش دهی سیاه زخم تنفسی فوری است.

تشخیص:

در سیاه زخم جلدی وجود اسکار تیره مرکزی، کشت ضایعات پوستی، کشت خون یا نمونه گیری از پوست.

درمان: مطالعه

سیاه زخم جلدی: استفاده از پنی سیلین تزریقی تا فروکش کردن ادم و سپس پنی سیلین خوراکی به مدت ۷-۵ روز (در افراد حساس به پنی سیلین از سیپروفلوکساسین، اریترومايسين، تراسایکلین) می توان استفاده کرد.

مراقبت و پیشگیری:

- ۱- آموزش بهداشت در مورد نحوه استفاده از پوست، گوشت و پشم حیوانات
- ۲- مایه کوبی حیوانات که در معرض خطر ابتلا هستند توسط اداره دامپزشکی، معمولاً

حیوانات به مدت ۲۱ روز بعد از آخرین مورد تلفات ناشی از سیاه زخم قرنطینه شده و به فاصله ۲۴ روز پس از واکسیناسیون با واکسن های اسپور زنده نیاستی به کشتارگاه اعزام شوند.

۳- جلوگیری از دستکاری یا مصرف لاشه دام هایی که ناگهان تلف شده اند و سوزاندن و دفن بهداشتی لاشه ها (در عمق مناسب همراه با ریختن آهک روی آن ها)

۴- کنترل گرد و خاک و تهویه صحیح در کارخانه هایی که احتمال آلودگی وجود دارد.

۵- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط

پزشک

۶- خودداری از مصرف شیر یا گوشت حیوانات مبتلا به سیاه زخم

۷- همکاری با اکیپ های مرکز بهداشت و مرکز بهداشتی- درمانی و اداره دامپزشکی که

جهت بررسی مراجعه نمایند.

۸- واکسیناسیون افراد در معرض خطر

۹- آموزش کارکنان صنایع که احتمال آلودگی آن ها وجود دارد.

۱۰- خودداری از مصرف سفیدآب

بیماری کیست هیداتیت

۱- تعریف بیماری

یک بیماری انگلی است که توسط نوعی انگلی به نام کرم اکینو کوکوس گرانولوسوس ایجاد می شود. نوع بالغ این کرم که خیلی کوچک است در روده باریک سگ زندگی می کند. انسان و حیوانات نشخوار کننده (گاو، گوسفند و بز) در اثر خوردن آب، سبزیجات و علوفه آلوده به تخم انگل، به مرحله نوزادی انگل مبتلا می شوند که این مرحله به نام کیست هیداتید معروف است (کیست هیداتید کیسه های آبکی است که محتوای مرحله نوزادی انگل بوده و در اعضای مختلف بدن ممکن است به وجود آید). کبد و ریه بیشترین آلودگی را داشته و در درجه بعد کلیه، مغز، محوطه شکم، استخوان و سایر اعضای بدن را هم گرفتار می کند.

۲- اهمیت بیماری

اهمیت این بیماری به دلیل گرفتاری اعضای مختلف بدن انسان است که با عوارض و علایم مختلف همراه می باشد. از طرف دیگر چون اساسی ترین راه درمان در انسان جراحی و خارج کردن کیست از عضو آلوده است لذا مخارج سنگینی را به علت عود مکرر متوجه خانواده و مملکت وارد می کند. این بیماری هم چنین به علت آلودگی اندام ها و اعضای مختلف در نشخوار کنندگان سبب خسارات اقتصادی فراوانی می گردد.

۳- راههای انتقال بیماری در انسان و حیوانات

همان طور که ذکر شد نوع بالغ انگل در داخل روده باریک سگ و نوزاد آن (کیست هیداتید) در بدن نشخوار کنندگان و انسان است. لذا انسان و نشخوار کنندگان با خوردن آب-سبزی و علوفه آلوده به تخم انگل و یا تماس انسان با سگ به بیماری مبتلا می شوند. سگ نیز با خوردن اندام های آلوده به کیست به نوع بالغ انگل مبتلا می شود.

۴- علایم بیماری در انسان و حیوانات

در سگ هیچ علامت مشخصه ای معمولاً وجود ندارد. در حیوانات نشخوار کننده و انسان علایم بیماری بستگی به گرفتار شدن عضو آلوده دارد که

می تواند تظاهرات مربوط به هر کدام از اعضای کبد- ریه- کلیه- مغز- طحال و سایر اعضاء بدن باشد.

۵- درمان بیماری در انسان

درمان بیماری معمولا در انسان از طریق عمل جراحی و خارج کردن کیست از بدن است که آن هم باید با ظرافت خاصی انجام شود تا از عود بیماری جلوگیری شود.

۶- درمان بیماری در سگ

در صورت آلودگی سگ به راحتی با دادن داروی ضد انگل درمان پذیر بوده و حتی توصیه می شود که جهت رفع آلودگی در این حیوانات مرتباً زیر نظر دامپزشکی هر چند ماه یک بار از داروی ضد انگل استفاده شود. بنابراین کسانی که دارای سگ خانگی و گله می باشند باید این موضوع را مد نظر داشته باشند.

۷- راههای پیشگیری و کنترل بیماری

از طرق زیر به راحتی بیماری قابل پیشگیری و کنترل است که در این زمینه ها نقش آگاهی مردم در زمینه راههای انتقال بیماری و رعایت نکات بهداشتی از اهمیت بیشتری برخوردار است.

۷-۱ آگاه نمودن مردم در زمینه مصرف سبزیجات به نحوی که سبزی باید کاملاً با مواد ضد عفونی کننده و مواد پاک کننده شستشو و بعد مصرف گردد.

۷-۲ کسانی که دارای سگ خانگی و گله هستند می باید تماس محدودی با آن ها داشته باشند (زیرا موی بدن آن ها نیز آلوده به تخم انگل می تواند باشد). نگهداری این حیوانات باید تحت نظر دامپزشک با معاینه دوره ای مرتب و استفاده از داروهای ضد انگل همراه باشد و از لمس کردن آن ها نیز خودداری گردد.

۷-۳ از کشتار حیوانات (گاو، گوسفند و بز) در خارج از کشتارگاه اکیدا خودداری و این کار در کشتارگاه های بهداشتی صورت پذیرد. ضمناً مردم در این خصوص همکاری لازم را باید معمول داشته از خرید گوشت و فراورده های دامی که معاینه نشده و مهر بهداشتی نداشته باشند خودداری نمایند.

۴-۷ بازرسی لاشه و اندام‌ها در موقع کشتار و ضبط و معدوم نمودن اندام‌های آلوده به کیست، به نحوی این اندام‌ها را از دسترسی سگ دور نگهداشته و حتما سوزانیده و یا دفن بهداشتی نمود.

۵-۷ مبارزه با سگ‌های ولگرد شامل معدوم نمودن آن‌ها از طرق مختلف و هم‌چنین جمع‌آوری و دفن صحیح زباله نقش مهمی در کاهش جمعیت آن‌ها و مبارزه با این بیماری و سایر بیماری‌هایی که از طریق سگ به انسان منتقل می‌شود خواهد داشت.

لازم به توضیح است که بهورزخانه بهداشت در خصوص آگاه نمودن مردم، دامداران و افرادی که در ذبح دام دخالت دارند در ارتباط با موارد فوق می‌تواند نقش مهمی را ایفا نماید.

در زمینه جمع‌آوری اطلاعات و ثبت موارد با توجه به این که تشخیص بیماری‌کاری مشکل و فقط در بیمارستان و زیر نظر جراح یا متخصص عفونی انجام می‌شود، لذا ثبت اطلاعات مربوط به موارد در بیمارستان و در فرم‌های مراقبت این بیماری صورت گرفته و از آن‌جا به مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهیانه گزارش می‌شود.

تمرین داخل کلاس:

- ۱- راههای مراقبت و پیشگیری از بیماری کیست هیداتیک را توضیح دهید.
- ۲- بیماری کیست هیداتیک را تعریف کنید.
- ۳- علایم کیست هیداتیک را توضیح دهید.

تمرین نظری:

بیماری کیست هیداتیک را برای یک گروه فرضی دامداران آموزش دهید.

فصل چهارم

بیماری‌های قارچی

انگلی پوستی

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- بیمار مبتلا به کچلی را معاینه نمایند.
- ۲- انواع قارچ‌های ایجاد کننده کچلی در انسان را بشناسند.
- ۳- انواع کچلی‌ها را بشناسند.
- ۴- راه‌های پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های قارچی را بدانند.
- ۵- بیماران مشکوک به کچلی سر و بدن را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهند.
- ۶- وسایل مورد نیاز برای نمونه برداری از کچلی را شناخته و به تهیه آن اقدام کند.
- ۷- نمونه برداری از پوست، مو و ناخن را شرح دهند.

قارچ شناسی

مقدمه

قارچ‌ها سومین سلسله از موجودات زنده طبیعت هستند که شامل مخمرها، کپک‌ها، زنگ‌های گیاهی و قارچ‌های گوشتی هستند. این ارگانیزم یا تک سلولی یا چند سلولی هستند که به شکل ساپروفیت یا پارازیت تغذیه و زندگی می‌کنند. (ساپروفیت: قارچ‌ها با زندگی روی مواد آلی مرده، غذای مورد نیاز خود را به دست می‌آورند. پارازیت: قارچ‌ها با زندگی روی موجودات زنده، غذای مورد نیاز خود را به دست می‌آورند.)

از نظر ماکروسکوپی دو نوع کلنی در قارچ‌ها وجود دارد، کلنی‌های مخمری و کلنی‌های رشته‌ای.

بعضی از قارچ‌ها برحسب شرایط محیط کشت می‌توانند به شکل مخمری (بیماری‌زا) و یا به شکل رشته‌ای (غیر بیماری‌زا) دیده شوند.

قارچ‌هایی که از نظر پزشکی مهم هستند به ۴ گروه تقسیم می‌شوند:

۱- قارچ‌های بیماری‌زا: در سطح یا داخل نسوج بدن انسان یا حیوان زندگی کرده، و به رشد و نمو خود ادامه داده و به حالت انگلی در می‌آیند.

۲- قارچ‌های ساپروفیت: به طور عادی قدرت بیماری‌زایی ندارند ولی اگر شرایط مساعد شوند در انسان و حیوان باعث بیماری شوند.

۳- قارچ‌های سمی

۴- قارچ‌های آلرژی‌زا

انواع قارچ‌های ایجادکننده بیماری (قارچ‌های بیماری‌زا) در انسان:

۱- قارچ‌های انسان دوست که روی بدن انسان تکثیر می‌یابند.

۲- قارچ‌های حیوان دوست که روی بدن حیوان تکثیر می‌یابند.

۳- قارچ‌های خاک دوست که در محیط خاک تکثیر می‌یابند.

شایان ذکر است قارچ‌هایی که در خاک و بدن حیوانات تکثیر می‌یابند بیماری شدیدتری را

در انسان به وجود می آورد.

بیماری کچلی

تعریف:

کچلی به بیماری های قارچی قسمت های کراتین دار بدن (مو، پوست و ناخن) گفته می شود. جنس و گونه های مختلف قارچ هایی که به طور گروهی در ماتوفیت نامیده می شود عامل ایجاد این بیماری بوده و بر حسب آن که بیماری در کدام ناحیه بدن ایجاد شود به گروه های کوچک تری تقسیم می شوند.

انواع کچلی:

الف: کچلی سر

ب: کچلی ناخن

ج: کچلی پا

د: کچلی پوست

الف: کچلی سر

کچلی سر یک ضایعه پیشرونده سر است که توسط انواع مختلفی از قارچ ها ایجاد می شود و در مناطق معتدل و مناطقی که دچار فقر بهداشتی هستند به خصوص در سنین کودکی بیشتر مشاهده می شود، این نوع کچلی بر اثر تماس مستقیم و یا غیر مستقیم با موی انسان و یا حیوانات آلوده به وجود می آید.

وسایلی از قبیل بالش، صندلی سلمانی ها، روسری، کلاه، شانه و وسایل آرایشگران باعث انتقال بیماری می شوند.

در آلودگی سر ابتدا موهای آلوده، رنگ طبیعی خود را از دست داده، بعد بر اثر ترشحات، موها به هم می چسبند، گاهی تا این مرحله فرد خود را نیازمند برای درمان نمی داند.

در مرحله بعدی موهای آلوده ریزش پیدا کرده یا می شکنند. این ریزش به صورت منظم ایجاد می شود پوست آن ناحیه سرخ رنگ و دارای پوسته ریزی است.

اطراف ضایعه ممکن است برآمده بوده و از تاول های ریز پوشیده شده باشد.

ب: کچلی ناخن

بیماری قارچی مزمنی است که یک یا چند انگشت پا و یا دست را مبتلا می کند. ناخن بیمار به تدریج ضخیم، بی رنگ، ترد و زیر آن مواد پنیری شکل جمع می شود و یا این که ناخن حالت گچی پیدا کرده و از انگشت جدا می شود.

ج: کچلی پا

این بیماری با نشانه های مشخص تر کدار و پوسته پوسته شدن پوست، به خصوص پوست بین انگشتان پا و یا با ظهور تاول هایی که محتوی مایع آبکی است تظاهر می یابد.

د: کچلی پوست

یک عفونت قارچی پوست بدن غیر از پوست سر، نقاط مودار بدن و پاها است که با نشانه های مشخص زخم های مسطح، منتشر و حلقه ای شکل ظاهر می شود. محیط زخم ها معمولا قرمز رنگ، تاولی و یا چرکی بوده و ممکن است خشک، زبر و یا مرطوب و دلمه دار باشد با گسترش محیط زخم ها قسمت مرکزی آن ها اغلب تمیز و پوست ظاهرا طبیعی بدن نمایان می شود.

مخزن

در کچلی ناخن و پا اغلب انسان به عنوان مخزن بیماری می باشد اما در کچلی پوست و سر علاوه بر انسان، حیوانات و خاک نیز می توانند به عنوان مخزن بیماری مطرح باشند.

دوره کمون:

تا زمانی که زخم های پوستی وجود دارند و یا اسپور زنده قارچ بر روی اشیاء آلوده باقی است.

روش انتقال:

تماس مستقیم یا غیر مستقیم با پوست یا زخم های افراد مبتلا، وسایل حمام، کف حمام و سایر اشیایی که به وسیله شخص آلوده مصرف می شود.

تشخیص:

تشخیص قطعی بیماری با کشت و جدا کردن قارچ صورت می گیرد. در کچلی سر می توان با استفاده از میکروسکوپ و دیدن رشته های مشخص قارچ و یا اسپور آن ها نیز بیماری را تشخیص داد.

درمان: (جهت مطالعه)

در کچلی پوست و پا مصرف موضعی داروهای ضد قارچ توصیه می شود، در کچلی سر تجویز خوراکی گریزوفولوین به مدت حداقل دو هفته، داروی انتخابی است، برای درمان کچلی ناخن مصرف خوراکی ایتراکونازول توصیه می شود (۳ تا ۶ ماه برای ناخن های دست و ۱۲ تا ۱۸ ماه برای ناخن های پا)

مراقبت و پیشگیری:

- ۱- گزارش موارد همه گیری بیماری کچلی
- ۲- رعایت بهداشت فردی شامل استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران مثل حوله، لباس زیر، شانه، ملحفه و
- ۳- رعایت بهداشت عمومی شامل استفاده نکردن از حمام های غیر بهداشتی، کلرزی آب استخرها به طور مرتب و
- ۴- شستشوی حمام ها، اماکن سرپوشیده، رختکن و ورزشگاه ها و سایر اماکن و گندزدایی آن ها با مواد قارچ کش مثل کرثوزول
- ۵- آموزش در مورد راههای انتقال بیماری و خطر انتقال آلودگی از طریق حیواناتی مانند سگ و گربه
- ۶- بررسی موارد تماس و در صورت نیاز درمان آن ها
- ۷- پیگیری درمان تا حصول نتیجه و آموزش نکات لازم به بیمار و اطرافیان او
- ۸- میکروب کشی حوله، شانه و وسایل استحمام افراد آلوده با آب جوش
- ۹- معاینه سر دانش آموزان قبل از ورود به مدرسه و سایر بچه ها به خصوص در مواقع بروز

همه گیری

۱۰- نمونه برداری از ضایعات مشکوک به کچلی سر، ناخن، پوست، پا و ارسال آن ها به

آزمایشگاه

روش نمونه برداری از کچلی سر

بیماری که مشکوک به کچلی سر می باشد و در موقع نمونه برداری یا قبل از آن نبایستی از هیچ یک از داروهای موضعی یا خوراکی ضد قارچی استفاده کرده باشد و اگر تحت درمان بوده است باید برای ۱۵ روز دارو را قطع نماید و به علاوه حداقل دو یا سه روز قبل از مراجعه به آزمایشگاه باید حمام نکرده باشد.

وسایل مورد نیاز:

- قیچی
- الکل ۷۰ درصد
- موجین سرپهن
- پاکت کوچک

در موقع نمونه برداری از ضایعات باید با قیچی استریل (قیچی را جلو شعله چراغ الکلی یا چراغ گاز کاملاً نکه داشته و سپس با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد خنک نمود) موهای اطراف و سطح ضایعه را کوتاه نمائید و اگر ضایعه کثیف باشد ابتدا با پنبه استریل و الکل ۷۰ درصد تمیز نموده سپس با موجین یا پنس های سرپهن استریل از نقاط مختلف ضایعه یا ضایعات موها را بکنید در هر بار اقل ۳۰ الی ۵۰ مو کنده می شود چندین بار این عمل را تکرار کنید از تعداد موهای به دست آمده ۹۵ درصد سالم هستند پس برای این که بتوان به نتیجه مطلوب رسید باید موهای کنده شده زیاد باشد و آن ها را در پاکت کوچک که نام و نام خانوادگی و شماره دفتر و تاریخ نمونه برداری را در روی آن ثبت نموده اید قرار داده و سر پاکت ها را تا کرده و بسته بندی نمائید و هر چه زودتر جهت آزمایش به آزمایشگاه بفرستید.

روش نمونه برداری از پوست مشکوک به کچلی

کلیه مراحل مثل روش نمونه برداری از کچلی سر می باشد ولی به جای قیچی و پنس از قاشقک مخصوص استریل (و در صورتی که وجود نداشت یا نوک قیچی که جلوی شعله چراغ الکلی یا گاز گرفته و با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درجه خنک نموده) اطراف ضایعات را تراشیده (چون اطراف ضایعات قارچ کچلی فعال تر است) و در پاکت کوچک که مخصوص این کار است و نام بیمار، نام خانوادگی، تاریخ نمونه برداری و شماره دفتر ثبت شده است ریخته و پس از بستن سرپاکت نمونه ها را بسته بندی نموده و جهت آزمایش به آزمایشگاه بفرستید (باید در نظر داشت که نمونه ضایعات تراشیده شده نباید کم باشد).

روش نمونه برداری از ناخن های مشکوک به کچلی

ناخن های مشکوک را با ناخن گیر استریل چیده سپس با چاقوی جراحی استریل تراشیده، خرده های ناخن را در پاکت مخصوص نمونه برداری جمع کرده و نام بیمار، نام خانوادگی، تاریخ نمونه برداری و شماره دفتر را روی پاکت نموده و سر پاکت ها را تا کرده با نمونه های دیگر بسته بندی نمایید و جهت آزمایش به آزمایشگاه بفرستید.

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- انواع قارچ های ایجاد کننده بیماری در انسان را نام ببرید.
- ۲- انواع کچلی را نام ببرید.
- ۳- راه های پیشگیری از کچلی را بنویسید.

تمرین داخل کلاس:

- ۱- یک بیمار فرضی مبتلا به کچلی را معاینه کنید.
- ۲- ابزار لازم برای نمونه برداری از کچلی را آماده کنید.
- ۳- نمونه برداری از پوست، مو، ناخن انجام دهید.

فصل پنجم

آشنایی با تعاریف و

علائم بیماری‌ها

(جدام - توکسوپلاسموز - طاعون - تیفوس - سالک - گال - تراخم - زرد زخم - ابولا)

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱- بیماری‌های فوق را تعریف کنید.

۲- عوامل بیماری‌های فوق را بشناسید.

۳- اقدامات مراقبت و پیشگیری از بیماری‌های فوق را توضیح دهید.

تعریف بیماری:

جذام یک بیماری عفونی مزمن است که توسط باسیل اسیدفاست و میله ای شکل مایکوباکتریوم لپرا ایجاد می شود این بیماری بیشتر پوست، اعصاب محیطی، مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و نیز چشم ها را گرفتار می کند ولی اعضای دیگر نیز گرفتار می شوند. در هر کشور آندمیک، شخصی که یک لکه پوستی کم رنگ (هیپوپیگمانته) یا قرمز رنگ با بی حسی مشخص داشته باشد، یک مورد جذام تلقی می شود.

اسیدفاست: باکتری هایی که در مقابل رنگ آمیزی، رنگ خود را تغییر نمی دهند.

اهمیت بیماری:

جذام در طول تاریخ پیش از بیماری دیگری باعث ایجاد رعب و وحشت انسان ها گردیده و موجبات انزوای اجتماعی آنان را فراهم کرده است. اولین پیشرفت در درمان در سال ۱۹۴۰ با داروی داپسون به دست آمد. اما طولانی بودن دوره درمان، همکاری بیماران را کاهش می داد. بیشترین موارد جذام در اقشار آسیب پذیر جامعه یافت می شود. فقر، بی خانمانی و تغذیه نامناسب از عوامل مستعد کننده بروز آن هستند. مسئله جذام هم اکنون مشکل ۵ کشور آندمیک (هند، برزیل، ماداگاسکار، نپال و موزامبیک) است.

انواع جذام

۱- جذام توبرکلوئید یا جذام خشک

مقاومت بیمار بالاست به همین دلیل نشانه های بالینی محدود به چند عصب محیطی و پوست مجاور آن است.

۲- جذام لپروماتوز یا تر

عوارض زیادی ایجاد می کند. ضایعات منتشر در قسمت های مختلف بدن وجود دارد. تعداد باسیل ها بسیار زیاد است. پیشرفت جذام آهسته تر از نوع خشک است.

- ضایعه ، ضایعات یا لکه های پوستی کمرنگ (هیپوپیگمانته) یا قرمز رنگ همراه با از دست

دادن مشخص حس پوستی در منطقه آزرده

- آسیب اعصاب محیطی که با از دست دادن حس و ضعف ماهیچه های دست ها ، پاها و یا صورت تظاهر می کند .

- اسمیرهای پوستی مثبت

- کلفت شدن پی های عصبی

ضایعه پوستی معمولاً کم رنگ تر از پوست اطراف است و ممکن است منفرد یا متعدد باشد. این ضایعات ممکن است به اشکال مختلفی دیده شوند ولی عموماً به صورت ماکول (مسطح)، پاپول (برجسته) و یا ندول هستند. از دست دادن حس در ضایعات پوستی را می توان با استفاده از سوزن و یا لمس ملایم تشخیص داد.

مخزن و منبع بیماری:

تنها مخزن بیماری، انسان های آلوده درمان نشده هستند. بیماران لپروماتوز (پرباسیل) میلیون ها باسیل جذام در مخاط بینی خود دارند که هنگام عطسه یا پاک کردن بینی آن ها را دفع می نمایند باسیل جذام از راه زخم ها و بریدگی های پوست (اگر از نظر میکروب شناختی جذام مثبت باشد) هم می تواند خارج شود. باسیل جذام ممکن است از پوست سالم هم دفع شود که به احتمال از راه فولیکول مو است.

دوره کمون:

بیماری دوره نهفتگی بسیار طولانی دارد و می تواند چند سال به طول انجامد ولی در اکثر موارد ۳ تا ۵ سال است. دوره واگیری با توجه به دوره کمون و شروع درمان متفاوت می باشد.

راه های سرایت:

راه انتقال باسیل احتمالاً از راه تنفسی و زخم های پوستی است روزانه میلیون ها باسیل موجود در ترشحات بینی فرد بیمار در محیط پراکنده می شود. باسیل تا هفت روز در ترشحات خشک زنده می ماند.

درنوع لپروماتوز زخم های پوستی نیز می توانند تعداد زیادی باسیل پراکنده کنند. در بیماران زیر یک سال، انتقال از طریق جفت می باشد. تماس طولانی مدت و خانگی در انتقال بیماری

اهمیت دارد.

راه های انتقال شامل موارد زیر است:

الف: ریز قطره های آلوده

- ب: انتقال از راه مستقیم: این تماس می تواند مستقیم (مانند تماس پوست با پوست) و یا غیر مستقیم (مانند تماس با خاک و لوازم آلوده مانند حوله و پوشاک) باشد.
- ج: راه های دیگر: از راه شیر مادران جذامی به کودک منتقل می شود.

ارجاع جهت تشخیص:

تشخیص جذام عموماً بر اساس علائم و نشانه های بالینی است موارد مشکوک ممکن است در یکی از موارد زیر قرار گیرند.

- ۱- یک یا چند لکه پوستی مشکوک با حس طبیعی
 - ۲- از دست دادن حس در سطح وسیع در دست ها و یا پاها، بدون نشانه دیگری از جذام
 - ۳- بزرگ شدن قابل توجه یک یا چند تنه عصب محیطی بدون بی حسی یا ضایعه پوستی
 - ۴- اعصاب دردناک بدون نشانه دیگری از جذام
 - ۵- زخم های بدون درد در دست ها و یا پاها بدون نشانه دیگری از جذام
 - ۶- ندول هایی در پوست بدون نشانه های دیگر
- برخی از این یافته ها در بیماری های دیگری به غیر از جذام نیز ممکن است دیده شوند. بهتر است افرادی که چنین علائمی دارند به نزدیک ترین مرکز ارجاعی فرستاده شوند.

جهت مطالعه

درمان

درمان چند دارویی (MDT) (multi Drug therapy) به صورت رایگان در تمام مراکز بهداشتی وجود دارد پس از اولین روز MDT، بیمار تحت درمان، دیگر آلوده کننده نیست.

MDT ترکیبی از دو یا سه داروی کلوفازیمین، ریفامپیسین و داپسون برای بیماران پرباسیل و ترکیبی از ریفامپیسین و داپسون برای بیماران کم باسیل است. دوره درمان در نوع جذام پرباسیل

۱۲ ماه و در نوع کم باسیل ۶ ماه است. درمان MDT در بسته های آماده برای ۴ هفته تهیه شده است.

مراقبت و پیشگیری:

- واکسن موثری برای جذام وجود ندارد و در پیشگیری دارویی هیچ نوع اثر حفاظتی یافت نشده است. بنابراین در حال حاضر، تنها روش پیشگیری عملی، شناسایی زودرس بیماران و درمان آن ها با MDT است.

- ارتقاء آگاهی های بهداشتی مردم در معرض خطر و تاکید بر این واقعیت که درمان چند دارویی به سرعت باعث کاهش عفونت زایی افراد مبتلا و پاک شدن آن ها از وجود عامل بیماری می گردد.

- جداسازی فقط در موارد جذام لپروماتوز (پرباسیل) و تا پیش از شروع MDT لازم است.

- دفع صحیح ترشحات بینی بیماران

- ارجاع موارد مشکوک بیماری

- انجام واکسیناسیون BCG برای کاهش میزان بروز جذام نوع توبرکلوئید موثر است.

- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط

پزشک

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- بیماری جذام را تعریف کنید.
- ۲- علائم بالینی جذام را شرح دهید.

تمرین در داخل کلاس:

- ۱- راه های انتقال و مراقبت و پیشگیری از بیماری جذام را به یک گروه فرضی از اهالی روستا در کلاس درس آموزش دهید.

توکسوپلاسموز

تعریف بیماری:

بیماری توکسوپلاسموز توسط یک انگل تک سلولی به نام «توکسوپلازما گوندی» ایجاد می گردد. انگل در داخل سلول های پوششی روده تکثیر می یابد. میزبان مشخص توکسوپلازما خانواده گربه سانان می باشد که از طریق مدفوع خود، انگل را به شکل «اوسیست» دفع می کنند که برای سایر جانداران از جمله انسان آلوده کننده می باشد.

اهمیت بیماری:

آلودگی به توکسوپلازما در انسان و سایر پستانداران و پرندگان انتشار جهانی دارد. مطالعه های سرواپیدمیولوژی، پادتن توکسوپلازما را در سرم خون حداقل $\frac{1}{3}$ جمعیت بالغ اکثر کشورهای جهان نشان می دهد که بیانگر تماس و آلودگی قبلی آن ها با این ارگانیزم و نشان دهنده انتشار وسیع و قدرت آلوده کنندگی توکسوپلازما در انسان است. در عفونت های حاد و بدون علائم اولیه زنان باردار انگل ممکن است از جفت عبور کرده و به جنین منتقل شود و باعث ضایعه های شدید سیستم اعصاب مرکزی نوزادان آنان گردد، به علاوه، گاهی انگل موجب مرگ جنین شده و منجر به سقط آن می شود بنابراین توکسوپلاسموز مادرزادی در پزشکی دارای اهمیت بسیار زیادی است.

عامل بیماری زا:

عامل عفونت یا بیماری توکسوپلاسموز تک یاخته ای درون سلولی به نام «توکسوپلازما گوندی» است که قدرت آلوده کردن بیشتر مهره داران خونگرم را دارد.

مخزن و منبع:

مهم ترین مخزن عفونت برای انسان، گربه و گربه سانان می باشند. بالاترین میزان آلودگی در ساکنان مناطق گرم و مرطوب مشاهده می شود در این بیماری گربه و گربه سانان میزبان های نهایی هستند و اوسیست دفع می کنند و خاک را آلوده نموده از این راه یک منبع مهم آلودگی برای انسان و حیوان به وجود می آورند. زنان نسبت به مردان به علت تماس بیشتر با فرآورده های

گوشتی در هنگام خرید و طبخ آن در معرض خطر بیشتری قرار دارند. گوسفند، بز، جوندگان، خوک، گاو، طیور گوشتی و سایر پرندگان میزبان واسط توکسوپلاسموز گوندی بوده و تمام آن ها ممکن است حامل مرحله آلوده کننده انگل باشند که به صورت کیست بافتی به خصوص در عضلات و مغز مستقر می شوند.

چگونه گربه به توکسوپلاسم آلوده می شود

شایع ترین راه آلوده شدن شکار و خوردن موش، پرنده یا حیوانات کوچک آلوده می باشد. در گربه هایی که در داخل خانه نگهداری می شوند شایع ترین راه، خوردن گوشت خام می باشد. زمانی که گربه از گوشت خام آلوده استفاده کند آلوده می شود و می تواند اووسیست ها را دفع کند. دفع اووسیست می تواند تا دو هفته به طول بیانجامد. معمولاً بعد از یک بار آلوده شدن، در آلودگی های بعدی دفع اووسیست وجود ندارد.

اووسیست های موجود در مدفوع گربه پس از دفع باید به طور میانگین دو روز را در محیط خارج از بدن حیوان بگذرانند تا عفونی شوند. از آن جایی که اغلب گربه ها دائماً بدن خود را پاک می کنند. باقی ماندن مدفوع بر روی موها برای مدت کافی به منظور عفونی شدن اووسیست ها غیر محتمل است. در نتیجه نوازش و لمس گربه نمی تواند باعث بیماری در انسان شود.

آیا گربه بیمار می شود؟

اکثر گربه های بالغ آلوده سالم اند و نشانه ای از بیماری را نشان نمی دهند ولی در برخی از گربه ها می تواند باعث ایجاد پنومونی، آسیب های کبدی و ... شود. نشانه های بیماری شامل بی حالی، بی اشتها، سرفه، اسهال، زردی، کوری، تغییر رفتار و مشکلات عصبی است. در حال حاضر در کشور ما واکسنی به منظور پیشگیری از توکسوپلاسم وجود ندارد ولی در صورت تشخیص سریع قابل درمان است.

دوره کمون:

در یک همه گیری با منبع مشترک که در اثر خوردن گوشت نیم پز صورت گرفته دوره کمون بیماری ۲۳-۱۰ روز بوده است در همه گیری هایی که در رابطه با گربه بوده این مدت ۲۰-

۵ روز بوده است.

دوره واگیری: انتقال مستقیم بیماری به غیر از انتقال جنینی از انسان به انسان اتفاق نمی افتد.

روش انتقال:

- ۱- انتقال جنینی عفونت در خانم های باردار. این حالت معمولاً در عفونت های اولیه اتفاق می افتد. (حدود $\frac{1}{3}$ زنان باردار در صورت آلودگی اولیه به توکسوپلازما انگل را به جنین منتقل می کنند).
- ۲- کودکان ممکن است در اثر خوردن اوسیست های آلوده کننده که در مدفوع گربه در زمین های بازی و محوطه خارج ساختمان گذاشته شده است، آلوده گردند.
- ۳- آلودگی ممکن است در اثر خوردن گوشت های خام و یا نیم پزی که حاوی کیست هستند (گوشت خوک یا گوسفند و با میزان کمتری گوشت گاو) صورت گیرد.
- ۴- خوردن اوسیست های آلوده کننده که ممکن است در غذاها و آب های آلوده به مدفوع گربه وجود داشته باشد صورت می گیرد.

علائم بیماری:

در توکسوپلاسموز انگل ها از طریق دستگاه گوارش وارد بدن می شوند و از طریق این دستگاه خود را به جریان خون و لنف می رسانند. عفونت توکسوپلاسموز اغلب بدون علامت بوده ولی گاهی با بثورات جلدی مشخص می گردد. بزرگی غیر چرکی غدد لنفاوی معمولاً در ناحیه گردن دیده می شود و تب و ضعف شایع می باشد. در عفونت توکسوپلاسموز گرفتاری مغز به صورت میکروسفالی، هیدروسفالی و گرفتاری پرده شبکیه دیده می شود. گرفتاری طحال و کبد و قلب ممکن است دیده شود.

علائم در دوران بارداری:

بالاترین خطر برای مادران باردار مبتلا به توکسوپلاسموز، به صورت مرگ جنین و زایمان زودرس بروز می کند. گرفتاری پرده شبکیه چشم به تنهایی شایع ترین نشانه توکسوپلاسموز مادرزادی می باشد که در هنگام تولد آشکار نبوده، ولی چند هفته بعد ظاهر می گردد. در نوزادان

مبتلا به توکسوپلاسموز مادرزادی بثورات جلدی، بزرگی طحال و کبد، حملات تشنجی، فلج مغزی، کوری، عقب افتادگی ذهنی، میکروسفالی و هیدروسفالی، کم خونی، یرقان، بزرگی غدد لنفاوی، پنومونی، استفراغ و اسهال دیده می شود.

روش های تشخیص

برای تشخیص توکسوپلاسموز از روش های انگل شناختی برای مشاهده انگل و روش های سرولوژی جهت جستجو و اندازه گیری پادتن های اختصاصی آن استفاده می شود.

درمان:

بیماری قابل درمان بوده و توصیه می شود که جهت درمان بیمار را به مراکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

پیشگیری و مراقبت

با توجه به ضایعه های جبران ناپذیر توکسوپلاسموز مادرزادی، زنان باردار که خون آن ها فاقد پادتن های توکسوپلاسم است باید به دو منشاء شناخته شده و اصلی انتقال توکسوپلاسموز (کیست های نسجی موجود در گوشت و اوسیست هایی که با مدفوع گربه پخش می شوند) توجه کافی مبذول دارند.

۱- کیست نسجی موجود در گوشت در حرارت ۶۶ درجه سانتی گراد و برودت منفی ۲۰ درجه به مدت ۲۴ ساعت از بین می رود ولی چون برودت اکثر فریزرهای معمولی در منازل به ۲۰- درجه نمی رسد، مصرف گوشت یخ زده خام یا کم پخته شده هم خطر آلوده کنندگی دارد.

۲- از خوردن گوشت خام، استیک و همبرگر کم پخته و سایر فراورده های گوشتی که حرارت کافی ندیده است خودداری نمایید.

۳- در موقع تهیه غذاهای گوشتی از چشیدن آن ها و دست زدن به چشم در حالت خام پرهیزند و پس از اتمام کار دست های خود را با صابون بشویند.

۴- از نگهداری گربه و تماس با آن تا جای ممکن اجتناب ورزند.

۵- از خوردن تخم مرغ خام خودداری شود.

۶- باید در هنگام کار با خاک و شن و یا حمل زباله از دستکش های یکبار مصرف استفاده شود.

۷- مگس و سوسک می تواند ناقل انگل توکسوپلازما باشند، بنابراین غذا باید از دسترس آنها دور گردد.

۸- اوسیست های دفع شده از مدفوع گربه ممکن است از طریق میوه و سبزیجات منتقل و موجب آلودگی گردد.

۹- دامپزشکان، قصابان و زنان باردار احتمالاً در معرض خطر بیشتری می باشند که باید اقدامات پیشگیری کننده را جدی بگیرند.

۱۰- آزمایش کردن خون های اهدایی از نظر آلودگی به توکسوپلازما سموز تمرین خارج از کلاس:

۱- بیماری توکسوپلازما سموز را تعریف کنید.

۲- راههای پیشگیری بیماری توکسوپلازما سموز را نام ببرید.

طاعون (Plague)

تعریف بیماری:

یک عفونت حاد واگیر است که در اثر یرسینیاپستیس ایجاد می شود. از طریق گزش انگل های خارجی آلوده (به ویژه کک موش) به انسان منتقل می گردد. بیماری در انسان معمولاً به یکی از دو شکل عمده بالینی یعنی تورم غدد لنفاوی حاد (طاعون خیارکی) و یا پنومونی تظاهر می کند.

بیماری در قرن پانزدهم ابعاد فاجعه آمیز به خود گرفته و سبب مرگ گروه کثیری از مردم در اروپا گردید و آن را مرگ سیاه نامیدند.

اهمیت بهداشتی:

طاعون از بیماری های مشترک بین انسان و حیوان است که چونندگان را مبتلا کرده و از این راه به انسان و سایر حیوانات منتقل می شود. مرگ و میر در طاعون غدد لنفاوی درمان نشده در حدود ۵۰ درصد است. احتمال وقوع اپیدمی های جهانی این بیماری همیشه وجود دارد.

عامل بیماری زا:

عامل بیماری زا نوعی کوکوباسیل به نام یرسینیاپستیس (*Yersinia pestis*) می باشد که در مقابل شرایط محیطی چندان مقاوم نیست. این عامل به طور زنده از گلوی افرادی که حامل سالم هستند جدا می شود.

دوره کمون:

دوره کمون بیماری از ۲ تا ۶ روز متغیر است.

علائم بیماری:

تب و لرز، بی حالی، بی اشتها، سرفه، تورم غدد لنفاوی زیر بغل، گردن و ناحیه کشاله ران از علائم بیماری هستند.

طاعون ریوی:

دوره نهفتگی ۲-۳ روز است و به دنبال آن تب بالا، لرز، افزایش ضربان قلب و سردرد شدید

عارض می شود. در ابتدا سرفه علامت برجسته ای نیست ولی بعد از ۲۴ ساعت سرفه توام با خلط ظاهر می شود خلط موکوئیدی و بعد صورتی رنگ و قرمز روشن و کف آلود می شود. همراه با این علائم کاهش تعداد تنفس و تنگی نفس دیده می شود در صورت عدم درمان اختصاصی بیماری همیشه در مدت ۵-۱ روز به مرگ منتهی می شود.

منبع و مخزن:

در مناطق غربی موش های صحرایی منبع اصلی بیماری هستند تاکنون ۱۳ نوع کک چونندگان وحشی در کانون طبیعی طاعون ایران شناخته شده است که نقش اصلی در مسیر انتقال بیماری طاعون دارد.

راه انتقال:

انتقال عفونت از میزبان حیوانی به انسان طاعون حیوانی و انتقال از انسان به انسان طاعون انسانی نامیده شده است. کک در شرایط حرارت مناسب ممکن است روزها، هفته ها و ماه ها آلوده بماند و با گزش افراد، سبب انتقال به آن ها شود. بیشترین راه انتقال نیش کک است ولی انتقال از راه آب دهان و دیگر ترشحات، هوا، تماس در آزمایشگاه و یا مدفوع کک هم ممکن است. تشخیص: با یافتن عامل بیماری زا در نمونه های خون، غدد لنفاوی، خلط و کک انجام می شود.

درمان: جهت مطالعه

به مجرد مشکوک شدن به طاعون و به منظور حفظ جان بیمار باید اقدامات درمانی شروع شود این مسئله به خصوص در مورد طاعون ریوی حائز اهمیت است زیرا در مدت ۱۵ ساعت از شروع بیماری امکان بهبود بیماری کاهش می یابد داروهای مورد استفاده استرپتومايسين، جنتامایسین، داکسی سایکلین و سیپروفلوکساسین می باشند. داروی اختصاصی برای درمان استرپتومايسين می باشد.

مراقبت و پیشگیری:

- ۱- گزارش دهی فوری به مرکز بهداشت شهرستان
 - ۲- جداسازی بیمار: البسه و لوازم بیمار باید با حشره کش های موثر عاری از کک کرد.
 - ۳- واکسیناسیون برای افراد ساکن در مناطق آلوده و کارکنان آزمایشگاهی که با باسیل طاعون کار می کنند.
 - ۴- بررسی مستمر جمعیت موش ها به منظور تعیین تاثیر برنامه های بهسازی
 - ۵- سم پاشی داخل و خارج منزل و وسایل و لباس های افراد هم منزل و همسایه ها
 - ۶- کنترل موش ها در کشتی ها و اسکله ها و انبارها
 - ۷- پرسنل پزشکی و موارد تماس با بیماران باید داروی پروفیلاکسی را در تمام مدت تماس و ۷ روز پس از خاتمه تماس مصرف نمایند.
 - ۸- آموزش مرد در مناطق بومی درباره روش انتقال بیماری، کنترل موش و ممانعت از دسترسی حیوان به غذا و زباله و سایر فضولات.
- تمرین خارج از کلاس:
- ۱- انواع طاعون و علایم آن را توضیح دهید.
 - ۲- راه های پیشگیری بیماری طاعون را توضیح دهید.
- تمرین داخل کلاس:
- ۱- مراقبت و پیشگیری از طاعون را به یک گروه فرضی آموزش دهید (ایفای نقش)

تیفوس

تعریف بیماری:

تیفوس بیماری حادی است که در اثر ریکتزیاها ایجاد می شود و به وسیله شپش انتقال می یابد. این بیماری عمدتاً در مناطق روستایی که گروه زیادی از مردم در شرایط غیر بهداشتی زندگی می کنند و شپش وجود دارد شایع است. ریکتزیا باکتری کوچک و انگل اجباری درون سلولی می باشد.

اهمیت بهداشتی:

تیفوس یکی از بیماری های مشکوک بین انسان و حیوان است که توسط ارگانسیم های ریکتریایی ایجاد می شود. این بیماری توسط بندپایان (شپش) به انسان منتقل می شود. در گذشته تیفوس همه گیر بیماری هولناکی بود، امروزه پیدایش حشره کش های نوین شیوع بیماری تیفوس را تا اندازه قابل توجهی کاهش داده است.

کشندگی تیفوس ناشی از خاک ۶۰-۱ درصد است.

عامل بیماری:

عامل ایجاد بیماری ریکتزیاها هستند که باکتری های کوچک و انگل اجباری درون سلولی می باشند.

علائم بیماری:

شروع ناگهانی همراه با سردرد، کمردرد و لرز و تب و کوفتگی است. در روزهای ۵-۶ دانه های ریزی در سراسر بدن به خصوص روی سینه ها پیدا می شود. بیمار شدیداً احساس ناراحتی تنفسی و سرفه می کند و قادر به بلند شدن از رختخواب نیست.

تیفوس ناشی از خاک:

تیفوس ناشی از خاک شایع ترین بیماری ریکتریایی در انسان است این بیماری مشترک بین انسان و بین گونه های خاص از هیره (مایت) و پستانداران کوچک (موش مزرعه و موش صحرائی و موش حشره خوار) است.

عامل:

ریکتزیا تسوتسوگاماشی

مخزن بیماری:

مخزن واقعی، هیره می باشد عفونت در هیره ها از راه تخم از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود. هیره در مرحله تخمی در خاک زندگی می کند ولی در مرحله لاروی از میزبان مهره دار تغذیه می کند و به عنوان مخزن (از طریق انتقال تخم) و به عنوان ناقل (انتقال به انسان و جوندگان) در مرحله لاروی محسوب می شود.

دوره کمون:

بین ۶ تا ۲۱ روز است و به طور متوسط ۱۰-۱۲ روز است ویژگی مشخص بیماری زخم گودی است که با اسکار تیره پوشیده شده است و نشانه محل گزش هیره است.

علائم تیفوس ناشی از خاک:

شروع علائم ناگهانی است. تب در چند روز اول همراه با سردرد و تعریق و التهاب ملتحمه و لنفادنوپاتی از علائم شایع بیماری است. در پایان اولین هفته تب، راش های ماکولوپاپولار در تنه ظاهر می شود که به سمت اندام ها گسترش یافته در عرض چند روز ناپدید می شود. سرفه و تغییرات در کلیشه رادیوگرافی ریه بسیار شایع است بدون درمان آنتی بیوتیکی تب حدود ۱۴ روز ادامه می یابد. میزان کشندگی بیماری حدود ۱ تا ۶۰٪ در سنین بالا بیشتر است.

راه انتقال:

از طریق گزش هیره های لاروی آلوده انجام می شود بیماری مستقیم از شخص به شخص دیگر منتقل نمی شود.

تشخیص:

با جدا کردن عامل بیماری زا از طریق تلقیح خون بیماران به بدن موش ها انجام می شود.

مراقبت و پیشگیری:

■ - گزارش دهی فوری ■ غیر فوری □ گزارش دهی انواع تیفوس فوری می باشد.

- حذف مایت‌ها از محل‌های مخصوص با استفاده از هیدروکربن کلرینات (کلردار) از قبیل لیندان، دیلدرین و کلرادان در خاک و گیاهان اطراف کمپ‌ها و معادن و سایر محل‌های تجمعی در مناطق آندمیک

- آغشته کردن لباس‌ها و پتوها به مواد شیمیایی کشنده هیره‌ها (بنزیل بنزوات و پرمترین) و استفاده از دورکننده‌های هیره روی سطوح باز پوست بدن (دی اتیل تولامید)

تیفوس آندمیک

نام‌های دیگر این بیماری، تیفوس موش یا تیفوس ککی است. عامل بیماری زا ریکتزیا تیفی و مخزن آن موش است.

مخزن عفونت:

مخزن عفونت موش است در موش عفونت به شکل ناپیدا، دراز مدت و غیر کشنده است انتشار عفونت بین موش‌ها به وسیله کک موش و احتمالاً شپش موش است.

راه انتقال بیماری:

بیماری از طریق کک آلوده به انسان انتقال می‌یابد و مستقیماً از شخصی به شخص منتقل نمی‌شود.

علائم بالینی تیفوس آندمیک:

علام بالینی به طور ناگهانی با ضعف شدید، سردرد شدید و لرز و بالا رفتن دمای بدن از ۳۸/۸ تا ۴۰ درجه سانتی‌گراد و درد عمومی بدن شروع می‌شود. در روز پنجم و ششم بیماری، بثورات جلدی بر روی قسمت فوقانی تنه ظاهر و بعداً در کل بدن (به جز صورت، در کف دست‌ها و پاها) پخش می‌شوند.

در ابتدا این بثورات ماکولر هستند و در صورت عدم درمان، ضایعات ماکولوپاپولر، پتشی و یا ترکیبی از این دو ایجاد می‌شود. کشندگی بیماری در کل کمتر از ۱٪ می‌باشد ولی با افزایش سن کمی بیشتر می‌شود.

دوره کمون:

۲-۱ هفته و معمولاً ۱۲ روز است.

مراقبت و پیشگیری

کنترل کک از طریق استفاده از حشره کش هایی که پس از مصرف از خود پس مانده باقی می گذارند.

- اقدامات کنترلی چونندگان هم باید در محل آلوده اجرا شود.

تیفوس اپیدمیک

عامل آن ریکتزیا پروازاکی می باشد و به وسیله شپش به انسان منتقل می شود. در صورت عدم درمان ۴۰-۱۰ درصد مرگ و میر دارد.

مخزن:

انسان

راه انتقال:

شپش از خون فرد مبتلا به تب تیفوسی حاد تغذیه می کند و مدفوع خود را روی بدن افراد دیگر دفع می کند. در نتیجه خارانندن، ارگانسیم ها در پوست تلقیح می شود. ابتدا از راه تنفس غبار آلوده به مدفوع شپش حامل عامل بیماری زا نیز می تواند بروز کند. بیماری به طور مستقیم از فردی به فرد دیگر انتقال نمی یابد. بیماری به شکل اپیدمیک مستقیماً با فقر و هوای سرد، جنگ و مصیبت ها همراه است.

علائم بیماری:

مشابه تیفوس آندمیک می باشد ولی شدیدتر است.

دوره کمون:

یک تا دو هفته و معمولاً به طور متوسط ۱۲ روز است.

مراقبت و پیشگیری:

- افراد مشکوک به آلودگی با شپش باید به مدت ۱۵ روز بعد از استفاده از حشره کش معتبر قرنطینه شوند.

- ارتقاء بهداشت فردی با تاکید بر استحمام و شستشوی البسه

- پروفیلاکسی با گرد حشره کش ها برای افرادی که در معرض خطر آلودگی قرار دارند.

- بررسی اپیدمیولوژیک کنترل محیط های با آلودگی گسترده شپش ها با اندازه گیری

باقیمانده حشره کش ها در بدن شپش ها

درمان: جهت مطالعه

برای درمان بیماری های ریکتزایی، تتراسایکلین داروی انتخابی می باشد.

بیماری	عامل بیماری زا	حشره ناقل	مخزن
تیفوس اپیدمیک	R.Prowazekii	شپش	انسان
تیفوس آندمیک	R.Tyghi	کک	جوندگان
تیفوس ناشی از خاک	R.Tsutugamushi	هیره (مایت mite)	جوندگان

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- انواع بیماری تیفوس را نام ببرید.
- ۲- علایم بالینی تیفوس را شرح دهید.

تمرین داخل کلاس:

- ۱- راه های انتقال و مراقبت و پیشگیری از بیماری تیفوس را به یک گروه فرضی از اهالی روستا در کلاس درس آموزش دهید.

لیشمانیازیس

گروهی از بیماری های تک یاخته ای انگلی که به علت انگل های جنس لیشمانیا ایجاد می شود و توسط گزش پشه خاکی ماده به نام فلبوتوم به انسان منتقل می شود. سه بیماری مشخص بالینی در این گروه قرار دارند. که عبارتند از:

۱- لیشمانیوز جلدی یا پوستی (سالک یا زخم شرقی)

۲- لیشمانیوز جلدی - مخاطی

۳- لیشمانیوز احشایی

لیشمانیاها تک یاخته هایی از گروه تاژکداران خونی و بافتی هستند فرم آماستیگوت یا جسم لیشمن که بدون تاژک است در بدن میزبان مهره دار (انسان و ...) و فرم پروماستیگوت یا لپتومونا را که در قسمت قدامی خود دارای تاژک است در بدن میزبان بی مهره (پشه) وجود دارد. اشکال اصلی در ایران لیشمانیوز جلدی (سالک) و احشایی (کالاآزار) است و شکل جلدی و مخاطی در ایران خیلی نادر است.

مراحل زندگی لیشمانیا:

زندگی انگل حداقل دارای دو مرحله اصلی است: مرحله لیشمانیایی و مرحله لپتومونایی، در مرحله لیشمانیایی که به آن آماستیگوت می گویند انگل به صورت ارگانسیم فاقد تاژک آزاد با بدن گرد یا بیضوی و گاهی دوکی شکل است که در داخل سلول های بیگانه خوار (ماکروفاز) پستانداران وجود دارد و اجسام لیشمن نامیده می شود.

مرحله لپتومونایی که به آن پروماستیگوت نیز می گویند از تغییر شکل حالت لیشمانیایی به وجود می آید. در این شکل انگل تاژکی در قسمت قدامی خود دارد که این شکل انگل در دستگاه گوارش پشه خاکی و هم چنین در داخل بعضی از انواع محیط کشت دیده می شود. پشه خاکی جنس ماده خونخوار است و با مکیدن خون، آماستیگوت را می بلعد. آماستیگوت در دستگاه گوارش پشه به مرحله پروماستیگوت تبدیل می شود. این شکل ارگانسیم (پروماستیگوت) با تقسیم سلولی غیر جنسی دوتایی زیاد می شود و بعد از گذشتن ۴ الی ۱۸ روز تعداد آن ها زیاد

شده به طوری که با گزش پشه خاکی ماده آلوده، این انگل به ماکروفاژها و در موارد کمتری نوتروفیل های انسان سالم منتقل شده و باعث بروز زخم سالک می گردد.

۱- لیشمانیوز جلدی (سالک):

خودش شامل دو نوع سالک شهری (خشک) و سالک روستایی (مرطوب) است در نوع شهری مخزن انسان است و سگ نیز به طور تصادفی دچار می شود. در نوع روستایی مخزن بیشتر جوندگان هستند.

در فرم شهری دوره کمون طولانی تر است چند ماه تا یک سال و وفور فصلی مشخصی ندارد در تمام ماه های سال، موارد جدید دیده می شود.

در فرم روستایی بیماری زئونوز است یعنی بیماری در درجه اول بین حیوانات است و ابتلای انسان معمولاً فرع بر آلودگی حیوانات است.

مقایسه خصوصیات دو فرم سالک شهری و روستایی

سالک روستایی	سالک شهری	
جوندگان	انسان	مخزن
بیشتر توسط فلبوتوموسی پاپاتاسی منتقل می شود	بیشتر توسط فلبوتوموس سرژنتی منتقل می شود	ناقل
لیشمانیا ماژوز	لیشمانیا تروپیکا	انگل
حدود ۵ تا ۶ ماه است	حدود یک سال یا بیشتر طول می کشد	دوره بیماری
بیشتر در ناحیه دست و پا است	بیشتر در ناحیه صورت است	محل بروز زخم
کانون های زیادی دارد و اصفهان مهم ترین کانون است	تهران، شیراز، مشهد، نیشابور، سبزوار، کرمان	کانون های مهم بیماری

۲- لیشمانیوز جلدی - مخاطی

عمده ترین کانون این بیماری برزیل است.

۳- لیشمانیوز احشایی (کالاآزار)

بیشتر در کودکان دیده می شود. که در ایران بیشتر از نوع زئونوز است که مخزن اصلی آن سگ و سگ سانان است. این بیماری در صورت ظهور علایم بالینی بیماری کشنده ای است و با درمان هم باز حدود ۵٪ کشندگی دارد.

دوره کمون:

در سالک شهری ۸-۲ ماه و گاهی یک تا دو سال است.

در سالک روستایی ۴-۱ هفته

در مورد نوع کالاآزار ۴-۱ ماه و گاهی تا یکسال هم دیده شده است.

علایم بالینی:

۱- سالک شهری: دارای ۴ مرحله پاپول بدون درد- مرحله زخم، شروع بهبودی کامل و به جای ماندن اسکار می باشد.

۲- سالک روستایی: این نوع هم دارای نوع خشک است ولی تظاهرات بالینی آن متفاوت است. بهبودی زخم ها در نوع خشک از وسط زخم شروع می شود و به اطراف می رسد ولی در نوع مرطوب بهبودی همزمان در مرکز و اطراف زخم انجام می شود.

علایم بالینی کالاآزار:

معمولا بدون علامت بروز می کند. تب نامنظم تا ۴۰ درجه سانتی گراد بی قراری، درد ناحیه طحال، بزرگی طحال و کبد، کاهش وزن و کم شدن تعداد گلبول های خون و پوست حالت تیره پیدا می کند و به همین خاطر بیماری سیاه هم می گویند.

بیماریابی:

با توجه به این که سالک در بسیاری از نقاط کشوری آندمیک است لذا در صورت مشاهده هر نوع ضایعه پوستی منطبق با علایم بالینی سالک که بیشتر از ۱۰ روز طول کشیده باشد بایستی به

سالک مشکوک شد.

مراقبت و پیشگیری:

- آموزش کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، بیماران، مردم در خصوص راه های

انتقال

- بیماریابی صحیح و درمان به موقع و مناسب

- در دسترس قرار دادن خدمات تشخیصی و درمان وسایل و پانسمان رایگان در همه مراکز

ارائه خدمت

- درمان بیماران

- پیگیری نتیجه درمان تا حصول نتیجه و بهبودی

- اقدامات مربوط به بهداشت محیط در زمینه محل زیستگاهی پشه و سم پاشی و استفاده از

پشه بند و توری

روش های درمانی:

۱- درمان موضعی، که تا بهبودی کامل ضایعه یا حداکثر ۱۲ هفته تجویز می شود با استفاده از

تزریق داخل ضایعه گلوکانتیم و استفاده از پمادها

۲- درمان سیستمیک به صورت تزریق عضله ای گلوکانتیم انجام می گردد.

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- بیماری سالک را تعریف کنید.
- ۲- انواع سالک را نام ببرید.
- ۳- راه های پیشگیری بیماری سالک را توضیح دهید.

گال (جرب)

تعریف:

بیماری انگلی پوست است که به وسیله نوعی هییره ایجاد می شود و محل نفوذ انگل به درون پوست به صورت برآمدگی های کوچک یا کانال کوچک خطی که حاوی هییره و تخم آن است تظاهر می یابد.

زخم های پوستی در مردان بیشتر در بین انگشتان و در سطح داخلی مچ و آرنج، قسمت های چین دار زیر بغل، ناحیه کمر، ران و آلت تناسلی و در زنان بیشتر در نوک پستان، شکم و قسمت های پایینی سرین ایجاد می شود.

اپیدمیولوژی (اهمیت):

جرب انتشار وسیعی دارد. همه گیری های گذشته این بیماری به فقر، بهداشت ناکافی و تراکم جمعیت به دلیل جنگ و بحران های اقتصادی منسوب شده است ولی در سال های اخیر موج های همه گیری جرب که در امریکا و اروپا بروز کرده بدون ارتباط با بحران های بزرگ اجتماعی در این مناطق بوده و افراد از تمام گروه های اقتصادی، صرف نظر از سن، نژاد و سطح مراقبت های بهداشت فردی، مبتلاگر دیده اند. این بیماری در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به صورت بومی شایع است.

عامل: نوعی بندپای ذره بینی به نام هییره یا مایت عامل عفونی این بیماری است. هییره می تواند در عرض ۲/۵ دقیقه به زیر پوست برود.

مخزن: انسان مخزن این انگل است.

راه های انتقال:

- ۱- خوابیدن در یک بستر
- ۲- زندگی در محیط های اجتماعی شلوغ
- ۳- انتقال از راه لباس و یا وسایل آلوده مثل لباس خواب
- ۴- بازی کودکان با یکدیگر مخصوصا در مهد کودک ها

۵- پرستاری از اشخاص آلوده

دوره کمون

نشانه های بالینی بیماری به صورت خارش در افرادی که برای اولین بار آلوده شده اند ۲-۶ هفته بعد از ابتلا به انگل ظاهر می شود. افرادی که سابقه آلودگی دارند بین ۴-۱ روز بعد از آلودگی مجدد نشانه های بیماری را ظاهر خواهند کرد.

دوره واگیری

تا وقتی که درمان صورت نگرفته و هیره و تخم آن از بین نرفته است انتقال می تواند صورت گیرد و معمولاً یک دوره درمان و گاهی ۲ دوره به فاصله یک هفته انگل ها را از بین خواهد برد.

علائم بیماری:

مهم ترین علامت خارش به خصوص هنگام شب بسیار زیاد است ولی ناراحتی بیماری بیشتر مربوط به زخم هایی است که اثر خارش عفونت ثانوی پیدا می کنند. آلودگی نزد پیران و افرادی که مبتلا به نارسایی ایمنی هستند اغلب به صورت التهابات پوستی که قسمت های زیادی از بدن را فرا می گیرد و محدود به کانال زیرپوستی که انگل ایجاد کرده نمی شود، تظاهر می یابد که توام با پوسته شدن و گاهی تاول و ترک خوردن پوست می شود. در این شکل عفونت ممکن است خارش پوست آرام تر شده و یا وجود نداشته باشد.

تشخیص گال (جرب):

وجود تظاهرات بالینی و ابتلای چند نفر از یک جمع می تواند کلید تشخیص باشد ولی تشخیص قطعی گال با بررسی میکروسکوپی و شناسایی مایت، تخم یا مدفوع آن انجام می گیرد.

درمان بیماری گال

با رعایت اصول درمان صحیح بیماران و موارد تماس بیماری گال به راحتی درمان می شود. درمان بیماری گال به شرح ذیل می باشد:

از خود درمانی بایستی پرهیز شود و در اولین فرصت به متخصص پوست و یا به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه شود. چند نمونه از داروهایی که در درمان بیماری گال به کار می روند

شامل:

۱- کرم پرمترین ۵٪ که از اثر بالا و سمیت کم برخوردار است برای درمان با این کرم لازم است بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن، کرم پرمترین را از چانه تا نوک انگشتان پا مالید باید دقت کرد که پوست بدن از جمله وسط انگشتان دست و پا، مچ ها و زیر بغل کاملاً به کرم آغشته شود و پس از ۸-۱۲ ساعت بدن از سر به پایین تنه با شامپو و صابون شسته شود و ملحفه ها و لباس ها تعویض شوند درمان به روش فوق یک هفته بعد باید تکرار کرد.

۲- لیندان (گاما بنزن هگزا کلراید ۱٪) طریقه مصرف این دارو مشابه کرم پرمترین می باشد مصرف لیندان در کودکان زیر ۵ سال، زنان شیرده و باردار و افراد مبتلا به سرع ممنوع است. این دارو به علت عوارض و تداخل دارویی که دارد در اولویت مرکز مدیریت بیماری های واگیر در درمان افراد عادی برای بیماری گال نمی باشد، لذا با نظر پزشک در مکان های پرخطر مانند زندان ها، اردوگاه ها و کمپ معتادین بلامانع می باشد.

۳- داروهایی مثل کرم کروتامیتون، بنزیل بنزوات و سولفور موجود در بازار هم در درمان بیماری گال وجود دارد ولی به دلیل این که در خصوص کارایی، عوارض و میزان سمیت آنها کمتر مطالعه شده است از داروهای روتین در درمان بیماری گال محسوب نمی شود.

مراقبت و پیشگیری:

- ۱- درمان کلیه افراد خانواده و سایر موارد تماس
- ۲- رعایت بهداشت فردی و نظافت روزانه
- ۳- وسایل خواب و لباس های زیر بیمار باید حدود ۴-۵ دقیقه در آب جوش قرار گیرد و بعد در آفتاب خشک شود. (شستشوی لباس در لباسشویی باید در حرارت بالا صورت گیرد)
- ۴- اتوکشی درزهای لباس بیمار
- ۵- آموزش بهداشت به افرادی که در اماکن تجمعی مانند مدارس، سربازخانه ها زندگی می کنند.

جدول داروهای مجاز (دارو‌هایی که به‌روزان می‌توانند به مراجعین بدهند)

داروهای درمان شپش و درمان گال (جلدی قسمت دوم)

نام دارو	شکل دارو	سن و وزن	مقدار و طرز دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده چقدر می‌توانید از این دارو بدهید	به چه کسانی نباید از این دارو بدهید
گامابنزن هگزاکلراید (لیندان)	محلول (برای جرب) شامپو (برای شپش)	۵ سال به بالا	یک ورقه نازک بر روی پوست خشک بدن از گردن به پایین بمالید. پس از ۲۴ ساعت بشویید. (دستور کامل مصرف دارو را در صفحه بعد ملاحظه نمایید.) - از مصرف شامپو در حمام خودداری شود. پس از ماساژ کافی بایستی به مدت ۴ دقیقه یک تا دو قاشق سوپخوری برای موهای کوتاه و متوسط و ۴ قاشق برای موهای بلند را به مو و پوست و با مناطق آلوده سر و اطراف مناطق مودار بمالند. - حداقل مدت ۴ دقیقه دارو را در مناطق آلوده باقی بگذارند و سپس با مقدار کافی آب محل را شستشو دهند.	مقدار مورد نیاز برای یک بار مصرف	۱- نوزادان نارس ۲- در کودکان زیر ۵ سال و زنان باردار با تجویز پزشک مصرف شود ۳- کسانی که سابقه تشنج یا غش دارند.
کروتامیتون ٪ ۱۰	کرم	بزرگسالان	به عنوان ضد جرب، دارو به‌طور کامل در تمام سطح بدن از چانه به پایین به‌خصوص در نقاط چین‌دار پوست مالیده شود و این عمل را می‌توان ۲۴ ساعت بعد تکرار کرد. صبح روز پس از مصرف دارو، ملحفه و لباس زیر را باید تعویض نمود و ۴۸ ساعت پس از آخرین بار مصرف دارو باید حمام کرد.	مقدار مورد نیاز برای یک بار مصرف و تکرار بعد از ۲۴ ساعت در صورت نیاز	۱- در کودکان با نظر پزشک مصرف شود. ۲- زنان باردار
پرمترین ۱٪	شامپو (برای شپش)	۵ سال به بالا	جهت شستشوی سر به مدت ۱۰ دقیقه پس از ماساژ بر پوست سر و ریشه موها در محل باقی‌گذاشته و سپس شستشو داده شود.	مقدار مورد نیاز برای یک بار مصرف و تکرار در هفته بعد در صورت نیاز	۱- کسانی که به دارو حساسیت دارند

توصیه کنید:

الف: از محلول لیندان برای جرب یا گال و از شامپو برای شپش استفاده شود.

ب: این داروها روی صورت مالیده نشوند. دقت شود داخل چشم یا دهان نرود و در صورت تماس با چشم فوراً چشم را با آب تمیز بشویند.

ج: از مصرف این داروها بر روی زخم‌ها، خراشیدگی‌ها و بریدگی‌ها خودداری کنید.

د: قبل از مصرف شامپو و محلول گامابنزن و شامپو بومترین دارو را تکان دهید.

برای درمان آلودگی با جرب نکات زیر رعایت شود:

۱- اگر بیمار قبل از مصرف دارو حمام کرده باشد، باید پوست را کاملاً خشک و خنک کند و سپس مقدار کافی از دارو را به خوبی به تمام پوست بدن از گردن به پایین بمالد و بین انگشتان پا، زیر بغل، کشاله ران و در محل ضایعه ماساژ بیشتری بدهند.

۲- دارو را به مدت ۲۴ ساعت بر روی پوست باقی بگذارند و سپس پوست را بشویند.

۳- برای جلوگیری از آلودگی مجدد از لباس‌هایی که به تازگی جوشانده و خشک نموده اند استفاده کنند.

۴- لباس‌های آلوده را که به تن داشته اند به مدت ۳۰ دقیقه جوشانیده و خشک نمایند.

۵- ملحفه‌ها را شستشو و حداقل ۱۰ دقیقه بجوشانند. این کار برای آلودگی با شپش نیز باید انجام گیرد.

۶- در صورت نیاز به استعمال مجدد بعد از یک هفته مجدداً طبق مراحل گفته شده عمل نمایند.

۷- قبل از مصرف شامپو، محلول لیندان و محلول کالامین، شیشه را کاملاً تکان دهند.

۸- کروتامیتون را به میزان محدود و تنها در مواردی که نمی‌توان از محلول لیندان استفاده

کرد به کار برید.

برای درمان آلودگی با شپش نکات زیر رعایت شود:

- ۱- بعد از خشک کردن موها برای خارج کردن اجساد شپش و تخم آن ها موها را با یک شانه دندانانه ریز شانه کنید.
- ۲- برای جلوگیری از گسترش آلودگی، شانه و برس را با شامپو بشویید.
- ۳- از مصرف شامپو به طور مرتب اجتناب کنید.
- ۴- اطرفیان فرد مبتلا را نیز همزمان درمان کنید.
- ۵- توصیه می شود در صورت بقای مشکل ضمن بازبینی یک هفته بعد درمان تکرار شود.

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- بیماری گال را تعریف کنید.
- ۲- راه های سرایت بیماری گال را نام ببرید.

تراخم

تعریف بیماری:

تراخم یک بیماری عفونی مزمن است که ملتحمه و قرنیه ی چشم را مبتلا می کند و عامل آن کلامید یا تراکماتیس است که باعث التهاب و آماس در محل ضایعه می شود و پس از آن زخم تشکیل می شود به بیماری تراخم تریکیازیس هم می گویند.

اهمیت بیماری:

تراخم و آماس مربوط به آن هنوز هم مهم ترین علت نابینایی های قابل پیشگیری در جهان است. برابر برآوردهای اخیر، احتمال می رود که تعداد مبتلایان به تراخم در دوره ی سی سال گذشته از ۵۰۰ میلیون نفر به ۳۶۰ میلیون نفر کاهش یافته باشد. این بیماری از نظر کاهش شدید توان کاری افراد و از کار افتادگی های شدید و آموزش های لازمه ی آن، بار سنگینی بر دوش اجتماع است.

عامل بیماری زا:

عامل ایجاد تراخم باکتری ریزی به نام کلامیدیا تراکماتیس است این باکتری انگلی است که درون سلول های یوکاریوت (سلول هایی که در آن ها هسته با غشایی از سیتوپلاسم جدا شده است) زندگی می کند.

علائم بیماری:

علائم اولیه بیماری شامل عفونت فعال ملتحمه توسط باکتری کلامیدیا تراکماتیس می باشد این مرحله از بیماری بسیار مسری است در مرحله بعدی بیماری سبب آسیب به قرنیه می شود. عفونت های مکرر و پس از آن زخم تشکیل می شود با بهبود زخم، جای زخم باقی می ماند. بروز زخم های مکرر باعث برگشت پلک به سمت داخل چشم می شود و در نتیجه خراش دادن قرنیه می شود این خراش دردناک بوده و سبب اسکار روی قرنیه و در نهایت کدر شدن آن می شود. عفونت مکرر، گسترده و درمان نشده منجر به کوری خواهد شد، حال آن که درمان به موقع بیماری فرد را از کوری نجات خواهد داد.

مخزن:

مخزن بیماری تراخم انسان بیمار است کودکان مبتلا به تراخم فعال و کودکان بزرگ و بزرگسالان دارای آلودگی مزمن مخزن بیماری اند.

منبع:

ترشحات چشم و اشیاء آلوده به ترشحات چشم است مثل حوله، روبالشی، ملحفه، در خانم ها لوازم آرایشی، قطره های چشمی، دستکاری چشم و ...

قابلیت واگیری:

قابلیت واگیری تراخم کم است و تا هنگامی که ضایعات فعال در ملتحمه وجود دارند واگیر است ولی پس از جوش خوردن کامل ضایعات واگیر نیست.

راه انتقال:

انتقال از راه چشم به چشم با تماس مستقیم و غیر مستقیم با ترشحات چشم افراد و یا لوازم آلوده (از قبیل حوله، سورمه، انگشت)، مگس های آلوده هم در انتشار آلودگی از طریق انتقال مکانیکی نقش دارند تراخم می تواند از راه آمیزش جنسی نیز منتقل شود و چشم ها را نیز آلوده کند ولی مشکل آن کمتر است.

تشخیص:

الف: وجود فولیکول مو در ملتحمه ی پلک فوقانی

ب: وجود دانه های ریز (هربرت) یا فولیکول در کناره ی ملتحمه

ج: جوشگاه مشخصه ملتحمه

د: پرخونی شدید ملتحمه و کره چشم

درمان:

تراخم یک بیماری خانوادگی است درمان دارویی بیماری با آنتی بیوتیک انتخابی عبارت است از پماد یک درصد تتراسایکلین چشمی یا سوسپانسیون روغنی تتراسایکلین است.

مراقبت و پیشگیری:

- آموزش بهداشت فردی استفاده از وسایل شخصی
- آموزش به اطرافیان بیمار در مورد ضد عفونی وسایل و اشیاء بیمار
- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- بیماری تراخم را تعریف کنید.
- ۲- علایم بالینی تراخم را شرح دهید.

تمرین در داخل کلاس:

- ۱- راه دهی انتقال و مراقبت و پیشگیری از بیماری تراخم را به یک گروه فرضی از اهالی روستا در کلاس درس آموزش دهید.

زرد زخم

زرد زخم عبارت است از یک عفونت باکتریایی مسری و شایع پوستی که لایه های سطحی پوست را متاثر می سازد. این عفونت معمولا در پوست صورت، بازوها و پاها به وجود می آید. زرد زخم می تواند در تمام سنین رخ دهد، اما در شیرخواران و کودکان شایع تر است. باکتری های استافیلوکوکی یا استرپتوکوکی با گزش حشرات و دیگر زخم های جزئی وارد پوست می شود. عفونت تاول های کوچک، اغلب در اطراف دهان، که دارای خارش و سوزش است، آغاز می شود. با خارش و یا لمس کردن تاول و سپس دست زدن به سایر قسمت های بدن عفونت گسترش می یابد. عفونت می تواند به افراد دیگر سرایت کند.

علائم و نشانه ها

زرد زخم چندین نوع است که با علائم و نشانه های مختلف بروز می نمایند.

- زرد زخم غیر تاولی: شایع ترین نوع بیماری است که معمولا با یک زخم قرمز بر روی صورت، اطراف دهان و بینی شروع می شود. زخم سریعاً پاره شده و پس از ترشحات آبکی و چرکی، ایجاد دلمه های عسلی رنگ می نماید. در انتها دلمه ناپدید شده و نشانه قرمز رنگی باقی می گذارد. این نشانه بدون باقی گذاشتن اثر زخم یا اسکار از بین می رود. زخم ممکن است خارش دار اما بدون درد باشد. کودک ممکن است از این نوع زرد زخم تب نداشته باشد هر چند عفونت می تواند باعث بزرگ شدن غده لنفاوی در مناطق مبتلا شود.

با توجه به شانس بالای مسری بودن بیماری، لمس یا خاراندن زخم بیماری را به قسمت های دیگر بدن کودک انتشار می دهد.

- زرد زخم تاولی: این نوع عمدتاً بچه های زیر ۲ سال و شیرخواران را مبتلا می سازد و باعث ایجاد تاول های دردناک (معمولا روی تنه بازو و ساق) می شود. تاول ها کوچک یا بزرگ بوده و سیر بیماری طولانی تر از نوع غیر تاولی است.

علل بیماری:

باکتری های استافیلوکوکی یا استرپتوکوکی (یا ترکیبی از این دو که در لایه های سطحی پوست رشد می کنند و باعث عفونت می شوند.

عوامل افزایش دهنده خطر:

۱. تغذیه نامناسب
۲. آب و هوای گرم و مرطوب
۳. محیط زندگی شلوغ یا غیر بهداشتی
۴. بهداشت نامناسب
۵. وجود یک بیماری که باعث کاهش مقاومت بدن شده باشد.
۶. حساس بودن پوست به نور خورشید و مواد آزار دهنده و تحریک کننده پوست مثل صابون ها و مواد آرایشی

پیشگیری:

۱. روزانه با صابون و آب حمام بگیرید.
۲. ناخن ها را کوتاه نگه دارید. تاول ها را نخرشید.
۳. تیغ ریش تراش خود را با دیگران به طور مشترک استفاده نکنید.
۴. اگر بیماری در خانواده شایع شده است، تمام اعضا را وادار کنید که از صابون ضد باکتری استفاده کنند.
۵. هر کدام از اعضای خانواده باید از حوله جداگانه استفاده کنند، یا به جای این کار می توان موقتا از حوله کاغذی یک بار مصرف استفاده نمود.

داروها:

امکان دارد پمادهای آنتی بیوتیک تجویز شوند. امکان دارد آنتی بیوتیک های خوراکی تجویز شوند. با درمان در عرض ۷-۱۰ روز خوب می شود.

ایبولا

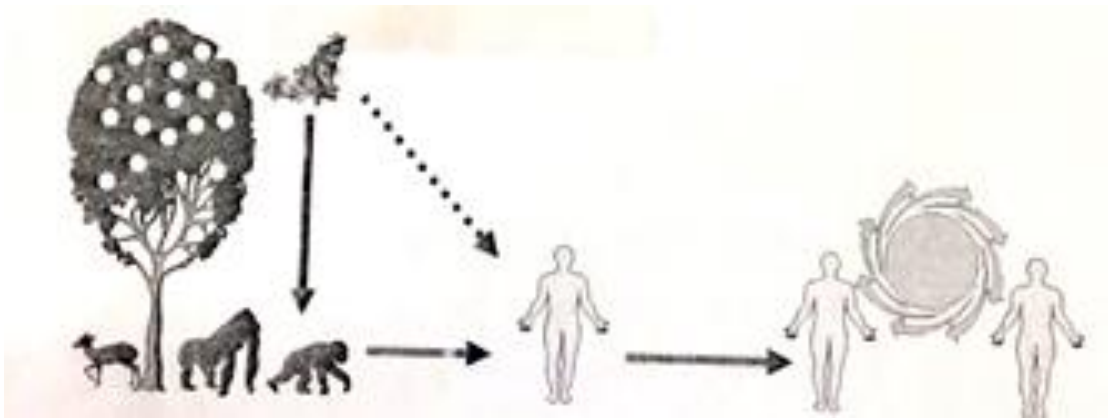
مقدمه:

بیماری ایبولا که در گذشته بیماری تب خونریزی دهنده ایبولا نامیده می شد بیماری ویروسی واگیر و کشنده ای است که برای اولین بار در نیمه دوم قرن بیستم (۱۹۷۶ میلادی) در مرکز آفریقا شناسایی شد (نام ویروس از رودخانه ای به نام ایبولا در کشور کنگو برگرفته شده است). از سال ۱۹۷۶ تا ۲۰۱۴ میلادی بیش از ۲۰ طغیان کوچک و متوسط از بیماری ایبولا گزارش شده که همگی محدود به کشورهای مرکز آفریقا بودند و عموماً در طی مدت ۲ ماه فروکش نموده و بیش از چند صد نفر را (در بیشترین حالت) مبتلا نموده اند. این بیماری ویروسی تبار در چند روز اول بیماری علامت اختصاصی نداشته اما سریعاً پیشرونده بوده و با ظهور علائم گوارشی شدید (اسهال، استفراغ) و خونریزی (در برخی افراد) در عرض کمتر از ۱۵ روز به مرگ بیمار (ناشی از شوک، نارسایی ارگان های بدن، کوما) منجر می شود.

سازمان جهانی بهداشت محدودیت تجارت و سفر بین المللی برای سفر به کشورهای درگیر بیماری اعلام نموده است اما به مسافرانی که به ۳ کشور دارای گسترش شدید بیماری قصد سفر دارند توصیه می نماید که در صورتی که ضرورتی برای سفر وجود ندارد سعی کنند که سفر خود را تا زمان کنترل بیماری به تاخیر بیاورند. برای کنترل این بیماری در جهان گام هایی در سراسر جهان در حال برداشته شدن است که ارتقا ظرفیت آزمایشگاهی، تقویت زیرساخت های بهداشتی جامعه و افزایش آگاهی و آموزش کنترل عفونت (فوری ترین نیاز در سراسر جهان شناخته شده است) به عنوان سه گام کلیدی مطرح می باشند. رعایت کنترل عفونت از زمان مشکوک شدن به بیمار آغاز می شود و در زمان انتقال بیمار، نمونه گیری، حمل نمونه تا آزمایشگاه، کار با نمونه در آزمایشگاه، دفن اجساد، نظافت در بیمارستان، دفع زباله های عفونی، ضدعفونی هواپیما و وسایل نقلیه آلوده شده و توصیه های مناسب برای اطرافیان بیمار ادامه دارد.

راه ابتلا، انتقال و گسترش بیماری:

به نظر می رسد این بیماری جزو بیماری های قابل انتقال از حیوان به انسان (zoonosis) باشد و مخزن اصلی آن نوعی خفاش میوه خوار در قاره آفریقا بوده است. گوریل ها، بابون ها و شامپانزه ها، جوندگان وحشی بیشه زارهای پر باران آفریقا، آهوی آفریقایی (آنتیلوپ) از جمله جوندگانی هستند که ویروس در آن ها شناسایی شده است. ویروس ایبولا باعث مرگ های گسترده قابل توجه در میمون های بزرگ جنگل های آفریقا در سال های گذشته بوده است. در طغیان های رخ داده در کشورهای آندمیک، گمان می رود که اولین موارد ابتلا در یک طغیان، بعد از تماس با حیوان آلوده (شکار یا دست زدن به حیوان آلوده یا اقدام به آشپزی با گوشت حیوانات وحشی شکار شده یا لاشه های آن ها) رخ داده باشد. اما پس از ابتلا اولین مورد، به تدریج اطرافیان و افراد خانواده و پرسنل درمانی مراکز درمانی ارائه کننده خدمات ممکن است مبتلا شوند.



در انسان، راه انتقال فرد به فرد از راه تماس پوستی یا مخاطی اطرافیان با ترشحات یا بدن بیمار (یا فرد فوت شده) می باشد. در انتهای بیماری که ترشحات بدن بیمار (خونی یا غیر خونی) به بیرون ریخته می شوند (به عنوان مثال اسهال یا استفراغ) احتمال انتقال بیماری به شدت افزایش می یابد.

طغیان های بیمارستانی نیز در اثر آلوده شدن سر سوزن و استفاده مجدد یا فرو رفتن سوزن آلوده در پوست کارکنان بیمارستان، یا آلودن شده سایر وسایل تشخیصی درمانی پزشکی به

ترشحات بیمار ممکن است رخ دهند.

تماس با بدن یا ترشحات فرد فوت شده ناشی از ایبولا، و جابجایی اجساد در بیمارستان یا در زمان تدفین بیماران از جمله راه های دیگر انتقال بیماری می باشند.

تا زمانی که ویروس در خون یا سایر ترشحات بدن یک فرد وجود داشته باشند امکان انتقال بیماری وجود دارد. از جمله ترشحاتی که می توانند تا مدت ها آلوده بمانند و علی رغم بهبود بیمار کماکان باعث انتقال بیماری شوند مایع منی بیماران می باشد. انتقال جنسی بیماری تا ۷ هفته بعد از بهبودی نیز مشاهده شده است. مطالعات فعلی نشان می دهند که تا ۸۰ روز بعد از شروع بیماری ممکن است بتوان ویروس را از مایع منی جدا نمود. از این رو بعد از بهبودی بیمار، آموزش بیمار و همراهان وی در مسیر سیر بالینی بیماری بعد از بهبودی و احتمال انتقال بیماری از راه ترشحات تناسلی و رابطه جنسی اهمیت دارد.

اشیاء آلوده نیز می توانند باعث انتقال بیماری شوند و از این رو برای ضدعفونی وسایل آلوده باید برنامه منسجمی در بیمارستان ها وجود داشته و پرسنل مسئول انجام آن تحت آموزش های دقیق و تمرین مکرر قرار گرفته باشند.

بعد از طی شدن دوره کمون ۲ تا ۲۱ روزه، بیماری ایبولا معمولا با یک تب ناگهانی (افزایش درجه حرارت بدن بیش از ۳۸ درجه سانتی گراد) آغاز می شود (در ۸۵ الی ۹۵٪ موارد) و معمولا بیمار از سردرد و بدن درد همراه با آن نیز شکایت دارد. در کنار این علائم شبه ایبولا معمولا بیمار از همان روزهای ابتدای بیماری، احساس ضعف و بی حال پیشرونده و شدیدی نیز دارد (ضعف بیمار به تدریج افزایش می یابد) و راه رفتن و جابجایی را برای بیماران بسیار دشوار می نماید هر چند بیماران تا روز پنجم بیماری ممکن است با علائم شبه ایبولا در شهر جابجا شده یا حتی در برخی موارد سفر نیز انجام دهند (زمینی، هوایی، دریایی). هر چند ایبولا یک بیماری تنفسی نیست اما در مراحل ابتدایی گاهی گلودرد یا سرفه خشک نیز ممکن است بروز نماید که احتمال انتشار و پراکندن بزاق بیمار به اطراف را بیشتر می نماید. سایر علائمی که بعضا در مراحل اولیه بیماری (شبه ایبولا) دیده می شوند شامل سردرد، بدن درد یا درد مفاصل، درد عضلانی، درد شکم، تهوع،

استفراغ می باشد.

داشتن شرح حال سفر به کانون اعلام شده طغیان فعلی بیماری ایبولا در غرب و مرکز آفریقا و تماس پوستی یا مخاطی با «بدن، خون یا سایر ترشحات» بیماران تب دار یا جسد بیماری که در اثر تب فوت شده باشد (یا تماس با بدن و ترشحات بدن حیوانات بیمار یا تلف شده در حیات وحش آفریقا، به خصوص میمون و خفاش) در رسیدن به تشخیص اهمیت دارد.

علائمی که با شیوع کمتر ممکن است دیده شوند شامل، بشورات پوستی، گلودرد، قرمزی ملتحمه، خونریزی می باشند. هر چند در سایر تب های خونریزی دهنده مانند تب کریمه کنگو، خونریزی مخصوصا از لته ها و مخاطات ممکن است دیده شوند اما در ایبولا خونریزی چشمگیر کمتر رخ می دهد و بیمار مبتلا به ایبولا اگر دچار خونریزی گردد با احتمال بیشتری به صورت خونریزی های گوارشی خواهد بود (استفراغ یا اسهال خونی).

در مراحل پیشرفته تر بیماری مخصوصا از روز ۶ به بعد عوارض شدید و کشنده بیمار مانند ادم مغزی، اختلالات انعقادی، شوک سپتیک و عفونت ثانویه باکتریال بروز می یابند. تنها درمان های کمک کننده فعلی نیز درمان همین عوارض و درمان های نگه دارنده هستند.

آخرین مراحل بیماری ایبولا: در هفته دوم بیماری یا بیماری به طرز چشمگیری بهبودی می یابد! و یا اینکه بیمار جان خود را در اثر نارسایی چند ارگان و در وضعیت شوک از دست خواهد داد و این آخرین مراحل بیماری ایبولا، می تواند با نارسایی کبد، نارسایی کلیه و عدم دفع ادرار، و اختلال انعقادی منتشر داخل عروقی همراه باشند.

فصل ششم

بیماری‌های مقاربتی

ایدز

اهداف:

- پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:
- ۱- تعریف بیماری‌های آمیزشی را بیان نمایید.
 - ۲- علایم بیماری و راه‌های سرایت بیمار را توضیح دهید.
 - ۳- دوره کمون، منبع و عامل بیماری را شرح دهید.
 - ۴- روش‌های مراقبت و پیشگیری از بیماری را شرح دهید.

مقدمه

عفونت‌های آمیزشی^۱ (STI) در بخش عمده‌ای از جهان به عنوان یک مشکل بهداشتی محسوب می‌شوند. به نظر می‌رسد STI حاد در بیشتر کشورها شایع باشد و نقص در تشخیص و درمان آن در مراحل اولیه ممکن است عوارض و مشکلات شدیدی از جمله نازایی، مرگ جنین، حاملگی خارج از رحم، مرگ زودهنگام و در همین راستا عفونت‌های نوزاد و شیرخوار ایجاد نماید. هزینه مراقبت فردی و ملی STI می‌تواند قابل توجه باشد. بروز HIV توجه بیشتری را روی STI متمرکز ساخته است. بین STI و انتقال HIV ارتباطی نزدیک وجود دارد و مشخص شده است که STI خطر انتقال جنسی HIV را افزایش می‌دهد.

سیفلیس

تعریف بیماری:

بیماری واگیر آمیزشی است که اغلب نواحی تناسلی را گرفتار می‌سازد اما در صورتی که درمان نشود دیگر اعضاء بدن مانند پوست، مخاط، استخوان و دستگاه اعصاب مرکزی و دستگاه گردش خون را مبتلا می‌کند و باعث عوارض شدیدی می‌گردد. این بیماری در سنین ۱۵ تا ۳۰ سالگی بیشتر دیده می‌شود و ابتلا به بیماری مصونیت نمی‌دهد. یکی از عوارض بیماری، سیفلیس مادرزادی است. ابتلای جنین در مراحل اولیه عفونت مادر، بالا و در مرحله نهفتگی کمتر است که می‌تواند منجر به سقط، مرده زایی، زایمان زودرس یا تولد نوزاد مبتلا به سیفلیس شود.

عامل بیماری:

نوعی اسپروکت به نام تریپونماپالیدوم است که در خارج بدن انسان نسبت به عوامل خارجی حساس بوده و به راحتی از بین می‌رود.

علائم بیماری:

زخم تمیز و بدون درد و سفت در نواحی تناسلی و دهان دیده می‌شود که خود به خود به ظاهر بهبود یافته ولی در صورت درمان نشدن پس از حدود دو ماه ضایعات پوستی و دهانی

¹ STI: Sexually Transmitted Infections

گسترده و صورتی رنگ ظاهر می شود که حاوی میکروب بیماری است.

دوره کمون بیماری:

۱۰ روز تا ۱۰ هفته است (معمولاً ۳ هفته)

مخزن بیماری: انسان بیمار و آلوده است.

دوره واگیری:

تا زمانی که زخم های جلدی - مخاطی مرطوب سیفلیس وجود داشته باشد بیماری قابل انتقال

است ولی در هر صورت انتقال تریپونما بعد از سال اول نادر خواهد بود.

تشخیص:

از طریق آزمایش R.P.R و VDRL صورت می گیرد که باید با تست های آنتی ژنی

اختصاصی تایید شوند.

راه های سرایت:

۱- انتقال از طریق تماس جنسی با افراد آلوده

۲- انتقال از طریق خون و فراورده های خونی آلوده

۳- انتقال از مادر آلوده به جنین مخصوصاً در چهار ماه اول حاملگی که باعث سیفلیس

مادرزادی می شود.

۴- انتقال غیر مستقیم از طریق اشیاء آلوده (بسیار نادر است)

۵- ترشحات و رطوبت ضایعات اولیه پوستی و مخاطی بزاق

درمان: (مطالعه)

پنی سیلین بنزاتین

مراقبت و پیشگیری سیفلیس:

۱- ارجاع فوری و گزارش غیر فوری موارد مشکوک را با رعایت اصول اخلاقی و امانت

داری به مرکز بهداشت شهرستان و پیگیری تا حصول نتیجه گزارش دهید.

۲- آموزش به افراد در معرض خطر بیماری در رابطه با اجتناب از روابط جنسی مشکوک

(جوانان) توصیه به عدم تماس جنسی تا زمان رفع کامل علایم و ضایعات

۳- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط

پزشک

۴- آموزش به اطرافیان بیمار در مورد نحوه پیشگیری از انتقال بیماری

۵- همکاری با اکیپ های مرکز بهداشتی و درمانی که جهت بررسی مراجعه می کنند.

۶- انجام آزمایشات برای افراد قبل از ازدواج و زنان باردار (به عنوان غربالگری)

۷- درمان موارد تماس و منبع عفونت

۸- در مبتلایان به سیفلیس اولیه و مادرزادی یا تظاهرات اولیه، باید در مورد ترشحات خون و

مایعات بدن احتیاطات لازم انجام شود.

۹- استفاده از کاندوم در موقع مقاربت

تمرین خارج از کلاس:

۱- راه های سرایت بیماری سیفلیس را نام ببرید.

۲- علایم بیماری سیفلیس را بنویسید.

تمرین داخل کلاس:

۱- برای یک گروه فرضی از زنان واجد شرایط راه های انتقال و پیشگیری از سیفلیس را

آموزش دهید.

سوزاک

تعریف بیماری:

بیماری عفونی واگیردار آمیزشی است که دستگاه ادراری و تناسلی را گرفتار می سازد و ممکن است فرد را دچار نازایی نماید و میکروب آن (گونوکوک) نامیده می شود. این بیماری بسیار مسری است و در زنان به حالت مزمن دیده می شود.

عامل بیماری:

یک باکتری از نوع باسیل به نام نایسریاگونوره یا گونوکوک می باشد.

علائم بیماری:

وجود ترشحات چرکی زرد و سبز از مجرای ادرار، سوزش و درد هنگام دفع ادرار و تورم مجاری ادرار در مردان، میزان دفع ادرار نیز کاهش می یابد. برخی زنان پس از مقاربت، ترشحات غیر عادی و خونریزی دارند. نوزادان مبتلا به عفونت گونوکوکی دچار عفونت ملتحمه چشم می شوند که در صورت عدم درمان منجر به کوری می شود.

منبع بیماری:

انسان های مبتلا به سوزاک حاد و مزمن می باشند.

مخزن:

انسان تنها مخزن بیماری می باشد.

دوره کمون بیماری:

۲ تا ۷ روز می باشد گاهی اوقات نشانه های بالینی بیماری دیرتر ظاهر می شود.

دوره واگیری:

این زمان نزد موارد درمان نشده بیمار ممکن است برای ماه ها ادامه داشته باشد چند ساعت بعد از شروع درمان موثر، واگیری خاتمه می یابد.

راه های سرایت:

انتقال از طریق تماس جنسی با افراد آلوده صورت می گیرد عفونت چشمی نوزادان از مادر نیز صورت می گیرد.

ابتلا به بیماری مصونیت نمی دهد و پس از مدتی بیماری خصوصا در زنان مزمن شده و علائم تخفیف می یابد و ممکن است بیماری سال ها ادامه یابد. سوزاک گاهی اوقات باعث عوارضی مانند تورم مفاصل و عفونت خون و ورم ملتحمه سوزاکی می شود.

درمان:

معمولا با بیش از یک آنتی بیوتیک درمان می شود.

مراقبت و پیشگیری:

۱- ارجاع فوری و گزارش غیرفوری موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی و پیگیری تا حصول نتیجه.

۲- آموزش به افراد در معرض خطر بیماری در رابطه با اجتناب از روابط جنسی مشکوک

۳- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط

پزشک

۴- آموزش به اطرافیان بیمار در مورد نحوه پیشگیری از انتقال بیماری

۵- همکاری با اکیپ های مرکز بهداشتی درمانی که جهت بررسی مراجعه می کنند.

۶- ضد عفونی لوازم آلوده بیمار، جوشاندن و اتو کردن لباس های زیر آن ها

۷- درمان افرادی که در معرض تماس قرار گرفته اند.

۸- آموزش به بیمار در مورد عدم تماس جنسی تا پایان درمان

۹- جداسازی بیمار برای جلوگیری از تماس با نوزادان تا ۲۴ ساعت پس از شروع درمان

۱۰- پیشگیری دارویی برای چشم نوزادان در مورد عفونت گونوکوکی مادران

۱۱- کاندوم نیز در جلوگیری از انتقال بیماری مفید است.

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- علایم بیماری سوزاک را بنویسید.
- ۲- راه های مراقبت و پیشگیری از سوزاک را توضیح دهید.

HIV و ایدز

اهداف آموزشی

۱. لازم است بدانید چرا باید این کار را انجام دهید و این کار چقدر مهم هست؟
 ۲. قبل از این که شما بخواهید به دیگران در خصوص بیماری «اچ ای وی» کمک کنید، لازم است خود شما مفاهیم و کلیات اچ آی وی را به خوبی بشناسید.
 ۳. برای آن که بتوانید کسی را برای انجام هر اقدام بهداشتی مثلا انجام تست اچ آی وی و یا دریافت خدمات مراقبت و درمان اچ آی وی ترغیب کنید، لازم است نحوه برقراری یک ارتباط موثر را بدانید و مهارت هایی را بلد باشید که بتوانید در افراد انگیزه لازم برای کار مورد نظر را ایجاد کنید پس شما در پایان این دوره آموزشی باید مهارت برقراری ارتباط و ارائه آموزش انگیزشی را کسب کرده باشید.
 ۴. تست «اچ آی وی» چیست و چگونه انجام می شود از مطالبی است که شما باید قبل از این که آن را به کسی توصیه کنید باید به خوبی بشناسید ... برای آن که جایی بتواند تست اچ آی وی را انجام دهد باید ۵ شرط مهم را داشته باشد. شما باید این ۵ شرط را بلد باشید و مطمئن باشید هر ۵ شرط را می توانید رعایت کنید.
 ۵. توصیه به انجام تست برای توصیه به انجام تست اچ ای وی ۵ خدمت اصلی باید به فرد ارائه شود و لازم است شما این ۵ خدمت را بشناسید و بتوانید آن را به ترتیب ارائه دهید.
- اولین خدمت: آموزش اچ آی وی و مفاهیم آزمایش تست اچ آی وی
- شما باید با مفاهیم ایدز و این که چرا مهم است فرد آزمایش بدهد را با استفاده از مهارتی که یاد گرفته اید به مرز مورد نظر ارائه دهید زیرا قبل از انجام آزمایش فرد باید اطلاعات زیر را داشته باشد:
- آن ها باید بدانند این آزمایش چیست و چگونه انجام می شود.
 - آنها باید مفهوم پاسخ آزمایش منفی را بدانند و درک کنند که اگر پاسخ آزمایش آن ها منفی باشد چه کاری باید انجام دهند.

- آنها باید مفهوم پاسخ آزمایش مثبت را بدانند و درک کنند که اگر پاسخ آزمایش آن‌ها مثبت باشد چه کاری باید انجام دهند.

دومین خدمت: توصیه به انجام تست

شما باید بلد باشید چگونه به فرد توصیه کنید که برای انجام تست اقدام کند.

انجام تست

سومین خدمت: انجام تست

اگر به تست سریع دسترسی دارید:

۸. شما باید بتوانید تست را به درستی انجام دهید.

۹. شما باید بتوانید نتیجه تست را به درستی قرائت کنید.

اگر به دست دسترسی ندارید:

۸. شما باید بدانید برای انجام تست فرد چه کارهایی را باید انجام دهید.

۹. شما باید بدانید چگونه پاسخ آزمایش فرد را از محل انجام تست دریافت کنید.

چهارمین خدمت: اعلام نتیجه آزمایش به فرد

۱۰. شما باید بدانید چگونه پاسخ آزمایش را به فرد اعلام کنید.

۱۱. شما باید مطمئن شوید فرد مفهوم نتایج مثبت و منفی را به درستی می‌داند.

۱۲. شما باید مطمئن شوید فرد با پاسخ آزمایش منفی، می‌داند چه اقدامی باید انجام دهد.

۱۳. شما باید مطمئن شوید فرد با پاسخ آزمایش مثبت، می‌داند چه اقدامی باید انجام دهد.

پنجمین خدمت: ارجاع و پیگیری موارد با نتیجه مثبت

۱۴. شما باید بدانید فرد با پاسخ آزمایش مثبت را چگونه و به کجا برای انجام تست‌های

تاییدی تشخیص ارجاع دهید.

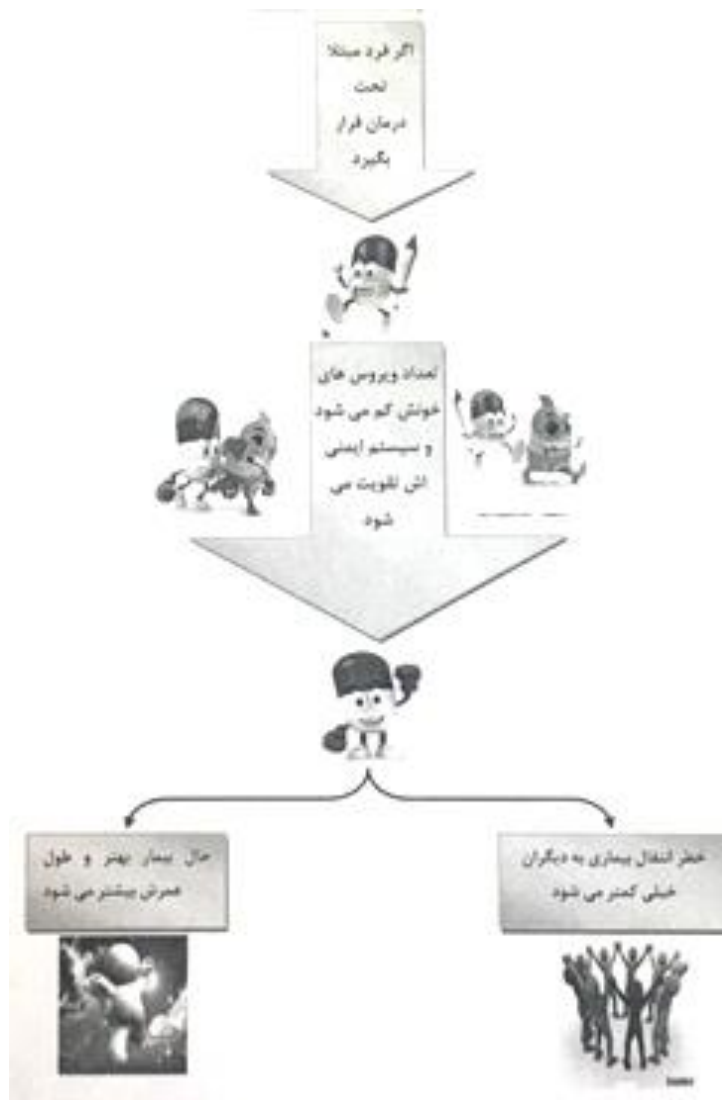
۱۵. شما باید بدانید چگونه نتیجه این که فرد تست تاییدی را انجام داده است را پیگیری کنید.

۱۶. شما باید بدانید اگر فرد برای تایید تشخیص اقدام نکرده است باید چه کاری انجام دهید.

اهمیت موضوع:

حتماً از سال‌ها قبل شنیده‌اید که ایدز یک بیماری است که سالانه جان هزاران نفر را گرفته و به سرعت گسترش یافته است. اما امروزه کشورهایی هستند که موفق شده‌اند بیماری را کنترل کنند.

این موفقیت تنها زمانی حاصل شده است که آن‌ها توانسته‌اند درصد بالایی از افراد مبتلا را تحت درمان قرار دهند. زیرا زمانی که فرد تحت درمان قرار می‌گیرد هم خودش می‌تواند زندگی سالمی داشته باشد و هم تعداد ویروس‌ها در خونش کم می‌شود بنابراین بیماری را خیلی کمتر به دیگران منتقل می‌کند و به این ترتیب بیماری در آن جامعه‌ها کنترل شده است.



از چه راهی می توان به این نتایج رسید؟

۱. باید در افراد انگیزه ایجاد کرد که برای آزمایش اقدام کنند.
 ۲. دسترسی به آزمایش را ساده کرد که بتوانند به راحتی آن را انجام دهند.
 ۳. خیالشان راحت باشد که نتیجه آزمایش آن ها محرمانه باقی می ماند.
 ۴. باید در افراد مبتلا انگیزه ایجاد کرد که برای مراقبت و درمان اقدام کنند.
 ۵. آن ها باید بدانند برای مراقبت و درمان به کجا مراجعه کنند.
- مطابق سیاست های تدوین شده برنامه کشوری، بر آن شدیم تا شرایط فوق را برآورده کنیم. برای این کار برای گروه های زیر شرایطی فراهم می آید که کنار سایر خدماتی که دریافت می کنند، خدمات تشخیصی اچ آی وی را هم دریافت کنند.

این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟

افرادی که بیشتر احتمال دارد مبتلا باشند مانند:

۱. مصرف کنندگان تزریقی مواد و همسران آن ها
 ۲. افرادی که روابط جنسی غیر محافظت شده دارند و شرکا جنسی آن ها
 ۳. همسر افراد مبتلا به اچ آی وی
 ۴. افراد مبتلا به بیماری های مقاربتی
- یا افرادی که تشخیص و درمان فوری بیماری خیلی اهمیت دارد مانند:

۱. بیماران مبتلا به سل

۲. مادران

این خدمت کجا ارائه می شود؟

آموزش اچ آی وی و توصیه به انجام تست تشخیصی اولیه اچ آی وی در پایگاه های سلامت توسط مراقبیت سلامت انجام می شود. در صورت مثبت بودن تست اولیه، مشاوره های تخصصی و تست تاییدی در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری و یا پایگاه های مشاوره (مراکز جامع سلامت منتخب) انجام می شود.

مرکز جامع سلامت منتخب برای تست های تشخیصی اچ ای وی مراکزی که زیر نظر مراکز مشاوره بیماری های رفتاری با داشتن مشاور دوره دیده به عنوان پایگاه مشاوره شناخته شده اند.

چه کسانی این خدمت را ارائه می دهند؟

برای این که بتوانیم خدمات تشخیصی را در سایر خدمات ارائه شده به افراد فوق ادغام کنیم اولین و مهم ترین شرط این است که فردی که سایر خدمات را ارائه می دهد دانش و مهارت لازم برای انجام خدمات تشخیص و ارجاع موارد مثبت به مراکز تخصصی تر را داشته باشد. شما بعد از گذراندن موفقیت آمیز دوره آموزشی و کسب این مهارت ها به عنوان «مشاور سطح اول» می توانید این خدمت را ارائه دهید و به این ترتیب با کمک به تشخیص بیماران و وصل کردن آن ها به سیستم مراقبت و درمان نقش بسیار بزرگی در کنترل بیماری در جامعه خواهید داشت.

شناخت بیشتر بیماری ایدز

مقدمه:

برای آن که در امر تشویق افراد برای انجام تست تشخیصی اچ آی وی موفق باشیم باید:

۱. ماهیت بیماری اچ آی وی را به عنوان یک بیماری عفونی بهتر بشناسیم.
 ۲. عواملی که باعث می شود، افراد تمایلی برای اقدامات تشخیصی نداشته باشند را بشناسیم.
 ۳. از اقداماتی که برای مراقبت و درمان افراد مبتلا انجام می شود آگاهی داشته باشیم.
- در این بخش به هر سه موضوع اشاره شده پرداخته خواهد شد.

۱. ماهیت بیماری اچ آی وی از منظر یک بیماری عفونی

ایدز یک بیماری عفونی است که سال هاست توجه همگان را به خود جلب کرده است. بیماری از ابتدا به خوبی شناخته نشده بود. ناشناخته های بشر از یک طرف و سرعت انتشار بیماری از طرف دیگر موجب شد که سیستم های آموزشی و بهداشتی در دنیا شتابزده شروع به آموزش های وسیع در اینباره نمودند. دانش ناکافی بشری از یک طرف و ماهیت متفاوت بیماری نسبت به سایر بیماری های عفونی از طرف دیگر منجر شد باورهای غلط در خصوص بیماری شکل گرفته و به سرعت انتشار یابد و همین امر موجب شد، مشکلات جدید در امر کنترل بیماری پیش آید. متأسفانه اکنون علی رغم وجود دانش کافی در خصوص بیماری؛ هم چنان باورهای غلط در خصوص بیماری چنان در اذهان ریشه دوانده اند و از موانع بزرگ در جهت کنترل اپیدمی و تشخیص و مراقبت و درمان بیماران به حساب می آیند. لازم است قبل از شروع یک بار بیماری ایدز را صرفاً از منظر یک بیماری عفونی مرور کنیم.

برای شناخت یک بیماری عفونی بهتر است شما در ابتدا با سیستم ایمنی بدن انسان آشنا شوید:

آشنایی با سیستم ایمنی بدن:

در بدن ما، سیستم ایمنی وجود دارد که وظیفه اش محافظت از بدن در برابر هر عامل بیگانه ای 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 آن ها گلبول سفید می گویند و به مانع وارد شدن عوامل بیگانه به بدن می شوند.

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 شناسایی می کند که به آن «آنتی ژن» می گویند و سیستم ایمنی بن ماده ای بر علیه آن ترشح می کند که به آن «آنتی بادی» می گویند.

آشنایی با بیماری های عفونی:

بیماری های عفونی، بیماری هایی هستند که به علت ورود یک عامل بیماری زا به بدن ایجاد می شود. عامل بیماری زا وارد بدن می شود و موجب آزرده گی یک قسمت بدن می شود. سیستم

ایمنی بدن هم عامل بیماری زا بر علیه این دشمن شروع به فعالیت می کند. این جنگی که بین عامل بیماری زا و سربازهای دفاعی بدن اتفاق می افتد علایمی را ایجاد می کند که به کمک آن علایم می توانیم بیماری را تشخیص دهیم. پس اگر بخواهیم هر بیماری عفونی را بشناسیم به این اطلاعات نیاز داریم:

۱. عامل بیماری زا

۲. نحوه ورود به بدن انسان

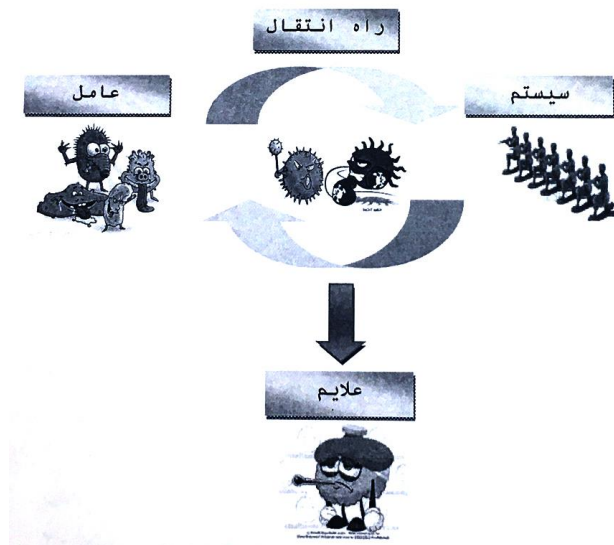
۳. علایم بیماری: که خود حاصل دو مورد زیر است:

الف. صدماتی که میکروب به بدن وارد می کند (بیماری زایی)

ب. واکنش بدن نسبت به عامل بیماری زا

۴. راه تشخیص

۵. چگونگی درمان



اکنون از هر آن چه تاکنون راجع به بیماری ایدز شنیده ایم یکبار دیگر ۵ مرحله فوق را مرور خواهیم در مورد ایدز مرور می کنیم و آن را با بیماری های عفونی دیگر مقایسه می کنیم:

۱. عامل ایجاد بیماری ایدز:

یک نوع ویروس است به نام HIV (ویروس نقص ایمنی انسان) که به گلبول های سفید خون علاقه داشته و تنها درون آن ها قادر به ادامه حیات می باشد. از آن جا گلبول های سفید در خارج

از بدن مدت کوتاهی زنده می ماند پس ویروس اچ آی وی هم در خارج از بدن در مدت کوتاهی از بین می رود. حرارت، الکل و مواد ضد عفونی کننده (مانند وایتکس) به راحتی می توانند باعث از بین رفتن ویروس شوند.

پس نتیجه می گیریم عامل ایجاد کننده ایدز، ویروسی ضعیف است که فقط درون گلبول سفید زنده می ماند در خارج از بدن قادر به ادامه حیات نیست.



۲. ویروس HIV چگونه وارد بدن می شوند؟

همان طور که اشاره شد سلول هدف برای ویروس HIV، گلبول های سفید خون هستند پس مسلماً ویروس از راهی به بدن وارد می شود که بتواند به گلبول های سفید دسترسی داشته باشد، لذا برای ورود ویروس به بدن بایستی مقداری از خون یا ترشحات حاوی گلبول های آلوده به ویروس با خون و یا مخاط بدن فرد سالم تماس پیدا کند. چون ویروس فقط داخل گلبول سفید زنده می ماند. پس تنها از راهی منتقل می شود که گلبول سفید منتقل می شود. گلبول سفید هم فقط در خون و ترشحات بدن وجود دارد پس ویروس هم فقط از راهی می تواند وارد شود که خون و ترشحات محتوای ویروس به خون یا مخاط بدن فرد دیگری وارد شود. به این ترتیب ویروس اچ آی وی از ۳ راه اصلی زیر می تواند وارد بدن انسان شود:

۱- تزریق خون و فراورده های خونی و یا هر جسم تیز و برنده که آلوده به خون تازه باشد.

۲- تماس جنسی با فرد آلوده

۳- از راه مادر آلوده به کودک

پس نتیجه می گیریم، ویروس نسبت به سایر عفونت ها به راحتی انتقال نمی یابد و در روابط معمول بین انسان ها منتقل نمی شود.



راههایی که ویروس ایدز از طریق آن ها منتقل نمی شود:

با توجه به توضیحات فوق از آنجا که ویروس مولد بیماری تنها در صورت دسترسی به گلبول های سفید قادر به ادامه حیات است لذا تنها از طرقی منتقل می شود که به نوعی خون و یا ترشحات آلوده فرد آلوده به خون و یا ترشحات حاوی گلبول سفید در بدن فرد سالم دسترسی یابد، لذا همان طور که میکروب بیماری های اسهال از طریق تنفس منتقل نمی شود ویروس عامل مولد بیماری ایدز نیز از طریق تماس های عادی ذیل منتقل نمی شوند زیرا در این شرایط گلبول های سفید قابل انتقال نیستند لذا راه های زیر نمی توانند باعث انتقال بیماری شود:

- کار کردن با یکدیگر و زندگی دسته جمعی

- هم صحبت شدن و معاشرت های اجتماعی

یا تماس روزمره با افراد آلوده مانند هم سفر بودن، همکلاس بودن، نشستن در کنار یکدیگر

- از روابط عادی اجتماعی مثل سوار شدن در اتوبوس و تاکسی و استفاده از تلفن های

عمومی

- غذا خوردن، آشامیدن و یا استفاده از قاشق و چنگال، لیوان و وسایل و ظروف غذاخوری

اشک و بزاق

- از راه هوا (عطسه و سرفه)
 - استفاده از سرویس‌های بهداشتی مشترک مثل حمام، توالت و استخرهای مشترک
 - توسط حیوانات، حشرات و یا نیش آن‌ها
- لذا با توجه به ماهیت ویروس و راه‌های انتقال بیماری می‌بینیم که افراد آلوده به ویروس در حالت عادی و در روابط معمول اجتماعی خطری برای سایرین ندارند.

پس نتیجه می‌گیریم: نیازی به جداسازی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی وجود ندارد.



چه گروه‌هایی در معرض خطر بیشتر (High Risk) ابتلا به ایدز هستند؟

بیماری ایدز کلیه جوامع و ابناء بشر را تهدید می‌کند و هر انسانی می‌تواند در معرض خطر آلودگی و یا بیماری ایدز قرار گیرد ولی با توجه به راه‌های انتقال، عده‌ای از افراد از احتمال آلودگی و یا بیماری بیشتری برخوردارند که عبارتند از:

- معتادین و کسانی که مواد مخدر تزریقی را با سرنگ و سر سوزن‌های مشترک مورد استفاده قرار می‌دهند و شرکا جنسی آن‌ها
- افرادی که روابط جنسی نامطمئن دارند.
- افراد مبتلا به بیماری‌های آمیزشی و مقاربتی
- دریافت کنندگان مکرر خون، فراورده‌های خونی و فاکتورهای انعقادی آلوده

– همسران افراد آلوده به HIV و یا بیماران مبتلا به ایدز و نوزادان مادران آلوده به HIV

علائم بیماری

پس از ورود ویروس HIV به بدن چه اتفاقی می افتد؟

از ویژگی های جالب این ویروس این است که برخلاف اغلب عوامل بیماری زا خودش هیچ آسیبی به بدن نمی زند و همان طور که اشاره شد این ویروس به گلبول های سفید بدن تمایل دارد و به آن ها وارد شده و شروع به تکثیر می کند. به عبارت دیگر این ویروس وارد سلولی می شود که خود وظیفه از بین بردن آن را به عنوان یک موجود بیگانه بر عهده داشته است، درست مانند دشمنی که در ارتش یک کشور رسوخ کرده و مانع اقدام سربازهای آن کشور در مقابل بیگانگان گردد. و بدن نیز در برابر آن هیچ اقدامی انجام نمی دهد به این ترتیب نه ویروس کاری انجام می دهد و نه بدن عکس العملی نشان می دهد پس بیماری هیچ علامتی ندارد. به این ترتیب نه خود ویروس موجب ایجاد علامت می شود و نه عکس العمل بدن علامتی ایجاد خواهد کرد. بعد از مدتی ماده ای در خون ترشح می شود که آن هم هیچ علامتی ایجاد نمی کند و فقط نفع آن این است که در تشخیص آزمایشگاهی به ما کمک می کند. این ویروس در گلبول سفید جایگزین می شود و با استفاده از امکانات گلبول سفید رشد و تکثیر می کند به این ترتیب گلبول سفید آرام آرام توان و کارایی خود را از دست داده و تمام توانش صرف رشد ویروس می شود. می نمی تواند وظایف خود که همان مقاومت بدن و مقابله با میکروب های وارد شده به بدن است را به درستی انجام دهد و اگر عامل بیماری زای دیگری به بدن وارد گردد، گلبول های سفید نمی توانند به وظیفه محافظتی خود عمل کرده و بدن قادر به هیچ عکس العملی نیست و آن میکروب می تواند انسان را از پا در آورد. (و در این مرحله بیماری های عفونی و سرطان های غیر عادی در بدن فرد فرصت رشد و بیماری زایی پیدا می کنند. در اصل وقتی کارایی گلبول های سفید کاهش پیدا می کند تمام میکروب هایی که در حالت عادی بیماری های ساده ای ایجاد می کردند و خیلی زود برطرف می شدند می توانند عفونت های شدیدی ایجاد کند.

فاصله زمانی از زمان ورود ویروس به بدن تا زمانی که گلبول های سفید کارایی خود را از

دست دهند بین ۵ تا ۳۰ سال گزارش شده است، این مدت به دو عامل مهم بستگی دارد:

۱. قدرت سیستم ایمنی: هر چه توان و قدرت سیستم ایمنی بیشتر باشد این مدت طولانی تر می شود. و هر عاملی مانند عفونت های دیگر، سوء تغذیه و استرس که سیستم ایمنی را ضعیف کند می تواند این دوره را طولانی کند.

۲. تعداد ویروس وارد شده: هر چه تعداد ویروس بیشتر باشد و هر چه تعداد ویروس وارد شده بیشتر باشد و مستمر وارد شود مسلماً زودتر می تواند قوای سیستم ایمنی را کاهش دهد. پس به این ترتیب در می یابیم که در ۵ تا ۲۰ سال اول بیماری بدون هیچ علامتی است و بعد از آن هم خود بیماری علامتی ندارد بلکه علامت مربوط به بیماری های دیگری است که به دلیل نقص سیستم ایمنی ایجاد شده اند.

پس نتیجه می گیریم: برخلاف سایر بیماری ها، عفونت اچ ای وی هیچ علامتی ندارد و فرد مبتلا تا سالیان متمادی می تواند بدون هیچ علامت و مشکلی به زندگی معمول خود ادامه دهد.

تفاوت عفونت اچ ای وی و بیماری ایدز:

زمان ورود میکروب به بدن تا نقص سیستم ایمنی و بروز علائم سایر بیماری های عفونی به دو مرحله اصلی زیر تقسیم می شود:

الف - دوره عفونت اچ ای وی:

از زمانی که ویروس وارد بدن می شود تا زمانی که علامت های سایر بیماری ها مشخص می شود، اصطلاحاً می گویند فرد مبتلا به اچ ای وی و بی علامت است. این دوره که می تواند حتی تا بیش از ۳۰ سال هم باشد فرد هیچ علامت بالینی ندارد و حتی ممکن است خودش نیز نداند که آلوده است اما ویروس از طریق خون و ترشحاتش منتقل می گردد و می تواند سایرین را آلوده نماید از طرف دیگر این فرد انسانی است که هیچ مشکل جسمی نداشته و با توجه به راه های انتقال ویروس بدون آن که در روابط اجتماعی معمول خطری برای سایرین داشته باشد حق دارد و می

تواند یک زندگی نرمال و عادی برای مدت طولانی داشته باشد.

ب- دوره بیماری- ابتلا به ایدز:

کاهش تدریجی نیروی دفاعی و ایمنی سلول در فرد آلوده باعث می شود تا شخص آلوده در مقابل هر میکروبی که وارد بدنش می گردد نتواند مقاومت نماید و علایم انواع و اقسام بیماری های عفونی و نادر و سرطان های مختلف را نشان می دهد. بیماری هایی که در افراد سالم سریعاً و بدون هیچ درمانی بهبود می یابند در این افراد ممکن است ماهها طول کشیده و حتی منجر به مرگ آنان شود. پس تنها زمانی می گوییم فرد مبتلا به ایدز است که دچار نقص سیستم ایمنی شده است.

ه- روش های تشخیص ابتلا اچ آی وی:

همان گونه که اشاره شد در دوران ابتلا به اچ آی وی فرد هیچ علامتی ندارد که بر اساس آن بتوان به اچ آی وی مشکوک شد. همین موضوع تشخیص اچ آی وی را با مشکل مواجه ساخته و عده زیادی هستند که مبتلا هستند اما خود نیز از وضعیت ابتلا خود مطلع نیستند. همان طور که قبلاً نیز اشاره شد، مدتی بعد از ورود ویروس به بدن، گلبول های سفید به نشانه حضور ویروس ماده ای را در خون ترشح می کند (آنتی بادی) که آن ماده هم هیچ علامتی ندارد ولی با آزمایش قابل تشخیص است. از زمان ورود ویروس به تا زمانی که گلبول های سفید این ماده را ترشح می کنند، مدتی بین دو هفته و گاه حتی سه ماه طول می کشد که در این زمان علیرغم این که ویروس درون بدن فرد هست حتی اگر فرد آزمایش هم بدهد جواب منفی خواهد بود. به این دوران دوره پنجره می گویند. اما بعد از این دوران که آنتی بادی ترشح شود تا آخر عمر فرد در خونش باقی خواهد ماند. لذا تشخیص اچ آی وی فقط بر این مبنا خواهد بود که فرد خون بدهد.

بر اساس این توضیحات از زمان ورود ویروس اچ آی وی به بدن انسان سه مرحله زیر وجود

دارد:

۱. دوره پنجره: ویروس در بدن هست. هیچ علامتی وجود ندارد. آزمایش خون هم منفی

است.

۲. دوره اچ ای وی: ویروس در بدن هست. هیچ علامتی وجود ندارد. آزمایش خون هم مثبت است.

۳. دوره ایدز: ویروس در بدن هست. علامت عفونت های دیگر وجود دارد. آزمایش خون هم مثبت است.

توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است که با وجود دوران پنجره (مدت زمانی که ویروس وارد بدن شده اما سطح آنتی بادی به حد قابل تشخیص در خون نرسیده است) و این که علی رغم آلودگی هنوز تست های آزمایشگاهی مثبت نشده است، هیچ گاه وجود یک آزمایش منفی دلیل قطعی برای عدم ابتلا فرد نیست و به تواترهای زمانی مشخص بایستی مجددا مورد مشاوره و آزمایش قرار گیرد. ضمناً با توجه به دوران پنجره انجام آزمایش بلافاصله پس از وقوع یک رفتار پرخطر امری غیر ضروری است.

پس نتیجه می گیریم: تنها راه تشخیص اچ ای وی آزمایش خون است که آن هم ممکن است در چند ماه اول ورود ویروس به بدن به شکل کاذب منفی باشد.

۶- درمان بیماری ایدز:

تاکنون داروی موثری که بتواند ویروس را به طور کامل از بین ببرد وجود ندارد. اما داروهای مناسبی وجود دارد که می تواند تعداد ویروس را در خون به شدت کم کرده و مانع پدید آمدن علائم مرحله ایدز شوند. مراقبت مستمر افراد مبتلا به اچ ای وی و درمان به موقع عفونت ها و بیماری های دیگر می تواند در به تعویق انداختن مرحله بیماری بسیار موثر باشد.

پس نتیجه می گیریم: با مراقبت و دریافت دارو، بیماران می توانند سالیان متمادی زندگی سالم و بدون مشکل را تجربه کنند.



جمع بندی:

۱. عامل بیماری زای ای وی ویروسی شناخته شده است.
۲. این ویروس، میکروب مقاومی نیست و در خارج از بدن به راحتی با مواد ضدعفونی کننده معمولی از بین می رود.
۳. چون فقط درون گلبول های سفید زندگی می کند پس فقط از طریق خون و ترشحات منتقل می شود پس در روابط معمولی و اجتماعی به راحتی منتقل نمی شود. و فرد مبتلا هیچ خطری در زندگی معمولی برای دیگران ندارد.

۴. حتی اگر فردی مبتلا بشود به شرطی که تعداد ویروس های بیشتری وارد نشود و فرد تحت مراقبت قرار گیرد می تواند سال های متمادی حتی کاملاً بدون علامت بوده و هیچ مشکلی برای خودش و دیگران نداشته باشد. در صورتی که تعداد ویروس در خون کم باشد و سیستم ایمنی قوی باقی بماند افراد می توانند تا ۸۰ سالگی نیز مانند افراد غیر مبتلا زندگی کنند.

۵. با دریافت دارو و مراقبت های به موقع می توان سطح ویروس در خون را به شدت پایین آورد و ورود به فاز بیماری را به تعویق بیندازد.

۲. عواملی که می تواند منجر به عدم تمایل افراد برای انجام تست تشخیصی شود:

با توجه به مطالب پیشگفت به نظر می رسد بیماری اچ آی وی یک بیماری عفونی است که در صورتی که تشخیص داده شده و تحت مراقبت قرار گیرد به راحتی قابل کنترل است. اما در عمل می بینیم افراد تمایلی برای تشخیص بیماری نداشته و افرادی هم که تشخیص داده شده اند تمایلی برای دریافت مراقبت و درمان ندارند.

مسئله وقتی می خواهیم به افراد توصیه کنیم که برای تست تشخیصی اچ آی وی اقدام کنند، لازم است بدانیم چه چیزهایی ممکن است مانع شود افراد، توصیه شما را نپذیرند.

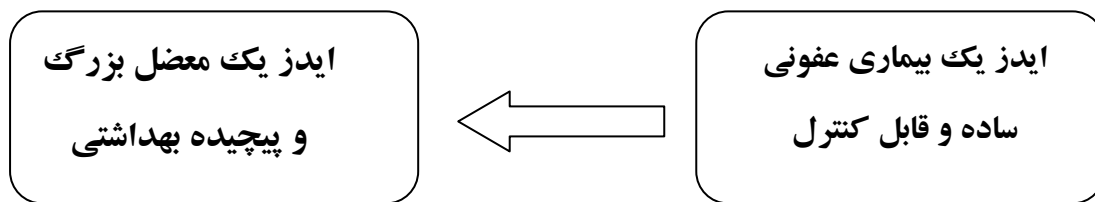
اچ آی وی یک بیماری عفونی است که در حالت معمول نسبت به سایر بیماری های عفونی از قدرت همه گیری خیلی پایین تری برخوردار است و قاعدتاً از بعد اجتماعی بیماری خطرناکی نباید باشد و جزء بیماری های عفونی است که تا مدت های طولانی و حتی تا آخر عمر فرد بدون علامت بوده و ضمن آن که در روابط معمول اجتماعی خطری برای سایرین ندارد خودش هم می تواند زندگی معمولی داشته باشد و بعد از آن هم اگر تحت درمان قرار گیرد باز علایم بیماری برطرف می شود و فرد مجدداً می تواند زندگی معمولی داشته باشد. تا جایی که اگر از وسایل پیشگیری استفاده کند می تواند ازدواج کند و اگر تحت مراقبت قرار گیرد می تواند بچه دار نیز شود.

سوال مهم: به نظر می رسد بین این توضیحات و آمارهای ارائه شده در دنیا تضاد وجود دارد: در بعد اجتماعی: اگر همه گیری بیماری به همین راحتی قابل کنترل است، پس چرا این قدر

سرعت انتشارش در سراسر دنیا بالا بوده است؟ چرا بعضی از کشورها از این بیماری خالی از سکنه شده اند؟

در بعد فردی: با این توضیحات بیماری اچ ای وی یک بیماری است که فرد بدون هیچ مشکلی می تواند سال های زیادی با آن زندگی معمولی داشته باشد و وقتی هم علامت هایش شروع شود باز هم با گرفتن دارو می تواند راحت زندگی کند انگار مثلا یک بیماری مزمن مثل دیابت گرفته ... پس چرا این همه وحشت از بیماری وجود دارد؟

چه عاملی وجود دارد که بیماری ایدز را از یک بیماری عفونی ساده قابل کنترل تبدیل به معضلی کرده است که این همه رعب و وحشت را به همراه داشته و منجر به این گسترش وسیع شده است:



ایدز تنها در صورتی یک بیماری عفونی ساده خواهد بود که:

۱. افراد مبتلا از وضعیت ابتلا خود خبر داشته باشند و در روابط جنسی با همسر خود از کاندوم استفاده نمایند خطر ابتلا به همسر کاهش می یابد.
 ۲. زنان مبتلا از وضعیت ابتلا خود خبر داشته باشند و در صورت بارداری تحت مراقبت قرار گیرند و خطر ابتلا به نوزاد کاهش می یابد.
 ۳. افراد مبتلا از وضعیت ابتلا خود خبر داشته باشند با مصرف دارو سطح ویروس در خون آن ها پایین آمده و خطر ابتلا به سایرین کاهش می یابد.
- اما افراد از ترس قضاوت دیگران، حاضر نیستند بیماری خود را اعلام کنند و تحت مراقبت قرار نمی گیرند و به این ترتیب زنجیره انتقال قطع نخواهد شد.
- اما:

آموزش های غلط از یک طرف و راه های انتقال بیماری که آن را جزء بیماری های رفتاری دسته بندی کرده است منجر شده انگک مرتبط با «اعتیاد» و «روابط جنسی» با بیماری عجین شده است و از طرفی در خصوص وحشت مردم از فرد مبتلا به اچ ای وی تنها عامل دانش ناکافی در این خصوص است. مردم از فردی می ترسند که هیچ خطری نمی تواند برای آن ها و جامعه آن ها داشته باشد و همه این ها باعث می شود فرد مبتلا برای مراقبت و درمان اقدام نکند. زیرا همین قضاوت عمومی در مورد آنان است برایشان همراه وحشتی است که صدها برابر بیش از هر بیماری مهلک می تواند زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد و این وحشت آن قدر زیاد است که خیلی وقت ها حاضر نیستند برای آنکه رازشان برملا نشود برای مراقبت جامعه کنند و به این ترتیب فرد تحت مراقبت قرار نمی گیرد درست به همین علت فرد به تدریج مبتلا به انواع عفونت های دیگر مانند سل و ... می شود که خود عفونت ها با افزایش بار بر روی سیستم ایمنی، سیستم ایمنی فرد را ضعیف تر می کند و فرد زودتر از مرحله عفونت اچ ای وی به مرحله بیماری ایدز وارد می شود. به این ترتیب عوارض بیماری و عفونت های همراه او را از پا در می آورد و در هر حال وقتی مراقبت نشوند هم علایم بیماریشان زودتر نمایان می شود.

حال اگر انگک ناشی از بیماری وجود نداشته باشد چه اتفاقی می افتد:

در بعد فردی

۱. افراد مبتلا یک زندگی عادی مانند دیگران خواهند داشت.
۲. تحت مراقبت قرار می گیرند و بروز علایم بیماری در آن ها با تاخیر طولانی خواهد افتاد.
۳. اگر علایم بروز کند، تحت درمان قرار می گیرند و باز زندگی آن ها نرمال خواهد شد.

در بعد اجتماعی

۴. وقتی مراقبت می شوند بیمار عفونی دیگری مثل سل و ... را نخواهند گرفت که بخواهند آن بیماری را به کس دیگری منتقل نخواهند کرد.
۵. همسر آن ها تنها با یک اقدام ساده استفاده از کاندوم مبتلا نشده و نمی تواند منجر به ادامه زنجیره انتقال به جامعه باشد.

۶. زنجیره انتقال از مادر به کودک تنها با مصرف چند دارو قطع می شود و فرزند آن ها مبتلا نمی شود و به این ترتیب خطر همه گیری کمتر می شود.

۷. با مصرف دارو در زمان بروز علائم بیماری، مقدار ویروس در خون پایین می آید و به ترتیب خطر انتقال به دیگران حتی در تماس های اتفاقی و احتمالی بسیار کم می شود.

آیا این اتفاق به شکل واقعی در جایی افتاده است؟

بله تمام کشورهای که موفق به حذف یا کاهش میزان این ترس شده و انگ و بدنامی را از بیماری جدا کرده اند متناسب با میزان موفقیتشان، همه گیری بیماری به همان میزان کمتر شده و بعضی از آن ها موفق به کنترل کامل بیماری شده اند و هر کشوری که میزان این باورهای غلط و انگ و بدنامی در آن زیاد باشد، به سرعت به سمت همه گیری های وسیعی پیش می رود.

پس در تمام مراحل که توصیه به انجام تست تشخیصی انجام می شود باید متوجه باشیم حتی اگر افراد شناخت کافی و صحیح از بیماری هم داشته باشند، باز باورهای عمومی جامعه و انگ مرتبط با بیماری در جامعه عامل مهمی است که نخواهند به انجام آزمایش تن در دهند. در بخش چهارم همین مجموعه شرح داده می شود که چگونه می توان به کم رنگ شدن این مانع کمک کرد.

اما مهم ترین اصل این است که در زمان آموزش اچ ای وی باید به گونه ای عمل کرد که ترس از بیماری به حداقل برسد و از کلماتی که به ترس و انگ دامن می زنند استفاده نکنیم. در زمان آموزش، همان گونه که در فصل اول همین بخش اشاره شد ایدز را به عنوان یک بیماری عفونی قابل کنترل معرفی کرد.

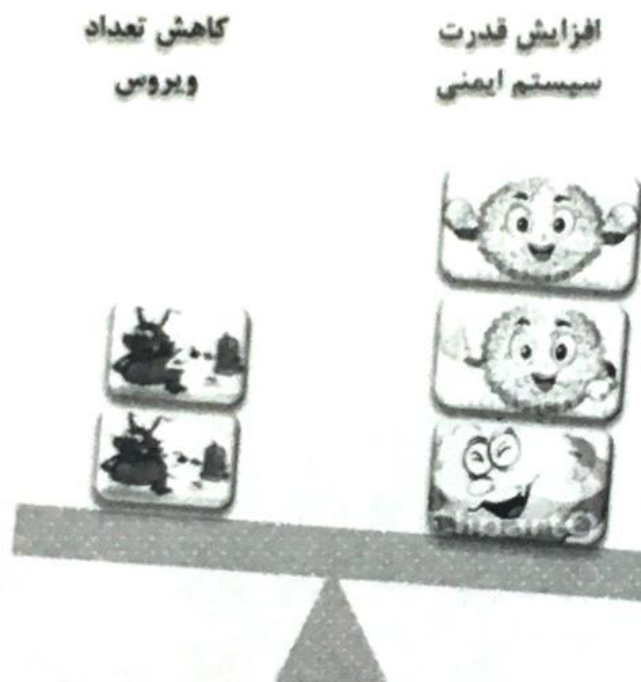
۳. افراد مبتلا به اچ ای وی به چه مراقبت هایی نیاز دارند؟

وقتی می خواهیم فردی را به انجام آزمایش تست تشخیصی ترغیب کنیم، لازم است بدانیم در صورت تشخیص برای این فرد چه اقداماتی انجام خواهد شد. در اغلب موارد اگر افراد بدانند بعد از تشخیص، چه خدماتی را دریافت می کنند و آن خدمت چه مزایایی دارد، برای خدمات تشخیصی تمایل بیشتری پیدا می کنند.

همان طور که اشاره شد ویروس اچ ای وی خود منجر به هیچ صدمه ای نمی شود و فقط با استفاده از امکانات گلوبول های سفید به تدریج موجب نقص عملکرد و کارایی گلوبول های سفید می شود و تمام مشکلات مرتبط با ایدز زمانی اتفاق می افتد که کارایی گلوبول سفید کاهش یابد. به همین خاطر کلیه مراقبت های ایدز حول دو محور زیر است:

۱. تقویت سیستم ایمنی و جلوگیری از هر آن چه موجب تضعیف آن می شود.

۲. جلوگیری از ورود ویروس های بیشتر و کم کردن بار ویروس ها در خون



خدمات ارائه شده به افراد مبتلا:

۱. تشخیص، پیشگیری و مراقبت و درمان عفونت های همراه: هر عاملی که منجر شود قدرت سیستم ایمنی را کم کند می تواند منجر شود فرد زودتر به فاز بیماری وارد شود مانند انواع عفونت ها که توسط نظام مراقبتی مورد ارزیابی قرار می گیرند و در صورت وجود علایمی از آن ها سریعاً مورد درمان قرار می گیرند تا سیستم ایمنی ضعیف نشود.

۲. ارزیابی وضعیت بیماری و تعیین مرحله بیماری: از طرفی وضعیت سیستم ایمنی مدام به وسیله معاینه و آزمایش ارزیابی می شود و به محضی که لازم باشد فرد تحت درمان قرار می گیرد.

۳. درمان ایدز: به محضی که فرد وارد فاز بیماری شود داروهای ضد ایدز به وی ارائه می شود.
۴. واکسیناسیون: واکسیناسیون از ابتلا به بیماری های عفونی جلوگیری می کند.
۵. کاهش آسیب: به فرد وسایل کاهش آسیب و کاندوم داده می شود تا مانع ورود ویروس های جدید شود.
۶. مراقبت و مشاوره با همسر و خانواده: تنها در صورت رضایت بیمار وضعیت شرکا جنسی وی هم برای جلوگیری از ورود ویروس بیشتر به بدن فرد و هم از نظر پیشگیری و درمان شریک مورد ارزیابی قرار می گیرد.
۷. مشاوره: استرس و شرایط روحی یکی از عوامل مهمی هستند که منجر به کاهش قدرت سیستم ایمنی می شوند، لذا مشاوره و کمک به توانمند شدن روحی روانی افراد یکی دیگر از خدمات ارائه شده به این افراد است.
۸. حمایت: سوء تغذیه نیز از عوامل تضعف سیستم ایمنی است. لذا در صورت لزوم فرد برای دریافت کمک های مالی معیشتی به سیستم حمایتی ارجاع می شود.

نحوه تشخیص اچ ای وی

مقدمه:

وقتی می خواهیم فردی را تشویق کنیم که برای تشخیص اچ ای وی اقدام کند، لازم است خود ما اطلاعات بیشتری از روش های تشخیصی بیماری داشته باشیم. این بخش صرفاً با هدف ارتقا سطح آگاهی شما در این زمینه تدوین شده است.

از آن جا که پیدا کردن خود ویروس در خون افراد مشکل است، روش اصلی تشخیص اچ ای وی پیدا کردن رد پای ویروس (موادی که بدن به دلیل وجود ویروس ترشح می کنند) است.

مراحل انجام تست های سنجش آنتی بادی در تشخیص اچ ای وی:

۱. تست تشخیصی اولیه

۲. تست تشخیصی تاییدی

۱. تست تشخیصی اولیه

در مرحله اول از یک تست تشخیصی ساده اولیه استفاده می شود. تست اولیه اچ ای وی تستی نسبتاً ارزان و بسیار حساس استفاده می شود. این تست می تواند وجود آنتی بادی اچ ای وی را در بدن فرد مشخص کند. این تست نسبت به هر نشانه کوچکی که شبیه آنتی بادی های ضد اچ ای وی باشد هم حساسیت نشان داده و آن ها را هم مشخص می کند. پس چه آنتی بادی اچ ای وی و چه هر آنتی بادی دیگری شبیه آن وجود داشته باشد مثبت می شود. اما گاهی آنتی بادی های تولید شده بر علیه چند میکروب ممکنه شبیه هم باشند و فقط اختلاف های کمی با هم داشته باشند. مثلاً آنتی بادی ویروس اچ ای وی و آنتی بادی ویروس آنفلوانزا بسیار شبیه هم هستند، به همین دلیل اگر تست تشخیصی اولیه مثبت باشد ممکن است به دلیل اچ ای وی و یا یک میکروب دیگر باشد. مثلاً اگر فرد آنتی بادی آنفلوانزا را داشته باشد هم تست اچ ای وی هم مثبت شود. لذا:

اگر آزمایش تشخیص اولیه منفی باشد: یعنی هیچ نشانه ای از آنتی بادی اچ ای وی و حتی

آنتی بادی های مشابه آن هم وجود نداشته است در این صورت پاسخ آزمایش منفی اعلام می شود یعنی آنتی بادی اچ ای وی در خون فرد وجود ندارد.

اگر آزمایش تشخیصی اولیه مثبت باشد یعنی در خون فرد یک آنتی بادی شبیه آنتی بادی اچ ای وی دیده شده است. حالا این آنتی بادی دقیقا مربوط به اچ ای وی است یا بیماری دیگر که آنتی بادی شبیه اچ ای وی دارد با این تست قابل تفکیک نیست و با مثبت شدن آن نمی توان قاطعانه گفت فرد اچ ای وی دارد و باید این جواب با آزمایش های دیگری که بیشتر مخصوص اچ ای وی هستند تایید شود. به همین دلیل برای فرد باید آزمایش تاییدی بدهد انجام شود.

۲. تست های تاییدی تشخیص اچ ای وی:

تست های تاییدی اچ ای وی شامل دو تست تخصصی دیگر است این تست ها نیز به جستجوی آنتی بادی می پردازد اما عمدتاً نسبت به آنتی بادی های اختصاصی مربوط به اچ ای وی واکنش نشان می دهد. این آزمایش ها نسبتاً گران است و انجام آن کاری تخصصی است و فقط بر افرادی انجام می شود که آزمایش اولیه آن ها مثبت بوده باشد. مثلاً اگر آزمایش اولیه به خاطر وجود آنتی بادی های شبیه اچ ای وی (مثلاً آنتی بادی آنفلوآنزا) مثبت شده باشد تست های تاییدی فرد منفی می شود چون این تست ها صرفاً مخصوص اچ ای وی است و سایر آنتی بادی ها آن را مثبت نمی کنند و تنها زمانی فرد مبتلا به اچ ای وی اعلام می شود که هم تست اولیه و هم تست های تاییدی آن مثبت باشد.

اگر در آزمایش تشخیصی اولیه، جواب منفی اعلام می شود و نیازی به بقیه آزمایش ها نیستاگر آزمایش تشخیصی اولیه مثبت باشد باید دو آزمایش تکمیلی انجام شود و فقط زمانی جواب مثبت اعلام می شود که هر سه آزمایش مثبت باشند.

لازم به یادآوری است که از زمانی که ویروس وارد بدن می شود تا زمانی که سطح آنتی بادی در خون به حدی برسد که قابل اندازه گیری باشد ممکن است از ۲ هفته تا ۳ ماه طول بکشد. که همان طور که قبلاً نیز گفته شد به آن زمان «دوران پنجره» می گویند. یعنی زمانی که علی رغم

این که ویروس در بدن وجود دارد جواب تست منفی است.

مسلما در این زمان چون هنوز آنتی بادی های به حد قابل اندازه گیری نرسیده اند، جواب آزمایش فرد منفی است و این در حالی است که ویروس در بدن فرد وارد شده است (منفی کاذب) پس یک پاسخ منفی اچ ای وی نمی تواند دلیل کافی برای عدم ابتلا فرد به اچ ای وی باشد بنابراین اگر فردی جواب تست منفی داشته باشد بهتر است تست بعد از ۳ ماه مجددا تکرار شود.

نحوه تفسیر پاسخ:

۱. پاسخ منفی یعنی آنتی بادی دیده نشد. که چون اگر فرد در مراحل اول بیماری باشد هنوز فرصت نکرده آنتی بادی بسازد یک جواب منفی نمی تواند ثابت کند فرد مبتلا به اچ ای وی نیست.

۲. پاسخ مثبت یعنی آنتی بادی اختصاصی اچ ای وی در خون وجود داشته، پس قاطعانه می توان گفت ویروس وارد بدن شده است و فرد مبتلا به اچ ای وی است.

تست سریع اچ ای وی:

یکی از انواع تست تشخیصی اولیه است آزمایش به کمک یک قطره خون به روی یک برگه های مخصوص انجام داد. و پاسخ در عرض ۲۰ دقیقه آماده می شود.
پس همان طور که در خصوص تست تشخیص اولیه بیان شد:

- اگر نتیجه تست سریع منفی باشد اقدام تشخیصی دیگری لازم نیست. فقط با توجه به دوران پنجره باید فرد سه ماه بعد مجددا مورد آزمایش قرار گیرد.
+ اگر نتیجه تست سریع مثبت باشد، به معنی ابتلا قطعی به اچ ای وی نیست و ممکن است به دلیل وجود آنتی بادی های دیگر باشد و فرد حتما باید برای انجام دو مرحله آزمایش تاییدی بعدی به مراکزی ارجاع شود که امکان انجام تست الیزای دوم و تست وسترن بلات را داشته باشند.

ویژگی های مکان انجام تست اچ ای وی

مطابق قوانین بین المللی و دستورالعمل های ملی انجام تست اچ ای وی زمانی باید انجام شود که پنج شرط زیر محقق شده باشد.

۱. آزمایش باید به شکل کاملا آگاهانه و با رضایت فرد انجام شود.
۲. دسترسی به خدمات مشاوره فراهم باشد.
۳. کلیه اطلاعات باید کاملا محرمانه باقی مانده و اصل رازداری به شکل کامل رعایت شود.
۴. از تست های آزمایشگاهی معتبر و تایید شده استفاده شود.
۵. امکان برقراری ارتباط با مراکز درمان و مراقبت تخصصی وجود داشته باشد.

این پنج اصل به عنوان 5C معروف است که معادل:

۱. Consent = رضایت آگاهانه
۲. Confidentiality = حفظ محرمانگی و رازداری
۳. Counselling = مشاوره
۴. Correct test results = تست معتبر و صحیح

۵. Connection = امکان برقراری ارتباط با سطوح ارائه دهنده خدمات مراقبت و درمان

لذا حتی اگر در مرکزی از نظر آزمایشگاهی امکان انجام تست اچ ای وی وجود دارد، تا فرد آموزش دیده برای مشاوره اولیه و جلب رضایت بیمار وجود نداشته باشد و یا شرایط لازم برای محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار مهیا نباشد، نباید تست اچ ای وی انجام شود و تنها در صورتی می تواند مبادرت به انجام تست نماید که

دقت کنید: با توجه به انگ و تبعیض موجود در خصوص بیماری اچ ای وی، در موارد زیادی بیمار حاضر نیست به غیر مراکز مشاوره بیماری های رفتاری که مسئولیت مراقبت اچ ای وی را بر عهده دارند در این خصوص با افراد یا مراکز دیگر صحبت کند. این موضوع به قدری جدی است که در بسیاری موارد در صورت مشخص شدن ابتلا آنان به اچ ای وی از ادامه دریافت سایر خدمات (از جمله درمان سل، مراقبت بارداری و ...) امتناع می کنند. لذا حتی اگر فرد در مرکزی

تست اولیه اچ ای وی را انجام دهد، با نتیجه مثبت برای تایید تشخیص به مراکز مشاوره ارجاع شود.

فقط به شرط رضایت فرد، مرکز ارائه کننده تست اولیه می تواند از نتیجه تست تاییدی خبردار شود.

به همین دلیل، روند اعلام پاسخ آزمایش فقط توسط خود بیمار به فرد ارائه کننده تست اولیه صورت می گیرد و حتی در آن صورت هم فرد درمان کننده باید ضمن رعایت کامل اصول رازداری از اعلام این خبر به سایر افراد اعم از ارائه دهندگان خدمت و خانواده و نزدیکان بیمار بدون موافقت فرد بیمار جدا خودداری کنند.

گروه های هدف برای بیماریهای اچ ای وی:

از یک طرف انگ و بدنامی همراه اچ ای وی باعث می شود افراد برای تشخیص بیماری اقدام نمی کنند و از طرف دیگر اچ ای وی تا سال های متمادی علامت ندارد و ممکن است حتی خود فرد هم نداند مبتلا است، پس تعداد موارد شناخته شده همیشه بسیار کمتر از موارد واقعی است. از طرف دیگر هر چه زودتر افراد شناخته شوند، عوارض بیماری برای خود و اطرفیانشان کمتر است. پس لازم است سیستم بهداشتی برای شناسایی زودهنگام بیماران اقدام کند.

و به دلیل بی علامت بودن بیماری تنها راه شناسایی، آزمایش تشخیصی اچ ای وی است که مطابق مطالب پیشگفت آزمایش هم با مشکلاتی از جمله موارد زیر همراه است، که انجام تست غربالگری برای همه را مقرون به صرفه نمی کند:

- انجام آزمایش اچ ای وی مرحله ای کاملاً تخصصی دارد و نیازمند تجهیزات پایه آزمایشگاهی و نیروی تخصصی و ... است.

- مطابق قوانین بین المللی علاوه بر زیرساخت های معمول، وجود سه شرط (رضایت آگاهانه فرد- دسترسی به مشاوره- حفظ کامل رازداری) برای انجام تست اچ ای وی واجب است.

- پاسخ منفی آزمایش اچ ای وی به معنی اعدام ابتلا فرد به اچ ای وی نیست.

- پاسخ مثبت اگر با شرایط استاندارد اعلام نشود می تواند باعث عوارض زیاد و غیر قابل

جبران برای فرد و خانواده اش باشد.

پس بهترین روش، وجود برنامه برای شناسایی فعال موارد اچ ای وی در دو گروه زیر است:

۱. گروه های که احتمال ابتلا به اچ ای وی بیشتر است: مثل افراد با رفتارهای پرخطر
۲. گروه های که تشخیص و درمان سریع برایشان حیاتی است و تاخیر تشخیص می تواند عوارض جبران ناپذیری داشته باشد مانند زنان باردار (تشخیص به موقع و دریافت داروی پیشگیری می تواند ضریب ابتلا نوزاد را به ۰.۵٪ برساند) و بیماران مبتلا به سل

نحوه آموزش انگیزشی:

یک مشاوره انگیزشی، مشاوره ای است که فرد را برای انجام یک رفتار یا ترک یک رفتار ترغیب می کند پیش نیاز اصلی برای دستیابی به یک مشاوره انگیزشی موفق وجود آگاهی کافی و صحیح در خصوص موضوع است.

لذا توصیه می شود قبل از انجام یک مشاوره انگیزشی:

ابتدا اطلاعات فرد در خصوص موضوع مورد نظر را ارزیابی قرار دهید.
متناسب با سطح دانش فرد، اطلاعات وی را اصلاح کنید.

هدف اصلی از آموزش اچ ای وی چیست؟

ما اچ ای وی را آموزش دهیم تا افراد را ترغیب کنیم تا برای آزمایش تشخیصی اقدام کنند و در صورت ابتلا تحت مراقبت قرار گیرند.

یعنی کمک می کنیم:

۱. افراد اطلاعات درست در خصوص اچ ای وی پیدا کنند.
 ۲. افراد باور کنند اچ ای وی یک بیماری عفونی قابل مراقبت و کنترل است.
 ۳. برای تشخیص و مراقبت و درمان اچ ای وی اقدام کنند.
- دقت کنید فقط داشتن اطلاعات درست کافی نیست، گاهی افراد در خصوص یک موضوع اطلاعات درست دارند اما به آن اطلاعات باور ندارند. مثلاً می دانند اچ ای وی در روابط معمول روزمره قابل انتقال نیست اما باز از معاشرت با فرد مبتلا به اچ ای وی می ترسند و یا فرد می داند

مراکزی برای مراقبت اچ ای وی وجود دارد، اما باور نمی کند با درمان افراد مبتلا می توانند طول عمر طبیعی داشته باشند.

از طرف دیگر اگر چه وجود اطلاعات درست و باورهای صحیح برای انجام یک رفتار لازم است، اما کافی نیست و چه بسا افرادی که در خصوص یک موضوع اطلاعات کافی و باور درست دارند، اما باز هم به دلایلی آن رفتار را انجام نمی دهند. به عنوان مثال افرادی که عوارض سیگار را می دانند و به آن باور دارند اما باز هم سیگار می کشند.

چه عاملی باعث می شود افراد یک اقدام بهداشتی مثلا انجام تست اچ ای وی یا مراقبت و درمان اچ ای وی را انجام دهند؟

اول باید نسبت به موضوع حساس شود: یعنی باور کند آن موضوع به او هم مربوط می شود. مثال: مثلا باید تمام افرادی که سابقه تزریق مواد دارند، ممکن است مبتلا به اچ ای وی باشد. به این ترتیب با دانستن ارتباط بین تزریق مواد و اچ ای وی به موضوع اچ ای وی حساس می شود. دوم باید شدت و اهمیت موضوع را درک کند: یعنی باور کند موضوعی که به او مربوط است موضوع مهمی است.

مثال: در مثال بالا باید بدانند در صورتی که حتی اگر دیگر تزریق نمی کند ولی ممکن است اچ ای وی وارد بدن وی شده باشد و با درمان به موقع می تواند مانع تبدیل آن به ایدز شوند. به این ترتیب با جمع مورد یک (حساس شدن فرد به موضوع) و دو (درک اهمیت آن) توجه فرد کاملا به موضوع جلب می شود. هر چه فرد بیشتر حساس شود و هر چه اهمیت موضوع بیشتر باشد، توجه فرد به آن موضوع بیشتر جلب می شود.

اما مسلما این توجه جلب شده برای این که فرد تصمیم بگیرد که اقدام کند کافی نیست. دو عامل دیگر در تصمیم گیری فرد نقش دارند مقایسه مزایا و معایب آن اقدام است. سوم فرد باید مزایای انجام اقدام را درک کند.

مثال: در مثال بالا فرد باید باور کند هر چه زودتر برای تشخیص و درمان اچ ای وی اقدام کند، عوارض بیماری کمتر می شود.

چهارم فرد باید معایب و موانع انجام آن اقدام را درک کند: فرد باید معایب این اقدام را هم بداند، و بعد در مقایسه با مزایا زمانی تصمیم می گیرد و مزایا بیش از معایب باشد.

مثال: در مثال بالا موانعی است سر راه قبول توصیه به انجام تست باشد، در اغلب موارد مهم ترین مانع ترس از انگ و بدنامی منتسب به اچ ای وی است، عوامل دیگر ممکن است در دسترس نبودن تست و یا نگرانی از هزینه های تست هم از موانع دیگر باشد.

برعکس موارد اول و دوم که جمعشان تعیین کننده برای جلب توجه فرد بود، تفاضل موارد سوم و چهارم تعیین کننده برای تصمیم گیری است. به عبارت دیگر هر چه مزایا بیشتر و معایب کمتر باشد احتمال تصمیم گیری برای انجام آن کار بیشتر می شود.

پنجم

زمانی امکان انجام رفتار مورد نظر بیشتر می شود که راهکار عملی برای مرتفع کردن موانع وجود داشته باشد. لذا یکی از مراحل اصلی انجام مشاوره انگیزشی ارائه راهکارهای عملی است.

برعکس موارد اول و دوم که جمعشان تعیین کننده برای جلب توجه فرد بود، تفاضل موارد سوم و چهارم تعیین کننده برای تصمیم گیری است. به عبارت دیگر هر چه مزایا بیشتر و معایب کمتر باشد احتمال تصمیم گیری برای انجام آن کار بیشتر می شود.

مثال: در مثال بالا دادن اطمینان خاطر از این که نتایج تست اچ ای وی کاملاً محرمانه است و این که تست اولیه در مرکز وجود دارد و تست رایگان است می تواند به رضایت فرد برای انجام تست کمک کند.

اصولا باید کلیه مراحل انجام تست به روشنی برای فرد شرح داده شود.

توصیه به انجام تست:

مقدمه

همان طور که در بخش قبل اشاره شد، تست اچ ای وی دارای سه مرحله است

۱. مرحله اول تست الیزا ۱ (تست سریع): اگر پاسخ منفی باشد، همین تست کافی است ولی اگر پاسخ مثبت باشد باید دو تست دیگر هم انجام شود.

۲. مرحله دوم تست الیزا ۲: اگر پاسخ مثبت باشد باید تست سوم هم انجام شود.

۳. مرحله سوم تست وسترن بلات: برای کسانی انجام می شود که پاسخ دو مرحله قبل مثبت بوده و اگر نتیجه این تست هم مثبت باشد، تشخیص قطعی خواهد بود.

ضمنا می دانیم که هدف اصلی ما از تشخیص این است که فرد تحت مراقبت و درمان قرار گیرد. از آن جا که به دلیل باورهای غلط و نگرش های منفی موجود در جامعه ممکن است افراد حاضر نباشند برای خدمات تشخیص و مهم تر از آن برای خدمات درمانی اقدام کنند؛ پس همواره در کنار خدمات تشخیصی لازم است خدمات مشاوره و ترغیب برای دریافت خدمات نیز صورت بگیرد.

ضمنا برای این که امکان دسترسی به خدمات تشخیصی فراهم شود، سیاست کشوری ایجاب می کند تشخیص در دو مرحله انجام شود.

سطح اول: تشخیص غیر تخصصی که می تواند با کمک یک تست سریع انجام شود. این اقدام در مراکزی که افراد برای دریافت خدمات دیگر می آیند انجام می شود اگر نتیجه تست در این مرحله مثبت باشد، آن گاه فرد برای تایید تشخیص به سطوح تخصصی دیگر ارجاع می شود. در این سطح اول باید افراد ترغیب شوند که تست انجام دهند و اگر نتیجه تست مثبت باشد، باز باید فرد ترغیب شود که به سطح تخصصی برای تایید تشخیص مراجعه کند.

سطح دوم: پس از مشاوره برای فرد تست تاییدی انجام می شود و اگر نتیجه مثبت باشد فرد باید ترغیب شود که خدمات مراقبت و درمان را دریافت کند.

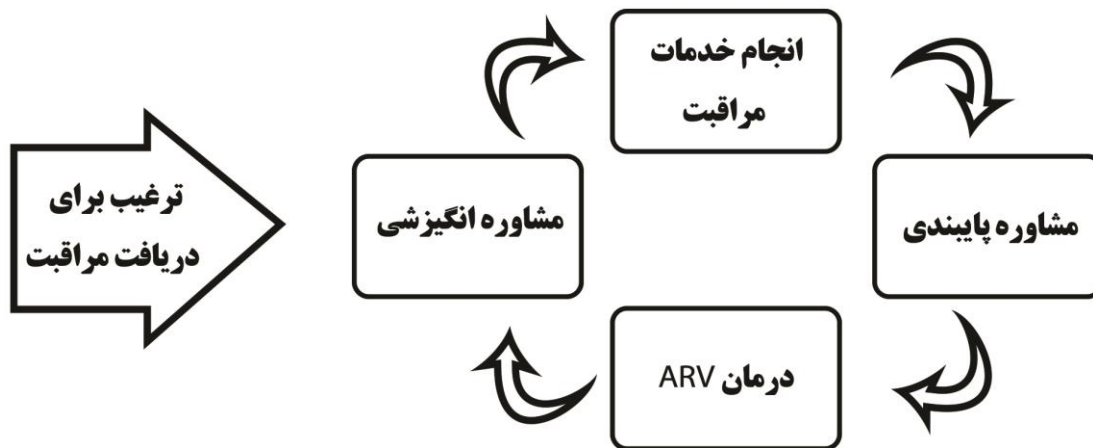
سطح سوم: در اصل همان خدمات مراقبت و درمان موارد مبتلا به اچ ای وی است. در این سطح هم فرد نیاز به مشاوره تخصصی دارد که هم با بیماری کنار بیاید و هم خدمات مراقبت و درمان را مستمر دریافت کند

فرایند تشخیص اچ ای وی به دو زنجیره به شکل زیر شکسته شد:

۱. توصیه به انجام تست (PIT) و انجام تست سریع اولیه در فیلد

۲. مشاوره قبل و بعد از تست (VCT) و انجام تست تاییدی در پایگاه های مشاوره

در ادامه انتظار می رود موارد تشخیص داده شده به نظام مراقبت و درمان اچ ای وی متصل شوند. مسلماً زنجیره نهم از فرایند دوم تشخیصی از اهمیت ویژه ای برخوردار است زیرا اگر موارد تشخیص داده نشده به خدمات مراقبت و درمان متصل نشوند عملاً تشخیص بی فایده بوده است. پس از ورود افراد شناسایی شده به چرخه خدمات مراقبت و درمان با مشاوره و ارائه خدمات شرایط ماندگاری بر نظام مراقبت فراهم می آید.



آن چه در سطح اول باید انجام شود عبارت است از توصیه به انجام تست که خود شامل ۵ مرحله می باشد که در این بخش به جزئیات هر مرحله پرداخته می شود:

فرایندهای اجرایی توصیه به انجام تست:



گام اول: ایجاد تمایل به انجام تست: ابتدا فرد در خصوص ۱. کلیات اچ ای وی و ۲. مفاهیم مرتبط با تشخیص اچ ای وی مطابق استانداردهای آموزش انگیزشی آموزش می بیند. این کار زمینه را برای اثربخش بودن نتیجه توصیه به انجام تست کمک کننده است.

گاهی شرایط انجام فرایند اول وجود ندارد در این شرایط مستقیماً فرایند دوم (توصیه به انجام تست) انجام می شود. اما اگر فرد توصیه به انجام تست را رد کرد در آن صورت لازم است فرایند اول حتماً انجام شود.

گام دوم: توصیه به انجام تست: به فرد اعلام می شود: «در این مرکز برای همه از جمله شما تست اچ ای وی انجام می شود» نتیجه تست کاملاً محرمانه است و سپس فرد برای انجام تست راهنمایی می شود. تنها در صورتی تست انجام نمی شود که فرد مخالفت کند. در این صورت فرایند ۱ تکرار می شود.

گام سوم: انجام تست: مطابق دستورالعمل استاندارد مربوطه تست انجام می شود. لازم است در زمان انجام تست روش کار برای فرد شرح داده شود. و در صورتی که بخش دوم فرایند اول (مفاهیم مرتبط با تشخیص اچ ای وی) انجام نشده است، بهتر است در این مرحله کلیات تفسیر نتایج تست نیز شرح داده شود.

گام چهارم: اعلام پاسخ: مطابق دستورالعمل استاندارد مربوطه پاسخ باید اعلام شود حتی اگر در فرایند اول و یا قبل از انجام تست راجع به تفسیر پاسخ صحبت شده لازم است در هنگام اعلام پاسخ مجدداً توضیح داده شود:

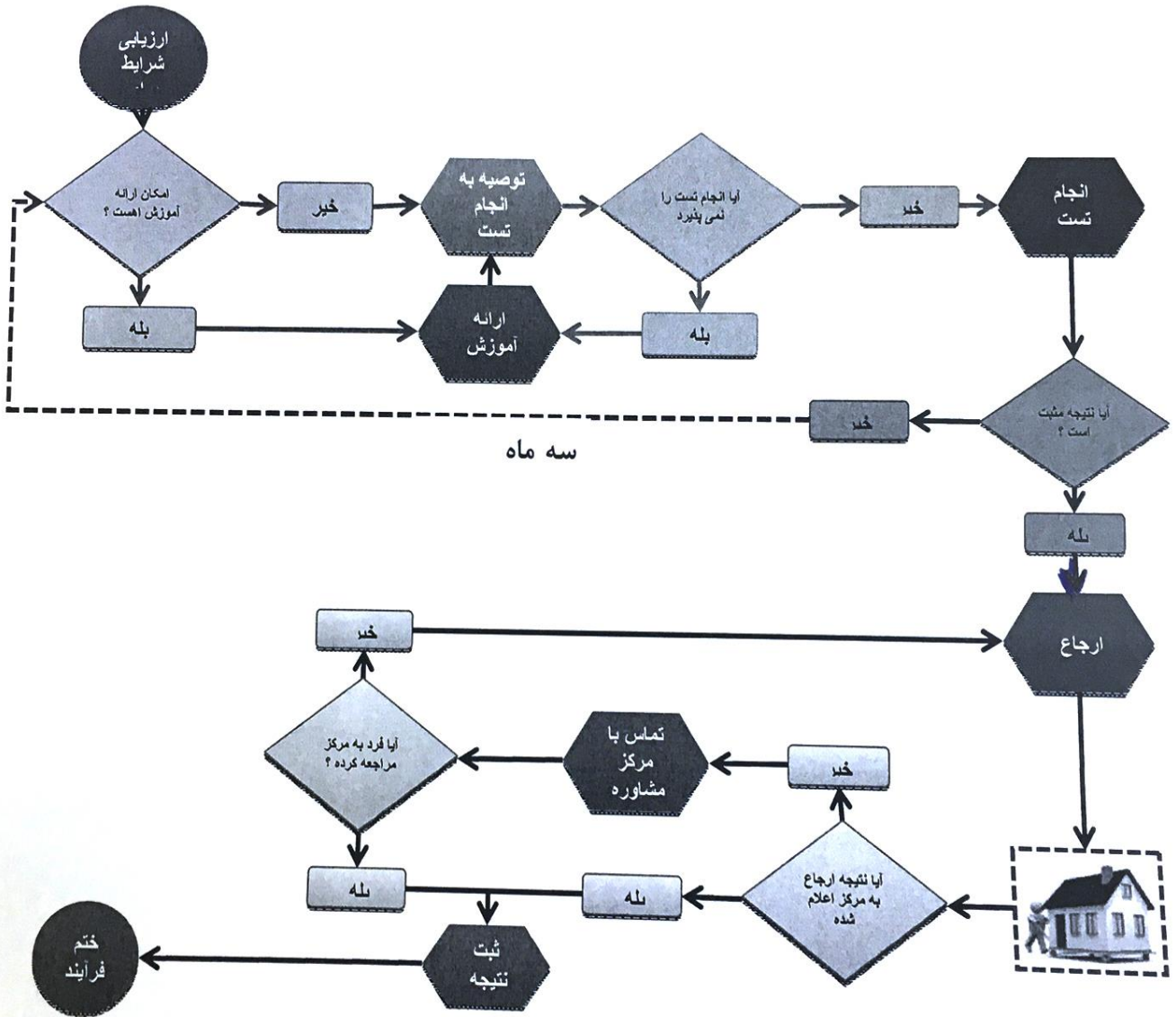
a. اگر جواب منفی شود: فرد با دانستن مفهوم دوران پنجره بداند که نیازمند تکرار تست است
 b. اگر جواب مثبت شود: فرد باید بداند این به معنی ابتلا قطعی نیست و باید برای تایید تشخیص اقدام کند.

گام پنجم: ارجاع به سطح دو مشاوره: فرد با فرم ارجاع به سطح دو ارجاع می شود و نتیجه ارجاع به شرح زیر پیگیری می شود. مرکز درمان کننده تنها در صورتی از نتیجه نهایی آزمایش مطلع می شوند که خود فرد به این امر رضایت داشته باشد و خودش نتیجه را اعلام کند. مرکز نباید در خصوص نتیجه آزمایش کنجکاوی نموده و پیگیری انجام دهد. تنها باید مطمئن شود فرد ارجاع شده به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. از آن جا که در مراکز مشاوره برای همه مراجعین اعم از مثبت یا منفی، پرونده مشاوره تشکیل می شود. مرکز درمان ارجاع دهنده برای حصول اطمینان از مراجعه فرد به مرکز مشاوره و تشکیل پرونده برای وی است. لازم است کد شناسایی فرد در مرکز مشاوره را در پرونده وی وارد کند برای آگاهی از این کد باید اقدامات زیر انجام شود:

مراحل ارجاع و پیگیری نتایج

۱. یک معرفی نامه به مرکز مشاوره صادر کنید.
۲. فرد با معرفی نامه به مرکز مشاوره مراجعه می کند.
۳. مرکز مشاوره، فرم ارجاع را مهر و شماره پرونده مشاوره را در آن ثبت می کند.
۴. برگه توسط بیمار به مرکز ارجاع دهنده عودت شود.
۵. شماره پرونده مرکز مشاوره را در پرونده بیمار ثبت کنید.
- اگر بیمار پاسخ ارجاع را همراه ندارد.
۶. شماره پرونده را از مرکز مشاوره دریافت کنید.
۷. لیست افراد ارجاع شده را داشته باشد و در صورتی که شماره پرونده مرکز مشاوره در آن ثبت نشده موضوع را پیگیری کنند.

فلو چارت خدمات مشاوره سطح اول



فصل هفتم

آشنایی با تب خونریزی

دهنده کریمه کنگو

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱. علایم تب خونریزی دهنده کریمه کنگو را توضیح دهید.
۲. راههای مراقبت و پیشگیری از این بیماری را شرح دهید.

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

گزارش دهی ■ فوری □ غیر فوری ماهانه

معرفی بیماری

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو یک بیماری خونریزی دهنده تب دار حاد ویروسی است و موجب طغیان های شدید می گردد و تا ۴۰٪ موجب مرگ و میر می شود. اصولاً این بیماری از طریق کنه ها و حیوانات اهلی به انسان منتقل می شود. انتقال انسان به انسان به دلیل تماس با خون، ترشحات بافت ها یا مایعات بدن بیمار آلوده اتفاق می افتد. تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در افریقا، بالکان، خاورمیانه و آسیا و در کشورهای واقع در جنوب عرض جغرافیایی ۵۰ درجه شمالی وجود دارد. واکسن شناخته شده ای برای افراد و حیوانات در دسترس نیست. به دلیل مرگ و میر بالا و همه گیری های ناگهانی در داخل بیمارستان اهمیت خاصی دارد.

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو توسط ویروسی به همین نام ایجاد می شود و تقریباً در تمام دنیا وجود دارد که هیالوما مخزن اصلی بیماری است که نابالغ با خونخواری از مهره داران کوچک و یا دام های آلوده، آلوده می شود و یک بار آلودگی موجب می شود که در تمام طول مراحل تکامل ناقل باقی بماند و بیماری را در بین سایر دام ها و مهره داران گسترش نماید. عفونت در حیوانات اهلی هیچ گونه علائم مشخصی ندارد و انتقال بیماری به انسان در طی ذبح حیوان آلوده یا در دوره کوتاهی پس از تماس با خون، ترشحات بافت ها یا مایعات حیوان مبتلا اتفاق می افتد. احتمال انتقال عفونت به انسان از طریق گزش کنه آلوده یا له کردن آن روی پوست هم ایجاد می شود. این بیماری یکی از مهم ترین بیماری های شغلی در گروه های دامداران، قصاب ها و کارگران کشتارگاه ها می باشد. از سوی دیگر احتمال انتقال بیماری از طریق تماس با ترشحات آلوده بیمار، آن را در رده ی یکی از مهم ترین عفونت های بیمارستانی نیز قرار داده است.

در ایران اولین بار ویروس در سال ۱۳۴۹ با جدا شدن آنتی بادی CCHF از سرم ۴۵ گوسفند که از تهران به مسکو فرستاده شده بودند شناسایی شد. در سال ۱۳۵۴ سعیدی و همکاران آنتی بادی ویروس را در ۴۸ نفر از ۳۵۱ نفر ساکن در مناطق دریای خزر و آذربایجان شرقی جدا

کردند. از سال ۱۳۷۸ موارد مشکوک و قطعی بیماری در ایران شناسایی و گزارش شده اند. بر اساس آخرین گزارش های بیماری در سال ۱۳۹۰ تعداد ۷۹ مورد قطعی شناسایی و گزارش شده اند که ۱۴ مورد منجر به مرگ شده است. میزان کشندگی بیماری در صورت مراقبت مناسب و درمان به موقع، کمتر از ۲۰٪ است. بیماری در استان های سیستان و بلوچستان، اصفهان، خراسان رضوی، خوزستان و فارس از بروز بیشتری برخوردار است. پس از آن تهران، کرمان، یزد، هرمزگان، کردستان، کرمانشاه و بوشهر موارد کمتری گزارش کرده اند. آخرین وضعیت تعداد موارد قطعی بیماری از سال ۱۳۷۸ لغایت ۱۳۹۰ در نقشه ذیل آمده است.

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در حیوانات و کنه ها

میزبان های CCHF شامل طیف وسیعی از حیوانات اهلی و وحشی مانند گاو، گوسفند و بز می باشند. بسیاری از پرندگان به عفونت مقاومت دارند؛ اما شترمرغ حساس است و در مناطق بومی که مخزن آلودگی در انسان بوده، آلودگی در آن ها با شیوع بالا وجود داشته است.

کنه های آلوده پس از گزش حیوانات موجب آلودگی آن ها می شوند و ویروس در داخل خون آن ها تا یک هفته باقی می ماند و در صورت گزش توسط کنه دیگر، چرخه کنه-حیوان-کنه تکمیل می شود. اگر چه گونه های مختلف کنه به وسیله ویروس CCHF آلوده می شوند، ولی گونه هیالوما ناقل اصلی می باشد.

راه انتقال

ویروس تب خونریزی دهنده کریمه کنگو توسط گزش کنه یا تماس با خون یا بافت های حیوانات در طی یا بلافاصله پس از ذبح به انسان منتقل می شود. بسیاری از موارد در افرادی که در صنایع دامپروری، کشاورزان و کشتارگاه ها فعالیت دارند و دامپزشکان اتفاق افتاده است.

انتقال انسان به انسان از طریق تماس با خون، ترشحات، بافت ها یا سایر مایعات بدن افراد آلوده صورت می گیرد. همچنین امکان انتقال در بیمارستان به دنبال استریل کردن نامناسب وسایل پزشکی و استفاده مجدد از سوزن ها و وسایل پزشکی آلوده وجود دارد.

دوره کمون:

پس از آلودگی توسط کنه، دوره کمون معمولاً ۱ تا ۳ روز و حداکثر ۹ روز است. دوره کمون پس از تماس با خون یا بافت های آلوده معمولاً ۵ تا ۶ روز و حداکثر ۱۳ روز می باشد.

علائم بالینی:

علائم به طور ناگهانی با تب، ضعف، درد عضلانی، سرگیجه، درد و سفتی گردن، درد پشت، سردرد، سوزش چشم ها و دوبینی (حساسیت به نور) شروع می شود. ممکن است حالت تهوع، استفراغ، اسهال، دل درد، سرفه و گلودرد و به دنبال آن تغییرات خلقی و اختلال هوشیاری ایجاد شود. بعد از ۲ تا ۴ روز حالت خواب آلودگی، افسردگی و دل درد در قسمت راست بالای شکم به همراه هپاتومگالی اتفاق می افتد.

سایر نشانه ها شامل افزایش ضربان قلب، بزرگی غدد لنفاوی، و پتشی در پوست یا غشا مخاطی مانند دهان و حلق می باشند. پتشی ها ممکن است به خون مردگی تبدیل یا سایر تظاهرات خونریزی دهنده مثل مدفوع تیره هماچوری و خونریزی از بینی، لثه و رحم ایجاد شود و گاهی خلط خونی، خونریزی در ملتحمه و گوش ها نیز دیده می شود. در برخی از بیماران فقط پتشی (حدود ۱۵٪) ظاهر می شود. مشکلات دستگاه تنفسی به دلیل پنومونی خونریزی دهنده در حدود ۱۰٪ بیماران ایجاد می شود. معمولاً شواهدی از هپاتیت وجود دارد و در بیماران بسیار شدید ممکن است اختلالات سریع کلیوی، نارسایی ناگهانی کبدی یا ریوی، پس از روی پنجم بیماری ظاهر شود.

میزان مرگ و میر CCHF به طور متوسط ۳۰٪ است و در هفته دوم بیماری اتفاق می افتد. در بیماران بهبود یافته بهبودی معمولاً از روز ۹ یا ۱۰ شروع می شود.

بیمارانی که سرنوشت شان به مرگ منتهی می شود معمولاً علائم آن ها به طور سریع حتی در روزهای اول بیماری تغییر می کند و هم چنین لکوسیتوز بیشتر از لکوپنی وجود دارد.

تشخیص

- روش های مختلف سرولوژیک منجمله روش ELISA جهت تشخیص آنتی بادی های IgG و IgM علیه ویروس مربوطه.

تعاریف

مورد مشکوک: شروع ناگهانی بیماری با تب همراه با درد عضلات و خونریزی (شامل: راش، پتشی، خونریزی از بینی و مخاط دهان، استفراغ خونی یا مدفوع تیره، هماچوری)، به علاوه سابقه اپیدمیولوژیک (سابقه گزش با کنه و یا له کردن کنه با دست، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت های حیوانات آلوده، تماس مستقیم با خون و ترشحات یا مواد دفعی بیماری قطعی یا محتمل به CCHF و اقامت یا مسافرت در محیط روستایی که احتمال تماس با دام ها یا کنه وجود داشته باشد).

مورد محتمل: مورد مشکوک به اضافه ترومبوسیتوپنی^۱ که می تواند با لکوپنی^۲ یا لکوسیتوز^۳ نیز همراه باشد.

مورد قطعی: موارد محتمل به علاوه ی تست سرولوژیک مثبت با جدا کردن ویروس.

اقدامات مورد نیاز

الف - مراقبت

- کلیه موارد مشکوک باید ضمن گزارش فوری تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان، به صورت فوری به بیمارستان ارجاع داده شوند. اقدامات تشخیصی برای قرار دادن بیمار در گروه محتمل، پس از بستری در بیمارستان انجام می شود.

- موارد تب خونریزی دهنده باید فوری (تلفنی) به مرکز بهداشت گزارش شود. بررسی بیمار با معاینه بیمار، دریافت شرح حال و شغل بیمار، محل های مسافرت احتمالی و سابقه تماس با دام و

^۱. کاهش پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ در میلیتر مکعب

^۲. گلبول سفید کمتر از ۳۰۰۰ در میلیتر مکعب

^۳. گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰۰ در میلیتر مکعب

کنه کامل و طبقه بندی بالینی انجام می شود. داروی مورد نیاز بیمار توسط مرکز بهداشت شهرستان در اختیار بیمارستان قرار داده می شود.

- پس از تکمیل شرح حال، موارد در تماس با بیمار از نظر تماس با ترشحات بیمار، تماس احتمالی با دام یا کنه و علائم بیماری باید مورد بررسی قرار گیرند.

- جمع آوری و انتقال نمونه ها: نمونه سرم خون بیماران به تعداد ۳ عدد و به فواصل زمانی زیر تهیه می شود: نمونه اول بلافاصله بعد از تشخیص، نمونه دوم ۵ روز پس از نمونه اول و نمونه سوم ۱۰ روز بعد از نمونه اول. نمونه ها باید به اندازه ای باشد که پس از سانتریفیوژ حداقل ۶ سی سی سرم تهیه و در سه ظرف جداگانه^۱ مخصوص جمع آوری نمونه تفکیک شوند. این نمونه ها تحت نظر امور آزمایشگاه های استان و مرکز بهداشت استان تهیه و در شرایط زنجیره سرد به آزمایشگاه فرانس کشوری (انستیتو پاستور ایران) ارسال می شود.

ب- درمان (جهت مطالعه)

درمان حمایتی شامل اصلاح آب و الکترولیت ها و درمان DIC.

درمان ضد ویروسی با استفاده از ریباویرین به مقدار 30 mg/kg به صورت یک جا و به دنبال آن 15 mg/kg هر ۶ ساعت برای ۴ روز و سپس $7/5 \text{ mg/kg}$ هر ۸ ساعت برای ۶ روز انجام می شود. مدت درمان ۱۰ روز است. تاثیر دارو در ۶ روز اول پس از شروع علائم بیشتر است. بلافاصله پس از تشخیص بالینی موارد محتمل، باید دارو تجویز شود.

ج- پیشگیری

کنترل CCHF در حیوانات و کنه ها

کنترل CCHF در حیوانات و کنه ها بسیار دشوار است؛ زیرا چرخه کنه- حیوان - کنه قابل شناسایی نیست و عفونت در حیوانات اهلی معمولاً آشکار نیست. هم چنین کنه های ناقل متعدد و گسترده هستند؛ بنابراین کنترل کنه ها با کنه کش ها خوشبینانه است؛ ولی به دنبال یک طغیان بیماری در کشتارگاه شترمرغ در جنوب آفریقا اقدام انجام شده شامل استفاده از کنه کش ها در

^۱. این ظروف توسط مرکز بهداشت شهرستان در اختیار تیم درمانی قرار می گیرد.

قرنطینه دو هفته قبل از ذبح آنها بوده است که موجب کاهش خطر آلودگی در هنگام ذبح حیوانات و پیشگیری از ابتلا انسان در هنگام تماس با آن‌ها بوده است. واکسنی برای پیشگیری در حیوانات در دسترس نیست.

کاهش خطر آلودگی در افراد

اگر چه واکسن ویروس غیر فعال شده حاصل از مغز موش بر علیه CCHF ساخته و به طور محدود در اروپای شرقی استفاده شده است، اما به طور معمول یک واکسن مورد اطمینان و موثری نیست که به طور گسترده مورد استفاده قرار گیرد؛ لذا تنها راه کاهش آلودگی در انسان به وسیله ارتقاء آگاهی افراد در مورد عوامل خطر و کاهش تماس با ویروس می باشد.

جهت بالا بردن آگاهی بهداشتی جامعه و گروه‌های در معرض خطر بایستی به

موارد زیر توجه خاص شود:

- کاهش خطر انتقال بیماری از کنه به انسان.
- پوشیدن لباس مناسب (آستین بلند، شلوار بلند).
- پوشیدن لباس‌های روشن برای تشخیص ساده کنه روی آن.
- استفاده از کنه کش‌ها بر روی لباس.
- استفاده از دورکننده‌های تایید شده بر روی پوست و لباس
- به طور منظم پوست و لباس‌ها برای وجود کنه بررسی شوند و اگر کنه مشاهده شد به طور مناسب جدا شوند.
- برای حذف یا کنترل کنه‌ها بر روی حیوانات یا موجود در اصطبل و طویله هماهنگی‌های لازم انجام شود.
- مکان و هر جایی که شرایط مناسب برای زندگی کنه‌ها را فراهم آورده است شناسایی و به طور مناسب تصحیح گردند.

کاهش خطر انتقال حیوان به انسان

- در مناطق بومی در هنگام حمل و نقل و دستکاری حیوانات یا بافت های آنها از دستکش و سایر لباس های محافظتی استفاده شود؛ به خصوص در طی ذبح، قصابی در کشتارگاه ها و منزل استفاده از آن ها بسیار مهم است.
- حیوانات قبل از ورود به کشتارگاه بایستی قرنطینه شوند و به مدت ۲ هفته قبل از ذبح از کنه کش ها به طور مناسب برای آن ها استفاده شود.

کاهش خطر انتقال انسان به انسان

- پیشگیری از تماس فیزیکی با افراد آلوده به CCHF
- در هنگام مراقبت از بیمار دستکش و سایر وسایل محافظتی استفاده شود.
- به طور منظم پس از هر ویزیت بیمار یا تماس با او دست ها با آب و صابون شسته شود.
- رعایت احتیاطات همه جانبه برای عدم مواجهه خون و ترشحات بیماران با مخاط ها و پوست آزرده ضروری است.
- کارکنان بهداشتی و درمانی که با خون یا بافت های آلوده بدن بیماران مشکوک یا قطعی تماس داشته اند باید به طور مرتب حداقل تا ۱۴ روز پس از تماس تحت نظر باشند و درجه حرارت بدن آن ها هر روز کنترل شود و در صورت بروز تب بلافاصله درمان برای آنان شروع شده و اقدامات بعدی به عمل آید.
- برای کارکنان بهداشتی، درمانی و آزمایشگاهی که در حین خون گیری از موارد محتمل یا قطعی بیماری سوزن یا وسیله برنده آلوده به پوست آن ها نفوذ کرده باشد، بایستی ریبویرین خوراکی به عنوان شیمیوپروپروفیلاکسی به میزان ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت تا ۵ روز تجویز شود.
- تجهیزات و وسایلی که با ترشحات بیمار در تماس بوده اند باید با حرارت یا مواد گندزدای کلردار ضد عفونی شوند.
- جستجوی موارد تماس، منابع آلودگی و دام های آلوده در محل سکونت یا مسافرت بیمار با توجه به شرح حال وی توسط اکیپ های بهداشتی انجام خواهد شد.

رعایت کامل اصول حفاظتی در تهیه نمونه‌ها الزامی است.

اندیکاسیون‌های ارجاع فوری به سطوح بالاتر

باید تمام موارد مشکوک به صورت فوری با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان به بیمارستان

مجهز ارجاع شوند.

اقدامات تکمیلی در بیمارستان پس از اقدامات تشخیصی اولیه و در صورتی که بیمار در گروه

محتمل قرار بگیرد عبارتند از:

- درمان فوری.

- تهیه و ارسال نمونه برای تشخیص قطعی بیماری (مطابق دستورالعمل مراقبت).

جداسازی

- پس از تشخیص بالینی بیماری، حتی الامکان باید از خون‌گیری‌های غیرضروری اجتناب

شود و برای جداسازی سرم خون در آزمایشگاه‌ها حداکثر توجه به عمل آید و با دقت کامل حمل

شوند.

- بیمارانی که خونریزی دارند تا کنترل خونریزی نباید جابه‌جا شوند.

- بیماران بستری شده می‌توانند در صورت عدم خونریزی با نظر پزشک معالج پس از تکمیل

دوره درمان از بیمارستان مرخص شوند.

- برای پیشگیری از همه‌گیری بیماری، موارد محتمل بیماری که دارای خونریزی فعال

هستند باید در شرایط کاملاً ایزوله در بیمارستان بستری و احتیاطات همه‌جانبه برای آن‌ها رعایت

شود.

فصل هشتم

آشنایی با تبخال و

زونا

اهداف:

- دانش آموزان بتوانند تبخال را تشخیص دهند.
- علائم زونا را شرح دهند.
- بیماری زونا: علایم، دلایل، پیشگیری و درمان

بیماری زونا چیست؟

بیماری زونا Shingles و یا Herpes Zoster یک عفونت ویروسی است که باعث ایجاد راش های دردناک بر روی پوست می شود. هر چند راش های پوستی ناشی از بیماری زونا در هر قسمت از بدن ممکن است ظاهر شود، اما اغلب به شکل نواری از تاول در سمت راست و یا چپ نیم تنه بالایی ظاهر می شود. بیماری زونا در نتیجه آلوده شدن به ویروسی به نام واریسوزلازوستر (ویروسی که باعث آبله مرغان نیز می شود) به وجود می آید. بعد از ابتلا به آبله مرغان، ویروس به شکل غیر فعال در نزدیکی نخاع و مغز شما باقی می ماند. در سال های بعد ویروس می تواند به شکل بیماری زونا فعال شده و ظاهر گردد.

با این که بیماری زونا یک بیماری کشنده نیست، اما می تواند بسیار دردناک باشد. واکسن ها خطر ابتلا به بیماری زونا را کاهش می دهند و درمان به موقع می تواند شدت عوارض و طول دوره عفونت را کم نماید.

علائم بیماری زونا

علائم و نشانه های بیماری زونا عموماً در یک ناحیه کوچک بر روی بدن ظاهر می شود. این علائم و نشانه ها می توانند شامل:

درد، سوزش، بی حسی و یا سوزن سوزن شدن.

راش های سرخ که چند روز بعد از درد ظاهر می شود.

تاول های پر از مایعات که ممکن است بترکند.

خارش

هم چنین بعضی از افراد موارد زیر را نیز تجربه می نمایند:

تب و لرز

درد و خشکی عمومی

سردرد

خستگی

درد عموماً اولین نشانه بیماری زونا می باشد. در بعضی از افراد این درد می تواند، شدید و سخت باشد. بسته به محل درد، ممکن است بعضی از اوقات این بیماری با مشکل و بیماری سایر نقاط بدن همچون بیماری های قلبی، بیماری های ریوی و یا بیماری های کلیه اشتباه گرفته شود. بعضی از افراد حتی بدون ظاهر شدن راش دردهای ناشی از بیماری زونا را تجربه می نمایند. اگر شک دارید که به بیماری زونا مبتلا گشته اید، می بایست سریعاً به پزشک مراجعه نمایید، به خصوص اگر درد و یا راش در نزدیکی چشم ها ظاهر شد.

دلایل ابتلا به بیماری زونا

بیماری زونا در نتیجه آلوده شدن به ویروس واریسلا زوستر (varicella- zoster) رخ می دهد. هر کس که به آبله مرغان مبتلا شده باشد، در خطر ابتلا به بیماری زونا می باشد. بعد از بهبود از بیماری آبله مرغان، ویروس وارد سیستم عصبی شما شده و برای سال ها آن جا به آرامی باقی می ماند. سرانجام ممکن است ویروس دوباره فعال شده و از طریق سیستم عصبی شما به پوستتان منتقل شود.

دلیل باز فعال شدن ویروس واضح نمی باشد، اما ممکن است ناشی از پایین آمدن ایمنی بدن نسبت به عفونت ها در اثر افزایش سن باشد. بیماری زونا در افراد مسن و آنها که سیستم ایمنی ضعیفی دارند، شایع تر می باشد. ویروس واریسلا زوستر جزئی از گروهی از ویروس ها که هرپس زوستر نام دارند، که شامل ویروس های عامل تبخال دهان و زگیل تناسلی می باشند. به همین دلیل بیماری زونا به نام هرپس زوستر نیز شناخته می شود. البته ویروس عامل آبله مرغان و بیماری زونا با ویروس عامل تبخال دهان و زگیل تناسلی یکی نمی باشد.

آیا فرد مبتلا به بیماری زونا مبتلا کننده است؟

فرد مبتلا به بیماری زونا می تواند ویروس واریسلا زوستر را به هر کسی که در برابر آبله مرغان ایمن نیست، انتقال دهد. این انتقال عموماً از طریق تماس مستقیم با زخم های باز راش پوستی بیماری زونا رخ می دهد. زمانی که آلوده شدید، بدن شما به جای زونا شروع به تولید آبله مرغان می نماید. آبله مرغان در بعضی افراد خطرناک می باشد. تا زمانی که تاول های بیماری

زوناى شما خوب نشده، شما مسرى هستيد و بايد از تماس جسمى با افرادى كه، سيستم ايمنى ضعيف دارند، تازه متولد شده اند و يا زنان باردار اجتناب نمايند.

عواملی که خطر ابتلا به بیماری زونا را افزایش می دهند؟

هر كسى كه تاكنون آبله مرغان داشته است، در خطر ابتلا به بيمارى زونا مى باشد. فاكورها و عواملی كه باعث افزایش خطر این بيمارى می شوند، شامل:

- افزایش سن - بيمارى زونا در افراد بزرگسال بالای ۵۰ سال شایع تر می باشد. خطر ابتلا به این بيمارى با افزایش سن افزایش می يابد.

- بيمارى ها - بيمارى هایی كه سيستم ايمنى بدن را ضعيف می كنند همچون سرطان و يا اچ ای وی و ايدز، می توانند خطر ابتلا به بيمارى زونا را افزایش دهند.

- درمان سرطان - افرادی كه تحت درمان های شیمی درمانی و راديو درمانی هستند، به دليل ضعيف شدن سيستم ايمنى بدنشان در خطر می باشند.

- داروها - داروهای پيشگيري از پس زدن اندام های اهدا شده و هم چنین مصرف طولانی مدت داروهای استروئیدی خطر ابتلا به این بيمارى را به دليل ضعيف کردن سيستم ايمنى بدن، افزایش می دهند.

عوارض بیماری زونا کدام اند؟

شایع ترین عارضه ی بيمارى زونا، بيمارى ای است كه به آن نورالژيا بعد از زونا - post-herpetic neuralgia، می باشد. افراد مبتلا به این عارضه، درد شدیدی در نواحی ای كه قبلا راش داشته اند، حتى بعد از پاك شدن راش ها حس می نمايند. درد ناشی از آن می تواند شديد و ناتوان كننده باشد، اما عموماً بعد از چند هفته و يا چند ماه بهبود می يابد. در بعضی از افراد این درد تا سال ها باقی می ماند.

بیماری زونا می تواند باعث عارضه های شديد به بدن از جمله چشم ها شود. در موارد بسیار نادر بيمارى زونا می تواند باعث پنومونی، مشكلات بينوایی، نابینایی، التهاب مغزی و يا حتی مرگ شود.

درمان بیماری زونا

چندین داروی ضد ویروسی از قبیل famciclovir و valacyclovir, acyclovir برای درمان بیماری زونا موجود می باشند. این داروها به کوتاه کردن مدت و شدت بیماری کمک می نمایند، اما برای تاثیر بیشتر، می بایست هر چه زودتر بعد از ظاهر شدن راش استفاده شوند. به همین دلیل افرادی که به بیماری زونا مبتلا هستند و یا فکر می کنند، مبتلا به این بیماری می باشند، باید سریع تر به پزشک مراجعه کرده و با وی مشورت نمایند. داروهای مسکن می توانند به کاهش درد بیماری زونا کمک کنند. هم چنین لوسیون کالامین، و حمام بلغور جودو سرکلوئیدی و حمام و کمپرس سرد نیز می توانند به کاهش خارش و درد کمک نمایند.

پیشگیری از ابتلا به بیماری زونا

تنها راه کاهش خطر بیماری زونا و عوارض بعد از زونا، واکسینه شدن می باشد. مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها آمریکا پیشنهاد می کند که افراد ۶۰ ساله و بالاتر، یک دوز واکسن زونا دریافت نمایند. اگر در مورد بیماری زونا و واکسن آن سوالی دارید می بایست با پزشکتان در این باره مشورت نمایید. واکسن بیماری زونا از طرف سازمان غذا و داروی ایالات متحده برای افراد بالای ۵۰ سال و بیشتر تایید شده است. این واکسن صددرصد تضمین کننده عدم ابتلا به بیماری زونا نمی باشد، اما در صورت ابتلا شدت بیماری را کاهش می دهد و خطر عوارض بعد از زونا را کاهش می دهد. این واکسن ها به عنوان روشی پیشگیری کننده استفاده شده و به عنوان یک درمان در افراد مبتلا از آنها استفاده نمی شود.

هم چنین واکسن پیشگیری از بیماری آبله مرغان نیز در کودکان و بزرگسالانی که به بیماری آبله مرغان مبتلا نشده اند، توصیه می شود. هر چند این واکسن نیز صددرصد پیشگیری کننده نیست اما شدت و عوارض بیماری آبله مرغان و زونا را کاهش می دهد.

چرا تبخال می‌زنیم؟

تبخال بر اثر ویروسی به نام هرپس به وجود می‌آید. این ویروس از طریق تماس با پوست یا مخاط فرد بیمار، به فرد سالم منتقل می‌شود.

۲ نوع ویروس هرپس وجود دارد: نوع ۱ و نوع ۲. تبخال معمولاً توسط نوع ۱ ایجاد می‌شود. این ویروس پوست را تخریب می‌کند و تبخال را به وجود می‌آورد. نوع ۱ در داخل سلول‌های عصبی پنهان می‌شود، پس هیچ‌گاه به طور کامل از بین نمی‌رود.

چه افرادی و چرا تبخال می‌زنند؟

تبخال می‌تواند در هر جایی از بدن ظاهر شود، از قبیل: چانه، گونه و یا بینی. بیشتر از نصف افراد با روبوسی کردن با فرد مبتلا، دچار تبخال می‌شوند. معمولاً ویروس تبخال در لب فرد مبتلا قرار دارد، حتی اگر آن فرد تبخال نزنند. بنابراین یکی از مهم‌ترین راه‌های انتقال این ویروس، روبوسی کردن است.

آیا تبخال در بدن پخش می‌شود؟

بله اگر شما به محلی که تبخال زده اید دست بزنید و سپس به قسمتی از بدنتان که پوست یا غشای مخاطی ندارد (مثل چشم یا واژن) دست بزنید، در این صورت این ویروس را به آن محل منتقل می‌کنید.

برای جلوگیری از انتقال ویروس به سایر نقاط بدن، باید به تبخال خود دست نزنید و یا بعد از دست زدن، دستتان را بشوید.

تبخال چشمی

اغلب اوقات تبخال چشمی بر روی قرنیه چشم ایجاد می‌شود. تبخال چشمی یکی از علل نابینایی می‌باشد و به همین دلیل، درمان فوری آن لازم است. علائم این تبخال عبارت است از: حساسیت به نور، برآمدگی روی پلک، درد چشم، قرمز و یا صورتی شدن چشم (معمولاً با ورم ملتحمه دیده می‌شود) و تاری تدریجی دید.

تبخال انگشت

این تبخال دردناک است و از طریق انتقال ویروس به انگشت، فرد را گرفتار می کند. این تبخال با ورم دردناکی شروع می شود سپس پوست قرمز و به لمس، حساس می شود. در برخی افراد احساس سوزن سوزن شدن در منطقه تبخال دیده می شود. در موارد نادری هم محل تبخال داغ می شود.

به ندرت، تبخال انگشت می تواند موجب التهاب گره های لنفاوی زیر بغل گردد.

عوامل تشدید کننده تبخال

در بیشتر مواقع، ویروس هرپس نوع یک، به صورت غیر فعال در عصب مخفی شده است. نور خورشید، تب، استرس و قاعدگی از عوامل تشدید کننده تبخال می باشند.

آفت دهان، تبخال نیست

معمولا تبخال بر روی لب ها ظاهر می شود، ولی آفت های دهانی (زخم دهان) در داخل دهان بروز می کنند.

منشاء زخم های دهانی، ویروس هرپس نیست و این زخم ها مسری نیستند، علت به وجود آمدن این زخم ها را هیچ کسی نمی داند.

هنگامی که تبخال به وجود می آید، ابتدا تاول می زند، سپس پاره می شود و قبل از بهبود یافتن، خشک می شود.

تبخال چه موقع مسری است؟

از زمانی که پوست دچار خارش و قرمزی می شود، ویروس هرپس نوع ۱ وجود دارد و می تواند پخش شود. هنگامی که تاول تبخال ظاهر شود و تا زمانی که پوست بهبود یابد و دوباره طبیعی به نظر برسد، تبخال مسری می باشد. با این وجود، برخی افراد سالم هم این ویروس را از طریق بزاق خود انتقال می دهند.

راه های انتقال تبخال

معمولا ویروس تبخال در لب فرد مبتلا قرار دارد، حتی اگر آن فرد تبخال نزنند. بنابراین یکی از مهم ترین راه های انتقال این ویروس، روبوسی کردن است. از آن جایی که این ویروس در بزاق هم موجود است، لذا استفاده از بشقاب، چنگال، قاشق، چاقو و لیوان فرد مبتلا، می تواند تبخال را منتقل کند. تبخال دستگاه تناسلی هم می تواند در اثر رابطه جنسی منتقل شود.

بهبود تبخال

- هیچ درمانی برای تبخال وجود ندارد.
- برخی افراد از کمپرس گرم و یا سرد برای تسکین درد تبخال استفاده می کنند.
- برخی کرم ها و ژل ها می توانند سوزش و درد تبخال را تسکین دهند.
- کرم های ضد ویروسی می تواند مدت باقی ماندن تبخال را کم کند.

جلوگیری از تبخال

- زمانی که تابش نور خورشید زیاد است، بیرون نروید.
- کرم ضد آفتاب روی لب خود بمالید.
- استرس خود را کنترل کنید و آرام باشید.
- استراحت کافی داشته باشید و ورزش روزانه را انجام دهید تا سیستم ایمنی بدنتان تقویت شود.
- هنگامی که فردی به تبخال مبتلا شد، با او روبوسی نکنید و از مسواک، وسایل غذاخوردن و یا لیوان او استفاده نکنید.
- چشمان خود را زیاد نمالید.
- با تغذیه مناسب، سیستم ایمنی بدن خود را تقویت کنید.

فصل نهم

مننژیت

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- ۱- تعریف بیماری مننژیت را بیان نمایید.
- ۲- علایم بالینی و راه های سرایت بیماری را توضیح دهید.
- ۳- روش تشخیص و درمان مننژیت را شرح دهید.

اهمیت مننژیت:

مننژیت یکی التهاب پرده مغز و مایع مغزی نخاعی است که غالباً منشاء ویروسی یا باکتریایی دارد و بسته به نوع عامل ایجاد کننده، شدت و درمان آن متفاوت است. به طوری که مننژیت ویروسی معمولاً خفیف تر بوده و بدون درمان اختصاصی بهبود می یابد. مننژیت باکتریال می تواند کاملاً شدید بوده سبب آسیب های مغزی، از دست دادن شنوایی، اختلالات یادگیری و گاهی مرگ شود.

در نوع باکتریال، دانستن نوع باکتری ایجاد کننده مننژیت، از لحاظ انتخاب آنتی بیوتیک مناسب به منظور پیشگیری از انتشار حائز اهمیت است.

عوامل ایجاد کننده مننژیت باکتریال:

علل عمده ایجاد مننژیت باکتریال هموفیلوس آنفلوانزا، نایسر یا مننژیتیدیس و استرپتوکوک پنومونیه هستند که حدود ۸۰٪ از کل مواد را تشکیل می دهند. شایع ترین عامل مولد این بیماری در کودکان، هموفیلوس آنفلوانزای تیپ B در کشورهای توسعه یافته، میزان بروز بیماری مننژیت در کودکان کاهش یافته و در آن مناطق بیشتر در بزرگسالان اتفاق می افتد. کودکان کمتر از ۶ سال (خصوصاً سن بین ۶ تا ۱۲ ماهگی) که در معرض تماس با فرد آلوده ی مقیم در خانه یا در مراکز نگهداری کودکان قرار دارند، گروه پرخطر را تشکیل می دهند. در بزرگسالان اگر بیماری زمینه ای مانند سینوزیت یا نقص سیستم ایمنی داشته باشند هموفیلوس آنفلوانزای تیپ B می تواند ایجاد بر مننژیت کند.

در اپیدمی ها عامل ایجاد بیماری مننژیت معمولاً نایسر یا مننژیتیدیس یا مننگوکوک است که بیشتر افراد زیر ۵ سال را درگیر می کند و میزان مرگ و میر مننژیت ناشی از مننگوکوک بین ۲۵-۵٪ است.

تعریف موارد مظنون:

هر فردی در هر سنی با تب ناگهانی بیش از ۳۸/۵ درجه رکتال یا ۳۸ درجه سانتی گراد زیر بغل و یکی از علائم سفتی گردن، کاهش سطح هوشیاری، علائم مننژیتال (سردرد، استفراغ و هر

نوع عارضه نورولوژیک ناگهانی)، ملاحظه برجسته در اطفال مورد مظنون به مننژیت محسوب می شود.

تعریف موارد قطعی:

هر مورد مظنونی با یکی از مشخصه های زیر:

۱- مواردی که کشت مثبت باکتری از خون یا مایع مغزی نخاعی توسط آزمایشگاه تایید شده است.

۲- آنتی ژن مربوط به هموفیلوس آنفلوانزا، پنوموکوک و یا مننگوکوک در مایع مغزی نخاعی و یا خون افراد یافت شود.

علائم بیماری:

تب بالا، سردرد و سفتی گردن از شایع ترین علائم مننژیت در سنین بالای ۲ سال است که طی چند ساعت تا ۲ روز کامل می شود. علائم دیگر نظیر تهوع، استفراغ، حساسیت به نور، گیجی و خواب آلودگی نیز ممکن است وجود داشته باشد. کشف تب، سردرد و سفتی گردن در نوزادان و شیرخواران مشکل است ولی ممکن است با علائمی مانند سستی و بی حالی، تحریک پذیری، استفراغ یا تغذیه ضعیف پی به وجود مننژیت برد. با پیشرفت بیماری، بیمار در هر سنی ممکن است دچار تشنج شود.

راه انتقال:

انتقال بیماری از طریق تماس مستقیم با ترشحات بینی و دهان افراد آلوده می باشد.

دوره کمون:

به طور معمول ۳-۴ روز است ولی از ۱۰-۲ روز هم متغیر است.

دوره واگیری:

تا زمانی که میکروب در ترشحات حلق و بینی وجود داشته باشد.

تشخیص بیماری:

از طریق یافتن آنتی ژن درخون یا مایع مغزی نخاعی یا کشت مثبت باکتری از خون یا مایع

مغزی نخاعی توسط آزمایشگاه می باشد.

درمان در مننژیت مننگوکوکی، پنی سیلین و در مننژیت هموفیلوسی آمپی سیلین داروی انتخابی است.

مراقبت و پیشگیری:

- ۱- گزارش و ارجاع فوری موارد مظنون و بررسی اطرافیان بیمار
- ۲- جداسازی بیمار حداقل تا ۲۴ ساعت پس از شروع درمان لازم است.
- ۳- پیشگیری دارویی برای بیماران ترخیص شده از بیمارستان
- ۴- در مهد کودک ها و مراکز نگهداری کودکان کوچک تر از ۲ سال، اگر مدت نگهداری کودکان در آن مرکز بیشتر از ۴ ساعت در روز و یا ۲۵ ساعت در هفته باشد، برای تمام افراد از جمله بالغین و خود فرد بیمار باید پروفیلاکسی داد.
- ۵- در صورت بروز اپیدمی، واکسیناسیون تمام افراد در تماس نزدیک، با ۰/۵ میلی لیتر واکسن دو ظرفیتی A و C به صورت زیرجلدی برای افراد بالای ۲ سال یک دز واکسن و برای کودکان زیر ۲ سال دو دز واکسن با فاصله ۲ تا ۳ ماه تجویز می شود. کاربرد این واکسن در زمان بارداری معنی ندارد.
- ۶- تزریق واکسن برای افرادی که در مناطق پرجمع حضور خواهند داشت مانند سربازخانه ها یا مراسم مذهبی (حج)
- ۷- آموزش در مورد کاهش تماس با قطرات آلوده آب دهان بیمار
- ۸- کم کردن تجمع افراد در مناطق مسکونی و محیط کار
- ۹- اماکن و خوابگاه های متراکم، مانند سربازخانه ها، زندان ها، اردوگاه ها و باید به خوبی تهیه شوند.
- ۱۰- آموزش به اطرافیان در مورد ضد عفونی نمودن وسایل شخصی بیمار
- ۱۱- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک

واکسن مننژیت:

با توجه به پتانسیل همه گیری بیماری مننژیت در شرایط تجمع، واکسن دو ظرفیتی علیه گروه های A و C مننگوکوک برای کلیه سربازان جدید الوروود، کلیه واحدهای آموزشی نظامی ارتش، سپا و نیروی انتظامی و ساکنین اردوگاه ها تزریق گردد. برنامه واکسیناسیون برای کلیه افراد بالای ۲ سال (یک سال و یازده ماه و ۲۹ روز) شامل یک دز واکسن به مقدار ۰/۵ میلی لیتر در زیر جلد است. لازم به ذکر است برای کودکان زیر ۲ سال دو دز واکسن به فاصله ۳-۲ ماه تجویز می گردد. هم چنین کاربرد این واکسن در زنان باردار منعی ندارد. با توجه به مقررات کشور عربستان سعودی، حجاجی که عازم آن کشور هستند تاریخ واکسیناسیون مننژیت آن ها نباید بیش از ۳ سال و یا کمتر از ده روز قبل از ورود به عربستان باشد. در ضمن واکسن مورد درخواست آن کشور برای کلیه حجاج عمره و تمتع، واکسن مننژیت چهار ظرفیتی (ACYW 135) می باشد.

توجه:

در حال حاضر واکسیناسیون مننژیت چهار ظرفیتی برای زائرین بیت الله الحرام توسط هلال احمر انجام می گیرد.

تمرین خارج از کلاس:

- ۱- بیماری مننژیت را تعریف کنید.
- ۲- راه های سرایت بیماری مننژیت را توضیح دهید.
- ۳- راه های مراقبت و پیشگیری مننژیت را شرح دهید.