

به نام خدا



بیماریهای واگیر (پایه دو)

از مجموعه کتب آموزشی ویژه بهورزان



تدوین و گردآوری: درواحد توسعه شبکه و ارتقاء سلامت (امور بهورزی)

فرح ناز فولادبند با همکاری

خانم مژده نعمت اللهی، آقایان رحمت اله محمدجانی، مسعود شیبانی و منوچهر شیرانی

بهار 1391

مجموعه کتب آموزش بهورزی - بیماری های واگیر / تدوین امور بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم-

پزشکی شیراز 1391

نام کتاب : مجموعه کتب آموزش بهورزی - بیماری های واگیر

تدوین : امور بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ انتشار : بهار 1391

تهیه و تدوین کتاب بیماری های واگیر توسط خانم ها فرح ناز فولادبند (کارشناس مسول آموزش بهورزی) با همکاری کارشناس مربیان بهورزی شهرستانها (خانم مده نعمت اللهی ، آقای رحمت اله محمدجانی ، مسعودشیبانی ، منوچهر شیرانی انجام گرفته است . لازم به توضیح است که در تدوین این مجموعه از دستور عمل ها و بخشنامه های اداره بیماری های واگیر مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت و منابع جدید بهره گرفته شده است .

پیشگفتار: بیماریهای عفونی واگیردار از قدیمی ترین دشمنان سلامت بشر هستند. همه گیری های بزرگ ایجاد شده توسط برخی از آن ها (مانند وبا - طاعون و آنفلوآنزا) در قرن های گذشته خسارات سنگینی بر جامعه بشری وارد کرده است.

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

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

لذا مجموعه حاضر با اهتمام همکاران در این معاونت تهیه گردیده است تا محتوای مناسب برای آموزش به بهورزان در اختیار مراکز آموزش بهورزی قرار گیرد. جا دارد از تلاش همکاران در تدوین این مجموعه تشکر نمایم. در پایان از همکارانی که این مجموعه را در اختیار دارند می خواهیم نظرات و پیشنهادات خود را درباره این کتاب به نشانی شیراز، خیابان زند، ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، معاونت بهداشتی، امور بهورزی ارسال نمایید. دریافت پیشنهادات شما راهنمای ما در بهسازی این مجموعه آموزشی خواهد بود.

فهرست :

صفحه

عنوان

ادامه پایه یک :

6	فصل اول :بیماری مالاریا
12	فصل دوم : بیماری آنفلوانزا
18	فصل سوم : بیماری تب مالت
24	فصل چهارم :بیماری هاری
29	فصل پنجم :بیماری سیاه زخم
34	فصل ششم : بیماری قارچی (کچلی)
43	فصل هفتم :بیماری سالک
50	فصل هشتم : بیماری جرب یا گال
54	فصل نهم : بیماری مننژیت
59	فصل دهم :بیماری توکسوپلاسموز
63	فصل یازدهم : بیماری طاعون
66	فصل دوازدهم : بیماری تیفوس
71	فصل سیزدهم :بیماری سفلیس
79	فصل چهاردهم : بیماری سوزاک
83	فصل پانزدهم :بیماری ایدز
94	منابع

مقدمه:

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

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

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

فصل اول :

مالاریا

اهداف آموزشی :

انتظار است فراگیران پس از مطالعه مطالب این فصل بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند:

1. بیماری را تعریف کنند.
2. چگونگی انتقال بیماری را شرح دهند.
3. راههای پیشگیری و کنترل بیماری را توضیح دهند.
4. گروههای در معرض خطر بیماری را نام ببرند.

تعریف: یک بیماری انگلی تک یاخته ای است که بوسیله پشه آنوفل و از طریق نیش آن منتقل می شود. نشانه های مقدماتی 4 نوع مالاریای انسانی ممکن است آن اندازه به هم شبیه باشند که تشخیص آنها از یکدیگر بدون بررسی آزمایشگاهی غیر ممکن باشد علاوه بر این روند تب بیمار در چند روز اول بیماری مشابه مراحل اولیه بیماری های دیگر (باکتریایی ، ویروسی ، انگلی) است.

علائم بالینی: این بیماری به صورت عفونت حاد و در بیشتر موارد به شکل خفیف ایجاد می شود ویژگی علائم بالینی آن تب های متناوب همراه با حمله دوره ای است. 4 گونه از انگل پلاسمو دیوم سبب ایجاد مالاریا می شود که از بین آنها مالاریا فالسیپارم تب 2 روز یک بار بد خیم ، لرز ، عرق ، سرفه ، اسهال و ناراحتی های تنفسی ایجاد می کند . این بیماری برخی اوقات پیشرفت نموده سبب زردی ، اختلال انعقاد خون ، نارسایی کبد و کلیه ، آنسفالیت حاد ، ورم ریوی و مغزی ، اغما و مرگ می شود .

نشانه های خطر بالینی: ناتوانی در خوردن و آشامیدن - استفراغ مکرر - تشنج در طی بیماری کنونی - اختلال هوشیاری یا گیجی - ناتوانی در نشستن و ایستادن - اختلال تنفسی - تب بالا (رکتال بالای 40 درجه یا زیر بغل بالای 39/5) - زردی و درگیری کبد - ادرار تیره رنگ .

سایر اشکال انگل مالاریا معمولا خطر مرگ ندارند این گونه ها بیماری خفیف تری را ایجاد می کنند که با علائم بی قراری مبهم و افزایش آرام درجه حرارت بدن شروع شده سپس لرز توام با احساس سرما و تب شدید گاهی سردرد و تهوع و استفراغ و متعاقب آن تعریق زیاد ایجاد می شود . در برخی از افراد علاوه بر علائم کلاسیک بیماری درد عضلانی و دردهای مفصلی نیز مشاهده می شود . آلودگی با انگل پلاسمو دیوم مالاریا تب 3 روز یک بار و سایر گونه ها تب 2 روز یک بار ایجاد می کند .

تشخیص: با مشاهده انگل در لام خون محیطی انجام می شود ممکن است برای تشخیص آلودگی به دلیل دیده نشدن انگل در بیمارانی که تازه درمان شده اند و یا تحت رژیم درمانی شدید قرار داشته اند آزمایشهای میکروسکوپی مکرر در هر 12 تا 24 ساعت یک بار بسیار ضرورت دارد . بهترین نمونه برای تشخیص لام خونی

است که در هنگام لرز از بیمار گرفته می شود. برای ارزیابی درمان نیز در روزهای 3 و 7 و 14 و 21 لام تعقیب تهیه می شود .

عامل عفونت : تک یاخته های انگلی از جنس پلاسمودیوم شامل: پلاسمودیوم فالسیپارم، پلاسمودیوم ویواکس، پلاسمودیوم مالاریه و پلاسمودیوم اووال .

بروز آلودگی مخلوط با بیش از یک نوع پلاسمودیوم اندمیک (بومی) بیماری نادر نیست .

وقوع : تقریباً نیمی از جمعیت جهان در بیش از یکصد کشور جهان در معرض خطر بیماری هستند .

کشور ما یکی از مناطق مهم مالاریا خیز در جهان به شمار می رود. بیماری ناشی از گونه های ویواکس، فالسی پارم و مالاریا در نقاط مختلف مملکت و مخصوصاً مناطق شرقی و جنوب شرقی یافت می شود. در حال حاضر منطقه مشکل کشور از نظر بروز و شیوع بیماری مالاریا شامل استان هرمزگان، استان سیستان و بلوچستان، و مناطق گرمسیر استان کرمان می باشد.

منطقه مشکل: در این مناطق ظهور آنوفل های مقاوم به حشره و سویه های پلاسمودیوم فالسی پارم مقاوم به کلروکین و هم چنین تردد مهاجران بیگانه، کنترل بیماری را با مشکل مواجه ساخته است. مسافرت به این مناطق خطر ابتلا به مالاریا را افزایش می دهد.

مخزن : به غیر از مالاریا فالسی پارم که نزد انسان، میمونهای آفریقایی و آمریکایی شیوع دارد انسان تنها مخزن مهم انگل های مالاریای انسانی است .

روش انتقال : انتقال انگل به انسان به وسیله نیش پشه آنوفل ماده آلوده صورت می گیرد . اغلب گونه های این پشه در غروب و ساعات اولیه شب تغذیه می کنند اوج فعالیت برخی از آنوفل های مهم در حوالی غیر شب و یا ساعات اولیه صبح است . هنگامی که یک پشه آنوفل ماده خون انسان بیمار را (دارای اشکال جنسی پلاسمودیوم) می خورد . چرخه تکامل انگل در بدن حشره آغاز می شود .

مدت زمانیکه برای سیر تکاملی انگل در بدن پشه لازم است بسته به نوع پلاسمودیوم و درجه حرارت محیط بوده، بین 8 تا 35 روز طول می کشد. تعدادی از انگلهای در حال تکامل به غدد بزاقی پشه می روند بالغ شده

به مرحله آلوده کنندگی می رسند و پشه هنگام خونخواری انگل ها را به میزبان منتقل می کند. انگل ها در میزبان حساس وارد سلول های کبدی شده و مرحله تکامل خارج گلبول قرمز را طی می کنند. در مرحله بعد سلول های کبدی پاره شده و هزاران انگل غیر جنسی آزاد شده و خود را به جریان خون می رسانند و به گلبول های قرمز حمله کرده و تکثیر دوره ای خود را شروع می کنند. در این مرحله اغلب انگل ها شکل غیر جنسی اند (نه نر نه ماده) و به شکل بالغ خونی تبدیل شده گلبولهای قرمز را پاره کرده در خون آزاد می شوند که هر یک از آنها به نوبه خود به گلبول قرمز جدید حمله می کنند نشانه های بالینی (لرز) در اثر پاره شدن تعداد زیادی از این گلبول قرمز حاوی انگل ایجاد می شود. در این مرحله از تقسیم ممکن است بعضی از انگل ها به اشکال جنسی مذکر و مونث تبدیل می شوند که قادرند پشه های آنوفل را آلوده سازند.

دوره مخفی: فاصله بین گزش پشه آلوده تا پدیدار شدن انگل در خون دوره مخفی نامیده می شود و معمولا بین 6 تا 16 روز است این زمان ممکن است کوتاهتر یا بلند تر شود.

بعضی از اشکال خارج گلبول قرمزی و یواکس در سلول های کبدی مخفی می مانند و ممکن است ماه ها یا سالها بعد بالغ شده و برگشت بیماری را باعث گردد. این مورد زمانی اتفاق می افتد که درمان ناکافی یا مقاومت دارویی رخ داده باشد. مالاریا ممکن است از طریق تزریق یا انتقال خون یا سرنک و وسایل آلوده انتقال گردد. ندرتا انتقال جنینی دیده می شود. در هر صورت زندهای باردار در مقابل انگل های مالاریا آسیب پذیر تر از دیگران هستند. ممکن است در مناطقی که انتقال این گونه از انگل زیاد است آلودگی جفت نزد زن بار دار پیش آورده منجر به وزن کم نوزاد، کم خونی و گاهی مواقع قطع حاملگی گردد.

دوره کمون: فاصله زمانی بین گزش پشه و ظهور نشانه های بالینی بیماری تقریبا 7 تا 14 روز برای گونه مالاریه 18 تا 40 روز است ممکن است.

دوره واگیری: در تمام مدتی که اشکال آلوده کننده پشه در خون بیمار وجود دارد می تواند پشه را آلوده کند. بیماران درمان نشده و یا آنهایی که بطور کامل در مان نشده اند (حامل) می توانند تا مدت های طولانی (حتی 5 سال) حامل انگل بوده (انگل در خون باشد) و پشه را آلوده کند.

حساسیت و مقاومت: به غیر از بیماران با گلبولهای داسی شکل، همه افراد به این بیماری حساس اند.

کنترل: در مناطق اندمیک بیماری، کنترل بر مبنای تشخیص به موقع، درمان موثر و سریع و انتخاب اقدامات مناسب با شرایط محلی جهت کنترل جمعیت ناقلین است.

پشه آنوفل در آبهای شیرین و لب شور زندگی می کند.

پشه مالاریا تا 2 کیلومتر در زیر صخره ها، طویله، آبهای راکد، غار، تنه درخت و در اتاق روشن هم هست برای تغذیه می آید. آبهای راکد دهلیزهای با سرعت کم و ملایم تخم ریزی می کند. تخم آنوفل بعد از مدتی باز می شود لارو کوچکی از آن خارج (لارسن 1) این 4 مرحله لاروی را می گذراند و بعد از اتمام سن لاروی 4 به شفیره تبدیل می شود. شفیره بعد از مدتی به بالغ تبدیل می شود از مرحله باز شدن تخم تا بالغ شدن پشه معمولاً 7 تا 14 روز طول می کشد این دوره در مناطق معتدل طولانی تر و در مناطق گرمسیر کوتاهتر است. معمولاً بعد از خروج پشه بالغ از پوسته شفیره، بعد از کمی استراحت، پشه ماده در حوالی محل زاد و ولد تا شعاع 2 کیلومتری اقدام به جستجوی میزبان و خونخواری می نماید. خونخواری پشه آنوفل از بیمار مالاریایی باعث آلودگی پشه و برقراری چرخه انتقال می گردد.

برای پیشگیری از انتشار بیماری مالاریا اولین اقدام مهم درمان بیماران آلوده است. درمان با تهیه لام خون محیطی (لام تعقیب درمان) در روزهای 3، 7، 14 و 21 ارزیابی می شود. هم چنین از اطرافیان بیمار نیز لام بررسی تهیه می شود تا در صورت وجود بیماری درمان فوری صورت گیرد.

بعد از درمان بیماران اقدامات زیر جهت کنترل محلی بیماری انجام می گیرد:

آموزش مردم و افراد صاحب نفوذ در خصوص بیماری و راههای انتقال و پیشگیری و کنترل آن.

استفاده از پشه بند آغشته به حشره کش.

استفاده از توری برای پنجره و درب خانه ها یا حداقل برای اتاقهایی که افراد در آنها می خوابند.

استفاده از دور کننده های حشرات بر روی پوست افراد در معرض گزش پشه.

کنترل جمعیت پشه ها از طریق زهکشی و حذف آب گیر های کوچک و استفاده از لارو کش ها.

سم پاشی فضایی و ابقایی در صورت لزوم با صلاحدید مقامات بهداشتی.

ترویج استفاده از کولر های آبی به منظور ممانعت از ورود پشه بالغ به اماکن انسانی.

آنفلوانزا

اهداف آموزشی:

انتظار است فراگیران پس از مطالعه مطالب این فصل بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند:

1- بیماری آنفلوانزا را تعریف کرده و علائم بالینی تشخیصی آن را شرح دهند.

2- چگونگی انتقال بیماری آنفلوانزا را شرح دهند.

3- راههای پیشگیری و کنترل بیماری آنفلوانزا را توضیح دهند.

4- گروههای در معرض خطر بیماری را نام ببرند.

تعریف :

آنفلوآنزای انسانی : اهمیت آنفلوآنزا در سرعت انتشار همه گیری آن ، وسعت و تعداد مبتلایان و شدت عوارض آن بخصوص پتومونی ویروسی و باکتریایی است . شکل شدید یا کشنده بیماری بیشتر در سالمندان و افرادی که به دلیل عوارض مزمن ، قلبی ، ریوی ، کلیوی ، بیماری های متابولیک ، کم خونی و یا نارسایی ایمنی ناتوان شده اند مشاهده می شود . آنفلوآنزا به شکل جهان گیر ، همه گیری های وسیع ، کوچک ، منطقه ای و تک گیر دیده می شود . تغییرات کوچک در ژنوم ویروس های آنفلوآنزا باعث می شود به سرعت و به سادگی تغییر ماهیت داده و ایجاد ویروس های جدید آنفلوآنزا نماید که این ویروس ها خود ممکن است سبب ایجاد همه گیری های کوچک تا پاندمی نماید .

پراکندگی : پراکندگی این بیماری جهانی است .

علائم بالینی و تشخیص

(1) آنفلوآنزای بدون عارضه : آنفلوآنزا، بیماری حاد دستگاه تنفسی است با یک دوره کمون 1 تا 3 روزه که علائم آن : تب ، لرز ، سردرد ، خستگی ، درد عضلانی ، آبریزش بینی و چشم ، بی حالی و بی اشتها می باشد . تمام گروه های سنی نسبت به این بیماری حساس اند . علائم بیماری غالباً بعد از 3 روز فروکش می کند گرچه که ممکن است تا 2 هفته ادامه یابد . سردرد و درد عضلانی بیشترین علامت مشکل ساز است و شدت آن مرتبط با اوج تب است . تب 38 تا 40 درجه بالا رفته ، اغلب در شروع بیماری به 41 هم می رسد . دوره تب 3 روزه است ولی گاهی 4 تا 8 روز بعد از شروع بیماری قطع می شود . در برخی افراد پیک دوم تب در روز سوم و چهارم اتفاق می افتد . درد عضلات معمولاً با علائم چشمی شامل درد چشم بخصوص به دنبال حرکات چشمی ، اشک ریزش و سوزش چشم همراه است . در کودکان درد عضلات ساق پا ممکن است به طور برجسته غالب باشد . علائم تنفسی شامل سرفه خشک ، درد گلو ، انسداد و ترشح بینی ، خشونت صدا و خشکی و ناراحتی گلو ممکن است وجود داشته باشد و معمولاً با فروکش کردن علائم عمومی ظاهر می شود و 3 تا 4 روز بعد از کم شدن تب باقی می ماند . سرفه شدیدترین و شایع ترین علائم بیماری است . بیماری گاهی اوقات به صورت آنفلوآنزای همراه با عوارض ظاهر می شود که عوارض آن شامل عوارض ریوی : پنومونی ویروسی اولیه ، پنومونی باکتری ثانویه ، پنومونی باکتریایی - ویروسی ، تشدید بیماری ریوی مزمن ، تکرر

درگیری ریوی عوارض غیر ریوی : حساسیت عضلات پا ، عوارض قلبی (میوکاردیت، پریکاردیت ، انفارکتوس میوکارد) و بعضی عوارض سیستم عصبی .

تشخیص: تنها با روش های آزمایشگاهی از نمونه های تهیه شده با سوآپ بینی ، سوآپ گلو ، شست و شوی بینی و گلو و نمونه خون انجام می شود.

تعریف اپیدمیولوژیک :

بالینی : هر فرد با شروع ناگهانی تب بیش از 38 درجه سانتی گراد ، سرفه ، گلو درد به همراه یکی از علائم زیر در صورتیکه تشخیص دیگری نباشد

علائم خستگی ، سفتی گردن ، لرز ، ضعف ، درد عضلانی ، قرمزی مخاط ، التهاب چشم ، تماس با فرد مشکوک به آنفلانزا

مشکوک : فردی که مطابق تعریف مورد بالینی باشد

تأیید شده : فردی با تعریف مورد بالینی به همراه تشخیص آزمایشگاهی مثبت

بیماران در معرض خطر : بیماران ضعیف یا ناتوان [عقب ماندگان ذهنی و ...] ، افراد مسن بالای 60 سال ، افراد مقیم در آسایشگاه ها ، اماکن نگهداری بیماران مزمن و کارکنان آن ، بیماران حاد و مزمن ریوی ، بیماران مبتلا به بیماری های مزمن قلبی ، عروقی ، کلیوی ، ریوی ، متابولیک (دیابت ، نارسایی کبد ، افراد دارای سوء جذب) ، کودکان 6 ماهه تا 18 ساله ای که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین قرار دارند .

بیماران با ضعف سیستم ایمنی از قبیل ایدز و مصرف کنندگان داروهای سرکوب کننده ایمنی ، زنان باردار در 3 ماهه دوم و سوم بارداری ، کارکنان حرفه های پزشکی ، بهداشتی بخصوص افراد در تماس مستقیم با بیمار ، کودکان 6 تا 23 ماه ، مراقبین و سایر افراد خانواده بیماران آنفلانزایی .

گروه های در معرض تماس بیماران : شاغلین پزشکی و بهداشتی ، نیروهای خدمات درمانی منازل ، اعضای

خانواده ، شاغلین اورژانس ، شاغلین مراکز گردشگری

اقدامات توصیه شده برای بیمار : گزارش فوری، تهیه نمونه ، درمان بیمار ، وادار ساختن بیمار به استراحت و

نوشیدن مایعات زیاد [وظیفه بهورز در این مورد آموزش ، ارجاع بیمار ، پیگیری تا بهبودی بیمار].

اقدامات اطرافیان :مصون سازی ، درمان پیشگیری با دارو از طریق تزریق واکسن آنفولانزا که یک دوز آن در

تمامی موارد به استثنای کودکان کافی است. در کودکان، نوبت دوم واکسن با فاصله 4 هفته دریافت می شود و

هر ساله تکرار می شود ، اثر بخشی آن 70 تا 90 درصد به صورت زیر جلدی یا عضلانی عمیق تزریق می شود

در بالغین و افراد بالای 13 سال یک دوز 5 میلی لیتری و در گروه سنی 4 تا 12 سال 2 دوز 5 میلی لیتری به

فاصله 4 تا 6 هفته و در کودکان 6 ماهه تا 4 ساله برای اولین بار 2 دوز 25 میلی لیتری با فاصله 4 تا 6 هفته.

واکسن در دمای 2 تا 8 درجه در طبقه میانی یخچال نگهداری می شود .

ممنوعیت تزریق شامل افرادی است که به تخم مرغ حساسیت دارند یا در تزریق های قبلی واکنش نشان داده

باشند هم چنین به بیماران تب دار نیز تزریق نمی شود .

واکسیناسیون مادر معنی برای شیردهی ندارد

درمان پیشگیرانه :

این درمان در افرادی که احتمالاً به مدت طولانی در خطر تماس با بیماران مبتلا خواهند بود مانند کادر

بهداشتی درمانی انجام می شود و برای چندین ماه ادامه خواهد یافت. هم چنین افرادی که در معرض عفونت

بوده اند درمان پروفیلاکسی به مدت 7 تا 10 روز تجویز می گردد.

اقدامات بهداشت محیط : رعایت بهداشت فردی و عمومی ، شست و شوی دست ها ، بهداشت مؤسسات

نگهداری کودکان ، بیمارستان ها ، هتل ، سینما ، مساجد ، فرودگاه ، زیارتگاه ، اتوبوس و ترن ها و سایر اماکنی

که محل تجمع مردم است.

اقدامات در همه گیری ها : آموزش و ارتقا آگاهی بهداشتی مردم ، ارجاع بیماران جهت درمان ،

واکسیناسیون افراد در معرض خطر ، جلوگیری از گردهمایی مردم در هنگام بروز همه گیری، پوشاندن دهان و

بینی و دست با

استفاده از ماسک و دستمال کاغذی و ... و معدوم کردن صحیح (سوزاندن و دفن) آنها، شست و شوی دستها بعد از سرفه و دست زدن به دهان و بینی ، قبل و بعد از تماس با بیمار ، کاهش مسافرت های غیر ضروری ، اقامت در منزل و اجتناب از تماس با دیگران ، در صورت ابتلا به بیماری ، استراحت و نوشیدن مایعات کافی

- داروی ویروسی مورد استفاده برای درمان آنفولانزا در کشور در حال حاضر اوسلتامیویر به شکل کپسول 75mg است .

تفاوت آنفولانزا و سرما خوردگی

سرما خوردگی	آنفولانزا	علائم بیماری
-------------	-----------	--------------

علائم پیش درآمد	ندارد	1 روز یا بیشتر
شروع بیماری	ناگهانی	تدریجی
تب	38/3 تا 39	در بالغین نادر
سردرد	ممکن است شدید باشد	نادر است
درد عضلانی	معمول است و اغلب شدید	متوسط
خستگی مفرط	معمولاً وجود دارد (فشار روی کبد می آورد)	هرگز
خستگی همراه با ضعف	ممکن است بیش از 2 هفته باشد	متوسط (طولانی نمی شود)
ناراحتی گلو	شایع (حتماً)	گاه، اغلب وجود دارد لی همیشه وجود ندارد
عطسه	گاهگاهی	معمولاً وجود دارد
التهاب بینی	گاه گاهی	معمولاً وجود دارد
سرفه	معمولاً وجود دارد و خشک	متوسط و منقطع به صورت مزاحم

فصل سوم :

تب مالت (بروسلوز)

اهداف آموزشی :

انتظار است پس مطالعه مطالب این بخش فراگیران بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

1-بیماری تب مالت را تعریف نمایند.

1- عامل بیماری، مخزن، دوره کمون، دوره واگیری بیماری تب مالت را شرح دهند.

2-نحوه پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به بیماری تب مالت را شرح داده و در صورت مواجهه با این

بیماران اقدام لازم را بعمل آورند.

اهمیت بیماری : این بیماری بیشتر یک بیماری شغلی است و نزد کسانی که با حیوانات یا بافت های آلوده کار

می کنند، به خصوص کارگران دامپروری و کشاورزی ، دامپزشکان و کارگران کشتارگاه ها مشاهده می شود.

شیوع آن در مردان بیشتر از زنان است . بروسلوز (تب مالت) در انسان نشان دهنده گسترش بیماری در حیوانات است . معمولاً عفونت در انسان به تماس مستقیم با حیوانات آلوده یا فراورده های آنها وابسته است . تماس با حیوانات دچار سقط جنین و مصرف شیر آلوده یا فراورده های آن مخاطرات اصلی می باشد . عفونت های انسانی ناشی از باکتری های بروسلا همیشه بیش از موارد مبتلا با علائم بالینی می باشد . نسبت موارد بدون علامت به بیماران دارای علائم بالینی ممکن است 8 به 1 ویا بالاتر باشد .

تعریف بیماری: بیماری بروسلوز یک بیماری باکتریایی است که به صورت حاد ویا مزمن با نشانه های تب مداوم ، متناوب و یا نامنظم به مدت متفاوت ، سردرد،ضعف ، عرق زیاد، دردمفاصل، افسردگی ، کاهش وزن و درد عمومی بدن آشکار می گردد .بروسلا می تواند در اندام های بدن ، از جمله کبد وطحال و استخوان ها، عفونت های چرکی موضعی و در سایر نقاط بدن عفونت های موضعی ایجاد شود .

عامل بیماری:

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

1- بروسلا ملی تنسیس : بروسلا ملی تنسیس مهمترین عامل بروسلوز انسان بوده و اکثر موارد این عفونت در ارتباط مستقیم و غیر مستقیم با گوسفند یا بز آلوده و یا فراورده های آنها می باشد . در برخی مناطق میزبان های دیگری از قبیل گاو ، شتر آلوده و فراورده های آن مسئول تعدادی از عفونت ها است .

2- بروسلا آبورتوس : کمتر از بروسلا ملی تنسیس برای انسان برای انسان بیماری زا بوده، نسبت بیشتری از عفونت ها خفیف یا بدون علامت بوده است . گاو مهمترین منشأ عفونت است .

3- بروسلا سوئیس : عامل سقط جنین خوک است و عفونت های انسانی منتقله توسط خوک آلوده اتفاق می افتد .

4- بروسلا کنیس : میزبان اختصاصی بروسلا کنیس سگ است و بیماریزایی کمی برای انسان دارد .

راه های سرایت بیماری :

1- مصرف بافت ها، موادغذایی یا مایعات حاوی باکتری بروسلا مانند: شیرخام و فراورده های لبنی آلوده خصوصاً پنیر تازه، خامه و سرشیر، موارد بروسلوز ناشی از مصرف گوشت و فراورده های آن کمتر از استفاده از

فراورده های لبنی آلوده می باشد . با این وجود گوشت ، اعضاء و خون،ادرار، جنین سقط شده دام ها،خراش های جلدی،تمامی انواع حیوانات ممکن است حاوی بروسلا باشد.

2- تماس مستقیم از راه ملتحمه چشم ، یا از طریق تماس خراش ها و جراحات پوست با ترشحات ، مواد دفعی، یا بافت های حیوانات آلوده یا اشیاء آغشته به ترشحات عفونی .

3- انتقال تنفسی از طریق استنشاق ذرات عفونی معلق در آغل ، اصطبل و آزمایشگاه

(تلقیح مصنوعی واکسیناسیون و نمونه برداری از خون در برنامه واکسیناسیون و خون گیری دام ها بویژه گاو به موارد متعدد بروسلاز در بین دامپزشکان و تکنسین ها منجر شده است.)

دوره نهفتگی :

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 3 تا 3 هفته می باشد .

مخزن :

بز، گوسفند و گاو مخزن این عامل عفونت هستند، ممکن است انواع مختلفی از حیوانات مخزن این باکتری باشند .

تعریف مورد مشکوک بیماری :

بیمار با علائم بالینی مطرح کننده بروسلاز (تب مداوم ، متناوب و یا نامنظم به مدت متفاوت ، سردرد،ضعف ، عرق زیاد، درد مفاصل، افسردگی ، کاهش وزن و درد عمومی بدن) که همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به بیماری و یا فراورده های آلوده حیوانی باشد .

پروتکل کشوری برخورد با بیماری :

تشخیص بیماری :

در موارد انسانی بیشتر براساس جداکردن عامل بیماری از نمونه بالینی و تشخیص آزمایشگاهی تیتراژ سرمی بروسلا است.

درمان: کمیته فنی کشوری، درمان تب مالت را الزاماً ترکیبی و بابتش از یک دارو توصیه می نماید و رژیم های درمانی توصیه شده توسط کمیته فنی کشوری بشرح ذیل می باشد:

درمان بزرگسالان :

1- ریفامپیسین روزانه 600-900 میلی گرم (3-2 کپسول 300 میلی گرمی) صبح ناشتا یک ساعت قبل یا دو ساعت بعد از غذا به صورت مقدار واحد یا منقسم 8-12 ساعت به همراه داکسی سیکلین (100 میلی گرم) 2 بار در روز خوراکی برای مدت 8 هفته

2- داکسی سیکلین با همان مقدار یا تترایسکلین (500 میلی گرم) هر 6 ساعت خوراکی برای مدت 8 هفته به همراه جنتامایسین (3-5 میلی گرم به ازاء هرکیلوگرم وزن بدن روزانه عضلانی) یا استرپتومایسین (اگرم عضلانی) برای مدت 2 هفته

1- ریفامپیسین با همان مقدار به همراه کوتریموکسازول بالغین (6 قرص در 2 یا 3 دوز منقسم) به مدت 8 هفته.

درمان اطفال :

ریفامپیسین به مقدار 10-20 میلی گرم به ازاء هرکیلوگرم وزن بدن (در هرقطره ریفامپیسین اطفال 5 میلی گرم ماده مؤثر موجود است) صبح ناشتا به همراه کوتریموکسازول به مقدار 8 میلی گرم برای هرکیلوگرم وزن بدن منقسم در دو نوبت صبح وعصر به مدت 8 هفته توصیه می شود

درمان زنان باردار و شیرده :

بر اساس تجویز دقیق پزشک بیماری ها صورت پذیرد .

اقدامات لازم در برخورد با بیمار :

1- گزارش به مرکز بهداشتی درمانی وابسته یا مرکز بهداشت شهرستان

2- نظارت بر درمان تجویز شده توسط پزشک براساس دستورالعمل کشوری 3- آموزش به بیمار و اطرافیان در

خصوص راه های انتقال، پیشگیری، اهمیت درمان

اقدامات لازم برای اطرافیان یا بهداشت محیط :

1- اطرافیان بیمار باید از نظر مصرف فرآورده های مشابه که سبب بروز احتمالی بیماری شده است،

بررسی شوند .

2- شیر باید پاستوریزه یا جوشانده شود . پنیر تازه به مدت حداقل 2 ماه در آب نمک نگه داری و سپس

مصرف شود .

3- کشاورزان، دامداران، کارگران کشتارگاه ها و کارخانجات بسته بندی گوشت باید جوانب احتیاط را در

برخورد با لاشه یا لاشه دامی تهیه شده از حیوانات مشکوک به بیماری رعایت نمایند .

4- افرادی که با پوست حیوانات سرو کار دارند از پوشش محافظ دست و بدن استفاده کنند .

وظایف و فعالیت های خانه بهداشت در خصوص بیماری تب مالت :

1- بیماریابی موارد مشکوک یعنی افرادبا داشتن علامت های بالینی منطبق با تب مالت مثل تب علی

الخصوص تب مستمر یا متناوب یا نامنظم با طول مدت متفاوت، عرق فراوان بخصوص شب ها، خستگی، بی

اشتهایی، کم شدن وزن، سردرد، درد مفاصل و عضلات به همراه ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوان

مشکوک یا قطعی مبتلا به بروسلوز یا فرآورده های آلوده حیوانی می تواند مشکوک به بیماری تلقی شوند .

2- ارجاع موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی جهت معاینه توسط پزشک و انجام آزمایشات لازم و

تشخیص قطعی .

3- ثبت موارد مثبت بازگشت داده شده از مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان یا مطب در فرم پیگیری

بیماری ها.

- 4- پیگیری بیمارانی که از نظر بیماری تب مالت مثبت تشخیص داده شده اند و نظارت بر مصرف داروی آن ها .
- 5- آموزش مستمر و پیگیر مردم خصوصاً خانواده هایی که موارد مثبت بیماری در آن ها ظاهر شده از نظر چگونگی مراقبت و راه های انتقال و پیشگیری از بیماری تب مالت
- 6- تکمیل فرم پیگیری بیماری ها و ارسال به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه .
- 7- شناسایی خانوارهای دارای دام مبتلا به تب مالت و دام های واجد شرایط واکسیناسیون .
- 8- شناسایی خانوارهای دارای دام های سقط شده جهت اطلاع به ایستگاه دامپزشکی

*آموزش جامعه مهمترین ابزار قطع حلقه انتقال بیماری از دام به انسان است، آموزش مؤثری که به شناخت رفتارها، عادات نادرست، چگونگی تغییر رفتار و اتخاذ شیوه های مثبت و صحیح منجر گردد .

فصل چهارم :

حیوان گزیدگی (هاری)

اهداف آموزشی :

انتظار است پس مطالعه مطالب این بخش فراگیران بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

1- بیماری هاری را تعریف نمایند.

2- عامل بیماری، مخزن، دوره کمون، دوره واگیری بیماری هاری را شرح دهند.

3- نحوه پیشگیری و واکسیناسیون فرد حیوان گزیده را شرح داده و در صورت مواجهه با این گونه افراد اقدام لازم را بعمل آورند.

تعریف : بیماری هاری یک بیماری ویروسی کشنده وحاد سیستم اعصاب مرکزی بوده و تقریباً بدون استثناء کشنده انسان وهمه پستانداران خون گرم است . انتقال بیماری به انسان معمولاً از طریق بزاق حیوان آلوده ودر بیشتر مواقع سگ ، صورت می گیرد . بیماری با نشانه های احساس دلهره ، سردرد، تب، بیقراری و تغییرات مبهم حسی که اغلب در ناحیه گاز گرفته شده بدن ملموس است آشکار می شود . هیجان و ترس از جریان هوا از نشانه های شایع این بیماری است . نشانه های بیماری به طرف فلج خفیف و ناکامل پیشرفت . انقباض

عضلات بلعی به ترس از آب می انجامد. آب ترسی (Hydrophobia) و متعاقب آن هذیان گویی و تشنج پیش می آید.

اهمیت بیماری: این بیماری یکی از مهمترین و قدیمی ترین زئونوزها و بیماری های ویروسی است. اهمیت بیماری به دلایل میزان کشندگی بالا، افزایش روند موارد حیوان گزیدگی در جوامع مختلف و تلفات و خسارات اقتصادی در دام ها، هنوز واکسیناسیون و در مواردی سرم ضد هاری تنها راه نجات اشخاص هارگزیده می باشد، هزینه سنگین واکسیناسیون انسان ها برای پیشگیری از بیماری در حیوان گزیده ها و عدم درمان بیماران در صورت بروز علائم و مرگ حتمی بیماران همه از علل مهم بودن این بیماری بشمار می آید.

عامل بیماری: عامل این بیماری ویروسی عصب دوست است که متعلق به خانواده رابدوویروس ها و در طبیعت بسیار زیاد است.

راه های سرایت بیماری: بزاق حیوان هار حاوی مقادیری زیادی ویروس است که از طریق بریدگی های ناشی از گاز و یا خراش وارد بدن میزبان می گردد. ابتلای به هاری در اثر پیوند عضو (قرنیه، سایر اندام ها که اهدا عضو داشته اند گزارش شده است) انتشار ویروس از طریق هوا در آزمایشگاه و غارهایی که مسکن تعداد زیادی خفاش بوده است به ندرت گزارش شده است.

دوره کمون: بسیار متغیر است و معمولاً بین 3 تا 8 هفته می باشد و در موارد نادری به کوتاهی چند روز و یا بلندی چندین سال می رسد. این مدت با وسعت زخم ها، محل گاز گرفتگی د، میزان رشته و شبکه های عصبی محل، فاصله آن ها با مغز، مقدار ویروس وارد شده، موانعی مانند البسه و عوامل دیگر در ارتباط است.

حساسیت و مقاومت: تمام پستانداران به ویروس هاری حساس هستند و به نظر می رسد که مقدار حساسیت با سوش ویروس و عوامل میزبانی مثل سلامت و وضعیت تغذیه میزبان در ارتباط است.

علائم و تشخیص: شروع هاری اغلب با یک احساس اولیه هراس، سردرد، تب، کوفتگی عضلات و تغییرات حسی نامشخص اغلب در محل گزش حیوان همراه است. تحریک پذیری و ترس از فضای باز علائم شایعی هستند. بیماری با بی حسی یا فلج عضلات پیشرفت می کند، اسپاسم عضلات حلق منجر به ترس از آب می

شود. مرگ معمولاً به دلیل فلج عضلات تنفسی رخ می دهد. تشخیص قطعی با جداکردن ویروس از مغز یا بزاق و یا پوست ناحیه گردن و یا مشاهده اجسام نگری در سلول های عصبی مغز .

تعریف مورد مظنون بیماری : هر نوع تماس مشکوک انسان با بزاق حیوان (تا مدت حداکثر 14 روز در گوشت خواران و 3 تا 4 ماه در علف خواران) به عنوان حیوان گزیدگی و مشکوک به هاری باید ثبت و گزارش شود .
پروتکل کشوری برخورد با بیماری :

گزارش دهی : فوری غیرفوری

اقدامات توصیه شده در اولین برخورد با موارد حیوان گزیدگی : کلیه موارد حیوان گاز گرفتگی و حتی چنگ زدگی حیوان (اهلی یا وحشی) می بایست بصورت فوری طی تماس تلفنی یا حضوری یا ایمیل و... به ستاد مرکز بهداشت شهرستان گزارش شوند .

درمان پیش گیری از هاری برای تمام موارد اطبق مراحل ذیل انجام شود :

1- زدودن و خارج کردن ویروس هاری از محل زخم با شستشو با آب و صابون و حتی استفاده از برس به مدت 5-10 دقیقه

2- خارج کردن کف صابون از لابه لای زخم با فشار آب (استفاده از شیلنگ آب یا پیستوله آب پاش)

3- قطع یا برداشت کامل قسمت های نکروزه

4- ضد عفونی کردن محل جراحی با الکل 70-40 درجه یا بتادین 1% و یا سایر مواد ضد عفونی کننده .

5- نبستن و بخیه نزدن محل (تنها استثناء در مورد شریان های خونریزی دهنده است که در این شرایط باید حتماً مقداری سرم ضد هاری پس از بخیه زدن شریان در محل زخم پاشیده شود .)

6- تزریق واکسن هاری محل تزریق واکسن در بالغین عضله دلتوئید و در اطفال زیر 2 سال ناحیه فوقانی جانبی ران است

تعداد دفعات تزریق واکسن در موارد واکسیناسیون کامل 5 نوبت در روزهای صفر، 3، 7، 14 و 28 است و

موارد ناقص 3 نوبت صفر، 3 و 7 است . علاوه بر واکسن تزریق سره ضد هاری در سه حالت زیر توصیه می شود

الف) گاز گرفتگی توسط حیوانات وحشی

ب) گازگرفتگی توسط حیوانات متواری شده

ج) گازگرفتگی توسط حیوان اهلی در صورتی که زخم های عمیق و متعدد به ویژه در نواحی سر و گردن و صورت و نوک انگشتان ایجاد شده باشد .

7- تزریق سرم و واکسن ضدکزاز (ثلاث یا توأم) به شرح زیر است : الف) اگر واکسیناسیون قبلی کامل است باید یک دوز واکسن یادآور تزریق شود . ب) اگر فرد قبلاً واکسینه نشده است باید سرم ضدکزاز و یک نوبت واکسن دریافت کند و سپس مطابق دستورالعمل ایمن سازی ، واکسیناسیون ادامه یابد . (توضیح: برای کودکان کمتر از 6 سال ثلاث و افراد بالای 7 سال توأم بزرگسال تزریق گردد .)

8- تجویز آنتی بیوتیک مناسب توسط پزشک به مدت 7-10 روز برای پیشگیری از عفونت ثانویه .
9- در صورتی که حیوان مهاجم سگ یا گربه باشد و در دسترس باشد باید 10 روز حیوان را بسته و تحت مراقبت قرار داد . اگر در طی این مدت علائم ظاهر و حیوان تلف نشود ادامه واکسیناسیون نازی نیست . در صورتی که حیوان غیر از سگ و گربه عامل گزیدگی باشد تزریق 5 نوبت واکسن الزامی است .

اقدامات پیش گیری :

1- آموزش عموم مردم بخصوص کشاورزان ، دامداران ، شکارچیان، تکنسین های دامپزشکی ، چوپان ها و

افراد در معرض خطر

2- اتلاف سگ های ولگرد و ایمن سازی سگ هایی که صاحب دارند .

3- توجه ویژه به افراد حیوان گزیده خصوصاً اقدامات اولیه در مورد شستشوی زخم بطور کامل و

ایمن سازی کزاز، دیفتری و ارجاع به مرکز بهداشت

فصل پنجم :

سیاه زخم (Anthrax)



اهداف آموزشی :

انتظار است پس مطالعه مطالب این بخش فراگیران بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

1- بیماری سیاه زخم را تعریف نمایند.

2- عامل بیماری، مخزن، دوره کمون، دوره واگیری بیماری سیاه زخم را شرح دهند.

3- نحوه پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به سیاه زخم را شرح داده و در صورت مواجهه با این بیماران اقدام لازم را بعمل آورند.

تعریف : بیماری حادباکتریایی است که برحسب محل ورود باکتری به سه شکل تنفسی، پوستی یا گوارش ظاهر می کند. شکل پوستی آن بیش از 90% موارد طبیعی بیماری را تشکیل می دهد ، که پوست دچار خارش شده و سپس زخمی که اول پاپول شکل است و بعد تاولی شده و سپس در عرض 2 تا 6 روز به صورت یک جوشگاه سیاه رنگ فرورفته ای در می آید، ایجاد می شود .

اهمیت بیماری : بیماری سیاه زخم یکی از بیماری های عفونی حائ حیوانات است که انسان را بصورت تصادفی در اثر تماس با حیوانات آلوده (سیاه زخم کشاورزی) یا فراوده های آن ها (سیاه زخم تنفسی) مانند پشم، مو، استخوان، سفیدآب یا استنشاق افشانه های آلوده درگیر می کند . بیماری باعث بروز مرگ و میر فراوانی در دام ها می شود و زمینه را برای وابستگی های اقتصادی و سیاسی فراهم می کند، هم چنین باع بروز مرگ ومیر در انسان می شود . امروزه یکی از جنگ افزارهای بسیار قوی بیوتروریسم مطرح است

علائم بالینی بیماری: در سیاه زخم جلدی 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 6-2 روز بعد به یک اسکار فرورفته سیاه رنگ و بدون درد تبدیل می شود. شایعترین محل ضایعات، سر، بازوها و دست ها می باشد.

باکتری در در ضایعات درمان نشده می تواند وارد غدد لنفاوی و جریان خون شده و سپتی سمی ایجاد (گندخونی) نماید (95% جلدی)

در سیاه زخم گوارشی علائم اولیه غیر اختصاصی شامل تب خفیف، بی حالی، سرفه و درد قفسه سینه خفیف می باشند علائم حاد 3-5 روز بعد از علائم اولیه به صورت تب شدید تنگی نفس خس خس و خرخر که می تواند در مدت 24 ساعت به مرگ منجر شود میزان مرگ 80 تا 100% و درمان معمولاً ناموفق است (5% تنفسی)

علائم سیاه زخم گوارشی: این شکل از بیماری نادر است علائم آن شامل تب، تهوع، استفراغ، درد شکم، اسهال خونی و... است میزان مرگ در صورت عدم درمان 50% است

عامل بیماری: باسیلوس آنتراسیس که باسیلی کپسول دار، هاگ گذار و غیر متحرک

راه های سرایت بیماری: در سیاه زخم پوستی آلودگی پوست انسان در اثر تماس با بافت های حیوانی (گاو، گوسفند، بز، اسب، خوک و غیره) که در حال مرگ یا بیماری هستند، تماس با پوست، مو، پشم آلوده و یا محصولات ساخته شده از آن ها (مثل طبل و فرچه مخصوص اصلاح صورت، کیسه حمام)

سیاه زخم ریوی: در اثر استنشاق هاگ باسیل در فضای بسته و تهویه نشده از قبیل پشم ریسی، قالی بافی و صنایع خطرناک آمیزی مثل رنگ آمیزی پوست و پشم و آماده سازی استخوان بوجود می آید.

سیاه زخم گوارشی: با ابتلای ناحیه دهان و حلق به این بیماری در اثر گوشت آلوده خوب حرارت ندیده، به وجود می آید.

پروتکل کشوری برخورد با بیماری: گزارش دهی: فوری غیر فوری

گزارش دهی سیاه زخم تنفسی:

فوری

تعریف مورد مشکوک به سیاه زخم جلدی :

وجود علائم کلینیکی سازگار با سیاه زخم جلدی (وجود پاپول پوستی خارش دار در نواحی باز بدن که ظرف یک یا دو روز تبدیل به وزیکول می شود). همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم با محصولات آلوده دامی.

تعریف مورد مشکوک به سیاه گوارشی :

وجود علائم کلینیکی سازگار با سیاه زخم گوارشی (تهوع، استفراغ، بی اشتها) همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم با محصولات آلوده دامی.

تعریف مورد مشکوک به سیاه ریوی (تنفسی) :

وجود علائم کلینیکی سازگار با سیاه زخم تنفسی (شروع علائم ریوی) همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم با محصولات آلوده دامی.

دوره کمون: یک تا 7 روز متغیر بوده ممکن است به 60 روز برسد.

کنترل بیماری :

1- پیشگیری :

الف) پیشگیری از ابتلای طبیعی انسان به بیماری به پیشگیری بیماری در حیوانات مربوط می شود. کنترل بیماری دام ها در مناطق اندمیکی آلوده این بیماری با واکسیناسیون و اقدامات مناسب در جهت کنترل بیماری در حیوانات وقتی همه گیری حیوانی شایع می شود معدوم کردن صحیح لاسه های سیاه زخمی حیوانات ، ضدعفونی محل حیوانات و درمان حیوانات بیمار از راه های مؤثر پیشگیری از بیماری در انسان ها است بنابر گزارش اکثر مراتع ایران آلوده به هاگ سیاه زخم می باشد .

ب) به گله داران و چوپانان و کارکنانی که با مواد بالقوه آلوده حیوانی سروکار دارند باید رعایت نظافت شخصی و حفاظت از زخم های پوستی و چگونگی راه های انتقال سیاه زخم آموزش داده شود . لاشه حیوانات مشکوک به سیاه زخم نباید باز شود با رعایت تمام موازین سترونی باید معدوم گردد .

پ) واکسیناسیون افراد در معرض خطر (نظیر افرادی که با پشم و مو و استخوان احتمالاً آلوده حیوانات تماس دارند و یا پرسنل آزمایشگاهی که با باسیل در تماس هستند)

ج) فراهم نمودن تسهیلات پزشکی و بهداشتی برای کارکنان و معاینه مرتب آن ها

د) شناسایی افراد در تماس با بیمار و یا حیوان بیمار و در صورت وجود بیماری درمان آن ها .

ذ) آموزش افراد در روستاها که با پشم ریزی، قالی بافی و پوست دام سروکار دارند در خصوص این بیماری و راه های انتقال بیماری

ر) آموزش به دامداران و کشاورزان در خصوص درمان حیوانات آلوده و واکسیناسیون حیوانات سالم گله

ز) خوداری از مصرف سفیدآب

2- اقدامات توصیه شده برای بیمار :

الف) گزارش هر مورد سیاه زخم به مرکز بهداشت

ب) کشف و بررسی منبع عفونت

ج) ضدعفونی کردن کلیه آلودگی های ناشی از ترشحات ضایعات جلدی و یا ترشحات تنفسی

د) شناسایی افراد در تماس با بیمار و در صورت وجود بیماری درمان آن ها

3 - درمان بیماری :

در سیاه زخم جلدی برای بالغین 2 میلیون واحد پنی سیلین G هر 6 ساعت تا فروکش کردن ادم و سپس پنی سیلین خوراکی تا کامل شدن درمان به مدت 5-7 روز در افراد حساس به پنی سیلین می توان از سیپروفلوکساسین، اریترومایسین، تتراسایکلین یا کلرامفنیکل استفاده نمود. باید ضایعات با پانسمان تمیز پوشانده شود و از آلودگی لباس ها جلوگیری شود .

فصل ششم :

بیماری های قارچی پوست (کچلی)



اهداف آموزشی :

انتظار است پس مطالعه مطالب این بخش فراگیران بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

1. بهورز باید پس از مطالعه این فصل بتواند انواع کچلی ها را توضیح دهد.
2. بهورز پس از مطالعه این فصل باید بتواند علایم بالینی هر یک از کچلی ها را توضیح دهد.
3. بهورز پس از آموزش این فصل باید بتواند مخازن هر یک از انواع کچلی را نام ببرد.
4. بهورز اقدامات بهداشتی لازم برای پیشگیری از انتشار انواع کچلی را توضیح دهد.

تعریف: کچلی به بیماری های قارچی قسمت های کراتین دار بدن (مو، پوست و ناخن) گفته می شود. جنس و گونه های متفاوت قارچ هایی که به طور گروهی درماتوفیت نامیده می شوند، عامل ایجاد این بیماری ها بوده و بر حسب آن که بیماری در کدام ناحیه بدن ایجاد شود به گروه های کوچکتری تقسیم شده اند.

کچلی سر و ریش، کریون، فاووس

تعریف: یک بیماری قارچی است که به صورت یک سرخی و یا یک ناحیه کوچک بدون مو شروع شده و سپس از اطراف وسعت یافته و قسمتی از ناحیه مبتلا بر روی جمجمه را به طور موقت بدون مو می کند. موهای مبتلا

ترد و به سادگی شکسته می شوند. گاهی اوقات زخم‌ها بزرگ و کمی برجسته و ترشح‌دار شده و در این حالت کریون نامیده می شوند.

فاووس سر نوعی از کچلی سر است زخم‌های این عفونت قارچی کوچک، کبره‌دار، فنجانی شکل، زرد رنگ بوده و بوی موش می دهد و مثل اینکه روی پوست چسبیده اند. موهای ناحیه مبتلا شکننده نبوده ولی به رنگ خاکستری کدر در می آیند و بالاخره ریخته و ممکن است کچلی دائمی شده و موهای ریخته شده مجددا رشد نکنند.

تشخیص: تشخیص قطعی بیماری آزمایشگاهی است.

عامل عفونت: گونه های مختلف قارچ از جنس میکروسپوروم و تریکوفیتون عامل عفونی این بیماری پوستی هستند.

وقوع: وقوع بیماری جهانی است. در شهرها عمدتاً عامل بیماری، قارچ های حیوان دوست مربوط به سگ و گربه است اما در روستاها عامل بیماری، بیشتر قارچ های حیوان دوست مربوط به گاو، اسب، موش و حیوانات وحشی است.

مخزن: مخزن بیماری انسان، گاو، سگ، گربه، موش و برخی حیوانات وحشی است.

روش انتقال: تماس مستقیم پوست یا تماس غیر مستقیم، به خصوص از طریق پشتی صندلی‌های سینما، وسایل سلمانی و آرایش، شانه، برس و یا لباس‌های آلوده به موی سر انسان و حیوانات مبتلا است. افراد آلوده می توانند به مقدار فراوانی اسپور قارچ را در فضا انتشار دهند.

دوره کمون: بین 10 تا 14 روز است.

دوره واگیری: قارچ‌های زنده ممکن است تا مدت‌ها روی لوازم آلوده باقی بمانند و مادام که آلوده باشند، آلودگی را منتقل می سازند.

حساسیت و مقاومت: انسان در تمام عمر به آلودگی با عوامل کچلی سر حساس است. آلودگی مجدد به این قارچ‌ها به ندرت اتفاق می افتد.

کنترل:

الف. پیش گیری:

1) مردم، به خصوص والدین باید با خطر انتقال عفونت از افراد و حیوانات آلوده مثل سگ و گربه و سایر حیوانات به کودکان خود آشنا گردند.

2) در صورت وجود همه گیری و یا در مناطقی که گونه های قارچی به صورت همه گیری های شدید شایع است بررسی موی سر کودکان قبل از شروع مدرسه ضروری است.

کنترل بیماران، تماس و محیط:

گزارش: گزارش همراه با گزارش ماهانه بیماریهای صورت می گیرد.

جداسازی: ندارد.

گندزدایی همزمان: در موارد خفیف بیماری، موهای سر روزانه شسته و موهای شل باید جدا شوند. در موارد شدید بیماری پس از شستشوی روزانه سر باید با کلاه پوشانده شود و کلاه های آلوده را بعد از استفاده به خوبی شست و گندزدایی کرد.

قرنطینه و مصون سازی: ندارد.

تحقیق از تماس ها و منبع عفونت: سایر افراد خانواده که در تماس بیمار بوده اند، و نیز حیوانات خانگی و سایر حیواناتی که در محیط زندگی هستند بررسی می گردند، و آنهایی که آلوده اند درمان می شوند.

درمان اختصاصی: درمان با تجویز خوراکی ضد قارچهای خوراکی با دستور و تجویز پزشک صورت می گیرد. تنها وقتی که پاسخ آزمایش زخمها منفی شده باشد می توان از بهبودی کامل بیمار اطمینان حاصل کرد.

اقدامات در همه گیری ها:

- آموزش چگونگی انتشار و پیشگیری از بیماری و رعایت بهداشت فردی به کودکان و والدین آنها. - پیگیری موارد بیماری تا بهبود کامل می شوند.

کچلی کشاله ران و اطراف مقعد کچلی بدن

تعریف: این بیماری یک عفونت قارچی بدن است و در سایر نقاط مثل پوست سر، نقاط مودار بدن و پاها ایجاد نمی شود. این عفونت قارچی با نشانه های مشخص زخم های مسطح، منتشر و حلقه ای شکل که در تمام قسمت های محیطی و یا قسمتی از آن برآمده است، ظاهر می شود. محیط زخمها معمولاً "قرمز رنگ، تاولی و

یا چرکی بوده و ممکن است خشک و زبر و یا مرطوب و دلمه‌دار باشد. با گسترش محیط زخم‌ها قسمت مرکزی آن‌ها اغلب تمیز و پوست ظاهراً "طبیعی بدن نمایان می‌شود. وجود تاول‌هایی در حول یک مرکز مشترک در قسمت خارجی محیط زخم نیز از مشخصات تشخیص افتراقی این عفونت با کاندیدیاز کشاله ران است.

تشخیص: تشخیص این بیمار آزمایشگاهی است.

عامل عفونت: گونه‌هایی از سه جنس متفاوت قارچ‌های حیوان دوست، خاک دوست و انسان دوست عامل عفونی این بیماری قارچی هستند.

وقوع: از بیماری‌های همه جایی و نسبتاً "فراوان است. مردها بیش از زن‌ها آلوده می‌شوند.

مخزن: انسان، حیوانات و خاک مخزن این قارچ‌ها هستند.

روش انتقال: تماس مستقیم یا غیر مستقیم با پوسته‌های زخم‌های افراد و حیوانات مبتلا و همچنین زمین، وسایل حمام، سکوها و صندلی‌ها و سایر لوازم آلوده به قارچ، باعث انتقال بیماری می‌گردد.

دوره کمون: بین 4 تا 10 روز است.

دوره واگیری: در تمام مدتی که زخم‌های پوستی وجود دارد و یا قارچ زنده بر روی لوازم و وسایل زندگی موجود است انتقال صورت می‌گیرد.

حساسیت و مقاومت: حساسیت به این بیماری عمومی است. اصطکاک و عرق زیاد زیر بغل و کشاله ران و همچنین درجه حرارت زیاد و میزان بالای رطوبت باعث شدت نشانه‌های بالینی می‌شود. تمام گروه‌های سنی حساس هستند.

کنترل:

الف. پیش‌گیری: نظافت عمومی حمام‌ها و رخت‌کن‌های ورزشگاه‌ها رعایت شود و حوله‌ها و لباس‌ها باید با آب گرم و گندزداهای قارچ‌کش شسته و گندزدایی شود. کف حمام‌ها و نیمکت‌های این اماکن باید با مواد قارچ‌کش مثل کرئوزول گندزدایی گردد.

ب. کنترل بیمار، تماس‌ها و محیط:

گزارش: گزارش بیماری بصورت ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

جداسازی بیمار: افرادی که تحت درمان قرار دارند باید از رفتن به محیط‌های ورزشی سرپوشیده، استخرهای شنا و فعالیت‌های مشابه که ممکن است دیگران را در معرض خطر آلودگی قرار دهد منع شوند.

گندزدایی همزمان: لباس‌ها باید به طور مکرر و مؤثر شسته شوند.

قرنطینه و مصون سازی: ندارد.

تحقیق از تماس‌ها و منبع عفونت: کودکان مدرسه‌ای و سایر افراد خانواده هم چنین حیوانات خانگی و غیر

خانگی که با منبع عفونت در تماس بوده‌اند باید بررسی شوند و در صورت آلوده بودن درمان گردند.

درمان اختصاصی: شستشوی دقیق با آب و صابون، جدا کردن دلمه زخم‌ها و مصرف داروهای موضعی مؤثر ضدقارچ که توسط پزشک تجویز می‌گردد.

اقدامات در همه‌گیری‌ها: کودکان و والدین آن‌ها باید نسبت به بیماری و چگونگی انتقال آن آشنا شده و لزوم رعایت بهداشت فردی به آن‌ها گوشزد شود. بروز همه‌گیری نزد افراد ارتشی شایع است.

ت. اقدامات به هنگام بروز حوادث: ندارد.

ث. اقدامات بین‌المللی: ندارد.

کچلی پا، پای ورزشکاران

تعریف: این بیماری با نشانه‌های مشخص ترک‌دار و پوسته پوسته شدن پوست، به خصوص پوست بین انگشتان پا، و یا با ظهور پوسته‌های منتشر در کف پا (نوع خشک) و یا تاول‌هایی که محتوی مایع آبکی است تظاهر می‌یابد و به «پای ورزشکاران» شهرت دارد. در اشکال شدید بیماری زخم‌های تاولی در قسمت‌های مختلف بدن از جمله روی دست‌ها دیده می‌شود که اغلب حاوی قارچ نبوده بلکه در اثر حساسیت به ترشحات قارچ ایجاد می‌شوند.

تشخیص: تشخیص بیماری آزمایشگاهی است. شکل ظاهری زخم‌ها نمی‌تواند وسیله تشخیص باشد. باید توجه داشت که برخی عفونت‌های باکتریایی و همچنین کاندیدا ممکن است زخم‌های مشابهی ایجاد کنند. وجود خارش یکی از نشانه‌های آلودگی قارچی است.

عامل عفونت: گروهی از قارچ های انسان دوست عامل عفونی این بیماری هستند.

وقوع: بیماری شایع و همه جایی است. بزرگسالان بیشتر از کودکان و مردان بیشتر از زن ها مبتلا می شوند. این بیماری در آب و هوای گرم بیشتر متداول است. بیماری نزد کارگران صنایع، دانش آموزان مدارس، ورزشکاران و ارتشیان، که از یک دوش و یا وسایل مشترک حمام استفاده می کنند نیز شایع است.

مخزن: انسان مخزن این قارچ است.

روشی انتقال: تماس مستقیم یا غیر مستقیم با زخم های افراد مبتلا، وسایل حمام و سایر اشیایی که به وسیله شخص آلوده استفاده می شود، وسیله انتقال بیماری است.

دوره کمون: مشخص نیست.

دوره واگیری: در تمام مدتی که زخم های پوستی وجود دارند و یا اسپور زنده قارچ بر روی اشیای آلوده باقی است، انتقال صورت می گیرد.

حساسیت و مقاومت: حساسیت افراد متفاوت است و ممکن است آلودگی مخفی بماند. حمله مجدد عفونت و مزمن شدن آن به طور مکرر اتفاق می افتد.

کنترل:

الف. پیش گیری: آنچه که در مورد کچلی بدن گفته شد در مورد این بیماری نیز باید رعایت شود.

آموزش مردم به رعایت دقیق بهداشت فردی به خصوص اهمیت خشک کردن فواصل بین انگشتان بعد از هر استحمام ضروری است. مصرف پودرهایی که حاوی داروهای مؤثر ضد قارچ هستند در روی پا به خصوص بین انگشتان پا، در پیش گیری از بیماری در افراد در معرض خطر مؤثر است. کفش تنگ ممکن است شرایط مساعد ابتلا به عفونت را فراهم کند.

ب. کنترل بیماران، تماس ها و محیط:

1) گزارش: آمار بیماری همراه آمار ماهانه بیماریها ارسال می گردد.

2) جداسازی بیمار: ندارد.

3) گندزدایی همزمان: جوراب‌های افرادی که به شدت آلوده هستند برای جلوگیری از آلودگی مجدد آن‌ها باید در آب جوش شسته شود.

قرنطینه و مصون سازی: ندارد.

تحقیق از تماس‌ها و منبع عفونت: ندارد.

درمان اختصاصی: با تجویز و زیر نظر پزشک مصرف موضعی داروهای ضد قارچی موثر است. با پوشیدن کفش‌های راحتی باید انگشت‌های پا را در معرض هوا قرار داده و بین آن‌ها را پودر پاشی نمود. ممکن است در موارد شدید بیماری مصرف داروهای خوراکی نیز توصیه شود.

اقدامات در همه‌گیری‌ها: کف‌های ورزشگاه‌های سرپوشیده، حمام‌ها و سایر اماکن مشابه باید به طور دقیق شسته شوند. این اماکن باید با مواد قارچ کش مثل کرئوزول، گندزدایی شده و چگونگی انتقال بیماری به مردم آموزش داده شود.

اقدامات به هنگام بروز حوادث: ندارد.

اقدامات بین‌المللی: ندارد.

کچلی ناخن

تعریف: بیماری قارچی مزمنی است که یک یا چند ناخن انگشت پا و یا دست را مبتلا می‌کند. ناخن بیماری به تدریج ضخیم، بی‌رنگ، ترد و زیر آن مواد پنیری شکل جمع می‌شود و یا اینکه ناخن حالت گچی پیدا کرده و از انگشت جدا می‌شود.

تشخیص: تشخیص بیماری آزمایشگاهی است.

عامل عفونت: گونه‌های مختلفی از قارچ‌های انسان دوست و به ندرت سایر قارچ‌ها عامل این بیماری است.

وقوع: از بیماری‌های شایع در تمام نقاط دنیا است.

مخزن: انسان و به ندرت حیوانات و خاک مخزن این قارچ است.

روشی انتقال: به نظر می رسد عفونت‌های قارچی پوست که خود در اثر تماس مستقیم با پوست و ناخن افراد مبتلا و کف زمین و حمام‌های آلوده اتفاق افتاده است، به ناخن گسترش یافته و کچلی ناخن‌ها را ایجاد می‌کند. انتقال غیر مستقیم از طریق اشیای آلوده (کف‌ها و حمام‌های آلوده) معمولاً حتی در افراد یک فامیل که خیلی هم به هم نزدیک هستند، شدت کمتری دارد.

دوره کمون: مشخص نیست.

دوره واگیری: تا زمانی که زخم وجود دارد انتقال صورت می‌گیرد.

حساسیت و مقاومت: حساسیت افراد نسبت به ابتلا به این قارچ‌ها متفاوت است. آلودگی مجدد به طور مکرر اتفاق می‌افتد.

کنترل:

الف. پیش‌گیری: رعایت نظافت و استفاده از مواد قارچ‌کش مثل کرئوزول برای گندزدایی کردن کف ساختمان‌ها توصیه شده است. کف حمام‌ها باید به طور مکرر شسته و فاضلاب آن‌ها خارج شود.

ب. کنترل بیماران، تماس‌ها و محیط:

1) گزارش: گزارش بیماری بصورت ماهانه همراه گزارش دیگر بیماریها صورت می‌گیرد.

جداسازی بیمار، گندزدایی همزمان، قرنطینه، مصون سازی، تحقیق از تماس‌ها و منبع عفونت: ندارد.

درمان اختصاصی: داروهای انتخابی ضد قارچ خوراکی که توسط پزشک تجویز می‌شود. تا وقتی که رشد ناخن‌ها کامل شود باید درمان ادامه یابد (حدود 3 تا 6 ماه برای ناخن‌های دست و 12 الی 18 ماه برای ناخن‌های پا).

اقدامات در همه‌گیری‌ها، اقدامات به هنگام بروز حوادث، و اقدامات بین‌المللی: ندارد.

فصل هفتم :

بیماری لیشمانیازیس پوستی یا سالک

اهداف آموزشی :

انتظار است پس مطالعه مطالب این بخش فراگیران بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

1- انواع بیماری لیشمانیوز پوستی (سالک) را توضیح دهد.

- 2- ویژگی های ناقل بیماری سالک را توضیح دهد.
- 3- چگونگی انتقال سالک را توضیح دهد.
- 4- اقدامات لازم برای پیشگیری از گسترش بیماری سالک را توصیه کند.
- 5- برنامه کنترل جمعیت جوندگان وحشی را تشریح کند.

تعریف: وجود پاپول یا زخم پوستی منطبق با علائم بالینی به ویژه در نقاط باز بدن ، که بیش از 14 روز طول کشیده باشد با سابقه ابتلا به سالک در همان محل.

انواع:

لیشمانیوز پوستی دو نوع است. نوع روستایی که بدلیل وجود ترشح در ضایعه، مرطوب نیز گفته می شود و نوع شهری که بدلیل ظاهر ضایعه، خشک نیز نامیده می شود.

عامل بیماری: انگل تک سلولی از جنس لیشمانیا است.

وقوع و انتشار: نوع مرطوب معمولاً در مناطق روستایی دیده میشود اما هر جا که در حاشیه شهرها جوندگان وحشی به محدوده سکونت انسانی نزدیک شده باشند و بیماری در بین آنها شایع باشد در ساکنین حاشیه

شهر نیز دیده میشود. نوع خشک بیشتر در مناطق شهری دیده می شود. شیوع فصلی در نوع مرطوب عمدتاً همزمان با فعالیت پشه خاکی ها از اواسط بهار آغاز، در اواخر تابستان شدت می گیرد و تا پایان پاییز ادامه دارد. موارد اندکی نیز در زمستان صورت می گیرد. نوع خشک، در تمام طول سال دیده می شود. مخزن بیماری: در لیشمانیوز مرطوب جوندگان وحشی به ویژه موش صحرائی و در لیشمانیوز پوستی خشک، انسان (بیماران مبتلا) و سگ، مخزن بیماری هستند.

ناقل بیماری و روش انتقال:

این بیماری از طریق گزش پشه خاکی ها منتقل میشود. ناقل بیماری گونه هائی از پشه خاکی (ماده) از جنس فلبوتوموس است. که اندازه آن 3 - 1/5 میلیمتر و بدن آن پر از مو برنگ زرد کمرنگ می باشد. پشه خاکی ماده بطور متناوب و مکرر از خون انسان و بعضی پستانداران تغذیه و درموقع خون خوردن آلوده می شود. پس از حدود 4 الی 18 روز می تواند آلودگی را به میزبان مهره دار دیگر منتقل کند. خونخواری پشه خاکی معمولاً از غروب آفتاب شروع و در طول شب ادامه دارد. بیشترین فعالیت آن در نیمه اول شب (به ویژه 2 ساعت اول) است ولی در فصل گرما در خیلی از مناطق تا صبح ادامه دارد. پشه خاکی روزها را در جای تاریک و مرطوب بخصوص زیر تخت ها، پشت کمدها، شکاف دیوارها و گوشه دیوارها، زیر زمین، لانه های پرندگان، جوندگان و زیر تخته سنگها و سایر قسمت های سایه دار اماکن انسانی و حیوانی استراحت می کند. طول عمر پشه خاکی ماده در شرایط مناسب حدود 1/5 ماه است. که در این مدت یک تا چند بار تخم گذاری می کند. از زمان تخم گذاری تا بلوغ حشره 20 الی 40 روز طول می کشد. پرواز پشه خاکی منقطع و مسافت پرواز آن کوتاه است (حداکثر 500 متر) اما مشخص شده است که این حشرات می توانند در اماکن روباز تا 2200 متر در طی چند شبانه روز پرواز کنند. حداکثر ارتفاع پرواز پشه خاکی 2 متر گفته شده است اما براحتی می تواند بر روی دیوار با پرواز منقطع خود را به سقف اتاق و طبقات بالایی ساختمان برساند. پشه خاکی ماده روی مواد آلی در حال فساد، زباله ها، خاک های مرطوب، کف لانه پرندگان و جوندگان، کف اسطبل ها، کف باغ ها، اماکن مخروبه و ... تخم گذاری می کند.

دوره کمون: دوره کمون در نوع مرطوب یک هفته تا 4 ماه و در نوع خشک (شهری) 2 تا 8 ماه است.

علائم بالینی: در نوع خشک پس از گذشت دوره کمون، در محل گزش پشه، پاپول سرخ رنگی ظاهر می شود و به آرامی توسعه می یابد. این پاپول نرم است و در اثر فشار محو نمی شود. اغلب (ولی نه همیشه) بدون درد و خارش است که به تدریج بزرگ و برجسته شده و سطح آن معمولاً صاف که پس از دو هفته دلمه مرکزی بر روی آن تشکیل می شود. این دلمه ممکن است باقی بماند و یا این که افتاده و زخم آشکاری تشکیل شود که گاه کمی فرو رفته است. زخم با حاشیه ای نا منظم و برجسته گاهی دارای ترشحات سیروزی (خونابه) است. و بطور طبیعی و در صورتی که آلودگی ثانویه پیدا نکند معمولاً "به خودی خود بهبود می یابد و اثر آن به صورت جوشگاهی با حدود مشخص و حاشیه ای نامنظم باقی می ماند.

در نوع مرطوب پس از طی دوره کمون ضایعه بصورت جوش همراه با التهاب حاد ظاهر می شود بعد از مدتی (چند روز تا چند هفته) زخمی شده که بسرعت بزرگ و دور آن پر خون می گردد. زیر لبه زخم معمولاً برجسته است و دارای ترشح است ضایعه ایجاد شده معمولاً به اندازه یک سکه است اما گاه وسعت زخم افزایش یافته و حتی بخشی از یک اندام (برای مثال بازوی دست) را فرا گرفته است. برخی اوقات زخم باز ایجاد نمی شود و ضایعه پوستی بخش عمده ای از بدن را به صورت دانه های (ندول) قرمز رنگ می پوشاند. بهبودی در نوع مرطوب بین 4 تا 6 ماه و در نوع خشک 6 تا 12 ماه و گاه بیشتر به طول می انجامد.

تذکر: تظاهرات بالینی همیشه با ابتلاء به نوع انگل مطابقت ندارد و تشخیص بیماری براساس شکل ضایعه و منطقه بروز آن قابل اعتماد نیست.

دوره واگیری: مادام که در درون زخم های مخازن انسانی و حیوانی انگل باقی باشد، پشه خاکی ها با گزش این مخازن آلوده می شوند و قادرند به انسان منتقل نمایند.

حساسیت و مقاومت: تمامی افراد و گروههای سنی نسبت به این بیماری حساسند اما در صورت ابتلا به سالک نوع مرطوب (روستایی) و بهبودی خودبخود، در نزدیک به 93 درصد افراد نسبت به هر دو نوع سالک خشک و مرطوب ایمنی ایجاد میشود. در صورت ابتلا به سالک نوع شهری تنها یک ایمنی نسبی به سالک نوع خشک ایجاد می شود.

تشخیص: تشخیص قطعی آزمایشگاهی است.

***تذکر:** با توجه به اینکه هم در نوع شهری و هم روستایی عوامل متعددی در بروز بیماری دخالت دارند و به ویژه اینکه 3 عامل عمده انگل، ناقل و میزبان موجودات زنده بوده و تغییر می یابد، بروز تغییرات گوناگون در توزیع بیماری در مناطق مختلف و نوع تظاهرات بالینی دور از انتظار نیست.

پروتکل کشوری برخورد با بیماری

اقدامات توصیه شده برای بیمار: در مورد زخم های ملایم خود به خود محدود شونده، توصیه می شود در صورت باز بودن زخم و وجود ترشح، ضد عفونی و با گاز استریل پانسمان شوند. در موارد بسته بودن زخم تنها با گاز استریل پانسمان (پوشانده) شود.

درمان دارویی: در سالک نوع خشک، کلیه موارد بیماری و در سالک نوع مرطوب، زخم های پوستی وسیع (بیشتر از 3 سانتیمتر)، متعدد (بیشتر از 3 زخم) و یا تغییر شکل یافته و زخم های صورت و روی مفاصل با آمپول مگلو مین (گلوکانتیم) زیر نظر پزشک و با دستور وی درمان می شود. در اطفال زیر 3 سال به دلیل ممنوعیت استفاده از گلوکانتیم از داروهای دیگر استفاده می شود. نوع و محل تزریق دارو (داخل زخم یا عضلانی)، قطع یا ادامه درمان و تعویض دارو و ... با نظر پزشک خواهد بود.

سرما درمانی یا کرایوتراپی: در این روش با استفاده از نیتروژن مایع محل ضایعه شدیداً "سرد میگردد به طوریکه ضایعه و اطراف آن تغییر رنگ می یابد و رنگ سفید روشن بخود میگیرد در این حالت انگل همراه با سلولهای انسانی ضایعه منجمد شده می میرند. درمان بنا بر نظر پزشک تجویز و ادامه می یابد.

کنترل و پیشگیری: دو استراتژی در کنترل و پیشگیری از بیماری لیشمانیوز پوستی در نظر گرفته میشود.

(1) کاهش تماس ناقل آلوده با انسان 0

(2) کاهش تماس ناقل با مخزن حیوانی و در نتیجه کاهش مخازن حیوانی و ناقلین آلوده.

کاهش تماس ناقل آلوده با انسان:

راهکارها: نصب توری بر روی پنجره ها، استفاده از پشه بند آلوده به سم، استفاده از مواد دور کننده، تنظیم ساعات فعالیت.

نصب توری: توری پنجره ها باید در هر سانتی متر 10 تا 12 سوراخ داشته باشد. بر روی توری و یک متر حاشیه آن سمپاشی صورت می گیرد. برای حفاظت فردی و گروهی در خانواده ها، اردوها و تجمعات انسانی لازم است از هنگام غروب آفتاب تا طلوع خورشید، افراد در پشه بند آغشته به سم قرار گیرند.

بیشترین گزش پشه خاکی ها در زمان غروب آفتاب تا نیمه های شب به ویژه 2 ساعت ابتدای شب است. از نیمه شب تا صبحگاه گزش کمتر است.

دور کننده ها: در مواردی که افراد به اجبار در ساعات اولیه شب در خارج از منزل و بیرون از پشه بند قرار می گیرند مانند شاغلین ارگانهای نظامی، کشاورزان، نظافت چیان و ... می باید از مواد دور کننده که به صورت پماد، ژل و امولسیون در دسترس می باشند استفاده گردد مفیدترین این مواد دارای ماده مؤثره ی D.E.E.T می باشند که تا 4 ساعت فرد را محافظت می کند.

کاهش تماس ناقل با مخازن آلوده:

از آنجایی که گزش پشه خاکی سالم بیماری ایجاد نمی کند و تنها زمانی مشکل انتقال بیماری پیش می آید که ناقل بر اثر خونخواری روی مخزن بیمار، آلوده میشود لذا کاهش تماس ناقلین با مخازن در واقع حفاظت جمعیت ناقلین و مخازن از آلودگی است.

راهکارها:

در سالک نوع روستایی:

- حذف مخازن آلوده (جونده کشی) در محدوده پروازی پشه خاکی در حوالی روستاها و شهرها (حداقل 1000 متری و حداکثر 2200 متری حاشیه روستاها و شهرها).

در سالک نوع شهری:

- کاهش جمعیت مخازن حیوانی سالک شهری (کشتار سگ های ولگرد).

- درمان فوری بیماران.

- سمپاشی اماکن انسانی بیماران و همسایگان در محدوده شعاع 1000 متری.

- حفاظت مخازن حیوانی (سگ های صاحب دار) در مقابل گزش پشه خاکی در سالک نوع شهری (قلاده آغشته به سم، سگ را در مقابل گزش پشه خاکی حفاظت می کند).

عملیات حذف مخازن حیوانی (موش صحرایی) در سالک نوع روستایی:

عملیات باید روزی اجرا شود که حداقل در یک هفته آینده آن روز بارندگی صورت نگیرد. نیروهای انسانی در یک خط به ترتیبی که نفر شماره یک با آخرین دیوار روستا 10 الی 15 متر فاصله داشته باشد می ایستد و نفرات بعدی با همین فاصله از یکدیگر و در یک خط قرار می گیرند سپس افراد همزمان شروع به حرکت کرده و محدوده مورد عملیات را در جهت عقربه های ساعت دور تا دور روستا مورد جست و جو قرار می دهند.

هیچ لانه موشی نباید از دید افراد پنهان بماند. در هنگام جست و جو تمامی لانه های موش وحشی پیدا شده با بیلچه دسته بلند مسدود می گردد. تیم باید محدوده شعاع 1000 متری و ترجیحا " 2200 متری اطراف روستا را جست و جو و لانه های موشهای صحرایی داخل آن را لانه کوبی کند. گاهی اوقات عملیات نیاز به زمانی بیش از یک روز دارد.

48 ساعت بعد از لانه کوبی، با استفاده از قاشق های دسته بلند مقدار 15 تا 20 گرم طعمه مسموم آماده در عمق 20 سانتی متری داخل لانه موش های باز شده (فعال) ریخته و سپس لانه موش مسدود می گردد.

یک هفته بعد از طعمه گذاری و انسداد لانه ها تیم عملیاتی در محل لانه ها حاضر می شود و تمام لانه های طعمه گذاری شده را چک می کند. چنانچه لانه ای باز شده باشد مجدداً طعمه گذاری شده و مسدود می گردد. بعد از یک ماه تیم عملیاتی محل کلنی های قبلی و حواشی آنها را کنترل می کند لانه های فعال را طعمه گذاری می نماید و درب آنها را مسدود می نماید. عملیات مجدداً در ماه بعد تکرار می شود عملیات انتهایی 2 ماه بعد از سومین طعمه گذاری انجام می شود. در اینجا عملیات یک سال تکمیل می شود چنانچه گزارشی از حضور موش صحرایی در محدوده از طرف مردم برسد بهورز در محل با شخص گزارش دهنده حاضر شده بررسی می کند چنانچه لانه فعالی رویت شود طعمه گذاری میشود. میزان بروز بیماری و همچنین رویت جوندگان وحشی در محدوده عملیاتی بخصوص در حاشیه خارجی تعیین می کند که آیا در سال آینده جونده کشی صورت گیرد یا نه.

فصل هشتم :

بیماری جرب یا گال



اهداف آموزشی :

انتظار است پس مطالعه مطالب این بخش فراگیران بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

- (1) بیماری جرب را تعریف کنند.
- (2) علایم بالینی بیماری جرب را توضیح دهند.
- (3) راههای انتقال و پیشگیری از بیماری جرب را توضیح دهند.
- (4) مدت زمان جداسازی این بیماران را بدانند.

تعریف: بیماری انگلی پوست است که به وسیله نوعی هییره یا مایت ایجاد میشود و محل نفوذ انگل به درون پوست به صورت یک پاپول، وزیکول و یا کانال کوچک خطی که حاوی هییره و تخم آن است تظاهر می یابد. زخم های پوستی در مردان بیشتر در بین انگشتان و سطح داخلی مچ و آرنج قسمت های چین دار زیر بغل، ناحیه کمر، ران و آلت تناسلی و نزد زنان بیشتر در نوک پستان، شکم و قسمت های پایین سرین ایجاد میشود. (معمولاً در افراد بزرگسال قسمت های سرین آلوده نمی شود).

خارش بخصوص هنگام شب و زمان استحمام با آب گرم، بسیار زیاد است ولی ناراحتی بیماری بیشتر مربوط به زخم هایی است که در اثر خارش، به عفونت های ثانویه دچار می شوند. آلودگی نزد پیران و افرادی که مبتلا به نارسایی ایمنی هستند به صورت درماتیت و التهاب پوست عمومی که قسمت های زیادی از بدن فرد را فرا می گیرد تظاهر می یابد که توأم با پوسته شدن و گاهی تاول و ترک خوردن پوست میشود این حالت را جرب نروژی گویند در این شکل عفونت ممکن است خارش پوست آرامتر شده و یا وجود نداشته باشد. وقتی که بیماری جرب توأم با آلودگی جراحات پوستی به باکتری استرپتوکوکوک بتاهمولیتیک میشود خطر ایجاد گلومرولو نفریت (بیماری کلیوی) وجود خواهد داشت. جرب را ممکن است با خارج کردن هییره از مجاری

پوستی و آزمایش میکروسکوپی آن تشخیص داد. اگر در روی پوست جوهر ریخته و سپس شسته شود کانالهای حاوی انگل بهتر دیده می شوند.

عامل عفونت: سارکوپت اسکابئی که یک هییره است عامل عفونی این بیماری انگلی است.

وقوع: جرب انتشار جهانی دارد. ثابت شده است که وقوع این بیماری ارتباط چندانی با فقر، بهداشت ناکافی و جنگ، تراکم جمعیت و بحرانهای اقتصادی ندارد در تمام گروههای اقتصادی صرف نظر از سن، نژاد، سطح مراقبت های بهداشت فردی بروز می کند.

مخزن: انسان

روش انتقال: انگل به وسیله تماس مستقیم پوست با پوست منتقل می شود تماس مستقیم حین تماس جنسی می تواند وسیله انتقال باشد. انتقال عفونت از طریق لباس زیر و لوازم خواب در صورتی که به تازگی آلوده شده و مورد استفاده قرار گیرد عملی است.

دوره کمون: در افرادی که برای اولین بار آلوده می شوند 2 تا 6 هفته و در افرادی که سابقه آلودگی دارند 1 تا 4 روز بعد از آلودگی نشانه بالینی (خارش) ظاهر خواهد شد.

دوره واگیری: تا وقتی که درمان صورت نگرفته و هییره و تخم آن از بین نرفته انتقال می تواند صورت بگیرد معمولاً 1 و گاهی 2 دوره درمان با فاصله یک هفته انگل را از بین خواهد برد.

حساسیت و مقاومت: افرادی که قبلاً به بیماری گرفتار شده اند کمتر آلودگی مجدد ایجاد میشود بقیه افراد در مقابل بیماری حساس اند.

کنترل بیماری: کنترل تماس ها، محیط

گزارش: گزارش بیماری همراه گزارش ماهانه پزشک ارسال می گردد.

جداسازی: بیماران را باید تا 24 ساعت بعد از شروع درمان مؤثر از رفتن به مدرسه و یا محل کار منع کرد. در مورد بیماران بستری شده بایستی تا 24 ساعت بعد از شروع درمان مؤثر با دیگران در تماس نباشند.

گندزدایی همزمان: شست و شوی لباسهای زیر و رو و لوازم خواب که بیمار تا 48 ساعت قبل از درمان پوشیده و یا استفاده کرده در آب با حرارت بالا و خشک کردن آنها با حرارت بالا هیپره را از بین خواهد برد. ممکن است در اغلب موارد این اقدام ضرورت نداشته باشد. شست و شوی وسایل خواب و لباس مبتلایان به جرب نروژی به دلیل خطر انتشار زیاد آن بسیار ضروری است.

قرنطینه و مصون سازی: لازم نیست

تحقیق از تماسها و منبع عفونت: باید موارد گزارش نشده و یا تشخیص داده نشده‌ی بیماری در بین افراد خانواده و اطرافیان در تماس کشف و درمان شوند. معمولاً" در یک خانواده تنها یک نفر آلوده نمی شود.

کنترل:

الف. پیشگیری: پیشگیری در این بیماری بر مبنای آموزش مؤثر به مردم در خصوص بیماری، راه انتقال و تشخیص و درمان آن استوار است.

درمان: درمان اختصاصی برای کودکان پرمترین 5 درصد است می توان به جای آن از گامابنزن هیدروکلراید (لیندان) 1 درصد استفاده کرد. لیندان در کودکان کوچکتر از یکسال و زنان باردار باید با احتیاط مصرف شود همچنین استفاده از آن در بیماران دارای عوارض عصبی مغزی مانند بیماران صرعی، عقب ماندگان ذهنی و نوزادان نارس ممنوع است.

کروماتین (مونوسولفید تترا اتیل تیورام) به صورت محلول 5 درصد که روزانه دوبار مصرف می شود. یا محلول روغنی بنزیل بنزوات که به تمام بدن غیر از سر و گردن مالیده می شود، از درمانهای سریع برای جرب است. روز بعد از درمان باید حمام کامل گرفته و از لباسها و وسایل جدید استفاده شود. ممکن است تا 1 الی 2 هفته خارش ادامه داشته و نباید آن را به عنوان عدم تأثیر دارو نمود چون بعضی از این داروها بخصوص گامابنزن (لیندن) خاصیت سمی دارد. باید مراقب بود برخلاف آنچه رایج است بیمار تحت درمان اضافی قرار نگیرد. نظارت نزدیک به درمان بخصوص بر حمام کامل گرفتن بیماری ضروری است.

اقدامات در همه گیری ها:

1) درمان بیماران، آموزش اطرافیان

2) جست و جوی موارد جدید و در صورت امکان جداسازی آنها

3) اجرای برنامه عمومی (همگانی) آموزشی، بیماریابی و کنترل با جلب مشارکت عمومی

اقدامات به هنگام بروز حوادث:

به عنوان یک بیماری بالقوه در شرایطی که تراکم جمعیت وجود دارد مدنظر قرار می گیرد.

اقدامات بین المللی: ندارد.

فصل نهم :

مننژیت

اهداف آموزشی :

انتظار است پس مطالعه مطالب این بخش فراگیران بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

1- بیماری مننژیت را تعریف نمایند.

2- عامل بیماری، مخزن، دوره کمون، دوره واگیری بیماری مننژیت را شرح دهند.

3- نحوه پیشگیری و در مان بیماری مننژیت را شرح داده و در صورت مواجهه با بیماران مبتلا به اوربون اقدام لازم را بعمل آورد.

تعریف بیماری: پرده یا غشایی که روی بافت مغز و طناب نخاعی را می پوشاند و در حد فاصل بین استخوان جمجمه و مغز، یا بین مهره ها و نخاع قرار می گیرد مننژ نام دارد و به التهاب این لایه پوشاننده مننژیت می گویند. مننژیت در بچه های 2 تا 3 ماهه را مننژیت نوزادی می نامند. مننژیت در نوزادان چه با عامل ویروس و یا باکتری خطرناک است. اما در بچه های بزرگتر مننژیت ویروسی خفیف تر است و معمولاً طی 10 روز خود به خود بهبود پیدا می کند. مننژیت باکتریایی معمولاً شدیدتر است و می تواند مساله جدی به حساب آید.

عامل عفونت: مننژیت اغلب توسط ویروسها یا باکتریها ایجاد می شود. اگر مننژیت بر اثر باکتری ایجاد شود مننژیت عفونی و اگر بواسطه ویروس یا سایر عوامل باشد مننژیت غیر عفونی نامیده می شود.

اکثر ویروسهایی که در بچه ها سبب مننژیت می شوند از گروه انتروویروسها هستند. بطور مثال ویروسی (بنام کوکساکسی) که در بیماریهای پشت دست، پا و دهان دیده می شود و می تواند عامل مننژیت باشد، انتروویروس است. از ویروسهای دیگر، هرپس سیمپلکس (عامل بیماری تب خال و سرماخوردگی های شدید و حاد) را می

توان نام برد. از باکتریهای عامل مننژیت هم می توان استرپتوکوک بتا همولیتیک (GBS) و هموفیلوس آنفلانزا تیپ B را نام برد.

علائم بیماری: علائم این بیماری کمی گمراه کننده است و ممکن است خیلی راحت متوجه علائم آن نشوید، زیرا علائم آن در تمام افراد یکسان نیست و در همه به یک صورت ظاهر نمی شود. اما خوشبختانه نشانه هایی دارد: تب، سفتی گردن، سر درد و حساسیت به نور.

بیمار اغلب تحریک پذیر و بیقرار است و ممکن است از غذا خوردن امتناع ورزد. ممکن است اسهال و استفراغ داشته باشد. دستهایش سرد باشد، دانه های قرمز پوستی در تمام بدنش دیده شود یا پوستش نقطه نقطه ای باشد که ممکن است بی رنگ یا آبی شود. ممکن است اختلال در تنفس داشته باشد و یا تشنج کند.

کاری که می توانید برای تشخیص سریعتر بیماری بکنید این است که از بیمار بخواهید سرش را پائین بیاورد و چانه اش را به سینه اش بچسباند (برساند)؛ اگر او نتوانست این کار را انجام دهد یا با درد زیاد این کار را انجام داد به احتمال زیاد مننژیت دارد و بلافاصله باید به پزشک ارجاع دهید. در واقع هرگاه کوچکترین احتمالی از ابتلا بیمار به مننژیت داشتید باید سریعاً او را نزد پزشک ارجاع دهید.

تشخیص بیماری: در معاینه برای تشخیص اولیه بیمار را به پشت می خوابانند و درحالی که دست را زیر گردن وی قرار داده اند سر بیمار را بلند می کنند. در صورت ابتلا به مننژیت گردن بیمار خم نمی شود و بدن همراه با سر بالا می آید. از آنجا که علائم مننژیت ویروسی و باکتریایی خیلی شبیه به هم هستند، فقط یک پزشک می تواند در این مورد تشخیص دهد. اگر پزشک مشکوک باشد که بیمار مبتلا به مننژیت است اقدام به کشیدن مایع نخاعی می کند (در پزشکی به LP معروف است).

برای کشیدن مایع نخاعی، کودک را به حالت جنینی می خوابانند، زانوها را خم و به داخل شکم می کشانند و اقدام به کشیدن مایع نخاعی از ناحیه کمر می کنند. کودک بیمار و تحریک پذیر، معمولاً دوست دارد در این وضعیت بخوابد یا دراز بکشد. خطر کشیدن مایع نخاعی خیلی کمتر از آن است که به نظر می رسد و در واقع

فواید حاصل از این اقدام تشخیصی (در صورت ابتلا به مننژیت) قابل مقایسه با عوارض ناشی از مننژیت تشخیص داده نشده و بدون درمان است. پزشک جهت کاهش درد و سوزش ناشی از ورود سوزن مخصوص، ممکن است یک بی حسی موضعی بدهد و سپس یک سوزن کوچک توخالی در فضای بین مهره ای وارد کرده و اقدام به کشیدن مایع نخاعی (به مقدار خیلی کم) بکند و آن را برای آزمایش به آزمایشگاه بفرستد. آزمایش خون و ادرار نیز برای تشخیص کمک کننده است. آنالیز اولیه که در یک تا دو ساعت اول صورت می گیرد یک اطلاعات اولیه در مورد بیماری به پزشک می دهد. آنالیز بعدی اطلاعات دقیق و قطعی در مورد اینکه آیا بیمار مننژیت دارد یا خیر به پزشک می دهد و اینکه اگر مننژیت دارد آیا ویروسی است یا باکتریایی و چه نوع باکتری مسبب آن بوده است. گزارش کامل معمولا در عرض 72 ساعت آماده خواهد شد. اما گزارش اولیه طی 48-24 ساعت آماده می شود. اگر کودک خیلی بیمار باشد پزشک معالج منتظر نتایج آزمایشها نخواهد ماند؛ او درمان اولیه را شروع می کند تا اینکه نتایج آزمایشها آماده شود و نشان دهد که مننژیت ویروسی است و باکتریایی نیست.

راههای سرایت: باکتری عامل مننژیت در دهان و حلق اکثر کودکان و بزرگسالان سالم، دیده می شود بدون اینکه مشکلی ایجاد کند. کودکان با نقص ایمنی، بیماری گلوبول داسی شکل و آسیبهای جدی به سر، بیشتر از بقیه در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند؛ اگر چه هر کسی ممکن است به مننژیت مبتلا شود.

خوشبختانه مننژیت از نظر واگیری و سرایت مثل آنفولانزا نیست. فقط کسانی که با بیمار ارتباط نزدیکی دارند باید مواظب باشند و این مسائل را رعایت کنند:

- 1- از بوسیدن او پرهیز کنند.
- 2- وسایل و اسباب غذا خوردن و آشامیدنی مشترک نداشته باشند.
- 3- تمام افراد خانواده دستها را بخوبی شستشو دهند.
- 4- اگر بیمار مننژیت باکتریال دارد احتمالا پزشک به افراد خانواده پیشنهاد می کند یک دوره آنتی بیوتیک جهت پیشگیری از مننژیت استفاده کنند.

راه‌های پیشگیری :

1-مهمترین کار این است که کودکان را بر علیه این بیماری واکسینه کنید. البته در ایران واکسن بر علیه مننژیت جزو برنامه واکسیناسیون کشوری نیست. این واکسن در 2 و 4 و 6 ماهگی زده می شود و دوز آخر آن نیز پیش از 12-18 ماهگی زده می شود. واکسن دیگری نیز بر علیه نوع دیگری از مننژیت که شدیداً کشنده است و عامل آن باکتری پنوموکوک است، وجود دارد. واکسن دیگری نیز بر علیه باکتری نایسریا مننژیتایدیس وجود دارد که عامل شایع دیگری در بروز مننژیت است. این واکسن معمولاً برای بچه های 11-12 سال استفاده می شود، اما برای بچه های کوچکتر که احتمال برخورد و خطر ابتلا با این باکتری را دارند و یا در موارد شیوع بیماری هم قابل استفاده است.

2-رعایت بهداشت فردی بخصوص توسط اطرافیان بیمار.

3-ارجاع فوری افراد مشکوک به پزشک.

درمان :

درمان بر اساس عامل بوجود آورنده متفاوت خواهد بود. اگر مننژیت ویروسی باشد، معمولاً سیستم ایمنی کودک به قدری قوی است که بتواند بر علیه آن مبارزه کند و سبب بهبود می شود، اغلب آنتی بیوتیک لازم نیست، اگر چه پزشک معمولاً داروهای برای تسکین تجویز می کند. مانند اقداماتی که در مورد بیمار آنفولانزایی انجام می دهید استراحت کافی، مصرف مایعات فراوان، استفاده از دارو برای کاهش درد و تب کمک کننده خواهد بود.

در بعضی موارد لازم است بیمار چند روز در بیمارستان بستری شود تا علائم و حال عمومی او مرتباً چک شود. درمان سریع و به موقع بسیار حائز اهمیت است. هر گونه تاخیر در درمان می تواند منجر به کری، عقب ماندگی ذهنی و مرگ بشود.

فصل دهم :

بیماری تو کسو پلاسموز

اهداف آموزشی :

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

- 1- اطلاعات اولیه در مورد بیماری تو کسو پلاسموز را بیان کند.
- 2- علایم شایع ، دوره کمون ، راههای سرایت، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه ها در بیماری تو کسو پلاسموز را شرح دهد.
- 3- در صورت مواجهه با افراد مبتلا به بیماری تو کسو پلاسموز اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: تو کسو پلاسموز نوعی بیماری است که بر اثر عفونت با نوعی انگل داخل سلولی به نام تو کسو پلاسمای گوندئی به وجود می آید. تو کسو پلاسموز به دو صورت عفونت حاد و مزمن می باشد. که عفونت حاد بعد از تولد کسب می شود و ممکن است بدون علامت باشد و بیشتر اوقات منجر به پایداری مزمن در بافت های میزبان می شود.

مطالعات و حضور پادتن علیه تو کسو پلاسمای در خون حد اقل یک سوم جمعیت بالغ در بیشتر کشورهای جهان، نشان دهنده تماس و آلودگی قبلی آنها، انتشار وسیع و قدرت آلوده کنندگی این تک یا خسته برای انسان است.

علت بیماری: تو کسو پلاسمو گوندئی انگلی تک سلولی است که پرندگان و پستانداران را آلوده می کند و دو مرحله مجزا در چرخه زندگی این انگل با توجه به اینکه مخزن و منبع عفونت برای انسان، گربه و گربه سانان است وجود دارد

1- مرحله غیر گربه ای: در این مرحله کیست های بافتی توسط میزبان واسطه (انسان، موش، گوسفند و خوک) خورده می شود.

2- مرحله گربه ای: این مرحله، مرحله اصلی در چرخه زندگی انگلی در گربه (میزبان قطعی) و طعمه آن می باشد، که به صورت چرخه ای در روده و با خوردن کیست های

با فتی آغاز می شود ، و بعد از چندین مرحله تبدیل به سلول جنسی می شود و از مد فوع به صورت عوامل عفونت زا دفع می گردد.

همه گیری بیماری: این انگل قادر به آلوده کردن طیف وسیعی از پستانداران و پرندگان است. و شیوع آن بستگی به محل و سن جمعیت دارد ، به طور کلی در آب و هوای گرم و خشک عفونت شیوع کمی دارد و زنان نسبت به مردان (به علت تماس بیشتر با فرآورده های گوشتی در هنگام خرید و طبخ آن بیشتر در معرض خطر هستند).

دوره کمون: در یک همه گیری با منبع مشترک که بر اثر خوردن گوشت نیم پز صورت گرفته است دوره کمون بیماری 10 تا 23 روز و در همه گیری های که در رابطه با گر به باشد این مدت 5 تا 20 روز می باشد.

علائم بیماری: در تو کسو پلاسموز انگل از طریق دستگاه گوارش وارد بدن می شود و از طریق این دستگاه خود را به جریان خون و لنف می رساند. این عفونت در اغلب موارد بدون نشانه هاست و یا به صورت حاد و تنها با التهاب غدد لنفاوی تظاهر می کند. عفونت اولیه در افراد مبتلا به نارسایی ایمنی ممکن است به صورت التهاب نیمکره های مغز - التهاب شبکیه ، پنه مونی ، ابتلای عمومی عضلات و استخوانها ، راشهای ماکوئلوپاپولی و یا مرگ تظاهر یا بد عفونت اولیه در اوایل دوران دوران بارداری ممکن است باعث ایجاد عفونت در جنین و مرگ آن شود ، و یا به صورت التهاب شبکیه - تب - یرقان - راشهای پوستی - بزرگی طحال و کبد - تشنج - فلج مغزی - کوری - اسهال و استفراغ - عقب ماندگی ذهنی - کم خونی و بزرگی غدد لنفاوی بروز کند. گرفتاری پرده شبکیه چشم به تنهایی شایع ترین نشانه تو کسوپلاسموز ما در زادی می باشد.

روش های انتقال :

1- انتقال از راه دهان و خوردن کیست های بافتی (در گوشت های ناقص پخته شده یا خوب منجمد نشده گاو، گوسفند، خوک و...) صورت می گیرد.

2- انتقال از راه خون و اندامها (از راه انتقال خون و دریافت کنندگان پیوند کلیه و گزارش شده است)

3- انتقال از راه جفت: حدود یک سوم تمام زنانی که طی دوران حاملگی به توکسوپلازما آلوده می شوند، انگل را به جنین خود انتقال می دهند و دو سوم بقیه نیز نوزادانی طبیعی و غیر آلوده به دنیا می آورند. سن حاملگی و زمان عفونت نیز تاثير زيادى روى جنين دارد. اگر مادر شش ماه يا بيشتر قبل از حاملگی آلوده شود خطری برای نوزاد وجود نخواهد داشت.

اگر عفونت کمتر از 6 ماه قبل از حاملگی آلوده به وجود آید احتمال انتقال عفونت از راه جفت با کوتاه شدن فاصله بین عفونت و حاملگی افزایش می یابد. اگر در دوران حاملگی مادر طی 3 ماهه اول آلوده شود میزان بروز انتقال عفونت از راه جفت کمتر است (حدود 15 درصد). اگر در سه ماهه سوم حاملگی رخ بدهد میزان بروز انتقال عفونت از راه جفت بیشتر خواهد بود (65 درصد).

پیشگیری و درمان: بیماری قابل درمان است و توصیه می شود برای درمان بیمار را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

1- از گوشت حرارت دیده (66 درجه سانتیگراد به بالا) استفاده کنید. یخ زدن گوشت قدرت آلوده کننده لارو را کاهش می دهد ولی از بین نمی برد. 2- همه افراد به ویژه زنان باردار باید از تماس با گربه و مدفوع آن اجتناب کنند. و بعد از پایان کار و قبل از غذا خوردن دستهای خود را به خوبی با آب و صابون بشویند.

3- دستها را قبل از غذا خوردن و بعد از دست زدن به گوشت خام و یا تماس با خاکهایی که احتمالاً آلوده به مدفوع گربه است با یک ماسک شست.

4- باید در هنگام کار کردن با گوشت خام از دست زدن به چشم و دهان خودداری کرد.

5- از خوردن تخم مرغ خام خودداری شود.

6- تمام میوه ها و سبزیها را باید قبل از مصرف به خوبی شست.

7- دامپزشکان، قصابان و زنان باردار احتمالاً در معرض خطر بیشتری هستند، بنابراین باید اقدامات پیشگیری کننده را جدی بگیرند.

8- مگس و سوسک می توانند ناقل انگل توکسو پلازما باشند بنا بر این غذا باید از دسترس آنها دور شود .

9- آزمایش خونهای اهدایی از نظر آلودگی به توکسو پلازما ضروری است .

10- در صورت امکان از ننگه داشتن گرگ به و پرندگان در محیط مسکونی خودداری شود .

توجه : بیماری توکسو پلازما قابل پیشگیری و درمان است که با رعایت بهداشت می توان از بروز بیماری به خصوص در زنان با دار و عوارض آن روی جنین جلوگیری کرد.

فصل یازدهم :

طاعون (Plague)

اهداف آموزشی :

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

1- اطلاعات اولیه در مورد بیماری طاعون را بیان کند.

2- علایم شایع ، دوره کمون ، راههای سرایت ، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه ها در بیماری طاعون را شرح دهد.

3- در صورت مواجهه با افراد مبتلا به بیماری طاعون اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: طاعون از بیماری‌ها ی‌مشتتر ک بین انسان و حیوان است که جوندگان را مبتلا کرده و از این راه به انسان و سایر حیوانات منتقل می‌شود. مرگ و میر در طاعون غدد لنفاوی در مان نشده، در حدود 50% است. بیماری گاه برای مدت کوتاهی در حد یک عفونت موضعی باقی می‌ماند. عامل بیماری نوعی کوکو باسیل به نام یرسینیا پستیس می‌باشد که در مقابل شرایط محیطی چندان مقاوم نیست. این عامل به طور زنده از گلوی افرادی که حامل سالم هستند جدا می‌شود. احتمال وقوع اپیدمی‌های جهانی این بیماری همیشه وجود دارد. با توجه به اثر بخشی در مان سریع (در عرض 8 تا 24 ساعت بعد از شروع نشانه‌های شکل ریوی بیماری) اهمیت برخورد صحیح با بیماری مشخص می‌شود. در مان آنتی‌بیوتیکی می‌تواند مرگ و میر ناشی از موارد در مان نشده طاعون ریوی را از 40 تا 100 درصد به 5 تا 10 درصد کاهش دهد.

پراکندگی بیماری در ایران: به دلیل وجود موش وحشی آلوده، کرستان ایران از مناطق آلوده به شمار می‌رود.

علائم: تب، لرز، بی‌حالی، بی‌اشتهایی، سرخه، تورم غدد لنفاوی زیر بغل، گردن و ناحیه اینگوئینال از علائم بیماری می‌باشند. دوره کمون بیماری از 2 تا 6 روز متغیر است. کک در شرایط حرارت مناسب ممکن است روزها، هفته‌ها و ماه‌ها آلوده بماند و با گزش افراد، سبب انتقال بیماری به آن

ها شود. بیشترین راه انتقال نیش کک است ولی انتقال از راه آب دهان و دیگر ترشحات، هوا، تماس در آز ما یشگاه و یا مد فوع کک هم ممکن است.

تشخیص: با یافتن عا مل بیماری در نمونه های خون، غدد لنفاوی، خلط و کک انجام می شود. پرو تکل کشوری بر خورد با بیماری گزار دهی فوری است.

اقدامات لازم در اولین بر خورد با بیمار

1- گزارش به مر کز بهداشت شهر ستان

2- جدا سازی بیمار

3- شروع در مان با ید بلافاصله بعد از مشکوک شدن به بیماری و تهیه نمونه های لازم صورت گیرد.

4- وا کسینا سیون برای افراد سا کن در مناطق آلوده و کار کنان آز ما یشگاه هایی که با باسیل طاعون کار می کنند موجه است که در 2-3 نوبت به همراه ید نوبت یا آور (در صورت ضرورت) انجام می شود.

اقدامات لازم برای اطرافیان و بهداشت محیط

1- اگر کسی تما ید به در یافت دارو نداشته با شد با ید برای 7 روز در محلی کا ملا مجزا تحت مراقبت باشد.

2- بر رسی مستمر جمعیت موشها به منظور تعیین تاثیر بر نا مه های بهسازی

3- گند زدایی خلط و ترشحات

4- 4- سم پاشی داخل و خارج منزل و وسایل و لباسهای افراد هم منزل و همسایه ها

5- کنترل موش ها در کشتی ها و اسکله ها و انبار ها

6- بر رسی اطرافیان بیمار طاعون خیارکی از نظر احتمال بیماری

7- محافظت کارگران صحرائی با گرد پاشی هفتگی البسه آن ها و استفاده روزانه از مواد دور کننده حشره الزامی است.

8- پر سنل پزشکی در تماس با بیماران باید داروی پروفیلاکسی را در تمام مدت تماس و تا 7 روز پس از خاتمه تماس مصرف نمایند.

9- موارد تماس بیماران ریوی نیز باید برای یک هفته پرو فیلاکسی در یافت کنند.

10- آموزش مردم در مناطق بومی در باره روش انتقال بیماری ، کنترل موش و ممانعت از دسترسی حیوان به غذا و زباله و سایر فضولات

11- اجساد بیماران فوت شده مبتلا به طاعون باید با احتیاط بر خورده شود.

فصل دوازدهم :

تیفوس (Ty phus)

اهداف آموزشی :

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

1- اطلاعات اولیه در مورد بیماری تیفوس را بیان کند.

2- علایم شایع ، دوره کمون ، راههای سرایت ، مراقبت و پیشگیری ، اقدامات و توصیه ها در بیماری تیفوس را شرح دهد.

3- در صورت مواجهه با افراد مبتلا به بیماری تیفوس اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: تیفوس یکی از بیماری های مشترک بین انسان و دام است که توسط ارگانیسم های ریکتز یا یی ایجاد می شود. این بیماری توسط بند پا یا ن به انسان منتقل می شود. تیفوس ناشی از خاک، در ناحیه گسترده ای انتشار دارد که از شرق به ژاپن محدود است، از چین و فیلیپین می گذرد و در جنوب به استرالیا می رسد، در غرب به هند و پاکستان و احتمالاتب تا افغانستان و در شمال به جنوب شوروی می رسد. تیفوس آندمیک در آسیای جنوب شرقی و کشورهای غرب آسیا نوس آرام ظاهر بیشتری از آنچه که قبلاً تصور می شده شایع است. در ایالات متحده آمریکا، کمتر از 80 مورد در سال گزارش می شود. بیماری در نواحی سرد سیر و در نواحی که افراد در شرایط غیر بهداشتی زندگی می کنند بیشتر است عفونت های کانونی اغلب با راندازها و اماکن بارگیری کشتی، جایی که موش ها فراوان هستند مرتبط است.

تیفوس اپیدمیک در مناطق در مناطق کوئستانی آفریقا، آمریکای جنوبی و آسیای شایع می باشد. در ایالات متحده موارد پراکنده ان بوسیله شپش های سنجاب و پرنده منتقل می شود.

تیفوس ناشی از خاک: تیفوس ناشی از خاک شایع ترین بیماری ریکتز یایی در انسان است. این بیماری مشترک بین انسان و بین گونه های خاص از هییره های ترومبسی کولید و پستانداران کوچک (موش مزرعه، موش صحرائی و موش حشره خوار) است. مخزن واقعی، هییره های ترومبسی کولید می باشند. عفونت در هییره

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.

راه انتقال: انتقال از طریق گزش هیره های لاروی آلوده انجام می شود . بیماری مستقیماً از شخص به شخص دیگری منتقل نمی شود.

دوره کمون: دوره کمون بین 6 تا 21 روز متغیر و به طور متوسط 12-10 روز است .

علائم بالینی: شروع علائم بیماری ناگهانی است. تب در چند روز اول همراه با سردرد و تعریق و التهاب ملتحمه و لنفا دنی پاتی از علائم شایع بیماری است. در پایان اولین هفته تب ، راش های ماکو لو پا پو لار در تنه ظاهر می شود که به سمت اندام ها گسترش یافته ، در عرض چند روز نا پدید می شود . سرفه و تغییرات در کلیشه را دیو گرافی ریه شایع است. بدون در مان آنتی بیوتیکی ، تب حدود 4 روز ادامه می یابد. میزان کشندگی بیماری حدود 60% و در سنین بالا بیشتر است.

پروتکل کشوری برخورد با بیماری گزارش فوری می باشد

اقدامات توصیه شده برای بیمار: ارجاع بیمار به پزشک و تکمیل دوره درمان با آنتی بیوتیک تجویز شده

توسط پزشک

اقدامات بهداشت محیط

1- حذف مایت ها (هیره ها) از محل های مخصوص با استفاده از موادی مثل لیندان و... در خاک و

گیاهان اطراف کمپ ها و معادن و سایر محل های تجمع در مناطق اندامیک

2- آغشته کردن لباس ها و پتو ها به مواد شیمیایی کشنده هیره ها (بنزیل بنزوات و پرمترین) و

استفاده از دورکننده های هیره روی سطوح باز پوست بدن .

- در حال حاضر هیچ واکسنی برای پیشگیری وجود ندارد.

- جدا سازی بیماران توصیه نمی شود و قرنطینه ندارد.

تیفوس آند میک :

نام های دیگر این بیماری ، تیفوس موشی یا تیفوس ککی است. عامل بیماری زا ریکتز یا تیفی و مخزن آن موش است. بیماری از طریق کک به انسان انتقال می یابد و مستقیماً از شخص به شخص منتقل نمی شود .

دوره کمون 2-1 هفته و معمولاً 12 روز است.

علائم بالینی: علائم بطور ناگهانی با ضعف شدید ، سردرد شدید و لرز و بالا رفتن دمای بدن از 38/8 تا

40 درجه سانتی گراد و درد عمومی بدن شروع می شود . در روز پنجم و ششم بیماری ، بثورات جلدی بر روی

قسمت فوقانی تنه ظاهر و بعداً در کل بدن (به جز صورت ، در کف دست ها و پاها) پخش می شوند. در ابتدا

این بثورات ماکولر هستند و در صورت عدم درمان ، ضایعات ماکولوپاپولر ، پتشی و یا ترکیبی از این

ایجاد می شود. فتوفوبی با درد چشم و قرمزی قابل توجه ملتحمه از علائم شایع است . زبان ممکن است

خشک ، قهوه ای و باردار شود . میزان کشندگی بیماری در کل کمتر از 1% می باشد ولی با افزایش سن کمی

بیشتر می شود . پروتکل کشوری برخورد با بیماری گزارش دهی فوری می باشد .

اقدامات توصیه شده برای بیمار : شامل ارجاع به پزشک و شروع و تکمیل دوره درمان با آنتی بیوتیک

تجویز شده توسط پزشک و گزارش به مرکز بهداشت شهر استان مربوط

اقدامات بهداشت محیط

کنترل کک از طریق استفاده از حشره کش های که پس از مصرف از خود پس مانده باقی می گذارند (مانند

مالاتیون) و روی کک موش موثرند .

اقدامات کنترلی چونندگان در محل آلوده

در حال حاضر هیچ واکسنی برای پیشگیری وجود ندارد .

جدا سازی بیماران توصیه نمی شود و قرنطینه ندارد .

تیفوس اپید میک :

عامل آن **R.Prowazekii** می باشد و به وسیله شپش بدن انسان منتقل می شود . شپش از خون فرد مبتلا به تب تیفووسی حاد تغذیه می کند و مدفوع خود را روی بدن افراد دیگر دفع می کند . در نتیجه خاراندن ، آراگام نیسم ها در پوست تلقیح می شود . ابتلا از راه تنفس غبار آلوده به مدفوع شپش حامل عامل بیماری را 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 با لینی : دوره کمون یک تا دو هفته ای و به طور متوسط 12 روزه دارد . بیماران در طول تب و برای مدت 2 تا 3 روز پس از طبیعی شدن دمای بدن آلوده کننده هستند . شپش دو هفته بعد از آلودگی می میرد ولی ریکتزیا ها می توانند در بدن شپش مرده برای هفته ها زنده بمانند . میزان کشندگی بیماری در صورت عدم درمان اختصاصی ، با توجه به سن و شدت بیماری بین 10% تا 40% متغیر است . بیماری در حدود 2 هفته از شروع تب به طور ناگهانی و سریع خاتمه می یابد . علائم بیماری شبیه تیفوس آندمیک ولی شدیدتر است .

اشکال خفیف بیماری (به خصوص در کودکان و افراد دارای ایمنی قبلی) می تواند بدون بثو رات جلدی نیز مشاهده شود . عود بیماری ممکن است سالها پس از اولین حمله بیماری اتفاق بیافتد که این شکل از بیماری دارای علائم و عوارض و میزان کشندگی کمتری است .
پرو تکل کشوری برخورد با بیماری گزارش دهی فوری است .

اقدامات توصیه شده برای بیمار :

گزارش به مرکز بهداشت شهرستان مربوط

ارجاع بیمار به پزشک و شروع و تکمیل دوره درمان با آنتی بیوتیک تجویز شده توسط پزشک
افراد مشکوک به آلودگی با شپش باید به مدت 15 روز بعد از استفاده از حشره کش معتبر قرنطینه شوند .
اقدامات محیط :

ارتقای بهداشت محیط با تاکید بر استحمام و شستشوی البسه

پرو فیلاکسی 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 با قیمانده حشره کش
ها در بدن شپش ها

فصل سیزدهم :

بیماری سیفلیس

اهداف آموزشی :

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

- 1- بیماری سیفلیس را تعریف کرده و انواع آن را نام ببرند.
- 2- علائم شایع ، دوره کمون ، راههای سرایت ، مراقبت و پیشگیری، اقدامات و توصیه ها در بیماری سیفلیس را شرح دهد.
- 3- در صورت مواجهه با افراد دارای علائم بیماری سیفلیس اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: یک بیماری عفونی مزمن منتشر می باشد که عامل آن تریپونما پالیدوم است و معمولاً از طریق تماس جنسی منتقل می شود و از خصوصیات آن حملات بیماری فعال و با فواصل غیر فعال می باشد. VDRL شایع ترین آزمایشی است که برای غربالگری سفلیس به کار می رود و یکی از گروه هایی که در ایران غربالگری می شوند مردان مراجعه کننده برای ازدواج می باشند. بیماری سفلیس از گروه بیماریهای آمیزشی و مسری می باشد. این بیماری سبب از بین رفتن گسترده بافت بدن می شود. در رابطه با شناخت و علائمی که این بیماری از خود به نمایش می گذارد باید گفت: متأسفانه علائم این بیماری شباهت زیادی به دیگر بیماریها دارد. در این بیماری علاوه بر دستگاه تناسلی، پوست و دستگاه عصب مرکزی نیز درگیر هستند و ممکن است سه ماه طول بکشد تا عوارض بیماری ظاهر شود. سفلیس یک بیماری منتقله از طریق جنسی (در زنان و مردان) است که مسئول اپیدمی های خطرناک می باشد. علت آن یک باکتری به نام تریپونما پالیدوم است. نگرانی روز افزون در این مورد است که سفلیس احتمال انتقال ایدز را 3-5 برابر افزایش می دهد.

راه انتقال: باکتری سفلیس بسیار شکننده است و عفونت اغلب از طریق تماس جنسی با فرد آلوده منتقل می شود. باکتری از طریق زخم های اولیه که فرد آلوده به پوست، غشاء مخاطی نواحی تناسلی، دهان یا مقعد

شریک جنسی غیر آلوده منتقل می گردد. همچنین از طریق پوست گسسته سایر نواحی بدن نیز منتشر می شود. به علاوه زنان باردار مبتلا به سفلیس می توانند باکتری را به جنین خود منتقل نموده و نوزاد با مشکلات شدید مغزی و فیزیکی در نتیجه این عفونت، متولد گردد.

علائم: بیماری باعث ایجاد یک زخم در محل عفونت می گردد. باکتری با گذشت زمان موجب آسیب به ارگان های زیادی می شود. متخصصین سیر بیماری را به چهار مرحله اولیه ، ثانویه، پنهان ، ثالثیه، تقسیم می نمایند. یک فرد آلوده که درمان نشود، طی دو مرحله اول باعث انتقال عفونت به دیگران می گردد که اغلب یک یا دو سال به طول می انجامد. در مراحل پایانی ، یک سفلیس درمان نشده مسری نیست ولی باعث مشکلات قلبی جدی، اختلالات ذهنی، کوری، اختلالات عصبی و مرگ می گردد

سفلیس اولیه: علامت اولیه سفلیس، زخمی به نام شانکر می باشد. شانکر 10 روز تا 3 ماه بعد از آلودگی ایجاد می شود اما اغلب در 6-2 هفته اول بروز می نماید. چون شانکر ممکن است بدون درد باشد و یا داخل بدن ایجاد شود . بیماران به آن توجهی نمی کنند. شانکر اغلب در قسمتی از بدن که در تماس با زخم شریک جنسی آلوده بوده ظاهر می شود .

این زخم ها ممکن است در هر کجای بدن ظاهر بشوند ولی اساساً در این جاها هستند:

(1) در قسمت بیرونی واژن، چوچوله و حوالی دهانه مجرای خروجی مثانه

(2) در مدخل ورودی رحم در زنان و روی آلت تناسلی مرد و پوست ختنه گاه

(3) حوالی مقعد و دهان (هم در مردان و هم زنان)

این زخم ها خیلی عفونی هستند و ممکن است بین 2 تا 6 هفته طول بکشد قبل از آنکه التیام یابند. شانکر با یا بدون دارو در طی چند هفته ناپدید می شود. در صورت عدم درمان طی مراحل اولیه حدود 1/3 افراد وارد مرحله مزمن می شوند.

سفلیس ثانویه: یک لکه پوستی با زخم قهوه ای به اندازه یک سکه کوچک نشانه مرحله مزمن سفلیس می باشد. این لکه پوستی 3-6 هفته بعد از ظهور شانکر در هر قسمتی از بدن ظاهر می شود. اگر چه این لکه ممکن است کل بدن را درگیر نماید، اغلب در کف دست و پا ظاهر می شود. به علت حضور باکتری فعال در زخم ها هرگونه تماس جنسی یا غیرجنسی منجر به انتشار عفونت می شود. لکه پوستی در طی چندین هفته یا ماه بهبود می یابد.

عوارض این مرحله اینها هستند:

- (1) نوعی جوش بدون خارش ظاهر می شود که همه بدن یا بخش هایی از آن را می پوشاند.
- (2) نوعی زگیل گوشتی صاف بر روی قسمت بیرونی واژن در زنان و حوالی مقعد هم در مردان و هم زنان ظاهر می شود.
- (3) کسالتی شبیه آنفلونزا رخ می دهد و فرد احساس خستگی و بی اشتهایی می کند. این وضعیت با تورم غدد همراه است و ممکن است برای هفته ها و ماهها طول بکشد.
- (4) تکه های سفید رنگی بر روی زبان و سقف دهان ظاهر می شوند.
- (5) از دست دادن بخش هایی از موی سر.

وقتی این عوارض ظاهر هستند سفلیس بسیار مسری است و از طریق رابطه جنسی به فرد دیگر سرایت میکند. این علامت می تواند بسیار خفیف بوده و مانند شانکر در طی درمان ناپدید شوند. علائم سفلیس ثانویه ممکن است طی یک تا دو سال از بیماری ظهور یافته و سپس ناپدید شوند.



سفلیس نهفته: در صورت عدم درمان ، فرد وارد مرحله نهفته بیماری می شود. در این مرحله مسری نیست و علائمی نیز ندارد.



سفلیس ثالثیه: حدود یک سوم از افرادی که در مرحله ثانویه بیماری قرار دارند وارد مرحله پر عارضه ثالثیه می شوند. در این مرحله باکتری به ارگان هایی نظیر قلب، چشم ها، سیستم عصبی، استخوان ها، مفاصل و سایر نقاط بدن صدمه می رسانند. ممکن است این مرحله چندین سال و حتی برای دهه ها به طول بیانجامد. این مرحله از بیماری ممکن است منجر به بیماریهای مغزی، کوری و دیگر مشکلات عصبی، مشکلات قلبی و مرگ منتهی گردد.

تشخیص: گاهی اوقات سفلیس « مقلد بزرگ » نامیده می شود. زیرا علائم اولیه بیماری مشابه بسیاری از بیماری های دیگر است. افراد فعال از نظر جنسی با ظهور هرگونه ضایعات پوستی و زخم ناحیه تناسلی باید

بلافاصله به پزشک مراجعه نمایند. افرادی که به سبب دیگری بیماری های منتقله جنسی « نظیر سوزاک » تحت درمان هستند باید از نظر سفلیس نیز تست شوند. روش های تشخیص سفلیس :

(الف) شناخت علائم و نشانه های بیمار

(ب) از طریق انجام آزمایش :

- (1) یک نمونه خون گرفته می شود.
 - (2) اگر در بدن تان زخمی وجود دارد یک نمونه از مایعات آن برای مشاهده در زیر میکروسکوپ گرفته میشود.
 - (3) ناحیه تناسلی و همه بدن تان معاینه می شود.
 - (4) با استفاده از یک تکه پنبه یا آبر از هر زخمی که داشته باشید نمونه برداری می شود.
 - (5) اندام خصوصی زنان معاینه می شود.
 - (6) از ادرار شما نمونه برداری می شود.
- هیچکدام از این آزمایشات دردناک نیستند ولی برخی اوقات ممکن است ناخوشایند باشند. شما می توانید این آزمایشات را به مجرد اینکه فکر کردید به این بیماری مبتلا هستید انجام دهید.
- تست خون شواهدی از عفونت را آشکار می سازد اگر چه گاهی اوقات تا سه ماه بعد از آلودگی به طور کاذب منفی می شود. موارد مثبت کاذب نیز در برخی موارد رخ می دهند.

درمان :

متأسفانه علائم اولیه بیماری خفیف هستند و بسیاری از بیماران در ابتدای سیر بیماری درمان نمی شوند. پزشک اغلب بیمار را با تزریق پنی سیلین درمان می نماید و در بیماران حساس به پنی سیلین از آنتی بیوتیک های دیگر استفاده می شود. برخی بیماران به دوز معمولی پنی سیلین پاسخ نمی دهند.

^{} توجه داشته باشید در طول درمان هیچ وقفه ای به وجود نیاید زیرا ممکن است نیاز باشد درمان از ابتدا شروع شود. در مراحل پیشرفته این بیماری ممکن است 3 ماه درمان طول بکشد. در اکثر بیماران

ممکن است بعد از یک سال بیماری دوباره عود کند. بنابراین در این بیماران مهم است که تست های مکرر خونی جهت اطمینان از نابودی باکتری هر ماه یکبار تا مدت 6 ماه صورت گیرد. بیماران مبتلا به سفلیس عصبی نیاز به تکرار تست دو سال بعد از درمان اولیه دارند. در تمامی مراحل سفلیس، درمان صحیح و کافی بیماری را درمان می نماید. اما در سفلیس ثالثیه صدمات ارگان برگشت پذیر نخواهند بود.

تأثیر سفلیس بر زنان باردار :

یک زن باردار مبتلا به سفلیس فعال و درمان نشده می تواند عفونت را به جنین منتقل سازد. به علاوه میزان سقط جنین در زن مبتلا به آلودگی حاد در حدود 25-50 درصد می باشد. برخی از نوزادان مبتلا به سفلیس مادرزادی ممکن است در هنگام تولد علامت دار باشند. اما بسیاری از علائم بعد از گذشت 2 هفته تا سه ماه ظاهر می شوند. این علائم شامل موارد زیر می باشند.

(1) زخمهای پوستی (2) ضعف و گریه خشن (3) کم خونی (4) پوست زرد (یرقان)

(5) ضایعات التهابی پوست (6) کبد و طحال متورم (7) بدشکلی های مختلف (8) تب

زخم های مرطوب این نوزادان معمولاً مسری هستند. ندرتاً علائم بیماری در دوران شیرخواری بروز نمی نماید و در سنین نوجوانی با علائم مراحل نهایی سفلیس نظیر صدمات استخوانی، دندانها، چشم ها، گوش ها و مغز خود را نشان می دهد.

عوارض: باکتری سفلیس اغلب در طی مراحل اولیه عفونت به سیستم عصبی تهاجم می نماید. تقریباً نزدیک به 3-7 درصد بیماران درمان نشده به سفلیس عصبی مبتلا می گردند. زمان بین ایجاد عفونت تا بروز علائم سفلیس بیشتر از 20 سال می باشد. در برخی مبتلایان به سفلیس عصبی هیچ علامتی دیده نمی شود. در برخی به علت التهاب مغزی سر درد، سفتی گردن و تب ایجاد می گردد و برخی بیماران به صرع مبتلا می شوند. در بیمارانی که عروق خونی مورد تهاجم قرار گرفته اند. علائم سکته مثل بی حسی، ضعف و

مشکلات بینایی دیده می شود. در صورت ابتلای بیماران ایدزی به سفلیس عصبی، درمان مشکل و سیر بیماری بسیار متغیر می باشد.

پیشگیری :

(1) اجتناب از هرگونه تماس با زخم های عفونی و دیگر بافت های نظیر مایعات بدن

(2) مصرف کاندوم مردانه (لاتکس) در مقاربت جنسی

(3) تشخیص و درمان سریع در بارداری بهترین راه پیشگیری سفلیس مادرزادی می باشد و به عنوان یکی از تستهای مراقبت قبل از زایمان صورت می گیرد.

نکته ها :

در صورت عدم توجه به این بیماری تخریب گسترده بافت های بدن و مرگ رخ می دهد .

در طول دوره درمان از مقاربت جنسی پرهیزید.

سعی کنید در مقاربت جنسی از کاندوم های لاستیکی (کاپوت) استفاده کنید .

زنان باردار اگر زود متوجه بیماری خود شوند می توانند بدون آنکه خطری نوزاد را تهدید کند آن را درمان

کنند و در صورت عدم درمان ، جنین یا سقط شده و یا مرده به دنیا می آید .

فصل چهاردهم :

بیماری سوزاک

اهداف آموزشی :

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

- 1- بیماری سوزاک را تعریف کنند.
- 2- علائم شایع، راههای سرایت، عوارض، مراقبت و پیشگیری در بیماری سوزاک را شرح دهد.
- 3- در صورت مواجهه با افراد دارای علائم بیماری سوزاک اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف: سوزاک یا گنوره به التهاب مجرای ادراری و نوعی بیماری جنسی و مقاربتی است که از طریق تماس جنسی با فردی دیگر منتقل می‌شود و عامل آن باکتری به نام *gonorrhoeae Neisseria* می‌باشد در مردان 2-7 روز پس از تماس جنسی با فرد آلوده ترشحات چرکمانندی از مجرای ادرار خارج می‌شود و میزان دفع ادرار نیز افزایش می‌یابد و نیز در هنگام ادرار مقدار کمی خون از مجرای ادرار خارج می‌شود و مقدار باقی مانده در مجاری به صورت خون لخته شده از مجاری ادرار خارج می‌گردد.

هر شخصی که از نظر جنسی فعال است می‌تواند به این بیماری مبتلا شود. این بیماری بیشتر در میان افراد جوان سنین بین 15-30 ساله و کلا در بین کسانی که دارای شرکای جنسی متعددی می‌باشند، وجود دارد میکروب سوزاک در زمینه های مخاطی بدن موجود می‌باشد:

دستگاه تناسلی ، آلت تناسلی مرد ، مقعد ، گلو ، مهبل (واژن) در زنان

مخزن: انسان تنها مخزن شناخته شده این عامل عفونی است.

دوره واگیری: این زمان نزد موارد درمان نشده بیماری ممکن است برای ماهها ادامه داشته باشد. چند ساعت بعد از شروع درمان مؤثر، واگیری خاتمه می‌یابد.

انتقال سوزاک از طریق تماس جنسی از جمله :

1- آلت تناسلی مرد به واژن

2- آلت تناسلی مرد به دهان ،

3- آلت تناسلی مرد به مقعد

4- دهان به مهبل (واژن)

از مادر به کودک : هنگام تولد فرزند و عبور از کانال تولد در طی زایمان ، از طریق عفونت چشم (نوزادان ممکن است مبتلا به عفونت گنوگویی ملتحمه چشم) شوند که اگر به سرعت و به مقدار کافی درمان نشوند ممکن است منجر به نابینایی و کوری آنان گردد.

علائم و عوارض سوزاک در مردان :

ترشحات چرک مانند یا خونی از آلت تناسلی مرد

ادرار کردن دردناک (سوزش)

درد بیضه

تورم بیضه ها است که می تواند باعث عقیم شدن مردان گردد

علائم و عوارض سوزاک در زنان :

خونریزی بین دوره

ترشحات کرم یا خونی از مهبل

خونریزی بیش از حد در طول دوره قاعدگی

سوزش فرج

درد قسمت تحتانی شکم

مقاربت دردناک

ادرار کردن دردناک (سوزش)

عفونت مقعد (یبوست، ترشحات چرکی ، اجابت مزاج با درد و خونریزی، خارش)

عفونت گلو

راه های پیشگیری: داشتن رابطه جنسی سالم : جهت جلوگیری از ابتلا به این بیماری در اشخاصی که مشکوک به آلودگی به این بیماری می باشند حتماً بایستی از کاندوم استفاده شود. اقدامات دیگری که خاص پیشگیری از ابتلا به سوزاک است مثل پیشگیری داروئی در چشم نوزادان و توجه به تماسهای بیماران مبتلا به سایر بیماریهای عفونی نیز اجرا می گردد. ترشحات بیمار و اشیایی که به آنها آلوده شده اند بایستی گندزدایی شود. فرد مبتلا به عفونت با لمس کردن منطقه آلوده بدن خود می تواند آلودگی را به منطقه دیگر انتقال دهد بنابراین ترشحات بیمار و اشیایی که به آنها آلوده شده اند بایستی میکروب زدایی شود.

درمان: سوزاک بدون درمان ممکن است تا هفته ها یا ماه ها طول بکشد که می تواند ریسک عوارض را هم بالا ببرد. درمان قدیمی سوزاک استفاده از آنتی بیوتیک هایی مثل پنی سیلین و تتراسایکلین بوده است. در حال حاضر موارد مقاوم به داروهای قدیمی افزایش یافته است و معمولاً از آنتی بیوتیک های مناسب توسط پزشکان تجویز می گردد.

فصل پانزدهم :

بیماری ایدز

اهداف آموزشی :

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

1- HIV و ایدز را تعریف کنند.

2- نحوه بیماریزایی ویروس HIV را شرح دهند.

2- دوره کمون ، علایم بیماری ایدز ، راه‌های انتقال ، نشانه‌ها و عوارض، پیشگیری ،راه‌های تشخیص

بیماری ایدز را شرح دهند.

3- در صورت مواجهه با افراد دارای علائم بیماری ایدز اقدامات لازم را بعمل آورد.

تعریف : ایدز یک بیماری پیشرونده و قابل پیشگیری است، این بیماری حاصل تکثیر ویروسی به نام اچ‌آی‌وی در بدن میزبان است که باعث تخریب جدی دستگاه ایمنی بدن (معروف به نقص ایمنی یا کمبود ایمنی) انسان می‌گردد که خود زمینه‌ساز بروز عفونت‌های موسوم به فرصت طلب است که یک بدن سالم عموماً قادر به مبارزه با آنهاست و در نهایت پیشرفت همین عفونت‌ها منجر به مرگ بیمار می‌گردد به طوری که بیماری سل عامل اصلی مرگ و میر در میان مبتلایان به ایدز در سراسر جهان است. امروزه ایدز در کشورهای در حال توسعه به سرعت در حال گسترش است که تاثیر برجسته ای بر سلامت و توسعه اجتماعی - اقتصادی این کشورها گذاشته است و شیوع عفونت HIV در بالغین جوان آنها به حد خطرناکی افزایش یافته است .

ایدز پدیده‌ای پزشکی - بهداشتی است که ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آن بسیار گسترده است. بیش از 90 درصد موارد ابتلاء مربوط به کشورهای جهان سوم و در حال توسعه است. ایدز در حال حاضر چهارمین علت مرگ و میر بشر است که پیش بینی می‌شود تا سال 2010 مقام اول را از آن خود نماید. یک ویروس به نام اچ‌آی‌وی عامل بروز بیماری ایدز است. هر فرد دچار اچ‌آی‌وی الزاماً مبتلا به ایدز نیست بلکه اگر برخی تظاهرات بالینی را بروز دهد مشخص می‌شود به ایدز مبتلا شده است. تنها نیمی از افراد مبتلا به اچ -

آی-وی در طی 10 سال به مرحله ایدز مبتلا می‌شوند. این زمان در افراد مختلف متفاوت است و به وضعیت سلامتی و عادات فردی افراد بستگی دارد، امروزه برخی داروها نیز به کنترل این روند کمک می‌کنند

HIV و ایدز: HIV نام ویروسی است که سبب بیماری ایدز می‌شود در این بیماری سیستم ایمنی بدن متلاشی شده و موجب ایجاد عفونت‌های مرگبار و بعضی از انواع سرطان‌ها می‌شود.

واژه ایدز (AIDS) که برای اولین بار در سال 1982 به کار رفت به معنای «سندرم اکتسابی نقص ایمنی» می‌باشد

نحوه بیماری‌زایی ویروس HIV : ویروس HIV عامل ایجاد کننده بیماری ایدز می‌باشد. این ویروس نوع خاصی از سلول‌های خونی را که سلول (T Cell) گفته می‌شود تخریب می‌کند این سلول‌ها در واقع جزء بسیار مهم و ضروری سیستم دفاعی بدن هستند که می‌توانند مواد خارجی یا میکروب‌هایی را که وارد بدن می‌شوند تشخیص دهد و آنها را از بین ببرند و اگر آن ماده یا میکروب دوباره وارد بدن شد آنها را به خاطر بیاورند و پاسخ ایمنی سریع‌تر و قوی‌تر را نشان بدهند. میزان تخریب سلول‌های T به مقدار ویروس موجود در بدن بیمار بستگی دارد و هر چه میزان ویروس موجود در بدن فرد بیشتر باشد، تعداد سلول‌های T کمتر شده و دستگاه ایمنی فرد نیز ضعیف‌تر شده و بدن مستعد ابتلا به انواع عفونت‌ها و سرطان‌ها می‌شود. حتی میکروب‌هایی که برای یک فرد عادی با دستگاه ایمنی سالم بی‌خطر است می‌تواند فرد مبتلا به ایدز را بیمار سازد و یا باعث مرگ وی شود به این گونه عفونت‌ها عفونت‌های فرصت طلب گفته می‌شود.

دوره کمون : به طور متوسط 10 سال طول می‌کشد زمان به عوامل متعددی نظیر سطح سلامتی و رفتارهای مربوط به سلامتی بستگی دارد فردی که در مرحله نهفتگی بیماری است می‌تواند عفونت را به افراد دیگر منتقل کند. گذر از مرحله آلودگی به ویروس HIV (عفونت) و بروز بیماری ایدز در 25% موارد پس از 5 سال و در 25% موارد بعد از 10 سال در 25% موارد پس از 20 سال رخ می‌دهد در 25% موارد نیز این مدت نامعلوم است و حتی ممکن است فرد تا آخر عمر دچار علائم بالینی بیماری ایدز نگردد.

**** عفونت HIV همان ایدز نیست و تنها درصدی از آنهایی که عفونت HIV دارند سرانجام به ایدز مبتلا خواهند شد.**

علائم بیماری ایدز: در دوره نهفتگی بیماری شخص آلوده به ویروس ظاهراً سالم به نظر می رسد در 70% موارد بعد از عفونت اولیه با ویروس بیماری خفیفی بروز می کند که به صورت تب، سردرد، دردهای عضلانی، گلودرد، بثورا پوستی بدون خارش و غدد لنفاوی متورم می باشد. بیشتر موارد علائم عفونت اولیه ملایم و مشابه سرماخوردگی یا آنفلوانزا می باشد که تشخیص داده نمی شود و فرد معمولاً تا مدت های طولانی کاملاً سالم به نظر می رسد و ممکن است احساس سلامتی کامل کند و از آلودگی خود آگاه نباشد هنگامی که ویروس سیستم ایمنی را تخریب نمود علائم بیماری تظاهر می یابد.

راه های انتقال ایدز: شایعترین راه های انتقال ویروس HIV عبارتند از :

1. رابطه جنسی با فرد آلوده به ویروس

2. استفاده از سرنگ مشترک

3. از راه مادر آلوده به کودک قبل یا هنگام تولد و یا از طریق شیردادن بعد از تولد

4. دریافت خون یا محصولات خونی آلوده به ویروس

5. پیوند اعضا از افراد آلوده به ویروس

ویروس HIV از طریق خون، مایع منی، ترشحات واژن و یا شیر آلوده مادر مبتلا به سایر افراد منتقل می شود. این ویروس می تواند از طریق ورید (مثلاً مصرف داروهای تزریقی) جدار مقعد یا راست روده، جدار واژن یا دهانه رحم، مجرای آلت تناسلی، دهان و سایر غشاهای مخاطی (به طور مثال چشم یا داخل بینی) و یا از طریق زخم ها و بریدگی ها وارد بدن فرد شود.

در روابط جنسی احتمال انتقال از مرد آلوده به زن سالم بیشتر از احتمال انتقال از زن آلوده به مرد سالم می باشد. محققان تخمین زده اند خطر آلودگی زنان با HIV حداقل دو برابر مردان است. ابتلای همزمان به سایر

بیماری های آمیزشی نیز نقش تعیین کننده ای در سرایت به ویروس HIV دارد و درصد ابتلای به ایدز در افرادی که همزمان مبتلا به سایر بیماری های آمیزشی می باشند چندین برابر است. این افزایش خطر، ناشی از تماس منی یا ترشحات واژن فرد آلوده به ویروس HIV با جراحات باز یا زخم اطراف با روی ناحیه تناسلی می باشد و در نتیجه برای ویروس آسانتر است که به بدن شخص منتقل شود.

خطر سرایت ویروس به واسطه خون و فراورده های خونی حرارت ندیده بسیار زیاد است. تلاش های بسیاری در جهان در حال انجام است تا خون های اهدایی برای تزریق از نظر آلودگی به HIV کاملاً آزمایش شوند. پوست سالم یک سد موثر در برابر ویروس است ولی وقتی این لایه محافظ دچار آسیب شود و با مقدار زیاد ویروس تماس پیدا کند (مانند خالکوبی، فرورفتن سوزن آلوده، تیغ آلوده، تماس پوست زخمی با خون و...) امکان سرایت وجود دارد .

مثالهای دیگر که می توانند ویروس HIV را انتقال دهند عبارتند از : اقدامات پزشکی، دندانپزشکی ، ختنه ، حجامت ، سوراخ کردن گوش ، تیغ صورت تراشی و مسواک که به روش غیر بهداشتی و یا مشترک استفاده شود. سطوح مخاطی مانند سطح داخلی چشم ، دهان و دستگاه تنفسی نیز که فاقد سطح دفاعی پوست است در صورت تماس با خون یا ترشحات جنسی می تواند موجب انتقال شود. احتمال انتقال از طریق پاشیده شدن خون در چشم بسیار کم است.

مادر HIV مثبت می تواند ویروس را در زمان بارداری، وضع حمل و زایمان و یا از طریق تغذیه با پستان به کودک خود منتقل کند . خطر ابتلا HIV از مادر به کودک حدود 15 تا 25 درصد است .

** به همان میزان که بایستی به خوبی از روش های انتقال ویروس HIV آگاه بود و رعایت اصول بهداشتی را نمود .

ضروری است به راه هایی که بیماری به آن روش ها سرایت نمی یابد ، نیز واقف باشیم تا دچار ترس و پرهیز نابجا از بیماران و منزوی ساختن افراد آلوده نشویم.

نشانه ها و عوارض: پس از ورود آ.وی به بدن اولین علایم به صورت یک سندرم شبه سرماخوردگی به

همراه بزرگ شدن غدد لنفاوی عارض می‌شود که معمولاً این علائم بهبود یافته و ویروس به حالت نهفته در بدن باقی می‌ماند، این مرحله که در آن فرد حامل بیماری تلقی شده ولی علائمی نشان نمی‌دهد ممکن است تا ده سال و بیشتر به طول بیانجامد. در مرحله آخر این بیماری با نقص سیستم ایمنی به علت فعالیت بالای ویروسی و کاهش لنفوسیت‌های نوع تی در خون مشخص می‌شود که ایدز نامیده می‌شود. در این مرحله بدن در معرض عفونت‌های فرصت‌طلب ناشی از باکتری، ویروس، قارچ و انگل‌هایی قرار می‌گیرد که در افراد سالم معمولاً به آسانی مهار می‌شوند. این بیماری تقریباً همه سیستم‌های ارگانی بدن را درگیر می‌کند. همچنین افراد مبتلا ریسک بالایی برای ابتلا به سرطان‌های مختلف نظیر سارکوم کاپوزی، سرطان گردن رحم و لنفوم دارند. بعلاوه، علائم سیستمیک عفونت نظیر تب، تعریق (خصوصاً شب هنگام)، لرز، تورم غدد لنفاوی، لرز، ضعف و کاهش وزن را دارند.

راه‌های پیشگیری از ایدز

در حال حاضر بیماری ایدز هیچ‌گونه درمان شناخته شده‌ای ندارد، هیچ واکسنی برای آن کشف نشده است و هیچ روش اثبات شده‌ای هم برای از بین بردن قدرت آلوده‌کنندگی ناقلین ویروس HIV یافت نشده است. بنابراین تا این زمان تنها راه حل مشکل ایدز پیشگیری است. با انجام اقدامات پیشگیرانه تا حدی می‌توان انتشار عفونت را در جوامع محدود ساخت.

- پیشگیری از انتقال جنسی (پایبندی به اصول اخلاقی و خانواده و باورهای دینی و اجتناب از بی بندوباری های جنسی در کاهش رفتارهای خطر ساز موثر است)
- پیشگیری از انتقال از طریق خون (در حال حاضر خطر انتقال HIV از طریق فرآورده های خونی بسیار کمتر شده است. ولی بهتر است از انتقال خون و فرآورده های خونی مگر در موارد اوزانس و بسیار ضروری خودداری شود؛)
- پیشگیری از انتقال عفونت از طریق بریدگی پوست:

1. باید از هر نوع تزریق ، مگر در مواردی که نیاز مبرم وجود دارد پرهیز شود .

2. از دریافت خدماتی مانند ختنه ، سوراخ کردن گوش ، خالکوبی ، حجامت و که به روش های سنتی و

غیر بهداشتی توسط افراد غیر مجاز انجام می شود ، خودداری شود

3. از مصرف سر سوزن و سرنگ و وسایل شخصی نظیر وسایل تراش و مسواک و غیره به صورت مشترک

خودداری شود .

4. کسانی که مواد مخدر تزریقی استفاده می کنند و قادر به عدم استفاده از این مواد نیستند باید سرسوزن

ها و سرنگ های استریل تهیه کنند و یا از چگونگی ضد عفونی کردن وسایل مربوط به تزریق توسط ضد عفونی

کننده ها آگاه شوند ؛

• پیشگیری از انتقال حوالی تولد

1. زنان آلوده به ویروس بهتر است از حاملگی اجتناب کنند که این مساله هم برای حفظ سلامت خودشان و

هم برای پیشگیری از انتقال عفونت به کودک است . عفونت حول زایمان تقریباً در یک سوم مادران آلوده رخ

می دهد .

تشخیص ایدز: هنگام رو در رویی با عفونت، دستگاه ایمنی بدن پادتن هایی فرآوری می کند که در خون گردش

و به عوامل بیماری زا حمله می کنند. پادتن ها بر بسیاری از عوامل بیماری زا غلبه می کنند ولی درباره اچ.آی.وی

با این که پادتن ها فرآوری می شوند ولی نمی توانند از تکثیر ویروس جلوگیری کنند و تنها وجود آنها در خون

برای تشخیص ابتلاء بکار می رود.

بیماری های مرتبط با ایدز: سیستم دفاعی بدن که از حمله ویروس صدمه دیده است، قوای خود را برای مبارزه

با بیماری ها از دست می دهد و هر نوع عفونتی می تواند جان بیمار را تهدید کند. کسانی که به اچ آی وی دچار

هستند در مقابل بیماری هایی مانند سل، مالاریا ، ذات الریه ، برفک ، زونا ، زخم های بدخیم ، سرطان ،

عفونت های مغزی ، عفونت شکم و خطر نابینایی آسیب پذیرتر می شوند. بیماران مبتلا به ایدز همچنین در

مقابل آنچه به نام عفونت های فرصت طلب معروف است آسیب پذیر هستند. این نوع از عفونت ها از

باکتری‌های شایع، قارچ‌ها و انگل‌هایی نشأت می‌گیرد که یک بدن سالم قادر به مبارزه با آنهاست، اما می‌توانند در افرادی که سیستم دفاعی بدن آنها آسیب دیده ایجاد بیماری کند و گاه آنها را از پا در آورند.

آگاهی عمومی از ابتلا به ایدز: ایدز تنها یک مشکل بهداشتی نیست، بلکه یک مشکل اجتماعی و فرهنگی نیز هست، این بیماری تابو تلقی می‌شود و با هاله‌ای از شرم و منع‌های اخلاقی و فرهنگی همراه است که این موضوع مانع از اعلام بیماری از سوی افراد شده و همین مساله منجر به پنهان ماندن بیماری، طی نشدن پروسه درمان و در نتیجه شیوع سریع آن می‌شود. به علت پیش داوری و ترس از سرایت بیماری، این بیماران درمورد انتخاب مسکن، شغل، مراقبت‌های بهداشتی و حمایت عمومی مورد تبعیض قرار می‌گیرند. رفتارهای نامناسب و تحقیرآمیز موجب انزوای بیمار گشته، فرصت آموزش را از وی می‌گیرد. وحشت از مرگ، وحشت طرد و تنهایی و انگ اجتماعی، اخراج کارگران مبتلا و بدنامی از طرف دوستان و خانواده سبب می‌شود افرادی که گمان می‌کنند ممکن است آلوده باشند، وضعیت خودشان را تا جایی که مقدور است مخفی نگه دارند که این خود موجب گسترش آلودگی است

هر یک از علائم زیر می‌تواند نشان دهنده ابتلا به بیماری باشد :

1. کاهش وزن سریع (بیشتر از 10% وزن بدن)
2. تب‌های تکرار شونده و یا تب بیش از یک ماه
3. تعریق شبانه فراوان
4. ضعف و خستگی شدید و غیر قابل توجیه
5. غدد لنفاوی برجسته در گردن کشاله ران یا زیر بغل
6. اسهالی که بیش از یک ماه طول کشیده باشد
7. نقاط سفید یا لکه‌های غیر عادی روی زبان داخل دهان یا در گلو
8. عفونت ریه یا سرفه مداوم بیش از یک ماه
9. لکه‌های قرمز قهوه‌ای صورتی یا بنفش بر روی پوست (یا زیر پوست) داخل دهان بینی یا پلک‌ها

10. از دست دادن حافظه، افسردگی و یا سایر اختلالات عصبی

* باید توجه داشت که: 1- وجود هر یک از این علائم به طور قطع نشانه ابتلا به ایدز نمی باشد چرا که هر یک

از این علائم ممکن است به وسیله سایر بیماری ها ایجاد شود علائم ایدز شبیه علائم بسیاری از بیماری های

دیگر می باشد و تنها راه تشخیص عفونت آزمایش از نظر ویروس HIV می باشد.

2- بسیاری از افراد آلوده به عفونت های آمیزشی و ایدز علائمی از بیماری ندارند در حالیکه می توانند

آلودگی را به دیگران سرایت دهند.

این ویروس به روش های زیر انتقال نمی یابد :

1. دست دادن

2. بوسیدن (بوسیدن گونه کاملاً بی خطر است و بوسیدن تنها زمانی می تواند خطرناک باشد که خون آلوده

را به خون فرد مقابل انتقال دهد چون آب دهان حاوی ویروس به میزانی که باعث سرایت بیماری شود، نیست)

3. در آغوش گرفتن

4. تماس های معمول روزانه مانند در کنار یکدیگر نشستن، زندگی کردن یا خوابیدن در اتاق شخص آلوده،

همکار بودن و اشتغال در محل کار، همکلاس بودن، اتوبوس و دیگر وسایل نقلیه عمومی، تلفن عمومی

، دستگیره درب و غیره

5. سرفه کردن یا عطسه کردن

6. خون دادن

7. استفاده از توالت (توالت عمومی و توالت فرنگی) یا استخرهای شنا، حمام و امثال آن

8. استفاده از رختخواب مشترک و یا ظروف و غذای مشترک و یا پوشیدن لباس های فرد آلوده با استفاده از

وسایلی که به فرد آلوده به ویروس یا بیماری تعلق دارد و آنها را لمس کرده است مانند حوله

9. نیش پشه یا سایر حشرات و حیوانات

10. بازی کردن با نوزاد یا کودک مبتلا به ایدز یا آلوده به HIV

11. مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز در صورتی که اصول بهداشتی رعایت شود.

12. مراقبت از کودکان هنگامی که بزرگسال HIV مثبت است .

تذکر: آنچه فرد را در معرض خطر ابتلای به ایدز قرار می دهد ، رفتارهای پر خطر او است . می توان بدون

ترس در کنار افراد آلوده زیست . گروه های در معرض خطر ابتلا به ایدز

باید به خاطر داشت که هر فردی زن یا مرد ، جوان یا پیر ، از هر کشوری ، هر مذهبی و هر حرفه ای می تواند به ویروس ایدز آلوده شود .

گروه هایی که بیشتر در معرض خطر ابتلای به ایدز می باشند عبارتند از :

1. افرادی که تماس جنسی محافظت نشده خارج از روابط زناشویی دارند ؛

2. مردان هم جنس باز

3. معتادین تزریقی مواد مخدر که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده می کنند.

4. کسانی که قبل از سال 1370 خون یا فرآورده های خونی دریافت کرده اند.

5. افرادی که در تماس شغلی با اشیای نوک تیز آلوده با احتمال سوراخ شدن پوست هستند.

6. همسران خانواده کسانی که در هر یک از گروه های در معرض خطر قرار دارند

7. پرسنل آزمایشگاهی که با آزمایش های مربوط به خون و خون گیری سر و کار دارند.

8. پزشکان ، پرستاران ، جراحان ، دندان پزشکان ، دندان سازان تجربی ، ماماها و سایر پرسنل دخیل در امر

تزریقات و پانسمان و کارکنان بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی.

9. اشخاص یا مشاغلی که با وسایل آلوده ممکن است سر و کار داشته باشند مثل آرایشگران ،

10. افراد دخیل در امر گردآوری ، انهدام و دفع زباله های بیمارستانی .

فواید تشخیص زودهنگام عفونت با HIV

1. به تاخیر انداختن پیشرفت بیماری : شروع درمان ضد ویروسی موجب تاخیر در بروز عوارض عفونت شده و

زمان عفونت بدون علامت را طولانی می کند ؛

2. پیشگیری از عفونت های فرصت طلب : وقتی سیستم ایمنی خیلی آسیب می بیند ، علاوه بر داروی ضد ویروس باید از دارویی که از عفونت های فرصت طلب جلوگیری می کند نیز استفاده کرد ؛
3. حفظ سلامتی بیمار از طریق آموزش و مشاوره با بیمار ؛ یکی از بخش های مهم مبارزه با بیماری آموزش بیمار می باشد . آنها قادر خواهند بود با تجدید نظر در رفتارهای خود مانع انتقال ویروس به دیگران شوند. و از طرفی علایم عفونت های فرصت طلب و یا عوارض جانبی داروها را به خوبی بشناسند و به موقع به پزشک خود اطلاع دهند ؛
4. امید برای درمان : در حال حاضر هیچ درمان کامل قطعی برای عفونت HIV وجود ندارد ولی استفاده از داروهای ضد ویروس باعث افزایش کفایت ایمنی و پیشگیری از عفونت های فرصت طلب می شود ؛
5. شناسایی تغییرات همه گیری در سطح جامعه : تشخیص ، مشاوره و پیگیری زودرس تماس های جنسی فرصت خوبی برای به حداقل رساندن انتقال این ویروس فراهم می کند ؛
6. ایجاد فرصت تاثیر مثبت از سوی پزشکان : تشخیص زودرس به پزشک امکان تاثیر مثبت در سیر بیماری ، حالت روانی بیمار و کاهش احتمال انتقال بیماری به دیگران را می دهد .

منابع :

- 1- کتاب راهنمای کنترل بیماری های واگیردار در انسان ترجمه دکتر صباغیان ویرایش نوزدهم
- 2- اپیدمیولوژی و کنترل بیماری های شایع در ایران دکتر فریدون عزیزی
- 3- راهنمای کشوری مبارزه با بیماری ها
- 4- اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری ها معاونت سلامت وزارت بهداشت
- 5- کتاب بیماری های مشترک انسان و دام
- 6- اپیدمیولوژی لئون گوردیس ترجمه دکتر حسین صباغیان و دکتر کورش هلاکویی نائینی
- 7- نظام گزارش دهی و مراقبت بیماری ها ویژه گروه پزشکی گروه تخصصی پیشگیری و مبارزه با بیماری های دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 8- فصلنامه بهورز