



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

مرکز بهداشت استان

مرکز آموزش بهورزی

مجموعه آموزشی تربیت بهورز

بیماری های واگیر

پایه دوم

تهیه و تدوین:

نبی اله مهدوی پور

مربی مرکز آموزش بهورزی قم - ۱۳۹۲



صفحه	عنوان
۳	مالاریا
۱۳	کلیات بیماری های مشترک
۱۵	سالک
۱۹	کالازار
۲۱	تب مالت
۲۶	هاری
۳۰	سیاه زخم
۳۲	تب های خونریزی دهنده
۳۸	لپتوسپیروز
۴۲	تیفوس
۴۴	تب راجعه
۴۶	طاعون
۵۰	جنون گاوی
۵۱	تب زرد
۵۳	توکسوپلاسموز
۵۵	زونا
۵۷	کچلی ها
۶۴	گال
۶۷	مایت
۶۸	جذام
۷۲	بوئولیسم
۷۴	بیماری های آمیزشی
۸۰	ایدز
۹۳	جدول گزارش بیماری ها





مالاریا

مالاریا مهم ترین بیماری انگلی در دنیا محسوب می شود که از نظر شدت می تواند بعضی مواقع خطرناک و کشنده باشد. این بیماری یکی از مشکلات بهداشتی جهان و از موانع مهم توسعه اقتصادی و اجتماعی است. مالاریا به علت ایجاد کم خونی و عود های مکرر باعث اتلاف نیروی کار شده، در وضع اقتصادی، اجتماعی و کشاورزی کشورها اثر می گذارد. سالانه بخش عظیمی از اعتبارات و نیروی انسانی در بخش وسیعی از جهان برای رفع این مشکل به بیماری مالاریا اختصاص داده می شود. مالاریا به همراه بیماری های سل و ایدز از سوی سازمان ملل متحد جزء ۳ بیماری مهم قرن اعلام شده است. سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند سالیانه ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلیون نفر به مالاریا مبتلا می شوند و ۷۰۰ هزار تا ۲/۷ میلیون نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند که ۷۵ درصد آن را کودکان افریقائی تشکیل می دهند. حجم و بار بیماری به گونه ای است که تقریباً نیمی از جمعیت جهان در بیش از یک صد کشور در معرض خطر بیماری هستند. این بیماری با ایجاد کم خونی در کودکان و زنان باردار آسیب پذیری آن ها را در برابر بیماری های دیگر نیز افزایش می دهد از طرفی بیش تر کشورهای که مالاریا در آن ها بروز می نماید جزء کشورهای فقیر محسوب می شوند، لذا بین فقر و بیماری مالاریا یک چرخه معیوب برقرار است. با این وجود بیماری مالاریا اگر سریعاً تشخیص داده شود و درمان شروع شود قابل درمان می باشد.

پراکندگی بیماری در ایران و جهان

بیماری مالاریا ویژه مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری جهان محسوب می شود. گرمای هوا باعث می شود تا پشه آنوفل که ناقل انگل مالاریا محسوب می شود به تولید مثل خود ادامه دهد. انگل مالاریا نیز که درون بدن پشه رشد و تکامل می یابد نیاز به آب و هوای گرم دارد تا رشد و تکامل خود را کامل نماید و از طریق پشه به انسان منتقل می شود. کشور ما یکی از مناطق مهم مالاریا خیز در جهان به شمار می رود. ایران با توجه به شاخص میزان بروز انگلی سالانه، وضعیت ناقلان و نحوه انتشار بیماری به ۳ منطقه تقسیم می شود:

۱. منطقه شمالی سلسله جبال زاگرس که ۷۰ درصد جمعیت کل کشور را تشکیل می دهد و مالاریا در آن تحت کنترل است.
۲. مناطق غربی و جنوب غربی با حدود ۲۵ درصد جمعیت کل کشور که مالاریا به طور محدود در آن ها وجود دارد ولی در حال مهار شدن است.
۳. منطقه جنوب غربی کشور با جمعیتی حدود ۵ درصد جمعیت کل کشور شامل استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و قسمت گرمسیری استان کرمان دارای بیش ترین موارد بیماری است و مالاریا در این مناطق هنوز به عنوان یک مشکل بهداشتی باقی مانده است. در این مناطق ظهور پشه های آنوفل مقاوم به حشره کش ها و انگل های ایجاد کننده بیماری مالاریا که به داروی کلروکین مقاوم شده اند و هم چنین تردد مهاجران خارجی کنترل بیماری را با مشکل مواجه کرده است. در سال های اخیر ۸۰ درصد موارد مالاریای کشف شده در استان سیستان و بلوچستان مربوط به ۲ شهرستان چابهار و ایرانشهر بوده است. لازم به ذکر است که ظرف سال های اخیر سالانه بین ۳ تا ۸ هزار مورد مالاریا از افغانستان، پاکستان و بنگلادش به کشور ما وارد و در مناطق پاک شده، موجب برقراری انتقال شده اند. اما علیرغم مطالب فوق مالاریا در همه مناطق گرمسیر رخ نمی دهد، به عنوان مثال توسعه اقتصادی و تلاش های صورت گرفته در رابطه با بهداشت عمومی، مالاریا از بعضی مناطق گرمسیری جهان حذف شده است.

عامل بیماری





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

عامل بیماری انگل تک یاخته ایی به نام پلاسمودیوم است، تاکنون بیش از ۱۵۶ گونه پلاسمودیوم شناخته شده است که برای پستانداران، پرندگان و خزندگان بیماریزا هستند و توسط پشه های کولکس، آنوفل و آئدس منتقل می شوند. از این تعداد ۴ گونه در انسان ایجاد بیماری می نمایند که عبارتند از :

پلاسمودیوم ویواکس (P. vivax)

پلاسمودیوم فالسیپارم (P. falciparum)

پلاسمودیوم مالاریه (P. malariae)

پلاسمودیوم اووال (P. ovale)

۳ گونه از پلاسمودیوم ها (ویواکس، مالاریه، اووال) ممکن است بیماری شدید ایجاد کنند ولی به ندرت کشنده هستند. پلاسمودیوم فالسیپارم بیماری پیشرونده و بسیار خطرناکی ایجاد می کند که غالباً در صورت عدم درمان در عرض چند روز منجر به بیهوشی و مرگ می گردد.

علائم و تشخیص

این بیماری به صورت عفونت حاد و در بیش تر موارد به شکل وخیم ایجاد می شود. ویژگی علائم بالینی آن تب های متناوب همراه با حمله های دوره ای است. چهار گونه انگل سبب ایجاد مالاریا می شوند که یک نوع آن که به نام مالاریای فالسیپارم می باشد تب دو روز یک بار بدخیم، لرز، عرق، سرفه، اسهال و ناراحتی تنفسی ایجاد می کند و برخی اوقات پیشرفت نموده سبب زردی، اختلال انعقاد خون، نارسائی کبد و کلیه، تورم مغزی حاد، ادم ریوی، اغماء و مرگ منجر می شود. سایر گونه های انگل مالاریا معمولاً خطر مرگ ندارند. این گونه ها معمولاً "بیماری خفیف تری را ایجاد می کنند که با علائم بی قراری مبهم و افزایش آرام درجه حرارت بدن شروع شده، سپس لرز توأم 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 ویژه این بیماری، درد عضلانی و دردهای مفصلی نیز مشاهده می شود.

تشخیص: ساده ترین و مطمئن ترین روش تشخیص بیماری، آزمایش خون است که می توان با تهیه گسترش خونی در فاصله کم تر از نیم ساعت به وجود این بیماری پی برد. برای تهیه گسترش خونی سه قطره برای تشخیص ضخیم و یک قطره برای گسترش نازک لازم است.

چرخه زندگی انگل

چرخه زندگی پلاسمودیوم در ۲ میزبان مهره دار و بی مهره طی می شود. چرخه غیر جنسی در میزبانان مهره دار، شیزوگونی و چرخه جنسی که با اسپور دار شدن همراه است، اسپوروگونی نامیده می شود.

شیزوگونی: تروفوزوئیت عفونت زا به هنگام گزش انسان، از غدد بزاقی پشه ی ماده آنوفل به داخل خون تزریق می شود. در عرض ۲۰ دقیقه، انگل باریک و متحرک، وارد پارانشیم کبد شده و بخش خارج گلوبولی انگل آغاز می گردد. زیرا تا این مرحله هنوز گلبول های قرمز مورد تهاجم قرار نگرفته اند. در داخل سلول های کبدی، انگل به شدت تکثیر یافته و شیزونت نامیده می شود. شیزونت در داخل سلول کبدی، پس از ۸-۱۰ روز، بسته به گونه، هزاران مروزوئیت تولید می کند. سپس سلول کبدی آلوده پاره شده و مروزوئیت های آزاد شده، چرخه گلبولی را آغاز می کنند. چرخه گلبولی شامل تهاجم مروزوئیت ها به گلبول قرمز، رشد و تبدیل آن ها به تروفوزوئیت و سپس شیزونت، پاره شدن گلبول و حمله به سلول های جدید است. با تکرار چرخه و تکثیر غیر جنسی، بعضی از انگل هایی که به گلبول های قرمز حمله کرده اند، تقسیم را تا مرحله شیزونت ادامه نمی دهند بلکه به جای آن، تبدیل به گامتوسیت های نر و ماده می شوند.

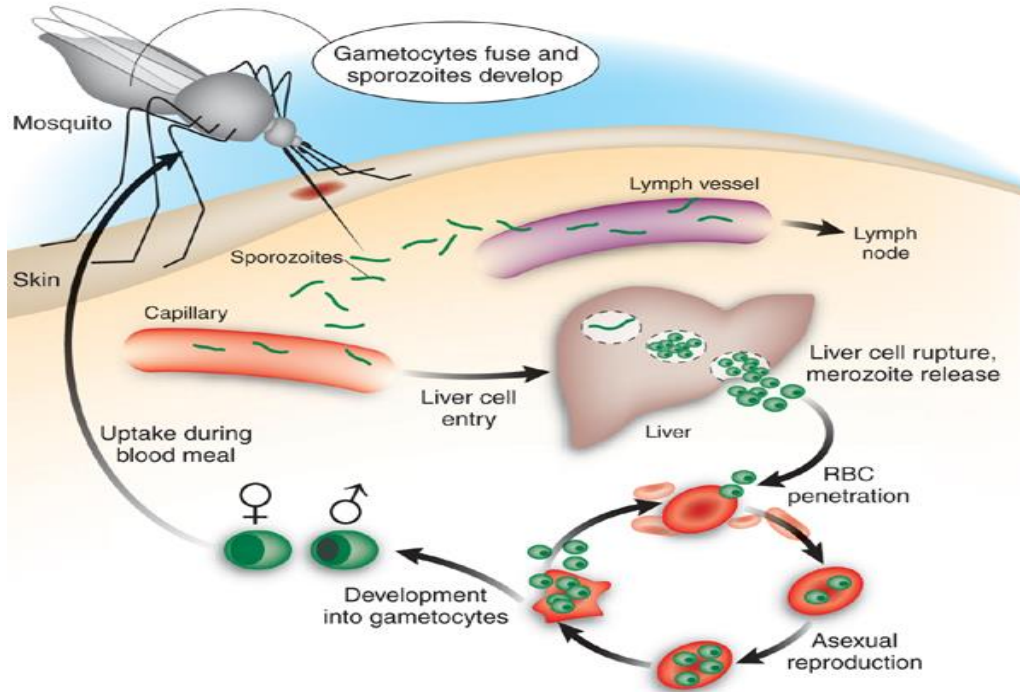
اسپوروگونی: اسپوروگونی یا چرخه جنسی، در پشه صورت می گیرد. گامتوسیت های خورده شده با خون، بر خلاف شیزونت ها، هضم نمی شوند. گامتوسیت نر به میکروگامت و گامتوسیت ماده به ماکروگامت تبدیل می شود. باروری، با ورود



مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

میکروگامت به داخل ماکروگامت و تشکیل سلول تخم انجام می گیرد. ۱۲-۲۴ ساعت پس از خون خوردن پشه، سلول تخم تبدیل به موجود کرمی شکلی به نام اووکینت می شود. اووکینت وارد دیواره روده پشه شده و در حد فاصل اپی تلیوم و غشاء پایه به اووسیست کروی تبدیل می شود. در این مکان اندازه اووسیست به چندین برابر اندازه اولیه رسیده و در داخل آن هزاران اسپوروزوئیت ایجاد می شود. با پاره شدن اووسیست، اسپوروزوئیت ها به داخل حفره بدن آزاد شده و به غدد بزاقی مهاجرت می کنند. همزمان با تغذیه پشه از انسان، اسپوروزوئیت ها وارد خون و بافت های انسان شده و چرخه خارج گلوبولی خود را آغاز می کنند. چرخه اسپوروگونی در پشه، ۱۰-۱۷ روز طول می کشد



نشانه های خطر بالینی در بیماری مالاریا

- ناتوانی در خوردن و آشامیدن؛
- استفراغ های مکرر؛
- تشنج در طی بیماری؛
- اختلال هوشیاری یا گیجی؛
- ناتوانی در نشستن؛
- اختلال تنفسی؛
- تب بالا (درجه حرارت رکتال بالای ۴۰ درجه یا زیر بغل بالای ۳۹/۵ درجه سانتی گراد)؛ زردی؛
- ادرار تیره رنگ.

بیماری مالاریا چگونه انتقال می یابد؟

معمولاً افراد از طریق گزش پشه آنوفل ماده به این بیماری مبتلا می شوند. فقط پشه آنوفل می تواند بیماری مالاریا را انتقال دهد و آن ها فردی را که قبلاً "نیش زده و خون او را مکیده اند اگر آلوده به انگل مالاریا باشد و سپس نفر بعدی را نیش بزنند بیماری را انتقال خواهند داد. متعاقب مکیدن خون فرد آلوده، انگل وارد بدن پشه می شود و در روده های پشه به مرحله رشد بلوغ می رسد و سپس به غدد بزاقی مهاجرت می کند و در نهایت در مواقعی که پشه گرسنه می شود از طریق نیش زدن و مکیدن خون، فرد بعدی، انگل مالاریا را وارد بدنش می کند. در بدن انسان، انگل مالاریا به کبد مهاجرت کرده و در آنجا رشد و تکثیر می



یابد. در طول این مرحله (دوره کمون) فرد آلوده هیچ علائمی را از خود بروز نمی دهد. پس از مدت کوتاهی (۸ روز) تا حتی چندین ماه انگل مالاریا سلول های کبدی را ترک کرده وارد گلبول های قرمز خون می شود. در گلبول های قرمز خون به رشد و تکثیر ادامه می دهد و پس از آنکه به مرحله بلوغ رسید گلبول های قرمز پاره می شود و انگل ها در خون رها می شوند و به سایر گلبول های قرمز حمله کرده و وارد آن ها می شوند. سمی که در هنگام پاره شدن گلبول های قرمز آزاد می شود دلیل اصلی تب، لرز و علائم شبیه به آنفلوآنزا می باشد. به علت وجود انگل های مالاریا در گلبول های قرمز خون بنابر این مالاریا از طریق انتقال خون، پیوند اعضا و یا استفاده مشترک از سوزن یا سرنگ آلوده به خون انتقال می یابد. مالاریا هم چنین از مادر به جنین قبل یا در حین زایمان نیز انتقال می یابد (مالاریای مادرزادی) .

مالاریا از شخص به شخص سرایت نمی یابد . هم چنین افراد از طریق تماس اتفاقی با یک فرد مبتلا به این بیماری مبتلا نمی شوند .

چه کسانی در معرض خطر ابتلا به مالاریا قرار دارند ؟

به طور کلی هر فردی ممکن است به بیماری مالاریا مبتلا شود ولی با این وجود افرادی که :

۱. در کشورهای زندگی می کنند که مالاریا در آن بومی است زندگی می کنند؛
۲. افرادی که سیستم ایمنی ضعیف دارند مثل کودکان کم سن و سال و زنان باردار؛
۳. افرادی که به کشور های مالاریا خیز سفر می کنند ؛
۴. افراد در مناطقی که فقدان دانش ، پول یا دسترسی به خدمات بهداشتی وجود دارد زندگی می کنند .

اقدامات توصیه شده در اولین برخورد با بیمار

۱. گزارش تلفنی (فوری) مالاریا با ذکر مشخصات کامل، دریافت شرح حال، سابقه مسافرت به مناطق آندمیک به مرکز بهداشت شهرستان انجام شود. در صورت مراجعه بیمار به مرکز بهداشت، درمان دارویی به صورت رایگان انجام می شود ؛
۲. شروع درمان بیمار در اولین فرصت (در ۲۴ ساعت اول) پس از تشخیص از استاندارد های مهم و نیازمند اهتمام ویژه و نظارت جدی می باشد ؛
۳. تمامی بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپارم یا عفونت توام باید در طی درمان پیگیری شده و در روزهای سوم ، هفتم ، چهاردهم ، بیست و یکم و بیست و هشتم درمان ، از آن ها لام خون محیطی گرفته شود ؛
۴. در صورت بروز تب در هر یک از روزهای سوم تا بیست و هشتم درمان ، تهیه لام خون محیطی در همان روز الزامی است ؛

- از داروهای رایج در درمان مالاریا ، کلروکین ، فنسیدار و پریماکین می باشد .

اقدامات بعدی شامل کنترل اطرافیان و بهداشت محیط

۱. بررسی موارد تماس و اخذ شرح حال از آنان برای جستجو موارد جدید بیماری کمک می کند . در صورتی که بیمار جزء گروه های پر خطر ابتلای بیماری است و یا اطرافیان وی هم سابقه مسافرت به مناطق آندمیک را دارند منتظر شروع علائم نباشید و از آن ها لام خون محیطی تهیه کنید ؛
۲. در صورت مشاهده افزایش موارد بروز در یک منطقه غیر بومی ، بررسی محیط و مطالعات حشره شناسی ناقلین ضروری است ؛
۳. بهسازی محیط در جهت از بین بردن یا کاهش محل زندگی و تکثیر پشه های آنوفل با خشکاندن آب های غیر مفید و کنترل بیولوژیک آب ها به وسیله مواد شیمیائی و سموم ؛





۴. استفاده از حشره کش های ابقائی ؛

۵. استفاده از توری مناسب برای پنجره ها و درب های منازل به ویژه اتاق هائی که شب افراد در آنجا می خوابند ؛

۶. به حرکت انداختن آب های راکد ، پر کردن باتلاق ها و برکه ها و گودال ها؛

۷. استفاده از ماهی های لارو خوار در داخل آب هائی که محل مناسب برای تخم گذاری پشه های آنوفل می باشند ؛

۸. محافظت از گزش توسط پشه با پوشیدن لباس های آسین بلند ، توری در و پنجره ها ، پشه بند و رختخواب ها ؛

۹. آموزش مردم در خصوص بالا بردن اطلاعات آن ها در زمینه علائم ، راه انتقال و راه های کنترل بیماری . برنامه آموزشی به صورت مستقیم و چهره به چهره در حین بیماریابی و یا در زمان مرجعه به خانه بهداشت انجام می گیرد؛

۱۰. آموزش در خصوص شناسائی زیستگاه های لاروی جهت گزارش به مرکز بهداشت شهرستان ؛

۱۱. پیشگیری داروئی : قبل از مسافرت به مناطق پر خطر به صورت زیر می بایست صورت گیرد :

(۱) در مناطق با خطر پائین ، کلروکین به میزان ۳۰۰ میلی گرم در هفته ؛

(۲) در مناطق با خطر بالا و مقاومت نسبت به کلروکین ، مفلوکین یا ترکیب کلروکین و پروگوانیل ؛

(۳) استفاده از داکسی سایکلین به میزان ۱/۵ میلیگرم در روز یا مفلوکین به میزان ۵ میلیگرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در هفته برای خانم های سنین باروری .

• کلیه داروهای فوق به طور کامل از یک هفته قبل از ورود به منطقه آلوده تا ۴ هفته بعد از ترک محل استفاده می شود ؛

۱۲. یکی از مهم ترین وظایف بهورزان در خصوص بیماری مالاریا بیماریابی می باشد . با توجه به شرایط اپیدمیولوژیکی و آب و هوائی حداقل از ۱۰ درصد جمعیت می بایست لام خون محیطی تهیه شود و مطلوب است جواب آزمایش های لام گسترش خون محیطی هر چه سریع تر (کم تر از ۴۸) ساعت مشخص شود ؛

۱۳. از افرادی که با علائم تب و لرز به خانه بهداشت مراجعه می کنند لام خون مالاریا تهیه شود ؛

۱۴. تهیه لام خون محیطی از افرادی که به مناطق آلوده کشور مسافرت کرده و یا از مناطق آلوده به روستا وارد شده اند بسیار مهم می باشد ؛

۱۵. از کلیه افراد غیر ایرانی تحت پوشش بدون توجه به علائم بیماری سالی یک مرتبه می بایست لام خون محیطی مالاریا تهیه شود ؛

۱۶. تهیه لام خون محیطی مالاریا از کلیه افراد خانواده فرد بیمار الزامی است ؛

۱۷. ارسال به موقع آمار به مرکز بهداشتی درمانی (فرم شماره ۴) و در صورت نگرفتن لام خون مالاریا در ماه جاری آمار صفر گزارش گردد ؛

۱۸. جلب همکاری های بین بخشی و تقویت آن .





انسان جزء مهمی از سیکل زندگی انگل است. شناسایی زود هنگام و درمان بیماران یکی از راهکاره ای مناسب و موثر در پیشگیری و مبارزه با انگل مالاریا است. مالاریا می بایست به دو دلیل زیر درمان شود :

۱- می بایست ذخیره انگلی از بین برود تا انتقال قطع گردد.

۲- می بایست علائم کلینیکی در بیمار از بین برود تا سلامت خود را باز یابد.

بنابر این : بیماریابی در مناطق آندمیک به منظور کشف سریع بیماران در مراحل اولیه بیماری انجام می شود و هدف از آن پیشگیری از بروز اپیدمی است. بیماریابی جزئی از سیستم مراقبت می باشد. بیماریابی باید هدفمند، مقرون به صرفه و از کارآیی مناسب برخوردار باشد. در حال حاضر بیماریابی با تهیه نمونه از خون از افراد مشکوک یا بیمار و آزمایش میکروسکوپی آن صورت می گیرد.

آزمایش نمونه های خون : با وجود اینکه در زمینه تشخیص آزمایشگاهی بیماری مالاریا به موازات سایر مطالعات تحقیقات زیادی انجام گرفته است و روش هایی بر مبنای سرولوژیک پیشنهاد شده است ولی تهیه لام گسترش خون از شخص مشکوک به بیماری و آزمایش میکروسکوپی آن بعد از رنگ آمیزی به روش Geimsa یا Wright ساده ترین و دقیق ترین و در نتیجه متداولترین روش تشخیص آزمایشگاهی بیماری و تعیین نوع پلاسمودیوم عامل آن است.

معیارهای انتخاب و جداسازی افراد مشکوک به مالاریا :

سابقه مالاریا، تاریخچه مشکوک، بزرگی طحال، تب یا سابقه قبلی یا نزدیک به آن

بزرگی طحال (Splenomegaly) : در مناطق بومی مالاریا اکثریت بچه های در سنین مدرسه (گروه سنی ۹-۲ سال) دارای طحال بزرگ هستند. بزرگی طحال ضریب خوبی برای نشان دادن وقوع مالاریا در یک منطقه می باشد. از روی بزرگی طحال افراد ساکن در منطقه به خصوص می توان میزان اندمیسیته مالاریا را تعیین کرد.

تب یا سابقه قبلی نزدیک به آن : بعنوان آسانترین معیار در نظر گرفته شده است. چون تب یا عدم آن بعنوان معیار جدا سازی ۱۰۰٪ اختصاصی و قطعی نیست و فقط قسمتی از حاملین انگل را ممکن است کشف نماید لذا : تکرار آزمایش (حداقل بر اساس ماهیانه) به تدریج این نقص را تا حدی جبران می نماید.

روش های کشف موارد مالاریا: کشف موارد به روش اکتیو (Active) کشف موارد به روش پاسیو (Passive)

کشف موارد به روش اکتیو : تعریف : جستجو برای موارد حامل انگل مالاریا بر اساس معیارهای جداسازی در این روش کارکنان بهداشتی به درب خانه ها می روند. این روش یکی از روش های اصلی کشف مالاریا محسوب می گردد

معایب روش اکتیو : این روش پر هزینه است، در بسیاری از موارد کم اثر می باشد، نداشتن پوشش از نظر زمانی : اگر فردی در یک بازدید کشف نشد عملا تا بازدید بعدی از دسترس خارج می شود و این عمل از نظر اپیدمیولوژیک نقص بزرگی است. این فرد تا بازدید بعدی می تواند بخوبی پشه ها را آلوده نموده و سرچشمه خطرناکی برای انتقال های جدید باشد.

مزایای روش اکتیو : پوشش کامل مکانی (بهترین مزایای این روش) ، برای رسیدن به یک پوشش مکانی خوب باید یک سری عواملی مورد توجه قرار گیرد.

عوامل مهم پوشش مکانی خوب: فواصل بازدیدها، تراکم جمعیت، قابلیت دسترسی به منطقه و فواصل بین آبادی ها ، درجه تمرکز خانه ها، تعداد ساعات تعیین شده برای کار روزانه و هفتگی، نوع راههای ارتباطی و نوع وسیله نقلیه، وظیفه اضافی که بعهد مامور گذاشته می شود ، قبول و استقبال کار مامور بوسیله مردم و میزان همکاری آنان ،

کشف موارد به روش پاسیو : تعریف : کشف موارد حامل انگل مالاریا بر اساس معیار های جداسازی، در این روش افراد تب دار یا تب داشته یا دارای سابقه قبلی مالاریا به کارکنان بهداشتی مراجعه و مورد آزمایش خون قرار می گیرند و از میان آن ها حاملین انگل کشف می گردد.





مزایای روش پاسیو: روش پاسیو بهترین شیوهٔ بیماریابی است و نشانگر همکاری بین جامعه و پایگاه های بهداشتی و درمانی می باشد، توسط کلیه سازمان ها و واحدهای بهداشتی درمانی کشور می تواند اجرا گردد. پوشش زمانی خوب (بهترین مزایای این روش) برای رسیدن به یک پوشش زمانی خوب باید ۲ عامل زیر مورد توجه قرار گیرد: پوشش سازمان ها و واحدهای بهداشتی چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی از نظر کمی و کیفی به حد قابل قبول رسیده باشد. سطح آگاهی مردم بقدر کافی بالا باشد که مردم به اهمیت سلامتی و بیماری واقف بوده و استفاده از مراکز بهداشتی و درمانی را مورد قبول و عمل قرار دهند.

معایب روش پاسیو: نقص در پوشش مکانی: ممکن است تمام مردم مراجعه نکنند به خصوص مردم مناطق دوردست. در صورت عدم استقبال و همکاری واحدها و سازمان های بهداشتی به خصوص پزشکان تعداد قابل توجهی از موارد مثبت از دسترس خارج می گردند.

منابع تهیه لام در مالاریا: در طی مراقبت های پاسیو و اکتیو از ۳ منبع لام تهیه می گردد. تب دار و مشکوک، تعقیب موارد، بررسی.

لام تب دار و مشکوک: تهیه لام از افرادی که در فاصله بین مراقبت قبلی و این مراقبت دچار تب، لرز و علائم دیگر شده باشند لام تب دار و مشکوک محسوب می گردد. کشف موارد بیماری در این حالت نشانگر بیماریابی خوب و در صورت افزایش موارد مثبت نسبت به سال قبل می تواند نشان دهندهٔ شروع یک اپیدمی محسوب گردد.

لام تعقیب موارد: به تهیه لام از موارد مثبت گذشته اطلاق می شود. مدت زمان تهیه لام بر حسب دستورالعمل ها فرق می کند. این لام ها از بیماران ویواکس برای بررسی موارد عود و اطمینان از درمان و از بیماران فالسیپارم به منظور بررسی مقاومت انگل نسبت به داروی مصرف شده تهیه می شود. نحوهٔ تهیه لام تعقیب موارد بستگی به نوع انگل دارد. در ویواکس، حداقل ۴-۶ بار در سال بعد از اتمام درمان کامل در فالسیپارم: ۵ - ۴ نوبت و به فاصله یک هفته

لام بررسی: به تهیه لام از اطرافیان بیمار و یا ۱۰٪ افراد جامعه که نه در گروه تب دار و مشکوک و نه در گروه تعقیب موارد تعریف شده اند اطلاق می گردد و به منظور کشف ذخایر انگلی و اطلاع از وجود بیماری در منطقه انجام می گردد.

نحوه تهیه لام خون محیطی مالاریا

بیماریابی مالاریا به صورت اکتیو و یا پاسیو انجام می شود. پس از ثبت مشخصات فرد در فرم شماره ۱ (فرم بیماریابی) به روش زیر عمل می شود:

۱) دست چپ بیمار را گرفته به طوری که کف دست به طرف بالا باشد. انگشت میانی (دومین انگشت بعد از شصت) انتخاب می شود. در شیر خواران انگشت شصت پا انتخاب می شود. سپس انگشت با پنبه آغشته به الکل پاک شده و با مالش دادن آرام پوست انگشت، جریان خون تسریع می شود؛

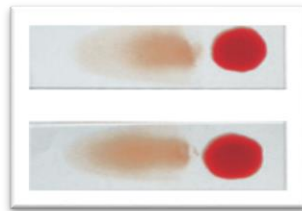
۲) نوک انگشت با حرکت سریع لانت استریل سوراخ می شود، انگشت به آرامی فشار داده می شود و اولین قطره خون توسط پنبه خشک پاک می شود؛

۳) انگشت را به آرامی فشار داده تا یک قطره خون در وسط لام تمیز شده قرار گیرد (برای گسترش نازک) سپس با فشار مجدد سه قطره خون به شکل سه راس مثلث و به فاصله یک سانتی متر از گسترش نازک روی لام قرار می گیرد (گسترش ضخیم)، سپس خون باقیمانده روی انگشت با پنبه پاک می شود.

برای تهیه گسترش نازک از لام تمیز دیگری به عنوان گسترش دهنده استفاده می شود و قطره خون را با لام گسترش دهنده تماس داده و پس از پخش شدن تا کنار لام گسترش دهنده آن را به آرامی و با زاویه ۴۵ درجه روی لام حرکت دهید. باید مطمئن شد که در مدت کشیدن گسترش نازک، گسترش دهنده با سطح لام تماس داشته باشد. برای تهیه گسترش ضخیم از لام گسترش دهنده نازک استفاده می شود به طوری که قطره های خون را (سه قطره) به سرعت با هم یکی کرده تا گسترش



ضخیم به دست آید . خون نباید بیش از اندازه مخلوط شود و می توان با ۳ تا ۶ حرکت به شکل دایره در آورد . قطر گسترش ضخیم بهتر است حدود یک سانتی متر باشد . لام را در محیط آزاد دور از دسترس مگس و گرد و خاک قرار داده تا کاملاً خشک شود .



ثبت مشخصات : با مداد روی گسترش نازک مشخصات بیمار را نوشته سپس لام تهیه شده را بسته بندی کرده همراه با نسخه اول فرم شماره یک به آزمایشگاه ارسال می شود.

توجه

- همیشه از لانست تاریخ دار و یکبار مصرف استفاده شود ؛
- برای هر فرد از یک لانست استفاده شود ؛
- از دست زدن به خون تازه و تماس با دست در طول کار کردن و تهیه لام ها خودداری گردد .

نحوه استفاده از کیت های تشخیص سریع مالاریا RDT: Rapid Diagnostic Test

در راستای رسیدن به هدف شروع درمان تمامی موارد مالاریا با تشخیص آزمایشگاهی در کمتر از ۴۸ ساعت. هدف این است که بهورزان، مامورین مراقب، داوطلبین و ... بتوانند از این کیت ها جهت تشخیص بیماری مالاریا استفاده نمایند تا در مناطقی که دسترسی آسان به آزمایشگاه مالاریا وجود ندارد (مناطق که از زمان تهیه لام تا آزمایش بیش از ۴۸ ساعت است) درمان به تاخیر نیفتد.

کاربردها : در مناطق روستایی که به آزمایشگاه مالاریا با تسهیلات میکروسکوپی دسترسی ندارند

سایر کاربردها :

- اپیدمی مالاریا
- بیمارستان ها
- قرنطینه های مرزی
- شک بالینی و لام منفی
- مطب ها و کلینیک های خصوصی

نحوه عملکرد:

این کیت ها، کیت های آزمایشگاهی هستند که با مکانیسم آنتی ژن / آنتی بادی و ایمونوکروماتوگرافی عمل می نمایند. چند قطره از خون بیمار روی دستگاه قرار گرفته و در صورتی که آنتی ژن مالاریا در خون وجود داشته باشد، یک نوار رنگی در قسمت مربوطه به نمایش در می آید. این کیت ها قابلیت شناسایی پلاسمودیوم ویواکس و فالسیپاروم را دارند.

نحوه نگهداری کیت ها:

به تاریخ مصرف کیت توجه شود در دمای ۴ تا ۳۰ درجه سانتیگراد نگهداری شود کیت به هیچ وجه نباید کم تر از ۴ درجه سانتی گراد نگهداری شده و یا یخ بزند به طور معمول باید کیت در یخچال (ترجیحاً در طبقات پایین یخچال) یا جای خنک (دور از نور مستقیم آفتاب) نگهداری شود. چند دقیقه قبل از انجام آزمایش، بسته کیت های مورد نیاز را از یخچال یا محل نگهداری

مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

در آورید و صبر کنید تا دمای کیت به دمای اتاق برسد. بلافاصله بعد از باز شدن بسته بندی کیت باید آزمایش انجام شود زیرا این کیت ها به شدت در برابر رطوبت حساس هستند.

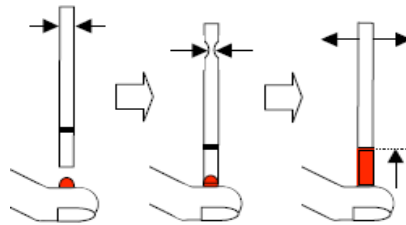
محتوای بسته کیت: کیت ، میکروپیپت جهت برداشت نمونه خون ، ماده خشک کننده ،

نحوه تهیه نمونه خون

خون تازه از نوک انگشت کف دست چپ بیمار را به طرف بالا نگه دارید و انگشت سوم را انتخاب نمایید، دستکش دست نمایید و نوک انگشت بیمار را با پنبه الکلی تمیز نمایید ، پنبه را محکم روی انگشت بیمار بکشید تا جرم و چربی آن پاک شود با یک حرکت سریع با لانتست استریل نوک انگشت را سوراخ نمایید کمی فشار داده شود تا نمونه خون خارج شود. دقت شود پوست و مخاطات فرد کاربر در تماس با خون بیمار قرار نگیرد

نحوه جمع آوری خون توسط میکروپیپت:

میکروپیپت را روی خون جاری از نوک انگشت قرار داده کمی انتهای میکروپیپت را فشار داده و بعد رها می کنیم خون به داخل میکروپیپت کشیده می شود. خون تازه کامل مخلوط شده با مواد ضد انعقاد را نیز می توان استفاده نمود، EDTA، هیپارین، یا اگزالات می توانند به عنوان مواد ضد انعقاد مناسب مورد استفاده قرار گیرند. در صورتی که بلافاصله امکان انجام آزمایش نباشد، می توان نمونه خون وریدی را که در لوله های آزمایش محتوی مواد ضد انعقاد نگهداری می شود تا ۷۲ ساعت در یخچال (در دمای ۲-۸ درجه) پیش از انجام تست نگهداری نمود. خون لخته شده را نمی توان به عنوان نمونه آزمایش استفاده کرد.



ساختار کیت



۳. پنجره
۱. محل قرار
جواندن
۲. محل
دادن نمونه
نتایج
ریختن
خون
بافر

نحوه انجام تست

پیش از گرفتن نمونه خون کیت RDT را از یخچال خارج نموده و قبل از انجام تست به دمای اتاق بیاورید. در پوش ویال مایع بافر را در جهت عقربه های ساعت بچرخانید تا نوک قطره چکان سوراخ شود. بسته را باز نموده و از داخل آن کیت، میکروپیپت

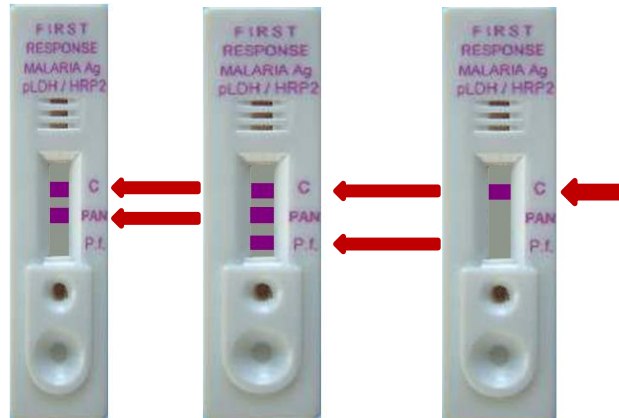
مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

جمع آوری کننده نمونه خون را خارج نمایید. بلافاصله بعد از باز شدن بسته بندی کیت باید آزمایش انجام شود زیرا این کیت ها به شدت در برابر رطوبت حساس هستند. ۵ میکرولیتر از نمونه خون با استفاده از میکروپیپت برداشته، و آن را بر روی قسمت مربوط به نمونه خون از کیت قرار دهید (به این ترتیب حدود ۵ میکرولیتر خون به قسمت مورد نظر کیت منتقل می شود). دو قطره از مایع بافر در قسمت بافر چکانده شود.

تفسیر نتایج:

نتیجه منفی: فقط یک نوار صورتی- بنفش در قسمت کنترل (قسمت C) از قسمت نتایج کیت مشاهده می شود.
نتیجه مثبت ویواکس: دو نوار صورتی بنفش در قسمت علامت گذاری شده PAN و کنترل (C) مشاهده می شود
نتیجه مثبت فالسیپاروم: سه نوار صورتی بنفش در قسمت علامت گذاری شده PAN، P.f. و کنترل مشاهده می شود



منفی

ویواکس

فالسیپاروم

توجه: در صورتی که هیچ نوار رنگی بر روی تست پدید نیاید، یا دو نوار در قسمت P.f. و PAN پدید آید، تست فاقد اعتبار بوده و می بایست با کیت دیگری آزمایش شود.

توجه: برای هر کیت، بافر خاص آن کیت باید مورد استفاده قرار گیرد (کیت و بافر کیت های مختلف نباید با هم مخلوط شود) در صورت عدم رویت رنگ تا ۳۰ دقیقه بعد کیت مورد بازبینی قرار گیرد.

توجه: در صورت مثبت شدن کیت درمان بر اساس نتیجه مثبت آغاز می شود (پلاسمودیوم یا فالسیپاروم) حتما در افرادی که کیت آن ها مثبت شده یا شک بالینی قوی وجود دارد لام خون محیطی باید بررسی شود. در صورتی که لام خون محیطی نشان دهنده عفونت مخلوط باشد، درمان ضد عود با پریماکین نیز باید تجویز شود.

توجه: حتما می بایست اطلاعات بیماران در فرم مخصوص بیماریابی ثبت شود

توصیه های ایمنی

در گرفتن نمونه خون و زدن لانسِت کلیه نکات ایمنی (از جمله استفاده از دستکش، ماسک، عینک و غیره) می بایست رعایت شود. دقت شود پوست و مخاطات فرد کاربر در تماس با خون بیمار قرار نگیرد. لانسِت استفاده شده حتما در جعبه ایمنی که برای امحاء سر سوزن ها استفاده می شود، انداخته شود. کیت به مصرف رسیده و میکرو پیپت و کلیه موارد مصرف شده در حین آزمایش به همین ترتیب داخل جعبه ایمنی با رعایت نکات ایمنی انداخته شود. محل انجام آزمایش با ماده ضد عفونی مناسب ضد عفونی شود.



کلیات بیماری های مشترک

در سیر تاریخ همیشه انسان به حیوانات به عنوان منبع مواد غذایی، حمل و نقل، کار و یا رو همدم وابسته بوده است. با وجود این، انواع بی شمار حیوانات نیز منشأ بیماری های ویروسی، باکتریایی و انگلی با انتقال به راه های منتقل به راه های مختلف، منجمله تماس مستقیم یا آلودگی آب، به انسان میباشند. این بیماری ها زئونوز هستند.

رادولف ویرشو در قرن ۱۹ به بیماری های مشترک انسان و حیوان نام زئونوس ها را اطلاق نمود و آن ها را تحت عنوان بیماری های عفونی که انسان از حیوانات اهلی می گیرد تعریف کرد. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، این بیماری ها را بر اساس مخزن انتشار آن ها در طبیعت به این شکل تعریف کرده اند: بیماری های مشترک بین انسان و حیوانات به آن گروه از بیماری ها و عفونت هایی اطلاق می شود که به طور طبیعی بین انسان و حیوانات مهره دار قابل انتقال می باشند. سالانه تعداد زیادی از انسان ها به علت تماس با حیوانات، بیمار می شوند یا جان خود را از دست می دهند. هم چنین با رواج برخی از سبک های زندگی غربی که به صورت ناقص و بدون آگاهی در جامعه ی ما مورد تقلید قرار می گیرد، شاهد افزایش حضور حیوانات در محیط





زندگی به ویژه در شهرها هستیم که نا خواسته پیامدهایی از جمله افزایش بیماری های مشترک بین انسان و حیوان را به دنبال داشته است. تعداد این بیماری ها در هر کشوری متغیر و اهمیت آن نیز متفاوت است. بر اساس گزارش های سازمان بهداشت جهانی از میان ۱۷۰۹ عامل بیماری زا، ۸۳۲ عامل یعنی ۴۹ درصد آن ها از طریق حیوانات به انسان منتقل می شوند .

طی سال ها و در بسیاری از کشورها این بیماری ها، با مخازن آن در حیوانات اهلی و وحشی، مشکلات بسیار زیادی را و بویژه در بین جمعیت ساکن و شاغل در نواحی روستایی موجب گردیده و هنوز هم باعث می شوند. اهمیت بیماری های زئونوتیک و انگلی و هم چنین بیماری های وابسته به مواد غذایی، به طور مداوم رو به افزایش بوده و اثرات بهداشتی و اجتماعی اقتصادی رو به رشد آن ها مورد توجه بسیاری از کشورها و بویژه اکثر کشورهای در حال توسعه می باشد. صرفنظر از ناراحتی ها، ابتلا و مرگ و میر ناشی از این بیماری ها در انسان، اثرات سوء ناشی از آن ها در تولیدات کشاورزی، کاهش قابلیت استفاده از مواد غذایی و ایجاد موانع در تجارت بین المللی از اهمیت ویژه ای برخوردار است .

تغییرات وسیع در دهه های گذشته، خصوصاً افزایش شهرنشینی (که در اکثر موارد با برنامه ناقص ظهور یافته)، نقل و انتقال وسیع جمعیت، گشایش نامناسب نواحی جدید مورد نیاز برای تولید مواد غذایی، افزایش تجارت گوشت، شیر و دیگر فرآورده های با منشأ حیوانی افزایش وسیع تعداد و سرعت وسائط نقلیه و حتی توریسم، مشکل زئونوزها را نه تنها در مناطق روستایی بلکه در سطح منطقه ای و در برخی موارد در سطح جهانی موجب گردیده است .

ارتباط نزدیک بین جوامع انسانی و حیوانات، مصرف شیر غیر پاستوریزه و فرآورده های لبنی، افزون سازی تولیدات حیوانی توأم با افزایش تجارت حیوانات و فرآورده های آن ها، تعداد زیاد سگ های ولگرد، کشتار غیر قانونی و دفع نامناسب و غیر بهداشتی ضایعات حیوانی به عنوان برخی از فاکتورهای اساسی موثر در عفونت انسان شناخته شده اند .

بخش بسیار وسیعی از مناطق مدیترانه و شبه جزیره عربی در شرایط هم سانی برای عفونت های زئونوتیک و بیماری های منتقله به وسیله مواد غذایی، به عنوان مثال بروسلوز، هاری، اکینوкокوزیس، لیشمانیازیس، سالمونلوزیس و غیره قرار دارند. فاکتورهای محیطی نقش مهمی را در اشاعه زئونوزها ایفا نموده و محیط فی نفسه از طریق تغییر شرایط بوم شناختی (اکولوژی) ناشی از این افزایش رنج می برد . اشاعه بیماری ها به آلودگی محیط نه تنها از طریق آلودگی بیولوژیک ناشی از عوامل و ناقلین خطرناک آن ها بلکه هم چنین از طریق بسیاری از معیارهای کنترل مورد استفاده، چون استفاده وسیع از حشره کش ها با نتایج دوررس در بسیاری از چرخه های بیولوژیک و تاثیر منفی بر سلامت انسان و دیگر موجودات زنده، کمک می نماید . تقریباً نیمی از جمعیت جهان از بیماری های مرتبط با آب و غذا رنج می برند . غالباً اهمیت این بیماری ها به عنوان مشکل بهداشت عمومی نادیده گرفته شده چونکه ارزیابی میزان بروز واقعی آن ها مشکل بوده و در بیش تر موارد شدت اثرات بهداشتی و اقتصادی ناشی از آن ها به درستی و به طور کامل درک نمی شود. علاوه بر این، اطلاعات معتبر از اشاعه عفونت های زئونوتیک ناشی از مواد غذایی در بین جوامع انسانی و منشأ آلودگی مواد غذایی در اکثر کشورهای منطقه خاورمیانه اندک است .

راه های انتقال بیماری های مشترک انسان و دام

۱- مستقیم : تماس بسیار نزدیک و مکرر انسان با حیوانات احتمال انتقال مستقیم عوامل عفونی بیماری های مشترک و ابتلا به آن ها را تشدید می کند مثل تب مالت، کیست هیداتید و غیره .

۲- غیر مستقیم : به طور طبیعی انسان از طریق خاک و مواد غذایی آلوده و یا بند پایان خون خوار به روش غیر مستقیم در معرض ابتلا قرار می گیرد .

افراد در معرض خطر

دامپزشکان، کارکنان کشتارگاه ها ، دامداران، شیردوشان و کسانی که در کارخانه های فرآورده های حیوانی کار می کنند، کشاورزان، کارگران فاضلاب ها، ماهیگیران، شکارچیان و معدنچیان که در فعالیت های شغلی خود با گل و خاک آلوده با ترشحات عفونی حیوانات در تماس هستند ، نیز دیده می شود .





پیشگیری و کنترل

مبارزه با بیماری های مشترک به دلایل مختلف از جمله وجود مخازن متعدد و لزوم همکاری سازمان ها و ارگان های متفاوت دولتی و خصوصی از پیچیدگی و مشکلات خاصی برخوردار است و به همین دلیل کوشش های بیش تری را می طلبد. با توجه به اینکه بیماری های مشترک انسان و حیوان در کشور ما نیز جزو معضلات و مشکلات بهداشتی و هم چنین اقتصادی می باشد لذا بر پایه سه راهکار اساسی آموزش - هماهنگی بین بخشی و مراقبت بیماری جهت کنترل این بیماری ها - که عمده تاً بیماری های تب مالت ، سالک ، هاری، کیست هیداتید و سیاه زخم می باشد - برنامه ریزی شده است

بخش بسیار وسیعی از مناطق مدیترانه و شبه جزیره عربی در شرایط همسانی برای عفونت های زئونوتیک و بیماری های منتقله به وسیله مواد غذایی، به عنوان مثال بروسلوز، سل، لیستریوز، هاری، اکینوкокوزیس، لیشمانیازیس، سالمونلوزیس، کمپیلوباکتریوز، عفونت های آنترهومورائیک اشريشیاکلی و غیره قرار دارند.

- تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشی.
- تقویت سیستم گزارش دهی و اطلاع رسانی درمورد شیوع بیماری در انسان و حیوان.
- آموزش جامعه در مورد راههای انتقال و پیشگیری بیماری.
- آموزش کادر فنی بخش بهداشت و دامپزشکی
- تقویت کنترل کیفی واکسن های دامی مورد نیاز در بخش دامپزشکی
- تامین و تقویت تولیدات داخلی ، واکسن های دامی در بخش دامپزشکی.
- تامین غرامت مناسب برای دام آلوده کشتار شده ، خصوصاً در مورد تب مالت.
- نظارت کیفی مواد لبنی در مراحل تهیه ، تولید و توزیع
- واکسیناسیون دامهای واجد شرایط واکسن در مورد بیماری های تب مالت، شاربن و ...
- بهسازی محیط به منظور محدود کردن محل های تجمع سگ های ولگرد برای پیشگیری از بیماری های هاری، کیست هیداتیک و سالک نوع شهری.
- مبارزه با ناقلان بیماری.
- کاهش مخزن بیماری.
- تقویت پست های قرنطینه بین استان ها و بین مرزی.
- سالم سازی محصولات دامی برای استفاده بهینه.

سالک (لیشمانیوز جلدی) – (Cutaneous leishmaniasis)

تعریف بیماری سالک

سالک یا لیشمانیوز جلدی (Cutaneous leishmaniasis, CL)، یک بیماری انگلی و بومی در ایران است که به وسیله پشه خاکی منتقل شده و معمولاً به صورت زخم پوستی تظاهر می کند و ممکن است تا بیش از یک سال طول بکشد ولی محل آن بعد از بهبودی تا پایان عمر باقی می ماند و موجب اذیت و آزار بیمار می شود

وضعیت سالک در جهان و ایران:





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

سالانه حدود ۲ میلیون مورد جدید بیماری سالک در سراسر جهان اتفاق می افتد که بالغ بر ۹۰٪ آن در کشورهای افغانستان، پاکستان، ایران، عراق، سوریه، اردن، الجزایر، تونس، مراکش و عربستان سعودی مشاهده می شود. در سال ۱۳۸۷، بالغ بر ۲۶ هزار مورد سالک در ایران ثبت و گزارش شده است. بیش از ۹۰٪ موارد بیماری در ۸۸ شهرستان کشور اتفاق افتاده است و در ۱۷ استان انتقال بیماری صورت می گیرد. دو نوع سالک شهری و روستایی در ایران وجود دارد که بسیاری از استان ها به خصوص در مناطق روستایی سالک نوع روستایی (بیش از ۷۰٪ موارد مبتلا) و در شهرهای بزرگ و متوسط سالک نوع شهری شایع است.

عواملی که در افزایش موارد و گسترش سالک نقش دارند شامل:

- ناکافی بودن آگاهی جامعه در مورد حفاظت فردی
- ناکافی بودن اقدامات بهداشت محیط شامل جمع آوری زباله ها و نخاله های ساختمانی و نبودن سیستم فاضلاب مناسب
- نگهداری دام ها و پرندگان در مجاورت اماکن انسانی
- زندگی در شرایط بهداشتی نامناسب به خصوص در حاشیه شهرها ساخت اماکن مسکونی، محله ها، تالانه ها، حهنگا:
- مهاجرت افراد حساس به کانون های آلوده
- عدم بیماریابی فعال به خصوص در نوع شهری
- کامل نکردن دوره درمان
- تغییرات آب و هوایی و بروز حوادث طبیعی و بلایا شامل خشکسالی، زلزله، توفان و... که موجب هجوم جوندگان صحرائی به اماکن انسانی و ایجاد محیط مناسب جهت تکثیر ناقل بیماری می گردد.
- افزایش جمعیت سگ های ولگرد به خصوص در حاشیه شهرها
- وجود ساختمان های مخروبه
- گسترش کشاورزی
- استفاده از کودهای غیر استاندارد در مراتع
- استفاده از گیاهان مناسب جهت تکثیر جوندگان صحرائی برای تثبیت شن های روان و بیابان زدایی

انواع سالک در ایران:

۱- سالک شهری، خشک (Anthroponotic Cutaneous Leishmaniasis (ACL): به دلیل نبودن ترشحات در سالک شهری به آن نوع خشک نیز گفته می شود و عامل آن انگلی به نام لیشمانیا تروپیکا (*L.tropic*) است. انگل بیماری توسط پشه خاکی اهلی به نام فلبوتوموس سرجنٹی (*Phlebotomus sergenti*) از انسان به انسان منتقل می شود. مخزن اصلی بیماری انسان است و به همین دلیل به آن ACL گفته می شود و سگ مخزن تصادفی می باشد.

علائم بیماری: دوره کمون در سالک شهری (خشک، ACL) طولانی تر از نوع روستایی (مرطوب، ZCL) بوده و به طور معمول ۲ تا ۸ ماه می باشد. سپس در محل گزش پشه، برجستگی کوچک سرخ رنگی ظاهر می شود. پس از گذشت ۲ تا ۳ ماه ضایعه برجسته با قوامی نسبتاً سفت در می آید. کم کم در روی آن فرو رفتگی ایجاد شده و به تدریج ضایعه به صورت زخمی باز در می آید. زخم حدودی مشخص و حاشیه ای نامنظم و برجسته دارد.





تمام ماه های سال به طور شیراز، کرمان، نیشابور، یزد، بم

موارد بیماری با توجه به دوره کمون و انتقال آن معمولاً در یکسان بروز می کند. سالک نوع شهری در شهرهای مشهد، تهران، و ... وجود دارد و ممکن است در هر منطقه شهری دیگر اتفاق بیفتد.

Cutaneous Leishmaniasis

۲- سالک روستایی، مرطوب (ZCL), Zoonotic

به دلیل وجود ترشح در ضایعه سالک روستایی به نام نوع مرطوب نیز گفته می شود و عامل آن انگلی به نام لیشمانیا ماژور (L.major) است.

انگل بیماری توسط پشه خاکی نیمه وحشی به نام فلپوتوموس پاپاتاسی (*Phlebotomus papatasi*) از برخی موش های صحرایی به انسان منتقل می شود که چهار گونه رومبومیسی اپیموس، مریونس لیبیکوس، مریونس هوریانه و تاترا ایندیکا در ایران به عنوان مخازن اصلی سالک روستایی شناخته شده اند به همین دلیل به آن ZCL گفته می شود.

علائم بیماری: در سالک روستایی دوره کمون معمولاً کم تر از ۴ ماه است. ضایعه به صورت جوش ظاهر شده سپس زخمی و به سرعت بزرگ و دور آن پر خون می شود. زیر لبه زخم معمولاً برجسته و زخم، دارای ترشح است. به دلیل آن که فعالیت پشه خاکی در اکثر نقاط کشور از اردیبهشت ماه شروع شده و حداکثر در شهریورماه می باشد، این شکل بیماری طی ماه های آبان و آذر شایع تر است. سالک نوع روستایی در استان های اصفهان، فارس، خوزستان، کرمان، گلستان، خراسان رضوی، خراسان شمالی، خراسان جنوبی، بوشهر، هرمزگان، سمنان، سیستان و بلوچستان، یزد، ایلام و... وجود دارد.



تعاریف مورد مبتلا به بیماری سالک :

مورد مشکوک : وجود پاپول یا هر نوع ضایعه پوستی منطبق با علائم بالینی به خصوص در نقاط باز بدن که بیش از ۱۴ روز طول کشیده باشد.

مورد محتمل : مورد مشکوک به همراه وجود سابقه اپیدمیولوژیک در منطقه، یا سابقه ابتلا به سالک در همان محل و احتمال عود آن

مورد قطعی :

- دیدن انگل در اسمیر تهیه شده از ضایعه پوستی





• کشت مثبت انگل یا نتیجه مثبت آزمایشات تخصصی دیگر (مانند PCR و....) که در آزمایشگاههای تخصصی (رفرانس) انجام می شود.

محل تکثیر و زندگی پشه ناقل بیماری:

حداکثر خون خواری پشه حاکی در غروب آفتاب شروع و در طول شب ادامه دارد. پشه حاکی روزها را در جای تاریک و مرطوب به خصوص زیر تخت ها، پشت کمدها، شکاف دیوارها و گوشه دیوارها، زیر زمین، لانه های پرندگان، جوندگان و زیر تخته سنگ ها استراحت می کند. محل تکثیر پشه حاکی در زباله ها، نخاله های ساختمانی، کود و فضولات دام ها و مخروبه ها می باشد.

درمان:

درمان سالک به دو صورت موضعی و سیستمیک انجام می پذیرد. جهت درمان موضعی تزریق داخل ضایعه گلوکانتیم هفته ای یک بار و کرایوتراپی هر دو هفته یک بار انجام می گیرد. در صورت در دسترس نبودن هر یک، دیگری با روش ذکر شده به کار می رود که حداکثر ۱۲ هفته کاربرد دارد. درمان سیستمیک شامل تزریق عضلانی گلوکانتیم می باشد که در نوع روستایی ۲ هفته و در نوع شهری ۳ هفته می باشد.

در موارد زیر باید از درمان سیستمیک استفاده شود:

- ضایعات صورت
- ۵ ضایعه یا بیش تر
- قطر ضایعه بزرگتر از ۳ سانتیمتر
- اشکال اسپیروتریکوئید (ندول های زیرجلدی)
- ضایعه روی مفصل
- موارد عود یا شکست درمان

در غیر این صورت درمان موضعی انجام خواهد شد.

پانسمن زخم: محل ضایعه ۱ الی ۲ بار در روز با آب لوله کشی یا آب بهداشتی و صابون شستشو داده می شود و سپس در نوع روستایی با بتادین یا ریوانول و در نوع شهری با یک پماد آنتی بیوتیکی یا پماد اکسید روی پانسمن می شود. در ضایعات نوع شهری بهتر است از دورکننده های حشرات نیز در اطراف پانسمن استفاده شود.

پیشگیری از انتقال و گسترش بیماری :

۱. ارتقاء آگاهی جامعه در مورد اهمیت سالک، راه های انتقال و اقدامات پیشگیری کننده با استفاده از روش های مناسب

آموزشی

۲. استفاده از پشه بند، توری و پرده با منافذ ریز و آغشته به سم دلتامترین به خصوص در هنگام غروب و در طول شب
۳. استفاده از لباس های کاملاً پوشیده با آستین های بلند و شلوار بلند به خصوص هنگام غروب و در طول شب.
۴. استفاده از پمادهای دورکننده حشرات به خصوص در هنگام غروب و در طول شب
۵. عدم رفت و آمد به مناطق آلوده در هنگام غروب و در طی شب
۶. جمع آوری به موقع زباله ها و نخاله های ساختمانی و امثال آن ها به مکانی با فاصله مناسب از اماکن مسکونی
۷. تخریب خانه های مخروبه و انتقال نخاله ها به مکانی با فاصله مناسب
۸. عدم نگهداری دام ها در نزدیکی مناطق مسکونی





مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

۹. کنترل جمعیت جوندگان
۱۰. از بین بردن سگ های ولگرد
۱۱. بیماریابی فعال در کانون های شهری و کانون های جدیداً آلوده
۱۲. بروز ضایعه پوستی که بیش از ۱۴ روز طول کشیده باشد، مشکوک به سالک است و باید بررسی شود.
۱۳. تداوم و تکمیل دوره درمانی
۱۴. رعایت پانسمان محل زخم تا زمان بهبود به نحوی که روی زخم باز نباشد.
۱۵. پاستوریزه کردن کودها
۱۶. عدم ساخت اماکن مسکونی و مجتمع های صنعتی، سیاحتی و ورزشی در مجاورت لانه های جوندگان

بیماریابی :

با توجه به این که سالک در بسیاری از نقاط کشور ما بومی است، لذا در صورت مشاهده هر نوع ضایعه پوستی منطبق با علائم بالینی سالک که بیش از ۱۴ روز طول کشیده باشد بایستی به سالک مشکوک شد. در صورتی که بیمار سابقه مسافرت به مناطق اندمیک داشته باشد یا سابقه وجود بیماری در سایر افراد خانواده یا همسایگان بیش تر بایستی به بیماری سالک مشکوک شد.

بیماریابی غیرفعال :

در نوع سالک روستایی (ZCL) اصولاً بیماریابی غیرفعال است بدین معنی که با توجه به آموزش های داده شده به کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، پزشکان بخش خصوصی و دولتی و بهورزان، بیمارانی که مراجعه می کنند و دارای ضایعه مشکوک می باشند شناسایی و پس از ثبت مشخصات، بیمار به وسیله فرم بیماریابی به آزمایشگاه سالک شهرستان ارجاع می شود (به روش تکمیل فرم شماره ۱ مراجعه شود). بدیهی است که در نوع سالک شهری نیز ممکن است موارد بیماری بدین روش تشخیص داده شود به خصوص در طی مراحل بیماریابی فعال.

بیماریابی فعال :

در مناطقی که سالک شهری (ACL) آندمیک است یا جدیداً بروز کرده و تشخیص داده شده است بایستی حداقل هر فصل یک نوبت بیماریابی فعال خانه به خانه به همراه آموزش چهره به چهره خانواده ها صورت گیرد (به روش تکمیل فرم شماره ۱ مراجعه شود). چون در نوع شهری مخزن اصلی بیماران مبتلا به سالک می باشند پس با تشخیص آنان و درمان شان و با آموزش آنان برای پوشاندن محل زخم، مخزن بیماری از بین رفته لذا زنجیره انتقال بیماری قطع می شود. در فاصله بین دو برنامه بیماریابی فعال جهت بررسی افراد خانواده و همسایگان بیماران جدید به طور فعال اقدام می گردد.



کالآزار

تعریف بیماری

بیماری کالآزار یک بیماری تب دار عفونی انگلی است که عامل آن تک یاخته ای از جنس لیشمانیا می باشد و بیماری قابل انتقال بین انسان و حیوان Zoonose است.

نحوه انتقال بیماری

انتقال از طریق نیش پشه خاکی های آلوده می باشد. به ندرت انتقال از طریق گاز گرفتن توسط یک جونده آلوده نظیر ها مستر ، پیوند اعضا و تلقیح تصادفی در کارکنان آزمایشگاه صورت می گیرد. دوره نهفتگی بیماری چند هفته تا چند ماه است و در ایران غالباً بیماری در اطفال زیر ۱۰ سال به خصوص کودکان ۶ ماهه تا ۲ ساله دیده می شود و بزرگسالان به خصوص تازه واردین به مناطق آلوده ممکن است مبتلا گردند. در ایران بیماری به دو فرم حاد و مزمن بروز می کند.



شکل حاد بیماری با شروع ناگهانی تب شدید، گاهی استفراغ و لرز است. در عرض یک تا دو هفته تب دائم و یا منقطع ، بزرگی طحال و کبد ، تورم غدد لنفاوی و خونریزی های زیر جلدی دیده می شود. در بعضی موارد بیماران علایمی شبیه بیماری حصبه دارند که همراه با ضعف عمومی و تب بالا رونده تا ۴۰ درجه سانتی گراد می باشد.

لیشمانیوز احشایی در سگ

اولین نشانه های این بیماری در سگ ها لاغری و غیر فعال شدن ، کم شدن موها به خصوص در اطراف چشم ها ، ضایعات پوسته دار، زخم ، کشیده شدن پنجه ها و ترشحات چرکی چشم می باشد.



مخزن بیماری

در ایران مخزن اصلی بیماری گوشت خواران وحشی (روباه - شغال) و سگ های خانگی می باشند و انسان به طور تصادفی مبتلا می گردد.

روشهای تشخیص

در مناطق بومی با توجه به نشانه های بالینی یعنی تب ، بزرگی طحال و کبد و کاهش گلبول های سفید خون (کم تر از ۴۰۰۰ گلبول سفید در هر میلی متر مکعب خون) بیماری کالازار مطرح می شود .
تشخیص قطعی تنها بر اساس مشاهده مستقیم انگل در مواد حاصل از آسپیراسیون مغز استخوان ، یا غدد لنفاوی پس از تهیه گسترش و روش رنگ آمیزی و هم چنین استفاده از محیط کشت مخصوص و یا تست های سرولوژیک اختصاصی امکان پذیر می باشد.

درمان

در صورت عدم درمان ۷۵-۹۵ درصد بیماران مبتلا به فرم پیشرفته بیماری خواهند مرد و درمان به موقع منجر به بهبودی خواهد شد. استراحت در بستر، مراقبتهای پرستاری از نظر بهداشت، رژیم غذایی حاوی پروتئین کافی، ویتامین های ضروری از مسائل عمده در درمان یک بیمار مبتلا به کالازار است. درمان دارویی اختصاصی استفاده از ترکیبات پنج ظرفیتی انتی مان می باشد.

پیشگیری

مراقبت های پیشگیری کننده فردی نظیر استفاده از لباس و پوشاندن مناطق باز بدن (به خصوص در ساعات غروب) ، مصرف پمادهای دور کننده حشرات و استفاده از پشه بند در هنگام استراحت می باشد.

انتشار بیماری در ایران

بیماری کالازار در ایران در استان اردبیل در شهرستان مشکین شهر، در جنوب فارس در شهرستان جهرم و روستاهای اطراف به شکل بومی وجود دارد.





بروسلوز (بیماری تب مالت)

اهمیت بیماری:

بروسلوز (بیماری تب مالت) در انسان نشان دهنده گسترش بیماری در حیوانات است. معمولاً عفونت در انسان به تماس مستقیم با حیوانات آلوده یا فرآورده های آن ها وابسته است. تماس با حیوانات دچار سقط جنین و مصرف شیر آلوده یا فرآورده های آن مخاطرات اصلی می باشند. در سطح جهانی، اکثر موارد بروسلوز انسانی در نتیجه بروسلا ملی تنسیس اتفاق افتاده که مهاجم ترین و بیماریزاترین گونه در بین گونه های جنس بروسلا میباشد. معمولاً عفونت ناشی از بروسلا آبورتوس در انسان خفیف تر بوده و بروسلا کنیس کم ترین تهاجم را از بین چهار گونه برای انسان دارد و بروسلا سوئیس بیماری زایی زیادی داشته و غالباً عوارض شدیدی چون آبسه های بافتی عمقی را موجب می گردد. عفونت های انسانی ناشی از باکتری های بروسلا همیشه بیش از موارد مبتلا با علائم بالینی می باشد. نسبت موارد بدون علامت به بالینی بروسلوز ممکن است ۸ به ۱ و یا بالاتر باشد.

به علت عدم وجود اطلاعات کافی از وقوع بیماری در انسان و حیوانات در بسیاری از کشورها، یا بدلیل فقدان تسهیلات تشخیصی و گزارشی، تخمین دقیق از میزان شیوع بروسلوز در سطح جهانی وجود ندارد. علاوه بر این، بسیاری از موارد بروسلوز در انسان خفیف بوده یا با تظاهرات بالینی غیر معمول همراهی شده که به درستی تشخیص داده نمی شود. در اکثر موارد، تعریف بروسلوز حاد یا مزمن بدلیل نشانه های بالینی مختلف مطرح می شود. گاهی شواهد سرولوژی بروسلوز در افرادی بدون تاریخچه ای از علائم بیماری دیده شده، که بدلیل تولید آنتی بادی های ناشی از تماس با بروسلا و بدون ایجاد تظاهرات بالینی بوده است. به طور معمول این وضعیت در افرادی با سابقه تماس با حیوانات بیمار مشاهده می گردد. بدیهی است که علائم بالینی خفیف در چنین بیمارانی مورد توجه قرار نگیرد .





بروسلوز انسانی با شکایات غیراختصاصی، چون درد پشت و دردهای مفصلی مشابه تب روماتیسمی مشخص می گردد . درگیری کبد در بروسلوز در مراحل ابتدایی وجود دارد و غیر طبیعی بودن نمونه کبد پس از مرگ ثابت شده است . بیماران مبتلا به بروسلوز، باکتری را از طریق ادرار دفع نموده، که ممکن است مدت زیادی بعد از بر طرف شدن علائم بالینی طول بکشد . اندوکاردیت عفونت ناشی از بروسلا نادر بوده . اما عارضه بالقوه کشنده ای است . در سال ۱۸۹۷ Hughes، انتقال بروسلوز را از طریق هوای آلوده با باکتری های موجود در خاک آغشته به مدفوع حیوانات عفونی پیشنهاد نمود . در زمان شرح اولیه بیماری در انسان، لوله گوارش به عنوان راه ورود بروسلا شناخته شده است . شیر آلوده حیوانات و فرآورده های غیرپاستوریزه تهیه شده از آن متداول ترین منشاء انتقال دهانی بروسلا بوده، هرچند که گوشت خوب پخته نشده نیز به عنوان منشاء بالقوه بروسلوز غذایی ذکر شده است . آلودگی از طریق پوست روش متداول عفونت با بروسلا بوده، هرچند که تظاهرات پوستی بروسلوز کمیاب هستند . انواع ضایعات چشمی در بیماران مبتلا به بروسلوز توصیف شده اما غالباً اتیولوژی و رابطه آن ها با عفونت بروسلا مبهم است . کنترل بروسلوز به حذف و ریشه کنی بیماری در منشاء آن، یعنی حیوانات وابسته است .

تاریخچه

بروسلوز بیماری عفونی ناشی از باکتری هایی است که اکنون به احترام David Bruce ، کاشف اولیه ارگانسیم از طحال سربازان انگلیسی تلف شده در جزیره مالت در سال ۱۸۸۷ ، بروسلا نامیده می شوند .

وضعیت بیماری در ایران

تعیین میزان شیوع بیماری تب مالت بدلیل عدم گزارش کامل موارد بیماری مشکل است ولی با وجود سیستم مراقبت، گزارشات جاری می تواند مبین روند میزان بروز واقعی بیماری باشد . با بررسی تعداد و میزان بروز بیماری در کشور، بیماری از سال ۱۳۵۹ لغایت ۱۳۶۸ رو به افزایش بوده است و از سال ۱۳۶۸ لغایت ۱۳۸۹ با شروع برنامه های اول و دوم توسعه از ۱۷۰ مورد در صد هزار نفر به حدود ۱۵،۹ درصد هزار نفر رسیده است و به دنبال ارتقاء سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری روند نسبتاً رو به افزایش بیماری از سال ۱۳۷۸ لغایت ۱۳۸۴ وجود داشته است و از سال ۱۳۸۵ به دنبال موفقیت در افزایش پوشش واکسیناسیون دام ها روند بیماری رو به کاهش بوده است . ایجاد هماهنگی بین بخشی، استاندارد کردن تعاریف بیماری، آموزش جامعه و کارکنان بهداشتی، افزایش گزارش دهی، افزایش کارخانجات تولید فرآورده های لبنی پاستوریزه، افزایش پوشش واکسیناسیون دامی از عوامل مؤثر در کنترل و پیشگیری بیماری در دام و نهایتاً در انسان می باشند .

پراکندگی بیماری در کشور در سال ۸۹

- استان های با آلودگی بسیار بالا (میزان بروز ۳۱-۴۱) آذربایجان شرقی، همدان، لرستان، مرکزی، خراسان جنوبی، آذربایجان غربی و کرمانشاه .
- استان های با آلودگی بالا (میزان بروز ۲۱-۳۰) خراسان رضوی، کردستان و زنجان .
- استان های با آلودگی متوسط (میزان بروز ۱۱-۲۰) گلستان، ایلام، قزوین، چهارمحال و بختیاری، سمنان، اردبیل، کرمان، مازندران، خراسان شمالی، فارس و یزد .
- استان های با آلودگی پایین (میزان بروز ۰-۱۰) خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد، اصفهان، سیستان و بلوچستان، قم، گیلان، هرمزگان، تهران، البرز، بوشهر .
- بیماری در تمامی سنین وجود دارد ولی وفور آن در سنین ۲۰-۳۰ سالگی می باشد، یعنی نیروی فعال و کار آمد کشور در معرض خطر این بیماری هستند .
- بیماری در هر دو جنس دیده می شود ولی با اختلاف کمی در جنس (مذکر ۵۵،۴ درصد) بیش تر از جنس (مؤنث ۴۴،۶ درصد) دیده می شود .





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

- بیماری را نمی توان انحصاراً یک بیماری شغلی محسوب نمود ولی شغل به عنوان یک عامل خطر در ابتلا به بیماری مطرح است به خصوص نزد خانم‌های خانه‌دار (خانم‌های خانه‌دار عمدتاً به عنوان دامداری و کشاورزی دوشادوش همسرانشان در مناطق روستایی به فعالیت می پردازند)، دامداران و کشاورزان.

- بیماری در تمام فصول وجود دارد اما در فصل بهار و تابستان هم زمان با فصل زایش و شیردهی دامها بیشتر دیده می شود.

- بیماری در منطقه روستایی (۷۷٪) بیش تر از منطقه شهری (۲۳٪) می باشد که مرتبط با تماس با دام آلوده و استفاده از فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه در مناطق روستایی میباشد.

عامل بیماری:

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

۱- بروسلا ملی تنسیس (Brucella Melitensis دارای ۳ سروتایپ):

اکثر موارد عفونت بروسلا ملی تنسیس در ارتباط با تماس مستقیم و غیرمستقیم با گوسفند یا بز آلوده و یا فرآورده های آن ها می باشد. بر طبق تعداد موارد گزارش شده و هم چنین در ارتباط با شدت بیماری، بروسلا ملی تنسیس مهم ترین عامل بروسلوز انسان بوده، هرچند انتشار جغرافیایی آن محدودتر از بروسلا آبورتوس است .

۲- بروسلا آبورتوس (Brucella Abortus دارای ۷ بیوتایپ):

بروسلا آبورتوس کم تر از بروسلا ملی تنسیس برای انسان بیماری زا بوده و نسبت بیش تری از عفونت ها خفیف یا بدون علامت بوده است . گاو مهم ترین منشاء عفونت بوده اما دیگر انواع حیوانات مانند گاو میش، شتر و گاو کوهان دار تبتی می توانند از اهمیت محلی برخوردار باشند . گاهی موارد شیوع عفونت بروسلا آبورتوس در گله های گوسفند در نتیجه تماس با گاوهای آلوده اتفاق می افتد. بیوتایپ ۳ بروسلا آبورتوس به عنوان تایپ بومی ایران شناخته شده است.

۳- بروسلا سوئیس (Brucella Suis دارای ۵ بیوتایپ):

عامل سقط جنین خوک است. عفونت بروسلا سوئیس انتشار جغرافیایی محدودتر از بروسلا آبورتوس یا بروسلا ملی تنسیس داشته و هر یک از بیوتای پهای آن خصوصیات ویژه ای دارند، اکثر عفونت های انسانی منتقله از خوک به وسیله بایوتایپ های ۱ و ۳ بروسلا سوئیس اتفاق می افتد.

۴- بروسلا کنیس (Brucella Canis):

میزبان اختصاصی بروسلا کنیس سگ است و بیماریزایی کمی برای انسان دارد . موارد بالینی عفونت تشخیص داده شده و بررسی های سرولوژی مؤید آن است که عفونت های بدون علامت انسان در نواحی که بیماری در سگ شایع است، متداول میباشد.

را ههای سرایت بیماری:

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

۲- مصرف بافت ها، مواد غذایی یا مایعات حاوی باکتری بروسلا مانند : شیرخام و فرآورده های لبنی آلوده خصوصاً پنیر تازه، خامه و سر شیر، موارد بروسلوز انسانی ناشی از گوشت و فرآورده های آن کم تر از استفاده از فرآورده های لبنی آلوده میباشد با این وجود گوشت، اعضاء و خون تمامی انواع حیوانات ممکن است حاوی بروسلا باشد.

۳- انتقال تنفسی از طریق استنشاق ذرات عفونی معلق در آغل، اصطبل و آزمایشگاه: انتقال بروسلوز از انسان به انسان بسیار نادر است. تلقیح مصنوعی، واکسیناسیون و نمونه برداری از خون در برنامه های خون گیری از گاو به موارد متعدد بروسلوز در بین دامپزشکان و تکنسین ها منجر شده است .



**دوره نهفتگی:**

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

علائم بیماری:

به طور کلی بیماری به صورت حاد یا مودینه شروع شده و با تب مداوم یا منظم با دوره های متناوب، تعریق فراوان به خصوص در شب، خستگی، بی اشتهاپی و کاهش وزن، سردرد، درد عضلانی و درد عمومی بدن تظاهر می کند. علائم بیماری تا حد زیاد وابسته به نوع بروسلا است و بر اساس شدت بیماری به اشکال حاد، تحت حاد، مزمن و موضعی بروز می نماید.

۱- **نوع حاد:** در این شکل بیمار گرفتار لرز ناگهانی، درد عمومی بدن به خصوص درد پشت بوده و عرق شدید دارد. بیمار اشتهای خود را از دست داده و از ضعف و سستی شکایت دارد.

۲- **نوع تحت حاد:** اغلب اوقات حالت تب دار اولیه وجود نداشته و آغاز آن بی سرو صدا می باشد ولی گاهی به دنبال مرحله تب دار حاد شروع می شود. شکایت اصلی بیمار از ضعف و خستگی است.

۳- **نوع مزمن:** غالباً علائم بعد از یک دوره تب دار برای سال ها باقی می ماند.

۴- **نوع لوکالیزه (موضعی):** باکتری های بروسلوز می توانند در اعضاء مختلف بدن ایجاد عفونت موضعی نمایند، شایع ترین اعضاء مبتلا شامل استخوان ها، مفاصل، سیستم اعصاب مرکزی، قلب، ریه، طحال، بیضه ها، کبد، کیسه صفرا، کلیه ها، پروستات و پوست می باشند. ممکن است عفونت موضعی به طور همزمان در چند محل نیز ایجاد شود، این شکل بیماری در اغلب موارد در ارتباط با نوع مزمن بیماری است، اگرچه به عنوان یکی از عوارض شکل حاد بیماری بدلیل بروسلا ملی تنسیس یا بروسلا سوئیس مطرح است.

تشخیص آزمایشگاهی بیماری

معیار تشخیص آزمایشگاهی مبتنی بر موارد زیر است:

الف) جداکردن عامل (گونه های بروسلا) از نمونه های بالینی در محیط کشت؛

ب) تیترا آگلوتیناسیون بروسلا ($STAT \geq 1/80$) یا آزمایش سروآگلوتیناسیون در یک یا چند نمونه از سرمی که بعد از شروع علائم تهیه شده باشد، یا افزایش چهار برابر و یا بیش تر تیترا آگلوتیناسیون بروسلا به فاصله ۲ هفته بعد از آزمایش اولیه؛
ج) آزمایش $2ME \geq 1/40$

د) آزمایش کومبس رایت (Coombs Wright) با فاصله ۳ رقت بالاتر از رایت انجام شده معمولاً این مرحله در نمونه های با رایت ضعیف و منفی بیش ترین ارزش را دارد (تصمیم گیری در مورد درمان بیمار با نتیجه تیتراکومبس رایت و بررسی علائم بالینی و اپیدمیولوژیک به عهده پزشک می باشد).

درمان:

کمیته فنی کشوری، درمان بیماری تب مالت را الزاماً ترکیبی و با بیش از یک دارو توصیه می نماید.

مراقبت بیماری

مورد مظنون: وجود علائم کلینیکی سازگار با بیماری تب مالت همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوان مشکوک یا قطعی مبتلا به بروسلوز یا فرآورده های آلوده حیوانی؛

مورد محتمل: مورد مظنون که آزمایش رایت آن دارای تیترا مساوی یا بیش تر از $1/80$ باشد؛





مورد قطعی: مورد مظنون یا احتمالی که با معیار تشخیص های قطعی آزمایشگاهی همراه باشد

وظایف خانه بهداشت

۱. بیماریابی موارد مشکوک یعنی افراد با داشتن علامت های بالینی منطبق با بیماری تب مالت مثل تب (علی الخصوص تب مستمر یا متناوب یا نامنظم با طول مدت متفاوت)، عرق فراوان به خصوص شب ها، خستگی، بی اشتها، 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 توانند مشکوک به بیماری تلقی شوند. عفونت های موضعی اعضای مختلف نیز ممکن است دیده شود که در این صورت به پزشک معرفی می گردند

۲. ارجاع موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی روستایی جهت معاینه توسط پزشک و انجام آزمایشات لازم و تشخیص

قطعی

۳. ثبت موارد مثبت بازگشت داده شده از مرکز بهداشتی، درمانی و بیمارستان ها در فرم پیگیری بیماری ها

۴. پیگیری بیمارانی که از نظر بیماری تب مالت مثبت تشخیص داده شده اند و نظارت بر مصرف داروی آن ها

۵. آموزش مستمر و پیگیری 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

۶. تکمیل فرم پیگیری بیماری ها و ارسال به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه

۷. شناسایی خانوارهای دارای دام مبتلا به بیماری تب مالت و دام های واجد شرایط واکسیناسیون

تعداد دام واجد دریافت واکسن توسط بهورزان شناسایی و بعد از ارائه به مرکز بهداشتی درمانی به واحدهای دامپزشکی اعلام تا جهت تلقیح واکسن به روستای مورد نظر اعزام شوند. کارکنان دامپزشکی پس از انجام واکسیناسیون بر اساس دستورالعمل اجرایی مبارزه با بروسلوز سازمان دامپزشکی کشور با بررسی و تکمیل مجدد اسامی دامدارانی که در اولین مرحله مورد اقدام قرار نگرفتند به محض ارسال لیست مجدد نسبت به تکمیل واکسیناسیون اقدام می نمایند و به هر روستا مراجعه و دام ها را تحت پوشش قرار خواهند داد و تمامی دام های واکسینه شده با پنس تکه برداری، مشخص و علامت گذاری خواهند شد.

خانوارهای دارای دام های سقط شده توسط بهورز شناسایی و مشخصات آن ثبت می شود تا به اطلاع ایستگاه دامپزشکی رسانده شود، پس از آن بدون توجه به نتیجه آزمایش دام سقط شده نسبت به واکسیناسیون کل گله با توجه به سیاست های سازمان دامپزشکی کشور توسط اداره دامپزشکی شهرستان اقدام می شود.

عوامل مؤثر بر کاهش میزان بروز و شیوع بروسلوز (بیماری تب مالت) در انسان:

حرارت جوش (استریلیزاسیون) به مدت ۱ دقیقه یا پاستوریزاسیون (۶۸ درجه سانتی گراد) به مدت ۱۵ دقیقه میکروکوکوس ملی تنسیس در شیر آلوده را نابود می کند ولی برای اینکه اطمینان از حرارت جوش (خصوصاً در مناطق روستایی و عشایری) حاصل شود. توصیه بر این است که شیر به مدت ۵ دقیقه در حرارت جوش قرار گیرد. بقای بروسلا در فرآورده های غذایی بستگی به نوع ماده غذایی، میزان رطوبت، حرارت، تغییرات PH عمل بیولوژیکی دیگر باکتری های موجود و مدت زمان نگهداری فرآورده دارد.

- در شیر با حرارت صفر درجه سانتی گراد تا ۱۸ ماه
- در شیر با حرارت ۲۵ تا ۳۷ درجه سانتی گراد تا ۲۴ ساعت
- در شیر با حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد کم تر از ۹ ساعت
- در خامه با حرارت ۴ درجه سانتی گراد ۴ تا ۶ هفته
- در بستنی با حرارت صفر درجه سانتی گراد تا ۳۰ روز





- در کره با حرارت ۸ درجه سانتی گراد تا ۱۴۲ روز
- در انواع پنیر نمک زده ۷۵ تا ۱۰۰ روز

(در بسیاری از جوامع، شیر به صورت خام مصرف شده و پنیر تازه از شیر حرارت ندیده تولید می گردد عموماً مدت زمان ۳ ماهه برای نگهداری پنیر در نظر گرفته شده است) در درجات دمای پایین، بروسلا قادر است برای مدت تا ۱۰ هفته در خاک و تا ۲,۵ سال در کود مایع دوام یابد. در لاشه های منجمد، ارگانسیم تا چند سال زنده است. رابطه مستقیمی بین شیوع بروسلوز حیوانات اهلی و بروز عفونت انسانی وجود دارد، در بررسی های اپیدمیولوژیکی نشان داده شده که در این رابطه حداقل فاکتور شامل: (۱) روش های پرورش دام (۲) استانداردهای بهداشتی (۳) عادات مصرف غذایی مؤثر می باشند.

روش های پرورش دام و بهداشت قابل اصلاح بوده هرچند که تغییر عادات مردم بویژه در ارتباط با تهیه و مصرف مواد غذایی، بسیار مشکل است.

توصیه ها

تاریخچه بیماری از اهمیت زیادی در تشخیص بروسلوز و بویژه در افراد در تماس با حیوانات، برخوردار است. دوره های کوتاه درمان با داروهای ضد بروسلا ممکن است به محو موقتی نشانه های بیماری منجرشده، اما برای درمان کامل بیماری کافی نیستند، درمان ناقص یکی از فاکتورهای منتهی به افزایش موارد بروسلوز مزمن میباشد. تحت نظر داشتن بیماران درمان شده قابل اهمیت بوده، چون که احتمال عود بیماری حتی پس از درمان با داروهای مناسب وجود دارد. در نقل و انتقال خون های آلوده در آزمایشگاه شرط احتیاط ضروریست. حیوانات وحشی ممکن است با بروسلا آلوده شده و منشاء بالقوه انتقال عفونت به حیوانات اهلی (گاو، گوسفند و بز) باشند.

واکسیناسیون دام ها

واکسیناسیون سالیانه تمامی گوساله های ماده نا بالغ و تکرار آن در زمان بلوغ به منظور افزایش سطح ایمنی علیه بروسلوز به روش زیر انجام خواهد شد.

- واکسیناسیون گوساله های ماده ۴ تا ۱۲ ماهه با واکسن مربوط

- واکسیناسیون کلیه گاو های ماده اعم از آبستن و غیر آبستن با واکسن مربوط و تکرار آن هر دو سال یکبار

- واکسیناسیون سالیانه تمامی دام های ماده نا بالغ و تکرار آن در زمان بلوغ به منظور افزایش سطح ایمنی علیه بروسلوز به روش زیر انجام خواهد شد.

- تمامی بره و بزغاله های ماده بالای ۳ ماه تا یک ماه قبل از جفت گیری مایه کوبی و به منظور شناسائی، بر روی گوش آن ها، پلاک پلاستیکی قرمز رنگ (مخصوص طرح کنترل بروسلوز) نصب می شود.

- گوسفندان و بزغاله های ماده با اولویت واکسیناسیون دامهای موجود در مناطق پر خطر به صورت دو سالانه مایه کوبی و جهت شناسائی، بر روی گوش آن ها، پلاک پلاستیکی زرد رنگ (مخصوص طرح کنترل بروسلوز) نصب می شود.

- مایه کوبی دام های نر داشتنی الزامی نبوده ولی در صورت تمایل و درخواست دامدار بلامانع می باشد.

هاری

هاری یک بیماری ویروسی کشنده است که مخصوص گوشت خواران اهلی و وحشی بوده و انسان و سایر حیوانات خون گرم پستاندار به طور تصادفی و غالباً از طریق گزش به آن مبتلا می شوند.

این بیماری به دلایل ذیل دارای اهمیت می باشد:



مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

- ۱ - میزان کشندگی بالا (صددرصد) به طوری که پس از ظهور علائم بیماری چه در انسان و چه در حیوان درمان پذیر نبوده و بیمار محکوم به مرگ می باشد.
- ۲ - افزایش روند موارد حیوان گزیدگی انسانی که به ناچار سالانه مبالغ زیادی صرف خرید سرم و واکسن ضد هاری جهت درمان و پیشگیری می گردد.
- ۳ - تلفات و خسارات اقتصادی زیاد و...

عامل بیماری:

ویروسی است بی هوازی و نروتروپ یعنی تمایل به سیستم عصبی دارد و وقتی به سیستم عصبی مرکزی حمله نماید تقریباً همیشه موجب مرگ میزبان می گردد. ویروس هاری در حرارت ۵۰ درجه سانتی گراد در مدت ۱۵ دقیقه و در حرارت ۶۰ درجه در مدت ۳۵ ثانیه و در حرارت ۱۰۰ درجه سانتی گراد در مدت چند ثانیه از بین می رود. بنابراین برای ضدعفونی وسایل آلوده کافی است چند دقیقه آن ها را بجوشانید و یا از فنل و الکل استفاده نمایید.

مخازن بیماری:

کلیه حیوانات خون گرم پستاندار چه وحشی و چه اهلی اعم از گوشت خوار، علف خوار، جوندگان و از پرندگان (خفاش ها) به این بیماری حساس می باشند.

راه های سرایت بیماری به حیوان و انسان

- ۱- **گازگرفتن** : اصلی ترین راه سرایت بیماری، گازگرفتن به وسیله حیوان هار است. البته از طریق کشیده شدن پنجه آغشته به بزاق حاوی ویروس هاری (به ویژه در گربه و گربه سانان) نیز بیماری منتقل می شود.
- ۲- **پوست** : از طریق پوست سالم، هاری سرایت پذیر نیست؛ ولی از راه کوچک ترین خراش یا زخم در پوست، این بیماری منتقل می شود.
- ۳- **نسوج مخاطی** : ویروس هاری از طریق مخاط آلوده نیز به انسان و حیوان های دیگر منتقل می شود. بنابر این، سگ ها و گربه های به ظاهر سالم که در اواخر دوره نهفتگی بیماری هاری هستند و هنوز علائم بالینی هاری در آن ها ظاهر نشده است، از طریق لیسیدن لب، چشم و بینی کودکانی که با آن ها بازی می کنند بیماری هاری را انتقال می دهند.
- ۴- **تنفس** : سرایت هاری از طریق تنفس، به ویژه در غارهای محل زندگی خفاش های آلوده، امکان پذیر است.
- ۵- **دستگاه گوارش** : انتقال از این راه بعید است؛ ولی حیوان گوشت خوار ممکن است به ندرت از طریق خوردن لاشه حیوان های مرده در اثر ابتلاء به هاری به این بیماری مبتلا شوند. به هرحال باید از خوردن گوشت و فرآورده های دام های مبتلا به هاری خودداری کرد.
- ۶- **جفت** : از آن جا که در یک بررسی، ویروس هاری را از جنین، رحم و تخمدان های یک حیوان ماده جدا کرده اند، انتقال هاری از طریق جفت نیز بعید نیست.
- ۷- **وسایل آلوده** : ویروس هاری بسیار حساس است و در مقابل نور و خشکی به سرعت از بین می رود؛ بنابر این هاری از طریق وسایل آلوده فقط در موارد استثنایی منتقل می شود.
- ۸- **انسان به انسان** : تا به حال، موارد معدودی انتقال هاری از انسان به انسان از طریق پیوند اعضا ؛ (در دنیا گزارش شده است) دو مورد نیز از ایران در پیوند قرنیه در سال ۱۳۷۳ بنابر این، پیوند از جسد آلوده به ویروس هاری ممکن است باعث انتقال بیماری شود و به همین دلیل، هرگاه علت مرگ معلوم نبوده یا علائمی مبنی بر آلودگی دستگاه عصبی مرکزی در هنگام مرگ وجود داشته باشد، باید از پیوند عضو یا بافت جسد جلوگیری شود. همچنین، در بررسی سال ۱۹۸۵ در پاکستان، ابتلای تعدادی نوزاد به هاری ناشی از آلودگی شخص ختنه کننده بود که مراحل آخر دوره نهفتگی بیماری را طی می نموده و طبق سنت، محل ختنه را به بزاق خود آغشته کرده است . بنابر این، در نگهداری و پرستاری



از شخص مبتلا به هاری باید تمام جوانب احتیاط رعایت شده و ضمن استفاده از وسایل حفاظتی کامل، لوازم و وسایل بیمار را با دقت هر چه بیشتر ضد عفونی کرد. به علاوه، پزشکان موظفند در برخورد با هر مورد آنسفالیست و فلج به بررسی سابقه حیوان گزیدگی بیمار نیز توجه نمایند.

علائم بیماری در حیوان:

دوره کمون یا نهفتگی در سگ و گربه ۲ تا ۳ هفته و گاهی چند ماه است. مهم ترین علائم تغییر در رفتار و عادات حیوان می باشد، به گونه ای که حیوان بیش از اندازه به صاحب خود انس می گیرد و به گوشه ای پناه می برد و بالاخره در اثر فلج اندامی و دستگاه تنفسی تلف می شود و یا در بیشتر مواقع حیوان مضطرب و کم کم به صورت وحشی و درنده درآمده و به هر کس و هر حیوان که سر راه او باشد حمله می کند، کف از دهانش سرازیر شده و به علت عدم امکان بلع بر اثر گرسنگی، تشنگی و سرانجام بر اثر فلج دستگاه تنفسی می میرد.

علائم بیماری در انسان: دوره نهفتگی در انسان معمولاً بین ۲ تا ۸ هفته و گاهی کمتر از ۵ روز و به طور نادر تا یکسال

و بیشتر نیز دیده می شود.

این بیماری شامل چند مرحله است.

در دوره مقدماتی بیماری که ۲ تا ۳ روز قبل از ظهور علائم اصلی است افسردگی، بی قراری، خستگی، بی اشتها، بی اندازی، سوزش و خارش و گاهی درد در محل گزش دیده می شود؛ پس از این دوره انسان نسبت به تمام محرک های فیزیکی، شیمیایی، حسی و بویایی واکنش نشان می دهد. کوچک ترین صدا یا نور او را به شدت متشنج می کند و خود را به در و دیوار می زند؛ اطراف دهان او را کف می پوشاند و بیمار عطش فراوان دارد، ولی به علت انقباض عضلات گلو قادر به نوشیدن آب نمی باشد و با دیدن یا شنیدن صدای آب به شدت تحریک می شود و همچنین عبور هوا نیز از روی صورت باعث تحریک بیمار می شود. پس از آن بیمار بر اثر انقباضات شدید عضله قلب و فلج دستگاه تنفسی فوت می نماید.

اقدامات لازم جهت فرد حیوان گزیده:

۱- خارج ساختن و تمیز نمودن ویروس هاری از محل زخم: تا حد مقدور در ساعات اولیه پس از گزش باید لابلای زخم را حداقل به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه با آب تمیز و صابون عمیقاً مورد شستشو قرار داد. این عمل مهم ترین قسمت پیشگیری از هاری به حساب می آید و می توان ادعا کرد که بیش از ۵۰ درصد پیشگیری از بیماری مربوط به رعایت این مسأله است.

۲- خارج کردن صابون از لابلای زخم: با استفاده از شیلنگ و فشار آب باید کف صابون های باقیمانده را از لابلای زخم خارج نمود، زیرا باقیمانده صابون می تواند ضد عفونی کننده را بی اثر نماید.

۳- ضد عفونی نمودن زخم: زخم را بعد از شستشو باید با الکل ۶۰ تا ۷۰ درجه یا محلول بتادین یک درصد و یا سایر مواد ضد عفونی نمود (زخم را هیچ وقت نباید پانسمان نمود زیرا میکروب هاری بی هوازی است و بر اثر پانسمان رشد آن سریع خواهد شد).

۴- ارجاع فرد به مراکز بهداشتی درمانی جهت تلقیح واکسن و سرم و پیگیری جهت تکمیل نوبت های واکسن (که این مسأله باید با پیگیری، آموزش و حساسیت کامل دنبال گردد) ضمناً وضعیت واکسیناسیون توأم یا ثلاث فرد مجروح باید مورد بررسی قرار گیرد. اگر واکسیناسیون کامل باشد فقط یک نوبت واکسن به عنوان یادآور کافی است، در صورتی که مجروح بر ضد کزاز قبلاً ایمن نشده باشد. اولین نوبت واکسن و همچنین سرم ضد کزاز به مقدار مورد نیاز با نظر پزشک به وی تزریق می شود و مطابق دستور عمل مربوط نوبت های بعدی واکسن را ادامه می دهیم.



واکسن هاری

واکسن هاری از کشت سلولی تهیه می شود و آن را می بایست در ۵ نوبت در روزهای : ۰ - ۳ - ۷ - ۱۴ - ۳۰ به صورت عضلانی و حتماً در عضله دلتوئید بازو تلقیح نمود. در اطفال کمتر از ۲ سال واکسن در ناحیه فوقانی و جانبی ران تزریق می شود. هرگز نباید واکسن را در عضله سرین تلقیح کرد. (برنامه واکسیناسیون هاری با توجه به وضعیت کشور ممکن است تغییر کند)

اگر فردی مورد گزش سگ قرار گیرد و سگ در دسترس باشد باید آن را به مدت ۱۰ روز بسته و تحت مراقبت قرار داد و در این مدت اگر علی رغم تأمین آب و غذای کافی حیوان تلف شد، به احتمال زیاد حیوان هار بوده و بایستی واکسیناسیون هاری تا نوبت آخر ادامه پیدا کند، ولی اگر بعد از ۱۰ روز حیوان سالم ماند نتیجه می گیریم سگ هار نیست و از ادامه واکسیناسیون یعنی نوبتهای ۱۴ و ۳۰ خودداری می نماییم .

تذکره: اگر فردی با ۴۸ ساعت یا بیشتر تأخیر مراجعه نماید می توانیم دوز اولیه واکسن را به دو برابر افزایش دهیم.

سرم هاری : سرم هاری که در حال حاضر مورد استفاده قرار می گیرد از پلاسماي انسانی تهیه شده و هیچ نوع مخاطره ای در بر ندارد و احتیاج به تست نیز ندارد.

مقدار آن ۲۰ واحد به ازای هر کیلوگرم وزن و در عضله باید تلقیح شود. بهتر است نصف سرم را در داخل و اطراف زخم و نصف دیگر را در عضله تلقیح گردد.

در چه مواردی علاوه بر واکسن سرم نیز مورد نیاز می باشد:

۱ - گزش توسط حیوانات وحشی

۲ - اگر حیوان اهلی باشد ولی متواری شده باشد

۳ - اگر فرد دارای زخم های عمیق و متعدد به ویژه در ناحیه سر، صورت، گردن و نوک انگشتان باشد.

تذکره مهم : کلیه موارد حیوان گزیدگی چه اهلی و چه وحشی را باید هار تلقی نمود و بیمار را باید فوراً تحت اقدامات پیشگیری قرار داد؛ این موضوع به قدری اهمیت دارد که اگر حیوان گزنده مثل سگ دارای قلاده و واکسیناسیون کامل نیز باشد، می بایست اقدامات پیشگیری و درمان را برای فرد سریعاً انجام داد یعنی داشتن سابقه واکسیناسیون حیوان مانعی برای انجام « سرو واکسیناسیون » فرد نیست.

وظایف گروه های بهداشتی در زمینه پیشگیری هاری:

۱ - آموزش عموم مردم در مراجعه به موقع در هر نوع حیوان گزیدگی: با توجه به اینکه اکثر مرگ و میر های انسانی بر اثر عدم اطلاع و آگاهی در مراجعه به موقع و سریع جهت واکسیناسیون اتفاق افتاده و برخی فکر می نمایند که تنها سگ ها بیماری را منتقل می نمایند آموزش این مطلب که کلیه حیوانات وحشی مثل گرگ، شغال، روباه و ... و کلیه حیوانات اهلی مثل سگ، گربه، الاغ، گاو، گوسفند، شتر و ... می تواند بیماری را منتقل نماید، بسیار مهم است.

۲ - آموزش مسایل پیشگیری از هاری در سطح مدارس با ترغیب دانش آموزان به مقاله نویسی، نقاشی و اهدای جوایز به آن ها و جلوگیری از نزدیک شدن به سگ ها و آزار و اذیت آن ها.

۳ - کاهش موارد حیوان گزیدگی در سطح منطقه

۴ - خودداری از نگهداری سگ و گربه در منزل مگر در موارد استثنایی که در این صورت باید حتماً سگ قلاده داشته و واکسیناسیون او کامل باشد.

۵ - شناسایی سگ های صاحب دار بدون قلاده و همکاری با مأمورین دامپزشکی جهت واکسیناسیون و قلاده گذاری آن ها

۶ - خودداری از تردد سگ های صاحبدار در معابر عمومی و جلوگیری از تماس آن ها با سگ های ولگرد

۷ - همکاری با مأمورین بخشرداری و شورای اسلامی روستا در اهمیت اتلاف سگ های ولگرد



مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

- ۸ - جمع آوری زباله و خودداری از ریختن زباله و پس مانده های غذایی در اطراف منازل و معابر عمومی
 - ۹ - دادن تذکر کتبی به افرادی که به هر نحو موجبات حیوات گزیدگی را به دفعات فراهم می نمایند.
 - ۱۰ - اطلاع سریع از بروز هر گونه تغییر رفتار در حیوان به مأمورین دامپزشکی و مرکز بهداشت.
 - ۱۱ - شستشوی محل جراحت فرد حیوان گزیده با آب و صابون و ضدعفونی کردن آن و ارجاع فوری آن به مرکز بهداشت شهرستان جهت واکسیناسیون.
 - ۱۲ - نظارت بر ادامه واکسیناسیون فرد مجروح با بررسی کارت واکسیناسیون و در صورت عدم مراجعه، پیگیری، آموزش، راهنمایی سپس اعلام سریع آن به مرکز بهداشتی و درمانی.
- واکسیناسیون کارکنان در معرض خطر هاری علیه این بیماری (ایمن سازی قبل از مواجهه): نظیر دامپزشکان، تکنسین های دامپزشکی، کارگران کشتارگاه ها، خدمه باغ وحش، شکارچیان، شکاربانان حفاظت محیط زیست، چوپانان، مسئولان هاری در مرکز بهداشت، کارکنان آزمایشگاه هایی که با ویروس هاری سر و کار دارند، باید به یکی از دو روش زیر انجام شود:
- سه نوبت در روزهای صفر، ۲۱، ۷ یا ۲۸
 - اگر مصون سازی فوریت نداشته باشد، سه نوبت در روزهای صفر، ۲۸ و ۵۶





سیاه زخم (شاربِن = آنتراکس) Anthrax

بیماری میکروبی حاد قابل انتقال بین انسان و حیوان است که معمولاً بر پوست اثر می کند ولی ممکن است به ندرت دستگاه تنفسی و دستگاه گوارش را نیز تحت تأثیر قرار دهد . سیاه زخم انتشار جهانی دارد . در نواحی گرمسیری ، در کشورهای دارای احشام مانند ایران ، سیاه زخم جلدی معمول ترین فرم است . سیاه زخم بیماری عفونی حیوانات وحشی و اهلی است و انسان به طور اتفاقی و در اثر تماس با دام یا فرآورده های دامی آلوده بدن مبتلا می شود . باسیلوس آنتراسیس ، باکتری میله ای شکل کپسول دار هوازی عامل بیماری می باشد .

اهمیت بیماری

این بیماری بیشتر به صورت سیاه زخم صنعتی و کشاورزی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد سیاه زخم صنعتی در افراد شاغل در سیر تهیه و تولید مواد حیوانی یا محصولات آن ها ، که ممکن است در نتیجه حیوانات تلف شده از بیماری آلوده شده باشند ، اتفاق می افتد . متداول ترین منشاء مظنون سیاه زخم صنعتی را پوست یا چرم و پشم یا موی گوسفند ، بز و پودر استخوان ، خون و گوشت تشکیل می دهد

سیاه زخم کشاورزی در افرادی که در تماس با حیوان آلوده در دامداری قرار دارند ، اتفاق می افتد به احتمال قوی کشاورزان ، چوپانان ، دامپزشکان و کارکنان آزمایشگاه افرادی هستند که در تماس با عفونت از این منشاء می باشند . با توجه به مرگ و میر بالای این بیماری در حیوان و خسارات اقتصادی فراوان ناشی از آن ، مبارزه با این بیماری در حیوان از اولویت های اول سازمان دامپزشکی کشور است و به همین دلیل پوشش واکسیناسیون موثر و فراگیری را دارا می باشد و خوشبختانه موارد بیماری در انسان به صورت پراکنده و تک گیر در کشور می باشد .

مخزن بیماری: حیوانات زوج سم مثل گوسفند، گاو و بز بیشترین مخزن بیماری می باشند و انسان میزبان اتفاقی است.

آنتراکس جلدی: زمان کمون آن ۱ تا ۷ روز به طور متوسط ۲ تا ۵ روز است .

علائم و نشانه ها :

در سیاه زخم پوستی، آن قسمت از پوست که تحت تأثیر میکروب قرار می گیرد اول دچار خارش می شود و بعد از آن ضایعه ای ایجاد می شود که به سرخدانه (پاپول) تبدیل می گردد . در مرحله بعدی پاپول تبدیل به آبدانه (وزیکول) می شود و در فاصله ۲ - ۶ روز به صورت جوش فرو رفته سیاهرنگی دیده می شود . قطر آن ۱ تا ۳ سانتی متر است . اطراف جوش را خیز متوسط یا شدیدی فرا می گیرد و بعضی اوقات طاول های کوچک تری نیز در اطراف آن دیده می شود . معمولاً درد احساس نمی شود و اگر باشد علت آن وجود خیز یا عفونت ثانویه است . سر ، صورت و دست ها عمدتاً محل های عفونت می باشند که اگر عفونت درمان نشود امکان دارد به گره های لنفی و جریان خون ناحیه سرایت کند و باعث سپتی سمی شود .





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

موارد درمان نشده سیاه زخم پوستی در ۵ تا ۲۰ درصد موارد به مرگ می انجامد در حالی که در صورت درمان با آنتی بیوتیک های مناسب موارد مرگ بیماران بسیار جزئی است ، حتی در صورت آغاز درمان با آنتی بیوتیک ها زخم پوستی مراحل پیشرفت موضعی خود را ادامه می دهد .

آنتراکس ریوی : دوره کمون آن ۱ تا ۵ روز است .

علائم و نشانه ها :

نشانه های اولیه سیاه زخم ریوی غیر اختصاصی و خفیف مشابه عفونت های معمولی قسمت بالایی دستگاه تنفس هستند ولی بعد از ۳ تا ۵ روز نشانه ناراحتی حاد دستگاه تنفس ، تنگی تنفس ، تب بالا ، صدای خشن و عرق فراوان و شوک ظاهر می شود . معمولا ظرف ۲۴ ساعت بعد از ظهور این علائم مرگ فرا می رسد .

آنتراکس گوارشی (روده ای) :

دوره کمون آن ۱۲ تا ۱۸ ساعت پس از مصرف گوشت آلوده می باشد .

علائم و نشانه ها :

این بیماری با تهوع ، استفراغ گاهی اوقات هموپتیزی (وجود خون در خلط) و تب با درد شکمی و اسهال که گاهی اوقات خونی است، شروع می شود در اکثریت موارد بهبودی بعد از چند روز صورت می گیرد ولی برخی موارد بیماری ادامه پیدا کرده تا سستی سمی آنتراکس ایجاد و مرگ صورت می پذیرد .

تشخیص :

تشخیص بیماری با دیدن عامل بیماری در آزمایش مستقیم خون ، زخم و ترشحات بیمار و یا کشت عامل بیماری و یا تزریق آن به موش ، خوکچه هندی و یا خرگوش صورت می گیرد

راههای انتقال :

۱- انسان در اثر تماس با پوست و پشم دام های آلوده نیز مبتلا می شود و برای ورود میکروب از پوست حتی خراش های کوچک و جزئی کافی است .

۲- مصرف شیر و گوشت آلوده می تواند موجب سیاه زخم گوارشی گردد.

۳- گاهی تلقیح اسپور در پوست توسط گزش حشره آلوده و یا از طریق کیسه حمام صورت می پذیرد، در بعضی از شهرهای ایران مصرف کیسه حمام تهیه شده از پشم و موی دامها و سفید آب در حمام شرایط لازم جهت ابتلاء به سیاه زخم پوستی را فراهم می کند . در انسان سیاه زخم به فرم جلدی ، ریوی و گوارشی مشاهده می شود .

ابتلاء به نوع جلدی سیاه زخم که بیش از ۹۰ درصد موارد بیماری را تشکیل می دهد از طریق ورود اسپور از راه زخم یا بریدگی و حتی خراش کوچک موجود در پوست بدن صورت می پذیرد .

۴- انتقال از طریق خاک آلوده

۵- استنشاق هوای آلوده که باعث سیاه زخم ریوی می گردد .

درمان

به نظر می رسد که بیماران مبتلا به اشکال خفیف بیماری بدون درمان بهبود یابند . باسیل شاربن نسبت به اکثر آنتی بیوتیک ها به ویژه پنی سیلین ، کلرامفنیکل ، تتراسیکلین ، اریترومایسین و استرپتومایسین حساس می باشد . داروی انتخابی پنی سیلین می باشد .

عوارض بیماری





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

باقی ماندن اسکار و در صورتی که اسکار نزدیک پلک چشم باشد سبب به خارج کشیدن پلک می شود که در این صورت احتیاج به عمل ترمیمی است. ورم در محل زخم که حتی بعد از بهبودی تا مدتی باقی می ماند که گاهی با قرمزی همراه است.

مراقبت و پیشگیری

- ۱- آموزش بهداشت در مورد نحوه استفاده از پوست، گوشت و پشم حیوانات
- ۲- واکسیناسیون حیواناتی که در معرض خطر ابتلا هستند (توسط اداره دامپزشکی)
- ۳- ارجاع و گزارش موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی و نظارت بر مصرف داروها
- ۴- جلوگیری از فروش گوشت حیوانات آلوده
- ۵- جلوگیری از دستکاری و یا مصرف لاشه دام هایی که ناگهانی تلف شده اند و دفع بهداشتی آن ها در عمق ۵-۶ متر زیر زمین و ریختن آب آهک روی آن.
- ۶- کنترل گرد و خاک و تهویه مناسب در کارخانه ایی که احتمال آلودگی وجود دارد.
- ۷- همکاری با اکیپ های مرکز بهداشتی درمانی و اداره دامپزشکی که جهت بررسی مراجعه می کنند.

تب های خونریزی دهنده

تب های خونریزی دهنده ویروسی مهم :

- تب خونریزی دهنده ی کریمه کنگو CCHF
- تب زرد Yellow Fever
- تب خونریزی دهنده دنگ Dengue Hemorrhagic Fever
- تب دره ریفت Rift Valley Fever
- تب خونریزی دهنده ابولا Ebola Hemorrhagic Fever

تب زرد چیست؟

بیماری تب زرد توسط نوعی پشه که آلوده به ویروس تب زرد است، منتقل می شود. این پشه با نیش زدن انسان های آلوده به تب زرد، نقش حامل ویروس را ایفا می کند و این ویروس را به انسان ها و پستانداران سالم منتقل می کند. قسمتی از آفریقا و آمریکای جنوبی شایع ترین مکان ها برای ابتلا به این بیماری می باشند.

تب دنگ (Dengue) چیست؟

دنگ بیماری حاد ویروسی شبیه آنفلوآنزای شدید می باشد که پس از گزش پشه های آندس آلوده به یکی از چهار نوع ویروس دنگ، به انسان منتقل می شود. همه گیری بیماری دنگ در مناطقی که پشه های Aedes وجود دارند اتفاق می افتد که این پشه ها در بسیاری از نقاط دنیا از جمله ایران یافت می شوند. مسافرانی که در مناطق شایع تب دنگ (مانند عربستان سعودی) به بیماری مبتلا شده اند ممکن است ویروس را به سایر نقاط منتقل کنند. تب دنگ یکی از مهم ترین بیماری های ویروسی است که توسط پشه ها منتقل می شود.

علائم: تب بالا با شروع ناگهانی؛ سردرد شدید (اغلب در جلو سر)؛ درد پشت چشم ها که با حرکت چشم ها شدت می یابد؛ درد شدید عضلانی و مفصلی (به طوری که تحت عنوان تب استخوان شکن reaktbone fever نیز گفته می شود)؛ گاهی بثورات پوستی به شکل ماکولوپاپولر همراه سایر علائم می باشد؛

در فرم شدید بیماری: درد شدید و دائمی در شکم؛ خونریزی از بینی، دهان، لثه ها و کبودی پوست؛ استفراغ های مکرر با یا بدون خون؛ مدفوع سیاه؛ خشکی دهان؛ رنگ پریدگی و سردی پوست؛ بی حالی، بی خوابی و بی قراری





تب دره ریفت چیست؟

یک بیماری تب دار حاد ویروسی است که مخصوص حیوانات اهلی (گاو، بز، گوسفند و شتر) می باشد و از طریق گزش پشه آلوده یا ذبح و دستکاری لاشه حیوانات آلوده به انسان یا سایر حیوانات منتقل شده، سبب خسارات اقتصادی فراوان می گردد.

راه های سرایت بیماری به انسان کدام است؟

۱- گزش پشه آلوده. ۲- تماس پوست خراشیده و آسیب دیده با خون، مایعات بدن و اندام های حیوانات آلوده در طی ذبح و پس از آن. ۳- مصرف شیر آلوده غیر پاستوریزه و نجوشیده. ۴- استنشاق هوای آلوده به ویروس. انتقال معمولی بیماری از انسان به انسان گزارش نشده است.

علائم بیماری چگونه است؟

پس از دوره نهفتگی ۲ تا ۶ روزه بیمار دچار علائم آنفلوآنزا شامل شروع ناگهانی تب، سردرد، دردهای عضلانی و کمردرد شده گاهی سفتی عضلات گردن، ترس از نور، و حالت تهوع اتفاق می افتد. به طور کلی بیماری در انسان خوش خیم است و در مدت کم تر از یک هفته بیمار بهبود می یابد. در صورت پیشرفت بیماری علائم آنسفالیت حاد، خونریزی، هیپاتیت و گرفتاری چشمی به صورت کاهش بینایی اتفاق می افتد. بروز خونریزی با ۵۰٪ مرگ و میر همراه است در صورتی که در موارد دیگر به ندرت اتفاق می افتد.

انتشار بیماری در جهان به چه صورت است؟

این بیماری اولین بار در دره ریفت کنیا گزارش شده ولی در سال های اخیر در جنوب عربستان و شمال یمن همه گیری هایی مشاهده گردیده است.

بیماری در حیوانات چگونه است؟

بیماری از طریق نیش پشه آلوده به ویروس بیماری به حیوانات منتقل می گردد. ورود ویروس به یک منطقه سبب آلودگی و مرگ و میر ناگهانی بسیاری از دامها می شود، به طور یکه ۹۰٪ بره های آلوده تلف شده و ۱۰۰٪ گوسفندان دچار سقط جنین می گردند.

ابولا

ابولا یک بیماری است که از سوی ویروس ابولا ایجاد می شود. این ویروس از خانواده فیلوویروس ها است که پس از وارد شدن به بدن نوعی بیماری تب دار و خونریزی دهنده ایجاد می کند که در ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران علامت دار به مرگ منجر خواهد شد البته از ۴ گونه ویروسی ابولا یک گونه تنها به یک ابتلای بدون علامت منجر می شود و به مرگ نیز منتهی نخواهد شد تب خونریزی دهنده ابولا از بیماری های مشترک بین انسان و دام به شمار می رود. این بیماری فقط انسان، میمون و شامپانزه را مبتلا میکند. محل زندگی ویروس ابولا احتمالاً در بدن گروهی از همین حیوانات است. انسان ها ناقل ویروس نیستند و به طور تصادفی به ویروس آلوده میشوند. اینکه چگونه ویروس ابولا از بدن حیوانات به بدن انسان وارد می شود به طور کامل مشخص نیست، پس از آنکه فردی به این ویروس آلوده شد، انسان های دیگر را آلوده میکند.

یکی از راه های انتقال عفونت بین انسان ها، تماس مستقیم با خون و ترشحات بدن فرد آلوده است که معمولاً در بین اطرافیان بیمار که سعی در نگهداری و پرستاری او را دارند، رخ میدهد.

دلایل اهمیت تب های خونریزی دهنده ویروسی

تمایل به آندمیک شدن به دلیل داشتن ناقل بندپا و خامت آن ها و بالا بودن میزان مرگ و میر (ابولا میزان مرگ ۵۵٪ تا ۸۸٪)، ضرر و زیان اقتصادی قابل توجه در برخی از آن ها بدلیل موارد شدید و کشنده در دام ها (تب دره ریفت، ۱۰۰٪ کشندگی





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

در گوسفندان جوان، تاثیر در تجارت بین الملل، توانائی انتقال سریع در بیمارستان و مراکز بهداشتی و جامعه، ایجاد رعب و وحشت در جامعه، عدم وجود درمان یا واکسن تأیید شده برای اکثر آن ها

تب خونریزی دهنده ی کریمه کنگو CCHF

تعریف: تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو CCHF یک بیماری خونریزی دهنده تب دار حاد است که به وسیله کنه منتقل می شود و در آسیا، اروپا و آفریقا وجود دارد. مرگ و میر بالا دارد و همه گیری های داخل بیمارستان آن نیز شایع هستند. با وجودی که بیماری مخصوص حیوانات است ولی موارد تک گیر و همه گیری های ناگهانی این بیماری در انسان ها نیز اتفاق می افتد.

عامل بیماری

عامل بیماری یک نوع ویروس است که برای نخستین بار از خون افراد بیمار در مرحله بروز تب و هم چنین از کنه بالغ *Marginatum Hyalomma* جدا شد. ویروس CHF از گروه *Arboviruses* خانواده *Bunyaviridae* جنس *Nairovirus* طبقه بندی می شود. هم چنین در گروه (*Arthropod – borne Viruses*) ویروس هایی که توسط بندپایان منتقل می شود قرار دارد.

راه انتقال بیماری

ناقل بیماری کنه های سخت گونه *Hyalomma* است. ویروس از طریق تخم کنه به نسل های بعد منتقل شده و از طریق خون خواری کنه از جوندگان، ویرمی در گاو، گوسفند، بز به مدت یک هفته پس از آلودگی اتفاق می افتد، گزش کنه، له کردن کنه روی پوست، ذبح حیوان آلوده و تماس با پوست یا لاشه حیوان، تماس با خون و بافت های بیمار مبتلا به CCHF، آئروسول. ویروس CCHF منتقل می شود. بیماری اصولاً در طبیعت به وسیله کنه های سخت گونه *Hyalomma* منتقل می شود، مهم ترین راه آلودگی کنه، خون خواری کنه *yalomma* نابالغ از مهره داران کوچک می باشد یک بار آلودگی موجب می شود کنه در تمام طول مراحل تکامل آلوده باقی بماند و کنه بالغ ممکن است عفونت را به مهره داران بزرگ مثل دام ها منتقل کند.

ویرمی در حیوانات نشخوار کننده اهلی مثل گاو، گوسفند و بز به مدت یک هفته پس از آلودگی باقی می ماند. بیماری در حیوانات اهلی هیچ گونه علائم مشخصی ندارد و خطر انتقال بیماری در انسان در طی ذبح حیوان آلوده و یا یک دوره کوتاه پس از ذبح حیوان آلوده وجود دارد هم چنین تماس با پوست یا لاشه حیوان، تماس با خون و بافت بیماران به خصوص در مرحله خونریزی یا انجام هرگونه اعمالی که منجر به تماس انسان با خون، بزاق، ادرار، مدفوع و استفراغ آن ها گردد باعث انتقال بیماری می شود. بیمار در طی مدتی که در بیمارستان بستری است به شدت برای دیگران آلوده کننده است، عفونت های بیمارستانی بعد از آلودگی با خون و یا ترشحات بیماران شایع می باشند.

افرادی که بیش تر در معرض خطر می باشند عبارتند از: دام داران و کشاورزان، کارگران کشتارگاه ها، دام پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی (بیمارستان ها) شیوع بیماری بیش تر در فصل گرم سال هم زمان با فصل فعالیت مخزن بیماری (کنه ها) می باشد.

علائم بالینی چهار مرحله دارد:

۱- **دوره کمون:** بستگی به راه ورود ویروس دارد. پس از گزش کنه، دوره کمون معمولاً یک تا سه روز است و حداکثر به ۹ روز می رسد. دوره کمون به دنبال تماس با بافت ها یا خون آلوده معمولاً پنج تا شش روز است و حداکثر زمان ثابت شده ۱۳ روز بوده است.

۲- **قبل از خونریزی:** شروع علائم ناگهانی حدود ۱ تا ۷ روز طول می کشد (متوسط ۳ روز)، بیمار دچار سردرد شدید، تب، لرز، درد عضلانی (به خصوص در پشت و پاها)، گیجی، درد و سفتی گردن، درد چشم، ترس از نور (حساسیت به نور) می گردد. ممکن است حالت تهوع، استفراغ بدون ارتباط با غذا خوردن و گلودرد و احتقان ملتحمه در اوایل بیماری وجود داشته باشد که





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

گاهی با اسهال و درد شکم و کاهش اشتها همراه می شود. تب معمولاً بین ۳ تا ۱۶ روز طول می کشد. تورم و قرمزی صورت، گردن و قفسه سینه، پرخونی خفیف حلق و ضایعات نقطه ای درکام نرم و سخت شایع هستند. تغییرات قلبی عروقی شامل کاهش ضربان قلب و کاهش فشارخون مشاهده می شود. لکوپنی، ترمبوسیتوپنی و به خصوص ترمبوسیتوپنی شدید نیز در این مرحله معمولاً مشاهده می گردد.

۳- مرحله خونریزی دهنده: مرحله کوتاهی است که به سرعت ایجاد می شود و معمولاً در روز ۳ تا ۵ بیماری شروع می شود و ۱ تا ۱۰ روز (به طور متوسط ۴ روز) طول می کشد. خونریزی در مخاط ها و پتشی در پوست به خصوص در قسمت بالای بدن و در طول خط زیر بغلی و زیر پستان در خانم ها دیده می شود و در محل های تزریق و تحت فشار (محل بستن تورنیکه و غیره) ممکن است ایجاد شود. به دنبال پتشی ممکن است هماتوم در همان محل ها و سایر پدیده های خونریزی دهنده مثل ملنا، هماتوری (خون در ادرار) و خونریزی از بینی، لثه و خونریزی از رحم ایجاد شود (برخی موارد خونریزی از بینی، استفراغ خونی، ملنا و خونریزی رحم آنقدر شدید است که بیمار نیاز به تزریق خون دارد). و گاهی خلط خونی، خونریزی در ملتحمه و گوشهها نیز دیده می شود. در برخی از بیماران فقط پتشی ظاهر می شود (حدود ۱۵٪). مشکلات دستگاه تنفسی بدلیل پنومونی خونریزی دهنده در حدود ۱۰٪ بیماران ایجاد می شود.

به دلیل درگیری سیستم رتیکولواندوتلیال با ویروس، ابتلاء وسیع سلول های کبدی شایع است که موجب هیپاتیت ایکتریک می گردد. کبد و طحال در یک سوم بیماران بزرگ می شود.

بیمارانی که سرنوشت شان به مرگ منتهی می شود معمولاً علائم آن ها به طور سریع حتی در روزهای اول بیماری تغییر میکند و هم چنین لکوسیتوز بیش تر از لکوپنی وجود دارد. ترمبوسیتوپنی در مراحل اولیه بیماری نشان دهنده پیش آگهی بدی می باشد. مرگ به دلیل از دست دادن خون، خونریزی مغزی، کمبود مایعات بدلیل اسهال، یا ادم ریوی ممکن است ایجاد شود. در اتوپسی بیماران فوت شده، معمولاً خونریزی به شدت های مختلف در همه اعضا و بافت ها و داخل معده و روده ها دیده می شود.

۴- دوره نقاهت: بیماران از روز دهم وقتی ضایعات پوستی کم رنگ می شود، به تدریج بهبودی پیدا می کنند. اغلب بیماران در هفته های سوم تا ششم بعد از شروع بیماری وقتی شاخص های خونی و آزمایش ادرار طبیعی شد از بیمارستان مرخص می شوند. مشخصه دوره نقاهت طولانی بودن آن به همراه ضعف (Asthenia) می باشد که ممکن است برای یک ماه یا بیش تر باقی بماند. گاهی موها کامل می ریزد (که پس از ۴ تا ۵ ماه ترمیم می شود) بهبودی معمولاً بدون عارضه است، اگرچه التهاب رشته های عصبی (نوریت) یک یا چند عصب ممکن است برای چندین ماه باقی بماند.

پیشگیری:

محافظت در برابر گزش کنه مراقبت در هنگام تماس و برخورد با خون و بافتهای حیوانات آلوده. Strict Isolation موارد مشکوک به CCHF با خونریزی، استفاده از دستکش، ماسک، عینک حفاظتی، گان. کارکنان پزشکی که در تماس با خون یا بافت های آلوده بدن بیماران مشکوک داشته اند باید تا ۱۴ روز پس از تماس پیگیری شوند. بیماران مبتلا به خونریزی تا کنترل شدن خونریزی نباید جابجا شوند. پروفیلاکسی دارویی: ریباویرین خوراکی ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۵ روز

۱- حذف ناقل:

کنه ناقل هیالوما که پس از آلودگی به ویروس مادام العمر آلوده باقی می ماند، تقریباً در اکثر نقاط پرورش دام کشور ما وجود دارد لذا کنه زدایی دامها و کاهش جمعیت ناقل به کنترل بیماری می تواند کمک نماید. البته مسلم است چنین اقداماتی در محیط های دامپروری امروزی با امکانات زیست محیطی مناسب موثر است. در غیر این صورت دامپروری سنتی که از فضای مناسب و استاندارد برخوردار نیستند چندان موثر نخواهد بود.

۲- محافظت از گزش توسط ناقل:





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

کسانیکه در محیط های روستایی و دامپروری خصوصاً در فصول بهار تا پاییز حضور دارند بایستی اقدامات حفاظتی فردی جهت دور ماندن از گزش کنه را دانسته و رعایت نمایند .
این اقدامات عبارتند از :

استفاده از مواد دور کننده حشرات بر روی بدن و لباس (مانند پرمترین) ، پوشیدن نواحی در معرض گزش کنه مانند استفاده از دستکش ، پاچه شلوار را داخل جوراب کردن ، بستن دکمه سرآستین ، بررسی منظم لباس و پوست از نظر وجود کنه و در صورت وجود برداشتن آن ها به طریقی که موجب ماندن قسمت دهانی کنه در پوست نشود. از له کردن کنه بر روی پوست بدن به شدت پرهیز شود.

۳- پرهیز از تماس با منبع بیماری :

تماس مستقیم پوستی مخاطی با خون و ترشحات آلوده دامی در حین ذبح یا زایمان دام موجب انتقال بیماری می شود. لذا در حین چنین اقداماتی بایستی از دستکش و لوازم محافظتی استفاده نمود . به عموم مردم نیز توصیه می شود از ذبح دام در محیط خارج از کشتارگاه خودداری نمایند . با توجه به اینکه اسیدوزی که پس از چند ساعت از ذبح دام در جسد حیوان پیدا می شود. موجب از بین رفتن ویروس می شود در کشتارگاه های صنعتی لاشه دام به مدت ۲۴ ساعت در فضای ۴ درجه سانتی گراد نگهداری می شود و سپس به بازار عرضه یا منجمد می گردد.

لذا توصیه بر این است که افراد از مصرف گوشت دامی به طور غیر بهداشتی ذبح و عرضه گردیده است ، خودداری نمایند . نهایتاً اقدام احتیاطی دیگر پوشیدن دستکش هنگام تماس با گوشت و خون دامی مشکوک می باشد. با توجه به حساسیت ویروس نسبت به حرارت و از بین رفتن ظرف ۱۵ دقیقه در حرارت ۸۵ درجه سانتی گراد در صورتی که فرآورده های دامی به خوبی با حرارت پخته شود ، خطر انتقال بیماری متصور نخواهد بود.

۴- کنترل آلودگی دامی :

مهم ترین اصل در کنترل بیماری کریمه کنگو دامی ایجاد قرنطینه های بین مرزی دامی است تا به طور جدی از تردد دام آلوده جلوگیری شود لذا به عموم مردم بایستی توصیه نمود به شدت از خرید و مصرف گوشت دامی که به طریق غیر قانونی و قاچاق وارد کشور می شود خودداری نمایند ،

۵- بیمار یابی و درمان به موقع :

با توجه به اینکه تماس با خون و ترشحات فرد مبتلا نیز موجب انتقال می شود شناسایی به موقع بستری و درمان علاوه بر کاهش میزان مرگ و میر، اقدامی اساسی در پیشگیری از انتشار بیماری نیز محسوب می گردد لذا در شرایط فعلی که بیماری به صورت بومی در اکثر نقاط کشور ما دیده شده است این رسالت بر دوش کلیه همکاران گروه پزشکی است که هنگام مواجهه با افراد مبتلا به تب و خونریزی و به ویژه ترمبوسیتوپنی به فکر تب کریمه کنگو نیز بوده و جهت تشخیص و درمان فوری بیماران را راهنمایی فرمایند.

۶- ایزولاسیون بیمار :

یکی از جلوه های انتشار بیماری عفونت بیمارستانی (نازوکومیال) است. به لحاظ سهولت سرایت بیماری از فرد مبتلا به مراقبت کنندگان تا کنون همه گیری های ناگهانی و شدیدی از این طریق در سطح دنیا دیده شده است.

لذا بیماران با تشخیص محتمل بیماری که دارای خونریزی فعال می باشند بایستی در اطاق خصوصی ایزوله بستری شوند و ملاقات بیمار تا حد مراقبت های ضروری محدود شود . پرسنل بایستی از لوازم حفاظتی به منظور پیشگیری از تماس پوست و مخاطشان با خون و دیگر مایعات بدن بیمار استفاده نمایند . در برخورد با بیمارانی که مبتلا به سرفه ، استفراغ ، اسهال یا خونریزی فعال هستند باید برای پیشگیری از وسایل حفاظتی تماس با این بیماران شامل کلاه، عینک، دو جفت دستکش، روپوش، گان، پیش بند پلاستیکی و چکمه استفاده شود.





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

رعایت اصول احتیاطات همه جانبه در خصوص سوزن های یکبار مصرف ، تیغ و دیگر لوازم برنده بایستی مد نظر قرار گیرد . بهترین روش ضد عفونی لوازم استفاده از حرارت و یا مواد گندزدای کلردار است. توصیه می شود بیمارانی که خونریزی دارند تا کنترل خونریزی جا به جا نشوند.

۷- پیگیری موارد تماس با منبع عفونت :

تمام موارد تماس در فضای بسته ظرف سه هفته پس از شروع علائم بیماری بایستی شناسایی شوند، همه ی آن ها حداقل دو هفته مراقبت شوند، موارد تب بالاتر از ۳۸ / ۳ سانتی گراد فوراً در مرکز درمانی دارای امکانات ایزولاسیون بستری شوند. بنابر این محل اسکان بیمار از دو هفته قبل از بیماری بایستی مشخص شده و دنبال موارد گزارش شده یا تشخیص داده نشده بگردید . نهایتاً اینکه نیازی به تهیه نمونه خون اطرافیان بدون علامت و ارسال به انستیتو پاستور نمی باشد در هنگامی که پرسنل مراقب بیمار در معرض تماس پوستی یا پوستی مخاطی با خون ، مایعات بدن و یا فضولات بیمار قرار می گیرند بایستی فوراً سطح آلوده را با آب و صابون بشویند. سطوح مخاطی مانند ملتحمه نیز با مقادیر فراوان آب یا محلول شستشوی چشم شسته شود. اینگونه افراد باید حداقل به مدت ۱۴ روز تحت نظر بوده و درجه حرارت بدن آن ها روزانه کنترل شود و در صورت ظهور علائم بالینی منطبق بر تعریف مشکوک درمان آغاز گردد ، در کارکنان بهداشتی درمانی و آزمایشگاهی چنانچه هنگام مراقبت بیمار مبتلا به CCHF سوزن آلوده یا هر وسیله تیز آلوده به پوست آن ها نفوذ کرد لازم است به عنوان شیمیوپروپویلاکسی از ریباویرین به مدت پنج روز به مقدار ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت استفاده نمایند.

بیماری در حیوانات

عفونت و آلودگی به ویروس CCHF در گاو و گوسفند تنها با ایجاد واکنش تب همراه است و ویروس از گاو، گوسفند، بز و شتر که به صورت طبیعی آلوده شده اند، جدا گردیده است. در حالیکه هیچ یک از حیوانات یاد شده در هنگام جداسازی ویروس دارای هیچگونه علائم بالینی دال بر بروز بیماری نبوده اند.

علی رغم آلودگی شدید برخی از پرندگان به کنه های ناقل ویروس CCHF تاکنون با انجام آزمایش های مختلف ویروس عامل بیماری از پرندگان جدا نگردیده، در میان پرندگان فقط شترمرغ نسبت به عامل بیماری حساس بوده و در کانون های آندمیک بیماری میزان شیوع نسبتاً بالای بیماری در گله شترمرغ ها گزارش گردیده است.

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

۱- درمان حمایتی:

شامل اصلاح آب و الکترولیت ها و.. کنترل علائم حیاتی ، در صورت افت شدید هموگلوبین نسبت به تزریق خون اقدام شود و ضمناً در موارد ترمبوسیتوپنی شدید و نشانه های خونریزی فعال تجویز پلاکت کاربرد دارد. استفاده از تب برها و ضداستفراغ ممکن است مؤثر باشد، از تجویز آسپرین خودداری گردد زیرا موجب تشدید خونریزی می شود. و...

۲- درمان ضد ویروسی:

ریباویرین داروی ضد ویروسی است که در درمان موارد مبتلا به CCHF اثرات قابل توجهی داشته است. مکانیسم اثر ضد ویروسی ریباویرین کاملاً شناخته شده نیست ولی موجب تغییر زنجیره نوکلئوتیدی سلولی و ممانعت از ساخته شدن mRNA ویروسی می گردد. نوع خوراکی و تزریقی داخل وریدی آن مؤثر است.

تعریف مظنون :

شروع ناگهانی بیمار با تب + درد عضلات + تظاهرات خونریزی دهنده (شامل: راش پتشی، خونریزی از بینی و مخاط دهان، استفراغ خونی یا ملنا، هماتوری) + یکی از علائم اپیدمیولوژیک (سابقه گزش با کنه یا له کردن کنه با دست، تماس مستقیم با





خون تازه یا سایر بافت های دام ها و حیوانات آلوده، تماس مستقیم یا ترشحات دفعی بیمار قطعی یا محتمل CCHF، اقامت یا مسافرت در یک محیط روستایی که احتمال تماس با دام ها وجود داشته اما یک تماس خاص تصادفی را نمی توان مشخص نمود.
تعریف محتمل :

موارد مظنون + ترمبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کم تر از ۱۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب) که می تواند با لکوپنی (گلبول سفید کم تر از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب) یا لکوسیتوز (گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب) همراه باشد.

لپتوسپیروز

بیماری لپتوسپیروز یکی از گسترش یافته ترین بیماری های مشترک بین انسان و حیوانات است. چهره بالینی این بیماری آنقدر متغیر است که هرگز نمی توان تنها بر پایه علائم و نشانی های بیماری، آن را تشخیص داد. به همین دلیل تشخیص بیشتر بر پایه اعتماد به آزمایشگاه در نشان دادن و مشاهده عامل بیماری و دقت روش های سرولوژیکی استوار است.

عامل بیماری باکتری لپتوسپیرا است که گونه های مختلفی دارد. در حال حاضر ۲۲ سرورگروپ شناخته شده وجود دارد. لپتوسپیرا از خانواده اسپروکت ها می باشد. این باکتری هوازی مطلق بوده و فوق العاده متحرک می باشد در مقابل سرما مقاوم و نسبت به گرما، اسیدها، خشکی، اشعه ماوراء بنفش و موادمض عفونی کننده حساس است.

عفونت های لپتوسپیروزی معمولاً در اثر تماس غیرمستقیم انسان یا دام با آب، خاک یا غذای آلوده شده توسط ادرار آلوده تعداد زیادی از حیوانات وحشی یا اهلی حامل (Carrier) حاصل میشود. همچنین در اثر تماس مستقیم با ادرار یا بافت های حیوانات مبتلا، بیماری منتقل میشود. اجرام بیماریزای لپتوسپیرا از طریق زخم یا خراش های ایجاد شده بر روی پوست بدن، سطوح





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

مخاطبی، بافت ملتحمه چشم، تنفس قطرات ریز و معلق (آئروسول) مایعاتی که واجد اجرام لپتوسپیروا هستند وارد بدن میشوند. اجرام لپتوسپیروا بلافاصله وارد جریان خون شده و شروع به تزايد میکنند و بدین صورت مرحله حضور اجرام لپتوسپیروا در خون (Leptospiroemia) که ۷ تا ۱۰ روز پس از شروع بیماری ادامه می یابد فرا میرسد. در طی این مرحله از بیماری اجرام لپتوسپیروا را به آسانی می توان از خون جدا نمود. ۱۰ روز پس از شروع بیماری و زمانی که پادتن ها را می توان اندازه گیری نمود، اجرام لپتوسپیروا که در لوله های کلیوی جایگزین شده اند از طریق ادرار دفع میشوند (Leptospiuria). این مرحله از بیماری (لپتوسپیروریا) ممکن است تا مدت ها دوام داشته باشد. در طی این مرحله می توان اجرام لپتوسپیروا را از ادرار یا بافت کلیه (حیوانات تلف شده) جدا نمود.

تاریخچه بیماری در ایران و جهان:

در بررسی های که در طی سالهای ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در آزمایشگاه تحقیقاتی لپتوسپیروز دانشگاه تهران بر روی نمونه های ارسالی از استان های تهران، گیلان، آذربایجان، خراسان، خوزستان، چهارمحال و بختیاری، اصفهان و بوشهر صورت گرفته نشان می دهد که میزان شیوع سرولوژیک بیماری هم در انسان و هم در دامها بین ۲۵ تا ۴۲٪ می باشد. مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۸ در یکی از شهرستان های واقع در حاشیه کویر ایران صورت گرفته نیز بیانگر شیوع سرولوژیک بیماری به میزان ۱۰,۵٪ می باشد. در مجموع نتایج مطالعات چند سال اخیر در ایران و سایر نقاط جهان نشان می دهد که سروتیپ های شایع و غالب لپتوسپیروا در یک منطقه در طی زمان تغییر می کند که این خود ضرورت مطالعه مستمر بیماری را نشان می دهد.

شرایط وقوع بیماری:

مساعده بودن شرایط آب و هوایی، pH خاک، میزان بارندگی و رطوبت، وجود آبهای راکد و یا باتلاقی، افزایش جمعیت جوندگان (انواع موش)، خرگوش، خفاش، و نیز گوشت خواران اهلی و وحشی (سگ روباه گرگ و ...) در محیط می تواند میزان وقوع بیماری را افزایش دهد. باکتری لپتوسپیروا می تواند از طریق خراش های ریز پوست و یا از محل هایی که پوست زخمی شده و نیز از طریق مخاطات سالم (مخاط لب و دهان و چشم) وارد بدن شود. شنا در آب های راکد و آلوده به ادرار حیوانات مبتلا و کار در شالی زار های برنج که محل عبور حیوانات وحشی و جوندگان می باشد و یا تماس با حیوانات مبتلا امکان آلودگی انسان را افزایش می دهد.

علائم بالینی:

راه انتقال بیماری به انسان از طریق تماس با آب، غذا یا خاک است که با ادرار حیوان اهلی و وحشی مبتلا آلوده شده است. آلودگی ممکن است از طریق خوردن غذا یا آب آلوده یا از طریق تماس پوستی مخاطی، از راه غشاهای مخاطی سالم (چشم ها، بینی و دهان) خراش های پوستی و تنفس آئروسول ها انتقال یابد. انتقال بیماری از انسان به انسان بسیار نادر است. دوره کمون بیماری معمولاً ۱۴ - ۷ روز است که می تواند از ۲۶ - ۲ روز متغیر باشد. در مردها و سنین زیر ۴۰ سال بیماری شایع تر است. ابتلاء به بیماری ممکن است به اشکال زیر باشد:

بدون علامت (۴۰ - ۱۵٪)

شکل بدون ایکتر (Nonicteric): بیش از ۹۰٪ موارد علامت دار به شکل بیماری خفیف و معمولاً بدون ایکتر و بدون مننژیت است. علائم در مرحله اول به صورت حاد با تب، لرز، سردرد، درد عضلات، استفراغ یا اسهال شروع می شود که ۷ - ۴ روز ادامه دارد سایر تظاهرات راش های پوستی و اسهال، درد مفاصل، گلودرد، درد استخوانی تظاهرات چشمی (فتوفوبی، درد، کونژکتیویت) و درگیری ریه است.

احتقان ملتحمه مشخصه بیماری است و معمولاً در روز سوم یا چهارم بیماری ظاهر می شود یافته های با شیوع کم تر شامل اسپلنومگالی، هپاتومگالی، لنفادنوپاتی، یووئیت، کلاپس قلبی عروقی و فارنژیت، راش های ماکولوپاپولر در تنه و یا قسمت قدامی ساق پا می باشد.





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

مرحله ایمنی یا مرحله دوم: مشخصه آن وجود لپتوسپیرو در ادرار و ظهور آنتی بادی IGM در سرم می باشد. در این مرحله بیمار دچار تب، لرز، سردرد و علائم مننژه شده و سایر علائم اولیه باز می گردد و با پایدار شدن IGM تنوع بیش تری در تظاهرات ایجاد می شود که شامل آنسفالیت ضعف، و سفتی عضلانی، اختلال بینایی، نوریت محیطی، فلج اعصاب مرکزی، رادیکولیت، میلیت سندرم گیلن باره می باشد. موارد بدون ایکتر هرگز کشنده نیست.

شکل با ایکتر (Icteric) یا **سندرم ویل**: ۱۰٪ موارد علامت دار دچار بیماری شدید با ایکتر می شوند که مرگ و میر بالایی دارد و با نارسایی کلیوی، کبدی یا مننژیت، خونریزی، آنمی اختلالات هوشیاری، تب بالا، میوکاردیت و ترومبوسیتوپنی همراه است. مرگ و میر در این مرحله ۲/۴ تا ۱۱/۳ درصد گزارش شده است.

این بیماری در انسان بیشتر به عنوان یک بیماری وابسته به شغل شناخته می شود و در افرادی که دارای مشاغل خاص مانند کار در مزارع برنج، نیشکر، دامپزشکان، کار در آزمایشگاه، کارکنان کشتارگاه ها و دامپروران هستند بیشتر دیده شده است. البته در مواردی هم گزارشی از بیماری در سربازان که به اردوگاه های جنگلی اعزام شده اند و یا در افرادی که به عنوان ورزش و تفریح به اردو در مناطق پر باران و یا شنا در برکه ها و استخرهایی که از آب جاری پر می شوند نیز وجود دارد.

در مناطق شمالی کشور این بیماری با نام تب بیچار معروف می باشد و همه ساله تعداد زیادی از شالی کاران کشور در اثر ابتلاء به این بیماری در بیمارستان های منطقه بستری می شوند. هر چند درمان به موقع بیماری بسیار موفقیت آمیز است اما مشکل اصلی تشخیص به موقع و عدم اشتباه آن با بیماری های مشابه است. به همین دلیل در بعضی از فرانس ها این بیماری به عنوان یک بیماری چند چهره شناخته می شود.

لپتوسپیروز در حیوانات اهلی:

در بسیاری از منابع علمی از نشانه های بالینی مختلفی مانند: تب، زردی، هموگلوبینوری (خون شاش)، سقط جنین و یا تولد جنین مومیایی، کاهش باروری، ورم پستان و تغییر رنگ شیر و یا چشم درد متناوب در اسب ها به عنوان نشانه های شاخص لپتوسپیروز در حیوانات اهلی نام برده شده است. با این وجود باید تاکید نمود که بیش از ۸۰٪ موارد بیماری در دام ها به صورت تحت بالینی یا فرم پنهان بروز می کند، این بدین معنی است که دام های مذکور با وجود آن که خود ظاهراً علائمی از بیماری را نشان نمی دهند، اما منبع مهمی برای آلودگی سایر دام ها، محیط زیست و نیز انسان های در تماس با آن ها می باشند.

بیماری در گاو با اشکال حاد، تحت حاد و مزمن بروز می کند. دام های جوان تر به شکل حاد و بالغین به دو شکل دیگر مبتلا می یابند. دوره کمون بیماری ۸-۴ روز است و به دنبال آن لپتوسپیرومی بروز می کند که از یک تا ۵ روز دوام دارد. گاهی به صورت طوفان سقط در گاوداری های صنعتی بروز می کند و معمولاً میزان باروری بسیار کاهش می یابد. در گاو ماده جریان شیر تقریباً قطع می شود و ترشحاتی برنگ قرمز محتوی لخته خون از پستان خارج می گردد. در گاو نر ورم بیضه، کاهش تعداد اسپرم و گاهی جراحات پوستی ناحیه اسکروتوم نیز مشاهده شده است. سیر بیماری در گوساله ها شدیدتر بوده و منجر به عقب ماندگی رشد و به درجات متغیر مرگ و میر را باعث می گردد. بیماری در سگ ها می تواند به سرعت منتشر شود، به خصوص اینکه این حیوانات عادت به لیسیدن واژن یکدیگر دارند. شدیدترین شکل بیماری، شکل هموراژیک آن می باشد. این نوع بیماری با حمله ناگهانی تب که ۳-۴ روز به طول می انجامد، شروع شده که با سفت شدن و درد عضلات اعضای خلفی بدن، هموراژی حفره دهانی با گرایش به نکروز و تورم حلق دنبال می گردد. پس از آن، گاستروانتریت هموراژیک و نفريت حاد به وقوع می پیوندد. در اسب بیماری با یرقان، بی حالی و خمودگی همراه است. سقط جنین در مادیان های آبستن از علائم و عواقب بارز بیماری در اسب به شمار می رود. یکی دیگر از آثار لپتوسپیروز در اسب چشم درد دوره ای است.

روش های مبارزه با لپتوسپیروز:

خشکاندن باتلاق ها و برکه ها، مبارزه با جوندگان و گوشت خوران وحشی در محدوده زندگی انسان ها و حیوانات اهلی، تعیین سویه های غالب در منطقه و محیط های آلوده و سپس شناسایی مبتلایان و حاملین به کمک آزمایشگاه های تخصصی و نهایتاً





درمان آن ها، واکسناسیون حیوانات اهلی و جلوگیری از ورود حیوانات وحشی به محل پرورش حیوانات اهلی، افزایش سطح آگاهی عمومی به ویژه افرادی که از نظر شغلی در معرض خطر ابتلاً به بیماری قرار دارند. مکانیزاسیون کشاورزی و استفاده از تجهیزات ماشینی جهت کاشت، داشت و برداشت محصولات به ویژه در مزارع برنج و شالیزارها جهت تعیین میزان شیوع بیماری در دامپروری ها لازم است از ۱۵ تا ۲۰ درصد دام ها (از سنین مختلف) نمونه خون اخذ و به آزمایشگاه لپتوسپیروز ارسال گردد.

تعریف و اهمیت بیماری

لپتوسپیروز یک بیماری عفونی مشترک بین انسان و حیوان است که به وسیله گونه های بیماری زای لپتوسپیروز ایجاد می شود. لپتوسپیروز در تمام نقاط دنیا به جزء قطب شمال و جنوب گسترش دارد. اما در نواحی گرمسیری و مناطق با بارندگی زیاد و مناطقی که سطح آب های زیر زمینی بالاست آندمیک می باشد. بیماری بیش تر در فصول گرم و در مناطق روستایی دیده می شود لپتوسپیروز در آب، خاک های مرطوب قلیائی لجن ها و محیط های گیاهی با درجه حرارت بیش تر از ۳۲ درجه سانتی گراد به خوبی رشد کرده و زنده می ماند. این بیماری برای افرادی که در محیط های باز کار می کنند و یا با حیوانات سر و کار دارند، یک خطر شغلی محسوب می شود. کشاورزان، کارگران فاضلاب ها، دامپزشکان، کارگران کشتارگاه ها، ماهی گیران، دامداران یا کارگران معادن بیش تر از سایر افراد در معرض خطر هستند. افرادی که در آب های آلوده، اسکی روی آب قایق سواری و شنا می کنند بیش تر از سایر افراد در معرض خطر بیماری هستند.

اپیدمیولوژی و راه های انتقال :

لپتوسپیروز بعنوان یکی از بیماری های مشترک با گستردگی و انتشار جغرافیایی وسیع و مخازن متعدد مطرح می باشد. مهم ترین منبع آلودگی، ادرار حیوان مبتلا می باشد در حیوانات آلوده بدون علائم عامل لپتوسپیروز می تواند برای ماه ها در لوله پروکزیمال کلیه زنده مانده و از طریق ادرار بیش تر از ۶ ماه سبب آلودگی محیط گردد. هم چنین جنین سقط شده بافت های آلوده، ترشحات دستگاه تناسلی و شیر آلوده می توانند به طور مستقیم یا پس از آلودگی محیط موجب انتقال بیماری گردند. همه گیری های بزرگی در سال ۱۹۹۵ در نیکاراگوئه (با مرگ و میر بالا) هند، سنگاپور، تایلند و قزاقستان در سال های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ اتفاق افتاده است. در ایران در سال های اخیر این بیماری در سطح وسیع، در گیلان و به صورت انفرادی در بعضی نقاط کشور گزارش شده است و آلودگی دامی در بسیاری از نقاط کشور گزارش گردیده است.

تعریف اپیدمیولوژیک :

مورد مشکوک : موردی که با توصیف بالینی بیماری مطابقت داشته باشد.

مورد محتمل : مورد مشکوک همراه با یک آزمایش مثبت بررسی آنتی بادی به روش ثبوت کمپلمان آگلوتیناسیون روی لام، ایمونوفلوروسانس غیر مستقیم، ELISA، یک آزمایش آگلوتیناسیون میکروسکوپی MAT با دقت ۱ یا بیش تر

- **مورد قطعی :** مورد مشکوک یا محتمل با یک آزمایش مثبت به روش زیر ؛

- افزایش ۴ برابر تیتراژ آنتی بادی به روش آگلوتیناسیون میکروسکوپی MAT بعد از دو هفته

- جداکردن لپتوسپیروز از نمونه ها

درمان

درمان آنتی بیوتیکی بیش ترین ارزش را موقعی که بین ۴ روز اول بیماری، شروع شود دارد ولی متأسفانه تشخیص لپتوسپیروز ندرتاً به سرعت انجام می گیرد کنترل مایعات و درمان صحیح آن برای پیشگیری از نارسایی کلیه مهم می باشد اگر نشانه های نارسایی کلیه ظاهر شود، جایگزینی سریع مایعات در طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت بامراقبت دقیق بیماران ممکن است مفید باشد.

روشهای پیشگیری و کنترل بیماری





مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

۱. اقدامات توصیه شده جهت اطرافیان : استفاده از داکسی سایکلین (۲۰۰ میلی گرم) هفته ای یک بار توصیه می شود . این دارو تا ۹۵٪ در مقابل لپتوسپیروز اثر پیشگیری کننده دارد و در مواردی که تماس های موقتی با عامل بیماری وجود دارد موثر است ولی در مواردی که تماس های مداوم و مکرر با عامل بیماری وجود دارد توصیه نمی شود .

۲. اقدامات محیط :

- استفاده از وسایل حفاظتی هنگام کار در محیط های آلوده (چکمه ، دستکش ، پیش بند ، و ماسک)
- واکسیناسیون حیوانات اهلی و جداسازی حیوانات آلوده
- درمان آنتی بیوتیکی با دز واحد دی هیدرواسترپتومايسن برای جمعیت دامی
- شناسایی آب ها و خاک های آلوده و در صورت امکان زه کشی آب آن ها

۳. سایر :

- آموزش رعایت اصول بهداشت فردی و راه های انتقال بیماری به کارگران و افراد در معرض خطر ، اجتناب از شنا یا راه رفتن در آب های آلوده
- واکسیناسیون افراد در معرض خطر در بعضی از کشورهای اروپایی و آسیایی
- تحقیق در مورد تماس و جست و جوی منبع آلودگی



تیفوس

تعریف

تیفوس (Typhus) یک بیماری حاد تب‌دار ناشی از یک باکتری به نام ریکتزیا است که توسط حشراتی مثل شپش، کک و کنه منتقل می‌شود. این بیماری دارای سرایت فرد به فرد نیست. این بیماری ممکن است پوست، دستگاه عصبی مرکزی، لوله گوارش و عضلات را درگیر سازد.

به طور کلی سه نوع تیفوس داریم:

۱. تیفوس اپیدمیک یا شپشی که عامل آن ریکتزیا پرووازاکی می‌باشد و شایع‌ترین نوع تیفوس است.
 ۲. تیفوس آندمیک یا تیفوس ککی یا تیفوس موشی که عامل آن ریکتزیا تیفی است.
 ۳. نوع سوم تیفوس کنه‌ای (tick typhus) است که عامل آن R.australis است.
- دوره کمون تیفوس بین ۱ تا ۲ هفته و معمولاً ۱۲ روز است.

عامل بیماری

ریکتزیاها، باکتری‌های کوچکی هستند که انگل اجباری درون سلولی می‌باشند. شکل ظاهری آن‌ها به صورت میله‌ای یا کروی است. مخزن ریکتزیاها در تیفوس شپشی، انسان و در تیفوس موشی، جوندگان می‌باشند و در تیفوس کنه‌ای کنه می‌باشد. حشره ناقل در تیفوس شپشی، شپش در تیفوس موشی، کک و در تیفوس کنه‌ای کنه می‌باشد.

علائم بیماری

معمولاً تب، لرز، درد عضلانی، سردرد، لاغری شدید، بثورات پوستی (با یا بدون اسکار) است. درمان هر سه نوع تیفوس با آنتی‌بیوتیک‌هایی نظیر تتراسیکلین، داکسی‌سیکلین یا کلرامفنیکل صورت می‌گیرد.

تیفوس اپیدمیک یا شپشی

در سیر این بیماری، باکتری ریکتزیا توسط شپش خورده شده و وارد سلول‌های اپی‌تلیال شپش می‌شود. در آنجا به سرعت رشد و تکثیر نموده و باعث پاره شدن سلول‌های جدار معده شپش می‌شود. سپس ریکتزیا وارد حفره معده می‌شود و سرانجام به خاطر پاره شدن سلول‌های آن، خون به داخل هموسل (حفره عمومی بدن) می‌شود. ریکتزیا همراه مدفوع شپش دفع می‌شود که مالیدن یا خاراندن این مدفوع روی زخم یا غشای مخاطی ضعیف (مانند ملتحمه چشم) و یا حتی استنشاق گرد مدفوع خشک شده باعث ابتلای انسان می‌شود. بنابراین انسان از طریق مدفوع یا شپش له شده به بیماری مبتلا می‌شود، نه از طریق گزش شپش و انسان به عنوان مخزن بیماری تلقی می‌شود. شپش آلوده پس از ۱۰ تا ۱۴ روز به علت آلودگی می‌میرد، ولی ممکن است قدرت حیات ریکتزیا در شپش مرده تا هفته‌ها حفظ شود. در انسان میکروب می‌تواند بدون هیچ‌گونه نشانه‌ایی، سال‌ها به صورت عفونت پنهان باقی بماند. بیماری می‌تواند بعدها به شکل خفیف بروز کند. در تیفوس شپشی، بیماران در مرحله تب و احتمالاً ۲ تا ۳ روز بعد از طبیعی شدن درجه حرارت بدن قادر به آلوده کردن شپش هستند. شپش‌ها معمولاً ۲ تا ۶ روز بعد از خون‌خواری آلوده کننده هستند. علائم تیفوس اپیدمیک معمولاً تب، لرز، درد عضلانی، درد شکمی، سرفه، سردرد، بثورات پوستی (راش‌های قرمز) بدون اسکار، تهوع و استفراغ می‌باشد.

تیفوس آندمیک یا ککی

تیفوس ککی یک بیماری مشترک انسان و جانوران است. مخزن عفونت موش است. عفونت در موش به شکل ناپیدا، درازمدت و غیرکشنده است. انتشار عفونت بین موش‌ها به وسیله کک موش (x.Cheopis) است. هرگاه یک x.Cheopis سرگردان بماند، انسان را آلوده می‌کند و سبب انتقال عفونت به انسان می‌شود. در اصل، راه انتقال بیماری به انسان گزش کک نیست، بلکه راه‌های



مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

انتقال، تلقیح مدفوع کک آلوده و استنشاق مدفوع آلوده خشک شده است. پس از آلودگی کک، این حشره تا پایان عمر آلوده می ماند. کک نمی تواند از راه تخمدان، ریکتزی را منتقل نماید.

علائم تیفوس آندمیک شبیه بیماری تیفوس اپیدمیک بوده، ولی خفیف تر است. علائم تیفوس ککی معمولاً به صورت سردرد، عرق، تب و دردهای عمومی تظاهر می یابد. در پنجمین یا ششمین روز بعد از بروز نشانه های بیماری، دانه های قرمز رنگ اول در قسمت بالای شکم و سپس در تمام بدن غیر از صورت و کف دست و پا ظاهر می گردد. میزان کشندگی با افزایش سن زیاد می شود.

پیشگیری و کنترل تیفوس ککی

- رعایت بهداشت محیط و بهداشت فردی، به ویژه استحمام و شستشوی مرتب لباس ها
- سم پاشی اماکن و لباس های آلوده با حشره کش های مناسب
- گزارش تلفنی و فوری موارد مشکوک
- بعد از آنکه بیمار، البسه و محل زندگی و تماس های خانوادگی عاری از شپش یا کنه شدند، نیاز به جداسازی بیمار نیست.
- تمام افرادی که با بیمار تماس نزدیک داشته اند، باید مدت دو هفته تحت نظارت قرار داده شوند.

تیفوس کنه ای

عامل بیماری باکتری ریکتزی است که در بدن کنه زندگی می کند. انسان از طریق گزش کنه معمولاً در فصل بهار یا تابستان مبتلا می شود. این بیماری در همه سنین دیده می شود، ولی در کودکان و بزرگسالان جوان شایع تر است. علائم تیفوس کنه ای ۲ تا ۵ روز پس از گزش کنه بروز می کند که شامل: تب (اغلب تب بالا) همراه لرز، بثورات پوستی قرمز که از دست و پا شروع شده و به مچ دست و پا، ساق، تنه و شکم گسترش می یابند. سردرد، درد عضلانی و ضعف، سفتی پشت، تهوع و استفراغ، گیجی و اغما است. فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری در محیط باز در مناطق آلوده به کنه و تماس با سگ از عوامل تشدید کننده تیفوس کنه ای است. از جمله عوارض تیفوس کنه ای عفونت مغزی، تشنج، نارسایی کلیه، هپاتیت است، تیفوس کنه ای در صورت عدم درمان اغلب کشنده است (در اثر پنومونی یا نارسایی قلب) موقع برداشتن کنه ها از پوست آن ها را له نکنید، زیرا کنه باید سالم برداشته شود. بررسی های تشخیصی ممکن است شامل آزمایش هایی نظیر شمارش سلول های خون و آزمون های سرم شناسی (بررسی سرم، مایع خون بدون سلول های آن) و نمونه برداری پوست باشد. سابقه گزش کنه یا مسافرت به مناطق آلوده به کنه به تأیید تشخیص کمک می کند. بیماران دارای بیماری خفیف ممکن است در منزل تحت مراقبت قرار گیرند؛ عفونت های شدیدتر نیازمند بستری شدن در بیمارستان هستند و ممکن است حمایت تنفسی با دستگاه تهویه مکانیکی، تزریق خون و تحت نظر گرفتن دقیق از نظر جلوگیری از عوارض بیماری نظیر نارسایی کلیه لازم گردد. رعایت بهداشت دهانی مناسب مهم است.

پیشگیری از تیفوس کنه ای:

- استفاده از لباس های محافظ در مناطق آلوده به کنه و استفاده از ترکیبات دورکننده حشرات.
- در طی فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری در محیط باز به طور مکرر پوست را مورد معاینه قرار دهید تا اگر کنه ای به پوست شما چسبیده باشد، آن را از خود دور کنید.
- در طی برداشتن کنه ها از پوست آن ها را له نکنید، زیرا کنه باید به طور کامل و سالم برداشته شود.
- یک شعله ی کوچک را نزدیک کنه بگیرید یا مقداری بنزین، نفت چراغ یا نفت معمولی روی کنه بریزید و سپس کنه را با موچین از روی پوست بردارید



تب راجعه

تعریف:

بیماری عفونی است که توسط نوعی اسپیروکت بنام بورلیا از طریق گزش کنه‌های نرم و یا شپش به انسان منتقل می‌شود و چون سیر بیماری شامل دوره‌های چند روزه تب با فواصل چند روزه بی‌تبی می‌باشد تب راجعه به آن اطلاق می‌گردد.

اپیدمیولوژی:

تب های راجعه به صورت همه گیر (تب های راجعه شپشی) و یا تک گیر (تب راجعه کنه‌ای) ظاهر می‌شوند. نوع شپشی بیماری در همه جای جهان دیده شده است. تب راجعه شپشی که به تب قحطی، تب گرسنگی و تب فقر نیز معروف است به صورت اپیدمیک و در زمان قحطی و شرایطی مانند آن ایجاد شده و عامل آن بورلیا رکورنتیس می‌باشد. در این شکل بیماری مخزن تنها انسان بوده و عود آن نیز یکبار دیده می‌شود و با درمان تک دوز بهبودی حاصل می‌شود. نوع کنه‌ای در مناطق خاصی شامل سرزمین های گرمسیر و معتدل از جمله ایران مشاهده می‌گردد. ناقل نوع اندمیک بیماری در ایران انواعی از کنه‌های نرم از خانواده آگازیده و جنس اورنیتودوروس می‌باشند. در منطقه خاورمیانه و از جمله ایران نوع بورلیا پرسیکا عامل عمده تب های راجعه کنه‌ای بوده و مخزن آن کنه‌های نرم و جوندگان می‌باشند. کنه‌های نرم در تمامی قسمت‌های مناطق مسکونی اعم از محل نگهداری دام و طیور و اتاق‌های مسکونی به علت شرایط گرم و رطوبتی می‌توانند زندگی نمایند.

کنه ی اورنیتودوروس تولوزانی ناقل اصلی تب راجعه در کشور محسوب می‌شود. در مناطق کوهستانی غرب، شمال و شمال غرب اردبیل، آذربایجان شرقی و غربی، زنجان، گیلان، مازندران، همدان، قزوین، دماوند، فیروزکوه، سمنان، سبزوار، نیشابور، اصفهان و دامن‌های جنوبی زاگرس انتشار دارد. کنه ی اورنیتودوروس اراتیکوس در استان های خوزستان، هرمزگان، سیستان و بلوچستان و آذربایجان غربی و شرقی و شهرهای اصفهان، ساوه، قزوین، کرج، سمنان، پارس آباد مغان انتشار دارد. کنه ی اورنیتودوروس تارتاکوفسکی در شمال شرقی کشور در استان های خراسان (سرخس) و گلستان (گنبد و ترکمن صحرا) انتشار دارد.

راه انتقال

نوع اپیدمیک: در اثر له کردن شپش آلوده به بورلیا در روی بدن، عامل بیماری از محل گزش به انسان سالم منتقل می‌شود.

نوع بومی: کنه های نرم می‌توانند در تمام مراحل چرخه حیاتی (نوزاد، نمف و بالغین) از طریق خونخواری و از طریق بزاق یا مواد دفعی، عامل بیماری را منتقل نمایند. عامل بیماری مستقیماً از انسان به انسان منتقل نمی‌شود. خون خواری کنه ۵ تا ۲۰ دقیقه طول کشیده و کنه تا آخر عمر آلوده کننده بوده و آلودگی را به نسل‌های بعد انتقال می‌دهد.

علائم بالینی بیماری:



مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

دوره کمون بیماری تب راجعه کنه ای ۳ تا ۷ روز (متوسط ۵ روز) بوده و تا ۲۰ روز هم می تواند ادامه داشته باشد. در شروع و استقرار بیماری علائم زیر یکی پس از دیگری و یا همزمان ظاهر شده و تابلو بیماری را کامل می نمایند و گاه علائمی مانند خستگی و سردرد و حالت تهوع به صورت مقدماتی ظاهر می گردند.

۱- لرز: ابتدا بیمار احساس سرما کرده سپس دچار لرز شدیدی می گردد که بمرور شدت و ضعف یافته و تکرار می گردد.
 ۲- تب: همزمان با لرز شروع شده و به حدود ۴۰ درجه سانتیگراد و زمانی هم به ۴۱ درجه سانتی گراد می رسد حملات مکرر تب به مدت ۲-۹ روز بوده و در فواصل آن دوره های بی تبی به مدت ۲-۴ وجود دارد و بتدریج دوره های تب کاهش می یابد. تخفیف تب در ساعات اولیه روز بوده و تعداد ضربانات قلب با تب مطابقت دارد.

۳- سردرد

۴- کوفتگی عضلانی: به دنبال تب و لرز کوفتگی عضلانی به ویژه در اطراف ستون فقرات، ران ها و ساقها تظاهر می نماید.

۵- برافروختگی صورت و پرخونی چشمها

۶- بزرگی طحال و کبد.

۷- خونریزی: به علت کاهش پلاکتهای خون محیطی بوده و به صورت های، هماچوری و هموگلوبینوری و خونریزی های جلدی به صورت پتشی و پورپورا که در پایان اولین حمله تب و در طی ۱ تا ۲ روز ظاهر می گردند دیده می شود.

۱- علائم دیگر: شامل سرفه، اوتیت میانی، تهوع و استفراغ و.. می باشد.

جدول ۱۴: تفاوت های علائم بالینی تب های راجعه کنه ای و شیشی

علائم	تب راجعه شیشی	تب راجعه کنه ای
شکل شروع	اغلب ناگهانی	اغلب ناگهانی
طول دوره تب در حمله اولیه	۲ برابر تب راجعه کنه ای	
تعداد عودها	۱-۲ بار	گاهی حتی تا ۱۳ بار
راش	شایع	شایع تر
هپاتو مگالی، اسپنومگالی، زردی و علائم گرفتاری عصبی و تنفسی	شایع تر	شایع
مرگ و میر	۴ تا ۴۰ درصد	۲ تا ۵ درصد

تشخیص: روش سریع و مناسب تشخیص آزمایشگاهی رویت میکروسکوپی بورلیاها در دید مستقیم اسمیر خونی با زمینه سیاه یا رنگ آمیزی گیمسا می باشد. در تشخیص افتراقی تب های راجعه بیماری های مالاریا، لپتوسپیروز، تب زرد و تب دانگ (در مناطق آلوده به ویروس این بیماری ها)، هیپاتیت، تب مالت، تیفوس، پنومونی، التهاب کیسه و مجاری صفراوی و بالاخره آپاندیسیت مطرح می باشند.

درمان: داروی انتخابی جهت درمان تب راجعه کنه ای تتراسیکلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ده روز می باشد و در زنان باردار و کودکان داروی موثر اریترومايسين می باشد. علاوه بر درمان آنتی بیوتیک بایستی بیمار در بستر استراحت نموده و تب بیمار با داروهای پایین آورنده تب کنترل شده و سردرد و درد عضلانی با مسکن تسکین داده شود. اختلالات الکترولیتی و خونریزیها با خوراندن مایعات حاوی املاح لازم و تزریق ویتامین K کنترل می گردد.

پیشگیری: تاکنون واکسنی برای تب راجعه ساخته نشده است.

پیشگیری از تب راجعه اپیدمیک: رعایت اصول بهداشت فردی، جلوگیری از اسکان افراد به صورت متراکم در اردوگاه ها، خوابگاه ها و موسسات شبانه روزی. استفاده از دورکننده ها و مواد حشره کش مناسب و مورد تایید و یا آغشته کردن لباس افراد در معرض خطر با دورکننده ها.





پیشگیری از تب راجعه بومی: بررسی خانه های صحرایی، کم پهنا، کابین های صحرایی از نظر وجود و یا عدم وجود جونده و بندپا. استفاده از شلوار بلند، پیراهن آستین بلند. استفاده از پشه بند و تخت پایه فلزی با فاصله از دیوار و خود داری از خوابیدن در کف چادر یا اطاق. ایجاد روشنایی در هنگام استراحت شبانه (در اماکنی که درز و شکاف زیاد است) تا از نزدیک شدن کنه ها جلوگیری شود. شستشوی کامل و بررسی دقیق وسایل خواب قبل از استراحت و استفاده از مواد دورکننده (اسپری و قلم) مورد تأیید. سمپاشی قبل از ورود به محل استراحت در مکان های پر خطر.

اقداماتی مانند خودداری از احداث ساختمان در مجاورت لانه های جوندگان و محل نگهداری حیوانات، جلوگیری از ورود جوندگان به محل نگهداری حیوانات و اماکن مسکونی، نصب تورهای فلزی در ورودی های هوا، تعمیر و نگهداری ساختمان های قدیمی، دفع صحیح و به موقع زباله، خودداری از انباشتن وسایل غیر ضروری در منازل، جمع آوری چوب و شاخه های درختان از اطراف خانه، جمع آوری فضولات حیوانی در محلی مطمئن و محدود و خودداری از دفع پراکنده در محیط اطراف منازل بسیار مفید است. به منظور پاک کردن دامها از کنه، حمام ضد کنه با سموم مناسب معمول ترین روش است.

طاعون (Plague)

طاعون نوعی بیماری عفونی باکتریال مشترک بین انسان و حیوانات است که توسط جوندگان و کک آن ها به سایر حیوانات و انسان منتقل می شود. این بیماری در طول تاریخ، انسان های زیادی را به هلاکت رسانده است و تجربیات گذشته نشان داده است که گاهی کانون های فعال طاعون به مدت ده سال یا بیشتر، غیرفعال و خاموش گردیده و ناگهان و به صورت انفجاری، مجدداً فعال و موجب ابتلاء جوندگان یا انسان شده است. ضمناً از آنجا که عامل طاعون به عنوان یکی از جنگ افزارهای بیولوژیک، مطرح می باشد لازم است از این نظر نیز مورد توجه قرار گیرد، براساس اطلاعات موجود، کشورهائی نظیر روسیه و آمریکا این جنگ افزارها را از سال ها قبل ساخته و انباشته اند.

عامل بیماری

عامل بیماری شامل یرسینیاپستیس (*Yersinia Pestis*) است. این باسیل، فاقد اسپور است و لذا نسبت به شرایط محیطی، بسیار حساس بوده و سریعاً از بین می رود و نیز در برابر تابش نور خورشید و حرارت، بسیار حساس است و مدت زیادی در خارج از بدن میزبان، زنده نمی ماند. طبق نظر خبرگان سازمان جهانی بهداشت، حتی در بدبینانه ترین وضعیت، افشانه های حاوی باسیل طاعون فقط به مدت یک ساعت فعال باقی خواهد ماند و لذا در یک حمله بیوتروریستی مخفیانه، قبل از اینکه اولین مورد پنومونی طاعونی عارض شود باسیل های موجود در افشانه آلوده، از بین خواهند رفت.

ناقل طاعون:

از ۳۰۰۰ - ۲۰۰۰ نوع کک موجود، حدود ۳۰ نوع آن قادر به انتقال طاعون، میباشند و ضمناً حداقل ۲۲۰ نوع جونده مختلف، نسبت به طاعون، حساس بوده و ممکن است آلوده شوند. تاکنون ۱۳ نوع کک، بر روی جوندگان وحشی کانون طبیعی طاعون ایران شناخته شده است این ککها در جریان همه گیری طاعون حیوانات، (اپی زوسی) آلوده شده و باسیل طاعون را منتقل مینمایند.

دوره نهفتگی: دوره کمون طاعون در حدود ۷-۲ روز است.

علائم





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

به دنبال پشت سر گذاشتن دوره کمون ۷-۲ روزه به صور مختلف طاعون خیارکی، طاعون سپتیسیمیک، طاعون پنومونیک تظاهر می نماید و موجب بروز علائم غیر اختصاصی نظیر کسالت، تهوع، استفراغ و اسهال، می گردد و در صورتی که سریعاً درمان نشود در نیمی از موارد، به مرگ بیماران منجر می گردد ولی در صورتی که تحت درمان اختصاصی قرار گیرد میزان مرگ ناشی از آن به کم تر از ۵٪ تقلیل می یابد. میزان موارد مرگ ناشی از بیماری در حالات زیر، بیشتر می باشد:

(۱) پنومونی طاعونی

(۲) لنفادنوپاتی زیر بغلی یا لنفادنوپاتی، در چند نقطه بدن

(۳) در صورت وجود باسیل طاعون، در اسمیر خون محیطی

(۴) مثبت بودن کشت خون

(۵) عدم تجویز آنتی بیوتیک مناسب

طاعون درمان نشده می توان د باعث ایجاد سقط و یا مرگ جنین در داخل رحم، بشود ولی در صورت درمان به موقع و مناسب، خطرات جنینی آن به حداقل میرسد.

طاعون خیارکی: طاعون خیارکی شا یعتربن چهره بالینی بیماری است پس از طی دوره کمون به دنبال گزش کک آلوده باسیل در غدد لنفاوی منطقه تکثیر پیدا کرده به طور ناگهانی با تب ۴۰-۳۸/۵ درجه سانتی گراد، لرز، ضعف و سردرد می باشد. معمولاً همزمان با آن و یا چند ساعت پس از آن بیمار متوجه بر جستگی غدد در ناحیه کشاله ران، زیر بغل یا گردن می شود این غدد ها دردناک بوده و به قدری حساس است که بیمار از هرگونه حرکتی اجتناب می نماید. این خیارک به صورت تورم بیضی شکل به اندازه ۱-۱۰ سانتی متر ظاهر و باعث کشیدگی پوست و قرمزی آن می گردد. طاعون به علت شروع ناگهانی و برق آسا بودن سیر بالینی می تواند در عرض ۴-۲ روز منجر به مرگ می شود.

طاعون سپتی سمیک: علاوه بر خیارک در برخی موارد به علت رشد بی اندازه با سیل در خون سپتی سمیک ایجاد می شود. در برخی موارد بیمار تبار و بسیار بد حال بوده و به سرعت می میرد بدون این که خیارک ایجاد شود.

طاعون ریوی: یکی از خطرناکترین عوارض طاعون خیارکی، پنومونی ثانوی می باشد. عفونت، توسط خون از خیارک به ریه رسیده و ایجاد پنومونی میکند علاوه بر مرگ و میر بالا این نوع طاعون شدیداً مسری بوده و انتقال از طریق ذرات ترشعی معلق در هوا صورت می گیرد. علائم مهم طاعون ریوی شامل: تب شدید ناگهانی، سرفه با خلط خونی، درد سینه، لنفادنوپاتی می باشد. طاعون ریوی می تواند سریعاً باعث مرگ بیمار شود و از زمان ابتلا تا مرگ یک روز بطول انجامد. در صورتی که آنتی بیوتیک بعد از ۲۰ ساعت از شروع طاعون ریوی آغاز شود معمولاً بی تاثیر بوده و طاعون کشنده خواهد بود.

تاثیر عوامل مساعد کننده بیماری

• افزایش جمعیت موشهای منطقه

• نامطلوب بودن شرایط بهداشتی

• حساسیت و مقاومت در مقابل بیماری

حساسیت نسبت به طاعون، عمومیت دارد و ایمنی حاصله در افرادی که جان سالمی به در می برند، نسبی است به طوری که در مقابل تلقیح تعداد زیادی باسیل، درهم می شکنند.

منابع و مخازن، نحوه انتقال و دوره قابلیت سرایت

مخزن طبیعی عفونت را جوندگان وحشی مثل راسو، جوندگان اهلی مثل موش و خرگوش اهلی، و گوشتخواران اهلی مانند گربه و سگ تشکیل می دهند.

راههای انتقال

(۱) از طریق تماس با کک آلوده



- ۲) از طریق تماس مستقیم با انسان های مبتلا به طاعون ربوی
- ۳) در اثر تماس و دستکاری نسوج حیوانات آلوده و محیط کشت باسیل طاعون
- ۴) در اثر تماس با گربه های آلوده به پنومونی طاعونی
- ۵) در اثر تماس با شپش و کنه آلوده
- ۶) انتشار عمدی از طریق افشانه های آلوده در حملات بیوتروریستی

انسان، با قرار گرفتن در چرخه انتقال حیوانی طاعون و یا با ورود حیوانات وحشی آلوده یا کک آن ها به اجتماعات انسانی، به این بیماری، مبتلا می شود و حیوانات اهلی نیز ممکن است کک آلوده به طاعون جوندگان را به منازل، منتقل کنند آلودگی شدید جوندگان شهری، موجب همه گیری حیوانی و انسانی طاعون می شود و انسان، نقش میزبان اتفاقی را ایفاء میکند. پستانداران گوشت خوار، نظیر سگ و گربه و بسیاری از گوشت خواران دیگر، در کانون های بومی و همه گیر طاعون، مثبت هستند و این تغییرات سرمی، در اثر خوردن جوندگان مبتلا به طاعون، حاصل می شود. گربه های اهلی و سگ ها می توانند وسیله ای جهت انتقال طاعون، به انسان ها به حساب آیند و این حیوانات در اغلب موارد، جوندگان آلوده را به محیط خانه می آورند. ندرتاً سگ ها و به نحو شایعی گربه ها به دنبال خوردن جوندگان مبتلا به طاعون، به صورت حادی بیمار می شوند و از طریق ترشحات آبسه های زیر پوستی، ترشحات دستگاه تنفسی ناشی از پنومونی، انتقال مکانیکی بوسیله گاز گرفتن و چنگ زدن و ترشحات دهانی حلقی ناشی از کلونیزاسیون یرسینیا پستیس، به طور مستقیم، باعث آلودگی انسان میگردند.

علل انتشار طاعون بوسیله جوندگان

- ۱) گردش روزمره آن ها در جستجوی غذا
 - ۲) پراکندگی طبیعی
 - ۳) حرکت دسته جمعی در ارتباط با فقدان منابع غذایی
 - ۴) مهاجرت دسته جمعی در نتیجه انگیزه های غریزی یا عوامل غیرطبیعی نظیر سیل، آتش سوزی ...
- یکی از پیش درآمد های طاعون انسانی، وقوع طاعون در بین موش های صحرائی است که باعث مرگ و میر فراوانی در آن ها شده کک هائی که از بدن این جوندگان تغذیه می کنند مجبور به ترک میزبان طبیعی خود شده به بدن انسان راه می یابند و باعث بروز طاعون خیارکی و سپتی سمیک می شوند که معمولاً به طور مستقیم از انسانی به انسان دیگر سرایت نمی کند ولی تعداد کمی از این بیماران متعاقباً دچار پنومونی ثانویه طاعونی می شوند و بیماری را مستقیماً از طریق قطرات تنفسی، به سایر انسان ها منتقل میکنند و باعث بروز پنومونی اولیه طاعونی در آن ها می شوند.

مکانیسم های دوام عامل طاعون در خلال دوره های طولانی خاموشی

- ۱) زنده ماندن ککهای آلوده به مدت بیش از یکسال، حتی بدون دسترسی به میزبان پستاندار زنده و آلوده سازی جوندگانی که جدیداً وارد نقب های زیرزمینی میگردند.
- ۲) زنده ماندن عامل طاعون در نسوج یخ زده حیوانات مبتلا به مدت بیش از یک سال و ورود مجدد یرسینیا به سیکل "چونده - کک".
- ۳) به علت زنده ماندن احتمالی یرسینیا در محیط خاک (که بعید به نظر می رسد) *
- ۴) عفونت نهفته جوندگان.

پیشگیری

- ۱) گزارش تلفنی موارد مشکوک طاعون به سطوح بالاتر
- ۲) آموزش مردم در مناطق بومی در مورد راههای انتقال بیماری، نحوه کنترل موش و اهمیت محافظت از گزش کک و از بین بردن ککهای موجود در بدن سگ و گربه، در مناطق بومی.



۳) کاهش جمعیت موش ها با مسموم کردن آن ها به منظور تامین بهداشت محیط. کنترل جوندگان در رابطه با کنترل بیماری تنها زمانی باید به مبارزه با موش های صحرائی و سایر جوندگان و کاهش جمعیت آن ها اقدام شود که جهت از بین بردن ککهای جوندگان، از حشره کش مناسبی استفاده شده باشد زیرا اگر قبل از نابود کردن کک ها اقدام به معدوم کردن جوندگان شود با از بین رفتن این میزبان ها کک آلوده آن ها که از موجودات خونگرم تغذیه میکند به بدن انسان هجوم آورده باعث انتقال بیماری می گردد. تنها روش کنترل جوندگان، کاهش یا حذف مواد غذایی و پناهگاه آن ها ست و مسلماً چنین اقداماتی در مورد جوندگان اهلی و نیمه اهلی، امکان پذیر بوده لیکن در مورد جوندگان وحشی از ارزش کمی برخوردار است. همچنین باید توجه داشته باشیم که نابود کردن جوندگان، بدون کاهش امکانات غذایی و پناهگاه آن ها در بهترین شرایط، صرفاً یک اقدام موقتی می باشد.

۴) جلوگیری از تماس جوندگان با مواد غذایی و اماکن انسان ی

برای جلوگیری از تماس جوندگان با مواد غذایی و اماکن انسان ی توجه به نکات زیر ضروریست:

- ۱) جلوگیری از تجمع علوفه و چوب در نزدیکی محل سکونت
 - ۲) از بین بردن علوفه اطراف منازل، انبارها و نواحی گردش و بازی
 - ۳) معدوم کردن مواد زائد و فضولات به روش بهداشتی
 - ۴) نگهداری غلات در ساختمان ها و انبارهای غیر قابل نفوذ جوندگان در نواحی دور از محل سکونت و بازی کودکان. در رابطه با جستجوی کک و دور ساختن آن از بدن حیوانات دست آموز، توصیه شده است حداقل هفته ای یکبار به ویژه در گربه ها، بچه گربه ها و توله سگ هائی که در ارتباط با کودکان، قرار دارند این جستجو تکرار شود.
 - ۵) جستجوی کک و دور ساختن آن از بدن حیوانات دست آموز
 - ۶) واکسیناسیون افراد در معرض خطر نظیر کارکنان آزمایشگاه هائی که با باسیل طاعون در تماس می باشند و ساکنین مناطقی که میزان بروز طاعون زیاد است و یاکسانی که به آن مناطق مسافرت می نمایند. واکسن طاعون، نوعی واکسن کشته شده است که به صورت ۲ دوز اولیه به فاصله سه ماه تزریق می شده و سپس هر شش ماه، یکبار اقدام به تزریق یادآور آن مینموده اند و با توجه به ایمنی کوتاه مدت و محدود ناشی از آن WHO مصرف این واکسن را تنها در شرایط زیر، توصیه نموده است:
 - ۱- کارکنان آزمایشگاهی که در تماس احتمالی با باسیل طاعون هستند
 - ۲- کارکنان بهداشتی که در مناطق آندمیک طاعون، فعالیت دارند
- ضمناً توصیه شده است از این واکسن صرفاً به منظور پیشگیری بیماری، استفاده شود و طی همه گیری ها به منظور کنترل بیماری نباید مورد استفاده، قرار گیرد. تولید واکسن کشته شده طاعون از سال ۱۹۹۹ متوقف شده است.

اقدام لازم در برخورد با بیماران

- ۱) استفاده از ماسک جراحی به منظور پیشگیری از انتقال پنومونی طاعونی در تماس یافتگان نزدیک
- ۲) در صورتی که کم تر از ۴۸ ساعت از شروع درمان آنتی بیوتیکی در افراد مبتلا به پنومونی طاعونی می گذرد، افرادی که با آنان زندگی می کنند یا در تماس نزدیک با آن ها هستند دریافت داروی پیشگیرنده لازم است
- ۳) از تماس های غیرضروری تا قبل از ۴۸ ساعت از شروع درمان بیماران مبتلا به پنومونی اجتناب شود.
- ۴) از سایر احتیاط های تنفسی، نظیر استفاده از گان، دستکش و عینک محافظت کننده نیز استفاده نمایند.
- ۵) بیماران مبتلا به پنومونی طاعونی طی ۴۸ ساعت اول بعد از شروع آنتی بیوتیک و تا زمان ظهور اولین علائم بهبودی بالینی، همچنان ایزوله باشند، اطاق های محل بستری شدن این بیماران بایستی پاکسازی نهائی شود و لباس ها و وسایل آغشته به مایعات و ترشحات بیماران باید ضد عفونی گردد.
- ۶) جسد بیمارانی که به علت طاعون، تلف شده اند تحت شرایط کاملاً بهداشتی بوسیله افراد تعلیم دیده دفن گردد.





۷) جدا سازی بیماران و آغشته کردن البسه و وسایل آن ها با حشره کش های موثر بر کک های محلی، در مبتلایان به طاعون خیارکی که فاقد سرفه هستند و تصویر رادیوگرافی ریه آن ها طبیعی است اجتناب از تماس با ترشحات خیارک ها به مدت سه روز بعد از شروع درمان، کافی است. از طرفی مبتلایان به طاعون ربوی بایستی تا ۴۸ ساعت بعد از شروع درمان و یا تا زمان منفی شدن کشت خلط، به طور مطلق، ایزوله شوند. لازم به ذکر است که طاعون پنومونیک، از فردی به فرد دیگر از طریق قطرات آلوده، منتقل می شود و لذا در تماس های خیلی نزدیک یعنی فاصله کم تر از ۲ متر، امکان پذیر است.

۸) در صورت وقوع همه گیری پنومونی طاعونی، کلیه افرادی که دچار تب ۳۸/۵ درجه سانتیگراد یا بالاتر هستند یا جدیداً دچار سرفه شده اند لازم است سریعاً تحت پوشش آنتی بیوتیک قرار گیرند. افراد فاقد علائم بالینی که در تماس خانوادگی یا بیمارستانی یا سایر تماس های نزدیک با افراد مبتلا به پنومونی طاعونی درمان نشده بوده اند نیز لازم است به مدت ۷ روز تحت پوشش پروفیلاکسی دارویی قرار گیرند و از نظر بروز تب و سرفه، تحت نظر باشند.

طاعون گاوی

طاعون گاوی (Rinderpest) RP یک بیماری ویروسی واگیردار است که در گاو و گاو میش اهلی و بعضی حیوانات وحشی بوجود می آید. این بیماری با تب، زخم های دهانی اسهال و نکروز غدد لنفاوی و مرگ و میر زیاد مشخص می شود ظاهر می شود. ویروس طاعون گاوی تنها ویروس دارای RNA تک رشته ای است از خانواده بارامیکسوویریده از جنس موربیلوویروس هاست.

جنون گاوی

اولین بار در اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی عوامل بیماریزایی کشف شدند که قادر به تکثیر، انتقال و عفونت زایی بودند، لکن از قطعات پروتئینی ناقص فاقد اسید نوکلئیک تشکیل می شدند. این عوامل را که حتی از ویروس ها ناچیزترند، پرایون (Prion) نامیدند. پرایون ها بیشتر موجب انواعی از بیماری های عصبی مزمن تحلیلی در انسان می شوند. در سال ۱۹۸۶ بیماری عفونی جدیدی در تعدادی از گاوهای شیرده انگلستان دیده شد که از پودر گوشت و استخوان گوسفندان مبتلا به بیماری اسکرابی تغذیه کرده بودند؛ سپس در سال ۱۹۹۶ شواهدی از انتقال این بیماری به انسان مشاهده شد، بدین ترتیب این بیماری "جنون گاوی" نام گرفت. شایان ذکر است که برضد پرایون ها در بدن پاسخ ایمنی مصونیتزا ایجاد نمی شود، بنابراین تشخیص آلودگی یا بیماری با بررسی پادتن ها غیر ممکن است. تنها راه شناسایی عامل بیماری در بافت آسیب دیده می باشد. بنابراین گر چه بهترین راه تشخیص بیماری های پریونی علائم بالینی می باشد ولی برای تشخیص قطعی بایستی بافت یا مایع مغزی نخاعی مورد آزمایش های پیشرفته ای قرار گیرد. پرایون ها بر خلاف دیگر عوامل بیماری زا ویژگی های منحصر به فردی دارند؛ در مقابل اشعه ماورای بنفش، فرمالین، یخ زدن های مکرر، حرارت مرطوب ۱۰۰ درجه به مدت ۴۸ ساعت و حرارت خشک ۱۶۰ درجه به مدت ۲۴ ساعت مقاومت دارند. بنابراین پیشگیری از این بیماری ها با دیگر عوامل میکروبی متفاوت و از اهمیت خاصی برخوردار است.





شامل تغییر در رفتار طبیعی، گام‌های غیرطبیعی، علائم فلجی، حساسیت به صدا و لامسه است. دوره نهفتگی بیماری در دام ۳ تا ۶ سال است، بنابراین علائم در گاوهای بالغ دیده می‌شود. طول دوره بیماری در دام چند هفته تا چند ماه است که نهایتاً منجر به مرگ حیوان می‌شود!

دوره نهفتگی بیماری در انسان نیز بسیار طولانی و بیش از ۵ سال است. علائم بیماری شامل فراموشی، لکنت زبان، اختلال حافظه، عدم تعادل، فلج و بی اختیاری است که نهایتاً با مرگ خاتمه می‌یابد. بیشترین ضایعه در سلول‌های عصبی رخ می‌دهد که منجر به حفره حفره شدن و اسفنجی شدن بافت مغز و نخاع می‌شود. در حال حاضر برای این بیماری درمان مؤثری وجود ندارد و بدون بهبودی در همه موارد کشنده است، لذا بایستی به امر پیشگیری و رعایت اصول بهداشتی بیش از دیگر بیماری‌ها همت گماشت. همان طور که قبلاً اشاره شد به لحاظ مقاومت نسبت به حرارت با پخت معمول غذا عامل بیماری از بین نمی‌رود. مهم ترین روش از بین بردن پرایون‌ها استفاده از «اتوکلاو» با حرارت ۱۳۲ درجه سانتی‌گراد و فشار ۲۷ پوند به مدت یک ساعت می‌باشد. سفیدکننده‌های خانگی (مانند وایتکس) نیز تا حدودی می‌تواند این عوامل را غیرفعال کند.

چگونگی انتقال بیماری:

مهم ترین راه انتقال بیماری به گاوها تغذیه آن‌ها با پودر گوشت و استخوان گوسفندان مبتلا به بیماری اسکرپی بوده است. عامل بیماری در مغز و نخاع، و ریشه‌های عصبی، غدد لنفاوی، چشم، قسمت انتهایی روده کوچک، مغز استخوان و طحال بیشترین تراکم را دارد و به نظر می‌رسد راه انتقال بیماری به انسان نیز مصرف چنین قسمت‌هایی از دام آلوده می‌باشد، بنابراین به منظور پیشگیری از انتقال بیماری به انسان توصیه می‌شود که اگر دامی مبتلا به جنون گاوی باشد بایستی حیوان ذبح شود و لاشه‌اش سوزانده یا منهدم گردد.

اما اگر در منطقه‌ای آلودگی دیده شود ولی دام ذبح شده سالم باشد به‌عنوان احتیاط مغز، نخاع، بافت‌های لنفاوی، چشم و احشای آن از زنجیره غذایی انسان حذف شود. خوشبختانه تاکنون هیچ گونه آلودگی دامی یا انسانی در کشور عزیز ما مشاهده و ثابت نشده است. در گوشت قرمز نیز عامل بیماری دیده نشده است، اما به‌عنوان احتیاط اگر حیوان مبتلا به جنون گاوی باشد حتی شیر و گوشتش نبایستی مصرف شود، ولی در صورت سلامت ظاهری دام می‌توان از گوشت یا شیر آن استفاده کرد. بنابراین گوشت چرخ کرده، همبرگر، سوسیس و کلیه محصولات که از امعاء و احشای حیوانات مشکوک تهیه می‌شوند، (مناطق مشکوک به آلودگی) مطمئن نیستند.

تب زرد

بیماری تب زرد توسط نوعی پشه (آئدس) که آلوده به ویروس تب زرد است، منتقل می‌شود. این پشه با نیش زدن انسان‌ها ی آلوده به تب زرد، نقش حامل ویروس را ایفا می‌کند و این ویروس را به انسان‌ها و پستانداران سالم منتقل می‌کند و ویروس از طریق تماس مستقیم پوست بدون زخم با مواد آلوده در آزمایشگاه نیز منتقل می‌شود. قسمتی از آفریقا و آمریکای جنوبی شایع ترین مکان‌ها برای ابتلا به این بیماری می‌باشند. ویروس تب زرد می‌تواند برای مدت‌های طولانی در بدن پشه زندگی کند. این پشه نسبت به تغییرات فصل بسیار مقاوم است. پشه با نیش زدن انسان یا سایر پستانداران، ویروس را وارد بدن آن‌ها می‌کند. این ویروس از طریق پوست داخل شده و وارد جریان خون می‌شود. این ویروس به محض ورود به بدن انسان، شروع به تکثیر و تولید مثل می‌کند. این ویروس بیش تر قلب، کلیه، کبد و غدد فوق کلیوی را درگیر می‌کند، خون را هم آلوده می‌کند. فرد بیمار میزان بالایی از ویروس تب زرد را در جریان خونسش خواهد داشت و ویروس تب زرد ۳ الی ۵ روز قبل از بروز علائم ظاهری، تکثیر می‌یابد.





پشهای که انسان را نیش زده است، عفونی است و می تواند این ویروس را به میزبان های بیش تری انتقال دهد. اغلب تب زرد در جنگل ها وجود داشته و پستانداران را آلوده می کند و در شهرهای کوچک و روستاها، شیوع این بیماری کم تر اتفاق می افتد. در شهرهای بزرگ شیوع این ویروس شدید و سخت می باشد، زیرا افراد زیادی در تعامل با یکدیگر هستند و این ویروس می تواند به راحتی پراکنده شود.

علائم تب زرد: دوره کمون بیماری ۳ تا ۶ روز و میزان کشندگی ۲۰٪ است

علائم خفیف:

۱. تب که به سرعت بالا می رود.
۲. لرز که حتی با وجود افزایش دمای اتاق نیز می تواند وجود داشته باشد.
۳. سردردهای مداوم
۴. تهوع و استفراغ: بیمار ممکن است میل به غذا نداشته باشد، ولی در عوض باید مقدار زیادی مایعات که سرشار از مواد مغذی و ویتامین هستند را استفاده کند.
۵. خستگی

علائم شدید:

مشکلات قلبی و کلیوی و کبدی (نارسایی کلیه و کبد)، خونریزی داخل پوستی، تپش قلب، پشت درد و یبوست. تب زرد یک بیماری حاد و کشنده است و حدود ۸۵ درصد افراد مبتلا به آن می میرند. لذا به محض این که احتمال این بیماری را در خود می دهید، سریعاً به پزشک مراجعه کنید

مراحل تب زرد

علائم این بیماری دو مرحله دارد:

مرحله حاد:

علائمی مانند تب، سردرد، دردهای عضلانی به خصوص در قسمت پشت و ناحیه زانو، استفراغ و تهوع، کم اشتها، گیجی، قرمزی چشم و صورت و زبان.

مرحله سمی:

زرد شدن پوست و سفید شدن چشمها (یرقان)
دردهای ناحیه شکم و استفراغ که حتی ممکن است فرد خون بالا بیاورد.
خونریزی بینی و دهان و چشمها
کاهش میزان ادرار
نارسایی کبد و کلیه





اختلالات مغزی شامل توهم، تشنج و یا حتی کما

تشخیص تب زرد

تشخیص این بیماری دشوار است و ممکن است با بیماری های دیگر مثلا مالاریا، حصبه و تب دانگ اشتباه شود. تشخیص پزشک بر اساس مشاهده علائم بیمار، آزمایش خون و شرح حال وی و پرسش از او درباره انجام مسافرت به کشورهای مذکور می باشد.

چگونه در مسافرت از ابتلای به تب زرد پیشگیری کنید؟

قبل از مسافرت به کشورهای آمریکای جنوبی و آفریقا لازم است:

۱. برای پیشگیری از ابتلای به تب زرد واکسن بزنید. این واکسن از ابتلای به تب زرد به مدت ۱۰ سال جلوگیری می کند پس از آن نیاز به واکسن یادآور دارید.
۲. گواهینامه واکسینه شدن خود که توسط وزارت بهداشت صادر می شود را به هنگام سفر به کشورهای آمریکای جنوبی و آفریقا به همراه داشته باشید. خیلی از این کشورها بدون گواهینامه واکسینه شدن اجازه ورود به شما را نخواهند داد.
۳. اگر شما و یا کودکان نمی توانید واکسن بزنید اجازه نامه پزشکی مکتوب از سفارت بگیرید. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها می گوید به کودکان زیر ۴ ماه نباید واکسن تب زرد تزریق شود و بهتر است این واکسن در ۹ تا ۱۲ ماهگی کودک تزریق گردد.
۴. در صورت باردار بودن، داشتن حساسیت به تخم مرغ و یا ابتلای به بیماری هایی نظیر ایدز و یا بیماری های کاهش دهنده قدرت سیستم ایمنی بدن، از تزریق این واکسن خودداری کنید.
۵. از پشه ها در کشورهایی که تب زرد در آن ها شایع است ، دوری کنید. از پشه کش و یا هر وسیله دورکننده پشه و لباس های آستین بلند و شلوار بلند استفاده کنید.
۶. از تور پشه بند در مکان های باز استفاده کنید

توکسوپلاسموز

تعریف:

توکسوپلاسموز بیماری انگلی انسان و حیوان می باشد که عفونت اولیه آن، بدون علائم بالینی است. شکل حاد بیماری ممکن است با تب و بزرگی غدد لنفاوی همراه باشد. علائم مغزی، ذات الریه، ابتلای عمومی ماهیچه ها و مرگ از نشانه های اشکال وخیم بیماری است که به ندرت دیده می شود. عفونت اولیه مادران در ابتدای حاملگی ممکن است باعث ایجاد عفونت و مرگ جنین





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

شود و یا این که منجر به ضایعات مغزی، بزرگی و یا کوچکی جمجمه در نوزاد گردد؛ علایم فوق در هنگام تولد مشهود و یا در مدت کوتاهی بعد از تولد، ظاهر می شود.

شکل شناسی (مرفولوژی)

انگل دارای اشکال مختلفی می باشد که عبارتند از:

- ۱ - شکل آزاد: شکل آزاد انگل که در خون و لنف وجود دارد قوسی شکل است و سلول های مختلف اکثر پستانداران (به جز گلبول های قرمز بدون هسته) را مورد تهاجم قرار می دهد.
- ۲ - کیست کاذب: به سلول هسته دار حاوی انگل، کیست کاذب گویند.
- ۳ - کیست نسجی: انگل پس از یکی دوباره تقسیمات داخل سلولی در سلول های هسته دار، به قسمت های مختلف بدن مثل چشم، قلب، ریه، مغز، عضلات و کبد می رود و در آنجا مستقر می شود و کیست نسجی (بافتی) را تشکیل می دهد.
- ۴ - اووسیست: در نتیجه سیر جنسی انگل، که در روده گربه و گربه سانان، ایجاد می شود و از طریق مدفوع گربه و گربه سانان دفع می گردد.

چرخه زندگی انگل

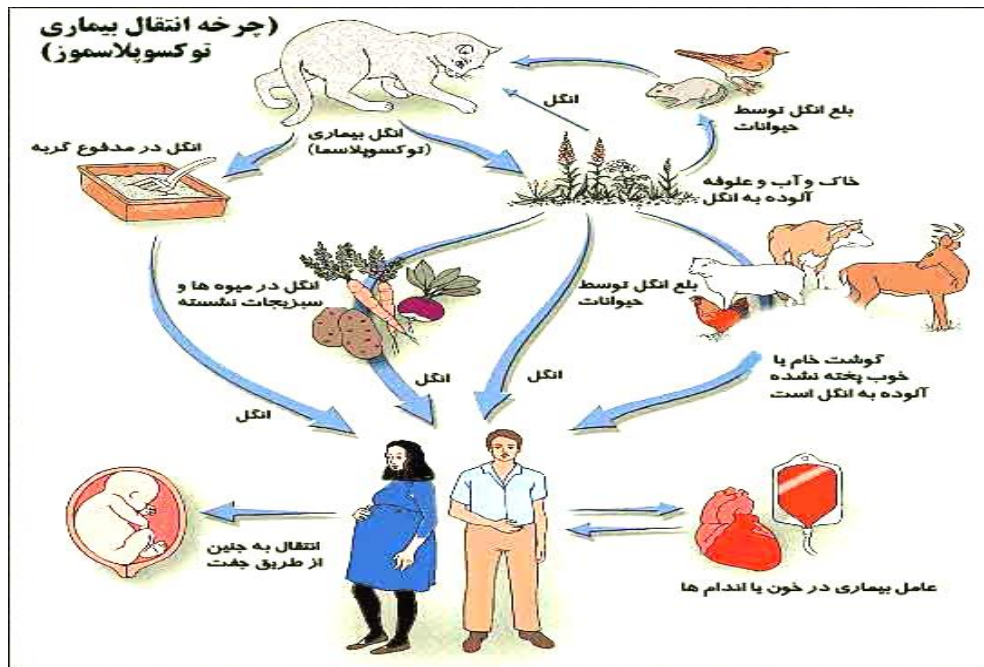
الف - سیکل غیر جنسی:

انسان یا هر میزبان دیگری با خوردن اشکال اووسیستی از طریق سبزیجات، خاک، مواد غذایی آلوده با کیست نسجی به همراه گوشت و جگر و سایر نسوج گاو، گوسفند، خوک، بز و پرنده آلوده می شود. در روده میزبان، انگل به هر شکلی که وارد شده (اووسیست یا کیست نسجی) آزاد می شود و حداکثر پس از ۶ ساعت از طریق عروق روده خود را وارد دستگاه گردش خون می کند، در این هنگام ارگانسیم فقط سلول های هسته دار خون میزبان را انتخاب می کند و وارد سلول هسته دار میزبان می شود، در سلول های هسته دار شروع به تقسیم شدن می کند (انگل در این حالت به نام کیست کاذب نامیده می شود). پس از تقسیمات، کیست کاذب پاره می شود و مجدداً انگل ها آزاد می شوند و به سلول هسته دار دیگری حمله ور شده که پس از ۲ بار تقسیم همراه با خون به طرف سایر قسمت های بدن حرکت می کنند و در آنجا مستقر می گردند و منجر به تشکیل کیست نسجی (بافتی) می شوند.

ب - سیر جنسی:

گربه و گربه سانان با خوردن نسوج آلوده به کیست نسجی مبتلا می شوند. در روده گربه کیست نسجی پاره و انگل آزاد می شود و به نسوج روده حمله می کند و درون سلول های روده گربه قرار می گیرد و شروع به تقسیم کرده سپس سلول های روده گربه را پاره می کند و خارج می شود، بعضی از این سلول ها تبدیل به سلول جنسی یا گامتوسیت می شوند. از ترکیب سلول جنسی نر با ماده، سلول زیگوت یا تخم، حاصل می شود که همراه مدفوع گربه به شکل اووسیت نارس به محیط بیرون دفع می گردد. در شرایط مساعد (درجه حرارت و رطوبت) اووسیست ماه ها و حتی یک سال زنده می ماند. گربه ها بعد از آلوده شدن از مدفوع خود اووسیست دفع می نمایند.





بیماری زایی

الف - فرم اکتسابی: در حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد اکتسابی دارای عفونت بدون علائم می باشند و در حدود ۲۰ درصد علائم از جمله تورم غدد لنفاوی به خصوص در ناحیه گردن، غدد تحت فکی و بناگوشی، تب، سردرد و دردهای عضلانی مشاهده می شود. ضایعات چشمی نیز در این موارد مشاهده شده است.

ب - فرم مادرزادی: چنانچه مادری در حین بارداری برای اولین بار به توکسوپلاسموز مبتلا شود احتمال ابتلای جنین نیز وجود دارد. اگر ابتلای مادر در سه ماهه اول بارداری باشد در صورت عبور انگل از جفت و رسیدن به جنین در غالب موارد منجر به بروز عوارض وخیم یا سقط جنین خواهد شد. عوارضی نظیر عقب ماندگی ذهنی و روانی، تشنج و... از علائم مهم آن محسوب می شوند.

پیشگیری و کنترل

۱. عدم مصرف گوشت کبابی و نیم پز احشایی پرندگان و پختن کامل غذاها و گوشت در درجه حرارت ۶۰ درجه
۲. فریز کردن (منجمد کردن) گوشت در برودت ۱۸ درجه سانتی گراد به مدت ۱۰ روز
۳. معدوم ساختن مدفوع روزانه گربه ها و بچه گربه ها قبل از آنکه اوسیسیت های موجود در آن آلوده کننده شوند. مدفوع این حیوانات را می توان به طرف فاضلاب هدایت کرد، سوزاند و یا عمیقاً دفن کرد. لانه گربه ها را بایستی روزانه با آب جوش ضد عفونی کرد.
۴. اجتناب زنان باردار از تماس با گربه هایی که سابقه تغذیه آن ها معلوم نیست؛ اجتناب این گونه زنان از کارهای باغبانی و یا پوشیدن دستکش و شستشوی دست بعد از انجام کار لازم است.
۵. شستشوی دست ها پس از تماس با گوشت خام و یا باغبانی در محل هایی که احتمالاً آب آن محل آلوده به مدفوع گربه ها است.
۶. دور نگه داشتن غذاها از دسترس حیوانات به خصوص گربه.
۷. شستن دستها بعد از کار کردن، به خصوص بعد از کار در مزرعه و باغ.

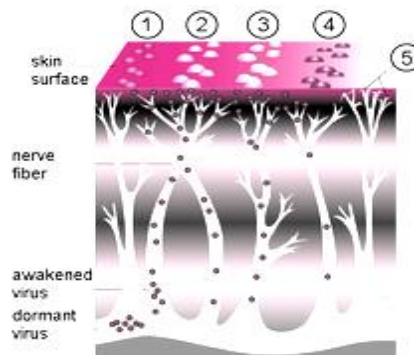
۸. شستن کامل و ضدعفونی سبزی ها و میوه ها.
۹. خودداری از تماس با خون و وسایل پزشکی آلوده به خون.
۱۰. آزمایش کردن خون های اهدایی از نظر آلودگی به توکسوپلاسموز.

زونا (Herpes zoster)



یک بیماری ویروسی است که عامل مولد آن ویروس واریسلا زوستر (عامل آبله مرغان) است. نظریه رایج برای این بیماری به این صورت است که پس از ابتلا و بهبودی آبله مرغان این ویروس به صورت نهفته در سلول های عصبی باقی می ماند. تا زمانی که به علت یک عامل تحریکی و یا نقص سیستم ایمنی دوباره فعال شود. در این حالت بیماری موضعی دردناکی ایجاد می شود که زونا نام دارد. نشانه های زونا تاول های منطقه ای یا کوچکی هستند که جنب یکدیگر در منطقه یک عصب محیطی و در امتداد مسیر آن پدید می آید و با درد و سوزش همراه است. این تاول ها بیش تر در پوست سینه و پشت بروز می کند و همانند آبله مرغان بسیار مسری هستند.

زونا در افرادی که قبلاً با VZV آلوده شده اند ایجاد می شود. اگرچه در هر سنی می تواند رخ بدهد ولی در بیش از نیمی از موارد در افراد ۵۰ سال به بالا دیده می شود. کم تر از ۱۰٪ در زیر ۲۰ سال و حدود ۵٪ در زیر ۱۰ سال دیده می شود. بیماری معمولاً افراد مسن را گرفتار می کند که می تواند ناشی از اختلال در ایمنی سلولی سیستم ایمنی به واسطه پیری ایجاد شود. به ندرت زونا به دنبال تماس با فرد مبتلا به آبله مرغان یا بیمار زونائی دیگر پیدا می شود. بیمار زونائی باعث ابتلای اطفال حساس به آبله مرغان می شود ولی شدت واگیری از آبله مرغان بسیار کم تر است. در یک مطالعه از ۱۸۴ بیمار فقط ۱۱ مورد با بیمار زونائی و ۶ مورد به بیمار آبله مرغانی تماس داشته اند. زونا ناشی از فعالیت مجدد و تکثیر ویروس های خفته در سلول های نخاعی است.



علائم و نشانه ها

علائم اولیه شامل سردرد تب و لرز خفیف و احساس بد حال و کسلی است. به دنبال علائم اولیه فرد دچار احساس درد سوزشی و افزایش حساسیت پوستی در ناحیه ای که اعصاب محیطی آن توسط ویروس آلوده شده بوده و دوباره فعال و در حال تکثیر است می شود. شدت درد از خفیف تا بسیار شدید متغیر است. به دنبال آن تاول های قرمز و دردناکی که ۴-۵ روز پس از علائم اولیه

در سطح بدن به وجود می آیند. تاول ها معمولاً در روی یک نوار پهن پوست قرمز در امتداد مسیر رشته های عصبی حسی در یک درماتوم خاص پوست پدید می آیند. درماتوم به یک ناحیه از پوست گفته می شود که عصب دهی با منشا جنینی مشترک داشته باشد. پس از تماس اولیه ی با VZ در افراد حساس عده ای به عفونت غیر آشکار مبتلا می شوند که از آن ها حدود ۳۰٪ حامل مخفی ویروس می شوند، و عده ای به آبله مرغان مبتلا می شوند که از اینها حدود ۷۰٪ حامل مخفی ویروس می مانند. تاول ها را غالباً می توان در ناحیه قفسه سینه دید که البته تنها در یک طرف بدن گسترش می یابند. از علائم شایع می توان تب و لرز خفیف و احساس کسالت و هم چنین حالت تهوع می توان نام برد

روز اول

روز دوم

روز پنجم

روز ششم


درمان

هدف از درمان، کاهش شدت و دوره بیماری، کاهش درد، تسریع در بهبود ضایعات پوستی و پیشگیری از عوارض دراز مدت بیماری به ویژه درد عصبی به دنبال زونا می باشد. درمان در بیماران با ضعف سیستم ایمنی با هدف جلوگیری از گسترش پوستی و احشایی آن قابل توجه است.

معالجه زونا شامل داروی مسکن برای کنترل درد است. هم چنین روی تاول ها گرد تالک می مالند. ممکن است پس از بهبودی اثرات تاول ها و زخم ها باقی بماند. ضد ویروس شامل آسیکلوویر است. دردهای خفیف تا متوسط با ضد دردهای معمول قابل کنترل هستند. با وجود اینکه کارآزمایی بالینی قابل توجه و متقاعدکننده برای تجویز استروئید در زونا وجود ندارد ولی با این حال کورتیکواستروئیدها به صورت خوراکی معمولاً همراه با ضد ویروسها تجویز می شود. در یک کارآزمایی روی بیماران با سیستم ایمنی طبیعی تجویز همزمان آسیکلوویر و پردنیزولون مدت زمان ترمیم و هم چنین کیفیت زندگی را بهبود بخشیده است.

زونا ی چشمی


بیماری های قارچی پوست (کچلی ها)

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 برحسب آن که بیماری در کدام ناحیه بدن ایجاد شود به گروه های کوچکتری تقسیم شده اند. عفونت های درماتوفیتی را درماتوفیتوز، Ringworm یا کچلی گویند.

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 زخم ها بزرگ و کمی برجسته و ترشح دار شده و در این حالت کریون نامیده می شوند. فاووس سر نوعی از کچلی سر است زخم های این عفونت قارچی کوچک، کبره دار، فنجان 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 مجدداً 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، بیش تر 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 پستی صندلی های سینما، وسایل سلمانی و آرایش، شانه، برسو یا لباس های 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 ۱۰ تا ۱۴ روز است.

دوره واگیری : قارچ های زنده ممکن است تا مدت ها 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 قارچ ها به ندرت اتفاق می افتد.



کنترل:

الف) پیشگیری:

۱) 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.

۲) 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.

ب) کنترل بیماران، تماس و محیط:

گزارش: گزارش همراه با گزارش ماهانه بیماری های 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 شستو گندزدایی کرد.

قرنطینه و مصون سازی: ندارد.

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

درمان اختصاصی: درمان با تجویز خوراکی ضد قارچ های خوراکی با دستور و تجویز پزشک صورت می گیرد. تنها وقتی که پاسخ آزمایش زخم ها 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 آن ها
- 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 قسمتهای محیطی و یا قسمتی از آن برآمده است، ظاهر می شود. محیط زخم ها معمولا "قرمز رنگ، تاولی ویا چرکی بوده و ممکن است خشک و زبر و یا مرطوب و دلمه دار باشد. با گسترش محیط زخم ها قسمت مرکزی آن ها اغلب تمیز و پوست ظاهرا "طبیعی بدن نمایان می شود. وجود تاول هایی 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 بیماری آزمایشگاهی است.

عامل عفونت: گونه هایی از سه جنس متفاوت قارچ های حیوان دوست، خاک دوست و انسان دوست عامل عفونی این بیماری قارچی هستند.

وقوع: از بیماری های همه جایی و نسبتا "فراوان است. مردها بیش از زن ها آلوده می شوند.

مخزن: انسان، حیوانات و خاک مخزن این قارچ ها هستند.





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

روش انتقال: تماس مستقیم یا غیر مستقیم با پوسته های زخم های افراد و حیوانات مبتلا و هم چنین زمین، وسایل حمام، سکو ها و صندلی ها و سایر لوازم آلوده به قارچ، باعث انتقال بیماری می گردد.
دوره کمون: بین ۴ تا ۱۰ روز است.

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

حساسیت و مقاومت: حساسیت به این بیماری عمومی است. اصطکاک و عرق زیاد زیر بغل و کشاله ران و هم چنین درجه حرارت زیاد و میزان بالای رطوبت باعث شدت نشانه های بالینی می شود. تمام گروه های سنی حساس هستند.
کنترل:

الف. پیشگیری: نظافت عمومی حمام ها و رختکن های ورزشگاه ها رعایت شود و حوله ها و لباس ها باید با آب گرم و گندزدهای قارچ کش شسته و گندزدایی شود. کف حمام ها و نیمکت های این اماکن باید با مواد قارچ کش مثل کرئوزول گندزدایی گردد.

ب. کنترل بیماران، تماس ها و محیط:

گزارش: گزارش بیماری به صورت ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.
 جداسازی بیمار: افرادی که تحت درمان قرار دارند باید از رفتن به محیط های ورزشی سرپوشیده، استخرهای شنا و فعالیت های مشابه که ممکن است دیگران را در معرض خطر آلودگی قرار دهد منع شوند.
 گندزدایی همزمان: لباس ها باید به طور مکرر و مؤثر شسته شوند.
 قرنطینه و مصون سازی: ندارد.

تحقیق از تماس ها و منبع عفونت: کودکان مدرسه ای و سایر افراد خانواده هم چنین حیوانات خانگی و غیر خانگی که با منبع عفونت در تماس بوده اند باید بررسی شوند و در صورت آلوده بودن درمان گردند.
 درمان اختصاصی: شستشوی دقیق با آب و صابون، جدا کردن دلمه زخم ها و مصرف داروهای موضعی مؤثر ضد قارچ که توسط پزشک تجویز می گردد.

اقدامات در همه گیری ها. کودکان و والدین آن ها باید نسبت به بیماری و چگونگی انتقال آن آشنا شده و لزوم رعایت بهداشت فردی به آن ها گوشزد شود. بروز همه گیری نزد افراد ارتشی شایع است.
 ت. اقدامات به هنگام بروز حوادث: ندارد.

ث. اقدامات بین المللی: ندارد.

کچلی پا، پای ورزشکاران

تعریف: این بیماری با نشانه های مشخص ترک دار و پوسته پوسته شدن پوست، به خصوص پوست بین انگشتان پا، و یا ظهور پوسته های منتشر در کف پا (نوع خشک) و یا تاول هایی که محتوی مایع آبکی است تظاهر می یابد و به (پای ورزشکاران) شهرت دارد. در اشکال شدید بیماری زخم های تاولی در قسمت های مختلف بدن از جمله روی دست ها دیده می شود که اغلب حاوی قارچ نبوده بلکه در اثر حساسیت به ترشحات قارچ ایجاد می شوند.

تشخیص: تشخیص بیماری آزمایشگاهی است. شکل ظاهری زخم ها نمی تواند وسیله تشخیص باشد. باید توجه داشت که برخی عفونت های باکتریایی و هم چنین کاندیدا ممکن است زخم های مشابهی ایجاد کنند. وجود خارش یکی از نشانه های آلودگی قارچی است.

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





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

وقوع: بیماری شایع و همه جایی است. بزرگ سالان بیش تر از کودکان و مردان بیش تر از زن ها مبتلا می شوند. این بیماری در آب و هوای گرم بیش تر 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.

روش 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 میگیرد.

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. پیشگیری: 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 پودرهای که حاوی داروهای مؤثر ضد قارچ هستند در روی پا به خصوص بین انگشتان پا، در پیشگیری از بیماری در افراد در معرض خطر مؤثر است. کفش تنگ ممکن است شرایط مساعد ابتلا به عفونت را فراهم کند.

ب. کنترل بیماران، تماسها و محیط:

۱. گزارش: آمار بیماری همراه آمار ماهانه بیماری ها ارسال می گردد.

۲. جداسازی بیمار: ندارد.

۳. گندزدایی همزمان: جوراب های افرادی که به شدت آلوده هستند برای جلوگیری از آلودگی مجدد آن ها باید در آب جوش شسته شود.

قرنطینه و مصون سازی: ندارد.

تحقیق از تماس ها و منبع عفونت: ندارد.

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

اقدامات در همه گیری ها: کف های ورزشگاه های سر پوشیده، حمام ها 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.

ت. اقدامات به هنگام بروز حوادث: ندارد.

ث. اقدامات بین المللی: 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، بی رنگ، ترد و زیر آن مواد پنیری شکل جمع می شود و یا اینکه ناخن حالت گچی پیدا کرده و از انگشت جدا می شود.

تشخیص: تشخیص بیماری آزمایشگاهی است.

عامل عفونت: گونه های مختلفی از قارچ های انسان دوست و به ندرت سایر قارچ ها عامل این بیماری است.
وقوع: از بیماری های شایع در تمام نقاط دنیا است
مخزن: انسان و به ندرت حیوانات و خاک مخزن این قارچ است.

روش انتقال: به نظر می رسد عفونت های قارچی پوست که خود در اثر تماس مستقیم با پوست و ناخن افراد مبتلا و کف زمین و حمام های آلوده اتفاق افتاده است، به ناخن گسترش یافته و کچلی ناخن ها را ایجاد میکند. انتقال غیر مستقیم از طریق اشیای آلوده (کف ها و حمام های آلوده) معمولاً حتی در افراد یک فامیل که خیلی هم به هم نزدیک هستند، شدت کم تری دارد.

دوره کمون: مشخص نیست.

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

حساسیت و مقاومت: حساسیت افراد نسبت به ابتلا به این قارچ ها متفاوت است. آلودگی مجدد به طور مکرر اتفاق می افتد.
کنترل: الف. پیشگیری: رعایت نظافت و استفاده از مواد قارچ کش مثل کرئوزول برای گندزدایی کردن کف ساختمان ها توصیه شده است. کف حمام ها باید به طور مکرر شسته و فاضلاب آن ها خارج شود.

ب. کنترل بیماران، تماسها و محیط:

گزارش: گزارش بیماری به صورت ماهانه همراه گزارش دیگر بیماری ها صورت می گیرد.

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

درمان اختصاصی: داروهای انتخابی ضد قارچ خوراکی که توسط پزشک تجویز می شود. تا وقتی که رشد ناخن ها کامل شود باید درمان ادامه یابد (حدود ۳ تا ۶ ماه برای ناخن های دست و ۱۲ الی ۱۸ ماه برای ناخن های پا) اقدامات در همه گیری ها، اقدامات به هنگام بروز حوادث، و اقدامات بین المللی: ندارد.

مطالعه بیش تر:

بیماری های قارچی پوست

بیماری های قارچی شایع پوست به دودسته تقسیم می شوند که عبارتند از بیماری تینئا و بیماری کاندیدیازیس. تینئا را کچلی ترجمه کرده اند که خیلی کلمه رسایی نیست زیرا کچلی بیش تر طاسی سر را به ذهن متبادر می سازد در صورتی که بیماری کچلی، پوست دیگر نقاط مانند کشاله ران، دست، پا، صورت و... را نیز درگیر می کند و لزوماً تنها به معنی از بین رفتن مو نیست. عامل ایجاد تینئاها قارچی میکروسکوپی بنام درماتوفیت می باشد که سه خانواده بزرگ از این قارچ وجود دارد که عبارتند از تریکوفیتون ها، میکروسپوروم ها و اپیدرموفیتون ها. براساس محل ایجاد بیماری، تینئاها پسوند می گیرند مثلاً کچلی سر را تینئا کاپیتیس می گویند که تینئا همان بیماری قارچی و کاپیتیس به معنی سر می باشد. درماتوفیت ها براساس محل زندگی شان به انواع خاک دوست، حیوان دوست و انسان دوست تقسیم می شوند که این به معنی آن است که هرگروه از این قارچ ها تمایل به زندگی در آن محیط به خصوص را دارند و در صورتی که در محیطی غیر از محیط خاص مورد علاقه خود رشد کنند می توانند در میزبان خود باعث التهاب زیادی شوند که این به علت پاسخ شدید سیستم ایمنی میزبان به قارچ است.



به طور کلی هرچه محیط قارچ بیماری زا از محیط طبیعی زندگی قارچ دورتر باشد التهاب ایجاد شده نیز شدیدتر است بنابراین قارچ های خاک دوست بیش از حیوان دوست و اینها بیش از انسان دوست ها باعث التهاب در پوست انسان می شوند

کچلی سر

بیماری کچلی سر بیماری کودکان است که بیش تر در سنین دبستان رخ می دهد . این بیماری به علت درماتوفیت های حیوان دوست و یا انسان دوست ایجاد می شود . کچلی سر می تواند به شکل التهابی و یا غیر التهابی رخ دهد . در نوع التهابی که بیش تر به علت قارچ های حیوان دوست رخ می دهد و در مناطق روستایی شایع تر است ضایعات شدیداً التهابی به شکل کیست های چرکی و گاه دردناک همراه با ترشح چرک و خون می باشد که پس از مدتی باعث ریختن موها در منطقه مبتلا می گردد و این ریزش مو به صورتی است که دیگر برگشت پذیر نبوده و برای همیشه باعث طاسی آن ناحیه می شود به همین علت تشخیص این بیماری باید خیلی سریع داده شود و درمان شروع گردد تا از این عارضه بد شکل کننده همیشگی جلوگیری شود . طاسی بوجود آمده در اثر این بیماری معمولاً کم تر از آن چیزی است که در ابتدای بیماری انتظار می رود و غالباً از بین ضایعات موهایی به صورت دسته دسته دوباره رویش می کند که این بستگی به شروع سریع درمان دارد . درمان این نوع کچلی با داروی خوراکی گریزئوفلووین می باشد و طول درمان نیز حداقل ۶ هفته است . این دارو را باید همراه غذا مصرف نمود تا جذب آن بهتر شود و می توان در دو نوبت آن را مصرف نمود . پایان درمان را می توان بر اساس بهبودی ضایعات تعیین نمود و بهتر است که آزمایش قارچ شناسی پس از درمان نیز انجام گیرد تا از نبود عوامل قارچی در ضایعات نیز اطمینان حاصل شود .

کچلی بدن

این نوع کچلی قارچی در تنه و اندام ها رخ می دهد و می تواند به علت قارچ های حیوان دوست و یا انسان دوست رخ دهد . ضایعات مشخصه آن به شکل تغییر رنگ گرد و همراه با پوسته ریزی و خشکی درحاشیه ضایعات می باشد . این ضایعات از اطراف بزرگ شده و در وسط بهبودی نشان می دهند که به این نوع ضایعات ، آنولر گفته می شود . تعداد این ها می تواند یک و یا چند عدد باشد و اندازه آن ها نیز از کوچک تا خیلی بزرگ متفاوت است . این ضایعات معمولاً خیلی خارش دار نیستند و تنها وجود ضایعات پوستی باعث مراجعه بیمار به پزشک می گردد. گاهی این نوع کچلی در باشگاه های ورزشی به خصوص باشگاه های کشتی شایع می شود که این به علت تماس پوست به پوست ورزشکاران با هم است . درمان کچلی بدن نیز استفاده از داروهای موضعی ضد قارچ مانند کلوتریمازول و میکونازول است اما بهتر است از داروهای خوراکی ضد قارچ استفاده شود تا پاسخ بهتری بگیریم .

کچلی کشاله ران

این نوع بیماری قارچی در آقایان و در ناحیه کشاله ها رخ می دهد و در ورزشکاران شایع تر است . ضایعات به شکل تغییر رنگ با حدود مشخص به صورت دو طرفه در کشاله هاست که می تواند به خصوص در مناطق گرم همراه خارش زیاد و حتی افزایش ضخامت پوست در اثر خارش گردد. این نوع کچلی از انواع شایع در تابستان ها بوده و انتقال از طریق پوست به پوست و یا استفاده از لباس ها و یا حوله فرد مبتلا می باشد و در استخرها می تواند این انتقال راحت تر انجام شود . در درمان این بیماری نیز از داروهای ضد قارچ خوراکی مانند گریزئوفلووین ، تربینافین و یا ایتراکونازول می توان استفاده نمود . البته گاه این بیماری با درمان های موضعی نیز قابل درمان است اما درمان خوراکی بهتر و سریعتر باعث بهبودی می گردد .

کچلی پا

این نوع کچلی نیز در تابستان ها و در کسانی که از استخرهای عمومی استفاده می کنند و یا مدت زمان زیادی از روز باید از کفش های بسته استفاده کنند شایع تر است . ضایعات به چند شکل می تواند رخ دهد . گاهی این بیماری تنها با پوسته ریزی مرطوب بین انگشتان پاها بروز می کند و حتی بیمار نیز متوجه آن نمی شود . گاه به شکل ضایعات پوستی قرمز رنگ همراه پوسته ریزی خشک و بدون خارش درکناره و کف پاها بروز می کند . گاه نیز به شکل تاول های بزرگ و کوچک در کف پاها بروز می کند که می تواند همراه خارش نیز باشد در این شرایط گاه به علت کلفتی پوست کف پا تاول های سالم بزرگی ایجاد می



مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

شود که سقف این تاول ها سفت می باشد . کچلی پا را بیماری پای ورزشکاران نیز می گویند که این شیوع بیش تر در ورزشکاران به علت تعریق و استفاده از کفش های بسته لاستیکی می باشد که در مدت طولانی می تواند باعث تسهیل ورود قارچ به پوست می گردد. درمان این نوع کچلی نیز استفاده از داروهای ضد قارچ خوراکی بوده و جهت پیشگیری نیز باید استفاده از کفش های باز و خشک نمودن پاها پس از شستشو را مورد توجه قرارداد .

انواع دیگر کچلی

کچلی دست، کچلی ناخن، کچلی صورت از انواع دیگر کچلی می باشد که در مورد کچلی صورت و دست تقریباً شبیه همان کچلی بدن بوده با این تفاوت که در صورت احتمال افزایش شدت بیماری با آفتاب وجود دارد و در مورد دست نیز شباهت این بیماری با بیماری اگزمای دست و یا همان حساسیت پوست دست می تواند در تشخیص ایجاد اشکال کند. کچلی ناخن نیز با تغییر رنگ ناخن و جدایی صفحه ناخن از بستر آن خود را نشان می دهد و با آزمایش مستقیم قارچ شناسی می توان به تشخیص این بیماری رسید و به درمان پرداخت که درمان این نوع کچلی نسبت به بقیه موارد طولانی تر است .

کاندیدیازیس

این بیماری توسط یک نوع قارچ مخمر بنام کاندیدا آلبیکانس ایجاد می شود . این قارچ گاهی به شکل غیر بیماریزا در دهان، واژن، کشاله ران و زیر بغل و دیگر مناطق مرطوب پوست وجود دارد . شایع ترین کاندیدیازیس همان بیماری برفک شیرخواران و نوزادان می باشد که نوزاد به علت عبور از کانال زایمانی و به علت وجود کاندیدا در آنجا دچار این بیماری می شود . برفک به شکل برجستگی های سفید خاکستری در روی مخاط دهان و زبان بروز کرده که با کندن این ضایعات مناطق خونریزی دهنده ایجاد می شود. درمان این نوع برفک استفاده از داروهای ضد کاندیدا مانند نیستاتین می باشد که به صورت قطره نیز وجود دارد. برفک در بزرگسالان معمولاً رخ نمی دهد مگر در موارد نقص ایمنی که باید علت این نقص ایمنی حتماً بررسی شود . گاهی کاندیدیازیس دهانی با کاهش پرزهای زبانی بروز می کند که به این نوع ، کاندیدیازیس آتروفیک می گوئیم . گاهی نیز به صورت برجستگیهای سفت و چسبنده و شبیه سنگ در مخاط دهان رخ می دهد که به آن لوکوپلاکی کاندیدیایی و یا کاندیدیازیس هیپرتروفیک می گوئیم . البته علل لوکوپلاکی موارد دیگری نیز هست مانند سیفلیس ، سیگار ، سرطان مخاط دهان ، استفاده از ادویه جات و... که باید احتمال آن ها را نیز در نظر داشت . کاندیدیازیس در پوست به شکل های مختلفی بروز می کند که یکی از شایع ترین آن ها اینترتریگوی کاندیدیایی است که بیش تر در کشاله ها ، زیر بغل ها ، زیر و وسط پستان ها، باسن، بین انگشتان دست می تواند رخ دهد . ضایعات در این موارد به شکل قرمزی براق و همراه پوسته ریزی در حاشیه ضایعات و معمولاً مرطوب و ترشح دار می باشد . در شیرخواران در ناحیه پوشک کاندیدیازیس می تواند باعث تشدید درماتیت پوشک گردد و تشخیص آن با ضایعات اقماری قرمز رنگ در اطراف ضایعه اصلی می باشد . در این موارد معمولاً قعر شیار کشاله ران نیز دچار قرمزی و التهاب است که در درماتیت پوشک چنین چیزی وجود ندارد و این ناحیه معمولاً " مبتلا نیست . کاندیدیازیس بین انگشتان دست در زنان میانسال و مسن که به مدت طولانی دست هایشان در آب و در حال شستشو هستند شایع تر است و در افراد دیابتیک نیز می تواند با وفور بیش تری رخ دهد .

تینئا ورسیکالر (کچلی رنگارنگ)

این بیماری به علت یک نوع قارچ بی آزار پوست رخ می دهد که در بعضی شرایط به نوع بیماری زا تبدیل شده و ایجاد لکه های پوستی می کند . نوع بیماریزای این قارچ را مالاسزیا فورفور می گویند . این بیماری در گردن ، بازوها و ساعدها ، زیر بغل ها و تنه به شکل لکه های کوچک یا بزرگ ، پر رنگ تر و یا کم رنگ تر از پوست رخ می دهد که ممکن است روی آن ها پوسته ریزی ظریفی به صورت آردی نیز رخ دهد . گاهی این لکه ها سطح وسیعی از پوست تنه را در گیر می کند به شکلی که نمی توان پوست سالم را از پوست مبتلا افتراق داد. این لکه ها معمولاً " خارش ندارند و با حمام رفتن رنگ آن ها کم تر شده و گاهی به سختی دیده می شود . اگر پوست آفتاب خورده و برنزه باشد این لکه ها کم رنگ تر از پوست بروز می کند و در صورتی که پوست





برنزه و آفتاب خورده نباشد ، لکه ها پرننگ تر از پوست ایجاد می شود . علت این بیماری و تبدیل نوع غیر بیماری زای قارچ به نوع بیماریزا خیلی مشخص نیست اما عواملی می تواند باعث تسهیل آن شود که عبارتند از رطوبت و تعریق پوست ، چاقی ، استفاده از قرصهای ضد بارداری ، حاملگی ، وراثت ، سوء تغذیه و.... اما گاهی هیچکدام از این زمینه ها نیز وجود ندارد . این بیماری (اگر بتوان نام آن را بیماری نهاد) را می توان با شامپوها ویا لوسیون های ضد قارچ درمان نمود . اما معمولاً " عود کننده بوده و ممکن است هر سال یکی دوبار فرد را مبتلا کند . این حالت در جوانان و افراد میانسال شایع تر از کودکان و افراد مسن می باشد . در کودکان این حالت می تواند کناره های صورت را نیز گرفتار کند وبا لکه های کمرنگی که ایجاد می کند والدین را نگران سازد .

گال یا جرب

گال یا جرب (Scabies) یک بیماری عفونی خارش دار و عامل آن بندپایی از گروه مایت ها یا هییره ها بنام علمی *Sarcoptes scabiei* است. مایت ها موجوداتی شبیه کنه اما بسیار کوچک تر و میکروسکوپی و ماده های آن ها با اندازه ای در حدود ۰,۳ میلی متر هستند. این بیماری شایع ترین بیماری پوستی خارش دار در جهان است و سالانه بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در دنیا به آن مبتلا می شوند. مایت نر که اندازه اش تقریباً نصف ماده است پس از بارور نمودن جنس ماده، بعد از مدت کوتاهی می میرد. محل زندگی انگل، داخل پوست بدن انسان است و پس از انتقال به میزبان، قسمت سطحی پوست بدن را به صورت عمودی سوراخ کرده سپس به ایجاد تونل در سطح افقی می پردازد به طوری که در هر شبانه روز حدود ۳-۲ میلیمتر پیشروی می کند و تخم هایش را در داخل آن قرار دهد. هییره ماده در طول زندگی ۵-۴ هفته ای خود در داخل نقب های داخل جلدی حدود ۵۰-۴۰ تخم می گذارد که بعد از ۵-۳ روز حدود ۱۰ درصد آن ها باز می شوند و لاروهایی از آن ها خارج می شوند که از سلول های پوست تغذیه کرده و تونل های جدیدی را ایجاد می کنند و نهایتاً به هییره بالغ تبدیل می شوند. دوره زندگی هییره از تخم تا تخم



۱۰-۲۴ روز طول می کشد. راه اصلی انتقال، تماس نزدیک حداقل برای ۱۵ دقیقه با افراد آلوده و گاهی از طریق وسایل آلوده می باشد. این انگل هنگامی که روی پوست می نشیند پوست را سوراخ می کند و به زیر پوست می رود. هیره در زیر پوست تونل هایی را حفر می کند و در آن ها شروع به تخم ریزی می کند و کلاً زندگی در همین تونل ها خلاصه میشود. تقریباً پس از گذشت یک ماه از ورود انگل به بدن بیمار کم کم علایمی را در خود می بینید که نوید دهنده گال هست. با توجه به زمان طولانی بیماری به ((خارش هفت ساله)) هم مشهور است. مردم از زمان های بسیار قدیم این بیماری را می شناخته اند و برای درمان آن از آب گرم معدنی حاوی گوگرد استفاده می کرده اند. بیماری گال در تمام دنیا به خصوص در نواحی گرم و مرطوب شایع است. آنچه مسلم است رعایت نکردن بهداشت فردی، فقر اقتصادی، جنگ و محل های پر جمعیت مانند سربازخانه ها، بیمارستان ها، و شبانه روزی ها، در انتشار بیماری نقش اساسی دارند.

عامل بیماری :

عامل بیماری، انگل بسیار ریزی به نام سارکوپت اسکابی است که در حدود ۴/۰ میلیمتر طول دارد، شکل آن شبیه لاک پشت است و دارای چهار جفت پای کوتاه می باشد.

انگل ماده بعد از مستعد شدن روی پوست شروع به کندن تونل در لایه شاخی پوست می کند، طول کانال معمولاً چند میلیمتر است و گاهی تا چند سانتیمتر نیز می رسد، جنس ماده در این تونلها در شبانه روز ۲ تا ۳ تخم بزرگ می گذارد و در مدت ۳۰ تا ۶۰ روز به تخمگذاری می پردازد تا بمیرد.

طریقه انتقال :

انگل بوسیله تماس مستقیم پوست با پوست و به نسبت کمتری از طریق لباس و رختخواب و ملافه های آلوده شده و تماس جنسی منتقل می شود، بچه ها معمولاً اولین عضو خانواده اند که به این بیماری مبتلا می شوند. خوابیدن کودکان با یک دیگر و یا استفاده از لباس و وسایل همدیگر به انتشار بیماری کمک می کند.

علائم بیماری :

نشانه اصلی بیماری خارش است. خارش معمولاً شبانه و شدید است و هنگام خواب در بستر که بدن شخص گرم می شود اتفاق می افتد. انگل ها در اثر گرم شدن محیط و در بعضی مواقع به دنبال گرفتن دوش آب گرم نیز فعال شده و خارش شروع می شود. علایم دیگر شامل ضایعات پوستی قرمز رنگ و برجسته، تورم موضعی، بثورات جلدی و تونل های زیر پوستی به طول ۱۵ - ۳ میلی متر است. دانه هایی به شکل مروارید که محتوی مایع شفاف بوده و هاله ای قرمز رنگ دور آن را احاطه کرده، روی پوست پدید می آیند و اندازه هر یک از دانه ها که به صورت تاول قابل دیدن است، معمولاً به اندازه ته سنجاق می باشد و ممکن است به علت خاراندن زیاد شکل خود را از دست داده و به صورت اثرات خراش مانند یا به صورت زخم ها بی در محل های آلوده دیده شود. هیره های اسکابی نقاطی از بدن انسان که دارای پوست ظریف، چین خورده و مرطوب مایت مانند پشت و کف دست ها، فضاها بین انگشتان، مچ، آرنج، زیر بغل، و کشاله ران و نوک سینه را آلوده می کنند. در شیرخواران صورت، کف و قوزک پا نیز ممکن است درگیر شود. تشخیص قطعی با آزمایش ضایعات جلدی و مشاهده مایت در زیر میکروسکوپ صورت می گیرد.

محل نفوذ انگل به صورت یک آبدانه یا سرخدانه و یا به صورت مجاری کوچک خطی می باشد، مهم ترین علامت خارش شبانه است و این خارش شدید در بستر گرم و موقع حمام کردن به علت تحریک انگل شدید تر می شود. خارش پوست ممکن است سبب ایجاد زخم و گاهی تورم غده های لنفاوی و تب شود. محل جایگزینی انگل بیشتر، لای چین های پستان خانم ها و اطراف دستگاه تناسلی و مقعد می باشد.

راههای سرایت و انتقال بیماری:

انتقال از طریق کوچک ترین تماس مستقیم با پوست بیماران و هم چنین از طریق لباس (خصوصاً لباس زیر) ملحفه و سایر وسایل شخصی آلوده صورت می گیرد.



مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

تماس نزدیک حداقل برای ۱۵ دقیقه با افراد آلوده و انتقال از طریق وسایل آلوده راه اصلی انتقال است.

سایر راه های انتقال بیماری شامل موارد زیر است :

- ۱) خوابیدن در بستر دیگران (۲) زندگی در محیط های اجتماعی شلوغ (۳) انتقال از راه لباس و یا وسایل آلوده مثل لباس خواب (۴) بازی کودکان با یکدیگر مخصوصاً در مهد کودک ها (۵) نگهداری از اشخاص آلوده

آیا سگ و گربه هم ناقل بیماری هستند؟

سگ ها و گربه ها دارای انواع متفاوتی از انگل ها هستند که درصد بسیار زیادی از آن ها نمی توانند به راحتی به انسان انتقال پیدا کند. انگل های به خصوصی بر روی بدن سگ ها وجود دارند که بیماری گال را انتقال می دهند و با نام mange شناخته می شوند. البته زمانی که انگل های بدن گربه سانان و سگ سانان با پوست انسان برخورد می کنند، به راحتی نمی توانند به بقای خود ادامه دهند و تنها یک خارش سطحی را بوجود آورده و سپس از بین می روند. این قبیل خارش ها با بیماری خارش انسانی که با گذشت زمان بد و بدتر می شود و تا زمانی که به درستی درمان نشود از بین نمی رود، تفاوت دارد.

آیا بیماری خطرناکی است؟

گال خطرناک نیست اما مسری می باشد و اگر فوراً معالجه نشود به دیگر اعضاء فامیل یا کلاس مدرسه سرایت می کند.

درمان :

تمام اعضای خانواده و کسانی که در تماس نزدیک با فرد مبتلا می باشند باید همزمان درمان شوند . بهترین دارو در حال حاضر ((محلول گامابنزن)) می باشد و طریقه درمان بدین صورت است که بیمار قبل از خواب ، محلول گامابنزن را از گردن به پایین بدن بویژه بین انگشتان دست و پا ، کف پاها ، زیر بغل و ناحیه تناسلی بمالد ، روز بعد بیمار حمام کند و بدن خود را بشوید، لازم است بیمار بعد از حمام کردن از ملافه ها و لباس هایی که قبلاً در آب جوشانده شده است استفاده نماید . از این محلول برای افراد بالای ۵ سال استفاده می شود . ضمناً می توان از کرم کروتامیتون ۱۰٪ استفاده کرد به این صورت که این کرم به طور کامل در تمام سطح بدن از چانه به پایین ، به خصوص در نقاط چین دار پوست مالیده شود که این عمل را می توان ۲۴ ساعت بعد نیز تکرار کرد . صبح روز بعد پس از مصرف دارو ملحفه و لباس زیر را باید تعویض نمود و ۴۸ ساعت پس از آخرین بار مصرف دارو ، باید حمام کرد .

۱- باید از انگل کش هایی مانند پرمترین (permethrin) استفاده کنید. این پمادها از ناحیه گردن به پایین مورد استعمال قرار گرفته و سپس شستشو داده شود. استعمال کرم باید تا ۷ روز ادامه پیدا کند. هم چنین می توانید از یک اونس (معادل ۳۰ گرم) کرم لیندان ۱٪ lindane استفاده کنید. این کرم را نیز باید از ناحیه گردن به پایین بر روی پوست خود بمالید و حداکثر پس از ۸ ساعت آنرا بشویید. این کرم اگر به طور مستقیم وارد پوست گردد، سبب ایجاد حمله های ناگهانی بیماری های متفاوت می شود به همین دلیل اگر پوست خراشیده، و یا دارای جوش های تحریک پذیر است نباید از آن استفاده کنید. هم چنین مصرف این پماد بلافاصله پس از استحمام توصیه نمی شود. به دلیل رعایت جوانب احتیاط بهتر است خانم های باردار، شیرده، و کودکان زیر ۲ سال از این کرم استفاده نکنند. این نوع کرم تنها زمانی تجویز می شود که بیمار، نسبت به سایر راه های درمانی واکنش مناسب نشان نداده باشد.

۲- داروهای خوراکی نیز برای درمان بیماری وجود دارند که از جمله آن ها می توان به ایورمکتین (ivermectin) اشاره کرد. این ماده یک انگل کش موثر است و درد سر استعمال کرم را هم ندارد. مرکز مبارزه با بیماری در امریکا پیشنهاد کرده که بهتر است این دارو در دوز ۲۰۰ میکروگرم به ازای هر کیلو از وزن بدن استفاده شده و دو هفته بعد مجدداً مصرف تکرار شود. هر چند مصرف قرص های خوراکی خیلی راحت تر از استعمال پماد است، اما این قرص تاثیرات جانبی منفی بیش تری نسبت به انواع کرم ها دارد.

۳- آنتی هیستامین ها مانند دیفن هیدرامین می توانند در رهایی از خارش های مکرر نقش شایان ذکری را ایفا کنند.





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

۴- لباس ها، ملافه ها و پتوها را با آب گرم به خوبی بشویید. انگل ها برای مدت زمان طولانی قادر نیستند در خارج از بدن موجود زنده زندگی کنند، اما بهتر است کل لباس های خود را بشویید و خشک کنید، فرش ها و مبلمان را تمیز کرده و اقدامات پیشگیرانه دیگر را نیز در این خصوص انجام دهید.

۵- مراقب برخورد های جنسی خود باشید و ارتباط خود را با اعضای خانواده در یک چهارچوب قرار دهید. (ارتباطی که امکان انتقال بیماری را ممکن می سازد، قطع کنید).

از آنجایی که خارش به مرور زمان افزایش پیدا می کند، برای درمان کامل چند روز وقت لازم است تا خارش به طور کلی از میان برود. پس از گذشت یک تا دو هفته، رهایی شما از بیماری چشمگیر خواهد بود. اگر بعد از این مدت تغییری احساس نکردید، باید از انگل نمونه برداری شده و نوع آنرا مشخص کنند.

موارد منع مصرف داروهای گاما بنزن و پماد کروتامیتون

۱- نوزادان نارس ۲- در کودکان زیر ۵ سال ۳- زنان باردار (با تجویز پزشک) ۴- کسانی که سابقه تشنج یا غش دارند

راه های مراقبت و پیشگیری :

باتوجه به اینکه ابتلا به بیماری گال مستقیماً به عدم رعایت بهداشت فردی و گروهی و نداشتن آگاهی های لازم بهداشتی مربوط می شود بنابر این آموزش بهداشت به گروه های زیر ضروری است: (۱) دانش آموزان (۲) مسولان و سایر کارکنان مدارس (۳) اولیای دانش آموزان

این گروه ها باید با روش های زیر آشنا شوند:

۱- رعایت بهداشت فردی و پاکیزه نگاه داشتن لباس ۲- اجتناب از پوشیدن لباس های زیر دیگران ۳- جداسازی بیمار تا بهبودی کامل ۴- بیماریابی در سایر افراد خانواده زیرا معمولاً بقیه افراد خانواده نیز مبتلا می شوند ۵- درمان صحیح و کامل مبتلایان ۶- سم پاشی محل زندگی هییره ۷- درمان کلیه افراد خانواده و سایر مواد تماس طبق دارونامه ۸- ضد عفونی و جوشاندن لباس های بیماران به مدت ۵- ۴ دقیقه در آب جوش و خشک کردن در آفتاب ۹- آموزش به مردم در خصوص راه های انتقال بیماری ۱۰- آموزش بهداشت به افرادی که در اماکن تجمعی مانند مدارس ، سربازخانه هاو ... زندگی می کنند. ۱۱- آموزش به مردم در مورد استحمام حداقل دو بار در هفته ۱۲- آموزش به مردم در مورد عدم استفاده از لباس و رختخواب دیگران ۱۳- اتو کردن درزهای لباس تا انگل های احتمالی این ناحیه از بین بروند .

چه افرادی بیشتر در معرض ابتلا به گال می باشند؟

عامل گال می توان د تمام افراد یک خانواده را در هر سنی که باشند مبتلا کند. بیماری بیشتر از افرادی شروع می شود که تماس نزدیک با فرد بیمار دارند . بچه های کمتر از ۱۵ سال حساس هستند و معمولاً اولین کسانی که در خانه علامت دار می شوند ، بچه های کوچک زیر ۱۵ سال می باشند.

مایت

مایت ها موجودات حشره مانند کوچکی هستند با قطر کم تر از ۰,۳ میلی متر. این جانوران که چیزی بین عنکبوت و کنه هستند دارای انواع گوناگونی بوده در لابلای گرد و غبار زندگی می کنند. برخی از انواع آن به نام سارکوپت اسکویی عامل بیماری





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

گال یا جرب که یک بیماری خارش دار پوستی است می باشند. برخی دیگر از انواع آن روی مواد غذایی زندگی می کنند و موجب پوسیده شدن و تخریب آن ها می شوند. اما نوعی از مایت که مورد بحث ماست، با عنوان مایت خانگی نامیده می شود. مایت ها موجوداتی میکروسکوپی هستند که به گروه کنه ها تعلق دارند و در فضای داخلی اماکنی که از رطوبت بالایی برخوردارند، زندگی می کنند. مایت ها برای سلامتی انسان مضر هستند و اغلب باعث واکنش های آلرژیک مثل آسم می شوند. مایت ها از مواد آلی موجود در گرد و خاک خانه تغذیه می کنند که قسمت اعظم این مواد آلی شامل سلول های مرده پوست بدن انسان، قارچ ها و ذرات ریز مواد غذایی پخش شده در سطح خانه است. مایت ها ذرات مرطوب را جذب می کنند.

بیولوژی مایت ها:

هر مایت بالغ هشت پا دارد. در فضای مرطوب در ملحفه ها به میزان ۱۲۰۰۰ مایت در هر گرم از وزن ملحفه ها دیده می شود. طول عمر مایت های موجود در گرد و خاک خانه به طور متوسط معادل ۸۰ روز است که در طی این دوره مایت بالغ روزانه ۱ تا ۲ تخم می گذارد. در دمای ۲۶/۶ درجه سانتیگراد و رطوبت نسبی ۷۵ درصد، تکامل تخم ها حدود سی روز به طول می انجامد.

مخاطرات بهداشتی :

مایت های گرد و خاک خانه یکی از عوامل اصلی ایجاد حساسیت هستند. آلرژی هایی که مایت های موجود در گرد و خاک خانه ایجاد می کنند، باعث بروز آسم، آبریزش بینی، ریزش اشک از چشم، عطسه، مشکلات تنفسی و التهاب پوستی می شود.

کنترل مایت ها:

بهترین مکان برای مبارزه با مایت های موجود در گرد و خاک خانه، اتاق خواب خانه است. این موجودات میکروسکوپی بر روی سلول های مرده پوست به عنوان یک منبع غذایی زندگی می کنند.

هم چنین، یک گروه تحقیقاتی از دانشگاه منچستر در بالش هایی که بررسی کرده اند ۱۶ نوع قارچ یافته اند. محققان می گویند بالش های پر نسبت به انواع سنتتیک کم تر دارای قارچ بویژه قارچی که آلرژی را تشدید می کند، هستند. اسپورهای قارچی یافت شده در بالش ها از پوسته های بدن انسان و مدفوع مایت ها تغذیه می کنند. آلودگی قارچی تختخواب و ملحفه اولین بار در دهه ۱۹۳۰ مشخص شد اما از آن پس تحقیق زیادی در این مورد صورت نگرفت. محققان دریافتند هر ۱۰ بالش که مورد بررسی قرار دادند حاوی تعداد قابل ملاحظه ای از ۴ تا ۱۶ گونه قارچی بودند. قارچ میکروسکوپی اسپرژیلوس فومی گاتوس بویژه در بالش های سنتتیک موجود بود. این قارچ معمولا به ریه و سینوس حمله می کند و می تواند موجب تشدید آسم هم بشود. هم چنین مشخص شده که عامل عفونت در بیماران مبتلا به لوسمی و دریافت کنندگان پیوند مغز استخوان است. موضوع دیگر این بود که در میان گونه های قارچی یافت شده در بالش ها کپک نان نیز به چشم می خورد. برخی از بالش ها هم حاوی انواع قارچی موجود در دیوارهای نمناک بودند. به گفته سرپرست این تحقیق در واقع یک اکوسیستم کوچک در درون بالش های که سر بر آن می گذاریم عمل می کند. وی می گوید از آنجا که افراد یک سوم طول زندگی خود را در حالت خواب می گذرانند و در تماس نزدیک با منبع بزرگ و متنوعی از قارچ ها نفس می کشند، یافته های فوق بویژه برای افراد مبتلا به بیماری های تنفسی به خصوص آسم و سینوزیت پیامدهای مهمی در بردارد.

جذام

جذام در طول تاریخ بیش از هر بیماری دیگری باعث وحشت و انزوای انسان ها گردیده است و تا مدت ها تصور می شد که این بیماری ارثی، لاعلاج و غذایی از جانب خداوند است. تصور و نگرش موهومی که از قدیم در ذهن مردم نقش بسته بود باعث





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

می شد این بیماران را در مکان های خاصی جدا از سایرین نگهداری کنند. بالاخره در سال ۱۸۷۳، یک پزشک نروژی به نام «گرهارد هانریخ آرمور هانسن» کشف کرد که عامل واقعی جذام، باسیلی به نام «میکو باکتریوم لپرا» است. باسیل لپرا از نظر ظاهری شباهت زیادی با باسیل مولد بیماری سل دارد و بطور معمول در داخل سلول زندگی می کند و تنها درون سلول قادر به تکثیر است و امکان کشت در خارج از سلول وجود ندارد. به این دلیل تاکنون واکسن موثری بر علیه جذام ساخته نشده است. زمان لازم برای تکثیر باسیل جذام بین ۱۲ تا ۱۳ روز است و در دمای ۳۰ تا ۳۳ درجه سانتی گراد زندگی می کند. باسیل های موجود در ترشحات بینی در تاریکی و رطوبت مناسب حداقل به مدت یک روز و در خارج از بدن انسان به ندرت در شرایط خاص تا ۷ روز بدون قدرت تکثیر، زنده می مانند. دوره نهفتگی بیماری طولانی و به طور متوسط ۳ الی ۵ سال است و تا ۲۰ سال هم گزارش گردیده است. کوچکترین مورد گزارش شده در یک نوزاد ۲/۵ ماهه بوده است. از آنجا که تست اختصاصی برای تشخیص عفونت جذام وجود ندارد کشف بیماری موکول به زمان بروز نشانه های بالینی است. هر دو جنس را در تمام سنین مبتلا می سازد و از نظر ژنتیکی تفاوتی بین زن و مرد در بروز بیماری وجود ندارد و اگر چنانچه در مقاطعی از زمان اختلافی در کشف و گزارش موارد بیماری وجود داشته است به دلیل عواملی از قبیل موانع اجتماعی و عدم دسترسی یکسان زن و مرد و یا پوشش متفاوت بین دو جنس است که احتمال تشخیص بیماری را نابرابر ساخته است. طبقات اجتماعی فقیر بیشتر به جذام مبتلا می شوند. وضعیت اقتصادی نامناسب و زندگی با تراکم بالای افراد خانواده در کنار هم به مدت طولانی، از عوامل مستعد کننده جذام هستند. با وجود اینکه افرادی که به جذام مبتلاء می شوند معمولاً از نظر تغذیه ای در وضعیت مناسبی نیستند ولی افراد زیادی وجود دارند که از فقر غذایی رنج می برند ولی هرگز به جذام مبتلاء نمی شوند. نهایتاً ۹۵ درصد از مردم به دلیل وضعیت ایمنولوژیک خود هرگز به جذام مبتلاء نمی گردند و فقط ۵ درصد از مردم مستعد ابتلاء به جذام هستند. فرد مبتلاء به جذام بایستی در تماس نزدیک، مکرر و طولانی (نظیر ارتباط اعضای یک خانواده که در زیر یک سقف زندگی می کنند)، قرار گیرد تا سایر افراد مستعد را مبتلاء سازد. پس علاوه بر استعداد ایمنولوژیک، نیاز به تماس طولانی است.

مخزن جذام

بجز آرمادیلوهای وحشی ساکن آمریکای جنوبی، انسان تنها مخزن شناخته شده عفونت در جذام می باشد اهمیت اپیدمیولوژیک آرمادیلو اغلب جزئی است (انتقال باسیل جذام از آرمادیلو به انسان مورد شک است) در میان انسان ها نیز انواع لپروماتو قادر به حمل بیشترین تعداد ارگانیزم می باشند که ماکزیمم آن به بیش از ۷ میلیون ارگانیزم در هر گرم بافت بدن می رسد و این مقدار از یک میلیون ارگانیزم در کل در مورد فرم غیر لپروماتو تجاوز نمی کند.

نحوه انتقال بیماری

راه سرایت بیماری از انسان به انسان و از شخص درمان نشده به شخص دیگر و از مسیر دستگاه تنفسی فوقانی از طریق قطرات تنفسی یا به ندرت پوست آسیب دیده می باشد. جذام از راه غذا یا آب منتقل نمی شود. انتقال از راه گزش حشرات مورد شک است، باسیل عمدتاً پوست، اعصاب محیطی و مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و نیز چشم ها را در گیر می سازد. البته در فرم لپروماتوز بجز CNS (دستگاه عصبی مرکزی)، سایر اعضا بدن را نیز به نسبت کمتر مبتلاء می سازد.

نشانه های بیماری

علائم بیماری براساس نوع درگیری متفاوت هستند. و به انواع قطب توبرکلوئید، قطب لپروماتوز و اشکال بوردولاین یا بینابینی تقسیم می شود. باسیل هانسن پس از ورود به بدن مدتی مخفی مانده و پس از طی دوره کمون علائم بیماری ظاهر می شود. شکایات بیمار می تواند زود رس و یا دیررس باشد و برخی علائم هم توسط پزشک یا بیمار یاب پس از یک معاینه دقیق شناسائی می شوند بدون اینکه بیمار از آن ها شکایتی داشته باشد. شکایات بیمار شامل شکایات زود رس: لکه کوچک قرمز رنگ یا رنگ پریده پوستی، بیحسی و کرختی دست و پا، احساس گرمی و سوزش پوست، ضعف خفیف عضلات صورت و اندام ها است. شکایات دیررس شامل: لکه های متعدد و بزرگ، زخم های بدون درد در اندام ها، گره های پوستی مشخص یا کلفت شدن



مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

پوست، ضعف خفیف عضلات صورت و اندام ها می باشد. برخی علائم جذام از قبیل آلوپسی و ریزش موهای ابروها ، لاگوفتالمی (بازماندن چشم در خواب) ، دفورمیتی ها و تغییر شکل اندام ها ، لکه های کم رنگ و پررنگ بی حس ، دانه ها یا نودولهای صورت و نواحی مختلف بدن آنچنان مشخص و بارز هستند که در تشخیص و تشخیص افتراقی بیماری ها ، بیماری جذام در ذهن خطور می نماید. نشانه های اصلی بیماری به سه دسته عمده تقسیم می شوند:

۱. ضایعه پوستی

لکه های پوستی معمولا در پوستهای تیره کم رنگتر از پوست اطراف و در پوستهای روشن قرمز رنگ است و ممکن است منفرد یا متعدد باشد. معمولا در فرم توبرکلوئید تعداد ضایعات کم (کمتر از ۵ ضایعه) و غیرقرینه و در فرم لپروماتو تعداد زیاد و به صورت قرینه می باشد. گاهی اوقات ضایعه قرمز یا مسی رنگ است. ضایعات به صورت مسطح (ماکول)، پاپول (برجسته) ، ندول و یا حتی اولسر ظاهر می شوند.



ضایعات ماکولر



ضایعات ندولر



ضایعات پاپولر



ضایعات پاپولر

بی حسی از دست دادن حس (حرارت ، درد و لمس سطحی و عمقی) از تظاهرات تیپیک جذام است که در فرم توبرکلوئید در ضایعات پوستی و در فرم لپروماتو به شکل دستکش و جوراب در دست و پا اتفاق می افتد. آسیب عصبی معمولا درگیری تنه های اعصاب محیطی به شکل تورم عصب، از دست دادن حس در پوست و یا ضعف ماهیچه هایی که توسط اعصاب مبتلاء عصب دهی می شوند و اختلالات اتونوم شامل کاهش تعریق و ریزش موها تظاهر می کند



عصب رادیال



عصب گوش متورم



عصب تیبیال پشتی

تشخیص، طبقه بندی و درمان

جذام را می توان براساس تظاهرات بالینی و نتایج اسمیر پوستی طبقه بندی نمود. براساس تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت در صورت منفی بودن اسمیر پوستی، جذام کم باسیل، (Paucibacillary) PB و در صورت اسمیر پوستی مثبت، جذام پرباسیل، (Multibacillary) MB نامیده می شود. در بعضی کشورها که تعداد قابل توجهی بیماران کم باسیل که دارای فقط یک ضایعه پوستی هستند وجود دارد ممکن است جداگانه به نام کم باسیل تک ضایعه (PB Single lesion) تقسیم بندی شوند. اهمیت طبقه بندی جذام در انتخاب صحیح نوع درمان است.

تشخیص

۱. تشخیص جذام عموماً براساس علائم و نشانه های بالینی است. لکه های پوستی بایستی از نظر رنگ (هیپوپیگمانتاسیون و هیپر پیگمانتاسیون)، حس گرما و سرما ، لمس و فشار بررسی گردند. عضلات در اندام ها مورد بررسی قرار گیرند. تنه های عصبی از نظر تورم و برجستگی بررسی شوند. معاینه بالینی باید در محیط روشن ترجیحاً زیر نور طبیعی باشد. معاینه حس لمس و فشار را با یک تکه پنبه انجام می دهیم. برای حس سرما و گرما می توان از دو لوله آزمایش آب سرد و گرم استفاده نمود و برای حس درد با یک سوزن ته گرد معاینه می کنیم و از بیمار می خواهیم چشمانش را ببندد. ابتدا پوست سالم اطراف ضایعات و سپس بر روی پوست ضایعه دیده ، حس مورد نظر را آزمایش می کنیم. به حساسیت و ضخامت اعصاب محیطی باید توجه شود. اعصاب متورم توسط لمس با دست معاینه می شوند . عصب گوش بزرگ در طرفین گردن، عصب اولنار (زند زیرین در خم آرنج در گودی بین استخوان ها)، عصب مدیان در قسمت جلویی مچ دست، عصب رادیال واقع در قسمت خارجی بازو (عضله دلتوئید) ، عصب پوپلیته طرفی در پشت زانو قسمت خارجی سر استخوان نازک نی، عصب درشت نی خلفی در طرف داخلی قوزک پا و عصب فاسیال بالای استخوان گونه در زمان تورم و التهاب قابل لمس هستند. محل های شایع درگیری تنه های عصبی در جذام، اگر امکانات انجام اسمیر پوستی موجود باشد قبل از شروع درمان با MDT بهتر است برای تمام بیماران اسمیر پوستی تهیه شود تا در طبقه بندی نوع پرباسیل و کم باسیل اطمینان حاصل گردد. اسمیر از حاشیه فعال ضایعات پوستی تهیه شده و در زیر میکروسکوپ باسیل ها میله ای شکل (مانند چوب کبریت) بوده و با رنگ آمیزی زیل- نیلسون به رنگ قرمز دیده می شوند.



باسیل جذام خاصیت اسید و الکل فست دارد (در محیط اسیدی یا الکی رنگ خود را از دست نمی دهد) و جزء باسیل های گرم مثبت است.

۲. اقدام سوم تشخیصی انجام بیوسی از ضایعات پوستی و یا تنه های عصبی درگیر است که در موارد خاصی انجام می شود.

درمان

اولین درمان به کشف داپسون و مشتقات آن در اواخر دهه ۱۹۴۰ بر می گردد. به دنبال استفاده از داپسون بیماری تا حدودی کنترل ولی به دلیل باکتریواستاتیک بودن داپسون بهبودی بیماران به کندی صورت می گرفت و می بایست بیماران تا آخر عمر داپسون استفاده می کردند. با معرفی MDT (درمان چند دارویی) از سوی سازمان جهانی بهداشت به جای درمان تک دارویی داپسون، بیماری به طور کامل درمان و انتقال آن متوقف شد. داروهای مورد استفاده در MDT شامل ریفامپیسین ، کلوفازیمین و داپسون برای بیماران پرباسیل به مدت ۱۲ ماه و ریفامپیسین و داپسون برای بیماران کم باسیل به مدت ۶ ماه می باشد. در بین داروها ریفامپیسین مهم ترین دارو است. نحوه استفاده داروها در راهنمای کشوری جذام به طور مبسوط آمده است. داروهای MDT به صورت رایگان در بسته های آماده فقط در مراکز بهداشتی کشور توزیع می گردد. هر بسته یا ورق برای مدت یک ماه است و بیمار هر ماه فقط یک بسته دریافت می کند . درمان روز اول آن تحت نظارت پرسنل بهداشتی به بیمار خورانده می شود. تنها در شرایط سخت و دشوار و عدم امکان رفت و آمد ماهانه ، تمام دوره درمانی به بیمار داده می شود که در این صورت یکی از افراد آگاه تر خانواده مسئولیت نظارت بر مصرف داروی بیمار را به عهده می گیرد. (MDT Accompanied)

عوارض جذام

در صورت عدم مراجعه به موقع بیماران ، تشخیص دیر هنگام توسط پزشکان ، یا عدم توجه به دریافت منظم دارو ، عدم مراقبت صحیح از زخم ها و ضایعات پوستی از سوی بیماران و نهایتاً عدم تشخیص و درمان به موقع واکنش های جذام ممکن است بیماران دچار عوارض ، تخریب بافتی و نهایتاً معلولیت های ماندگار و غیر قابل برگشت شوند.

فلج عصب اولنار باعث چنگ شدگی انگشت کوچک و انگشت انگشتری می شود. فلج عصب مدیان باعث چنگ شدگی انگشتان سبابه و میانی می شود و انگشت شست به عقب بر می گردد، فلج هر دو عصب اولنار و مدیان باعث چنگ شدگی کامل انگشتان دست می شود . با فلج عصب رادبال فرد قادر نیست مچ دست خود را به عقب ببرد و دچار افتادگی مچ (Wrist Drop) می شود . فلج عصب پوپلیته باعث افتادگی مچ پا یا (Foot Drop) می شود. فلج عصب درشت نی خلفی باعث چنگ شدگی انگشتان پا می شود . فلج عصب فاسیال باعث لاگوفاالموس می شود و به تدریج منجر به کدورت و زخم قرنیه خواهد شد.

چنگی شدن انگشتان دست و پا



ایریتیس یا ایریدوسیکلیت و نهایتاً افزایش فشار داخلی چشم ، کاتاراکت ، گلوکوم و کوری را در بر خواهد داشت:



اگر جذام به موقع تشخیص داده شود و بیمار تحت درمان قرار گیرد از بروز بسیاری از معلولیت ها و عوارض ناهنجار بیماری جلوگیری شده و جذامی بدون کوچک ترین علامت ناخوشایند درمان می گردد.

وضعیت آماری جذام در ایران و جهان

بیماری جذام از بیماری های بومی کشور ایران است. کشف موارد و درمان آن و همچنین آموزش کارکنان و آحاد جامعه در این بیماری یکی از وظایف شبکه های بهداشتی درمانی کشور محسوب می شود. بیماری جذام به دلیل ایجاد معلولیت ماندگار، افزایش بار بیماری و کاهش سلامت جامعه از زمره بیماری های با اولویت بالا در سطح جهانی قرار دارد و لذا از ابتدای دهه ۶۰ همچون سایر بیماری های نظام مراقبت در سیستم بهداشتی کشور ادغام گردید. اکنون شیوع جذام بسیار کاهش یافته است و سال هاست کشور جمهوری اسلامی ایران وارد مرحله حذف (شیوع کمتر از یک مورد به ازای هر ده هزار نفر جمعیت که Elimination نامیده می شود) گردیده است به طوریکه در سال ۱۳۷۱ با میزان شیوع ۰/۴ در ده هزار نفر جمعیت وارد مرحله حذف بیماری در سطح کشوری و به ترتیب در سالهای ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ وارد مرحله حذف در سطح استانی و شهرستانی گردیده است. شمار موارد جدید جذام نیز از سال ۱۳۶۴ روندی رو به کاهش داشته است. میزان شیوع کشوری در سال ۱۳۹۰، ۰/۰۴ در ده هزار نفر جمعیت محاسبه شده و میزان کشف موارد نیز ۰/۰۳ در یکصد هزار نفر جمعیت بوده است. در سال ۱۳۹۰، ۲۸ مورد جدید بیماری گزارش شده است که از این تعداد ۲۵ مورد ایرانی می باشند. میزان شیوع جهانی نیز ۹۰ درصد کاهش یافته است. حدود ۱۶ میلیون مورد بهبود یافته و از ۴ میلیون معلولیت پیشگیری شده است. شیوع جهانی جذام در آغاز سال ۲۰۱۲ میلادی ۱۸۱۹۴۱ مورد و تعداد جهانی موارد جدید در سال ۲۰۱۱ میلادی ۲۱۹۰۷۵ مورد بوده است. از منطقه مدیترانه شرقی تنها کشور تازه استقلال یافته سودان جنوبی وارد مرحله حذف بیماری نگردیده است و سه کشور هند، برزیل و اندونزی نیز در سطح جهانی دارای بیشترین موارد جدید گزارش شده هستند (هر چند که این سه کشور نیز به مرحله حذف جذام دست یافته اند).

بوتولیسم

بیماری بوتولیسم یک مسمومیت ناشی از پروتئین نوروتوکسین است که بوسیله کلاستریدیوم بوتولینیم ایجاد می شود. توکسین بوتولیسم براساس تفاوت آنتی ژنیک خود به انواع C,D,E,F,G,A,B تقسیم می شود. که انواع A,B,C,D,E,F در انسان موجب بیماری شده و نوع G موجب مرگ ناگهانی بدون بیماری فلجی می شود. دز کشنده توکسین بوتولیسم برای انسان کم تر از ۱۰۰ mcg/kg می باشد برای یک فرد ۷۰ کیلوگرمی از راه خوراکی ۷۰ mcg و از راه استنشاقی ۰/۰۸



مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

تا ۰/۰۹ میکروگرم و از طریق تزریقی ۰/۰۹ تا ۰/۱۵ میکروگرم است. کلمه بوتولیسم از واژه لاتین بوتولوس یا سوسیس گرفته شده است که در قرن ۱۹ گزارش طغیان های بیماری مبنی بر مسمومیت با سوسیس و سایر فرآورده های غذایی در اروپا وجود داشت.

عامل بیماری

کلستریدیوم بوتولینیم یک باسیل گرم مثبت و بی هوازی اجباری است که در خاک و در رسوبات دریایی در سراسر دنیا یافت می شود. به همین دلیل احتمال آلودگی سبزیجات به عمل آمده در خاک نیز وجود دارد. هم چنین اسپورباکتری در دستگاه گوارشی ماهی ها، پرندگان و پستانداران تجمع پیدا می کند.

انواع بوتولیسم :

بوتولیسم ناشی از غذا : خوردن غذاهای آلوده که به درستی فرآوری نشده مثل کنسروهای خانگی و صنعتی که به دلایلی ممکن است آلوده به اسپورباکتری کلستریدیوم شده باشند (کنسرو لوبیا سبز، نخود فرنگی ، ذرت و..)
بوتولیسم نوزادان : به علت تجمع اسپورباکتری در روده کودکان زیر یکسال بوجود می آید در این گروه سنی فلور طبیعی روده به حد کافی تکامل پیدا نکرده تا از تجمع ارگانیسم ها در روده جلوگیری کنند . باید توجه داشت که قبل از سن یک سالگی کودکان نباید عسل به آن ها داد .
بوتولیسم زخم : اسپور باکتری از راه زخم ، جراحی ، سوراخ شدن پوست وارد بدن می شود . مانند تزریق هرئوئین زیر جلدی در معتادان تزریقی
بوتولیسم ناشی از درمان : در اثر تزریق توکسین بوتولیسم به منظور درمان یا کاربرد در زیبایی بوجود می آید.

ویژگیهای کلستریدیوم بوتولیسم :

۱. اسپورهای باکتری در خاک، آب تازه و رسوبات آب نمک ، گرد و خاک خانه و در سطوح بسیاری از مواد غذایی یافت می شود.
۲. اسپور به مدت ۲ ساعت در ۱۰۰ درجه زنده می مانند .
۳. اسپورباکتری در PH اسیدی از بین می رود .

علائم بیماری :

علائم بالینی بوتولیسم ناشی از غذا :

بوتولیسم ناشی از غذا معمولاً ۱۲-۳۶ ساعت پس از خوردن توکسین بوجود می آید. بیمار ابتدا از تهوع، خشکی دهان و اسهال شکایت دارد. اختلال اعصاب مغزی در بیش تر مواقع با علائم چشمی همراه است. اختلال اعصاب مغزی پایین تر به صورت اختلال بلع ، اختلال در تکلم و ضعف عصب زیر زبان تظاهر می کند . ضعف به قسمت های بالا تنه و سپس به پایین تنه گسترش یافته ، امکان ایجاد اختلال تنفسی بدلیل انسداد راه های هوایی فوقانی یا ضعف دیافراگم نیز وجود دارد .

علائم بالینی بوتولیسم اطفال :





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

بوتولیسم اطفال به علت تجمع اسپور کلستریدیوم بوتولیسم در روده ایجاد می شود . شدت بیماری از شکل بدون علامت تا با علامتی همچون فلج و مرگ ناگهانی متفاوت است . بیماری بیش تر در نوزادان ۶ هفتگی تا ۶ ماهگی اتفاق می افتد و پی شروع بیماری از ۶ روزگی تا یک سالگی نیز گزارش شده است .
دوره کمون بیماری از ۳-۴۰ روز و گاهی تا ۲ ماه متفاوت است .

یبوست اولین و شایع ترین علامت بیماری است . سستی و بیحالی بیمار در تمام اوقات وجود دارد (Lethargy) افتادگی گردن Floppy infant ثانوی به علت ضعف عضلانی - گریه ضعیف - ضعف در نگهداری سر - فلج پایین رونده - پتوزپلک (افتادگی پلک)

علائم و نشانه های بوتولیسم ناشی از زخم :

بیماری در صورت فراهم شدن شرایط بی هوازی در زخم و یا در داخل یک آبنه بوجود می آید . علایم و نشانه های بوتولیسم ناشی از زخم مشابه علائم و نشانه های بوتولیسم ناشی از غذا بوده با این تفاوت که علائم گوارشی وجود ندارد .
زخم آلوده با کلستریدیوم معمولاً فاقد نشانه های مشخص عفونت بوده و در برخی موارد بیماری فاقد زخم آشکار است . دوره کمون به طور متوسط معمولاً ۱۰ روز است .

درمان :

بعد از انجام تست حساسیت جهت درمان بوتولیسم از ویال انتی توکسین استفاده می شود.

پیشگیری از ابتلا به بوتولیسم :

- جهت پیشگیری از ابتلا به بیماری بوتولیسم راه های ذیل پیشنهاد می شود .
۱. براساس تحقیقات انجام شده بهتر است کنسروهایی مانند لوبیا سبز ، نخود فرنگی ، ذرت ، تن ماهی داخل ظرفی ریخته و به اندازه یک لیوان آب به آن اضافه گردد سپس به مدت ۵ دقیقه جوشانده شود .
 ۲. از دادن عسل به کودکان زیر یکسال باید خودداری گردد .



بیماری های آمیزشی

بیماری های آمیزشی یکی از شایع ترین بیماری ها در جهان بوده و در بسیاری از کشورها همچنان به عنوان یک معضل بزرگ برای بهداشت عمومی باقیمانده است. ظهور و انتشار آلودگی HIV و بیماری ایدز در روند کنترل سایر بیماری های آمیزشی تاثیر به سزایی گذاشته است. همزمان مقاوم شدن انواع مختلفی از پاتوژن های ایجاد کننده بیماری های آمیزشی مشکل کنترل این بیماری ها را افزون نموده است. اعتقاد بر این است که نه تنها بروز انواع STI در بسیاری از کشورها رو به افزایش است، که عدم تشخیص و درمان زودرس این بیماری ها عوارض جدی متعددی از قبیل مرگ جنین، عفونت های دوران نوزادی و شیر خوارگی، ناباوری حاملگی های خارج از رحمی، سرطان های آنژنیتال و بالاخره مرگ را سبب می شود.

بیماری های مقاربتی چه در انواع همراه با زخم و چه بدون زخم خطر سرایت جنسی HIV را افزایش می دهند. هم چنین آلودگی HIV درمان سایر بیماری های آمیزشی را نیز با مشکل مواجه نموده است. برای مثال درمان شانکروئید به دلیل سرکوب سیستم ایمنی ناشی از آلودگی همزمان با HIV به طور فزاینده ای مشکل شده است. روند رو به افزایش مقاومت بسیاری از پاتوژن های عامل بیماری های آمیزشی سبب بی اثر شدن رژیم های درمانی ارزان قیمت گردیده است. از طرف دیگر داروهای جدید نظیر سفالوسپورین های نسل سوم و فلوروکینولون ها که از قابلیت درمان موارد مقاوم به دارو برخوردارند، گران قیمت بوده و مشکلات متعددی را در راستای درمان بیماران و کنترل زنجیره انتقال آلودگی در جامعه به دنبال خواهد داشت.

تعریف:

بیماری های آمیزشی عبارت از بیماری هایی است که عمدتاً در نتیجه تماس جنسی با فرد آلوده و یا از طریق مادر آلوده به کودک منتقل می گردند. تاکنون بیش از ۲۰ بیماری و سندرم تحت این عنوان نامیده شده اند. طبق گزارش های سازمان بهداشت جهانی با توجه به اینکه بیماری های آمیزشی در دنیا و در کشور ما رو به افزایش است و نظر به مسری بودن این بیماری ها و عوارض ناشی از عدم درمان پیشگیری و کنترل بیماری های آمیزشی ضروری است. برخی از بیماری ها که از طریق آمیزشی منتقل می شوند، با استفاده از سوزن مشترک در میان معتادان تزریقی نیز انتقال می یابند که مهم ترین آن ها هیپاتیت C، B و ایدز می باشند.

بیماری های آمیزشی در جهان خیلی شایع هستند و موجب میزان ابتلاء (Morbidity) بالا به علت بیماری، عوارض جانبی و عواقبی نظیر بیماری التهابی لگن، تنگی مجرا، نازایی و سرطان گردن رحم می شوند. بیماری های آمیزشی می توانند باعث بالا رفتن خطر حاملگی نابجا در زنان شوند و ممکن است به علت خونریزی شدید و ناگهانی به دنبال پارگی لوله فالوپ، منجر به مرگ گردند. در دو سوم یا بیشتر زنان باردار مبتلا به سیفلیس اولیه عفونت از طریق جفت به جنین سرایت می کند. عواقب بیماری های آمیزشی فقط به خود بیماران محدود نمی شوند. اگر زنان باردار مبتلا به بیماری های آمیزشی شوند ممکن است پیامدهایی نظیر سقط خود به خود، تولد زودرس، مرده زایی، مرگ داخل رحمی، تولد با وزن پایین و عفونت چشم ها و ریه ها در جنین و نوزاد ایجاد نماید.

بیماری های آمیزشی هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته شایع می باشند. بیماری های آمیزشی شامل عفونت HIV که غالباً به واسطه تماس جنسی منتقل می گردند، مهم ترین عامل بیماری در بین مردان جوان (۱۵-۲۴ ساله) و دومین عامل مهم بعد از علل مادری در بین زنان جوان در جهان در حال توسعه می باشند. این بیماری ها



مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

جزء ده علتی هستند که در صدر عوامل سبب ساز از دست رفتن روزهای سلامتی در بزرگسالان مناطق شهری کشورهای در حال توسعه، قرار دارند.

تخمین زده می شود عوارض ناشی از بیماری های آمیزشی ممکن است مسئول ۱۷٪ از دست دادن کارایی سال های حیات به علت بیماری در مناطق شهری زیر صحرای آفریقا باشند. در جهان تغییرات گسترده ای در الگوی عفونت های بیماری های آمیزشی اتفاق می افتد. از نظر تاریخچه، سوزاک و سیفلیس دو بیماری آمیزشی هستند که به طور وسیعی شناخته شده اند. میزان های آن ها در سال های اخیر در کشورهای صنعتی و در تعدادی از کشورهای در حال توسعه کاهش پیدا کرده است. از طرف دیگر، تعدادی بیماری آمیزشی جدید، اخیراً شناخته شده اند که میزان آن ها سریعاً افزایش می یابد. از این میان تریکومونیاژیس، کاندیدیازیس، اورتریت غیر کونوکوکوسی، زگیل دستگاه تناسلی، شانکروئید، لنفوگرانوم و نرم، تب خال دستگاه تناسلی و زگیل های تناسلی شایع تر از سوزاک و سیفلیس می باشند. اگر چه بیماری های آمیزشی قابل پیشگیری و تعدادی از آن ها قابل درمان می باشند ولی تلاش ها برای کاهش و کنترل مشکل بیماری های آمیزشی بویژه در کشورهای در حال توسعه، خیلی محدود شده است.

روند همه گیر شناسی STD در نقاط مختلف جهان متفاوت می باشند. در اروپای غربی بروز سوزاک و عفونت کلامیدیایی کاهش محسوسی داشته است. این کاهش که پیش از کشف ایدز، قبل از فعالیت های پیشگیری ایدز در مقیاس وسیع، شروع شد، احتمالاً ناشی از فراهم بودن امکان درمان STD، آموزش جنبی در مدارس و استفاده از کاندوم می باشند. از طرف دیگر بروز STD در اروپای شرقی و آسیای مرکزی رو به افزایش است. در کشورهای در حال توسعه، STD یک مشکل بهداشتی بزرگ در میان بالغین می باشد. بر اساس اطلاعات موجود از گزارش ها و مطالعات مختلف، سازمان جهانی بهداشت (WHO) وقوع ۳۳۳ میلیون مورد جدید از چهار بیماری آمیزشی علاج پذیر (سوزاک، سیفلیس، عفونت کلامیدیا و تریکومونیاژیس) در جهان در طی سال ۱۹۹۵ میلادی تخمین زده است.

عامل اکثر این موارد عفونت تریکومونیاژیس می باشد. بعد به ترتیب عفونت کلامیدیایی، گونوره و سیفلیس هستند. وقتی سایر بیماری های آمیزشی که میزان بروز شان کم نیست نیز در این مقوله وارد شوند، روشن می گردد بیماری های آمیزشی باعث میزان ابتلاء (Morbidity) و میزان مرگ و میر (Mortality) بالایی در جهان می باشند. بالاترین میزان های شیوع و بروز در زیر صحرای آفریقا و بعد به ترتیب جنوب و جنوب شرقی آسیا، آمریکای لاتین و کارائیب می باشند. میزان های نسبتاً پایین تر در آفریقای شمالی و خاورمیانه می باشند. میزان های بیماری های آمیزشی در میان بالغین جوان بین ۱۵ و ۲۹ ساله بیش تر می باشد و به دلیل نبودن دسترسی آسان به سرویس های بیماری های آمیزشی و کاندوم ها، و تماس های مکرر جنسی و تعدد شرکاء جنسی به صورت یک مشکل مهم بروز می کند. مشکل دیگری که در کنترل بیماری های آمیزشی وجود دارد. تعداد زیاد افراد مبتلا به عفونت بدون علامت خصوصاً در بین خانم ها می باشد که منجر به بیماری گسترده، تداوم انتقال عفونت و عوارض جانبی و عواقب (Scquclac) می گردد.

علائم بیماری های آمیزشی:

بیش از ۸۰٪ زنان آلوده به نیسریا گونوره یا کلامیدیا تراکوماتیس و ۵۰٪ زنان آلوده به تریکوموناس وازینالیس یا بدون علامت هستند یا علامت آن ها جزء تظاهرات طبیعی دوره تخمدانی پنداشته می شوند. علائم شایع بیماری های آمیزشی عبارتند از:

- هر نوع تغییرات پوستی نظیر زخم، دانه های رنگین و جوش که در اطراف مجرای تناسلی ظاهر می شود.
- سوزش یا احساس تحریک ادراری





- خارش مجرای تناسلی
 - درد واضح لگنی بانوان
 - ترشحات اعضاء تناسلی (در مردان، زنان و نوزادان)
 - قرمزی و ترشح در چشم نوزادان
- نکته: ممکن است بعضی بیماران هیچگونه علامتی نداشته ولی حامل عامل بیماری باشند.

عوارض بیماری های آمیزشی:

- مرگ و میر
- مشکلات روانی (ترس، خجالت، گناه)
- حاملگی خارج از رحم (که برای جنین و مادر خطرناک است)
- عقیمی و نازایی
- سرطان (دستگاه تناسلی، کبد،...)
- ناهنجاری های مادر زادی، نوزاد نارس، مرده زایی، کوری نوزاد و مرگ نوزاد

عامل بیماری های آمیزشی:

این بیماری بوسیله طیف گسترده ای از عوامل بیماری زا ایجاد می شوند: ویروسها (HIV، هپاتیت B، هرپس سیمپلکس، ویروس پاپیلوما ی انسانی)، باکتری ها (نیسریاگونوره آ، تریپونما پالیدوم، هموفیلوس دوکروتی، کالیماتوباکتریوم، گاردنلا واژینالیس) و سایر انگل ها (سارکوپتس اسکابتی) ایجاد می شوند. مخزن بیماری های آمیزشی انسان است.

راههای انتقال بیماری های آمیزشی:

- اکثراً تماس جنسی با فرد آلوده، غالباً تماس جنسی معمولی و یا مقعدی
 - اشتراک در سر سوزن و سرنگ تزریقی آلوده (در معتادان تزریقی - خال کوبی)
 - از مادر آلوده به جنین یا نوزاد
 - به ندرت از طریق خون صورت می گیرد.
- راههای ورود عامل بیماری، معمولاً اندام های تناسلی، مجاری ادراری، مخاط دهان، چشم و مقعد و خون می باشند.
- میزان انتقال آلودگی به عواملی از قبیل: (مقدار میکروارگانیزم، دفعات تماس، راه انتقال، ایمنی میزبان، بیماری های همراه و...) بستگی دارد.

راههای قطع زنجیره انتقال:

- تشخیص و درمان فوری بیمار
- درمان شریک جنسی بیماران
- تماس با پزشک واجد شرایط در ارتباط با پیشگیری
- مراعات اصول اخلاقی و بهداشتی در روابط جنسی
- پیشگیری از بیماری های آمیزشی: از راه های زیر میسر است:
- خویشتن داری در مجرد (اعم از مصرف داروهای تزریقی و یا اعمال جنسی)
- وفاداری به همسر
- رفتار جنسی مسئولانه





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

- ارتقاء آگاهی جامعه در مورد بهداشت باروری
 - بهبود بیماریابی از طریق رایگان نمودن تست برای داوطلبان
 - آموزش رفتارهای بهداشتی (عدم استفاده مشترک از لباس زیر در خانمها، استحمام مرتب، استفاده از کاندوم و...)
- نکته:** تماس جنسی بدون محافظ با فردی که از وضعیت آلودگی وی آگاه نیستیم تماس جنسی غیر محافظت شده محسوب شده.
- به هرگونه علامت بیماری جنسی در خود و شریک جنسی توجه داشته باشد.
 - رفتارهای جنسی پرخطر نداشته باشد.

کلامیدیا

متداول ترین بیماری مقاربتی آمریکا با عامل میکربی است و سر لوحه اورتریت های غیر سوزاکی آقایان می باشد. علائم: در مردان، درد هنگام ادرار کردن، ترشح آبکی و بعضی بدون علامت هستند. در زنان، خارش و سوزش، ترشح مبهم و درد خفیف لگنی، خونریزی بین دو عادت ماهانه، ولی اکثراً بدون علامت هستند. عوارض: در مردان تورم پروستات، بیضه و اپی دیدیم دیده شده و ممکن است در زنان چسبندگی منجر به عقیمی و یا حاملگی خارج از رحمی را به دنبال داشته باشد. در نوزادان عفونت چشمی و یا عفونت ریوی می دهد.

عامل: باکتری کلامیدیا تراکوماتیس

مخزن: انسان

راه های انتقال: تماس مستقیم مخاط با عامل بیماری در جریان تماس جنسی در صورت آلودگی یکی از طرفین بوجد می آید. محل ورود آن، مجاری تناسلی، مقعد، چشم در نوزادان می باشد.

در صورت شک به بیماری باید سریعاً تشخیص داده و درمان شود و دستورات پیشگیری اعمال گردد. با شریک جنسی جهت درمان وی، تماس حاصل شود. با کارکنان بهداشتی واجد شرایط به منظور کسب اطلاعات بیشتر در راستای پیشگیری، تماس حاصل شود.

پیشگیری: خویشتن داری، مسئولیت پذیری در اعمال جنسی، خودداری از تماس با افرادی که ترشح یا درد دارند، استفاده از کاندوم به منظور کاهش احتمال خطر

تب خال تناسلی: عفونت آمیزشی مقعد و مجاری تناسلی است.

علائم: دانه های دردناکی در ناحیه تناسلی که طی چند هفته خوب می شوند و ممکن است مجدداً ظاهر شوند. ضایعات، آلوده کننده می باشند. علائم دیگر شامل: غدد لنفاوی متورم، تب، درد، خستگی و ترشح می باشند و بسیاری از مواقع بدون علامت ولی آلوده کننده هستند.

عوارض: از عوارض بیماری عود آن است، که به خصوص با استرس ظاهر می شود. پروکتیت (ورم راست روده) به ندرت ایجاد می شود. ممکن است با سرطان گردن رحم ارتباط داشته باشد. در صورت ابتلاء زن حامله ممکن است منجر به مرگ جنین و یا عوارض مغزی در وی شود. در این رابطه در صورت ابتلاء مادر در اواخر حاملگی، بهترین راه سزارین است.

عامل: ویروس تب خال ساده تیپ ۲

مخزن: انسان می باشد. معمولاً در تماس نزدیک با انسان آلوده انتقال می یابد.

از طریق مجاری تناسلی، مقعد، دهان، منتقل می شود. از طریق انگشت آلوده به مخاط چشم نیز سرایت می کند که خطرناک است.





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

میزبان مستعد: تمامی افراد در خطر می باشند. در صورت شک به بیماری، تشخیص فوری و تدبیر فوری ضروری است. تماس با شریک جنسی به منظور درمان بیماری وی، که بایستی بیاموزند چگونه با آن زندگی کنند. عود زیادی دارد. در موقع بروز علائم تماس جنسی نداشته باشد. (از شروع خارش تا بهبودی ضایعه) توصیه می شود در صورت بروز یک بار ابتلاء همیشه از کاندوم استفاده شود. چون آلودگی مستمر ولی دارای فازهای بدون علامت است.

پیشگیری: خویشتن داری و مسئولیت پذیری در اعمال جنسی، خود داری از تماس با افراد مبتلا، مصرف کاندوم، درمان و مقابله با عود ضروری است.

زگیل تناسلی:

زگیل عفونی در اندام تناسلی توسط ویروس ایجاد می شود و یکی از بیماری های مقاربتی سریع الانتشار است. علائم: زگیل تناسلی و مقعد، ممکن است بدون علامت باشد ولی سبب انتقال می گردد.

عوارض: ضایعات ممکن است به تخریب بافتی منجر شود. همچنین ممکن است به دنبال پیشرفت آن انسداد مجاری تناسلی یا مقعد ایجاد شود. همچنین می تواند منجر به سرطان های گردن رحم گردد.

عامل بیماریزا: ویروس پاپیلوما ای انسانی

مخزن: انسان

راههای انتقال: در اثر تماس جنسی منتقل می شود. مقعد و اعضای تناسلی را می گیرد. در صورت شک به بیماری، تشخیص و درمان سریع انجام شود. شریک جنسی را به جهت درمان خبر کنند. با یک شخص واجد شرایط در ارتباط با پیشگیری مذاکره نمایند.

پیشگیری: خویشتن داری در اعمال جنسی، رفتار مسئولانه جنسی، از تماس جنسی با افراد آلوده خود داری نماید کاندوم استفاده شود.

سوزاک: یک بیماری مقاربتی میکروبی است.

علائم: در مردان ۳-۸ روز پس از تماس ظاهر می شود و گاهی بدون علامت و زمانی به هنگام ترشح سوزش دارند. بانوان اکثراً بدون علامت می باشند، لیکن مجرای تناسلی و گردن رحم مبتلا و آلوده کننده است.

عوارض: در زنان سالپینژیت (تورم لوله ها) که حاملگی خارج از رحم و یا نازایی را به دنبال دارد. در آقایان، اپی دیدیمیت (تورم اپی دیدیم)، پرو ستاتیت و آبسه مجرا از عوارض آن می باشد. در بزرگ سالان، فارنژیت، آرتريت (تورم مفصل) و عفونت منتشر می دهد. در نوزادان، عفونتهای چشمی می دهد.

عامل: نایسریا گونوره آ

مخزن: انسان است.

راه انتقال: تماس جنسی با فرد آلوده، از کانال زایمانی به نوزاد (عفونت چشمی)

راههای ورود: مجاری تناسلی زن و مرد، مقعد و دهان

میزبان: تمام افرادی که تماس جنسی با فرد آلوده برقرار کنند. اگر به بیماری شک داشتید، تشخیص و درمان سریع انجام دهید، چون تخریب انجام شده غیر قابل برگشت است.

مشکلات: بدلیل وجود انواع مقاوم به دارو نیاز به پیشگیری دارد. علاوه بر آن بروز موارد عود نیز از مشکلات می باشد. به شریک جنسی جهت درمان اطلاع داده شود و بایستی با یک فرد واجد شرایط جهت درمان و پیشگیری مذاکره شود.

راههای پیشگیری: خویشتن داری جنسی، اتخاذ رفتار مسئولانه جنسی، خودداری از تماس با افراد آلوده که ترشح یا درد دارند.





مرکز آموزش بهورزی قم

اورتریت های غیرسوزاکی (N.G.U)

گروهی از اجرام عامل بیماری های مقاربتی به جز سوزاک که موجب تورم و التهاب مجرا می گردند ، را شامل می شوند و در مردان دو برابر شایع تر از سوزاک هستند .

علائم : مردان ممکن است ترشح آبکی یا شیری رنگ روشن از آلت تناسلی داشته باشند.

عوارض : پروستاتیت (تورم پروستات)، اپی دیدیمیت (تورم اپی دیدیم)، در نهایت منجر به عقیمی می شود (به علت چسبندگی)، و آرتریت در بزرگسالان

عوامل : کلامیدیا، اورو پلاسما، مایکو پلاسما، تریکوموناس، تب خال

مخزن : انسان

راه انتقال : در جریان تماس جنسی، ارتباط مستقیم عامل با مخاط موجب آلودگی است. شرط آن آلودگی یکی از طرفین است. در موارد بدون علامت نیز خطر انتقال بالاست.

محل ورود : مجاری ادراری، تناسلی، مقعد و حلق

میزبان مستعد : از انسان آلوده به تمامی افراد ممکن است منتقل شود.

قطع زنجیره انتقال: در صورت شک به بیماری، بایستی تشخیص و درمان زود رس و برنامه های پیشگیری را انجام داد. به منظور تشخیص، درمان و مراقبت های مربوطه شریک جنسی را خبر نموده و به منظور پیشگیری، با فرد واجد شرایط تماس و راهنمایی گرفته شود.

پیشگیری: خویشتن داری رفتار جنسی مسئولانه، خود داری از تماس با افراد دارای ترشح یا درد، استفاده از کاندوم در زمان تماس جنسی احتمال خطر را کاهش می دهد.

سیفلیس :

یک بیماری آمیزشی میکروبی است که با زخم و سفتی اطراف آن همراه است و در مرحله ثانویه بیماری ممکن است بیمار هیچگونه علائم دستگاه تناسلی نداشته باشد ولی علائمی مشابه سایر بیماری ها را نشان دهند. علائم:

در اولین مرحله: ۱۰-۹۰ روز پس از تماس ، زخم بدون دردی ظاهر می شود .

در دومین مرحله : ۲-۶ ماه پس از تماس احساس بیماری به صورت (خستگی، درد، گلودرد) و ریزش موها ، بثورات پوستی قرینه و بدون خارش ظاهر می گردد که خود به خود برطرف می شود .

در سومین مرحله: پس از دو سال تخریب سیستم عصبی و حتی مرگ ظاهر می شود.

عوارض: عوارض قلبی عروقی، عوارض عصبی به صورت فلج و تخریب اعضاء مختلف و بالاخره مرگ را به دنبال دارد. در صورت انتقال عامل به جنین، عوارض سیفلیس مادر زادی به صورت بسیار متنوع ایجاد می شود.

عامل: تر پونماپالیدوم است که مار پیچی و شبیه پیچ درب باز کن بطری است.

مخزن: انسان می باشد.

تماس جنسی موجب تماس میکروب با مخاط می گردد اگر زخم دهانی وجود داشته باشد به ندرت از طریق بوسیدن انتقال آن دیده می شود. نوع مادرزادی نیز دیده می شود.

راههای انتقال: تناسلی زن و مرد، مقعد، دهان و بریدگی پوست

میزبان : تمام کسانی که با بیمار در مرحله ۱ و ۲ تماس جنسی داشته باشند ، در معرض خطر قرار دارند . حتی اگر زخم ، خارش یا آزاری وجود نداشته باشد .



مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

قطع زنجیره: اگر شک به بیماری وجود داشت، تشخیص و درمان زود رس اعمال می شود و اگر آلودگی وجود داشت، از دستورالعمل های پیشگیری استفاده شود. به منظور تجسس مراقبت های پزشکی با شرکای جنسی تماس حاصل شود و با پزشکان و افراد واجد شرایط حرفه ای به منظور پیشگیری مذاکره نمایند.

پیشگیری: خویشتن داری در رابطه جنسی، رفتار جنسی مسئولانه، خود داری از تماس جنسی با فرد دارای زخم مشکوک و استفاده از کاندوم در تماس جنسی به منظور کاهش احتمال خطر آلودگی.

واژینیت:

عفونت زنانه متداولی است که گاهی توسط تماس جنسی ایجاد می شود. عوامل چندی موجب واژینیت خواهند شد. واژینیت های غیر اختصاصی در صورتیکه تشخیص خاصی داده نشود، مطرح می باشند.

علائم: درد، ترشح، حساسیت و تحریک، قرمزی، خارش، بو، ولی اکثراً بدون علامت هستند.

عوارض: مشابه سوزاک می توان د منجر به عقیمی و یا عفونت چشمی نوزادان شود.

عوامل عمده: قارچ برفکی، کلامیدیا گاردنلا، تب خال، تریکوموناس، مایکوپلاسما می باشند.

مخزن: انسان است



پیشگفتار :

سلامتی با ارزش ترین نعمات خداوندی است که وسیله و لازمه هر حرکت ، ابزار و همچنین هدف توسعه و تکامل می باشد . سلامتی حق انسان ها و تامین آن وظیفه ای فردی و عمومی است. تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه، رسالت همه حکومت ها و شرط اولیه آن مشاهده همه افراد جامعه است. شناخت عواملی (بیماری ها ، حوادث ، بلاها و ...) که سلامت فرد و جامعه را تهدید می کنند اولین قدم در جهت حفاظت از سلامت انسان ها ست .

اما بعد از قرن ها که علم خود را در اوج قدرت می بیند و به واسطه اکتشافات پیاپی بیماری ها را یکی پس از دیگری ریشه کن می نماید و به بشریت این مزده را می دهد که دیگر انسان ها به واسطه بیماری های عفونی و واگیر دار جان خود را ازدست نخواهند داد ، یک باره بروز و گسترش بیماری نوپدید و مرگ آفرینی به نام **ایدز** که آنرا **طاعون قرن** نامیدند محاسبات جامعه پزشکی جهانی را مختل می کند.

ویژگی های این بیماری از جمله سرعت انتقال و گسترش، جهانگیری، میزان کشندگی و معلولیت بالا، غیر قابل درمان بودن و همچنین نهفتگی آلودگی آن و این مطلب که تاثیرات این بیماری جنبه جهانی پیدا نموده و به معضلی بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی مبدل گردیده جوامع بین المللی و سازمان های رسمی و غیر رسمی را وادار نمود که در مقابله با آن تلاش نماید .



مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

ایدز به صورت یک بیماری همه گیر در حال گسترش است. اخیراً در سال ۲۰۰۰ بیش از پنج میلیون نفر به این بیماری آلوده شده اند. جنبش صلیب سرخ و هلال احمر از این واقعیت آگاه است که باید در باره گسترش این معضل تفاهم وجود داشته است و همه به طور هماهنگ پاسخ دهند. مردمی که به HIV/AIDS آلوده هستند مستحق پاسخ بهتری از طرف جنبش می باشند. آن ها از حق سلامت بر خوردارند و ارائه کمک های اولیه چه در زندگی روزمره و چه به هنگام بحران، حق مسلم آن ها می باشد.

در نوامبر ۲۰۰۰ هیئت رئیسه فدراسیون بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر، به منظور گسترش مداخلات خاص و بازنگری سیاست ها و دستورالعمل های مربوط به HIV/AIDS تصمیماتی اتخاذ کرد. دبیر فدراسیون معتقد است که کارکنان صلیب سرخ و هلال احمر و داوطلبان باید در مورد ایدز کاملاً توانایی داشته باشند، از شیوه های انتقال و تاثیر اپیدمی HIV/AIDS کاملاً آگاه باشند و بدانند که چگونه از انتقال آن جلوگیری کرده و به چه صورت تاثیرات آنرا کاهش دهند.

هیات حکام فدراسیون بین المللی جمعیت های هلال احمر و صلیب سرخ در سیزدهمین مجمع عمومی و در بیانیه خود شیوع بیماری ایدز را به عنوان یک بحران مخرب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی به رسمیت شناختند، و اعلام نمودند طبق اصول اساسی خود یعنی بشر دوستی، بی طرفی و بی غرضی متعهد به کار و خدمت به آسیب پذیرترین افراد از جامعه مبتلا به بیماری ایدز می شوند.

در این بیانیه مصمم می گردد از سه طریق پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت و احترام به شخص آسیب پذیر با شیوع این بیماری مبارزه کنند.

در این میان جمعیت های صلیب سرخ و هلال احمر با توجه به اهداف تعریف شده خود با محوریت سلامت و زندگی انسان ها، بر آنند که در این مسیر تلاش نموده و نقش مؤثری در مقابله با این بیماری ایفا نمایند. در همین راستا به دستور و هدایت شخص ریاست محترم جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران کمیته پیش گیری و مبارزه با بیماری ایدز در جمعیت هلال احمر تشکیل گردید.

و از آنجا که پیشگیری از بیماری ها، بهترین، سهل الوصول ترین موفق ترین و موثر ترین راه مبارزه با بیماری ها و اعاده سلامت جامعه است و در عصر کنونی آموزش بهداشت و رفتار سالم به عنوان بهترین رکن پیشگیری از بیماری ها در کلیه جوامع محسوب میگردد، این کمیته استراتژی آموزشی را به عنوان یکی از استراتژی های برگزیده خود جهت پیش گیری از شیوع بیماری انتخاب کرد.

کمیته پیشگیری و مبارزه با ایدز جمعیت هلال احمر در برنامه اجرایی این استراتژی، با آموزش اعضاء جوانی که در غالب گروه های بشر دوستانه در مدارس، دانشگاه ها، و مراکز جوانان سازماندهی شده اند و همچنین امدادگران، داوطلبان، کارکنان و سازماندهی شده اند و همچنین امدادگران، داوطلبان، کارکنان و مربیان جمعیت بر آن است تا بوسیله این راهکار، ضمن ارتقاء آگاهی ها و کوشش در تضمین سلامتی و ایجاد رفتار بهداشتی در آنان، به انتقال آموخته های فرد به دیگر اعضای خانواده و جامعه بپردازد، و امیدوار است با اقدامی مستمر گامی در جهت کاهش آسیب پذیری، خطر انتقال و شیوع بیماری در جامعه بر دارد. جزوه حاضر بخشی از این تلاش در این راستا می باشد.

مقدمه :





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

در سال ۱۹۸۱ میلادی نوعی بیماری ناشناخته در آمریکا گزارش گردید . عامل این بیماری نوپدید که در سال ۱۹۸۳ توسط محققین انستیتو پاستور فرانسه مشخص گردید ویروس HIV و بیماری مذکور را ایدز نامیدند .

موج گسترش نگران کننده این بیماری به سرعت مرزهای جغرافیایی را در نوردیده و تمامی کشورهای جهان را آلوده کرده است این بیماری لاعلاج و خان و مان سوز که ایدز یا بلای قرن نامیده می شود ، با سرعت غیر قابل تصور به تهدید سلامت کلیه جوامع پرداخته به گونه ای که تلفات ناشی از این بیماری تا آخر قرن حاضر بیش از تلفات وبا و طاعون در قرن نوزدهم بوده است .

طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت تا دسامبر ۲۰۰۱ میلادی حدود ۶۳ میلیون نفر در جهان به ویروس HIV مبتلا شده اند تعداد فوت شدگان بر اثر این عفونت بالغ بر ۲۲ میلیون نفر بوده است . تنها در سال ۲۰۰۱ غریب به پنج میلیون نفر به جمعیت افراد آلوده به این ویروس افزوده شد و نزدیک به ۳ میلیون نفر نیز طی این سال جان خود را به دلیل ابتلاء به ایدز از دست داده اند . بیش از ۹۰٪ از افراد آلوده جدید ، متعلق به کشورهای در حال توسعه می باشند . چهارمین موج همه گیری که از حدود سال ۱۹۹۵ در خاور میانه و آسیای مرکزی ظاهر گردیده در اوایل قرن به حد اکثر رسیده است . در حال حاضر در آسیا به خصوص آسیای جنوبی و جنوب شرقی متجاوز از ۶ میلیون نفر آلوده وجود دارد .

سرعت رشد آلودگی در آسیا چند برابر سایر قاره ها است و در هر دقیقه پنج نفر جوان به این ویروس آلوده می شوند . انتظار می رود که در ۶ سال آینده این رقم به ۱۰-۱۲ میلیون نفر برسد و ایدز تا سال ۲۰۲۰ میلادی همچنان اولین علت مرگ خواهد بود .

سازمان های بین المللی که متولی سیاست گذاری بهداشتی در دنیا اعلام می نماید که موارد گزارش شده متأسفانه فقط مقدار اندکی از کمیت واقعی آلودگی و بیماری ایدز را در دنیا مشخص نموده است .

تنها در سال ۱۹۹۹ میلادی ۵/۶ میلیون نفر مورد جدید به موارد آلودگی با HIV اضافه شده که حدود نیمی از آن ها بین ۲۴- ۱۵ سال سن دارند . لذا شناخت بیماری برای کلیه خانواده ها و خصوصیات جوانان امروزی ضروری است .

ایدز چیست ؟

ایدز یک بیماری عفونی است که باعث تحلیل شدید توان و قدرت سیستم ایمنی بدن انسان شده و بیمار را در مقابل انواع بیماری ها (عفونت های فرصت طلب و سرطان ها) بی دفاع ساخته و باعث از پای در آمدن فرد و مرگ وی میشود .

عامل مولد بیماری ایدز چیست ؟

عامل مولد بیماری ایدز یک ویروس است. این ویروس که ویروس نقص ایمنی یا HIV نام دارد سیستم دفاعی بدن را مورد حمله قرار داده و باعث اختلال فعالیت آن می شود .

علائم مهم بیماری ایدز عبارتند از :

- بزرگ شدن غدد لنفاوی بدن





- اسهال و تب بیشتر از یک ماه
- کاهش وزن مفرد (بیش از ۱۰٪ وزن بدن)
- تعریق شبانه و خستگی و بی حالی
- عفونتهای شدید پوستی و یا ریوی که به درمان های عادی پاسخ نمی دهد در این مرحله درمان بیمار به سختی امکان پذیر است و اغلب منجر به مرگ خواهد شد .
- با این وجود هیچکدام از علائم فوق به تنهایی اختصاصی جهت تشخیص بیماری ایدز نبوده و ممکن است در سایر بیماری ها نیز دیده شود لذا تشخیص قطعی فقط توسط پزشکان و متخصصین امکان پذیر است .

تشخیص آلودگی با ویروس مولد بیماری ایدز چگونه است ؟

تشخیص آلودگی HIV فقط با نوع ویژه ای از آزمایش خون امکان پذیر است و همانطور که ذکر شد در این آزمایش وجود آنتی بادی های ضد ویروس در خون اندازه گیری می شود (با توجه به اینکه در دوران پنجره هنوز تست های آزمایشگاهی مثبت نشده اند لذا انجام آزمایش بلافاصله پس از تماس فرد با خون و یا ابزار آلوده روش مناسبی جهت تشخیص قطعی نمی باشد .)

تست های تشخیص سریع

این روش نیز به سنجش آنتی بادی پرداخته از حساسیت مناسبی برخوردار است. انجام آزمایش با این روش ساده است و تنها با استفاده از یک قطره خون که با لنست از سرانگشت گرفته میشود امکان پذیر است. در صورت مثبت شدن تست سریع باید آزمایش مجدد با روش الیزا انجام شده و در صورت پاسخ مثبت الیزا، نتیجه با روش وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد. نکته مهم این است که این آزمایش باید تنها توسط افرادی انجام شود که دوره های آموزشی لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمایش را داشته باشند و استفاده از این کیت ها به منظور خود آزمونی جایز نیست. کیت های که بکار برده می شوند باید توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده باشند.

درست است که انجام تست تشخیصی سریع HIV از سایر روش هایی که معمولاً در آزمایشگاه ها برای تشخیص به کار می روند، آسان تر است و می تواند در کمتر از ۳۰ دقیقه وضعیت فرد را از نظر ابتلا یا عدم ابتلا به HIV نشان دهد اما آیا آسان و سریع بودن این روش به آن معناست که هرکسی، با هر سطح آگاهی و تحصیلی و با استفاده از هر نوع تست موجود در بازار می تواند برای اثبات سلامت خود از تست های تشخیصی سریع HIV استفاده کند؟ قطعاً پاسخ منفی است و وزارت بهداشت تست تشخیصی سریع HIV را برای استفاده های شخصی و حتی عمومی در جامعه توصیه نمی کند زیرا نتیجه آزمایش HIV به کیفیت تست های تشخیصی سریع مورد استفاده بستگی دارد. باید از تست هایی استفاده شود که تاییدیه سازمان جهانی بهداشت و تاییدیه آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت کشورمان را داشته باشند. متأسفانه تست های موجود در بازار که ساخت کشورهای مختلف هستند و قیمت های متفاوتی دارند، به هیچ وجه مورد تایید وزارت بهداشت نیستند.

یکی از نکته های ضروری قبل از انجام آزمایش تشخیصی اچ آی وی چه با تست های انجام شده در آزمایشگاه و چه تست های تشخیصی سریع، انجام مشاوره قبل از آزمایش است. مشاوره باید به وسیله مشاورانی انجام شود که آموزش های لازم را در این زمینه دیده اند و اطلاعات علمی دارند. فقط و فقط با مشاوره پزشک یا مشاور می تواند با توجه به زمان آخرین رفتار پرخطر فرد، «دوره پنجره» در بیماری ایدز را تعیین کنند. دوره پنجره (Window Period) مرحله ای است که در آن با وجود ابتلای فرد به ویروس اچ آی وی، نتیجه آزمایش منفی گزارش می شود و در صورت تداوم رفتارهای پرخطر، امکان انتقال بیماری به دیگران وجود دارد. فقط با مشاوره می توان در مورد قطعی بودن نتیجه آزمایش یا ضرورت تکرار آن تصمیم گیری کرد. یکی دیگر از مزایای





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

مشاوره، به دست آوردن آگاهی در مورد راه های انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز است. به همین دلایل مشاوره قبل از تست های تشخیصی سریع HIV بسیار ضروری است. برنامه کشوری کنترل HIV نیز بر مشاوره قبل از انجام آزمایش تاکید دارد. در واقع برای تشخیص این بیماری، مشاوره و آزمایش لازم و ملزوم هستند و متأسفانه با استفاده از تست های تشخیصی سریع HIV هیچ مشاوره ای با افراد انجام نمی شود.

از طرفی باید قبل از استفاده از تست تشخیصی سریع HIV، در خصوص چگونگی استفاده و تفسیر صحیح نتیجه آزمایش، آموزش های لازم را دید. خواندن و تفسیر نتایج حتی برای افراد آموزش دیده نیز ساده نیست و افراد مختلف، ممکن است تفسیرهای متفاوتی از نتیجه یک آزمایش داشته باشند.

همان طور که منفی بودن نتیجه تست تشخیصی سریع HIV، به معنی سالم بودن فرد نیست، نتیجه مثبت نیز الزاماً به معنی بیمار بودن نیست و لازم است نتیجه مثبت با تست های آزمایشگاهی «الیزا» و «وسترن بلات» تایید شود تا بتوان ابتلای فرد به اچ آی وی را تایید کرد. از این رو در نظام سلامت کشوری، تست تشخیصی سریع اچ آی وی به تنهایی به هیچ وجه برای تشخیص ایدز توصیه نمی شود.

وزارت بهداشت، استفاده خانگی و عمومی از تست های تشخیصی سریع اچ آی وی را به هیچ وجه تایید نمی کند و عرضه این کیت ها در داروخانه ها ممنوع است.

همه کسانی که به کسب اطلاعات یا انجام آزمایش اچ آی وی نیاز دارند، باید به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه کنند. آزمایش تشخیصی اچ آی وی و عرضه خدمات در این مراکز رایگان است و مشاوره محرمانه حضوری و تلفنی به وسیله مشاوران دوره دیده، در محیطی امن و دوستانه انجام می شود. برای انجام مشاوره و طرح سوال هایی درباره ایدز نیز می توان به این مراکز مراجعه کرد.

مراکز مشاوره بیماری های رفتاری در سامانه تلفنی ۱۱۸ تحت عنوان «مراکز مشاوره ایدز» ثبت شده است و می توان از این طریق نشانی و تلفن مراکز فوق را یافت.

پس از ورود ویروس به بدن چه اتفاقی می افتد ؟

این ویروس نوعی از سلول های دفاعی بدن انسان به نام لنفوسیت ها را مورد حمله و در آن ها شروع به ترشح موادی بر علیه ویروس می کند که به آن ها آنتی بادی گفته می شود .

براساس علائم بالینی و آزمایشگاهی از زمان ورود ویروس به بدن دو دوره وجود دارد :

الف- دوره آلودگی :

در این دوره علیرغم وارد شدن ویروس به بدن ، اما هیچ علامت بالینی مشهود نیست این دوران به طور کلی شامل ۲ مرحله اساسی است :

الف - ۱ : مرحله پنجره window period

در این دوره ویروس وارد بدن شده اما هیچ علامت بالینی ایجاد نمی کند و هنوز هم سطح آنتی بادی های خونی به حدی نرسیده که با تست های آزمایشگاهی قابل اندازه گیری باشند. پس در این دوره فرد هیچگونه علامت بالینی و





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

آزمایشگاهی قابل تشخیص ندارد. این دوره ممکن است از دو هفته تا ۱۶ ماه ادامه یابد که به اصطلاح به آن دوران پنجره با window period گفته می شود .

الف- ۲: مرحله آلودگی Infection Period

در این مرحله سطح خونی آنتی بادی ها به حدی رسیده است که قابل اندازه گیری باشد اما فرد هنوز هیچ علامتی ندارد . این دوره مکن است بین ۵ تا ۲۰ سال طول بکشد . به عبارتی آلودگی فرد از نظر آزمایشگاهی قابل تشخیص است اما علائم بالینی ندارد .

اهمیت مرحله آلودگی در این است که فرد هیچ علامت بالینی ندارد و حتی ممکن است خودش نیز نداند که آلوده است اما ویروس از طریق خون و ترشحات او قابل انتقال است و می تواند او قابل انتقال است و می تواند سایرین را آلوده کند و از آنجا که مدت این دوره طولانی است مسلما خطر آلوده سازی نیز بیشتر خواهد بود .

طی این دوران ویروس در سلول های بدن تکثیر پیدا میکند و به تدریج سیستم ایمنی را مختل می کند تا جایی که بدن دیگر در مقابل عفونت ها و سرطان ها توان مقابله را از دست می دهد و فرد به تدریج وارد دوره بیماری میگردد :

ب- دوره بیماری :

کاهش تدریجی نیروی دفاعی و ایمنی سلولی در فرد آلوده باعث می شود تا شخص آلوده وارد مرحله ظهور علائم بالینی بیماری ایدز گردد .

ویروس چگونه وارد بدن می شود ؟

۱- تماس جنسی

۲- از طریق دریافت خون و فراورده های خونی ، فاکتورهای انعقادی و یا دریافت اندام و بافت پیوندی از افراد آلوده .

۳- از طریق ابزار برنده و نافذ پوست که آلوده به ویروس باشند .مثل :سوزن وسرنگ مشترک خصوصا در معتادان تزریقی.

۴- از راه مادر به کودک

۱- تماس جنسی Sex:

حدود ۸۰٪ موارد آلوده شده به ویروس HIV در دنیا از طریق برقراری روابط جنسی با افراد آلوده مبتلا شده اند ولی در کشور ایران کمتر از ۱۵٪ درصد موارد آلودگی شناخته شده ناشی از تماس جنسی بوده است . خطر انتقال بیماری از راه تماس های جنسی بوده است . خطر انتقال بیماری از راه تماس های جنسی غیر عادی (مثلا در همجنس بازان) بیشتر است .

۲-دریافت خون و فراورده های خونی آلوده :

بیماری ایدز از طریق دریافت خون و فراورده های خونی و فاکتورهای انعقادی آلوده به ویروس HIV قابل انتقال است . با آن که در اکثر کشورهای جهان این فراورده ها از نظر آلودگی به ویروس ایدز و هیپاتیت مورد بررسی قرار می گیرند ولی حدود ۳ الی ۵ درصد از آلوده شدگان با ویروس HIV در دنیا از این طریق آلوده شده اند .

۳-ابزار برنده و نافذ پوست آلوده :





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

ابزار و لوازم حجامت ، سوراخ کردن گوش، خالکوبی، ختنه سنتی، طب سوزنی ابزار دندانپزشکی، پزشکی، جراحی و، وسائل به کار گرفته شده در طب زنان و زایمان و مامایی در صورت آلوده بودن می توانند سبب انتقال آلودگی از بیماران به افراد سالم می گردند .

تیغ سلمانی، مسواک ، خلال دندان ، سرنگ و سر سوزن نیز در صورتی که به طور مشترک مورد مصرف قرار گیرند، انتقال آلودگی از بیماران به افراد سالم را موجب میگردند .

این وسائل یا باید یک بار مصرف باشند یا آن که حداقل به طور مشترک استفاده نشود. در مورد آن دسته از وسائل پزشکی، دندانپزشکی، جراحی و پیراپزشکی نیز که امکان استفاده به صورت یک بار مصرف وجود ندارد باید ابزار به خوبی توسط دستگاه های مخصوص و یا محلول های شیمیایی ویژه ای استریل و سترون نشده باشد .

نکته : روش های استریل نمودن شامل استفاده از دستگاه های استریل حرارتی مثل اتوکلاو، فور ، محلول شیمیایی مخصوص و یا جوشانیدن و استفاده از الکل ۷۰٪ می باشد .

(استفاده از الکل ۹۶ درجه برای استریل کردن ابزار مناسب نیست)

مهم ترین راه انتقال ویروس HIV در ایران و برخی کشورهای جهان استفاده افراد معتاد از سرنگ مشترک جهت تزریق مواد بوده است . به طوری که در ایران راه آلودگی ۶۵٪ موارد آلوده شده با ویروس مولد بیماری ایدز مصرف سرنگ و یا سوزن مشترک جهت تزریق مواد مخدر بوده است .

۴- از راه مادر به کودک :

راه دیگر انتقال از طریق مادر الوده به جنین طی دوران مقابله با آن و حاملگی وزایمان است . همچنین شیر مادر آلوده نیز می تواند سبب انتقال آلودگی به کودک گردد.

- راههایی که ویروس ایدز از راه آن ها منتقل نمی شود :

ویروس HIV از طریق تماس های عادی مثل کارکردن با یکدیگر ، زندگی دسته جمعی ، هم صحبت شدن و معاشرت های اجتماعی در محیط های عمومی و مکان های پر تراکم مثل محیط منزل یا کار یا تماس روزمره با افراد آلوده ، هم سفر بودن، همکلاسی بودن و نشستن در کنار یکدیگر و یا همکاری بودن و یا از راه روابط عادی اجتماعی مثل سوار شدن در اتوبوس و تاکسی از شخص آلوده به سایر افراد سرایت نمی کند همچنین از راه های زیر نیز قابل انتقال نمی باشد :

- خوردن، آشامیدن و یا استفاده از کارد و چنگال، لیوان وسایل و ظروف غذا خوری و یا در رستوران های عمومی و غذا خوردن با یکدیگر .
- اشک و بزاق
- از راه هوا (عطسه و سرفه)
- استفاده از سرویس های بهداشتی مشترک مثل حمام ، توالت و استخر های مشترک





مرکز آموزش بهورزی قم

بیماری های واگیر ۲

- توسط حیوانات ، حشرات و یا نیش آن ها استفاده از تلفن های عمومی
- با توجه به موارد فوق نیازی به جدا سازی افراد آلوده یابیمار از افراد سالم و یا خانواده آن ها وجود ندارد

درمان ایدز Treatment

تا کنون درمان قطعی بیماری شناخته نشده است و در حال حاضر داروهای ضد ویروسی در دسترس می باشد که ورود به فاز بیماری را به تاخیر می اندازد .

راههای پیشگیری از بیماری ایدز AIDS Prevention Activies

برای مبارزه با این معطل بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی شناخت راه های انتقال بیماری و به کار گیری اصول پیشگیری و مراقبتی مناسب و اتخاذ رفتارهای بهداشتی و سالم اساسی ترین روش ها محسوب می گردد. همچنین مشاوره اصولی و موثر جزء راه های علمی و کاربردی در کنترل این مشکل و قطع زنجیره انتقال آلودگی و ایدز می باشد .

در امر مبارزه با ایدز اصولاً می توان جامعه را به سه گروه عمده تقسیم نمود:

۱- عموم مردم جامعه :

بایستی راه های انتقال بیماری را بشناسد و با پرهیز از رفتارهایی که منجر به انتقال بیماری شود ، سلامت خود را تضمین نماید .

۲- افراد در معرض خطر :

اینها افرادی هستند که به واسطه داشتن یک رفتار پر خطر مثل اعتیاد ، ارتباط جنسی مشکوک، تزریق مکرر خون، انجام اقدامات جراحی غیر استریل و ... بیش از سایر افراد جامعه در معرض خطر ابتلا هستند این افراد علاوه بر آن که بایستی آگاهی کافی در خصوص راه های انتقال بیماری را کسب کنند بایستی توسط افراد و پزشکان دوره دیده مورد مشاوره قرار گرفته و در صورت صلاح دید پزشک ، تحت آزمایش تشخیصی قرار گیرند .

۳- افراد آلوده به ویروس :

در پیشگیری از انتقال بیماری به جامعه توجه به این افراد از حساسیت ویژه ای برخوردار است ،چرا که اینان علاوه بر آن که به عنوان یک انسان بیمار نیازمند به توجه هستند، به عنوان مخازن آلودگی در جامعه هم محسوب می شوند لذا نیاز مند مراقبت بیشتری نیز هستند . همان طور که قبلاً هم ذکر شد این افراد می توانند سالیان طولانی (حتی تا ۲۰ سال) بدون آن که دچار عارضه خاصی گردند به زندگی عادی خود ادامه دهند و همان گونه که اشاره شد چون ویروس از راه معاشرتهای معمولی منتقل نمی گردد پس افراد آلوده بدون آن که برای دیگران خطری محسوب شوند می توانند دارای یک زندگی اجتماعی فعال باشند و در کنار سایر افراد جامعه و خانواده به سر ببرند . بدیهی است که دادن آگاهی به این افراد در مورد اینکه راه های انتقال بیماری به دیگران کدام است و تشویق و ترغیب آنان و داشتن رفتارهایی که باعث آلودگی دیگران نشود از اهمیت زیادی برخوردار است، این افراد و خانواده آنان بایستی تحت مشاوره ویژه قرار بگیرند و ضمن انجام آزمایش های تشخیصی از نظر ابتلا به عفونت ها دائماً





تحت نظر پزشکان باشند. بدیهی است برقراری رابطه انسانی درست با این افراد و فراهم نمودن تسهیلاتی برای انجام مراقبت های پزشکی جهت ایشان، از راه کارهای مناسبی است که با جلب اطمینان این افراد، می تواند متضمن پیشگیری از انتقال بیماری گردد.

گروههای در معرض خطر بیشتر (High Risk) برای ایدز چه افرادی هستند ؟

بیماری های ایدز کلیه جوامع و ابناء بشر را تهدید می کند و هر انسانی می تواند در معرض خطر آلودگی و یا بیماری ایدز قرار گیرد ولی عده ای از افراد از احتمال آلودگی یا بیماری بیشتری برخوردارند که عبارتند از:

- دریافت کنندگان خون، فرآورده های خونی و فاکتورهای انعقادی آلوده (مثل بیماران هموفیلی، بیماران تالاسمیک، دیالیزی ها و دریافت کنندگان پیوند اعضا و بافت ها)
- فواحش و افراد ولگرد و جوانان منحرف که شرکاء جنسی متعدد دارند
- افراد مبتلا به بیماری های آمیزشی و مقاربتی
- همسران و کودکان افراد آلوده به HIV و بیماران مبتلا به ایدز، همچنین نوزادان مادران آلوده به HIV
- معتادین و کسانی که مواد مخدر تزریقی را با سرنگ و سر سوزن های مشترک مورد استفاده قرار می دهند.
- استفاده کنندگان از سرنگ، تیغ و یا مسواک و خلال دندان مشترک با افراد آلوده و یا بیمار
- کلیه مشاغل مرتبط با پزشکی و پیراپزشکی (مامایی، دندانپزشکی، جراحی، پرسنل آزمایشگاهی و ...)
- اشخاص و یا مشاغلی که ممکن است با وسایل آلوده سر و کار داشته باشند مثل آرایشگران (مردانه و زنانه)
- افرادی که با روش های غیر استریل اقدام به سوراخ کردن گوش، خال کوبی، ختنه و حجامت می کنند و کلیه کسانی که به نوعی چنین خدماتی را از افراد فوق دریافت می کنند.
- رانندگان بین المللی، مسافرین خارجی بی هدف، خارجیان مقیم کشور، پناهندگان مقیم اردوگاه ها
- افراد دخیل در امر گرد آوری، انهدام و دفع زباله های بیمارستانی
- افراد مسؤول در امر شستشو و تدفین اجساد موارد آلوده و یا بیمار

کلیه افراد مذکور به واسطه ریسک رفتار شغلی از احتمال آلودگی بیشتری برخوردارند.

سایر اقدامات انجام شده جهت کنترل ایدز در جامعه :

از طرف دیگر سازمان های دولتی نیز جهت مبارزه با ایدز در جامعه علاوه بر اقدامات آموزشی موارد ذیل را به اجرا در آورده اند:

- ۱- کنترل خون و فرآورده های خونی و فاکتور های انعقادی و اطمینان از سلامت خون در اهدا کنندگان، مشاوره با اهداکنندگان خون و مشاوره داوطلبانه با افرادی که پس از آگاهی از راه های انتقال بیماری و رفتارهای پرخطر تمایل به آزمایش دارند.





مرکز آموزش بهورزی قسم

بیماری های واگیر ۲

۲- بررسی های سالانه در اماکن و گروه های پر خطر (ندامتگاه ها و مراکز اعتیاد) و بیماران خاص (هموفیلی ، بیما ران مبتلا به تالاسمی ، بیماران آمیزشی ، دیالیزی ها و در یافت کنندگان پیوند اعضا و اندام و بافت ها) که مطالعات پایگاه دیده ور نامیده می شود .

۳- مراقبت و مشاوره افراد آلوده و یا بیمار (همسرو فرزندان) در مراکز مشاوره ویژه این امر

۴- نظارت دقیق بر استریل بودن وسائل و ابزارهایی که گروه های پزشکی ، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و.. استفاده می کنند .

چه کنیم که به ویروس مولد بیماری ایدز آلوده نشویم :

با توجه به مطالب عنوان شده درمباحث قبلی ، جهت پیشگیری از آلودگی و یا ابتلاء به بیماری ایدز ضروری است که موارد ذیل مورد توجه قرار گیرد :

- ۱- رعایت شئونات اخلاقی، مذهبی ، اهمیت به ازدواج ، پابندی و وفا داری به خانواده .
- ۲- استفاده از وسایل شخصی جهت رعایت بهداشت فردی و عدم مصرف تیغ و مسواک و خلال دندان دیگران که ممکن است در قسمتی از بدن بوسیله آن ها خراش یا بریدگی ایجاد شود. (قبل از استفاده هر گونه وسیله سوراخ کننده پوست باید از استریل بودن آن اطمینان حاصل نمود .)
- ۳- استفاده ازسوزن و سرنگ های یکبار مصرف فقط جهت یکبار تزریق
- ۴- دریافت خدمات بهداشتی و درمانی فقط از افراد و مراکز قانونی و دیصلاح بهداشتی و درمانی که از اصول احتیاط همه جانبه پیروی می کنند .
- ۵- عدم اعتیاد به هر گونه ماده مخدر بعه عنوان یک اصل شرعی و بهداشتی خصوصا پرهیز از مصرف مواد مخدر تزریقی زیرا مصرف هر نوع ماده مخدر چه تزریقی و چه خوراکی و یا استنشاقی (تدخینی)و حتی الکل باعث کاهش هوشیاری و خویشتن داری می گردد و می تواند انسان را در برابر رفتارهای پر خطر بیشتری قرار دهد .
- ۶- استفاده از کاندوم تا حدودی می تواند از انتقال آلودگی (HIV) پیشگیری نماید خصوصا در موارد عدم اطمینان کامل از سلامت شریک جنسی .
- ۷- ایجاد آگاهی درباره ایدز در نوجوانان و جوانان که بدانند که جلوگیری از ایدز به سهولت امکان پذیر است . لذا رفتارهایی که می توانند منجر به انتقال این بیماری گردد ، مانند اعتیاد ، روابط جنسی نا مشروع و ... خودداری کنند زیرا ویروس مولد بیماری ایدز می تواند توسط افرادی که در ظاهر کاملا سالم و توانمند هستند نیز منتشر شود.

ضمنا توجه به این نکته ضروری است که :

چون این بیماری تنها از راههای خاص و رفتارهای پر خطر به انسان سرایت می کند و تماس های معمولی در جامعه باعث انتقال این بیماری نمی گردد لذا لزومی ندارد افراد آلوده که می توانند سالیان طولانی بدون علامت به زندگی عادی خود ادامه دهند از جامعه طرد گردند .





نگاهی اجمالی بر آمار :

بر اساس نظام جامع مدیریت داده های الکترونیک اچ آی وی کشور ، تا پایان سال ۱۳۹۶ مجموعاً ۳۷۶۵۰ نفر مبتلا به اچ آی وی شناسائی، ثبت و گزارش شده است، که ۸۳٪ آنان را مردان و ۱۷٪ را زنان تشکیل می دهند. ۵۱٪ موارد ثبت شده در گروه سنی ۲۱ تا ۳۵ سال هستند.

بر اساس این نظام گزارش دهی از کل موارد شناخته شده تعداد ۱۳۲۹۳ نفر فوت ثبت شده است و ۱۵۲۷۸ نفر نیز ، وارد مرحله ایدز(اچ آی وی پیشرفته) شده اند .

علل ابتلا به اچ آی وی در بین کل مواردیکه از سال ۱۳۶۵ تا کنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (۶۱/۷ درصد)، رابطه جنسی (۲۰/۳ درصد) و انتقال از مادر به کودک (۱/۵ درصد) بوده است. راه انتقال در ۱۶/۳٪ از این گروه نامشخص مانده است.

لازم به ذکر است که راه انتقال ۰/۲ درصد از این موارد مربوط به خون و فرآورده های خونی در سال های پیش از اجرای سیاست پالایش صد در صدی خون سالم توسط سازمان انتقال خون می باشد.

این در حالی است که الگوی راه انتقال و درصد ابتلای زنان و مردان در سال های اخیر تغییر کرده است به گونه ای که از کل موارد شناسایی و گزارش شده در سال ۱۳۹۶ ، ۳۲٪ موارد ثبت را زنان و ۶۸٪ آنها را مردان تشکیل می دهند . و راه احتمالی انتقال در ۳۳٪ موارد اعتیاد تزریقی ، ۴۷٪ روابط جنسی (۲۴٪ زن و ۲۳٪ مرد) ؛ ۲٪ مادر به کودک و در ۱۸٪ راه احتمالی ابتلا بیان نشده است . ضمناً هیچ مورد ابتلا جدیدی از طریق خون و فرآورده های خونی ثبت نشده است.

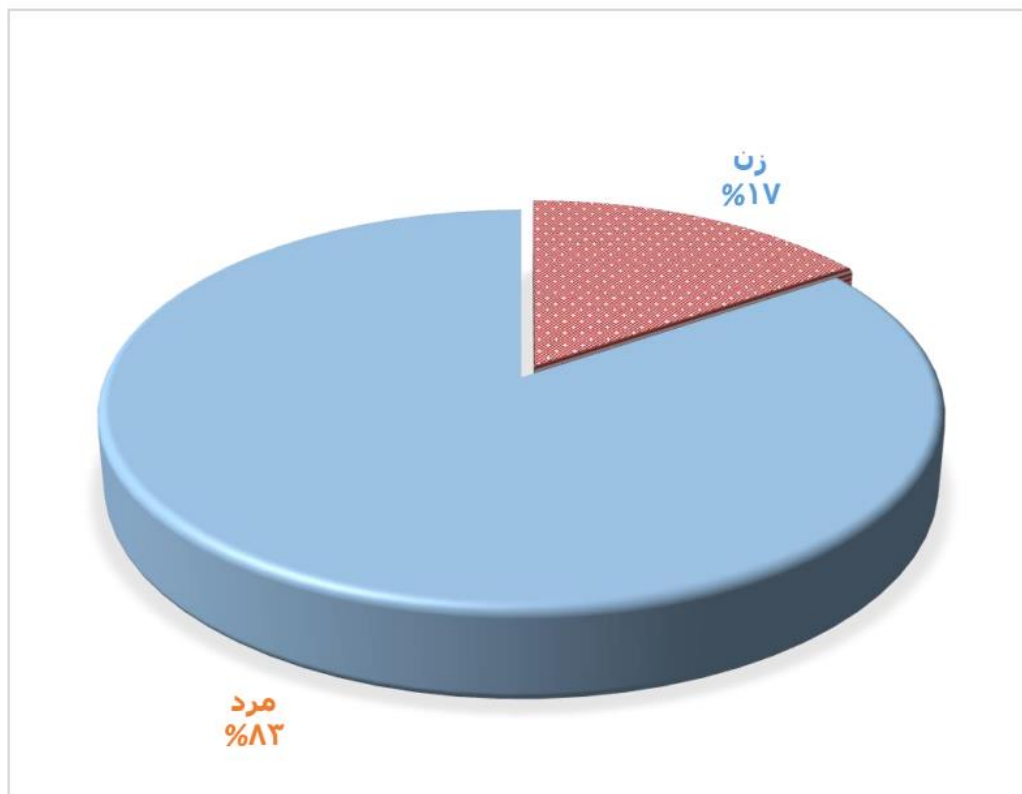
از کل زنان مبتلا از طریق روابط جنسی در سال ۱۳۹۶ ، ۴۵٪ موارد همسر فرد مبتلا به اچ آی وی و ۲۹٪ نیز همسر فرد دارای رفتار پرخطر بوده اند.

در سال ۱۳۹۶ راه احتمالی انتقال ۴۶٪ از مردان شناسایی شده ، اعتیاد تزریقی و ۳۴٪ از این افراد ارتباط جنسی است.



۱- آمار موارد مبتلابه لچ ای وی مثبت شده بر حسب جنس :

جنس	تعداد	درصد
زن	۶۳۷۵	۱۷٪
مرد	۳۱۲۷۵	۸۳٪
کل موارد	۳۷۶۵۰	٪۱۰۰





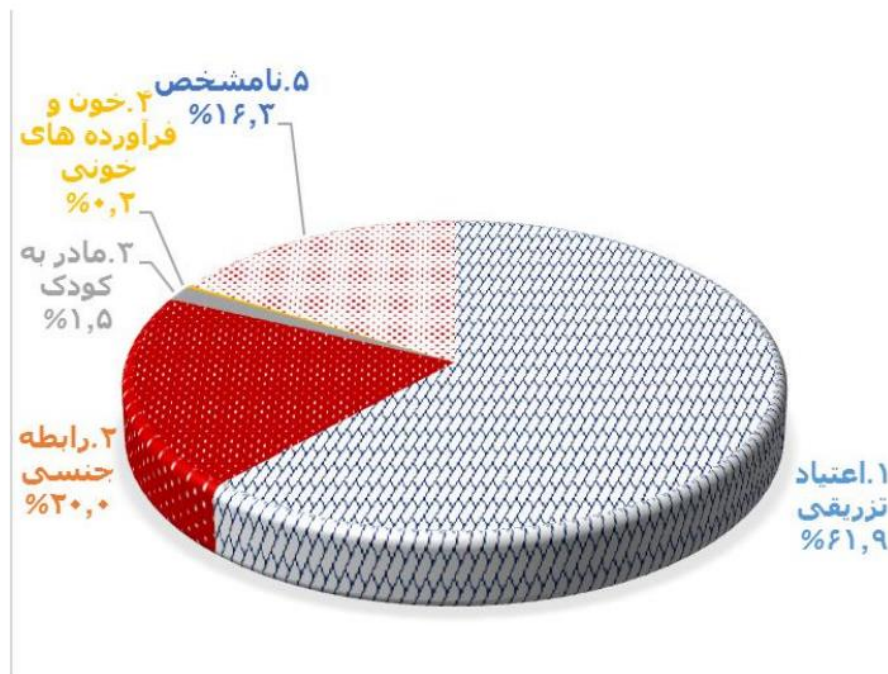
۲- آمار موارد مبتلا به اچ ای وی مثبت شده بر حسب جنس و سن زمان ابتلا :

کل		مرد		زن		سن زمان تشخیص
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱٪	۴۷۴	۱٪	۲۶۸	۳٪	۲۰۶	۰.۱ زیر ۵ سال
۰٪	۱۶۹	۰٪	۸۳	۱٪	۸۶	۰.۲ ۶ تا ۱۰ سال
۰٪	۱۱۴	۰٪	۷۳	۱٪	۴۱	۰.۳ ۱۱ تا ۱۵ سال
۲٪	۷۰۶	۲٪	۵۱۰	۳٪	۱۹۶	۰.۴ ۱۶ تا ۲۰ سال
۱۰٪	۳۵۸۳	۹٪	۲۷۷۱	۱۳٪	۸۱۲	۰.۵ ۲۱ تا ۲۵ سال
۲۰٪	۷۵۷۵	۲۰٪	۶۲۶۳	۲۱٪	۱۳۱۲	۰.۶ ۲۶ تا ۳۰ سال
۲۱٪	۷۷۲۱	۲۱٪	۶۴۲۸	۲۰٪	۱۲۹۳	۰.۷ ۳۱ تا ۳۵ سال
۱۵٪	۵۷۹۶	۱۶٪	۴۸۷۴	۱۴٪	۹۲۲	۰.۸ ۳۶ تا ۴۰ سال
۹٪	۳۳۶۲	۹٪	۲۸۱۹	۹٪	۵۴۳	۰.۹ ۴۱ تا ۴۵ سال
۵٪	۱۹۳۷	۵٪	۱۵۹۳	۵٪	۳۴۴	۱.۰ ۴۶ تا ۵۰ سال
۴٪	۱۶۳۵	۴٪	۱۲۹۶	۵٪	۳۳۹	۱.۱ ۵۱ تا ۶۵ سال
۰٪	۱۳۹	۰٪	۱۰۴	۱٪	۳۵	۱.۲ بالای ۶۵ سال
۱۲٪	۴۴۳۹	۱۳٪	۴۱۹۳	۴٪	۲۴۶	نامعلوم
۱۰۰٪	۳۷۶۵۰	۱۰۰٪	۳۱۲۷۵	۱۰۰٪	۶۳۷۵	کل موارد



۳- آمار موارد مبتلا به لچ ای وی مثبت شده بر حسب جنس و راه احتمالی انتقال :

کل		مرد		زن		راه های انتقال
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۱,۷%	۲۳۲۴۰	۷۳%	۲۲۷۴۹	۸%	۴۹۱	۱. اعتیاد تزریقی
۲۰,۳%	۷۶۲۸	۹%	۲۹۵۸	۷۳%	۴۶۷۰	۲. روابط جنسی
۱,۵%	۵۶۷	۱%	۳۰۲	۴%	۲۶۵	۳. مادر به کودک
۰,۲%	۹۱	۰%	۸۰	۰%	۱۱	۴. خون و فرآورده های خونی
۱۶,۳%	۶۱۲۴	۱۷%	۵۱۸۶	۱۵%	۹۳۸	۵. نامشخص
۱۰۰,۰%	۳۷۶۵۰	۱۰۰%	۳۱۲۷۵	۱۰۰%	۶۳۷۵	کل





۴. آمار موارد مبتلا به ایدز اچ آی وی پیشرفته ثبت شده بر حسب جنس :

موارد مبتلا به اچ آی وی پیشرفته	تعداد	درصد
زن	۳۹۳۴	۲۶٪
مرد	۱۱۳۴۴	۷۴٪
کل موارد	۱۵۲۷۸	۱۰۰٪

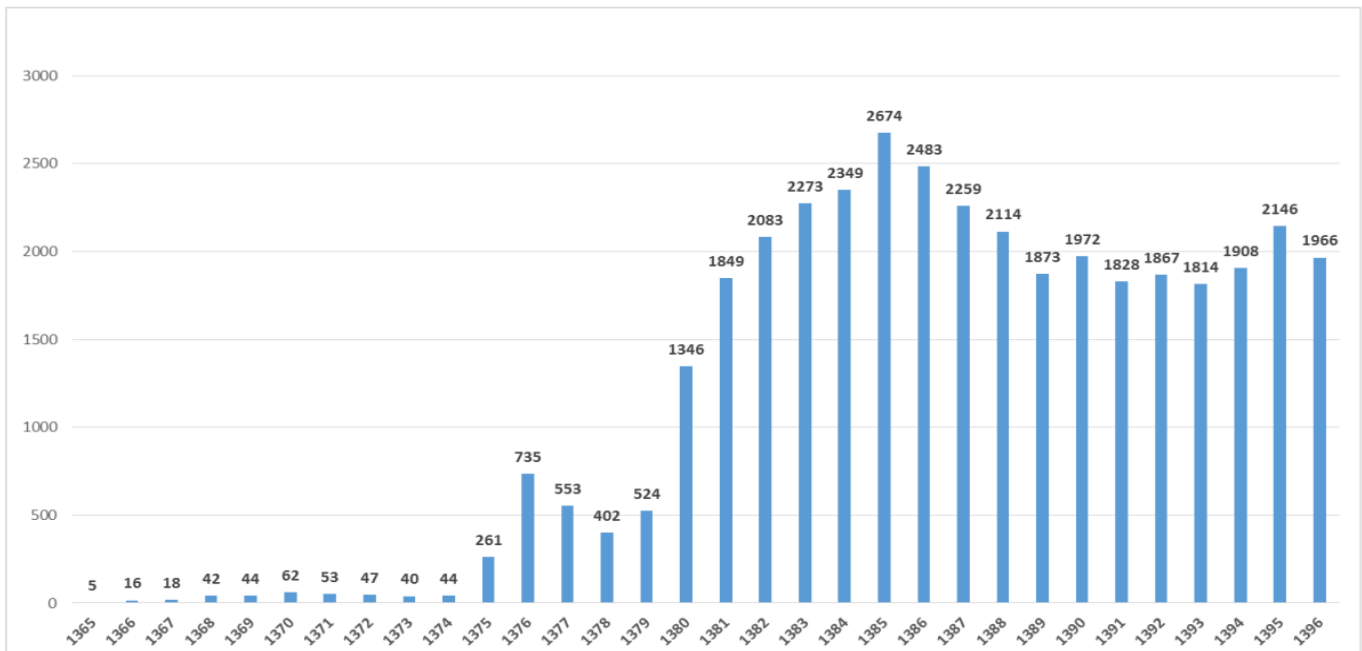
۵. آمار موارد فوت ثبت شده بر حسب جنس :

موارد فوت	تعداد	درصد
زن	۱۱۰۱	۸٪
مرد	۱۲۱۹۲	۹۲٪
کل موارد	۱۳۲۹۳	۱۰۰٪





۶. نمودار روند شناسایی موارد جدید اچ آی وی :





بیماری های مشمول گزارش فوری: (موارد مشکوک به بیماری)

نام بیماری مشمول گزارش فوری	ردیف	نام بیماری مشمول گزارش فوری	ردیف
تیفوس	۱۳	التور (وبا)	۱
تب زرد	۱۴	فلج شل حاد	۲
مالاریا	۱۵	سرخک	۳
بوتولیسم	۱۶	سندرم سرخجه مادر زادی	۴
سیاه زخم تنفسی	۱۷	دیفتری	۵
هرمورد حیوان گزیدگی	۱۸	سیاه سرفه	۶
بیماری های تب دار بثوری خونریزی دهنده (C.C.H.F)	۱۹	کزاز نوزادان	۷
جنون گاوی	۲۰	مننژیت	۸
تب دانگ	۲۱	آنفلوانزا	۹
مشمشه	۲۲	طاعون	۱۰
هرگونه افزایش ناگهانی موارد عفونی	۲۳	شیستوزومیازیس	۱۱
عوارض ایمنسازی (موارد مرگ ، بستری در بیمارستان ، آسپه ، کلیه پیامدهای غیرمعمول شدید یا خوشه ای بزرگ و هرگونه عارضه ای که باعث تشویش عمومی شود)			۱۲

بیماری های مشمول گزارش غیر فوری:

نام بیماری مشمول گزارش غیرفوری	ردیف	نام بیماری مشمول گزارش غیرفوری	ردیف
کالاآزار	۱۰	سل	۱



**مرکز آموزش بهورزی قم****بیماری های واگیر ۲**

تب مالت	۱۱	جدام	۲
سالک	۱۲	کزاز بالغین	۳
عفونت های بیمارستانی	۱۳	عوارض ایمنسازی (سایر موارد)	۴
موارد نیدل استیک	۱۴	ایدز و موارد HIV+	۵
کیست هیداتیک	۱۵	بیماری های آمیزشی	۶
لپتوسپیروز	۱۶	انواع هپاتیت های ویرال A-B-C-D E	۷
سیاه زخم جلدی	۱۷	تیفوئید	۸
		شیگلوز	۹

بیماری های غیرواگیر (سرطان ها، سوانح و حوادث، هایپوتیروئیدی مادرزادی، فنیل کتونوری، تالاسمی ماژور و کمبود آنزیم G6PD)

”شماره تلفن های ستاد بیماری های مراکز بهداشت و معاونت بهداشت:“

.....

