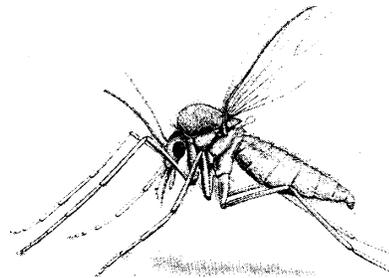
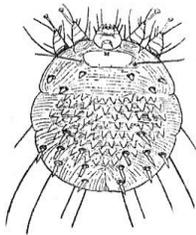




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

بیماریهای واگیر

کابله کوه



مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

واحد آموزش بهورزی

زمستان ۱۳۹۶

گرد آورندگان:

- ۱- عصمت علومی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
- ۲- غلامحسن وحیدی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف
- ۳- علیرضا شجاعی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک
- ۴- هادی زمردی: نیت:مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد دو
- ۵- رجب کرمی: مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان چناران
- ۶- حسین اصغر: رازقی مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان
- ۷- ویدا هاشمیان: کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان

فهرست

صفحه

عنوان

ج پیشگفتار

۴۳-۱ فصل اول - بیماریهای منتقله به وسیله بندپایان

۴ لیشمانیازیس

۱۳ کالآزار

۱۵ مالاریا

۳۵ تب راجعه

۳۸ پدیکولوز

۴۳ تمرین عملی

۶۴-۴۴..... فصل دوم - بیماریهای آمیزشی

۴۶ سیفلیس

۵۰ سوزاک

۵۳ کاندیدیاز

۵۵ ایدز

۶۰ تریکومونیا

۶۲ تراخم

۶۴ تمرین عملی

الف

فصل سوم - بیماریهای دستگاه تنفسی..... ۶۵-۷۸

۶۸----- آنفلوآنزا

۷۰----- آنفلوآنزای نوع A

۷۳----- پنومونی

۷۶----- مخملک

۷۸----- تمرین عملی

فصل چهارم - بیماریهای پوستی..... ۷۹-۱۰۶

۸۱----- آلودگیهای قارچی

۸۲----- کچلی سر

۸۴----- کچلی کشاله ران

۸۵----- کچلی ناخن

۸۷----- کچلی پا

۹۰----- گال

۹۴----- آبله مرغان

۹۸----- جذام

۱۰۲----- زرد زخم

۱۰۵----- تمرین عملی

۱۰۶----- واژنامه

۱۰۷----- منابع مورد استفاده

پیشگفتار:

متن آموزشی بیماریهای واگیر پایه دو حاصل تلاش جمعی از مربیان مراکز آموزش بهورزی مشهد، تربت حیدریه، تربت جام و نیشابور می باشد که با نظارت واحد آموزش بهورزی استان و طی برگزاری چند جلسه و تبادل نظر تدوین و بصورت فعلی ارائه شده است. البته متن آموزشی موجود هنوز اشکالاتی خواهد داشت که انتظار می رود مربیان محترم در ضمن تدریس نظرات اصلاحی خود را ارائه تا در جهت رفع نقص و بهبود آن تجدید نظر گردد.

امید است مطالب تدوین شده مورد استفاده دانش آموزان عزیز بهورزی قرار گرفته و با فراگیری آن بتوانند در جهت پیشگیری و مراقبت از بیماریهای واگیر و بهبود شاخصهای بهداشتی اقدام موثر ایفا نمایند. در همین جا از زحمات همکاران محترمی که چه در مراکز آموزش بهورزی و یا در گروه گسترش شبکه ها و همچنین گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها در تهیه و تدوین جزوه فوق مساعدت و همکاری داشته اند تشکر و قدردانی می گردد.

توفیق همگان را از خداوند متعال مسئلت داریم.

گروه گسترش شبکه ها - واحد آموزش بهورزی استان خراسان رضوی

فصل اول

بیماریهای منتقله به وسیله بند پایان

- ❖ لیشما نیازیس
- ❖ کالآزار
- ❖ مالاریا
- ❖ تب راجعه
- ❖ پدیکلوز

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر بتواند :

- بیماریهای منتقله بوسیله بندپایان را بیان کند.
- عامل بیماری منتقله توسط بندپایان را نام ببرد.
- اپیدمیولوژی بیماریهای منتقله بوسیله بندپایان را توضیح دهد .
- راههای انتقال ، دوره واگیری و دوره کمون بیماریها منتقله بوسیله بندپایان را بیان کند.
- علائم بیماریهای منتقله بوسیله بندپایان را شناخته و بیان کند .
- موارد مراقبت و پیشگیری در مورد هر بیماری را توضیح دهد.

بیماریهای منتقله بوسیله بندپایان

از زمانهای قدیم نقش بعضی بندپایان از قبیل کک ها ، مگس ها ، شپش ها ، کنه ها و... در انتقال بیماریها به انسان به اثبات رسیده است و بندپایان با انتقال بیماریها بهداشت و آسایش و راحتی انسانها را تحت تأثیر خود قرار داده اند. بعضی از بندپایان و حشرات هیچ گونه بیماری را انتقال نمی دهند ولی قادرند بوسیله گزش و نیش های خود انسان را مورد اذیت و آزار قرار دهند .

مهمترین بندپایان از نظر پزشکی آنهایی هستند که بیماریهایی از قبیل مالاریا ، سالک ، تیفوس ، طاعون ، تب زرد و... را به انسان انتقال می دهند که بایستی جهت پیشگیری از انتقال بیماریها با آنها مبارزه کرد . در این فصل با بیماریهای منتقله بوسیله بندپایان و راههای مراقبت و پیشگیری از این بیماریها آشنا خواهیم شد .

لیشمانیازیس Leishmaniasis

لیشمانیازیس ها گروهی از بیماریهای انگلی تک یاخته ای هستند که به علت انگل های جنس لیشمانیا ایجاد و از راه گزش پشه خاکی ماده (فلبوتوم) به انسان منتقل می شود .

لیشمانیا باعث ۲ دسته بیماری می شود :

- ۱- لیشمانیوز پوستی یا (سالک یا زخم شرقی)
- ۲- لیشمانیوز احشائی یا (Kala- Aazar) کالا آزار

لیشمانیا پوستی یا سالک : Cutaneous- Leishmaniasis

تعریف سالک : در فارسی به معنای بیماری سال است یعنی این بیماری در طی کمتر از یکسال خوب می شود سالک یک نوع بیماری جلدی ناشی از موجود تک یاخته اجباری داخل سلولی به نام لیشمانیا بوده و بدین جهت نام علمی آن لیشمانیوز جلدی می باشد .

عامل بیماری :

عامل بیماری یک نوع تک یاخته از جنس لیشمانیا است که انگل اجباری درون سلولی انسان و سایر میزبان های پستاندار می باشد . حداقل ۳۰ گونه مختلف از لیشمانیا وجود دارد که قادرند انسان را آلوده سازند اما عامل ایجاد کننده عفونت در ایران لیشمانیا تروپیکا است که دو گروه مهم آن عبارتند از :

- الف- لیشمانیا تروپیکا ماژور که عامل سالک جلدی روستایی (نوع مرطوب) می باشد .
- ب- لیشمانیا تروپیکا مینور که عامل سالک جلدی شهری (نوع خشک) می باشد .

همه گیر شناسی (اپیدمیولوژی) :

لیشمانیوز جلدی در بسیاری از کشورهای مناطق گرمسیر و تحت حاره شیوع دارد . بیماری در نقاط مختلف آسیا نظیر چین ، سوریه ، عربستان ، ایران ، عراق ، فلسطین ، جنوب شرقی روسیه ، پاکستان ، افغانستان و هند شایع است .

در ایران هر دونوع بیماری سالک جلدی شهری و روستایی وجود دارد در نوع روستایی میزان شیوع بیماری تغییرات فصلی واضحی دارد و در دو ماهه اول سال تقریباً سالک زیاد نیست و به تدریج از ماههای خرداد مواردی پیدا می شود و از شهریور به بعد به سرعت افزایش می یابد و در آذر ماه تقریباً به حداکثر خود می رسد . موارد بیماری به تدریج کاهش و تا اواخر اسفند تقریباً به صفر می رسد .

در نوع شهری میزان شیوع بیماری تغییرات فصلی جزئی دارد . در تمام گروههای سنی بیماری دیده می شود .

در مناطقی که امکانات رشد و تکثیر پشه ها بهتر فراهم است و هم چنین مخازن بیماری از قبیل سگ های ولگرد و سایر پستانداران مخزن وجود دارند بیماری شیوع بیشتری دارد .
 مخزن این انگل در مناطق مختلف دنیا متفاوت است . انسان ، جوندگان وحشی و انواع پستانداران کوچک ، حیوانات گوشتخوار وحشی و اهلی (سگ) مخزن این انگل هستند .
 مخزن نوع شهری انسان بیمار و سگ هم بصورت اتفاقی مبتلا می شود و در نوع روستایی مخزن جوندگان وحشی مانند موش ، سنجاب و خرگوش می باشد .

بیماری زایی

راه انتقال :

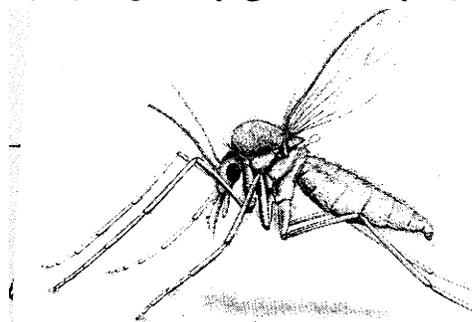
انتقال معمولاً از مخازن حیوانی بیماری بوسیله پشه خاکی ماده (پشه فلبتوم) صورت می گیرد پشه با تغذیه از میزبان حامل انگل شده و شکل تاژکدار انگل در بدنش تشکیل می گردد و ۸ تا ۲۰ روز بعد از خونخواری آلوده کننده شده و آماده است تا هنگام خونخواری مجدد انگل را به بدن میزبان جدید تزریق کند



ناقل و مخازن لیشمانیوز جلدی در آسیا و آفریقا

ناقل :

پشه خاکی به طول حدود ۲ - ۳ میلی متر است . این پشه پروازهای کوتاه داشته و حداکثر تا ارتفاع ۱ تا ۲ متر به صورت جهشی پرواز می کند . بیشترین فعالیت پشه هنگام غروب و بعد از آن بوده که از خون انسان و سایر حیوانات و خصوصاً زخم های سالکی تغذیه می کند و پس از حدود یک هفته می تواند عامل بیماری را به دیگری انتقال دهد.



در انسان و سایر پستانداران انگل وارد سلولهای ماکروفاژ شده و پس از تکثیر سلول ماکروفاژ پاره شده و انگل های خارج شده از آن دوباره به سلول ماکروفاژ دیگری وارد می شوند .

انتقال بیماری از انسان به انسان از طریق انتقال خون بسیار نادر است .

بیماری زایی:

به دنبال تلقیح انگل در پوست از طریق گزش پشه خاکی آلوده یک ندول در محل ایجاد می شود که در اثر پیشرفت ضایعه تبدیل به زخم می شود .

دوره کمون :

دوره کمون در سالک نوع روستایی (نوع مرطوب) معمولاً از ۱۵ روز تا چند ماه متغیر است
در نوع شهری (نوع خشک) از چند هفته تا چند ماه و بطور معمول ۲ تا ۸ ماه طول می کشد
دوره کمون در نوع روستایی کوتاهتر از نوع شهری می باشد .

دوره واگیری :

معمولاً بیماری به طور مستقیم از انسان به انسان منتقل نمی شود ولی در تمام مدتی که انگل در زخم باقی است به پشه خاکی منتقل می گردد و این مدت در موارد درمان نشده ممکن است چندماه تا ۲ سال ادامه داشته باشد

علائم بیماری :

ضایعات سالک معمولاً در نقاط باز بدن و نقاطی که بیشتر در معرض گزش پشه قرار دارد بوجود می آیند . در نوع شهری غالباً ضایعات روی صورت و در نوع روستایی بیشتر روی دست و پا دیده می شود گرچه در هر نقطه ای از بدن امکان آلودگی وجود دارد .



تعداد ضایعات معمولاً بستگی به دفعات گزش پشه دارد اکثراً یک یا دو ضایعه بیشتر دیده نمی شود ولی گاهی ضایعات متعددند .

ضایعات در شکل خشک (شهری) :

بعد از گذشت دوره کمون در محل گزش پشه پاپول سرخ رنگی ظاهر می شود که ۳ تا ۴ میلی متر قطر دارد و نرم و بدون درد است و گاه خارش مختصر دارد .

بعد از گذشت چند هفته تا چندماه پاپول فعال شده و شروع به رشد می کند و اطراف آن هاله قرمز رنگ دیده می شود و کم کم بر اثر تجمع سلولها ضایعه سفت می شود و لبه زخم برجسته است بعد از گذشت ۲ تا ۳ ماه ضایعه بزرگتر شده تبدیل به یک زخم پلاک مانند با حدودی مشخص و حاشیه ای نامنظم می گردد که روی آن را دلمه ای کثیف و قهوه ای رنگ پوشانده است . هر چه تعداد ضایعات بیشتر باشد اندازه زخم ها کوچکتر و بهبودی آنها سریعتر است هم چنین غدد لنفاوی موضعی گاهی متورم و دردناک می شوند .

بهبودی زخم به تدریج از مرکز شروع شده و دلمه شروع به خشک شدن می کند که پس از گذشت ۶ تا ۱۲ ماه معمولاً ضایعه بهبود پیدا می کند و اثر آن بصورت جوشگاهی فرو رفته با حدودی کاملاً مشخص و حاشیه ای نامنظم باقی می ماند . سطح این جوشگاه (اسکار) ناصاف و فرورفتگی ها و برجستگی های کوچکی در آن مشاهده می شود .

ضایعات در شکل مرطوب (روستایی) :

بعد از گذشت دوره کمون ضایعه به صورت جوش همراه با التهاب حاد ظاهر می شود . زخمی شدن در عرض دو هفته پس از شروع اتفاق می افتد زخم به سرعت بزرگ و دور آن پر خون می گردد زخم دارای ترشح چرکی زیاد است . التهاب ، لنفادنیت ، گاه تب و ضعف در بیمار دیده می شود . عفونت ثانوی نیز در ضایعه ممکن است دیده شود که باعث افزایش دلمه و نکروز در زخم و ترشحات چرکی و کثیف در سطح زخم دیده می شود ضایعات معمولاً فاقد درد و خارش هستند .

جوش خوردن زخم از وسط و اطراف همزمان اتفاق می افتد و بطور معمول زخم ظرف مدت ۴ تا ۶ ماه از شروع آن بهبود پیدا می کند . افرادی که به نوع مرطوب مبتلا می شوند معمولاً در برابر نوع خشک مصونیت پیدا می کنند اما عکس آن صادق نیست .

همانند نوع شهری جوشگاه آن در محل ضایعه باقی می ماند .



گرفتن شرح حال :

۱. برقراری ارتباط صحیح با بیمار
۲. پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار
۳. بررسی حال عمومی (مراجعه به کتاب درمانهای ساده علامتی)
۴. آیا بیمار از زخمهای موجود بر روی بدن شکایت دارد ؟
۵. مشاهده کنید که زخمها بر روی نقاط باز بدن (دست یا پا و صورت) وجود دارد ؟
۶. آیا زخمها خارش دارد ؟
۷. آیا زخمها ترشح دارد ؟
۸. آیا تب ، ضعف ، التهاب و لنفادنیت وجود دارد ؟
۹. آیا فرد بیمار در منطقه اندمیک یا اپیدمیک بیماری سالک زندگی می کند و یا اخیراً به این مناطق سفر داشته است ؟

روش کرایوتراپی:

در این روش سوآپ کاملا آغشته به ازت مایع را حدود ۱۰ ثانیه بر روی ضایعه فشار می دهند به نحوی که سطح ضایعه سفید گردد این عمل در کل سطح ضایعه تا سفید شدن کل ضایعه و تا حاشیه ۲ میلیمتر از پوست سالم اطراف ضایعه تکرار گردد، این روش به کرایو اسپری برتری دارد.



در کرایواسپری ازت مایع از فاصله نزدیک ۱ تا ۲ سانتیمتری بر روی ضایعه پاشیده می شود به نحوی که کل ضایعه تا حاشیه ۱ تا ۲ میلیمتری از پوست سالم اطراف آن به مدت ۲۰ ثانیه سفید گردد. در موقع انجام کرایو تراپی از پاشیدن ازت بر روی پوست سالم یا چشم جلوگیری کامل بعمل می آید. ضمناً در درمان موضعی همیشه ابتدا کرایوتراپی انجام و سپس گلوکانتیم تزریق می شود.

نحوه انجام پانسمان:

به بیمار آموزش داده شود که نیاز است محل ضایعه یک الی دو بار در روز با آب لوله کشی یا آب بهداشتی و صابون شستشو داده شود و سپس یک محلول ضد عفونی کننده مانند بتادین یا ریوانول (۱ در ۳۰۰۰) (برای ضایعه مرطوب) یا پماد آنتی بیوتیکی یا زینک اکساید (برای ضایعه خشک) و به همراه گاز استریل پانسمان گردد و تا پانسمان بعدی خشک نگه داشته شود. توصیه می شود در هنگام مراجعه بیمار جهت درمان همزمان نیز پانسمان ضایعه در مرکز مربوطه انجام شود.



در مورد سالک شهری که مبتلایان به عنوان مخزن بیماری مطرح می باشند پانسمان یا پوشاندن محل ضایعه و درمان در مراحل اولیه در مورد همه بیماران، یکی از مهمترین اقدامات در کنترل بیماری است، لذا برای ضایعه کوچک از چسب زخم استفاده و برای ضایعات بزرگتر با گاز پانسمان شود. مهم است که حداقل این پانسمان در بعد از ظهر و طول شب انجام گیرد. استفاده از دور کننده های حشرات در اطراف ضایعه به همراه پانسمان بدلیل آنکه احتمال جایجا شدن پانسمان وجود دارد نیز توصیه می شود.

پشه خاکی معمولاً به روشهای ذیل صید و جداسازی و تشخیص داده میشود.

۱- روش مرده گیر: روش تله چسبان (paper trap)

در این روش صفحه کاغذ کاهی یا کاغذ A4 به روغن کرچک آغشته میشود و سپس به وسیله چوبهای نوک تیز معمولاً ۳۰ سانتی جلوی لانه جوندگان یا کنار های دیوار منازل گذاشته می شود تا پشه ها به کاغذ بچسبند.

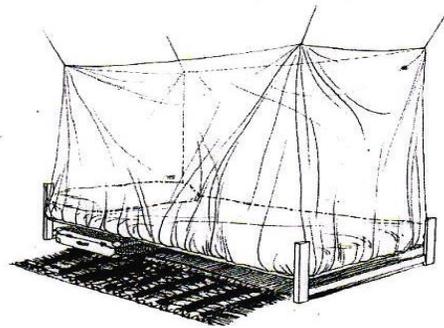
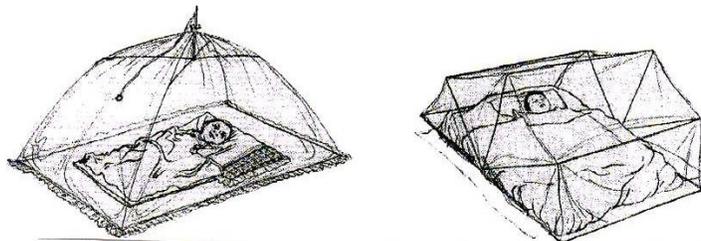
۲- روشزنده گیر: الف - تله های نورانی ب- بوسیله آسپیراتور ج- تله قیفی

الف- تله های نورانی : در این روش پشه های بهمن ر ماوراء بنفش لامپ تله جذب شده و در توری که لامپ در آن قرار دارد گرفتار می شوند.

ب- آسپراتور: با این وسیله بامکش هواتوسط دهان فرد پشه به تله می افتد سپس به کاپس منتقل میشود.

ج- تله قیفی : در این روش قیفها روی سوراخ لانه جونده گذاشته می شود و پشه ها به لوله یا شیشه ای که در انتهای قیف است منتقل می شود.

انواع پشه بند



شکل ۱-۵۵
یک پشه بند مستطیلی شکل.

معایب پشه بند استاندارد غیر آغشته به سم



شکل ۱-۶۷

معایب یک پشه‌بند استاندارد غیر آغشته به سم

لیشمانیوز احشایی (کالا آزار)

تعریف: یک بیماری انگلی مزمنی است که بوسیله انگل تک یاخته درون سلولی ایجاد که اگر تشخیص و درمان به موقع آن انجام نشود در اکثر موارد سبب مرگ بیمار می گردد.

عامل بیماری: در ایران عامل بیماری تک یاخته درون سلولی بنام لیشمانیا اینفانتوم می باشد.

همه گیری شناسی (اپیدمیولوژی):

کالا آزار در ایران به شکل آندمیک در بعضی از مناطق شمال غرب و جنوب ایران گزارش شده است مخزن مهم آن معمولاً انسان، سگ و سگ سانان می باشند واکثر موارد بیماری در بچه های گروه سنی ۱ تا ۴ ساله دیده شده است بر اساس مطالعات انجام شده حدود ۹۰٪ موارد بیماری را افراد زیر ۱۲ سال تشکیل می دهند.

کانونهای بیماری در کشورهای هند، بنگلادش، پاکستان، چین، ترکیه، سواحل دریایی مدیترانه، مکزیک، سودان، کینا و اتیوپی و کشورهای جنوب صحرا در آفریقا وجود دارد

بیماری زایی

راه انتقال: بیماری از طریق نیش پشه خاکی آلوده از جنس فلیتوم منتقل می گردد.

بیماری زایی: بیماری در انسان بدون درمان معمولاً کشنده است و احشاء فرد مبتلا را گرفتار می کند

دوره کمون: دوره کمون معمولاً بین ۲ تا ۶ ماه است ولی می تواند از ۱۰ روز تا سالها متغییر باشد

دوره واگیری: معمولاً انتقال مستقیم از انسان به انسان صورت نمی گیرد ولی تا زمانی که انگل در جریان خون و ضایعات پوستی میزبان پستاندار وجود دارد برای پشه خاکی آلوده کننده است.

علائم بیماری:

بیماری با نشانه های تب، بزرگی کبد وطحال، بزرگی غدد لنفاوی، کم خونی، کاهش گلبولهای سفید، کاهش پلاکتها و لاغری پیشرونده و ضعف تظاهر می کند. تب ممکن است بتدریج یا ناگهانی شروع شود هم چنین ممکن است بعد از بهبود ظاهری از شکل عمومی بیماری زخم های پوستی بنام « زخمهای بعد از کالا آزار» ایجاد شود

گرفتن شرح حال :

۱. برقراری ارتباط صحیح با بیمار
۲. پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار در دفتر ثبت نام بیماران (مطابق با دستورالعمل)
۳. بررسی حال عمومی (مراجعه به جزوه درمانهای ساده علامتی)
۴. آیا بیمار تب دارد؟ آیا تب به طور ناگهانی بروز کرده است؟
۵. آیا بزرگی طحال و کبد وجود دارد؟
۶. آیا لاغری پیشرونده و ضعف هم وجود دارد؟
۷. آیا پس از بهبودی علائم فوق بیمار دچار زخمهای پوستی شده است؟
۸. سن بیمار چقدر است؟
۹. آیا فرد بیمار در منطقه اندمیک یا اپیدمیک بیماری سالک زندگی می کند و یا اخیراً به این مناطق سفر داشته است

تشخیص بیماری : تشخیص از طریق کشت انگل از نمونه های بافت و یا ترشحات بیمار و یا بوسیله دیدن انگل درون

سلولی در گسترش های رنگ آمیزی شده از مغز استخوان ، طحال ، کبد و یا خون انجام می شود .

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهروز:

- ❖ آموزش به مردم در مورد دفع صحیح زباله
- ❖ آموزش به مردم در مورد راههای انتقال و پیشگیری از انتقال بیماری
- ❖ مبارزه با مخازن بیماری وازبین بردن سگهای ولگرد و جوندگان
- ❖ بهسازی محیط و دفع صحیح فاضلاب ؛جهت مبارزه با ناقلین و سمپاشی در صورت امکان
- ❖ آموزش در مورد نصب توری ریز به درب و پنجره ها و استفاده از پشه بند مناسب در هنگام خواب
- ❖ ارجاع موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی جهت بررسی و تشخیص و درمان
- ❖ پیگیری موارد شناخته شده بیماری تحت درمان تابهبودی کامل
- ❖ گزارش موارد بیماری به مرکز بهداشتی درمانی

مالاریا (malaria)

تعریف: یک بیماری انگلی است که توسط انگل تک یاخته ای از گونه های جنس پلاسمودیوم که در داخل سلولهای کبد و گلبولهای قرمز رشد و تکثیر می کند ایجاد می شود. کلمه مالاریا در زبان ایتالیایی یعنی هوای بد و چون این بیماری در سرزمین های باتلاقی و غیر باتلاقی با هوای بد شایع بوده است آن را مالاریا نامیده اند نامهای دیگر این بیماری پالودیسیم، تب نوبه و تب جنگل می باشد.

عامل بیماری: عامل ایجاد کننده بیماری مالاریا انگل هایی تک یاخته از جنس پلاسمودیوم می باشند که دارای چهار نوع می باشد.

۱- پلاسمودیوم ویواکس = ۲ پلاسمودیوم فالسیپاروم = ۳ پلاسمودیوم مالاریه = ۴ پلاسمودیوم اووال (این نوع در ایران وجود ندارد)
پلاسمودیوم فالسیپاروم ایجاد کننده نوع خطرناک بیماری و مالاریای مغزی می باشد.

همه گیری شناسی (اپیدمیولوژی):

بیماری مالاریا از قدیم در ایران به عنوان یکی از مسائل بهداشتی مهم تلقی گردیده و هیچ بیماری دیگری تا این اندازه زیانهای مالی و جانی جبران ناپذیر در کشور ما ببار نیاورده است

انتقال شدید بیماری در مناطق پرجمعیت شمال و غرب کشور موجب فرار مردم به مناطق کوهستانی می گردید و کشاورزان در بهترین فصل سال از مناطق جلگه ای به عنوان رفتن به بیلاق مهاجرت می کردند.

مالاریا از نظر شیوع با بیش از ۳۰۰ میلیون نفر مبتلا در مناطق مالاریا خیز و از نظر مرگ و میر هنوز مهمترین بیماری انگلی به شمار می آید. این بیماری انتشار جهانی دارد و بصورت بومی در مناطقی از آفریقا، آسیا و آمریکای مرکزی و جنوبی مشاهده می شود.

در کشور ایران در نواحی ساحلی دریای خزر و کرانه های جنوبی و سواحل خلیج فارس این بیماری بصورت بومی خسارات مالی و جانی فراوانی بوجود آورده است.

در انسان سن و جنس در ابتلاء به بیماری مالاریا تأثیر قابل توجهی ندارد ولی عواملی نظیر نژاد، توارث، شغل و نحوه زندگی ممکن است تا حدودی مؤثر باشد.

بیماری زایی

راه انتقال:

انتقال بیماری به انسان بوسیله نیش پشه آنوفل ماده آلوده صورت می گیرد. اغلب گونه های این پشه در هوای تاریک و روشن غروب و ساعات اول شب تغذیه می کنند. اوج فعالیت بعضی از ناقلین هم در حوالی نیمه شب و یا ساعات اولیه صبح است.

وقتی که یک پشه آنوفل ماده خون انسان بیمار را که حاوی سلولهای جنسی پلاسمودیوم (گامتوسیت) است می خورد گامتهای نر و ماده در معده حشره با هم یکی شده تشکیل سلول تخم (اووکینت) را می دهد پس از عبور از دیواره

معهه پشه تکثیر و اسپوروزوئیت ها تشکیل می گردد . اسپوروزوئیت ها به اندامهای مختلف پشه رفته و آنهایی که به غده بزاقی حشره می روند بالغ شده و به مرحله آلوده کنندگی می رسند
 پشه آلوده در هنگام خونخواری مقداری از انگل موجود در بزاق را وارد بدن فرد مورد گزش می کند مدت زمان برای سیر تکاملی انگل در داخل بدن پشه با توجه به نوع انگل و درجه حرارت معمولاً بین ۸ تا ۳۵ روز طول می کشد .



گاهی ممکن است مالاریا از طریق تزریق و یا انتقال خون آلوده به انسان سالم و یا بوسیله سوزن و سرنگهای آلوده در معتادان به مواد مخدر تزریقی منتقل گردد .

دوره کمون :

فاصله زمانی بین گزش پشه آلوده و ظهور علائم بالینی بیماری برای پلاسمودیوم فالسیپارم ۷ تا ۱۴ روز ، پلاسمودیوم ویواکس ۸ تا ۱۴ روز و برای پلاسمودیوم مالاریه حدود ۷ تا ۳۰ روز است .
 آلودگی هایی که بوسیله انتقال خون صورت می گیرد معمولاً دوره کمون کوتاهتری دارد .

دوره واگیری :

در تمام مدتی که گامتوسیت های آلوده کننده در خون بیمار است می تواند پشه را آلوده کند و این زمان برحسب نوع انگل و هم چنین نتیجه درمان دارویی متفاوت خواهد بود .
 بیمارانی که درمان نشده اند یا ناقص درمان شده اند می توانند تا مدتهای طولانی حامل انگل بوده و پشه ها را آلوده کنند که این مدت گاهی تا ۳ سال هم طول می کشد .
 پشه ها برای تمام عمر آلوده کننده باقی می مانند .

علائم بیماری :

بعد از ورود عامل بیماری توسط نیش پشه به بدن انسان از طریق جریان خون به سلولهای کبد وارد شده و شیزونت کبدی را تشکیل می دهد . در داخل سلولهای کبد عامل بیماری رشد و تکثیر کرده و سپس سلولهای کبد را پاره کرده و انگل های آزاد شده وارد جریان خون می شوند و به گلبولهای قرمز خون حمله می کنند و در درون گلبولهای قرمز شروع به رشد و تکثیر می کنند . پس از تکثیر در داخل گلبول قرمز (بین ۸ تا ۳۰ عدد) گلبول را پاره و به گلبول قرمز جدید حمله می کنند . نشانه های بالینی بیماری در اثر حمله انگل به گلبولها و رشد و تکثیر و پاره کردن گلبولهای قرمز ایجاد می شود . در این مرحله بعضی از انگل ها به شکل سلولهای جنسی نر و ماده (گامتوسیت ها) در آمده که برای پشه آلوده کننده می باشد . علائم بالینی بیماری با ظهور تب ، لرز ، عرق و سردرد همراه می باشد . بزرگی طحال ، کبد ، یرقان ، اختلال انعقاد خون ، نارسایی کبد و کلیه ، ادم ریوی و مغزی ، اغماء و شوک در اثر پیشرفت بیماری بوجود می آید . با توجه به نوع انگل علائم ممکن است متفاوت باشد .

تب در مالاریای نوع ویواکس ، فالسیپاروم بصورت یک روز در میان می باشد ولی علائم در نوع فالسیپاروم شدیدتر است . تب در مالاریای نوع مالاریه بصورت دو روز در میان دیده می شود . گاهی اوقات فرد بیمار ممکن است به دو یا سه نوع از عامل بیماری مالاریا آلوده شده باشد که به آن مالاریای میکس می گویند که تب ممکن است بصورت منظم نباشد و هر روزه فرد تب کند . علائم بیماری معمولاً بصورت دوره ای تکرار می شود بطوری که یک حمله بیماری در فرد دارای مراحل زیر است .

الف- مرحله لرز : مرحله لرز با شروع لرز شدید و احساس سرمای بسیار همراه است و در این مرحله بیمار می خواهد که با تعداد زیادی پتو روی او را بپوشانند این مرحله معمولاً ۵/۰ تا یک ساعت و به ندرت تا ۲ ساعت طول می کشد .

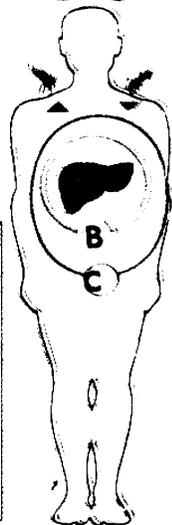
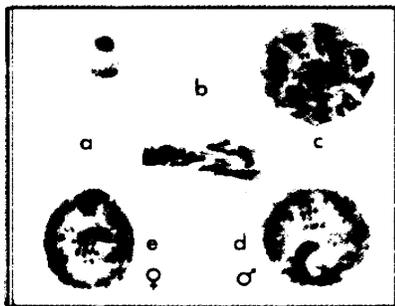
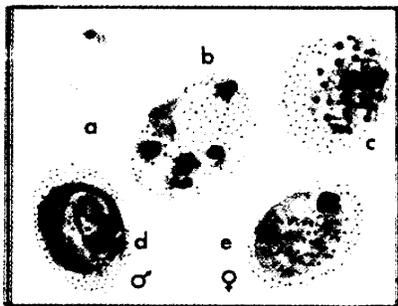
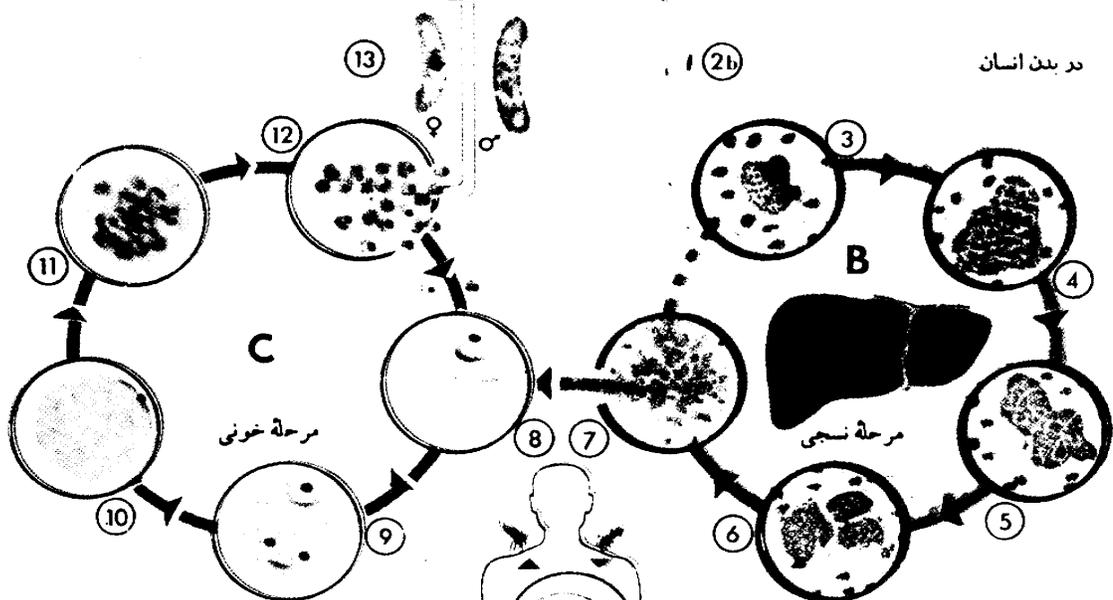
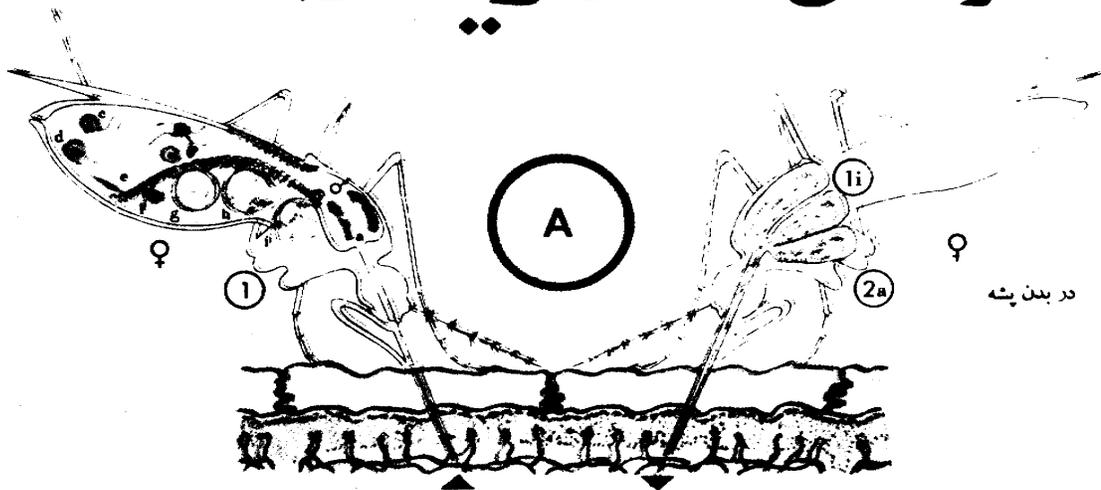
ب- مرحله تب : به تدریج فرد احساس گرما می کند . صورت برافروخته ، تنفس تند ، سردرد ، تهوع و استفراغ و هزیان معمولاً در این مرحله وجود دارد . تب ممکن است به ۴۱ درجه سانتیگراد هم برسد . تب ممکن است از ۲ تا ۱۲ ساعت گاهی طول بکشد .

(ج) مرحله تعریق :

به دنبال مرحله تب بیمار عرق فراوان کرده و درجه حرارت بدن به سرعت سقوط می کند . شخص احساس آرامش می کند . این مرحله اغلب با خواب دنبال می شود و بیمار پس از بیدار شدن کمی احساس خستگی می کند و از سایر جهات فرد حالت طبیعی دارد . این مرحله حدود ۲ تا ۳ ساعت طول می کشد .

مراحل فوق با توجه به نوع انگل روز در میان یا دو روز در میان در بیماران تکرار می شود .

سیرانگل مالاریا در بدن انسان



گرفتن شرح حال :

۱. برقراری ارتباط صحیح با بیمار
۲. پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار در دفتر ثبت نام بیماران (مطابق با دستورالعمل)
۳. بررسی حال عمومی (مراجعه به کتاب درمانهای ساده علامتی)
۴. آیا بیمار دچار لرز می باشد؟
۵. آیا بیمار احساس سرما می کند؟
۶. آیا بیمار تب دارد؟ و آیا تب بیمار مداوم است؟
۷. دوره تکرار تب بیمار هر چند روز یکبار می باشد؟
۸. زمان هر یک از مراحل لرز، تب و عرق چه مدت طول می کشد؟
۹. آیا بعد از تب تعریق وجود دارد؟
۱۰. آیا فرد در مناطق اندمیک و اپیدمیک بیماری مالاریا زندگی می کند؟ آیا اخیراً به این مناطق سفر نموده است؟

راه تشخیص بیماری :

بهترین راه تشخیص قطعی مالاریا بر اساس مشاهده انگل در یک گسترده نازک یا ضخیم خون محیطی فرد است از کلیه افراد مشکوک به بیماری بایستی بر اساس دستورالعمل مربوطه لام خون تهیه و جهت انجام آزمایش به آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.

روش تهیه لام خون :

وسایل لازم : جعبه لام - لام شیشه ای تمیز - پنبه خشک - پنبه الکلی - لانست استریل - مداد مشکی - فرم بیماریابی - کاغذ جهت بسته بندی لامها

پس از ثبت مشخصات فرد در فرم بیماریابی به ترتیب زیر جهت تهیه لام خون باید عمل کرد .

- دست چپ فرد را گرفته بطوری که کف دست به طرف بالا باشد . انگشت میانی را انتخاب کرده (در شیرخواران انگشت شست پا را انتخاب کنید) و آن را با پنبه الکلی تمیز می کنیم سپس با مالش دادن آرام پوست گردش خون را در انگشت سریع نمایید .
- نوک انگشت را با حرکت سریع توسط لانست استریل سوراخ کنید و انگشت را کمی فشار دهید تا خون خارج شود . اولین قطره خون را بوسیله پنبه خشک تمیز نمایید .
- انگشت را فشار دهید و ابتدا ۳ قطره خون در یک سر لام به فاصله حدود یک سانتی متر از لبه لام قرار دهید . (جهت تهیه گسترش ضخیم) سپس یک قطره خون در وسط لام قرار دهید (جهت تهیه گسترش نازک)
- ابتدا با لبه تیز لام دیگری گسترش نازک را تهیه کنید بدین صورت که لبه عرضی لام را روی لام خون قرار دهید و با زاویه حدود ۳۰ درجه لبه لام را روی قطره خون وسط لام قرار دهید و اجازه دهید تا قطره خون در سرتاسر لبه لام پخش گردد و سپس با حرکت یکنواخت با زاویه ۴۵ درجه روی لام گسترش نازک را تهیه کنید (در صورت انجام حرکت بصورت صحیح گسترش نازک به شکل نوک انگشت خواهد بود)

- برای تهیه گسترش ضخیم از گوشه لام گسترش دهنده استفاده کنید و سه قطره خون روی لام را با هم یکی کنید با ۳ تا ۶ حرکت به شکل دورانی گسترش ضخیم را به شکل دایره با قطره حدود ۱ تا ۱/۵ سانتی متر در آورید .
 - لام رادرحلی مناسب (دور از نور آفتاب ، گردوغبار ، دسترس حشرات و...) قرار دهید تا خشک شود .
 - پس از خشک شدن لام با مداد مشکی روی گسترش نازک مشخصات فرد را ثبت کنید در مناطق شهری شماره ردیف و تاریخ تهیه و در مناطق روستایی شماره ردیف فرد و شماره روستا را ثبت نمایید .
 - لامهای تهیه شده را در کاغذ بسته بندی و اطلاعات زیر را روی بسته بندی لام ثبت نمایید . نام خانه بهداشت ، نام روستا ، شماره روستا ، تاریخ تهیه ، تعداد لام و نام تهیه کننده (مطابق شکل زیر)
 - بسته لام خون را به همراه فرم بیماریابی تکمیل شده در اولین فرصت به آزمایشگاه ارسال کنید .
- (بر اساس دستورالعمل کشوری در حال حاضر حداکثر مدت زمان ارسال لام خون از خانه بهداشت به آزمایشگاه ۷۲ ساعت باشد)

روش بسته بندی لام خون :

لام خون را روی لبه کاغذ بریده شده قرار داده و حداقل یک بار کاغذ را دور آن بپیچید بطوری که تمام لام را کاغذ بپوشاند سپس لام دیگری را به همان ترتیب روی کاغذ لام قبلی قرار داده و مجدداً کاغذ را بپیچید و این کار را تا بسته بندی همه لامها ادامه دهید . (دقت نمایید چنانچه تعداد لامهای تهیه شده ۱ تا ۲ عدد باشد جهت جلوگیری از شکستن لامها ۲ یا ۳ لام تمیز را با آنها بسته بندی نمایید)

تب راجعه

تعریف : یک بیماری تب دار ریکتزیایی است که از طریق حشره منتقل می شود و در حقیقت این بیماری از راه پوست منتقل می شود .

این بیماری به دو دسته تقسیم می شود :

۱- تب راجعه شپشی که به آن تب راجعه همه گیر یا اپیدمیک نیز می گویند .

۲- تب راجعه کنه ای که به آن تب راجعه آندمیک یا بومی می گویند .

عامل بیماری :

در تب راجعه شپشی بوریلیا کورانتیس که یک اسپروکیت گرم منفی است که توسط شپش منتقل می شود و در تب راجعه کنه ای ریکتزیایی است که توسط کنه منتقل می شود .

همه گیر شناسی :

در منطقه ای که این بیماری به وسیله شپش منتقل می شود به شکل همه گیر شایع می شود . ولی در مناطقی که با کنه منتقل می شود به صورت آندمیک وجود دارد . تب راجعه شپشی بیشتر در نواحی همانند آسیا و آفریقا و آمریکای جنوبی وجود دارد و تب راجعه کنه ای در تمامی نواحی گرمسیر به صورت بومی وجود دارد . (همانند عربستان ، ایران ، هندوستان و غیره)

مخزن :

مخزن بوریلیا کورانتیس انسان است و مخزن تب راجعه کنه ای جوندگان وحشی هستند که کنه های نرم می توانند اسپروکیت را به وسیله تخم به نسلهای بعدی خود منتقل می کنند .

راه انتقال :

این بیماری دارای ناقل بوده و انتقال از شخص به شخص ندارد . تب راجعه همه گیر (شپشی) در اثر له شدن شپش آلوده در روی محل زخمی که در اثر گزش شپش به وجود می آید و با له کردن آن در روی پوست خراش دار منتقل می شود. تب راجعه کنه ای نیز از طریق گزش کنه های نرم که بیشتر شبها خونخواری می کنند منتقل می شود . این کنه ها پس از خونخواری میزبان خود را ترک می کنند .

دوره کمون : بین ۵ تا ۱۵ روز و معمولاً ۸ روز است.

دوره واگیری :

شپش ۴ - ۵ روز بعد از خونخواری از بیمار آلوده کننده می شود و برای تمام مدت عمر (۴۰ - ۲۰ روز) آلوده کننده باقی می ماند . کنه آلوده می تواند بدون تغذیه کردن چندین سال زنده بماند و در تمام این مدت قدرت آلوده کنندگی خود را حفظ کرده و آلودگی را از طریق تخم به نسلهای بعدی خود منتقل کند .

تشخیص و یافته های آزمایشگاهی :

تشخیص تب راجعه با دیدن عامل عفونی آن در آزمایش نمونه خون تازه به وسیله میکروسکوپ و یا گسترش ضخیم و نازک رنگ شده خون نیز صورت می گیرد.

علائم بیماری :

تب مهمترین علامت بیماری است که هر مرحله تب دار ۹ روز ادامه داشته و متعاقب آن یک مرحله بدون تب به مدت ۲ تا ۴ روز دارد. تعداد مراحل فروکش و برگشت تب متفاوت و بین یک تا ۱۰ بار و بیشتر خواهد بود . هر مرحله تب دار با ایجاد یک حالت بحرانی خاتمه می یابد . طول دوره بیماری تب راجعه شپشی بطور متوسط ۱۳ تا ۱۶ روز و تب راجعه کنه ای معمولاً زیادتر است . در خلال اولین مرحله ظهور تب لکه های قرمز گذرای پوستی نیز ممکن است ایجاد شود .

گرفتن شرح حال :

۱- برقراری ارتباط صحیح با بیمار

۲- پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار ۳- بررسی حال عمومی (مراجعه به کتاب درمانهای ساده علامتی)

۴- آیا بیمار تب دارد ؟ تب به صورت مرحله ای است ؟

۵- مدت زمان هر مرحله از تب چقدر طول می کشد ؟

۶- مرحله بدون تب چقدر طول می کشد ؟

۷- تعداد دفعات برگشت تب چقدر است ؟

۸- آیا لکه های قرمز پوستی هم وجود دارد ؟ آیا محل گزش حشره (کنه - شپش) بر روی بدن فرد وجود دارد ؟

۹- آیا فرد اخیراً به مناطق اندمیک ، اپیدمیک تب راجعه سفر نموده است .

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز

- ❖ بیماریابی : بهورز باید با توجه به اهمیت بیماری مهارت عملی کافی در تشخیص بموقع بیماری و اقدامات بعدی را حتما داشته باشد .
- ❖ ارجاع : در صورت مشاهده تب راجعه به خصوص از نوع شپشی ارجاع فوری باید صورت بگیرد .
- ❖ پیگیری : پیگیری افراد بیمار و اطرافیان بیمار (بخصوص در مدارس ، خوابگاهها ، پادگانها ، زندانها و ...) تا کامل شدن دوره درمان ضروری می باشد و ضمن پیگیری آموزش رعایت بهداشت نیز باید انجام گیرد .
- ❖ درمان : درمان این بیماری طبق دستور پزشک صورت می گیرد و فقط پیگیری و نظارت بر نحوه صحیح مصرف دارو و مراحل به عهده بهورز می باشد . ولی جهت اطلاع بیشتر باید بدانید که تتراسایکلین داروی انتخابی این بیماری است
- ❖ گزارش دهی : گزارش فوری تلفنی به مرکز بهداشتی درمانی و مرکز بهداشت شهرستان علاوه بر گزارش ماهیانه و خطی بیماری از وظایف بهورز می باشد .
- ❖ آموزش بهداشت : آموزش بیماران و افراد در ارتباط مستقیم با فرد بیمار از لحاظ : جداسازی ، گندزادی همزمان جهت شپش و کنه ، آموزش اینکه این بیماری در نزد افرادی که مبتلا به شپش هستند یک خطر جدی و بالقوه است و آموزش سایر مسایل بهداشت فردی از قبیل شستشوی لباس ، حمام گرفتن و نظارت نیز بسیار اهمیت دارد .

پدیکولوزیس

• تعریف پدیکولوزیس

وجود شپش بدن ، سر یا شپشک عانه را روی بدن ، پدیکتولوزیس گویند .

عوارض پدیکولوزیس

- ۱- خارش شدید پوست به علت تلقیح ماده بزاقی و مواد دفعی شپش به زیر پوست
 - ۲- پوسته پوسته شدن و ضخیم شدن پوست در اثر خاراندن زیاد
 - ۳- بروز عفونت های ثانویه باکتریال به دنبال خاراندن زیاد پوست (مثل زرد زخم و...)
- بیماریهایی همچون تیفوس همه گیر ، تب راجعه همه گیر و تب خندق منتقل شونده از شپش تن

• مشخصات کلی شپش

شپش های انسانی حشراتی کوچک ، بدون بال و خونخوار هستند . آن ها می توانند سر ، تن یا عانه را در انسان آلوده کنند . تخم شپش ، رشک نام دارد که بیضی شکل ، سفید رنگ و به اندازه ته سنجاق است و بر حسب نوع ، به مو و درز لباس ها می چسبند .

انتقال شپش انسان فقط از انسان به انسان ممکن است ،

موجود دیگری نمی تواند به عنوان مخزن عمل کند

انواع شپش انسانی عبارتند از :

۱- شپش سر

۲- شپش تن

۳- شپش عانه

شپش تن و شپش سر بسیار شبیه هم هستند ، با این تفاوت که شپش تن ، بزرگ تر و شفاف تر از شپش سر است . رنگ آن سفید مایل به خاکستری بوده ، بدنی کشیده ، بدون بال و دارای سری نقطه ای است . این حشره شش پای مفصلی دارد که هر پا به یک زایده چنگک مانند ختم میشود . شپش عانه کاملا شکل متفاوتی نسبت به شپش های سر و بدن دارد . شپشک عانه پهن تر ، کوتاه تر و تیره تر از دو نوع دیگر بوده ، شبیه خرچنگ است . تخم شپش توسط شپش بالغ ماده به طور محکم به پایه مو و یا تار و پود لباس چسبانده شده به صورت یک برآمدگی کوچک کروی و یا بیضی شکل تظاهر می نماید . تقریبا ۱۰-۷ روز بعد ، یک نوزاد گرسنه از تخم خارج می شود ، این نوزاد باید هر چه سریع تر به تغذیه پردازد در غیر این صورت طی ۲۴ ساعت خواهد مرد . نوزاد متولد شده طی ۳-۲ هفته و پس از ۳ نوبت پوست اندازی ، به شپش بالغ تبدیل شده ، جفت گیری می کند . شپش ماده بالغ بارور شده طی ۴۰-۳۰ روز تعداد ۱۵۰-۱۰۰ عدد تخم می گذارد و سپس می میرد . شپش برای خونخواری ، پوست را سوراخ می کند ، بزاق خود را در زیر پوست میزبان تزریق نموده ، با مکیدن خون ، مواد زاید را نیز دفع می نماید . تلقیح مواد زاید و بزاق به زیر پوست منجر به ایجاد برآمدگی قرمز رنگ خارش داری می شود .

شپش سر

شپش سر و رشک های آن معمولاً در لابه لای موها و بر روی پوست سر بخصوص در نواحی پشت گوش و پس سر دیده می شود، ولی در شرایط آلودگی شدید ممکن است در تمام پوست سر و حتی محاسن و دیگر بخش های مودار بدن دیده شود که رنگ آن سفید مایل به خاکستری است. شپش سر بیش از شپش عانه ولی کمتر از شپش تن قدرت تحرک دارد، بنابراین ممکن است ساعت ها در یک محل توقف و خونخواری نماید. این شپش خود را محکم به پوست سر چسبانده، به خونخواری ادامه می دهد و به ندرت به مناطق کم موی بدن مهاجرت می کند ولی هرگز در ابرو و پلک تخم گذاری نمی نماید این شپش تخم خود (رشک) را در محل خروج ساقه مو از فولیکول می چسباند.

روش های انتقال شپش سر

انتقال مستقیم:

تماس مستقیم با فرد / افراد آلوده، انسان با هر زمینه اقتصادی _ اجتماعی، در معرض خطر ابتلا به شپش سر قرار دارد. این آلودگی بخصوص در مدارس ابتدایی ممکن است همه گیر شود. همچنین آلودگی به این شپش، نزد دختران بیش از پسران و در کودکان شایع تر از بالغین است

انتقال غیر مستقیم:

انتقال شپش سر عمدتاً در اثر تماس با اشیا آلوده نظیر حوله، شانه، برس سر، کلاه، روسری، مقنعه و چادر نماز، متکا و لباس های خواب و ... که به طور مشترک مورد استفاده قرار بگیرند و یا اینکه در یک جا بر روی هم قرار داده شوند صورت می گیرد. همچنین بوسیله صندلی های سالن های اجتماعات، کلاس ها، وسایل نقلیه عمومی، کمد های لباس، حمام های عمومی، رختکن استخرها و... انتقال انجام می شود.

شپش تن

زیستگاه اصلی شپش تن در الیاف، درز و چین های لباس ها به خصوص البسه زیر که نزدیک بدن قرار دارند می باشد. این انگل، لباس را فقط برای مکیدن خون میزبانش ترک می کند به همین منظور گاهی آن را شپش لباس هم می نامند و این عمل ترک لباس و مراجعه مجدد شپش به سطح بدن به طور مکرر اتفاق می افتد. بهترین درجه

حرارت مورد علاقه شپش تن حدود ۳۶ درجه سانتیگراد است. طول شپش بدن حدود ۳ میلی متر و به رنگ سفید مایل به خاکستری است. تخم گذاری شپش تن نیز بر روی رشته های پارچه و در درز البسه صورت می گیرد. گاهی در شرایط آلودگی سنگین، تخم گذاری بر روی موهای ریز بدن صورت می گیرد.

انتقال شپش تن توسط البسه خصوصا پوشیدن لباس زیر دیگران، استفاده از ملحفه، رختخواب و حوله مشترک صورت می گیرد. بعلاوه توسط صندلی وسایل نقلیه عمومی و سالن ها نیز اتفاق می افتد. شپش تن به تغییرات درجه حرارت بسیار حساس است به نحوی که حرارت بیش از ۴۰ درجه سانتی گراد و بدن سرد را تحمل نمی نماید. لذا بدن بیمار تب دار و فرد مرده را به سرعت ترک نموده، اطرافیان را آلوده می سازد. ضمنا این شپش به بوی عرق نیز حساس بوده، بدن عرق کرده را نیز ترکی می نماید.

شپش تن دور از بدن میزبان تا ۱۰ روز قادر به زنده ماندن بوده، ضمنا بسیار پر تحرک است و می تواند از تن و لباس میزبان خارج و میزبان دیگری را برای خود برگزیند که این نحوه انتقال در مراکز تجمعی بیشتر است، از نظر البسه به ترتیب به لباس های پشمی، پنبه ای و ابریشمی علاقه مند است. این شپش عمدتا در مکان هایی با جمعیت متراکم و با وضعیت بهداشتی نابسامان و یا در جوامع فقیر و مواقع بروز بحران ها و بلایا دیده می شود. محل اصلی شناسایی شپش، مشاهده جایگاه اثر شپش بر روی بدن به صورت خراش های موازی در ناحیه شانه و در فاصله بین دو کتف، قسمت بالای بازوها و سطح داخلی ران ها می باشد محل گزش در شرایط عادی بصورت لکه های ریز قرمز رنگ و در موارد مزمن به علت خراش های مکرر و عوارض جانبی حاصله به صورت پوست ضخیم مسی رنگ دیده می شود.

شپش عانه

زیستگاه اصلی این شپش به طور معمول ناحیه عانه است. اصولا به محل های مرطوب بدن تمایل دارد ولی در مواقع آلودگی شدید در نواحی زیر بغل، سطح داخلی فوقانی ران ها و سطح قدامی شکم خصوصا در ناحیه ناف، نوک پستان و سینه در مردان پرمو مشاهده میشود.

این شپش معمولا از طریق تماس جنسی منتقل می شود، لذا در کودکان و در مدارس بسیار نادر است ضمنا شیوع و شدت علائم در مردان بیشتر و عمدتا خارش ناشی از آن در ساعات عصر و شب معمولی تر است. این شپش نیز با تزریق ماده ضد انعقاد در زیر پوست باعث بروز نقاط آبی رنگ بر روی پوست محل گزش می شود که عمدتا در ناحیه عانه، اطراف ناف، سرین و اطراف چشم دیده می شوند.

توجه :

مهمترین عارضه شپش خارانندن شدید است که فرد را کلافه ، خسته ، پریشان و بی خواب می سازد و همین امر می تواند یکی از علل افت تحصیلی در دانش آموزان باشد .

• عوارض و بیماریزایی شپش تن

۱- پوست بدن افرادی که برای مدت طولانی به شپش تن آلوده هستند خال خال و سخت می شود که این وضعیت را بیماری ولگردان می گویند .

از آنجا که شپش روزی چندین بار خونخواری می کند و مکرراً بزاق به بدن تزریق می شود اثرات سمی آن در افراد آلوده ممکن است باعث خستگی ، افزایش تحریک پذیری ، حالت بدبینی و احساس تنبلی و یا باعث آلرژی هایی مثل خارش شدید شود

• درمان شپش

در موارد آلودگی به انواع شپش ، اساس درمان متاثر از رعایت دقیق اصول بهداشت فردی ، دسترسی و انجام استحمام منظم ، امکان تعویض مرتب و صحیح البسه است . ضروریست در کلیه موارد آلودگی ، مراتب به واحدهای بهداشتی گزارش و اعضای خانوار فرد آلوده و سایر موارد تماس نزدیک از قبیل همکلاسی های وی نیز معاینه و درمان شوند . **بدیهی است که گزارش موارد آلودگی به شپش تن به سطح بالاتر نظام شبکه تا سطح ملی بایستی به صورت تلفنی و نمابر انجام گیرد .**

در درمان آلودگی به انواع شپش بایستی درمان اپیدمیولوژیک (شناسایی منابع و مخازن آلودگی از طریق بررسی اعضا خانواده و موارد تماس و درمان دسته جمعی آنها) به عنوان زیر بنای عملکرد کنترلی مورد توجه قرار گیرد . در این درمان ضروریست شانه ، برس ، کلاه ، روسری ، مقنعه و چادر نماز مشترک ، بالش ، ملحفه و سایر وسایل شخصی که در انتشار آلودگی نقش دارند نیز از نظر انهدام رشک و شپش ، مورد توجه قرار گیرند . در کلیه موارد ، بایستی افراد درمان شده یک تا دو هفته بعد از درمان اولیه تحت درمان مجدد قرار گیرند . ضمناً تاکید می گردد در آموزش مراقبت افراد آلوده به ویژه دانش آموزان ، به مسایل روانی و اجتماعی فرد آلوده و خانواده وی توجه شود و از هر گونه توهین و آزار روانی پرهیز گردد .

الف) درمان شپش سر

شستشوی مرتب سر با شامپوهای معمولی و آب گرم، تعداد شپش های بالغ را کاهش می دهد.

۱- شامپوی پرمترین ۱٪:

ابتدا موها را با شامپوی معمولی شستشو داده شود، پس از اینکه آب موها گرفته شد (موها مرطوب باشد)، لازم است تمامی موها و کف سر فرد آلوده کاملاً به شامپوی پرمترین آغشته گردد. موهای آغشته به شامپو پس از ۱۰ دقیقه با آب فراوان شسته شود، سپس با شانه دندانه ریز و زیر فشار آب نسبت به حذف شپش های مرده و رشک اقدام گردد. توصیه می شود یک هفته بعد، درمان تکرار شود.

نکته: لازم به ذکر است این مشتقات باعث مسمومیت نمی شود و اثر ابقایی بر موهای سر دارد و اثر آن تا یک هفته در مو باقی می ماند.

۲- لوسیون دایمتیکون ۴٪:

لوسیون دایمتیکون، روغنی گیاهی است که مصرف دارویی دارد و به عنوان ضد نفخ استفاده می شود. این لوسیون با مکانیسم ایجاد پوشش کامل اطراف شپش و خفه کردن آن، آلودگی به شپش سر را بر طرف می نماید. دایمتیکون یک داروی شیمیایی نیست و بر اساس مطالعات انجام شده عوارض جانبی قابل ملاحظه ای برای آن گزارش نشده است، از طرفی هیچگونه منبع مصرفی برای گروههای مختلف سنی از جمله کودکان زیر دو سال و زنان باردار ذکر نشده است.

طریقه مصرف لوسیون دایمتیکون: ابتدا باید از ریشه تا نوک موهای خشک به لوسیون دایمتیکون ۴٪ آغشته شود (موها نباید خیس یا مرطوب باشد) باید دقت نمود که تمامی پوست سر کاملاً توسط لوسیون پوشانده شود. پس از ۸ ساعت، بایستی موها را با شامپوی معمولی شستشو داده، زیر فشار آب به کمک شانه دندانه ریز، شپش های مرده و تخم شپش ها را نیز از موها جدا نمود. برای اطمینان از درمان، می توان یک هفته بعد نیز استفاده از لوسیون را مجدداً تکرار کرد. ضمناً لازم است در صورتیکه فرد یا افراد دیگری در خانواده، آلوده شده اند به همین روش و به طور همزمان درمان شوند.

۳- شامپوی گامابنزن (لیندان):

ابتدا باید موها را با مقدار کافی شامپو آغشته کرده، به دقت ماساژ داده شود، بعد از ۴ دقیقه موها را به طور کامل با آب شستشو داده با شانه دندانه ریز و زیر فشار آب نسبت به حذف شپش های مرده و رشک اقدام گردد. یک هفته بعد نوبت دوم درمان توصیه می شود

توجه داشته باشید لیندان به علت سمیت بالا و تشنج در افراد عادی خصوصاً کودکان و زنان باردار توصیه نمی شود . مصرف لیندان در مکان های پرخطر مانند زندان ها ، کمپ ها و اردوگاه های معتادین با نظر پزشک بلامانع است .

نکته ۱: مدت زمان لازم از آغشته سازی تا شستشو (۱۰ دقیقه برای پرمترین ، ۸ ساعت برای دایمتیکون و ۴ دقیقه برای لیندان) ، همچنین خشک یا مرطوب بودن مو ، بر حسب بروشور موجود در شامپو یا لوسیون و بر اساس توصیه شرکت سازنده تعیین می شود .

نکته ۲: زمان لازم برای اثرگذاری و ماندگاری لوسیون یا شامپو (۱۰ دقیقه و ...) از پایان اتمام آغشته سازی کل موها محاسبه شود .

• رشک زدایی

هیچ یک از ترکیبات فوق ، توان جداسازی رشک ها (تخم های شپش) را از موها ندارند ، لذا در هر مورد پس از درمان لازم است با استفاده از روش زیر نسبت به جدا کردن رشک ها از مو اقدام شود :

- مخلوط آب و سرکه به نسبت ۵۰٪ تهیه شود (اضافه کردن یک پیمانه آب به یک پیمانه سرکه ، ترجیحاً سرکه سفید بهداشتی) .
- مخلوط آب و سرکه ، مستقیماً بر روی تمامی موها مالیده و سپس به خوبی ماساژ داده شود .
- بعد از ۲۰ - ۳۰ دقیقه با آب فراوان و شانه دندانه ریز شستشو شود
- پس از خشک شدن موها نسبت به جداسازی تک تک رشک ها با انگشت اقدام شود .

نکته : کوتاه نمودن موها در درمان شپش تاثیری ندارد ولی برای تسهیل در امر شانه کردن و رشک زدایی کمک کننده است ، در این خصوص لازم است توصیه شود قبل از کوتاه کردن مو ، آرایشگر از آلودگی فرد به شپش مطلع گردد تا باعث انتشار آلودگی در آرایشگاه نشود با می توان در منزل نسبت به کوتاه کردن دمو اقدام نمود .

ب) درمان شپش تن

۱- گندزدایی لباس ها و زدودن تخم و شپش بالغ از لباس افراد ، در درمان آلودگی به شپش تن ، این روش در اولویت قرار دارد و لازم است قبل از هر فعالیتی نسبت به تعویض یا شستشوی لباس ها به یکی از طرق زیر اقدام نمود:

= شستن در دمای ۶۰- ۵۰ درجه به مدت ۱۰ دقیقه در ماشین رختشویی یا جوشاندن لباس ها به مدت چند دقیقه

- شستن با آب و پودرهای رختشویی معمولی ، خشک کردن در آفتاب و سپس اتو کردن آنها بخصوص اتو کشی درزهای البسه

- قراردادن البسه در کیسه پلاستیکی و نگهداری کیسه دور از محل تردد افراد به مدت حداقل ۱۰ روز

۲- استفاده از لوسیون لیندان یا پرمترین :

لازم است کلیه افراد آلوده استحمام نموده ، پس از خشک کردن بدن ، تمام تن (از زیر چانه تا نوک انگشتان پا بخصوص چین های بدن) را با لوسیون پرمترین یا لیندان آغشته نمود ، بعد از ۱۲- ۸ ساعت نسبت به شست و شوی بدن با شامپوی معمولی و آب اقدام گردد ، پس از این مرحله بایستی از لباس های تمیزی که به شپش و رشک آلوده نیستند ، استفاده نمود.

در صورت وجود آلودگی شدید و وجود خطر انتشار بیماریهای منتقله بوسیله شپش و مشاهده موارد آلودگی در شرایط خاص مثل بحران ها ... بایستی از پودر پرمترین استفاده شود ، به این ترتیب که دست ها ، پاها ، پشت و جلوی تنه و گردن ، همچنین رختخواب ، ملحفه و البسه نیز بایستی پودر پاشی شوند . در تجربیاتی محیطی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران در سنوات گذشته در مناطق آلوده کشور روش پودر پاشی به صورت هفته ای یکبار تا چهار هفته با پودر گامابنزن بسیار موثر بوده ، و فور شپش را تا حد صفر در جامعه کاهش داده است .

در خارج از شرایط خاص می توان با استفاده از جاروبرقی نسبت به حذف شپش از فرش ، مبل و سایر لوازم منزل اقدام کرد .

ج) درمان شپشک عانه

اصولاً حذف موهای آلوده بدن تنها راه ساده و موثر در درمان این نوع آلودگی محسوب می شود، این روش، برای افرادی که ناحیه تناسلی آنها به بعضی از حشره کش های معمولی حساسیت نشان می دهد، روش انتخابی است. علاوه به روش فوق در این مورد نیز می توان از شامپو، لوسین و کرم استفاده کرد. در مورد شامپو، همانند درمان شپش سر لازم است موهای ناحیه آلوده به شپش (موهای عانه، اطراف ناف، سینه یا زیر بغل) را با شامپو آغشته کرده، پس از زمان تعیین شده (۱۰ دقیقه در مورد پرمترین و ۴ دقیقه در مورد لیندان) شسته شود، ولی در مورد پلک و ابروی آلوده، ضمن رعایت احتیاطات لازم برای پرهیز از تماس دارو با چشم بایستی وازلین هر چهار ساعت به مدت هشت روز به مژه ها و ابرو مالیده شود قبل از هر بار مصرف با آب گرم و صابون شسته شود.

توصیه های بهداشتی مهم برای مبارزه با آلودگی به شپش (اقدامات مراقبتی بهورز)

- ۱- برای مبارزه با شپش بایستی به طور کامل شکل ظاهری، رفتار و خصلت های آن را شناخت و به جامعه آموزش داد.
- ۲- رعایت بهداشت فردی مهم ترین تاثیر را در پیشگیری از آلودگی به شپش دارد.
- ۳- استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس، شانه، لباس، روسری، کلاه و دیگر وسایل شخصی از اصول مهم پیشگیری از شپش است.
- ۴- در شرایط گسترش آلودگی به شپش تن، آموزش به مردم در مورد شستشوی لباس و ملحفه در آب جوش، استفاده از ماشین لباسشویی و خشک کن، اتو کردن منظم لباس، به ویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک مهم می باشد.
- ۵- پرهیز از تماس لوازم شخصی و لباس های افراد آلوده و عدم استفاده از وسایل شخصی مانند کلاه، شانه، برس و سایر وسایل دیگران بایستی به طور مداوم به مردم آموزش داده شود.
- ۶- در موارد آلودگی بسیار شدید، شپش سر حتی از طریق پستی صندلی اتومبیل و اتوبوس، سالن های اجتماعات و سمینارها نیز قابل انتقال است و بایستی به مردم آموزش داده شود. با توجه به مطالب فوق، احتمال آلوده شدن کودکان با سطح بهداشت فردی نامطلوب نیز در شرایط همه گیری وسیع وجود دارد.
- ۷- در هنگام ورزش و بازی و فعالیت، به علت گرما و تعریق بدن، شپش تن لباس را ترک کرده، در نتیجه افراد و دانش آموزان همجوار را آلوده می سازد.

- ۸- مهم ترین امر در مهار شپش دانش آموزان عبارتست از بازدید مرتب موی سر آنها توسط معلمین و مربیان بهداشتی مدارس و ارجاع سریع موارد آلوده به واحدهای بهداشتی درمانی برای درمان فرد آلوده به همراه خانواده و اطرافیان وی طول موی سر در آلوده شده به شپش سر نقشی ندارد و امروزه در صورت رعایت مسایل بهداشتی فردی و دسترسی به درمان مناسب ، کوتاه کردن موی سر ضروری نیست .
- ۹- پس از انجام درمان ضد شپش ، احتمال انتقال آلودگی از بین می رود ، لذا نیازی به جدا سازی دانش آموزان نیست .

تمرین عملی در کلاس :

- ۱- یک شرح حال کامل از بیماری تهیه نماید .
- ۲- مشخصات بیمار و خلاصه شرح حال ثبت نماید .
- ۳- بیماری را بر اساس علائم بالینی به طور صحیح تشخیص دهد .
- ۴- درمان ساده علامتی را بر اساس دارونامه و دستورالعمل ها انجام دهد .
- ۵- داروهای تجویز شده را ثبت نماید .
- ۶- برگه فرم ارجاع را برای بیمار تکمیل نماید .
- ۷- پیگیری جهت نظارت بر درمان و بهبودی بیمار را انجام دهد .
- ۸- مشخصات بیمار و موارد بررسی شده را ثبت نماید .
- ۹- در مورد بیماری و نحوه پیشگیری از آن به فرد آموزش دهد .
- ۱۰- گزارش کتبی ماهیانه را تهیه نماید .

بیماری‌های آمیزشی

- ❖ سیفلیس
- ❖ سوزاک
- ❖ کاندیدیاز
- ❖ ایدز
- ❖ تریکومونیا
- ❖ تراخم

اهداف

در پایان فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد :

- اهمیت بهداشتی بیماریهای آمیزشی را توضیح دهد.
- بیماری را تعریف نماید .
- عامل بیماری را نام ببرد .
- همه گیرشناسی هر یک بیماریها را شرح دهد .
- راههای انتقال بیماری را توضیح دهد .
- علائم و نشانه های هر یک از بیماریها را شرح دهد .
- کنترل ؛ راههای پیشگیری و مراقبت هر یک از بیماریها را توضیح دهد .

بیماریهای آمیزشی^۱ (STD):

گروهی از بیماریها هستند که عمدتاً از طریق تماس جنسی - تزریق خون آلوده - و مادر آلوده به جنین منتقل میشود.

سیفلیس

یک بیماری عفونی مزمن است که توسط تریپونما پالیدیوم (*treponema pallidum*) ایجاد شده و بیشتر بصورت تماس جنسی مشکوک - تزریق خون آلوده - انتقال از مادر به جنین - بروز میکند.

عامل بیماری:

تریپونما پالیدیوم که از گانگنیمی ظریف و متحرک است و به راحتی در اثر گرما - خشکی و موادمضد عفونی و سایر عوامل فیزیکی و شیمیایی از بین میرود

عامل بیماری از طریق پوست ساییده و مخاط سالم وارد بدن شده و در عرض چند ساعت از طریق جریان خون در بدن منتشر میشود.

اپیدمیولوژی:

بیماری در تمام نقاط دنیا شایع بوده و معمولاً در مناطق شهری بیشتر است. بیماری در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و کسانی که در دوره فعالیت جنسی رفتارهای مخاطره آمیز دارند، بیشتر است.

برای انتقال بیماری تماس مستقیم با ضایعات عفونی لازم است. که اغلب در اطراف دستگاه تناسلی و دهان وجود دارد و انتقال عفونت میتواند از مادر به جنین در زمان حاملگی سرایت کند.

دوره کمون: ۱۰ تا ۹۰ روز (بطور معمول حدود سه هفته)

انواع سیفلیس: اولیه - ثانویه - مخفی - دیررس - مادرزادی

۱- سیفلیس اولیه: شایعترین علامت آن شانکر است که در محل ورود عامل بیماری بوجود می آید. در سطح بدن پاپول کوچکی که دارای سطح خوردگی و زخم بدون درد ایجاد میکند و میتواند در نقاط مختلف بدن دیده شود. پس از ۶-۴ هفته بدون درمان فرو کش میکند.

۲- سیفلیس ثانویه: بارزترین علامت این مرحله بشورات جلدی است که بیشتر در کف دستها - پاها - قرنیه بروز کرده که در عرض چند هفته و حداکثر تا ۱۲ ماه از بین میرود که گاهی علائم ممکنست بصورت مخفی در بدن بماند.

۳- سیفلیس مخفی: مرحله ای از بیماری است که بیمار دارای علائم و نشانه های تشخیصی نبوده و از زمان محو علائم سیفلیس مرحله دوم شروع میشود. تا ۶۰٪ موارد ممکنست سالها در بدن بماند و فقط با آزمایش سرمی خون میتوان به نوع بیماری پی برد.

۴- سیفلیس دیررس: در حال حاضر بطور عمده سیستم قلبی عروقی و دستگاه عصبی مرکزی را گرفتار میسازد. ضایعات پوستی دیررس به تشخیص بیماری کمک میکند.

۵- سیفلیس مادرزادی: در این مرحله عامل بیماری میتواند از طریق جفت به جنین منتقل شود که معمولاً بعد از ۸ هفته اول حاملگی صورت میگیرد و این قدرت سرایت تا زمان زایمان در مادر باقی میماند. و در صورت عدم درمان مادر باردار در حاملگی های بعدی احتمال انتقال بیماری وجود دارد.

درمان: بنزاتین پنی سیلین ۲/۴ میلیون واحد در ۱ تا ۳ دز عضلانی به فاصله یک هفته- استفاده از آنتی بیوتیک های خوراکی بنا به تشخیص پزشک

توصیه: تمام زنان باردار از نظر بیماریهای آمیزشی (VDRL) بایستی آزمایش بگیرند.



مخزن :

انسان مخزن این عامل عفونی است .

روش انتقال :

تماس جنسی با ترشحات آلوده ضایعات آشکار یا مخزن اولیه مرطوب پوست؛ تماس با ترشحات بدن اشخاص آلوده به هنگام تماسهای جنسی (بزاق؛ منی؛ خون ترشحات واژن) و به ندرت به وسیله بوسیدن و یا نوازش کردن کودکانی که مبتلا به شکل جنینی بیماری هستند؛ باعث انتقال سیفلیس می شود. انتقال جنینی بیماری از طریق جفت از مادر آلوده به جنین صورت می گیرد .

دوره واگیری :

تا وقتی زخمهای جلدی - مخاطی مرطوب سیفلیس اولیه و ثانویه وجود داشته باشد بیماری قابل انتقال است . احتمال انتقال سیفلیس جنینی به نوزاد در مراحل اولیه ابتلای مادر زیاد است و در مراحل مخفی بیماری نیز ممکن است این انتقال صورت گیرد . نوزادان آلوده ممکن است زخمهای جلدی - مخاطی مرطوب داشته باشند که وسعت آنها بیشتر از وسعت این نوع زخمها در بالغین است و می توانند منبع انتشار عفونت قرار گیرند .

گرفتن شرح حال :

۱. برقراری ارتباط صحیح با بیمار
۲. پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار
۳. بررسی حال عمومی (مراجعه به کتاب درمانهای ساده علامتی)
۴. آیا زخم اولیه (شانکر) بدون درد وجود دارد؟
۵. آیا لنفادنوپاتی وجود دارد؟
۶. آیا زخمهای اولیه در اطراف مقعد، لبها، زبان، لوزه ها، کره چشم، سینه ها و انگشتان وجود دارد؟
۷. آیا بیمار اخیراً مقاربت مشکوک داشته است؟

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز :

کنترل سیفلیس باید از دو جهت مورد نظر قرار گیرد :
بعنوان یک بیمارواگیر (محدود به مرحله سیفلیس اولیه)
بعنوان یک بیماری خطرناک و جدی (در مرحله سیفلیس دیررس)
اقدامات کنترلی باید در جهت بیماریابی و درمان کافی بیماران باشد و برنامه کنترل و موفقیت آمیز سیفلیس شامل اقدامات زیر است :
کشف و درمان کلیه موارد سیفلیس با دوره کمتر از ۲ سال و از جمله مادرانی که در زمان حاملگی به بیماری مبتلا بوده اند .
باید توجه داشت که یافتن کلیه موارد واگیر سیفلیس در جامعه کار ساده ای نیست . مبتلایان به سیفلیس اولیه بندرت بد

حال هستند همچنین اولیه و ثانویه سیفلیس خودبخود بهبود یافته و اغلب جلب توجه نمی کند و یا ممکن است در زمان بررسی تظاهر نداشته باشند . بسیاری از بیماران قبل از مراجعه به پزشک ؛ شخصاً به داروخانه مراجعه و داروها ئی مصرف می کنند و لذا تشخیص بیماری دشوار می گردد .

درمجموع برای تشخیص بیماری ؛ پزشک باید همیشه به فکر آن باشد که کلیه ضایعات دستگاه تناسلی باید مشکوک تلقی و از آنها آزمایش بعمل آید .

یکی از موثرترین راهها ی یافتن موارد واگیر سیفلیس در هر جامعه شناخت و ثبت موارد آن است و به این منظور باید کلیه موارد سیفلیس اولیه گزارش گردد . متأسفانه در اکثر موارد بیمارانی که تحت درمان قرار می گیرند از طریق پزشک گزارش نمی شوند . کلیه زنان باردار باید در ابتدای حاملگی از نظر سیفلیس مورد بررسی قرار گیرند و در صورت ابتلا بطور کامل مورد مداوا قرارگیرند و تا چنین نشود مشکل سیفلیس مادرزای ادامه خواهد داشت .

برای جلوگیری از پیدایش موارد جدید بیماری سیفلیس باید موارد اولیه بیماری تشخیص و به مدت کافی درمان شوند . هر مورد جدید بیماری خود یک منبع عفونت بشمار آمده و موجب ابتلا دیگر افراد می گردد . لذا با کنترل و درمان یک بیمار از پخش بیماری در جامعه جلوگیری بعمل خواهد آمد.

سوزاک

تعریف بیماری :

بیماری باکتریای است که از طریق تماس جنسی منتقل می شود و یکی از شایعترین بیماریهای آمیزشی می باشد که علاوه بر دستگاه ادراری تناسلی مناطق دیگری نظیر حلق ؛ کانال مقعدی ؛ ملتحمه چشم نیز معمولاً در اثر تلقیح مستقیم میکرب آلوده می شوند.

عامل بیماری : نیسریاگونه آ میکروبی است کروی شکل ؛ هوازی و گرم منفی .

اپیدمیولوژی :

بیماری سوزاک یکی از رایج ترین امراض عفونی در دنیا است و بدلیل سهولت انتشار در زمان حاضر یکی از مشکلات بسیار جدی و پر اهمیت در برنامه کنترل بهداشت عمومی جوامع مختلف دنیا بحساب می آید .

انسان مخزن شناخته شده این عوامل عفونی است. بسیاری عوامل از جمله افزایش روابط جنسی غیر قانونی در این افزایش دخالت دارند.

افزایش موارد مقاوم گونوکوک بخصوص در مناطقی که بعد از درمان بیماران کنترل نمی شوند عامل مهمی در انتشار بیماری است و از طرفی افزایش میزان تحرک و تسهیل در امر مسافرت موجب جلوگیری از پیگیری بیماران و انتشار عفونت می شود.

سوزاک در بین پرسنل نظامی ؛ گروههای مهاجر ؛ هم جنس بازان و روسپی ها شیوع بیشتری دارد. آگاهی پزشکان و توده مردم احتمالاً منجر به تشخیص موارد بیشتری از بیماری در زنان مبتلا که علامت بالینی ندارند میگردد زیرا مهمترین عامل انتشار سوزاک همین بیماران و حاملین بدون علامت هستند .

سوزاک تقریباً همیشه از راه راه آمیزش جنسی ایجاد می شود ولی انتقال غیر جنسی در اطفال با لنسبه شایع است . عفونت گونوکی ملتحمه چشم نوزاد که زمانی شایع ترین علت کوری اطفال بشمار می رفت با اجرای برنامه وسیع پیشگیری اکنون به مراتب کاهش یافته و نادر است.

احتمال انتقال بیماری از یک زن الوده به یک مرد سالم به واسطه تماس جنسی کمتر از 50 درصد است البته عواملی نظیر مقاومت فردی و شدت آلودگی نیز دخالت دارند به طوریکه برخی از مردان حتی پس از تماسهای مکرر با یک زن آلوده به بیماری مبتلا نمی شوند.

روش انتقال :

انتقال در اثر تماس با ترشحات غشای مخاطی افراد مبتلا و تقریباً همواره در اثر تماس جنسی صورت می گیرد.

دوره کمون :

این مدت ۲ تا ۷ روز است و گاهی اوقات نشانه های بالینی بیماری ذیرتر ظاهر می شود.

دوره واگیری :

این زمان نزد افراد درمان نشده بیماری ممکن است برای ماهها ادامه داشته باشد بعد از درمان موثر ؛ واگیری خاتمه می یابد .

نشانه های بالینی :

سوزاک بدون نشانه بالینی : حداقل ۳۰ درصد و گاهی ۸۰ درصد از زنان با کشت مثبت از نظر گونوکک بدون نشانه بالینی هستند و خطر مهمی از نظر انتشار بیماری یا بروز عوارض بعدی در خود شخص بحساب می آیند.

سوزاک در مردان :

بیش از ۸۰ درصد بیماران در مدت ۸ روز تماس جنسی علائم بالینی پیدا می کنند . برخی از افراد مبتلا ممکن است برای چند هفته یا ماه بدون علامت باشند.

در شکل کلاسیک سوزاک ابتدا قرمزی و لورم در نوک آلت تناسلی و ۱۲ ساعت بعد از آن سوزش ادرار؛ تکرر ادرار و ترشح از مجرا پیدا می شود. این ترشح به سرعت جری؛ غلیظ؛ چسبنده و زیاد می گردد . ممکن است یک یا چند علامت وجود نداشته باشد . تقریباً ۹۵ درصد مردان در مدت ۶ ماه بدون علامت خواهند شد .

عارضه شایع اورتریت درمان نشده بخصوص پس حملات مکرر گونوره تنگی پیشابراه است.

سوزاک در زنان :

سوزاک حاد بدون عارضه در زنان اغلب بصورت سوزش و تکرر ادرار تظاهر می کند . این علائم در زنان ممکن خود به خود و یا با درمان ناکافی توسط دارو فروکش کند .

در کمتر از ۵۰ درصد زنان مبتلا با علائم بالینی می باشد. عفونت گونوکی می تواند موجب افزایش ترشح واژینال (اغلب چرکی) یا سوزش ادرار؛ حساسیت فرج؛ مقاربت دردناک و خونریزی قاعدگی نامرتب گردد . در ۲۰ درصد موارد عفونت در

مراحل اول ؛ دوم و یا سوم عادات ماهانه به رحم رسیده و باعث التهاب رحم ؛ لوله های زهدان و پرده های صفاق در ناحیه لگن می گردد و در چنین حالتی خطر عقیم شدن و حاملگی خارج از رحمی وجود خواهد داشت .

سوزاک در کودکان :

در طی سال اول زندگی الودگی اکثراً در هنگام تولد و عبور از کانال زایمان صورت می گیرد و بافت ملتحمه ؛ حلق ؛ مجاری تنفسی و کانال مقعدی نوزاد ممکنست آلوده شود . در زمانی که مدتی از پاره شدن کیسه آب گذشته باشد خطر الودگی افزایش می یابد.

نشانه های عفونت چشمی ناشی از گنوکک : بصورت قرمزی ؛ تورم و ترشح چرکی شدید چشم در مدت دو تا چهار روز از تولد تظاهر می کند . در اکثر موارد عفونت دو طرفه است و چنانچه درمان نشود منجر به زخم قرنیه و عفونت تمام چشم و بالاخره کوری گردد . در حال حاضر جهت پیشگیری از عفونت چشمی از نیترات نقره استفاده می شود .

گرفتن شرح حال :

۱. برقراری ارتباط صحیح با بیمار
۲. پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار بررسی حال عمومی (مراجعه به کتاب درمانهای ساده علامتی)
۳. آیا بیمار از سوزش ادرار ، تکرر ادرار و ترشح از مجرا شکایت دارد ؟
۴. آیا ترشحات چرکی ، غلیظ ، چسبنده و زیاد است ؟
۵. آیا فرد بیمار اخیراً تماس جنسی مشکوک داشته است ؟
۶. در خانمها آیا ترشحات واژینال چرکی است ؟
۷. در خانمها آیا حساسیت فرج و مقاربت دردناک وجود دارد ؟ و خونریزی قاعدگی چگونه است ؟ مرتب یا نامرتب است ؟

پیشگیری واقدامات مراقبتی بهورز:

به نظر می رسد که سوزاک بطور کامل قابل ریشه کن کردن باشد . زیرا انسان تنها مخزن بیماری است ادامه عفونت سوزاکی یک مشکل اجتماعی - اقتصادی است . بالا بردن آگاهی و آموزش بیشتر در تمام جنبه ها در کنترل سوزاک اهمیت دارد و لازم است به منظور ریشه کن کردن بیماری و جلوگیری از عفونت مجدد؛ تمام کسانی که در ۲ تا ۴ هفته قبل از شروع نشانه ها با بیمار تماس جنسی داشته اند شناسائی و درمان گردند . این مسئله بخصوص در زنان از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا متا سفانه اکثر ا بیماری نشانه بالینی مشخصی ندارد .

هر چند که ادرار کردن در عرض چند دقیقه بعد از مقاربت می تواند انسیدانس عفونت را کاهش دهد ولی امکان بروز عفونت در سایر نقاط وجود دارد.

کاندوم یک وسیله پیشگیری بسیار موثر است اما به علت کاربرد آن توسط عده ای معدود ؛ عملاً در کنترل بیماری نقش عمده ای نداشته است .

پیشگیری از سوزاک بر مبنای رابطه جنسی سالم تر قرار دارد . رابطه جنسی یگانه با فرد غیر آلوده ؛ اجتناب از داشتن رابطه جنسی چندگانه و یا ناشناس و برخورداری از استفاده همیشگی و صحیح از کاندوم با تمام شرکای جنسی که اطمینان به عدم آلودگی آنها وجود ندارد؛ از اصول پیشگیری از ابتلای به سوزاک می باشد .

کاندیدیاز

تعریف :

یک بیماری حاد یا تحت حاد پوستی است که معمولاً به لایه های سطحی پوست و یا غشاء های مخاطی آن محدود میشود که بصورت برفک دهان ، درماتیت سطحی ، التهاب توام واژن و مهبل ، عقربک و عفونت قارچی بروز می کند .

عامل : کاندیدا البی کنس ، کاندیداترو پیکالیس ، کاندیداد و بلینس

علائم بالینی : انتشار قارچ بوسیله گردش خون در بدن باعث ایجاد ضایعات قارچی در کلیه ها ، طحال ، کبد ، چشم ، مغز و یا در اطراف دریچه های طبیعی و مصنوعی قلب می گردد . تشخیص بیماری به کمک نشانه های بالینی و شواهد آزمایشگاهی صورت می گیرد .

کاندیداها در دهان (برفک) در واژن و در ریه و برونش و دستگاه گوارش و در پوست می توانند ایجاد بیماری کنند .

برفک دهان : بصورت لکه های مجزا یا یکپارچه سفید رنگ متمایل به کرم تا خاکستری ، ربان ، کام نرم و مخاط دهان را می پوشاند ، در پوست نواحی چین دار بدون مو را بیشتر مبتلا می کند ضایعات با حدود مشخص مرطوب پوسته دار و ارتیماتو بوده که تماس مداوم با آب ، رطوبت ، پوشیدن لباسهای تنگ باعث آن می شود .

وقوع : این بیماری در همه جا دیده می شود ، قارچ کاندیدا آلبیکنس از عوامل تشکیل دهنده فلور میکروبی بدن انسان است .

مخزن : انسان مخزن تمام این قارچ هاست .

راههای سرایت : انتقال از طریق تماس با ترشحات آلوده دهان ، پوست ، واژن ، م دفعوع بیماران یا حاملین قارچ صورت می گیرد ، انتقال بیماری از مادر به نوزاد در هنگام تولد و یا به صورت انتقال درونزا اتفاق می افتد .

دوره کمون : متفاوت است برای برفک نوزادان بین ۲ تا ۵ روز است .

دوره واگیری : در تمام مدتی که ضایعات قارچی وجود دارد قابلیت انتقال وجود دارد .

حساسیت و مقاومت : وجود گونه های زیاد کاندیدا در خلط ، گلو ، مدفوع و ا درار بدون آنکه نشانه های بیماری وجود داشته باشد نشان دهنده قدرت کم بیما زایی این قارچها و یا مصونیت وسیع انسان به آنهاست .

برفک دهان در هفته های اول زندگی نوزاد نوع خوش خیم و شایع این بیماری است . شکل بالینی این عفونتهای قارچی هنگامی که مقاومت بدن کم می شود ظاهر میشود عقربک به خصوص هنگامی که دست به مدت طولانی در آب بماند (خانمهای خانه دار و رختشورها) در درمانهای طولانی با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف و مصرف زیاد کورتن و وجود عفونت ویروسی ایدز ، بیماری قند شانس بروز این عفونتها را زیاد می کند .

خانمها در سه ماهه سوم حاملگی نسبت به ابتلا به کاندیاز توام واژن و مهبل حساس خواهند بود مصرف طولانی سوند های ادراری باعث ایجاد کاندید یاز دستگاه ادراری می شود .

درمان : در بیشتر اشکال موضعی نیستاتین ، کلوتریمازول ، میکونازول ، مصرف میشود ، در درمان برفک دهان ، نیستاتین موثر است .

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز :

- ❖ الف - پیشگیری : هر نوع عفونت قارچی در دهان مری و یا مجاری ادراری کسانی که عوامل مساعد کننده ابتلا به شکل عمومی بیماری را دارند باید تشخیص داده و تحت درمان قرار گیرد تا به سایر نقاط بدن منتقل نشود
- ❖ ب - کنترل بیماران :
- ❖ گزارش موارد مشکوک به مرکز جامع سلامت
- ❖ ارجاع موارد مشکوک .
- ❖ جداسازی لازم نیست .
- ❖ گند زدایی همزمان ، ضد عفونی و ترشحات و لوازم آلوده ضروری است .
- ❖ قرنطینه ندارد .
- ❖ مصون سازی تماسها ندارد

ایدز AIDS

تعریف : AIDS^۲ (ایدز) ترکیبی از حروف اول کلمات و به معنای سندرم نقص ایمنی اکتسابی می باشد.

اپیدمیولوژی :

ایدز اولین بار در سال ۱۹۸۱ در بین همجنس بازان لوس آنجلس و کالیفرنیا که مبتلا به پنومونی بودند تشخیص داده شد . ایدز در حال حاضر نه تنها یک بیماری عفونی و ایمونولوژی که یک مشکل عظیم اجتماعی محسوب می شود . بیشترین میزان ابتلاء در کشورهای آفریقایی و سپس در جنوب و جنوب شرقی آسیا می باشد در سراسر دنیا بیماری ایدز عامل مرگ بیش از ۱۴ میلیون نفر بوده ، که تنها ۲/۵ میلیون آن در سال ۱۹۹۸ اتفاق افتاده است . انسان تنها مخزن بیماری ایدز می باشد.

A : Acquired

I: Immuno

D:Deficiency ۲

S: Syndrom

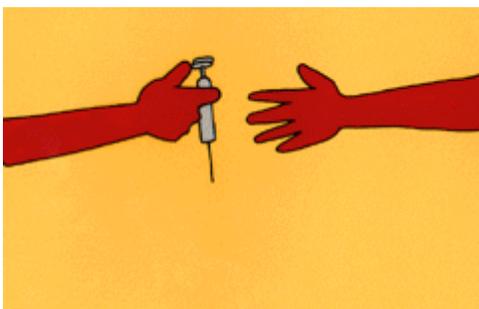
عامل بیماری :

ویروس نقص ایمنی (HIV) از دسته رترو ویروسها است . تاکنون دو تیپ از این ویروس تیپ (HIV-1) و تیپ (HIV-2) شناخته شده است.

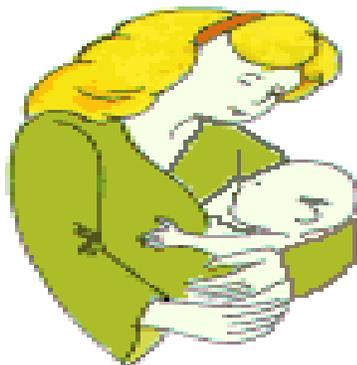
روشهای انتقال :

ویروس ایدز ویروسی بسیار حساس و از سه راه شناخته شده می تواند قابل انتقال باشد.

- ۱- از طریق تماس جنسی : علی رغم عفونت زایی اندک – تماس جنسی راه عمده انتقال HIV در دنیا میباشد ویروس HIV در مایع اسپرم و همچنین در اسمیر گردن رحم و مایع واژینال دیده می شود.
- ۲- خون و محصولات آن : احتمال انتقال ویروس از طریق مصرف یک واحد خون آلوده به ویروس به بیش از ۹۰٪ می رسد . استفاده مشترک از سرنگ ، سوزن آلوده به ویروس می تواند در انتقال بیماری خونی نقش داشته باشد و شایعترین راه انتقال در حال حاضر در کشور ایران می باشد.



- ۳- انتقال مادر به کودک : HIV می تواند در طی حاملگی یا زایمان از یک مادر آلوده به فرزندش انتقال یابد این انتقال ممکن است حتی در سه ماهه اول و دوم حاملگی اتفاق بیفتد . با این حال بیشترین میزان انتقال از مادر به کودک در حوالی زایمان است . انتقال ویروس از مادر به کودک در دوران پس از زایمان نیز اثبات شده است و این امر به احتمال بسیار قوی از طریق بلع آغوز و شیر آلوده مادر اتفاق می افتد . بنابراین بایستی مادر آلوده از شیردادن به طفل اجتناب کند.



دیگر مایعات بدنی که ویروس از آنها جدا شده است عبارتند از : اشک ، عرق و ادرار با این حال شواهدی مبنی بر انتقال HIV از طریق مایعات وجود ندارد.

به نظر نمی رسد که بزاق در انتقال ویروس نقش داشته باشد . البته ویروس از آب دهان تعداد بسیار کمی از افراد آلوده جدا شده است در هر حال احتیاطات عمومی بایستی درباره ترشحات بدنی بخصوص در صورت مخلوط شدن با خون صورت گیرد.

دوره کمون :

دوره کمون متفاوت است . اگر چه عمدتاً بین یک تا ۳ ماه بعد از شروع آلودگی آنتی کورایدز در خون وجود خواهد داشت ولی تشخیص بیماری در فواصل متفاوتی بین یک تا ۱۵ سال و گاهی بیشتر بعد از شروع آلودگی به ویروس عملی است ولی بطور معمول در صورت عدم درمان مؤثر در طول ۱۰ سال نشانه های بیماری ظاهر می شود.

دوره واگیری :

دوره واگیری شناخته نشده است به نظر میرسد که درگیری از زمان شروع آلودگی تا آخر عمر وجود داشته باشد.

علائم بالینی:

حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد افراد آلوده به HIV ، ۳ تا ۶ هفته بعد از عفونت اولیه دچار سندرم حاد می شود. این سندرم بالینی ترکیبی از علائم عمومی مثل تب - فازنژیت - لنف آدنوپاتی - سردرد - درد مفاصل و عضلات - ضعف - بی اشتها - تهوع و استفراغ و اسهال می باشد . این علائم یک الی ۲ هفته ادامه یافته و کم کم با پیدایش پاسخ ایمنی ضد

HIV تخفیف می یابد و وارد مرحله فاز بدون علامت که طول این دوره بطور متوسط حدود ۱۰ سال است می شود . در طی این دوران بیماری HIV با تکثیر فعال ویروس بدون علامت پیشرفت می کند. مشخصات بالینی این مرحله و تظاهرات آن عبارتست از لنف آدنوپاتی - برفک دهانی - زونا - تبخال - سل پوستی - سرطانهای فرصت طلب می باشد که در تمام دوران عفونت HIV امکان بروز دارند.



تشخیص عفونت :

تشخیص عفونت HIV با یافتن آنتی بادیهای ضد HIV و یا یافتن خود ویروس صورت می گیرد . آنتی بادیها معمولاً ۴-۸ هفته بعد از عفونت در سرم شخص آلوده پدیدار می شود.

وسيله تشخیص سریع HIV (HIV Rapid test device)

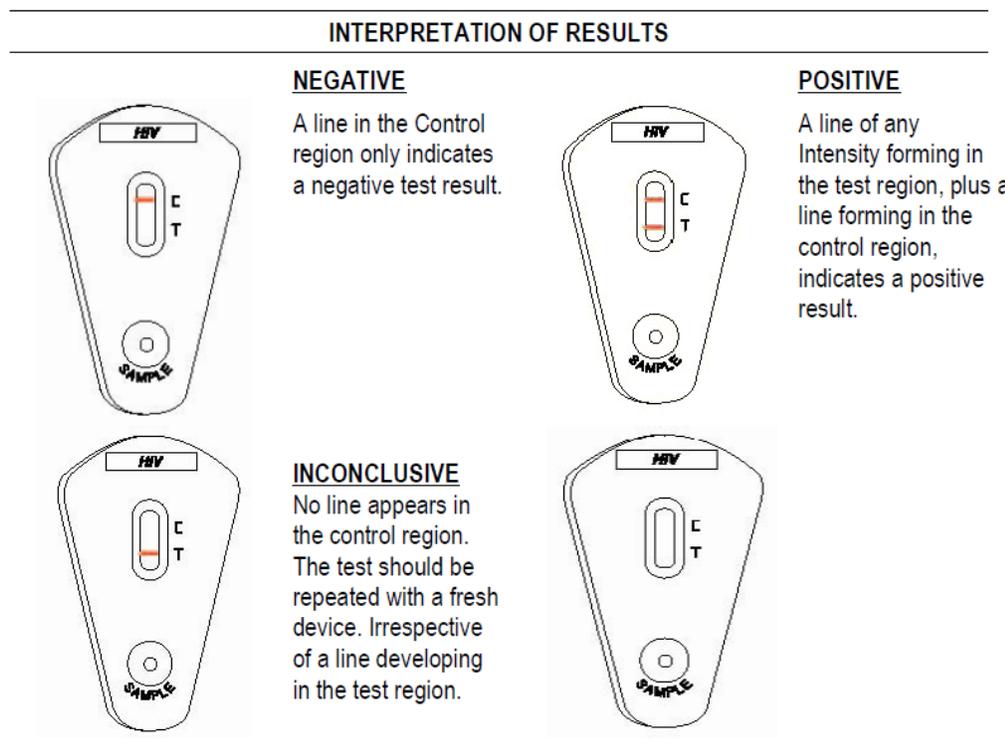
نوعی ابزار تشخیصی اچ آی وی می باشد که عموماً می تواند در عرض کمتر ۳۰ دقیقه جواب آزمایش را نشان دهد. از روش های تشخیصی آزمایشگاهی اچ آی وی بسیار راحت تر بوده و در نتیجه می تواند در مراکز ارائه دهنده ی خدمات پیش گیری،مراقبت و درمان نظام سلامت در بخش های دولتی و غیر دولتی که شرایط لازم اشاره شده در این دستور العمل را دارا باشند انجام شود.

نحوه انجام کار:

در انجام تست ابتدا دو قطره سرم، پلاسما یا خون تام و سپس دو قطره بافر شستشو به شیار مخصوص نمونه بر روی کاست اضافه می شود. چنانچه آنتی بادی اختصاصی از هر کلاس در نمونه باشد به پروتئین های نو ترکیب HIV-1 و HIV-2

که به ذرات کلوئیدی طلا وصل است متصل می شود و تشکیل کمپلکس آنتی ژن و آنتی بادی را می دهند. این کمپلکس سپس به صورت کروماتوگرافی در منطقه تست و کنترل روی کاست حرکت می کند.

۱. در صورتی که فقط خط کنترل (C) بارز شود به معنای منفی بودن تست است.
۲. در صورتی که دو خط کنترل (C) و تست (T) به صورت کمرنگ بارز شوند بیانگر ابتلا به HIV می باشد.
۳. در صورتی که خط کنترل (C) بارز نشود می بایستی تست تکرار شود.



دوره پنجره:

ویروس وارد بدن فرد شده اما تستهای آزمایشگاهی منفی است و علامت بالینی نیز ندارد. (از ۲ هفته تا ۶ ماه می تواند طول بکشد)

گرفتن شرح حال :

۱. برقراری ارتباط صحیح با بیمار
۲. پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار
۳. بررسی حال عمومی (مراجعه به کتاب درمانهای ساده علامتی)
۴. آیا فرد اخیراً مقاربت مشکوک داشته است؟ و یا اینکه خون و فرآورده های خونی دریافت نموده است؟
۵. آیا ۳ تا ۶ هفته بعد از مقاربت مشکوک تب، لنفادنوپاتی، سردرد، درد مفاصل، ضعف، تهوع، بی اشتها، استفراغ و اسهال شده است؟
۶. آیا این علائم پس از یک تا ۲ هفته تخفیف پیدا کرده است؟

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز :

ایدز فاقد واکسن و دارو و سرم درمانی مؤثر است واز مرحله کنترل گامی جلو نگذارده است و آگاهی مردم به راههای انتقال و روشهای پیشگیری تنها راه مقابله است. استفاده از کلیه امکانات آموزشی و رسانه های گروهی می تواند از بروز فاجعه جلوگیری کند چون ایدز علاوه بر واگیری یک پدیده روانی - اجتماعی - فرهنگی است. با توجه به موارد فوق پیشگیری عبارتست از :

- ❖ آموزش و ارتقاء سطح آگاهی جامعه در رابطه با شناخت بیماری - راههای انتقال و پیشگیری.
- ❖ رعایت اصول اخلاقی و پای بندی به خانواده و احتراز از روابط جنسی مشکوک.
- ❖ عدم استفاده مجدد از سرنگ یکبار مصرف .
- ❖ استفاده از تیغ یکبار مصرف.
- ❖ ضدعفونی مناسب وسایل دندانپزشکی - جراحی عمومی - دیالیز - وسایل آزمایشگاهی و تجهیزات پزشکی.
- ❖ جلوگیری از حاملگی در خانمهای آلوده به HIV با استفاده از روشهای مؤثر.
- ❖ پرهیز از تغذیه کودک با شیر مادر آلوده به HIV

نکات قابل توجه :

- در موارد تماس جنسی مشکوک و یا تزریق سرنگ و سوزن مشکوک به آلودگی به ویروس ایدز به پزشک مشاور شهرستان باید مراجعه کرد تا در صورت لزوم آزمایش و اقدامات لازم بعمل آید.
- ایدز از طریق تماسهای عادی - همنشینی - دست دادن - روبوسی - ظروف غذاخوری و آشامیدنی - عطسه - سرفه - عرق - شنا - حمام - محیط های اداری و کاری منتقل نمی شود ، ولی باید دقت کرد که پوست زخمی و بریده یا مخاطهای بدن مانند چشم ، دهان با خون افراد آلوده تماس پیدا نکند.

تریکومونیاژ

تعریف :

یک بیماری تک یافته ای شایع و مقاوم مجرای ادراری - تناسلی است که نزد زنان با نشانه التهاب واژن توأم با پتشی های کوچک و یا بعضی اوقات نقاط قرمز (توت فرنگی) مانند و ترشح فراوان ، رقیق و کف آلود سبز متمایل به زرد و بدب تظاهر می کند.

عامل :

تک یافته تاژکدار به نام تریکوموناس واژینالیس.

علائم بالینی :

این انگل التهاب مجاری ادراری و مثانه را باعث می گردد ولی در اغلب موارد بدون نشانه است. ممکن است عوارض انسدادی ایجاد شده ، ابتلاء به عفونت ویروس ایدز را تسهیل می کند در مردان عامل عفونت در پروستات ، مجرای ادراری یا مخزن منی به شکل مقاوم مستقر شده و اغلب نشانه های خفیف ایجاد می کند. موارد از سوزاک به همراک آلودگی به تریکوموناس مشاهده شده است ارتباط احتمالی تریکومونیاژ با نازایی و سقط خودبخود و زایمان زودرس وجود دارد و در اکثر موارد تریکوموناس واژینالیس بدون علامت می باشد و مواردی که نشانه بالینی دارند بصورت ترشح واژینال شدید ، خاکستری و بدبو همراه با خارش و قرمزی و تورم و حساسیت بروز می کند. **وقوع :** بیماری همه جایی بوده و در تمام قاره ها و نزد تمام نژادها با حداکثر میزان بروز نزد زندهای ۱۶ تا ۳۵ ساله شایع است. حدوداً بیست درصد خانمها در سن باوری مبتلا به این عفونت شوند.

مخزن : انسان

راههای سرایت : تماس با ترشحات واژن و یا مجاری ادراری اشخاص آلوده هنگام نزدیکی جنسی وسیله انتقال عفونت است. عفونت در زایمان از مادر به نوزاد نیز منتقل می شود.

دوره کمون : ۴ تا ۲۰ روز متوسط ۷ روز ، بعضی افراد سالها حامل بدون نشانه این عفونت هستند.

دوره واگیری : در تمام دوره ای که عفونت وجود دارد و این ممکن است برای سالها ادامه داشته باشد.

حساسیت و مقاومت : حساسیت ابتلا به این عفونت عمومیت دارد ولی شکل بیماری بیشتر نزد زنان دیده می شود.

درمان : مصرف خوراکی مترویندازول یا تینیدازول و یا اوریندازول ، این داروها در سه ماهه اول بارداری در تضاد با حاملگی می باشد حفت جنسی بیمار همزمان درمان شود.

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز :

باید به مردم آموزش داده شود ترشحات غیر طبیعی واژن را به پزشک عنوان کنند و تا درمان کامل جفت جنسی خود بیمار و قطع ترشحات از نزدیکی جنسی خودداری کنند و آموزش در زمینه مسائل خلاف اخلاقی در روابط جنسی که خود می تواند این بیمار را منتقل کند.

❖ گزارش موارد مشکوک به مرکز جامع سلامت

❖ ارجاع موارد مشکوک

❖ جداسازی ندارد . از نزدیکی جنسی در تمام مدت الودگی و درمان خودداری شود.

❖ گندزدایی همزمان ندارد . انگلدر برابر خشگی مقاومت ندارد.

❖ قرنطینه ندارد.

تراخم

تعریف :

یک ورم ملتحمه کلامدیایی است که نشانه های آن به صورت ناگهانی یا تدریجی ظاهر می شود عفونت در صورت عدم درمان ممکن است تا چند سال ادامه یابد.

عامل : کدامیاتراخمتیس

علائم بالینی :

فولیکولهای لنفاوی و وروم ملتحمه منتشر بخصوص روی قسمت خلفی پرده ملتحمه در پلک فوقانی از نشانه های اختصاصی بیماری می باشد. ورم ملتحمه منجر به ایجاد رگهای سطحی اضافی برروی قرنیه شده و محل زخم بر روی ملتحمه چشم باقی می ماند اسکار یا محل زخم با افزایش شدت بیماری و مدت زمان بیماری التهابی چشم گسترش بیشتری می یابد. اسکال ملتحمه موجب زخم مزمن قرنیه ، اختلال در بینایی و بالاخره در مراحل بعدی زندگی به کوری ختم می شود.

وقوع :

این بیماری گسترش جهانی دارد و به صورت بومی ودر اغلب مواقع در جوامع فقیر تر روستایی شیوع دارد. ابتلا به تراخم در مناطق بومی در دوران کودکی صورت می گیرد و در دوران بلوغ با بجا گذاشتن زخمهایی که می تواند ناتوانی های را با درجات مختلف ایجاد کند از بین می رود. کوری ناشی از تراخم در خاورمیانه ، آفریقای شمالی ومناطق زیر صحرا هنوز وجود دارد.

مخزن : انسان

راههای سرایت :

تماس مستقیم با ترشحات آلوده کننده چشم و حلق و بینی به وسیله انگشتان دست و یا تماس غیرمستقیم با اشیاء الوده مثل حوله ، لباس ، وسیله انتقال عفونت است.مگس بخصوص مگس خانگی در انتشار عفونت نقش دارد.

دوره کمون : ۶ تا ۱۲ روز

دوره واگیری :

تا زمانی که زخم فعال بر روی ملتحمه و مخاطهای مجاور آن وجود داشته باشد می تواند تا چند سال ادامه داشته باشد و انتقال صورت می گیرد. در صورت شروع درمان ۲ تا ۳ روز بعد ، سرایت از بین می رود با بهبود زخم تجمع عامل

عفونت در بافتها به شدت کاهش می یابد ولی با فعال شدن و ظهور مجدد ترشحات آلوده تعداد آنها افزایش خواهد یافت.

حساسیت و مقاومت :

حساسیت به این بیماری عمومیت دارد . شواهدی از مصونیت در دسترس نیست در مناطق بومی کودکان بیشتر از بزرگسالان به شکل فعال بیماری مبتلا خواهند شد. شدت نشانه های بیماری در رابطه با شرایط زیستی ، بخصوص فقدان امکانات بهداشتی است. بادهای خشک ، گردوغبار و شنهای ریز در امر ایجاد بیماری و شدت و ضعف نشانه های بالینی بیماری مؤثر است.

درمان : درمان گروهی در مناطق با شیوع بالا بخصوص کودکان با مصرف موضعی تتراسیکلین و یا اریترومايسين.

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز :

- ❖ آموزش در خصوص اهمیت بهداشت فردی و عدم استفاده حوله مشترک.
- ❖ امکانات اولیه بهسازی محیط از جمله آب و صابون باید فراهم شود.
- ❖ شناسایی بیماران و درمان آنها مخصوصاً کودکانی که به مدرسه نمی روند.
- ❖ گزارش به مرکز بهداشت و درمان
- ❖ ارجاع موارد مشکوک
- ❖ جداسازی بیماری
- ❖ گندزدایی همزمان ، گندزدایی ترشحات چشم یا بینی و اشیایی که به آن آلوده شده باشند.
- ❖ قرنطینه ندارد.

تمرین عملی در کلاس :

۱. یک شرح کامل از بیماری تهیه نماید .
۲. مشخصات بیمار و خلاصه شرح حال را ثبت نماید .
۳. بیماری را بر اساس علائم بالینی به طور صحیح تشخیص دهد.
۴. درمان ساده علامتی را بر اساس دارونامه و دستورالعمل ها انجام دهد .
۵. داروهای تجویز شده را در ثبت نماید .
۶. برگه فرم ارجاع را برای بیمار تکمیل نماید.
۷. پیگیری جهت نظارت بردرمان و بهبودی بیمار را انجام دهد .
۸. مشخصات بیمار و موارد بررسی شده را در ثبت نماید .
۹. در مورد بیماری و نحوه پیشگیری از آن به فرد آموزش دهد .
۱۰. گزارش کتبی ماهیانه را تهیه نماید .

بیماریهای دستگاه تنفسی

- ❖ آنفلوآنزا
- ❖ آنفلوآنزای نوع A
- ❖ پنومونی
- ❖ مخملک

اهداف

در پایان فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد :

- دوگروه کلی بیماریهای تنفسی را نام ببرد.
- هر یک از بیماریهای تنفسی را تعریف نماید.
- عامل هر یک از بیماریهای تنفسی را نام ببرد.
- اپیدمیولوژی هر یک از بیماریهای تنفسی را شرح دهد.
- راه انتقال هر یک از بیماریهای تنفسی را توضیح دهد.
- دوره کمون هر یک از بیماریهای تنفسی را بیان نماید .
- دوره واگیری هر یک از بیماریهای تنفسی را توضیح دهد.
- علایم و نشانه های هر یک از بیماریهای تنفسی را شرح دهد.
- با گرفتن شرح حال موارد مشکوک در هر یک از بیماریها ، آنها را شناسایی و اقدامات لازم را انجام دهد.
- پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز در هر یک از بیماریها را شرح دهد.

مقدمه:

گروهی از بیماریها که دستگاه تنفسی را درگیر می کنند و بیشتر بوسیله باکتریها، ویروسها، قارچ ها و ریکتزیابها ایجاد می گردند. این بیماریها به دو گروه کلی تقسیم می شوند که عبارتند از:

۱- بیماری های قسمت فوقانی دستگاه تنفس که به آن ها عفونت های حاد تنفسی هم گفته می شود و شامل بیماریهای سرما خوردگی، گلو درد استرپتو کوکی، عفونت گوش میانی و مخملک است.

۲- بیماری های قسمت تحتانی تنفس که مانند بیماری پنومونی است.

علائم اصلی این بیماری ها عبارتند از: سرفه، خلط، تنگی نفس، خس خس سینه، درد ناحیه سینه، گرفتگی صدا و سینه، خرخر کردن (STRIDOR) و ترشحات مخاطی از حلق و بینی.

اهمیت بهداشتی بیماری های دستگاه تنفس:

دستگاه تنفس همواره با محیط بیرونی در تماس است و با هر دم عوامل محرک و میکروارگانیسم ها به همراه هوا داخل ریه ها می شوند. به همین دلیل بیماری های دستگاه تنفس نسبت به سایر دستگاه ها بیشتر است. عفونت های دستگاه تنفس یکی از شایعترین علل مراجعه افراد به مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت بخصوص در فصل های سرد سال است. این بیماریها در هر سنی روی می دهند و لی نزد کودکان کمتر از ۵سال، افراد مسن و کسانی که مصونیت کمتری دارند شایع تر است. راههای پیش گیری از این بیماری ها ساده است و درمان آن ها نیز راحت می باشد ولی چنانچه به موقع انجام نپذیرد پیامدهای چبران ناپذیری را به همراه خواهد داشت. همه گیری این بیماری ها در فصل سرد اتفاق می افتد و جهت شناخت همه گیری بهترین شاخص افزایش مراجعات این بیماری ها به مراکز بهداشتی درمانی می باشد.

آنفلو آنزا :

تعریف : یک بیماری حاد ویروسی مربوط به قسمت فوقانی دستگاه تنفسی است . این بیماری به شدت مسری بوده و علائم بالینی متفاوتی را از خود نشان می دهد.

عامل عفونت :

این بیماری توسط ویروس آنفلوآنزا ایجاد می شود که سه نوع اصلی این ویروس C ، B ، A عامل مولد بیماری هستند و عامل اکثر همه گیری های آنفلو آنزا ویروس نوع A است.

همه گیری شناسی:

بیماری آنفلو آنزا می تواند همه گیری های جهانی ، همگانی و یا با وسعت کم را ایجاد کند . انتقال ویروس در طی دوره حاد از شخصی به شخص دیگر باعث بقای ویروس در جامعه می شود . در جوامع بسته همانند مدرسه و خوابگاه ها ورود یک فرد آلوده منجر به بروز همه گیری می شود.

شیوع آنفلو آنزا مانند سایر عفونت های تنفسی فصلی می باشد و بیشتر در فصل های سرد سال در دی و بهمن شایع است و طول این دوره بین ۴ تا ۶ هفته می باشد.

علائم بالینی:

عفونت ناشی از آنفلو آنزا پاسخ بالینی متفاوتی از عفونت بدون علامت تا پنومونی ویروسی خفیف و شدید را در بر می گیرد . شروع بیماری همراه با سردرد و سرفه خشک است و به سرعت منجر به تب بالا ، درد ماهیچه ای ، بیقراری و بی اشتها می شود . مهمترین علامت تب می باشد که در مدت ۲۴ ساعت به حداکثر ۴۱ درجه سانتی گراد می رسد . (بیشتر بین ۳۸ تا ۴۰ درجه است).

عطسه ، آب ریزش بینی ، اشک ریزی از چشم ، گلو درد ، بی حالی و اختلالات گوارشی از دیگر علائم این بیماری است .

راه های انتقال:

مهم ترین راه انتقال این بیماری در محیط های بسته و پر جمعیت و از طریق هوا است . چون این ویروس ممکن است ساعت ها در محیط خارج زنده بماند بنا براین انتقال ویروس از طریق ترشحات آلوده ممکن است صورت بگیرد .

دوره کمون:

این مدت کوتاه و معمولاً بین ۱ تا ۵ روز است و طول این دوره بستگی به میزان ویروس وارد شده به بدن انسان دارد دوره نهفتگی برای آنفلو آنزا نوع A چهار روز است و برای نوع B و C معمولاً سه روز است .

دوره واگیر ی:

این دوره تا به هنگام دفع ویروس ادامه دارد و در بالغین از زمان دوره کمون تا ۳ تا ۵ روز پس از بروز نشانه ها ادامه دارد .

گرفتن شرح حال:

- ۱- ارتباط صحیح با بیمار
- ۲- پرسیدن و ثبت مشخصات بیمار
- ۳- بررسی حال عمومی
- ۴- اندازه گیری درجه حرارت بدن و ثبت درجه حرارت بدن. آیا بیمار تب دارد؟
- ۵- آیا بیمار سرفه می کند و اینکه سرفه بیمار خشک است یا همراه خلط؟
- ۶- آیا بیمار درد سر، درد عضلانی، ضعف و بی حالی دارد؟
- ۷- آیا بیمار آبریزش بینی، قرمزی و اشک ریزی از چشم و عطسه دارد؟
- ۸- آیا ناراحتی گوارشی و بی اشتهايي وجود دارد؟

تشخيص:

چنانچه فرد دارای سردرد به همراه سرفه های خشک و تب بیش از ۳۸ درجه بوده و علائمی مانند عطسه، آبریزش بینی و اشک ریزش، گلو درد، ضعف و بی حالی، درد عضلانی، بی اشتهايي و اختلالات گوارشی نیز وجود داشت، بیماری آنفلو آنزا می باشد.

پيشگيري و اقدامات مراقبتي بهورز:

- ۱- آموزش به مردم در مورد رعایت بهداشت فردی همانند محافظت از تماس ها در برخورد با فرد بیمار و به حداقل رساندن تماس افراد سالم با بیمار.
 - ۲- اجتناب از تراکم جمعیت در محل های زندگی و رعایت استاندارد فضای زندگی با دستورالعمل های بهداشت محیط.
 - ۳- آموزش به مردم در مورد داشتن تغذیه مناسب مانند لبنیات، سبزیجات، میوه و گوشت.
 - ۴- آموزش به افراد در تماس با بیمار برای عدم استفاده از وسایل و اشیاء آلوده به ترشحات مخاط بینی و گلوئی فرد بیمار.
 - ۵- جدا سازی فرد بیمار از دیگران در منزل و سایر محیط ها بخصوص در مدارس و خوابگاه ها.
 - ۶- درمان به موقع فرد بیمار و در مواردی که فرد بیمار نیازی به ارجاع فوری ندارد تب، سردرد، گلو درد، و درد های عضلانی را مطابق با دارونامه خانه بهداشت و دستورالعمل های موجود درمان ساده علامتی کنید.
 - ۷- ارجاع فوری بیمار در صورت بد بودن حال عمومی، مشاهده چرک زیاد در حلق و یا گلو درد به همراه تب و سرخی و بثورات جلدی ضرورت دارد. اگر بیمار به مدت ۲ هفته یا بیشتر سرفه همراه یا بدون خلط داشت نیز جهت بررسی بیشتر موضوع علاوه بر گرفتن نمونه خلط ارجاع صورت پذیرد.
 - ۸- پیگیری فرد بیمار جهت نظارت بر مصرف دارو و کامل نمودن دوره درمان.
 - ۹- گزارش دهی فوری ندارد.
- نکته: در مورد کودکان کمتر از ۵ سال تمام براساس کتابچه طرح مراقبت های ادغام یا فته ناخوشی های اطفال اقدام می شود.



آنفلونزا (H1N1) چیست ؟

آنفلوآنزای A(H1N1) یک بیماری ویروسی حاد تنفسی و به شدت واگیردار است که بوسیله ویروس (H1N1) ایجاد می شود. این بیماری در دنیا در حال گسترش است و تمام کشورها از جمله همسایگان ما را آلوده کرده است و براساس اعلام وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تعدادی از هموطنان ما نیز که سابقه سفر خارج از کشور داشته اند به این ویروس مبتلا شده اند.

ویروس های آنفلوآنزای خوکی غالباً از زیرگونه H1N1 می باشند اما زیرگونه های دیگر هم می توانند در خوک ها در چرخش باشند مثل (H3N2- H3N1- H1N2). خوک ها همچنین می توانند توسط ویروس های آنفلوآنزای پرندگان و ویروس های آنفلوآنزای انسانی آلوده شوند.

تاثیر آنفلوآنزا بر سلامت انسان :

آلودگی انسان به آنفلوآنزای خوکی به صورت انفرادی و یا به صورت گروهی (طغیان) گزارش می گردد. به طور کلی علائم بالینی مشابه آنفلوآنزای فصلی انسانی می باشد اما طیف علائم بالینی از حالت بدون علامت تا علائم پنومونی شدید که منجر به مرگ می شود متغیر است. علائم بالینی آنفلوآنزای خوکی با آنفلوآنزای فصلی انسانی و سایر بیماریهای عفونی حاد دستگاه تنفسی فوقانی مشابهت دارد و همچنین موارد خفیف یا بدون علامت بیماری ممکن است شناسایی نشود. بنابراین میزان گسترش واقعی این بیماری در انسان ها تاکنون ناشناخته می باشد.

مخزن بیماری :

مخزن بیماری در حیوانات (خوک و اسب و...) و انسان می باشد و بیشترین اهمیت بیماری بخاطر انتقال از فردی به فردی افراد دیگر است که طی تماس های نزدیک صورت می گیرد.

دوره سرایت بیماری :

دوره کمون (نهفتگی) بیماری بین ۱ تا ۳ روز می باشد و بیماران از ۲۴ ساعت قبل از بروز علائم آنفلوآنزا تا یک هفته بعد از بروز علائم واگیر دار هستند و می توانند بیماری را به سایر افراد منتقل نمایند .

راه انتقال بیماری :

آلودگی انسان ها به آنفلوآنزای A(H1N1) می تواند به صورت انفرادی و یا به صورت گروهی (مثلا در یک مدرسه) دیده شود. این ویروس از طریق ذرات تنفسی فرد بیمار در حین عطسه یا سرفه در هوا منتشر و از راه تنفس می تواند موجب ابتلاء افراد سالم شود همچنین از طریق دستهای آلوده در تماس با مخاط ها مانند چشم، بینی و دهان یا سطوح آلوده به قطرات تنفسی نیز می تواند بیماری منتقل شود.

علائم بیماری در انسان :

بیماری می تواند از شکل بدون علامت تا پنومونی (ذات الریه) شدید که منجر به مرگ بیمار شود متغیر باشد، اما بطور کلی علائم آنفلوانزا شامل تب، سردرد، گلودرد، درد عضلانی بدن و گاهی اسهال و استفراغ می باشد. در کودکان علائم کمی متفاوت از بزرگسالان است و بصورت تنفس تند یا اختلال درتنفس، تمایل رنگ پوست به خاکستری یا آبی، ننوشیدن آب به اندازه کافی، تهوع شدید، عدم تعامل با افراد دیگر ویا خواب طولانی مدت، تغییر رفتار زود رنجی و تب شدید و سرفه از علائمی است که در کودکان مبتلا به این بیماری مشاهده شده است.

آیا بیماری آنفلوانزا (H1N1) از طریق غذا منتقل می شود؟

این بیماری از طریق خوردن قابل انتقال نمی باشد به شرط آنکه لاشه و یا گوشت خوک به طریق بهداشتی و صحیح حمل و نقل و به طور کامل طبخ گردد.

چه افرادی بیش از سایرین در معرض خطر این بیماری هستند؟

افراد بالای ۶۵ سال، کودکان زیر ۵ سال، زنان باردار و افرادی که دارای بیماریهای مزمن مانند بیماریهای قلبی - ریوی، مرض قند، بیماریهای تنفسی، تالاسمی ماژور... می باشند بیشتر در معرض خطر هستند

آیا واکسن آنفلوانزای انسانی از ابتلا به آنفلوانزای خوکی پیشگیری می کند؟

واکسن آنفلوانزای انسانی در پیشگیری از این بیماری موثر نیست ولی در جلوگیری از ابتلای همزمان انسانی و حیوانی موثر است.

اقدامات مراقبتی بهروز و پیشگیری از بیماری :

- ✓ از حضور در مکان های پرتردد و شلوغ حتی الامکان خودداری شود.
- ✓ خواب و استراحت کافی داشته باشید.
- ✓ از تماس نزدیک (کمتر از یک متر) با افراد بیمار خودداری نمایید.
- ✓ از روبوسی با افرادی که آنفلوانزا دارند جداً پرهیز نمایید.
- ✓ در صورت نیاز به ترک منزل و در زمان حضور در اماکن شلوغ از ماسک تنفسی استفاده نمایند. برای این منظور استفاده از ماسک های معمولی کفایت می کند و باید توجه کرد از ماسک به صورت محدود استفاده شود و حداکثر هر یک ساعت یکبار و یا در صورت مرطوب شدن در اثر تنفس تعویض شود.
- ✓ در صورت تماس با افراد بیمار حتماً با پزشک مشورت کنید.
- ✓ دستهای خود را بطور مکرر با آب و صابون بشوئید
- ✓ در صورت بروز علائم، تب، سردرد، گلودرد، سرفه، دردهای عضلانی (کوفتگی بدن) خصوصاً در طی ۷ روز اول بعد از تماس با افراد بیمار یا برگشت از سفر با پزشک سیستم بهداشتی درمانی مشورت نمایید.
- ✓ در موقع سرفه و عطسه جلو دهان و بینی خود را با دستمال کاغذی بگیرید.
- ✓ دستمال های مصرف شده و آلوده را داخل پلاستیک قرارداده آنرا گره زده و در سطل زباله قرار دهید.
- ✓ از تماس دستهای آلوده با چشم، دهان و بینی خودداری کنید.
- ✓ سطوح آلوده را با محلول وایتکس رقیق (۱۰ درصد) یا الکل ۷۰ درجه ضد عفونی کنید.

پنومونی

تعریف:

یک بیماری تنفسی است که قسمت های تحتانی دستگاه تنفسی را درگیر می کند. به این بیماری ذات الریه و یا سینه پهلو هم گفته می شود. شکل مشخص این بیماری همراه با علائم مقدماتی بوده و ممکن است نشانه های مقدماتی در افراد مشخص نباشد و بیماری به صورت ناگهانی بروز نماید.

تشخیص نوع عامل عفونی ایجاد کننده این بیماری در اتخاذ روش درمانی آن بسیار موثر است. عوامل عفونی بسیاری باعث ایجاد پنومونی می شوند که عبارتند از:

پنوموکک، ویروس، کلامیدیا، مایکو پلاسما و در این بخش پنومونی پنوموککی را شرح می دهیم.

همه گیری شناسی:

این بیماری یکی از بیماری های تنفسی شایع در کشور های در حال توسعه است و تمامی گروه های سنی به این بیماری مبتلا می شوند ولی بیشترین گروه در معرض خطر کودکان کمتر از ۵ سال و افراد با نقص سیستم ایمنی هستند.

انسان تنها مخزن این بیماری می باشد. کاهش ناگهانی دمای هوا همراه با ازدحام در مکان ها و افزایش تماس ها باعث بالا رفتن میزان شیوع و بروز این بیماری می شود.

علائم با لینی:

علائم شامل تب و لرز، درد در قفسه سینه، تنگی نفس، خس خس سینه، تنفس سریع، سرفه همراه خلط، تشنج در صورت بالا رفتن تب بیش از ۴۰ درجه، استفراغ و ضعف و بی حالی است.

راه های انتقال:

انتقال مستقیم بیماری بوسیله انتشار قطره های آب دهان و ترشحات مخاط بینی فرد بیمار و به صورت غیر مستقیم از راه تماس با دست ها و اشیاء آلوده با ترشحات بیمار صورت می پذیرد.

دوره کمون:

این دوره کاملاً مشخص نیست و ممکن است به کوتاهی ۱ تا ۳ روز باشد.

دوره واگیری:

از دوره کمون تا به هنگامی که پنوموکک در ترشحات بیمار وجود دارد واگیری نیز صورت می گیرد و معمولاً ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از شروع درمان با آنتی بیوتیک آلوده کنندگی باکتری از بین می رود.

گرفتن شرح حال:

در مورد افراد بالای پنج سال به ترتیب زیر عمل نمایید.

۱- ارتباط صحیح با بیمار

۲- پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار

۳- بررسی حال عمومی (برای مطالعه بیشتر به کتاب درمان های ساده علامتی مراجعه شود)

۴- اندازه گیری درجه حرارت بدن و ثبت درجه حرارت بدن. آیا بیمار تب دارد.

۵- آیا به همراه تب، لرز و تشنج هم دارد؟

- ۶- شمارش تنفس و ثبت آن، آیا تنفس بیمار نسبت به سن او تند و سریع است یا تنگی نفس دارد.
- ۷- آیا بیمار سرفه می کند و اینکه سرفه او خشک است یا همراه با خلط؟
- ۸- آیا بیمار درد در قفسه سینه دارد.
- ۹- آیا بیمار دارای ضعف و بی حالی است؟

تشخیص:

چنانچه فرد دارای تب ۳۸ درجه و بالاتر به همراه لرز، تنفس سریع، خس خس سینه، درد در قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه توام با خلط، تشنج و یا ضعف و بی حالی باشد تشخیص بیماری پنومونی می باشد.

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز:

۱- آموزش به مردم در مورد رعایت بهداشت فردی همانند محافظت از تماس ها در برخورد با فرد بیمار و به حد اقل رساندن تماس افراد سالم با بیمار.

۲- اجتناب از تراکم جمعیت در محل های زندگی و رعایت استاندارد فضای زندگی مطابق با دستور العمل های بهداشت محیط.

۳- آموزش به مردم در مورد داشتن تغذیه سالم مانند لبنیات سبزیجات، میوه و گوشت.

۴- آموزش به افراد در تماس با بیمار برای عدم استفاده از وسایل و اشیاء آلوده به ترشحات مخاط بینی و گلوی فرد بیمار.

۵- جدا سازی فرد بیمار از دیگران در منزل و سایر محیط ها بخصوص در مدارس و خوابگاه ها.

۶- درمان به موقع فرد بیمار و در مواردی که فرد بیمار نیازی به ارجاع فوری ندارد. ضمن درمان با یک آنتی بیوتیک مانند کوتریموکسازول و یا آموکسی سیلین بر اساس دارو نامه و دستور العمل ها باید تب و لرز و سرفه را نیز مطابق با دارو نامه خانه بهداشت و دستور العمل های موجود درمان ساده علامتی نمایند.

۷- ارجاع بیمار در صورت بد بودن حال عمومی و اگر بیمار به مدت ۲ هفته و یا بیشتر سرفه همراه یا بدون خلط داشت نیز جهت بررسی بیشتر علاوه بر گرفتن نمونه خلط ارجاع صورت پذیرد. چنانچه تب و لرز به

مدت طولانی ادامه دارد و پس از مدتی بهبودی، به طور مجدد دوباره عود نماید برای بررسی بیشتر نمونه خون تهیه و بیمار ارجاع شود.

۸- پیگیری فرد بیمار جهت نظارت بر مصرف دارو و کامل نمودن دوره درمان.

۹- گزارش دهی فوری ندارد.

نکته : در مورد کودکان کمتر از ۵ سال تمام براساس کتابچه طرح مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال اقدام می شود.

مخملک

تعریف:

مخملک یک بیماری عفونی شایع، حاد، مسری و موضعی است. در حقیقت این بیماری یکی از اشکال عفونت های حاد تنفسی است که با راش های پوستی تظاهر می یابد. این بیماری جزء پیامدهای چرکی گلو درد استرپتوکوکی است و در افرادی که نسبت به آن ایمن نیستند ایجاد می گردد.

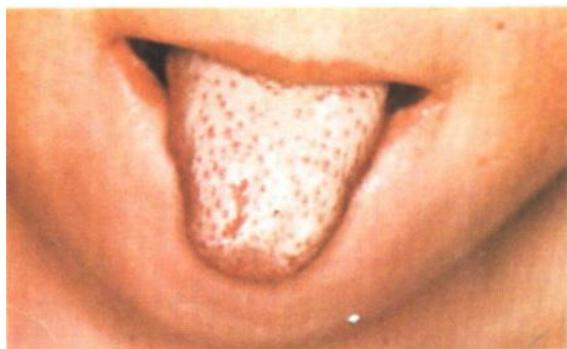
عامل عفونت: عامل آن باکتری استرپتوکوک گروه A می باشد.

همه گیری شناسی:

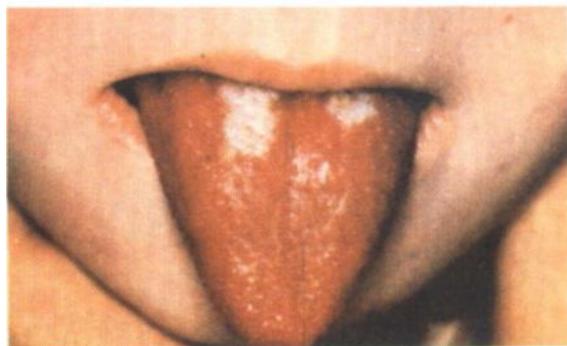
این بیماری در نواحی معتدل متداول است. میزان بروز این بیماری در فصول سرما که عفونت های استرپتوکوکی دستگاہ تنفسی شایع هستند افزایش می یابد. بیماری مخملک نزد اطفال بیشتر از بزرگسالان اتفاق می افتد.

علائم بیماری:

آغاز نشانه ها بطور ناگهانی و با لرز مکرر، تب بالای ۴۰-۴۱ درجه، قرمزی منتشر گلو، گلو درد، وجود ترشحات چرکی در حلق، بزرگ شدن غدد لنفاوی جلوی گردن، سر درد، عطش و گاهی هذیان وجود دارد. بثورات مخملکی که در لمس پوست به حالت کاغذ سنباده می باشد اکثرا از روز دوم بیماری و ابتدا در قسمت فوقانی قفسه سینه و پشت و سپس در اندام فوقانی، شکم و اندام تحتانی ظاهر شده و به مدت ۶ تا ۱۰ روز باقی می ماند.



بیشتر بروی گردن، سینه، چین های زیر بغل، آرنج، کشاله و سطح داخلی ران وجود دارد و مشخصه اصلی بثورات مخملکی این است که در لمس زیر می باشد و بر روی صورت نیز ایجاد نمی شود. گاه با خارش و سوزش همراه است، گونه های بیمار بر افروخته و اطراف دهان رنگ پریده است. بثورات علاوه بر پوست، مخاط زبان را نیز گرفتار کرده و زبان توت فرنگی از مشخصات این بیماری است. عوارض کلیوی (گلو مرولونفریت حاد) خطر ناک ترین مخملک می باشد. سینوزیت، پنومونی، عفونت گوش میانی، آنژین با غشای کاذب و رماتیسم مخملکی از دیگر عوارض این بیماری است.



زبان توت فرنگی

راههای انتقال :

انتقال بیماری اغلب از طریق تماس با بیماران صورت میگیرد. قطرات بزاق و ترشحات تنفسی آلوده در اثر صحبت کردن، سرفه و عطسه به فرد سالم سراین میکند سرایت بیشتر از طریق مستقیم بوده و به ندرت از طریق تماس با وسایل آلوده بیمار صورت می پذیرد. ضمناً پوسته های مخملکی بیمار قدرت آلوده کنندگی ندارد.

دوره کمون:

بین ۲-۵ روز و حداکثر ۷ روز می باشد.

دوره واگیری: ۲ تا ۳ روز پس از درمان با آنتی بیوتیک بیماری دیگر قابل سرایت به دیگران نمی باشد.

گرفتن شرح حال :

در مورد افراد بالای ۵ سال به ترتیب زیر عمل شود.

- ۱- ارتباط صحیح با بیمار
- ۲- پرسیدن و ثبت مشخصات فرد بیمار
- ۳- بررسی حال عمومی (برای مطالعه بیشتر به کتاب درمان های ساده علامتی مراجعه شود)
- ۴- اندازه گیری درجه حرارت بدن و ثبت درجه حرارت بدن. آیا بیمار تب دارد .
- ۵- آیا بیمار آبریزش بینی ، اشک ریزی از چشم تحریک ناحیه گلو و بینی و عطسه دارد؟
- ۶- آیا بیمار علائمی چون گلو درد استرپتوککی دارد ؟
- ۷- آیا بر روی پوست بیمار بثورات قرمز رنگ وجود دارد و بیشتر در چه قسمت هایی از بدن دیده می شود؟
- ۸- آیا بثورات در لمس زبر است؟
- ۹- آیا گونه ها بر افروخته ، اطراف دهان رنگ پریده و زبان توت فرنگی است؟
- ۱۰- آیا بیمار عطش دارد؟

تشخیص:

چنانچه فرد تب بالا به همراه علائم گلو درد استرپتو ککی ، راش های پوستی قرمز رنگ که بیشتر در ناحیه گردن، سینه، چین های زیر بغل، آرنج و کشاله و سطح داخلی ران وجود داشت که در لمس زبر بود و گونه های بیمار برافروخته، اطراف دهان رنگ پریده و عطش وجود داشت مشکوک به مخملک است.

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز:

۱- آموزش به مردم در مورد رعایت بهداشت فردی همانند محافظت از تماس ها در برخورد با فرد بیمار و به حداقل رساندن تماس افراد سالم با بیمار.

تمرین عملی در کلاس :

۱۱. یک شرح کامل از بیماری تهیه نماید .
۱۲. مشخصات بیمار و خلاصه شرح حال ثبت نماید .
۱۳. بیماری را بر اساس علائم بالینی به طور صحیح تشخیص دهد.
۱۴. درمان ساده علامتی را بر اساس دارونامه و دستورالعمل ها انجام دهد .
۱۵. داروهای تجویز شده را ثبت نماید .
۱۶. برگه فرم ارجاع را برای بیمار تکمیل نماید.
۱۷. پیگیری جهت نظارت بردرمان و بهبودی بیمار را انجام دهد .
۱۸. مشخصات بیمار و موارد بررسی شده را ثبت نماید .
۱۹. در مورد بیماری و نحوه پیشگیری از آن به فرد آموزش دهد .
۲۰. گزارش کتبی ماهیانه را تهیه نماید .

بیماریهای پوستی

- ❖ آلودگیهای قارچی
- ❖ کچلی سر
- ❖ کچلی کشاله ران
- ❖ کچلی ناخن
- ❖ کچلی پا
- ❖ کچلی پوست
- ❖ گال (جرب)
- ❖ آبله مرغان
- ❖ جذام (خوره یا بیماری هانسن)
- ❖ زرد زخم

در پایان فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد :

- اهمیت بهداشتی بیماریهای پوستی را توضیح دهد.
- بیماری را تعریف نماید .
- عامل بیماری را نام ببرد .
- همه گیرشناسی هر یک بیماریها را شرح دهد .
- راههای انتقال بیماری را توضیح دهد .
- علائم و نشانه های هر یک از بیماریها را شرح دهد .
- کنترل ؛ راههای پیشگیری و مراقبت هر یک از بیماریها را توضیح دهد .

اهمیت بهداشتی بیماریهای پوستی :

پوست بخشی از کل سیستم بدن انسان است و هر گونه تغییری در آن می تواند منعکس کننده اختلالات سیستمیک یا روانی باشد . بدین خاطر ممکن است شناخت ضایعات دقیق پوستی برای تشخیص عمومی یاری دهنده باشد . عمل و فعالیت پوست اجازه انتخاب و زیست در محیط های بسیار متفاوت را به انسان می دهد .

در سرما ، جریان خون پوست کاهش یافته و اینکار باعث حفظ درجه حرارت بدن می گردد . در هوای گرم افزایش جریان خون در عروق خونی سطحی و تبخیر عرق باعث خنک شدن انسان می گردد . از صدمات مکانیکی و همچنین، از نفوذ عوامل بیماریزا به داخل بدن جلوگیری می نماید و /

با توجه به عوامل فوق ، پوست هم مانند سایر قسمتهای بدن به دلایل گوناگون دچار بیماریهای مختلف شده که مواردی از آنها در ذیل مختصراً بیان می شود .

آلودگی های قارچی

آلودگیهای قارچی معمولاً به دو صورت مستقیم یا غیر مستقیم بوجود می آید :

۱ - آلودگی مستقیم: از شخص بیمار به شخص سالم بر اثر تماس نزدیک سرایت می کند .

۲ - آلودگی غیر مستقیم : توسط اشیائی که با شخص بیمار تماس داشته و به شخص سالم سرایت می کند .

به عنوان مثال ، و مشاغل آرایش و یا اصلاح اگر برای شخص بیمار به کار برده شد .

انواع قارچهای ایجاد کننده بیماری در انسان :

۱ - قارچهای انسان دوست : که روی بدن انسان تکثیر می یابند .

۲ - قارچهای حیوان دوست : روی بدن حیوان تکثیر می یابند.

۳ - قارچهای خاک دوست : که در محیط خاک تکثیر می یابند .

شایان ذکر است قارچهایی که در خاک و روی بدن حیوان تکثیر می نمایند بیماری شدیدتری را در انسان بوجود می آورد .

به طور کلی کچلی ها از شایعترین عفونت های انسانی بوده و دارای علائم بالینی گوناگونی می باشند که بر حسب

جایگزینی در نواحی مختلف بدن به صورت زیر تقسیم بندی می شوند :

الف (کچلی سر

ب (کچلی ناخن

ج (کچلی پا

د (کچلی پوست



کچلی سر

یک بیماری قارچی است که بصورت پاپول کوچکی شروع میشود و سپس از اطراف شروع به رشد کرده و ناحیه مبتلا به طور موقت بی مو می شود . موهای مبتلا تردو به سادگی شکسته میشوند . گاهی اوقات زخمها بزرگ و کمی برجسته و ترشح دار شده و در این حالت کریون نامیده میشوند .

فاووس :

فاووس سر نوعی از کچلی سر است ، زخمهای این عفونت قارچی ، کبره دار ، زرد رنگ بوده و بوی موش میدهد . موهای ناحیه مبتلا شکننده نبوده ولی به رنگ خاکستری که در می آیند و بلاآخره خواهند ریخت و ممکن است دوباره رشد نکنند . در حقیقت یک نوع کچلی مزمن است که در کودکی به انسان سرایت کرده و بدون درمان تا پایان عمر باقی مانده و سرانجام اسکار دائمی و طاسی به جای می گذارد کچلی فاووس در پوست بدون مو نیز ایجاد می شود .

مخزن بیماری :

انسان و حیوانات بخصوص سگ ، گربه و گاو

روش انتقال :

تماس مستقیم و غیر مستقیم به خصوص از طریق صندلیهای سینما ، وسائل سلمانی مانند شانه و برس و یا لباسهای آلوده به موی سر انسان و سایر حیوانات مبتلا وسیله انتقال بیماری هستند .

دوره کمون :

بین ۱۰ تا ۱۴ روز است و در بعضی موارد ممکن است طولانی باشد .

دوره واگیری :

قارچهای زنده ممکن است تا مدتها روی لوازم آلوده بجای مانند .

علائم بیماری :

ضایعات منظم یا نامنظم خارش داری است که همراه با پوسته ریزی ، التهاب و قرمزی پوست یا شکنندگی و ریزش و تغییر رنگ موها می باشد .

روش تشخیص بیماری :

بیماران را در حال عادی در زیر نور معمولی از نظر وجود موهای سست و شکننده و علائم بالینی ضایعات مورد بررسی قرار می دهد .

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز

- ۱ - گزارش موارد مشکوک به مراکز بهداشتی درمانی جهت نمونه برداری و درمان و پیگیری تا حصول نتیجه .
- ۲- در موارد خفیف بیماری موهای سر روزانه شسته و در موارد شدید بیماری پس از شستشو روزانه سر باید کلاه به سر گذاشت و کلاههای آلوده را بعد از استفاده کردن به خوبی شست .
- ۳- سایر افراد خانواده در تماس با بیمار بوده حیوانات خانگی و سایر حیوانات که در محیط زندگی هستند را باید بررسی نموده و آنهائی که بیمار هستند در درمان شوند .
- ۴ - هنگامیکه که در مدارس هم گیری هایی شایع می شود چگونگی انتشار و پیشگیری از بیماری و رعایت بهداشت فردی به آنها آموزش داده شود .
- ۵ - در بسیاری موارد تجویز خوراکی قرصی گریزفولوین به مدت حداقل دو هفته داروی انتخابی است : مصرف آنتی بیوتیک ها در صورتیکه در زخمهای کچلی آلودگی باکتریائی پیدا کرده باشند مفید است و به همراه آن از پماد نرم کننده برای کردن قسمت های شاخی پوست استفاده می شود .

کچلی کشاله ران

این بیماری یک عفونت قارچی پوست بدن غیر از پوست سر ، نقاط مو دار بدن و پاها است که با نشانه های مشخص زخمهای مسطح ، منتشر و حلقه ای شکل ظاهر میشود محیط زخمهای معمولاً قرمز رنگ ، طاولی و یا چرکی بوده و ممکن است خشک و زبر و یا مرطوب و دلم دار باشد .

عامل عفونت :

اغلب گونه های میکروسپوروم و تریکوفیتون عامل عفونی این بیماری قارچی است .

همه گیری :

از بیماریهای هم چائی و نسبتاً فراوان است و مردها بیشتر از زنها به این بیماری الوده می شوند .

مخزن :

انسان ، حیوانات و خاک مخزن این قارچها هستند .

روش انتقال :

تماس مستقیم و غیر مستقیم با پوسته های زخمهای افراد و حیوانات مبتلا و همچنین وسائل حمام و سایر لوازم آلوده به

قارچ بعلت انتقال بیماری می گردد .

دوره کمون : بین ۴ تا ۱۰ است .

علائم بالینی :

بیمار به صورت پلاکهای قرمز ، ملتهب ، مدور کوچک آغاز و سپس منتشر شده و به صورت ضایعات حلقوی در می آید .

راههای پیشگیری :

۱- حوله ولباسهای باید با آب گرم و گند زدهای قارچ کش شسته و نظافت عمومی حمامها رعایت شود .

۲ - جداسازی بیماران و آنهائی که تحت درمان قرار دارند باید از رفتن به استخرهای شنا و فعالیت های مشابه که دیگران را

در معرض خطر آلودگی قرار دهد منع شوند .

۳ - کودکان در مدرسه و حیوانات خانگی و غیر خانگی که با منبع عفونت در تماس بوده در صورت آلوده بودن درمان گردند

۴ - رعایت بهداشت فردی به کودکان و والدین آنها را گوشزد کر

کچلی ناخن :

تعریف :

بیماری قارچی مزمنی است که یک یا چند انگشت پا و دست را مبتلا می کند ناخن بیمار بتدریج ضخیم ، بی رنگ ، تردو

وزیر آن مواد پنیری شکل جمع می شود و یا اینکه ناخن حالت گچی پیدا کرده و از انگشت جدا می شود .



عامل عفونت :

گونه های مختلف قارچ تریکوفیتیون عامل عفونت هستند .

مخزن: انسان و خاک و بندرت حیوانات مخزن این قارچ است .

همه گیری: از بیماریهای شایع در تمام نقاط دنیا است .

روش انتقال :

به نظر می رسد که عفونتهای قارچی پوست که خود در اثر تماس مستقیم با پوست و ناخن افراد مبتلا و کف زمین و حمامهای آلوده اتفاق افتاده است به ناخن گسترش یافته و کچلی ناخنها را ایجاد می کند . معمولاً شدت سرایت قارچ ، حتی در افراد یک فامیل که خیلی به هم نزدیک هستند یکسان نیست .

دوره کمون: مشخص نمی باشد .

دوره واگیری :

تا زمانیکه زخم وجود دارد انتقال صورت می گیرد .

علائم بالینی :

نشانه های اولیه ابتلای ناخن به صورت لکه های کوچک مشخص به رنگ زرد یا سفید است که در سطح ناخن گسترش یافته و یا برای سالها به طور ثابت باقی می ماند . در عفونتهای مستقر شده صفحه ناخن ضخیم و شکننده شده و به علت تجمع مواد در زیر آن از بستر خود جدا می شود . رنگ ناخنهای مبتلا اغلب قهوه ای یا سیاه است .

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز

۱ - گزارش موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی

۲ - رعایت نظافت و استفاده از مواد قارچ کش مثل کوئوزول برای گندزدائی کردن کف ساختمانها .

۳ - آموزش و توصیه بر این که کف حمامها مرتب شسته و فاضلاب آنها خارج شود .

کچلی پا ورزشکاران

این بیماری با نشانه های مشخص ترکدار و پوسته پوسته شدن پوست . بخصوص بین انگشتان پا و یا ظهور طاولهایی که محتوی مایع آبیکی است تظاهر می یابد و به پای ورزشکاران شهرت دارد .

بیماری شایع و همه جایی است . بزرگسالان بیشتر از کودکان و مردان بیشتر از زنها مبتلا میشوند این بیماری در آب و هوای گرم بیشتر متداول است .

مخزن : انسان مخزن این قارچ است .

عامل عفونت :

بیماری شایع و همه جایی است بزرگسالان بیشتر از کودکان و مردان بیشتر از زنها مبتلا می شوند این بیماری در آب و هوای گرم بیشتر متداول است .

علائم بالینی :

ناحیه مبتلا با اپیدرم له شده ، مرده و سفید رنگ پوشیده شده و اغلب بدبو است زیر حاوی پوسته ها و بقایای اپیدرم بوده و پوست ناحیه مبتلا قرمز ، متورم و مرطوب است .



روش انتقال :

تماس مستقیم یا غیر مستقیم با زخمهای افراد آلوده ، وسائل حمام و سایر اشیائی که بوسیله شخص آلوده مصرف میشود .

دوره کمون : مشخص نمی باشد .

دوره واگیری : در تمام مدتی که زخمهای پوستی وجود دارد انتقال صورت می گیرد .

راههای پیشگیری :

۱ - رعایت دقیق بهداشت فردی و بخصوص اهمیت خشک کردن فواصل بین انگشتان پا بعد از هر استحمام ضروری است

۲ - جورابهای افرادی که به شدت آلوده هستند برای جلوگیری از آلودگی مجدد آنها باید در آبجوش شسته شود .

۳ - کفهای ورزشگاهها سر پوشیده ، حمامها باید بطور دقیق شسته شود .

در آلودگی قارچی نکاتی که باید رعایت شود :

- شستشوی مرتب سر با آب و صابون

- کوتاه نمودن موی سر و سوزاندن موهای آلوده و یا قرار دادن آنها در کیسه نایلونی و دفن آنها .

- ضد عفونی حمام پس از استفاده از افراد مبتلا

- رعایت بهداشت انگشتان پا و عدم استفاده از کفش به مدت طولانی

برای پیشگیری از الودگیهای قارچی چه باید کرد :

- ۱ - رعایت بهداشت فردی (استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران : مثل حوله ، لباس زیر و شانه و ملحفه)
- ۲ - استفاده نکردن از حمامهای غیر بهداشتی و کلر زنی مرتب آب استخرها
- ۳ - آموزش به دانش آموزان در مورد کوتاه کردن و شستشوی مرتب موی سر .
- ۴ - بازدید از آرایشگاهها و حمام های محل ارائه آموزشهای لازم به مسئولان آنها .
- ۵ - معاینه سر دانش آموزان قبل از ورود به مدرسه و سایر بچه ها در موقع بروز همه گیری .

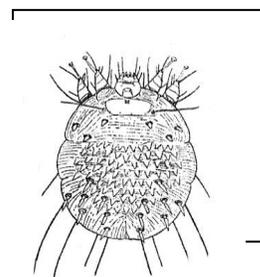
پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز

- ۱- نمونه برداری از ضایعات مشکوک سر ، مو ، پوست و ناخن و ارسال آن برای آزمایشگاه
- ۲ - پیگیری بیماران تحت درمان تا بهبود کامل و آموزش رعایت نکات لازم به بیمار و اطرافیان .
- ۳ - ارجاع بیمار به مرکز جامع سلامت در صورت بهبود نیافتن کامل پس از یک دوره درمان کامل

گال (جرب)

تعریف :

بیماری انگلی پوست است که بوسیله نوعی هییره ایجاد میشود . که با خارش شدید تظاهر می نماید و گال یا جرب با انتشار جهانی ناشی از استقرار هییره های ماده در محل هایی از پوست ظریف و چین خورده بدن انسان مانند بین انگشتان ، مچ ، آرنج ، آلت تناسلی ، پا ، پوست بیضه ، زیر یا اطراف و نوک پستان زنان و زیر بغل مستقر می شود ، هییره ها با استفاده از ضمام دهانی در لایه سطحی پوست نقب زده و در آن پیش می رود هییره های ماده ده تقریباً یک ساعت پس از قرار گرفتن روی پوست خود را در آن پنهان می کند وقتی ماده ها در سطح پوستی پنهان شدند روزانه حدود ۳ - ۲ میلیمتر دالانهای پیچ در پیچ حفر می کنند هییره ها سلولهای جلد را جویده و از ضایعات مترشحه آن تغذیه می کنند هییره ها با کمک ذره بین دستی قابل رؤیت می باشند رنگ آن متمایل به سفید و به شکل مدور هستند که در قسمت پشتی به طور مشخص محدب و در سطح شکمی کم و بیش پهن می باشند سطح پشتی هییره از برجستگی های متعدد میخ مانند و معدودی موهای درشت پوشیده شده است .



وقوع بیماری :

جرب انتشار وسیعی دارد . هم گیری های گذشته این بیماری به فقر بهداشت ناکافی و تراکم جمعیت به دلیل جنگ و بحرانهای اقتصادی منسوب شده است . گال فقط از راه تماس نزدیک منتقل می شود لذا یک بیماری فامیلی است و در میان آنهایی که در تماس نزدیک با هم زندگی می کنند خصوصاً هنگامی که با هم در یک رختخواب می خوابند منتشر می شود (بروز موارد بیماری گال غالباً در زمان جنگ و مصیبتها مثل زلزله سیل و قحطی و هنگامی که در یک محل افراد می

خوابند و زندگی می کنند افزایش می یابد . بیماری گال غالباً در میان جوامعی که آب کافی نداشته و فقر بهداشتی دارند فراوانتر از آنهایی است که آب لوله کشی برای شستشو دارند .

مخزن : انسان مخزن این انگل است .

روش انتقال :

انتقال معمولاً از راه تماس مستقیم پوست فرد بیمار با پوست فرد سالم است.

- خوابیدن در بستر فرد آلوده به گال
- درآغوش کشیدن فرد آلوده به گال
- زندگی در محیطهای اجتماعی شلوغ
- انتقال از راه لباس خصوصاً لباس های زیر و خواب ، روتختی ، روبالشتی و.....
- استفاده از لوازم شخصی فرد آلوده مانند حوله ،،، کیسه ، و صابون حمام
- بازی کودکان بایکدیگر مخصوصاً در مهدکودک ها و وسایل بازی
- پرستاری از اشخاص آلوده

دوره کمون :

از زمان ورود هیبره بر روی پوست تا ظهور علائم بیماری ۴ تا ۶ هفته طول می کشد اما در افراد حساس آلودگی مجدد پس از ۱-۳ روز علائم بیماری ظهور می کند

دوره واگیری : تا وقتی که درمان صورت نگرفته و هیبره و تخم آن از بین نرفته انتقال می تواند صورت گیرد .

علائم بیماری :

۱ - مهمترین علائم بیماری خارش شبانه است به خصوص وقتی که بیمار به رختخواب می رود همچنین خارش بعد از حمام کردن که بدن شخص گرم می گردد انگل در اثر گرما به جنب و جوش می افتد .

۲- ضایعات به صورت منتشر و در فواصل بین انگشتان زیر بغل کشاله ران ، پستانها و آلت تناسلی در مردان ظاهر میشود.

۳- ضایعات در کودکان در کف دست و پا هم مشاهده می شود و در شیرخواران و افراد مسن ممکن است سر و گردن را

نیز درگیر کند



تشخیص گال (جرب) :

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

درمان بیماری گال :

با رعایت اصول صحیح درمان ، بیماران و موارد تماس بیماری گال به راحتی بهبود می یابند. درمان بیماری گال به شرح زیر است :

۱- **کرم پرمترین ۵٪** : این کرم از اثر بالا و سمیت کمی برخوردار است. برای درمان با این کرم لازم است سطح

پوست بدن از نوک انگشتان تا زیرچانه با کرم آغشته شود . این امر بایستی بعداز استحمام با اب ولرم و خشک

کردن بدن انجام شود. باید دقت شود که پوست بدن از جمله وسط انگشتان دست وپا، میچ ها و زیر بغل کاملا به

کرم آغشته شود. پس از ۸-۱۲ ساعت بدن با شامپو و صابون شسته شده و ملحفه ها لباس ها تعویض گردند. لازم

است یک هفته بعد از درمان روش فوق تکرار گردد.

۲- **لیندان (گاما بنزن هگزا کلراید ۱٪)** : مصرف این دارو مشابه مصرف کرم پرمترین است . مصرف لیندان

در کودکان زیر ۵ سال ، زنان شیرده و باردار و افراد مبتلا به صرع ممنوع است. این دارو بعلت عوارض و تداخل

دارویی ، در اولویت دارویی مرکز مدیریت بیماری های واگیر در درمان بیماری گال قرار ندارد

نگته مهم : کسانی که تماس نزدیک با افراد آلوده داشته اند باید بدون توجه به وجود یا

فقدان تظاهرات بالینی بطور همزمان درمان شوند.

از خود درمانی بایستی پرهیز شود و در اولین فرصت به پزشک یا به مراکز جامع سلامت مراجعه

گردد

راههای پیشگیری :

بهترین و مهمترین راه پیشگیری از بیماری گال ، رعایت اصول بهداشت فردی و محیط است. لذا برای پیشگیری از

بروز و شیوع این بیماری این بیماری انجام نکات زیر الزامی است :

۱- گزارش به مراکز جامع سلامت به منظور درمان به موقع و کنترل بیماری گال

۲- جدا سازی فرد مبتلا به بیماری گال تا گرفتن حداقل یک بار درمان

۳- درمان کامل و صحیح افراد مبتلا به بیماری گال ، بررسی و درمان افرادی که با افراد مبتلا به به گال در تماس اند و یا

زندگی می کنند

۴- خودداری از تماس پوستی مانند دست دادن ، درآغوش گرفتن ، ماساژ افراد مبتلا به بیماری گال

۵- استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران مانند وسایل حمام (کیسه ، لیف ، صابون، حوله) - البسه (خصوصا

لباس زیر ، روسری ، شال گردن) - لوازم از بین بردن موهای زاید بدن (ماشین اصلاح و سایر لوازم اصلاح

صورت) - وسایل خواب (کیسه خواب ، پتو ، ملحفه) و...

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز

- ۱ - آموزش در مورد راه انتقال بیماری به مردم و خانواده بیمار
 - ۲ - آموزش بهداشت به افرادی که در امکان تجمعی مانند مدارس سربازخانه ها زندگی می کنند .
 - ۳ - آموزش بهداشت به مردم در مورد عدم استفاده از البسه و رختخواب دیگران و استحمام حداقل ۲ بار در هفته .
- جهت تشخیص بیماری باید فرد را ارجاع به پزشک مرکز جامع سلامت داد و پس از آنکه بیماری وی مورد تأیید قرار گرفت باید تمام افراد خانواده از فرد آلوده با خارش یا بدون خارش را تحت درمان قرار دهد .

آبله مرغان (VARICELLA)

تعریف :

آبله مرغان یا واریسل یک بیماری عفونی فوق العاده مسری است که بطور ناگهانی با تب کم ، نشانه های عمومی خفیف و جراحات پوستی که در چندین ساعت اول بصورت ماکولوپاپولر (maculopapular) بوده و سپس طاولی میشود و برای ۳ تا ۴ روز در این حالت باقی می ماند طاوله های آبله مرغان بر خلاف طاوله های آبله که چند حفره بوده و با فشار دادن پاره نمی شوند تک حفره ای است و با فشار انگشت پاره می شود .

جراحات پوستی بصورت گروهی در فواصل زمانی مختلف ظاهر میشوند و بیشتر گرایش به ظهور در قسمتهای پوشیده بدن دارند آنها بیشتر در فرق سر ، گودی زیر بغل ، محاط دهان ، مخاط قسمتهای فوقانی دستگاه تنفس و ملتحمه چشم ایجاد شده و بیشتر به تمایل به بروز در سطوح تحریک شده بدن مثل قسمتهای آفتاب سوخته پوست ، یا کشاله ران دارند .

عامل عفونت :

ویروس هرپس انسانی (واریسیلا) که از گروه هرپس ویروسها است .

مخزن : انسان مخزن این ویروسها است .

همه گیری :

انسان تنها میزبان بیماری و ابله مرغان در اصل یک بیماری دوره کودکی است که بیش از ۹۰٪ موارد آن قبل از ۹ سالگی می باشد اما در هر سنی ممکن است بروز کند . ابله مرغان در بالغین و زنان باردار معمولاً سخت بوده و تظاهرات شدید در مرحله آغاز بیماری به وجود می آورد . بیماری ابله مرغان در فصل زمستان و بهار شایع تر است .

علائم بالینی :

در اکثر مواقع تظاهرات بالینی ابله مرغان خفیف و مشخص بوده و در برخی موارد در روزهای اول بیماری خارش شدید و مزاحم پیدا می شود . شروع بیماری اغلب با تب خفیف ، خستگی ، بی اشتها و بی اشتهایی به مدت دو روز است . سپس دانه ها و بثورات خارش دار جلدی به صورت تاول ظاهر می گردد .
بثورات در نقاط مختلف بدن به خصوص در تنه (سینه ، شکم ، پشت) و کمتر در انتها ظاهر می شود و به مدت چند روز ادامه می یابد . این بثورات با هم ظاهر نمی شوند و در حالیکه تعدادی از آنها در حال خشک شدن هستند تعدادی دیگر ظاهر می شوند .



روش تشخیص بیماری :

تشخیص آزمایشگاهی بیماری با دیدن ویروس به وسیله میکروسکوپ الکترونیک می باشد . جدا کردن ویروس از مایع وزیکولی در سه تا چهار روز اول بروز راشها به سهولت امکان پذیر است .

روش انتقال :

انتقال مستقیم بیماری از شخص به شخص دیگر بوسیله تماس مستقیم و یا از طریق تماس با ترشحات طولهای و یا ترشحات مخاطی بیماران شده باشد .

پوسته های زخم های آبله مرغان آلوده کننده نمی باشند . آبله مرغان در مراحل اول بروز جراحات جلدی یکی از مسری ترین بیماریهای عفونی است .

دوره کمون : ۲ تا ۳ هفته است .

دوره واگیری :

این دوره تا ۵ روز ادامه دارد و معمولاً بین یک تا ۲ روز قبل و حداکثر تا ۵ روز بعد از ظهور اولین طاولها ادامه می یابد احتمال دارد که پیش از ۷۰ تا ۹۰٪ فرزندان یک خانواده حساس بطور ثانوی در اثر ابتلای یکی از بچه ها مبتلا گردند .

راه پیشگیری :

۱. گزارش به مقامات بهداشتی محل
۲. جداسازی بیمار (کودکان باید حداقل ۵ روز بعد از ظهور اولین جراحات پوستی و یا تا وقتی که طاولها خشک نشده اند باید از رفتن به مدرسه و مکانهای عمومی و از تماس با افراد حساس جلوگیری کنند)
۳. بالغین مبتلا هم باید از رفتن به محل کار باید خودداری نمایند .
۴. لوازم و وسائلی که آلوده به ترشحات بینی و گلو شده باید ضد عفونی شود .

باید دقت داشته باشیم که مصرف آسپرین در این بیماری برای افراد زیر ۱۶ سال خطرناک است .

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز:

- ۱- آموزش بهداشت به افراد در زمینه راه انتقال بیماری .
 - ۲ - آموزش بهداشت به اطرافیان بیمار در مورد ضدعفونی کردن وسایل و البسه بیمار
 - ۳ - آموزش به بیمار و اطرافیان وی در مورد کوتاه کردن ناخنهای بیمار
 - ۴ - در هنگام همه گیری آبله مرغان در مدارس ، مهدکودکها و سایر مراکز شبانه روز برای کنترل همه گیری باید افراد آلوده را مجزا از افراد سالم نمود .
- بهورز در زمان بروز یک مورد در روستا باید بیمار را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری داده تا پس از اینکه بیماری فرد مورد تأیید قرار گرفت فرد یا افراد آلوده را از افراد سالم جدا نمایند .
- در صورت تأیید بیماری توسط پزشک بهورز باید بر نحوه مصرف داروی بیمار نظارت داشته باشد .

جذام (خوره) یا بیماری هانسن

مقدمه :

بیماری جذام از هزاران سال قبل به عنوان یک بیماری بومی در کشور شناخته می شد . از زمانهای دور این بیماری توسط جامعه بیماری به عنوان بیماری بدون درمان و ناقص کننده و مسری قلمداد می شده است و این مسائل منجر به بروز عکس العملهایی شدید از سوی جامعه می شده است .

در حال حاضر پیغام درمان پذیری کامل این بیماری به طور وسیعی گسترده شده است و سبب شده تا داغ اجتماعی شدید جذام را به کاهش گذارد . در همین حال آگاهی جامعه در مورد افزایش یافته و تعداد افرادی که شخصاً برای تشخیص و معالجه به مراکز بهداشتی مراجعه می نمایند . جذام از قدیمی ترین بیماریهای شناخته شده جامعه بشری است .

بیماری جذام از بیماریهای آندمیک کشور ماست که از سال ۱۳۶۳ تعداد موارد ثبت شده رو به کاهش است پیشرفتهای اقتصادی و اجتماعی در مناطق شهری و روستایی و استفاده وسیع از درمان چند دارویی و مراقبت بهتر از بیماران از دلایل این کاهش می باشد .

تعریف :

یک بیماری عفونی واگیردار مزمنی است که با نشانه های ضایعات پوستی تظاهر می کند و بافتهای سطحی به خصوص پوست و اعصاب محیطی را مورد حمله قرار می دهد . جذام در طول تاریخ بیش از هر بیماری دیگری موجب رعب و وحشت انسانها شده است و موجبات انزوای اجتماعی بیماران را فراهم نموده است .

عامل مولد بیماری :

عامل بیماری میکوباکتریوم لپرا می باشد .

اپیدمیولوژی :

جذام در هر سنی بروز می کند اگر چه در کودکان زیر یک سال خیلی نادر است میزان شیوع بیماری در مناطق روستایی کشورهای گرمسیری و نیمه گرمسیری دنیا بیش از ۵ در هزار است ممکن است عوامل اقتصادی و اجتماعی مهمتر از همه عوامل اقلیمی در ایجاد این بیماری نقش داشته باشند اکنون بیشترین موارد جذام در اقشار آسیب پذیر جامعه یافت می شود بنابراین فقر و بی خانمانی و تغذیه نامناسب از عوامل مستعد کننده بروز آن محسوب می شود . بیشترین تعداد موارد بیماری در استانهای خراسان ، قزوین ، لرستان ، اردبیل ، هرمزگان ، گیلان ، تهران ، کردستان می باشد .

بیماری جذام به ۳ شکل طبقه بندی میشود :

۱ - جذام لپروماتوز ۲ - جذام توبرکلوئید ۳ - اشکال بینابینی

نشانه های بالینی جذام در دو نوع لپروماتوزی و توبرکلوئیدی با هم متفاوت است و اشکال بینابینی که تغییر شکل مستمری را در جهت نزدیکی به یکی از این دو شکل بالینی خواهند داشت زیاد دیده میشود .

در نوع لپروماتوزی :

ضایعات پوستی بصورت نودول ، پاپول و ماکول بوده و با تراکم سلولی منتشر ، بصورت قرنیه دو طرفه ، متعدد و بسیار شدید تظاهر می کند .

در نوع توپر کلوییدی :

در این شکل از بیماری زخمهای پوستی منفرد و یا کم هستند این زخمها حاشیه مشخص نداشته ، بی حس و یا کم حس بوده ، دو طرفه ولی ناقرنیه هستند . ابتلای اعصاب محیطی در این شکل از بیماری اغلب شدید است .

اشکال بینا بینی :

در این شکل جذام تظاهرات بالینی هر دو نوع لپروماتوزی و توبرکلویید را با درجات مختلفی از شدت و ضعف نشانه های بالینی تظاهر می نمایند .

اگر بیماری تحت درمان قرار گیرد در جهت تبدیل به شکل توبرکلوییدی حرکت می کند و در صورتیکه درمان نشود به طرف نوع لپروماتوزی می رود .

تشخیص بالینی جذام :

بر مبنای معاینه کامل پوست قرار دارد ، جستجوی نشانه های بیماری در اعصاب محیطی (کاهش بی حسی ، فلج ، تحلیل رفتگی عضلات ، زخمهای خوره ای) لمس کردن اعصاب محیطی در هر دو طرف (عصب آرنج ، عصب استخوان نازک نی ، عصب بزرگ پس گوشی) که می توان حساسیت و قطور شدن این اعصاب را تعیین کرد در تشخیص بالینی بیماری مورد استفاده قرار می گیرد .

تعیین میزان حساسیت زخمهای جلدی (بوسیله لمس کردن آرام) سوزن زدن و مقایسه گرمی آنها با بافتهای مجاور از آزمون های بالینی است که برای تشخیص بیماری صورت می گیرد .

عامل عفونت :

مایکوباکتریوم لپرا عامل عفونی این بیماری است .

مخزن بیماری : انسان تنها مخزن ثابت شده باسیل جذام است .

روش انتقال :

اگر چه روش انتقال جذام به طور کلی مشخص نشده است ولی تماسهای نزدیک طولانی خانوادگی در انتقال بیماری مهم بوده است بیماران درمان نشده لپروماتوزی روزانه میلیونها باسیل با ترشحات بینی خود دفع می کنند و نشان داده شده که این باسیل ها حداقل تا ۷ روز در ترشحات خشک شده بینی زنده می مانند .

زخمهای جلدی در جذام لپروماتوزی نیز ممکن است مقادیر بسیار زیادی باسیل به خارج بریزند .

دوره کمون :

دوره کمون این بیماری دامنه ای از ۹ ماه تا ۲۰ سال دارد .

دوره سرایت بیماری :

اغلب موارد ۳ ماه بعد از درمان با داپسون و یا کلوفازیمین و یا ۲ هفته بعد از درمان باریفامپین باسیل قدرت آلوده کنندگی خود را از دست میدهد .

علائم بالینی :

- ۱ - ضایعات پوستی کمرنگ یا قرمز رنگ همراه با بی حسی می باشد .
 - ۲ - بی حسی موضعی بخصوص در انگشت کوچک دست یا بی حسی وسیع در دستها و پاها
 - ۳ - ریزش موهای ابرو خصوصاً در ناحیه خارجی
- و نهایتاً ضعف ماهیچه ای ، فلج ، تحلیل عضلات و استخوانها از علائم دیگر بیماری است

راههای پیشگیری از بیماری :

- ۱ - گزارش به مقامات بهداشتی
- ۲ - جداسازی بیمار برای نوع توبرکلوئید لازم نیست . موارد لپروماتوزی باید از بر قراری تماس با دیگران تا زمان درمان منع شوند .
- ۳ - گندزایی ترشحات بینی بیماران که باسیل آلوده کننده دفع می کنند .
- ۴ - پیگیری بیماران شناخته شده و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک
- ۵ - آموزش به مردم در مورد وجود درمان موثر

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز:

۱. آموزش بهداشت در مورد راههای انتقال بیماری وجود درمان مؤثر
۲. آموزش به مردم در مورد عدم انتقال بیماری بعد از دو هفته درمان مؤثر
۳. گزارش و ارجاع فوری موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی و پیگیری تا حصول نتیجه
۴. پیگیری بیماران شناخته شده و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک
۵. جهت درمان این بیماری از سه داروی واپسون، ریفامپین و کلوفازمین استفاده می شود.

زرد زخم (Impetigo)

تعریف :

اصطلاح زرد زخم (Impetigo) یا زخم چرکی پوست بیماری عفونی است این عفونت در ابتداء بصورت وزیکولی زود گذر و در مراحل بعدی به شکل ضایعات پوشیده از کبره است که جوشگاهی بر جای تهی گذارد یا عفونت سطحی پوست را که عمدتاً با سوشهای استرپتوکوکی گروه A ایجاد میشوند زرد زخم می نامند .

عامل بیماری : استرپتوکوکهای گروه A

همه گیری :

زرد زخم اسرپتوکوکی در کودکان در سنین قبل از دبستان شایع تر بوده و در بالغین و اطفال بزرگتر بیماری شدت و شیوع کمتری دارد کودکان مبتلا به زرد زخم غالباً سوشهای پوستی استرپتوکک را در بینی خود داشته .

عفونت در افراد جدید اغلب به دنبال تماس نزدیک با یک فرد آلوده می باشد علاوه بر ضربه های کوچک وارده به پوست ، خراشیدگی ، سوختگی ، گال ، آلودگی به شپش و اگزما از عوامل زمینه ساز در هر دو شکل آندومیک و اپیدمیک زرد زخم استرپتوککی است این عفونت در فصل تابستان یعنی موقعی که حشرات فراوان و صدمه قسمتهای باز پوست در کودکان زیاد می باشد شایعتر است .

موقعی که حشرات فراوان و صدمه قسمتهای باز پوست در کودکان .

این بیماری بخصوص در بچه هایی که در شرائط فقر بهداشتی زندگی می کنند ایجاد میشود .

محل شایع گرفتاری عبارتند از :

صورت بخصوص (اطراف بینی و دهان) و ساق پا ، با این وجود عفونت با ایجاد پاپول های قرمز رنگی است که به سرعت به ضایعات ویزیکولی و سپس پوستولی تبدیل میشوند . این ضایعات معمولاً درد ناک نمی باشند و شخص مبتلا بد حال به نظر نمی رسد تب معمولاً وجود ندارد و اگر وجود داشته باشد نشانه گسترش عفونت به بافتهای عمقی تر است .

علائم بالینی :

ضایعات جلدی اترپتوککی اغلب در سطوح باز بدن و اندامهای ظاهر میشوند عفونت ممکن است دنبال تماس نزدیک با یک بیمار مبتلا به زخم حاصل شود .

ضایعات اولیه زرد زخم پاپولی اس که به سرعت تبدیل به ویزیکول میشود بجز خارش و گاهی سوزش ، ضایعات دردناک نمی باشند مگر اینکه عمقی واقع شده باشند غدد لنفاوی محلی معمولاً مبتلا هستند این زخمها با آهستگی بهبود پیدا می

نمایند .



راههای سرایت :

۱ - انتقال بیماری در اثر تماس مستقیم و بسیار نزدیک با بیماران صورت می گیرد .

۲ - گزش حشرات آلوده .

دوره کمون : تا ۱۰ روز می باشد .

دوره واگیری : تا زمانیکه از زخمها چرک خارج می شود و یا افراد حامل میکروب باشند .

درمان :

زرد زخم استرپتوککی به درمان پنی سیلین پاسخ مطلوب می دهد همچنین از بنزاستین پنی سیلین (G) و پنی سیلین خوراکی (V) بیش از ۹۵٪ موارد باعث بهبودی بیماری می گردد .

راههای پیشگیری :

- رعایت اصول بهداشتی که موجب کاهش عوامل مساعد کننده میگردد .

- کنترل حشرات از اهمیت خائی برخوردار می باشد .

- ارجاع غیر فوری موارد شدید بیماری و مواردیکه پس از یک دوره درمان بهبود نیافته

- آموزش به مردم در مورد خودداری از خارندن زخمها ، استحمام مرتب ، کوتاه نمودن و تمیز نگه داشتن ناخنها .

- رعایت بهداشت فردی و اجتناب از تراکم جمعیت در اماکن مسکونی خط اپیدمی زرد زخم را کاهش می دهد

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز :

۱ . آموزش به مردم در مورد راه انتقال بیماری

۲ . آموزش به مردم در مورد کوتاه نمودن و تمیز نگه داشتن ناخنها و خودداری از خارندن محل زخم

۳ . آموزش به مردم در مورد استحمام مرتب (حداقل هفته ای دوبار)

ارجاع غیر فوری موارد شدید بیماری و مواردیکه پس از یک دوره درمان بهبود نیافته به مرکز بهداشتی درمانی بهورزان پیگیری را باید هر سه روز یکبار انجام دهند .

تمرین عملی در کلاس :

- یک شرح کامل از بیماری تهیه نماید .
- مشخصات بیمار و خلاصه شرح حال را ثبت نماید .
- بیماری را بر اساس علائم بالینی به طور صحیح تشخیص دهد.
- درمان ساده علامتی را بر اساس دارونامه و دستورالعمل ها انجام دهد .
- داروهای تجویز شده را ثبت نماید .
- برگه فرم ارجاع را برای بیمار تکمیل نماید.
- پیگیری جهت نظارت بردرمان و بهبودی بیمار را انجام دهد .
- مشخصات بیمار و موارد بررسی شده را ثبت نماید .
- در مورد بیماری و نحوه پیشگیری از آن به فرد آموزش دهد .
- گزارش کتبی ماهیانه را تهیه نماید .

واژنامه

همه گیر Epidemic	مخزن Reservoir
بومی Endemic	منبع عفونت Source of Infection
جداسازی Isolation	میزان بروز Incidence
جوشگاه Scar	میزان شیوع Prevalence
حامل Carrier	میزبان Host
شدت بیماری زایی Virulence	ناقل Vector
دوره کمون Incubation Period	عالم گیر Pandemic
دوره واگیری Communicable Period	تک گیر Sporadic
عفونت Infection	همه گیری شناسی Epidemiology
قدرت بیماری زایی Pathogenicity	سلول جنسی gametocyte

منابع مورد استفاده:

۱. دستور کار بیماریهای واگیر دار در انسان ترجمه دکتر حسین صباغیان
۲. بیماریهای انگلی در ایران (بیماریهای تک یاخته ای) چاپ ششم، سال ۱۳۷۷ (دکتر اسماعیل صائبی)
۳. گزیده ای از بیماریهای واگیر دار و غیر واگیر دار (چاپ دوم) ناشر: مرکز بهداشت استان خراسان
۴. کنترل ناقلین مالاریا (دکتر حسن وطن دوست)
۵. بیماریهای عفونی در ایران (بیماریهای باکتریال) چاپ اول- سال ۱۳۶۵ (دکتر اسماعیل صائبی)
۶. اصول پیشگیری و مراقبت از بیماریها (بر اساس دستورالعمل های کشوری) از انتشارات مرکز مدیریت بیماریها :
(دکتر مهدی گویا) دکتر مصطفی غفاری
۷. فصلنامه های بهورزی
۸. کتاب باکتری و ایمن شناسی تألیف دکتر حسن برادران - دکتر محمد ناظم
۹. کتاب میکروب شناسی پزشکی جاوتز ترجمه دکتر عبدالحسین ستوده نیا
۱۰. کتاب اپیدمیولوژی پزشکی ، بهداشت عمومی و مبارزه با بیماریها - ترجمه دکتر حسین - شجاعی تهرانی
۱۱. دستورالعمل کشوری درمان مالاریا - تهیه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کتاب روشهای فنی و اجرائی برنامه های ریشه کنی مالاریا - تألیف مهندس عطاء اله نقیب حضرتی
۱۲. ایدز و کارکنان حرف پزشکی (انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد) دکتر علی اکبر حیدری زیر نظر دکتر سرور اسدی
۱۳. کتابچه درمان سالک ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی، مرکز مدیریت بیماریها، اداره مبارزه با بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان

پایان