

فصل.....

بیماری های منتقله از آب و مواد غذایی

فهرست مطالب	صفحه
بخش ۱: آشنایی با بیماری وبا و نظام مراقبت آن در ایران	۱
بخش ۲: آشنایی با بوتولیسم و نظام مراقبت آن در ایران	۱۱
بخش ۳: آشنایی با تشخیص، درمان و مراقبت آلودگی به شپش	۱۶
بخش ۴: آشنایی با تشخیص، درمان و مراقبت بیماری گال	۲۹
بخش ۵: طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا	۳۷
بخش ۶: تیفوئید	۴۳
بخش ۷: شیگلوز	۴۸

لیست جداول

جدول شماره ۱ آنتی بیوتیک های توصیه شده برای درمان مبتلایان به وبادر ایران توسط پزشک	۹
---	---

بخش ۱: آشنایی با بیماری وبا و نظام مراقبت آن در ایران

اهداف بخش وبا

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

- بیماری وبا و انواع آن را بشناسند.
- اهمیت تشخیص، درمان و مراقبت بیماری وبا را بدانید.
- راه های پیشگیری از ابتلا و شیوع بیماری وبا را توضیح دهند.
- با روش های مختلف تهیه نمونه مدفوع و نحوه ارسال به آزمایشگاه آشنا شده و عمل کنند.

واژگان کلیدی بخش وبا

- وبا
- التور
- علائم
- مراقبت وبا
- مشکوک
- قطعی
- اسهال حاد آبکی
- ویبریو کلرا

عناوین بخش وبا

- مقدمه
- تعریف بیماری و اهمیت بیماری التور
- وضعیت بیماری وبا در جهان و ایران
- عامل بیماری
- نشانه ها و علائم بالینی
- راه های انتقال و پیشگیری
- توصیه های مهم در برخورد با بیمار مشکوک و یا مبتلا به وبا
- تعاریف بیماری وبا در نظام مراقبت کشوری
- روش های مختلف تهیه نمونه مدفوع و ارسال به آزمایشگاه از نظر بررسی وبا
- مراحل رسیدگی به بیماران مشکوک به وبا

مقدمه

وبا یک بیماری واگیر عفونی است که فقط در انسان ایجاد بیماری می کند. عامل بیماری وبا یک باکتری بنام ویبریوکلرا است که بشدت مسری است. میکروب این بیماری بیشتر در آب وجود دارد و از طریق خوردن آب آلوده پس از عبور از معده و روده تکثیر پیدا کرده و موجب ترشح سم و افزایش دفع آب و املاح از دیواره روده می شود که با نشانه اسهال همراه است. بنابراین میکروب از طریق مدفوع انسان در محیط پخش شده و می تواند آب و غذا را آلوده کند. شایع ترین راه انتقال آن آب آشامیدنی است.

بیماران وبایی به طور مشخص دچار اسهال آبکی حاد همراه با دهیدراتاسیون (از دست دادن آب و املاح بدن) می شوند. وبا را می توان با مایع درمانی خوراکی یا تزریقی و جایگزینی املاح درمان کرد. آموزش مردم در باره استفاده از غذا و آب سالم و همچنین اهمیت شست و شوی دست ها بویژه قبل از صرف غذا و بعد از توالی و تماس با بیماران و افراد مشکوک و استفاده از توالی بهداشتی از بروز موارد جدید جلوگیری می کند. هم اکنون کشور ایران یکی از مناطق بومی بیماری وبای نوع التور در دنیا محسوب می شود.

تعریف بیماری

وبا بیماری باکتریایی حاد روده ای است که نشانه های آن در اشکال شدید ناگهانی با مدفوع روان، آبکی و بدون درد (اسهال - برنجی)، حالت تهوع و استفراغ شروع می شود. موارد درمان نشده با کاهش شدید سریع آب بدن، اسیدوز، کلاپس دستگاه گردش خون، افت شدید قند خون و نارسایی کلیه، به مرگ بیماری انجامد. در اغلب موارد، به ویژه در وبای نوع التور بیماری بدون نشانه و یا همراه با اسهال خفیف است، همچنین حاملان بدون نشانه می

توانند منتقل کننده عفونت باشند. مبتلایان به اشکال شدید بیماری ممکن است در عرض چند ساعت فوت کنند، میزان کشندگی در این بیماری ممکن است از ۵۰ درصد نیز تجاوز کند، ولی درمان صحیح و به موقع، با جانشین کردن آب و الکترولیت های از دست رفته، ممکن است این میزان مرگ از وبا را به کمتر از یک درصد کاهش دهد.

اهمیت بیماری التور

بار سیاسی، اجتماعی و اقتصادی زیادی به جامعه تحمیل می کند.

- قدرت وبا در مبتلا کردن ناگهانی تعداد زیادی از مردم و ایجاد همه گیری های بزرگ آن را به شکل یک تهدید بین المللی در آورده است.
- میزان حمله بیماری التور تا ۲۰ درصد افراد جامعه می رسد.
- میزان کشندگی بیماری التور: بدون دسترسی به درمان ۳۰ تا ۵۰ درصد است که با ری هیدراسیون سریع بیمار به زیر ۱ درصد کاهش می یابد.
- افراد مبتلا به تدریج بیش از ۱۰ درصد وزن بدن را از دست می دهند.
- در موارد شدید در هر ساعت ۱ لیتر مایع از دست می دهند. حدود ۲۰ لیتر آب و مایعات در روز و حدود ۱۰۸ عدد ویریو در هر میلی لیتر از دست می دهد.
- بیوتیپ التور توکسین کمتری تولید می کند، در حالی که بهتر کلونیزه می شود و مقاومت بیشتری به فاکتورهای محیطی از خود نشان می دهد.
- زمان بقای ویریو کلرا در آب ممکن است از ساعت ها تا ماه ها طول بکشد.

اهداف اختصاصی برنامه نظام مراقبت بیماری وبا در ایران

- کنترل بیماری در حد غیر قابل اهمیت بودن از نظر اپیدمیولوژیکی.
- کاهش موارد مرگ و میر به کمتر از ۱٪.
- ارتقاء سطح آموزش جامعه از طریق بهره گیری از کلیه امکانات رسانه ای.
- فراهم نمودن دسترسی واقعی همه افراد جامعه و به خصوص ساکنین مناطق روستایی به آب آشامیدنی سالم.
- فراهم نمودن امکانات دفع بهداشتی فاضلاب ها.
- بازآموزی کلیه پزشکان و کارکنان فنی نظام سلامت در زمینه پیشگیری از وبا از طریق نمونه برداری موارد اسهال حاد آبکی و درمان خوراکی با O.R.S.
- ایجاد باور در سیستم های بهداشتی در خصوص کارآمد بودن نظام مراقبت.

وضعیت موجود بیماری وبا در جهان و ایران

وضعیت جهانی بیماری وبا

در سال ۲۰۱۱ بیماری وبا ناشی از ویریو کلرا O1 بیوتیپ التور، که مسؤول هفتمین جهانگیری اخیر وبا است، به طور رسمی از ۵۸ کشور به سازمان جهانی بهداشت گزارش شده است. تعداد کل موارد بیماری ۵۱۹ هزار و ۸۵۴ و تعداد کل

موارد مرگ ۷ هزار و ۸۱۶ مورد بوده است. گزارش موارد بیماری در جهان از سال ۲۰۰۵ تا کنون روند افزایشی داشته است و حدود ۹۳ تا ۹۸ درصد کل موارد از بیماری جهان در فاصله سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰ از کشورهای در حال توسعه گزارش شده است، به میزان ۳/۵ درصد. تعداد کل موارد مرگ ۷ هزار و ۸۱۶ نفر در سال ۲۰۱۱ در مقایسه با تعداد ۷ هزار و ۵۴۳ مورد مرگ در سال قبل تقریباً ۳/۵ درصد افزایش نشان می‌دهد. میزان کشندگی بیماری در مناطق پرخطر و در میان گروه‌های آسیب پذیر هم‌چنان بالاتر است به هر حال تخمین زده می‌شود ارقام واقعی بیماری خیلی بیشتر از این باشد.

وضعیت بیماری وبا در ایران

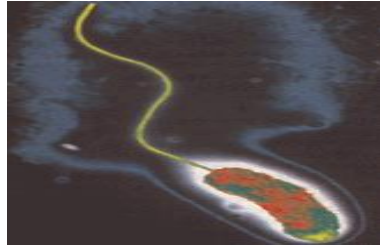
بیماری وبا یکی از بیماری‌های بومی کشور است. همه‌گیری‌های بیماری از سال ۱۳۴۴ تا ۱۳۹۲ در کشور ثبت و گزارش شده است.

تقریباً از سال ۱۳۴۴ همه ساله مواردی از بیماری در کشور گزارش شده است. طی سالیان گذشته همه‌گیری‌های متعددی در تمام کشور و در بعضی از سال‌ها در مناطق محدودتری از کشور دیده شده است. میزان بروز در سال ۱۳۵۶ حدود ۳۱ در یک صد هزار در طول سال و در حال حاضر به زیر ۰/۰۲ در یک صد هزار رسید. در چند سال اخیر بیشترین موارد مربوط به سال ۱۳۷۷، ۱۳۷۸، ۱۳۸۴، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۲ است که به ترتیب با ۹ هزار و ۷۵۶ و ۲۴۵ هزار و ۱۳۳ و ۱۸۷ هزار و ۲۵۷ مورد بیماری گزارش شده است.

عامل بیماری

باکتری ویبریو کلرا است. در جهان ۲ بیوتیپ از ویبریو کلرا وجود دارد شامل:

۱. فرم کلاسیک که در ایران تاکنون مشاهده نشده است.
 ۲. فرم التور که تمام موارد وبای شناسایی شده در ایران از نوع التور است.
 ۳. زیرگروپ اصلی از ویبریو کلرا وجود دارد که شامل:
 ۱. ویبریو کلرای O1 (تمام موارد وبای گزارش شده در ایران تاکنون این نوع ساب‌گروپ بوده است).
 ۲. ویبریو کلرای O139 (در ایران تاکنون مشاهده نشده است).
 ۳. ویبریو کلرای non-O1 یا ناگ (نوع غیر بیماری‌زای ویبریو کلرا است و در ایران نیز زیاد گزارش می‌شود).
- ویبریو کلرای O1، به تعداد ۳ سروتیپ‌های اوگاوا، اینابا و هیکوجیما تقسیم می‌شود. (نوع هیکوجیما تاکنون در ایران گزارش نشده است و همه ساله تمام موارد گزارش شده در ایران از نوع اوگاوا و اینابا است).



نشانه ها و علائم بالینی

از ویژگی های این بیماری شروع ناگهانی اسهال آبکی شدید بدون درد همراه با تهوع و استفراغ در مراحل اولیه بیماری است. در بیماران درمان نشده، دهیدراتاسیون سریع، اسیدوز، کولاپس عروقی، هیپوگلیسمی در بچه ها و نارسایی کلیه شایع است. در سویه های بیوتایپ التور به خصوص اینابا موارد بدون علامت بیماری از اشکال بالینی آن شایع ترند و موارد خفیف با اسهال معمولی به ویژه در بچه ها دیده می شود. در موارد شدید درمان نشده (Cholera Gravis) مرگ معمولاً در عرض چند ساعت اتفاق می افتد و میزان مرگ و میر آن به بیش از ۵۰٪ موارد می رسد. در حالی که با درمان به موقع و مناسب این میزان به کمتر از ۱٪ خواهد رسید. در افراد مسن ممکن است قطع ناگهانی اسهال به دلیل انسداد روده (Cholera Sicca) دیده شود.



دوره نهفتگی

دوره نهفتگی معمولاً یک تا سه روز است که می تواند از چندین ساعت تا ۵ روز به طول انجامد. نشانه های بیماری ۲ تا ۳ روز طول می کشد که در بعضی از بیماران تا ۵ روز ادامه می یابد.

روش های انتقال

وبا به طور منحصر از طریق آب یا غذای آلوده منتقل می شود. انتقال، توسط تماس مستقیم فرد به فرد مانند تماس با بیمار به ندرت اتفاق می افتد.

شرایط محیطی مناسب برای شیوع وبا

مناطق که دارای آب سالم نیستند و بهداشت محیط مناسبی ندارند، در معرض خطر شیوع وبا هستند. از جمله نقاط شهری که آب آن به مقدار کافی کلرزنی نمی شود، مناطق روستایی که به لوله کشی و چاه های حفاظت شده دسترسی ندارند و مناطقی که توالی و سیستم فاضلاب در آنها معمولاً استفاده نمی شود.

عوامل فردی موثر در شیوع وبا

عوامل فردی که موجب مقاومت در برابر بیماری وبا می شود، شامل ایمنی ناشی از عفونت قبلی با باکتری وبا و تغذیه نوزاد با شیر مادر است. از آنجا که عامل وبا در محیط اسیدی نمی تواند زندگی کند و در برابر محیط های اسیدی بسیار حساس است، لذا غذا های ترش، لیمو، گوجه فرنگی، ماست و... مانع رشد و بیروکلرا هستند. اسیدیته معده نقش مهمی در جلوگیری از عفونت وبا دارد. بنابراین افرادی که داروهای آنتی اسید مصرف می کنند یا تولید اسید معده در آنها کم است، برای ابتلا به وبا مستعدتر هستند.

راه های پیشگیری

برای پیشگیری از بیماری وبا رعایت موارد زیر ضروری است:

- ❖ از آب آشامیدنی سالم استفاده کنید.
- ❖ در مناطقی که دسترسی به آب تصفیه شده و لوله کشی وجود ندارد و از آب چاه، آب تانکرها، آب چشمه ها و... استفاده می شود، حتماً آب را قبل از مصرف بجوشانید یا کلرزنی کنید.
- ❖ از مصرف یخ غیر بهداشتی، مواد غذایی و غذاهای آماده غیر بهداشتی، آب میوه و نوشیدنی های ارایه شده در بیرون از منزل و به خصوص غذاهای ارایه شده توسط فروشندگان دوره گرد جدا خودداری کنید.
- ❖ در آب رودخانه، جوی ها یا استخرهای آلوده شنا نکنید.
- ❖ قبل از مصرف میوه ها و سبزی ها حتما آنها را شسته و ضدعفونی کرده و سپس استفاده کنید.
- ❖ اطمینان از سلامت غذا: استفاده از غذای پخته کاملاً داغ شده و شستشوی مناسب ظروف و لوازم مورد استفاده برای کنترل بیماری ضروری است.
- ❖ قبل از تهیه، توزیع و خوردن غذا و قبل از دادن غذا یا شیر به کودک حتماً دست ها را با آب و صابون بشوید.
- ❖ دست ها را بعد از رفتن به توالت و نیز قبل از دست زدن به مواد غذایی و خوراکی حتماً با آب و صابون بشوید.
- ❖ مواد غذایی را در معرض مگس و آلودگی های دیگر قرار ندهید و حتماً در یخچال نگهداری کنید.
- ❖ تامین منابع آب سالم: در مناطق شهری استفاده از آب لوله کشی و در مناطق روستایی جوشاندن آب یا اضافه کردن ترکیبات کلر به آن توصیه می شود. در شرایط همه گیری باید میزان کلر باقی مانده تا ۱ PPM افزایش یابد.
- ❖ هنگام سفر آب و غذای سالم همراه داشته باشید یا از نوشیدنی ها و غذاهای بسته بندی مطمئن استفاده کنید.
- ❖ دفع بهداشتی فضولات انسانی: استفاده از مستراح های بهداشتی و ضدعفونی مستراح ها و مدفوع های بیماران با استفاده از شیر آهک ۲۰٪ و یا کرئولین ۵٪ و یا پرکلرین به غلظت ۲۰ PPM و ضدعفونی محل های آلوده شده به استفراغ یا مدفوع بیماران با محلول های فوق و یا هالامید ۵ در هزار صورت می گیرد.
- ❖ ضدعفونی: ضدعفونی مدفوع و محتویات استفراغی و ظروف و لوازمی که بیمار استفاده کرده است با استفاده از حرارت، کاربولیک اسید و سایر مواد ضدعفونی کننده انجام می شود.

با مشاهده هر مورد از ابتلا به اسهال، سریع به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کنید.

- ❖ بدون تجویز پزشک از مصرف قرص های ضد اسهال به هر نحو خودداری کنید.
- ❖ باتوجه به این که مهم ترین مشکل اساسی در بیماری وبا از دست دادن شدید مایعات و الکترولیت های بدن است، به محض شروع اسهال مصرف مایعات را افزایش دهید.
- ❖ تدفین اجساد و ضدعفونی: پس از مرگ بیمار باید از تهیه غذا توسط افرادی که مستقیماً با وی در تماس بوده اند خودداری شود. غسل باید دارای لباس کار نایلونی مخصوص و چکمه و دستکش پلاستیکی باشد. پس از اتمام غسل باید حمام گرم با صابون بگیرد و محیط و لباس های کار با محلول پرکلرین غلیظ (۱۰۰ گرم ۶۰٪ دریک مترمکعب آب) یا هالامید ۵ درهزار ضدعفونی شود.
- ❖ قرنطینه: ندارد.

اقدام های ضروری برای بیمار مشکوک و یا مبتلا به وبا

- ارزیابی درجه کم آبی بدن و جبران کم آبی و املاح از دست رفته بیماران
- انجام سریع اقدام درمانی مناسب برای بیماران برحسب شدت کم آبی بدن، طبق دستورالعمل های کشوری درمان مبتلایان به اسهال یا وبا
- تکمیل فرم نمونه گیری و تهیه نمونه سوآپ رکتال در داخل محیط کری بلر و ارسال به آزمایشگاه وبای شهرستان در کمتر از یک هفته
- در صورت لزوم درمان آنتی بیوتیکی لازم با نظر پزشک
- پیگیری نتیجه آزمایش نمونه ارسال شده به آزمایشگاه
- بررسی موارد تماس افرادی که از نظر خوردن و آشامیدن با بیمار تأیید شده توسط آزمایشگاه در تماس بوده اند تا ۵ روز بعد از تماس

توصیه های مهم برای پرسنل واحد های بهداشتی درمانی در برخورد با بیماران مشکوک وبا و مراقبت وبای نوع التور

همه پرسنل شاغل در نظام سلامت باید تعریف مورد مشکوک و قطعی بیماری وبا را بدانند و موارد مشکوک را بعد از تهیه نمونه سوآپ فوری به سطح بالاتر گزارش کنند.
در تمام طول سال باید محیط انتقال کری بلر** در همه واحد های بهداشتی درمانی وجود داشته باشد و از هر مورد مشکوک نمونه گیری وبه آزمایشگاه ارسال کنند.

تعاریف بیماری وبا در نظام مراقبت کشوری

تعریف اسهال حاد آبکی: دفع سه بار یا بیشتر اسهال آبکی روزانه که با روزهای دیگر متفاوت باشد، به مدت کمتر از دو هفته

تعریف مورد مشکوک به وبا برای تهیه نمونه مدفوع جهت ارسال به آزمایشگاه التور شهرستان برای آزمایش:

۱. هر فرد ۲ سال و بالاتر مبتلا به اسهال حاد آبکی شدید یا متوسط در تمام فصول سال

۲. مرگ از اسهال با هر سنی (تهیه نمونه از موارد تماس مورد مرگ، از فوت شده)
۳. هر مورد طغیان بیماری اسهال آبکی (افزایش ناگهانی موارد بیماری) در منطقه صرف نظر از سن و یا شدت بیماری (تهیه ۲ سوآپ رکتال)
۴. مشکوک شدن به بیماری وبا توسط پزشک با وجود انطباق نداشتن با تعاریف فوق (نمونه گیری بدون لحاظ سن)

تعریف مورد قطعی: وقتی که ویبریوکلرای O1 یا O139 از نمونه مدفوع بیمار مبتلا به اسهال جدا شود.

نکته مهم: با توجه به این که بیماران مبتلا به وبای التور طیف بالینی وسیعی دارند، یعنی تقریباً:

- ۷۵ درصد آنها بدون نشانه هستند و هیچ نشانه ای از بیماری را ندارند.
- ۲۰ درصد دیگر دچار اسهالی می شوند که از سایر اسهال ها قابل افتراق نیست.
- فقط در ۲ تا ۵ درصد (درصد اندکی) از افراد اسهال آبکی، استفراغ و از دست رفتن شدید آب بدن رخ می دهد.

لذا برای مراقبت بیماری وبای التور باید در تمام فصول سال از افراد بالای ۲ سال مبتلا به اسهال های متوسط و شدید نمونه سوآپ رکتال تهیه و در داخل محیط کری بلر به آزمایشگاه ارسال کرد.

روش های مختلف تهیه نمونه مدفوع و ارسال به آزمایشگاه از نظر بررسی وبا

- تهیه نمونه سوآپ رکتال و قرار دادن آن داخل محیط کری بلر
- تهیه نمونه سوآپ از ظرف حاوی مدفوع بیمار و قرار دادن آن در داخل محیط کری بلر
- تهیه نمونه از مدفوع تازه (تحويل به آزمایشگاه در کمتر از ۲ ساعت از زمان تهیه نمونه) انتقال به آزمایشگاه (با کری بلر در کمتر از یک هفته و بدون کری بلر در کمتر از ۲ ساعت)

پکیج نمونه گیری مدفوع برای التور باید مجهز به وسایل زیر باشد:

مداد، پاک کن، ماژیک ضدآب (آبی و قرمز)، دفترچه یادداشت، کاغذ A4، برچسب، خط کش، ماشین حساب، قیچی، ترمومتر، چراغ قوه، نوارچسب، نرمال سالین ۰/۹ درصد، گاز ۱۰×۱۰ سانتی متر، لام، لامل، جعبه لام برای ۲۵ اسلاید (لام)، کیسه پلاستیکی، پنبه، سوآپ، شیشه (لوله در پیچ دار)، کری بلر، سوآپ مخصوص رکتال بالغان، رکتال سوآپ مخصوص نوزادان، قوطی های جمع آوری مدفوع با قاشق. بسته نمونه گیری باید دارای ۲۵ عدد سوآپ رکتال نوزادان و ۲۵ عدد سوآپ رکتال بالغان باشد.

مراحل رسیدگی به بیماران مشکوک به وبا

۱. مطابق آخرین دستورالعمل درمان بیماران مبتلا به وبا میزان دهیدراتاسیون بیمار را ارزیابی کنید.
۲. جبران مایعات بیمار را بر اساس راهنمای سازمان جهانی بهداشت برای موارد بدون دهیدراتاسیون و موارد دهیدراتاسیون نسبی یا شدید انجام دهید.

۳. بیمار را به طور مکرر پایش کنید و وضعیت جبران مایعات را با فواصل زمانی توصیه شده در راهنمای مربوطه ارزیابی کنید. برای درمان میزان دهیدراتاسیون که مجدد ارزیابی کرده اید از راهنمای درمان استفاده کنید.
۴. مطابق آخرین دستورالعمل درمان بیماران مبتلا به وبا به بیماران مبتلا به دهیدراتاسیون شدید آنتی بیوتیک خوراکی بدهید.
۵. در صورتی که استفراغ بیمار متوقف شده است، به او اجازه دهید، تا آنچه لازم است را میل کند.
۶. تا زمانی که اسهال متوقف شود پایش بیمار و جایگزینی مایعات را ادامه دهید.
۷. به اندازه دو روز پودر ORS به بیمار بدهید تا از آنها طبق دستوراتی که شما ارایه می کنید استفاده کند.

جدول شماره ۱: آنتی بیوتیک های توصیه شده برای درمان مبتلایان به وبادر ایران توسط پزشک

بزرگسالان	کودکان کمتر از ۸ سال	آنتی بیوتیک
۲۵۰ میلی گرم دو بار در روز به مدت سه روز یا یک گرم به صورت تک دوز	زیر ۱۷ سال تجویز نشود.	سیپروفلوکساسین
۴۰۰ میلی گرم روزانه برای ۳ روز	8 mg/kg/day در دودوز منقسم به مدت ۳ روز	سفیکسیم
۴۰۰ میلی گرم ۴ بار در روز به مدت ۳ روز	10mg/kg/dose چهار بار در روز به مدت ۳ روز	اریترومایسین
1 gr دوز واحد	20mg/kg/dose دوز واحد	آزیترومایسین
500 میلی گرم ۴ بار در روز برای ۳ روز	12.5 mg/kg/dose چهار بار در روز برای ۳ روز	آمپی سیلین

اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر

در شرایط عادی اکثریت بیماران را می توان به طور سرپایی با مایع درمانی خوراکی و آنتی بیوتیک مناسب درمان کرد. در شرایط همه گیری و در صورت بروز موارد سروتایپ التور (خصوصاً مورد اینابا به دلیل خفیف تر بودن علائم و تغییر سریع سیر بیماری) بهتر است بیماران در شرایط بستری تحت مراقبت قرار گیرند.

جداسازی

بستری موارد شدید با رعایت احتیاطات بیماری های روده ای و محدودیت تماس در شرایط همه گیری توصیه می شود

خلاصه بخش وبا

با توجه به اینکه کشور ایران در همسایگی آلوده ترین کشورهای جهان (پاکستان و افغانستان) به بیماری وبا قرار دارد و در تمام فصول سال تعداد زیادی از اتباع این کشور های بصورت مجاز و غیر مجاز وارد کشور شده و در تمام استانها تردد دارند و از طرف دیگر ایران نیز یکی از مناطق آندمیک بیماری وبای بیوتایپ نوع التور در جهان محسوب می شود و همچنین بلحاظ اینکه حدود ۷۵ درصد افراد آلوده به ویبریوکلرای نوع التور (وبای موجود در ایران) فاقد نشانه های بالینی مشخص و تنها حدود ۱۰ درصد آنها دارای علائم اسهال حاد خفیف یا متوسط هستند و تنها حدود ۵ درصد مبتلایان دارای علائم شدید مانند اسهال آبکی، تهوع، استفراغ و از دست رفتن آب و املاح بدن می باشند، لذا جهت انجام مراقبت صحیح بیماری وبا بایستی در کلیه استانهای کشور و در تمام فصول مختلف سال توسط تمام واحد های بهداشتی درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاه ها، مطب ها، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و کلیه پایگاههای بهداشتی شهری و نقاط شهری و خانه های بهداشت) و در تمام سطوح و بویژه توسط بهورزان سراسر کشور از کلیه افراد با تعریف مشکوک به التور (افراد با سن بالای ۲ سال مبتلا به اسهال حاد آبکی متوسط و شدید، مورد مرگ از اسهال و اطرافیان متوففا، وقوع طغیان بیماری اسهال) نمونه سوآپ رکتال تهیه و با استفاده از محیط اختصاصی کری بلر جهت آزمایش به آزمایشگاه التور هر شهرستان ارسال شود و همچنین هر سال جمعیت های تحت پوشش، توسط کلیه واحدهای بهداشتی از جمله خانه های بهداشت تحت آموزش های ویژه پیشگیری از بیماری وبا قرار گیرند

منابع

- مطالب ارایه شده در کارگاه های کشوری مراقبت بیماری های منتقله از آب و غذا با الویت بیماری وبا
- سایت سازمان جهانی بهداشت (<http://www.who.int/en>)
- سایت CDC (<http://www.cdc.gov>)
- آخرین دستورالعمل کشوری درمان بیماران مبتلا به وبا، تهیه شده توسط اداره بیماری های منتقله از آب و غذا مرکز مدیریت بیماری های واگیر بهار ۱۳۹۳

بخش ۲: آشنایی با بیماری بوتولیسم و نظام مراقبت آن در ایران

اهداف آموزشی بخش بوتولیسم

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که فراگیران بتوانند:

- بیماری بوتولیسم و انواع آن را بشناسند.
- اهمیت تشخیص، درمان و مراقبت بیماری بوتولیسم را بدانند.
- راه های پیشگیری از ابتلا و شیوع بیماری بوتولیسم را توضیح دهند.
- با روش های مختلف تهیه نمونه از غذای مصرف شده، سرم، محتویات معده و مدفوع بیمار مشکوک و نحوه ارسال به آزمایشگاه رفرانس در انیستیتو پاستور آشنا شده و عمل کنند.

واژگان کلیدی بخش بوتولیسم

- بوتولیسم
- کلستریدیوم بوتولینوم
- علایم بالینی
- تهیه نمونه
- درمان
- پیشگیری

عناوین بخش بوتولیسم

- مقدمه
- معرفی بیماری
- علایم بالینی
- تشخیص
- تعاریف
- اقدامات مورد نیاز درمانی و پیشگیری
- اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر

معرفی بیماری

بیماری بوتولیسم ناشی از مسمومیت با پروتئین نوروتوکسین ترشح شده از کلستریدیوم بوتولینوم (باسیل بزرگ گرم مثبت و بی هوازی اجباری مطلق) بوده که با تاثیر بر سیناپس های اتونومیک و محل اتصال اعصاب عضلانی محیطی سبب ضعف عضلانی و فلج شل پایین رونده و در صورت عدم درمان، با تاثیر بر عضلات تنفسی سبب وقفه تنفسی و مرگ سریع می شود.

کلستریدیوم بوتولینوم در خاک و رسوبات دریایی در سراسر دنیا یافت می شود و می تواند در دستگاه گوارش ماهی ها، پرندگان و پستانداران تجمع پیدا کند. توکسین بوتولینوم قوی ترین و کشنده ترین توکسین دنیاست و به همین خاطر کشورهای مختلف، در حال تحقیق بر روی توکسین بوتولیسم به عنوان یک اسلحه بیولوژیک می باشند؛ لذا کلیه اعضای گروه پزشکی لازم است که در همه گیری ها به فکر حمله بیوتروریستی نیز باشند.

شیوع و توزیع واقعی بیماری در کشور به دلیل محدودیت های تشخیصی پزشکی و آزمایشگاهی ناشناخته است. اولین همه گیری این بیماری در سال ۱۳۴۴ در شمال کشور اتفاق افتاد. عادات غذایی نقش عمده ای در ابتلا به این بیماری دارند. مهم ترین علت بیماری در ایران، مصرف غذاهای دریایی، پس از آن مصرف پنیرکیسه ای و کشک خانگی و سپس مصرف کنسروهای تن ماهی و کنسروهای زیتون وارداتی است. شایع ترین علت بروز بوتولیسم در استان گلستان، ماهی شور و در استان گیلان اشپل ماهی است. بیشترین موارد بروز بوتولیسم به ترتیب در استان های گیلان، گلستان، همدان، تهران، آذربایجان غربی و البرز اتفاق افتاده است. در سال ۱۳۹۰ از تعداد ۴۹۳ مورد نمونه ارسالی به انستیتو پاستور ۲۷ مورد مثبت به همراه تشخیص نوع توکسین و ۳۰ مورد مثبت بدون تشخیص نوع توکسین گزارش شده است که ۱۲ مورد منجر به فوت شده است.

علائم بالینی

دوره کمون معمول بیماری ۱۲ تا ۳۶ ساعت است؛ اما توکسین تا ۳۰ روز نیز ممکن است در بدن باقی بماند. تهوع، استفراغ و درد شکمی، زودرس ترین علائم هستند. شکایات عصبی مشخصه بوتولیسم عبارتند از فلج عضلات خارجی و

داخلی چشم (که منجر به دوبینی می شود)، افتادگی پلک، گشاد شدن مردمک ها و عدم واکنش به نور، عدم ترشح بزاق و خشک شدن مخاط دهان، گرفتگی صدا هنگام حرف زدن، اشکال در بلع غذا، یبوست مداوم (ناشی از فلج اعصاب اتونوم)، اشکال در ادرار کردن و ضعف عضلات تنفسی.

بیماران معمولاً هوشیار هستند و نسبت به زمان و مکان آگاهی دارند؛ ولی ممکن است گیج، بی قرار و مضطرب باشند. معمولاً تب وجود ندارد. رفلکس Gag ممکن است از بین رفته باشد و رفلکس های وتری عمقی ممکن است طبیعی و یا کاهش یافته باشد.

چهار علامت مشخصه بیماری عبارتند از:

- مسمومیت غذایی بدون تب.
- فلج شل پایین رونده قرینه که به دلیل گرفتاری اعصاب جمجمه ای از چشم ها شروع و اولین علامت افتادگی دو طرفه پلک ها یا پتوز می باشد.
- درگیری اعصاب حرکتی کرانیال (بدون درگیری اعصاب ۱ و ۲ و اعصاب حسی).
- گشاد شدن مردمک چشم ها.

تشخیص

تشخیص قطعی با جدا کردن توکسین بوتولیسم در مدفوع، نمونه خون، ترشحات معده بیمار و در نمونه غذای آلوده مصرف شده توسط بیمار با استفاده از روش های آزمایشگاهی کشت، بیوشیمی، PCR و کروماتوگرافی در آزمایشگاه می باشد. در آزمایشگاه مرجع کشوری (انستیتو پاستور ایران) در حال حاضر از روش بیواسی (Bioassay) توکسین در موش استفاده می شود که روش استاندارد تشخیصی می باشد.

تعاریف

سابقه مصرف مواد غذایی منبع احتمالی بوتولیسم ۳-۱ روز قبل همراه با علائم تهوع و استفراغ، دوبینی (Diplopia)، گشاد شدن مردمک چشم، بلع دردناک (Disphagia)، دهان خشک (Dry mouth).

بنا به توصیه مرکز کنترل بیماری های (CDC) آمریکا بایستی به علائم و نشانه های اصلی زیر توجه شود:

- مسمومیت غذایی بدون تب.
- فلج شل و ضعف پایین رونده قرینه همراه با تظاهرات گرفتاری اعصاب مغزی بصورت دو طرفه و حاد.
- بیمار هیچ اختلال حسی به جز تاری دید ندارد و به تحریکات محیطی پاسخ می دهد.
- ضربان قلب طبیعی یا کند است و کاهش فشار خون ندارد.

اقدامات مورد نیاز

الف- درمانی

- شرح حال دقیق بیمار از ۴۸ ساعت قبل و فهرست غذاهای خورده شده توسط بیمار در این مدت اخذ شود و بیماری بوتولیسم در تشخیص های افتراقی موارد مسمومیت قرار گیرد. در صورتی که فاصله زمانی خوردن

- غذای آلوده کم (فقط چند ساعت) باشد تجویز مواد استفراغ آور یا شستشوی معده می تواند مفید باشد.
- گزارش تلفنی و فوری به شبکه بهداشت و هماهنگی برای ارجاع بیمار و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه انستیتو پاستور ایران با رعایت زنجیره سرما.
 - تهیه نمونه ها^۱ قبل از شروع درمان و نگهداری در یخچال.
 - ارجاع به بیمارستان مجهز دارای بخش مراقبت های ویژه.
 - تهیه و تجویز آنتی توکسین بیماری طبق دستورالعمل کشوری و تحت نظر پزشک معالج.

ب- پیشگیری

- بررسی غذاهای مشکوک به آلودگی با عامل بیماری زا و نمونه برداری در محل.
 - معاینه کلیه افرادی که از نظر بروز علائم با بیمار، منبع غذایی مشترکی داشته اند.
 - تخلیه محتویات دستگاه گوارش کسانی که از غذای مشکوک استفاده کرده اند، با شستشوی گوارشی و تنقیه و تحت نظر قرارداد آن ها و در صورت لزوم استفاده از سرم پلی والان جهت موارد تماس بدون علامت.
 - نگهداری مواد غذایی مشکوک در شرایط ویژه و عدم استفاده از آنها و معدوم کردن آن ها پس از مثبت شدن نمونه های آزمایش شده و دفن قوطی های غذایی آلوده در عمق زیاد.
- با توجه به اهمیت رعایت شرایط مناسب نگهداری مواد غذایی در پیشگیری از بیماری^۲، آموزش جمعیت عمومی برای رعایت بهداشت مواد غذایی به ویژه در مناطقی که شیوع بیماری بالا است.

اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر

پس از شک به بیماری بوتولیسم، گرفتن نمونه های غذایی و انسانی و گزارش فوری تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان و ارجاع به بیمارستان مجهز به بخش مراقبت های ویژه و آنتی توکسین الزامی است. برای شروع درمان نیازی به تایید تشخیص و جواب آزمایشگاه مرجع سلامت (انستیتو پاستور) نیست.

در بیمارستان بیماران باید در ICU بستری شوند و توسط اسپرومتری، پالس اکسی متری (دستگاه سنجش اکسیژن خون) و اندازه گیری گازهای خون شریانی از نظر نارسایی تنفسی احتمالی مراقبت شوند و به مدت یک هفته NPO باشند. بعد از اطمینان از گرفتن نمونه های آزمایشگاهی، تزریق آنتی توکسین اسبی پلی والان (A.B.E) انجام می شود. ویال های آنتی توکسین حاوی ۱۰^{cc} آنتی سرم هستند. بعد از انجام تست از نظر واکنش های حساسیتی و عدم بروز

^۱ ۱- نمونه مدفوع به مقدار ۵۰-۳۰ گرم ۲- نمونه محتویات معده آسپیره شده به مقدار ۵۰-۳۰ گرم ۳- نمونه غذای آلوده مصرف شده توسط بیمار ۵۰ گرم ۴- سرم بیمار حدود ۱۵ میلی لیتر.

^۲ شرایط اسیدیته پایین، نمک کم، رطوبت بالا، عدم وجود اکسیژن، عدم نگهداری غذا در یخچال می تواند شرایط رشد اسپور کلاستریدیوم را فراهم کند.

حساسیت، آنتی توکسین به میزان 0.5 cc/kg تزریق می شود. برای برطرف شدن علائم مسمومیت، روز دوم به میزان $\frac{2}{3}$ روز اول و روز سوم $\frac{1}{4}$ روز دوم تجویز می شود.^۳

جداسازی

نیازی به جداسازی بیمار برای این بیماری وجود ندارد.

خلاصه بخش بوتولیسم

بیماری بوتولیسم بیماری است که در اثر آلودگی مواد غذایی و کنسروهای خانگی و انواع کنسروهای ماهی ایرانی و وارداتی و کنسروهای زیتون وارداتی و ... به باکتری کلستریدیوم بوتولینوم و تولید سم نورو توکسین بوتولینوم ایجاد میگردد این سم از جنس پروتئین بوده و بسیار کشنده و خطرناک و حساس به حرارت است. بهترین راه جلوگیری از ابتلا حرارت دادن مناسب قبل از مصرف مواد غذایی مشکوک می باشد. در صورت داشتن علائم ابتلا و حتی مشکوک بودن به ابتلا اقدام سریع سبب نجات جان بیمار میگردد. در سیر مراجعه به مراکز درمانی اطلاع رسانی به کارشناسان شبکه بهداشت درمان لازم و ضروری است با توجه به اینکه کشور ایران در همسایگی آلوده اطرافیان متوفا، وقوع طغیان بیماری اسهال) نمونه سوآپ رکتال تهیه و با استفاده از محیط اختصاصی کری بلر جهت آزمایش به آزمایشگاه التور هر شهرستان ارسال شود و همچنین هر سال جمعیت های تحت پوشش، توسط کلیه واحدهای بهداشتی از جمله خانه های بهداشت تحت آموزش های ویژه پیشگیری از بیماری وبا قرار گیرند

منابع

۱. اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری ها. مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۵.
۲. اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران (۱۳۸۱-۱۳۵۶). مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۳.
3. James Chin.MD_MPH . Control Of Communicable Diseases Manual . 17th Edition 2000.
4. <http://www.who.int>

^۳ دوز درمانی آنتی توکسین بوتولیسم برای یک فرد بالغ سه ویال پلی والان (ده سی سی) در روز اول، دو ویال پلی والان در روز دوم و یک ویال پلی والان در روز سوم است.

بخش ۳: آشنایی با تشخیص، درمان و مراقبت آلودگی به شپش

اهداف آموزشی بخش شپش

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

- اپیدمیولوژی پدیکلوز (شپش) در ایران و جهان را بدانند.
- انواع شپش را توضیح دهد.
- اهمیت پزشکی انواع شپش را بدانند.
- علائم و عوارض آلودگی از انواع شپش را بدانند.
- راههای انتقال و پیشگیری از انواع شپش را بدانند.
- دارو ها و نحوه مصرف آن در درمان انواع شپش را بدانند.
- درمان های فیزیکی انواع شپش را بدانند.
- نکات مهم در شناسایی افراد آلوده به انواع شپش را بدانند.
- نحوه مراقبت و گزارش دهی را بدانند.

واژگان کلیدی بخش شپش

- شپش
- علائم
- عوارض
- درمان
- مراقبت
- انتقال
- پیشگیری
- گزارش دهی

عناوین آموزشی بخش شپش

- اپیدمیولوژی پدیکلوز (شپش) و در ایران و جهان
- انواع شپش جوامع انسانی
- شناسایی و تشخیص افتراقی انواع شپش
- عوارض آلودگی به شپش
- اهمیت پزشکی انواع شپش
- درمان شپش
- مراقبت از آلودگی به شپش و گزارش دهی
- نکات مهم در بیماریابی و شناسائی افراد آلوده شپش
- توصیه های بهداشتی مهم برای مبارزه با آلودگی به شپش

اپیدمیولوژی پدیکلوز (شپش) در ایران و جهان

شپش حشره خونخوار خارجی بدن انسان است که قدمت آلودگی به آن به دوران قبل از تاریخ می گردد ولی نقش شپش بعنوان ناقل تعدادی از بیماریها (تیفوس، تب راجعه، اپیدمیک و تب خندق) تنها از اوایل قرن اخیر شناخته شده است. اگر چه در مناطق متعددی بهبود وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی تاثیر بسزائی در کاهش آلودگی به شپش داشته است اما همچنان این انگل گسترده جهانی دارد بطوریکه هر ساله از ایالت متحده آمریکا و کشورهای دیگر همچون انگلیس، فرانسه، کانادا، برزیل و هندوستان نیز گزارش می شود. گزارش سالیانه دانشگاههای علوم پزشکی نشان می دهد که کشور عزیز ما ایران نیز از آلودگی بسیار بالای شپش برخوردار است که علت این آلودگی بالا می تواند به دلیل همجواری و مهاجر پذیری از کشورهای همسایه شرق و غرب که از نظر وضعیت بهداشتی در وضعیت مطلوبی نبوده و در حال جنگ های منطقه ای و قبیله ای هستند باشد. بجز بروز و شیوع شپش در مراکز تجمعی مانند زندانها، مراکز نظامی، سالیانه بیش از هزار مورد آلوده به شپش به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و خصوصی مراجعه می کنند که توسط دانشگاههای علوم پزشکی گزارش می گردد. انواع شپش انسانی در همه نوع شرایط جغرافیائی، گرمسیری، سردسیری، معتدله دیده می شوند ولی امروزه نقش شپش را در مناطق معتدله و سرد از نقطه نظر اذیت و آزار افراد انسانی قابل مقایسه با مشکلات ناشی از پشه ها در مناطق گرمسیری معرفی می نمایند. در زمان جنگ و در محل های پر جمعیت بعلت عدم توجه به بهداشت فردی، امکان ایجاد اپیدمیهای بزرگ وجود دارد. از نظر شدت و شیوع آلودگی به انواع شپش متغیرهایی مثل سن، جنس، نژاد و وضعیت اقتصادی، اجتماعی موثر شناخته شده ولی آلودگی در تمام گروههای سنی دیده می شود و در این میان شپش سر در کودکان (سنین مدارس ابتدایی) شایعتر است و اگر چه به طور معمول شپش در جوامع فقیر و متراکم شایع تر است ولی در شرایط همه گیری کلیه طبقات اجتماعی اقتصادی جامعه را فرا می گیرد. در جوامع

چند نژادی مشاهده شده که شپش سر در سفید پوستان شایعتر از سیاه پوستان است. از نظر مکانی مدارس بویژه مدارس دخترانه از مکانهای با پتانسیل بالا در بروز همه گیری های شپش محسوب می شود این حشره بدنبال تماسهای نزدیک بین فردی یا هنگامی که افراد خانواده در فصول سرد برای تامین گرما لباس های بیشتری می پوشند و بصورت دسته جمعی زندگی می کنند، از شخصی به شخص دیگر انتقال می یابد. شپش به جامعه و یا طبقه اجتماعی خاصی نبوده و تمام افراد جامعه را (بخصوص در اپیدمی ها) مبتلا می سازد. بالا بردن سطح آگاهیهای جامعه، بهبود رفتارهای بهداشتی، تشخیص و درمان اپیدمیگ مبتلایان (بخصوص در مراکز تجمعی جمعیتی)، از راههای مهم مبارزه با شپش می باشد و هماهنگی و همکاری گسترده بخش بهداشت با سایر بخش های توسعه از اقدامات اساسی مبارزه با این حشره محسوب می شود.

مشخصات کلی شپش

شپش حشره ای کوچک، بدون بال و خونخوار است و می تواند سر، تن و عانه را در انسان آلوده کند. تخم شپش رشک نام دارد و بیضی شکل و سفید رنگ و به اندازه ته سنجاق می باشد و بر حسب نوع به مو و درز لباس ها می چسبد شپش از نظر میزبان اختصاصی بوده و انواع مختلفی دارد بطوریکه از میان آنها تنها انواع خاصی بر بدن میزبان انسانی قادر به طی سیکل زندگی و بقا می باشد و انواع دیگر این حشره بیشتر در حیوانات آلودگی ایجاد نموده و تنها بطور اتفاقی ممکن است انسانی را مبتلا کند.

انواع شپش انگل جوامع انسانی عبارتند از:

۱- شپش سر *Pediculus humanus capitis*

۲- شپش تن *Pediculus humanus humans*

۳- شپش عانه *Phthirus Pubis (crablice)*

شپش تن و شپش سر بسیار شبیه هم می باشند با این تفاوت که شپش تن کوچکتر و شفاف تر از شپش سر است. رنگ آنها سفید مایل به خاکستری بوده و بدنی کشیده، بدون بال و سری نقطه ای دارند. شپش ۶ پای مفصلی دارد که هر پا به یک زائده چنگک مانند ختم می شود. شپش عانه کاملاً شکل متفاوتی از شپش سر و بدن دارد، بطوریکه پهن تر، کوتاهتر و تیره تر از دو نوع دیگر بوده و شبیه خرچنگ می باشد. تخم شپش بوسیله شپش بالغ ماده بطور محکمی به پایه مو (در مورد شپش سروعانه) و یا تاروپود لباس (در مورد شپش تن) چسبیده و بصورت یک برآمدگی کوچک کروی و با بیضی شکل بنام رشک تظاهر می نماید. تقریباً ۷-۱۰ روز بعد یک نوزاد گرسنه از تخم خارج می گردد. این نوزاد باید هر چه سریعتر 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 های بالغ تبدیل شده و جفت گیری می نمایند. شپش ماده بالغ بارور شده، طی ۳۰-۲۰ روز تعداد ۳۰-۴۰ عدد تخم می گذارد و بعد از آن می میرد.

شپش، پوست را سوراخ کرده و بزاق خویش را در زیر پوست تزریق نموده و با مکیدن خون، مواد زائد خویش را نیز دفع می نماید. این تلقیح مواد زائد و بزاق به زیر پوست منجر به ایجاد برآمدگی قرمز رنگ خارش داری می گردد.

شپش سر

شپش سر و رشک های آن معمولاً در لابلای موها و بر روی پوست سر بخصوص در نواحی پشت گوش و سر دیده می شود ولی در شرایط آلودگی شدید در تمام پوست سر و حتی محاسن و دیگر بخش های مودار بدن ممکن است دیده شود و رنگ آن سفید خاکستری است. شپش سر بیش از شپش عانه ولی کمتر از شپش تن قدرت تحرک دارد و لذا ساعت ها ممکن است در یک محل توقف و خونخواری نماید. این شپش خود را محکم به تارمو چسبانده و به خونخواری ادامه می دهد و بندرت نیز به مناطق کم موی بدن مهاجرت نموده ولی هرگز در ابرو و پلک تخم گذاری نمی نماید. این شپش تخم خود(رشک) را در ناحیه قاعده ساقه مو در محل خروج ساقه مو از فولیکول می چسباند در شرایط حرارت محیطی مناسب (۲۲-۳۶ درجه سانتی گراد) ظرف حدود ۷ روز تخم ها به لارو (Nymphs) تبدیل می شوند که از نظر ظاهری لاروشیبه شپش بالغ بوده ولی از نظر بلوغ جنسی ناکامل است. لاروها همانند شپش بالغ بلافاصله پس از خروج از تخم خونخواری را آغاز می نماید. لارو در شرایط محیطی مناسب از نظر حرارت ظرف حدود ۲ هفته به شپش بالغ تبدیل می گردد که بلافاصله جفت گیری کرده و ۲-۱ روز بعد تخمگذاری را آغاز نموده و تا ۲-۱ روز قبل از مرگ ادامه می دهد. بنابراین زمان لازم جهت تبدیل یک تخم به شپش بالغ در شرایط مساعد سه هفته است و طول عمر آن حدود یکماه (متوسط ۱۸ روز) می باشد. هر شپش سر روزانه تقریباً ۴ تخم و در طول عمر فعال خود مجموعاً ۹۰-۱۵۰ تخم می گذارد. بطور معمول تعداد شپش نزد افراد آلوده کمتر از ۱۰ عدد بوده و وقتی تعداد آنها کمتر از ۵-۱ عدد باشد معمولاً از نظر بالینی مشکل و عوارض عدیده ای ایجاد نمی کند.

انتقال شپش سر عمدتاً در اثر تماس و یا تماس با اشیاء آلوده نظیر حوله، شانه، برس سر، کلاه، روسری، متکا و لباس های خواب و که بطور مشترک مورد استفاده قرار بگیرند و یا اینکه در یک جا به روی هم قرار داده شوند صورت می گیرد. و یا بوسیله صندلی های سالن های اجتماعات، کلاسها، وسایل نقلیه عمومی و کمدهای لباس حمام های عمومی و استخرها و ... انتقال انجام می شود.

انسان ها با هر زمینه اقتصادی و اجتماعی در معرض خطر ابتلا به شپش سر قرار دارند این آلودگی بخصوص در مدارس ابتدایی ممکن است همه گیر شود. همچنین آلودگی به این شپش در نزد دختران بیش از پسران و در کودکان شایعتر از بالغین است.

شپش تن

زیستگاه اصلی شپش تن در درز و چین لباس ها بخصوص البسه 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 بطور مکرر اتفاق می افتد. بهترین درجه حرارت مورد علاقه اش حدود ۳۶ درجه سانتیگراد است طول شپش نر ۱/۵-۱ و ماده ۲-۱/۲ میلی متر است و

برنگ سفید خاکستری، دیده می شود. تخم گذاری شپش تن بر روی رشته های پارچه و در درز البسه صورت می گیرد. گاهی در شرایط آلودگی سنگین تخم گذاری بر روی موهای ریز بدن نیز صورت می گیرد. در این موارد تخم ها به چند تار مو می چسبند ولی در شپش های سر و عانه هر تخم تنها به یک تار مو چسبانده می شود بعلاوه تخم کمی بالاتر از محل خروج ساقه مو گذارده می شود. تخم ها چه در لباس و چه بر روی مو بطور محکم چسبیده اند. تخم در شرایط حرارت مناسب محیطی (۲۲-۳۶ درجه سانتیگراد) در مدت ۵-۷ روز به لارو (Nymphs) تبدیل می شود، رشد جنین در داخل تخم در حرارت کمتر از ۲۲ درجه سانتی گراد متوقف می شود. لارو نیز در شرایط مساعد ظرف ۱۸ روزه شپش بالغ تبدیل میگردد. عمر شپش بالغ حداکثر ۴۰-۳۰ روز (متوسط ۱۸ روز) است. شپش ماده روزانه ۱۰-۷ تخم و در طول عمر خود جمعاً ۳۰۰-۲۷۰ تخم در محیط باقی می گذارد.

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

شپش تن دور از بدن میزبان بیش از ۱۰ روز قادر به زنده ماندن نبوده و ضمناً بسیار پرتحرک است و می تواند از تن و لباس میزبان خارج و میزبان دیگری را برای خود برگزیند که این نحو انتقال در مدارس ابتدایی بیشتر است، از نظر البسه به ترتیب به لباسهای پشمی، پنبه ای و ابریشمی علاقه مند است این شپش عمدتاً در مکانهایی 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 شناسائی شپش، مشاهده جایگاه اثر شپش بر روی بدن بصورت خراشهای 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 بعلت خراش های مکرر و عوارض جانبی حاصله بصورت پوست ضخیم مسی رنگ دیده می شود.

شپش عانه

زیستگاه اصلی این شپش بطور معمول ناحیه عانه است. اصولاً تمایل به محل های مرطوب بدن ولی در مواقع آلودگی شدید در نواحی زیر بغل، سطح داخلی فوقانی رانها و سطح قدامی شکم خصوصاً در ناحیه ناف و نوک پستان و سینه در مردان پرمو مشاهده می شود. رنگ آن سفید خاکستری و طول نر ۱-۰/۸ و طول ماده ۱/۲-۱ میلیمتر است در مردان شیوع و شدت علائم بیشتری دارد بطور کلی این شپش تنبل بوده و در مواقع خونخواری ممکن است بیش از یک روز به محل ثابتی جهت غلتیدن چسبیده باقی بماند- تخم ظرف ۶-۸ روز به لارو (Nymphs) تبدیل می شوند لارو شبیه شپش بالغ ولی بدون بلوغ جنسی بوده و خونخوار است. لارو ۱۷-۱۵ روز بعد به بالغ تبدیل می شود. طول عمر شپش عانه بالغ کمتر از یکماه (متوسط ۱۸ روز) است

و در مجموع خود ۵۰-۴۰ تخم می گذارد. فاصله زمانی تبدیل تخم به شپش بالغ تخم گذار ۲۷-۲۲ روز محاسبه شده است.

این شپش معمولاً از طریق تماس جنسی منتقل می گردد و لذا در کودکان و در مدارس بسیار نادر است ضمناً در مردان شیوع و شدت علائم بیشتری دارد و عمدتاً خارش ناشی از آن در ساعات عصر و شب معمول تر است. این شپش نیز با تزریق ماده انعقادی در زیر پوست باعث بروز نقاط آبی رنگ (blue spots) بر روی پوست محل گزش می شود که عمدتاً در ناحیه عانه، اطراف ناف و سرین و اطراف چشم دیده می شوند. شپش عانه در محل آلودگی خالهای سیاه رنگ که

به صورت حالت گره ماندی در قاعده موها دیده می شود در این موارد رشک بصورت خالهای سفید رنگ در قاعده مو دیده می شود.

توجه: در تمام انواع شپش، ماده چسباننده تخم به مو و یا تارهای لباس از نوعی است که به حلالهای معمولی مقاوم بوده و به پوست و مو نیز آسیب نمی رساند.

تشخیص شپش

- ۱- مورد مشکوک: وجود خارش در ناحیه سر و تن در جامعه آلوده به شپش
- ۲- مورد احتمالی: وجود ضایعات بصورت خراش جلدی با یا بدون عفونت و وجود آدنوپاتی موضعی در ناحیه پشت گوش و گردن (در آلودگی به شپش سر)، و وجود خراش های موازی بین دو کتف بر روی شانیه (در آلودگی به شپش تن)، دور ناف ناحیه و عانه (در آلودگی به شپش عانه) و مشاهده رشک در نواحی مودار مطروحه.
- ۳- مورد قطعی: مشاهده رشک و شپش همراه با مشخصات بالینی فوق

تشخیص های افتراقی

- ۱- شپش سر: شوره و پوسته ریزی
- ۲- شپش تن و عانه: اکزما، فولیکولیت، ضایعات قارچی

نکات مهم در بیماریابی و شناسائی افراد آلوده به شپش

- ۱- بالا بردن سطح آگاهیهای بهداشتی خانواده ها در هر جامعه مهمترین نقش را در تشخیص به موقع و درمان سریع افراد مبتلا دارد.
- ۲- اطلاع رسانی به جامعه تا در صورت مشاهده آلودگی به شپش به واحدهای بهداشتی درمانی مراجعه و تا تکمیل کامل درمان همکاری نمایند.
- ۳- معلمان، نقش بسیار مهمی در بیماریابی و شناسائی مخازن اصلی آلودگی دارند لذا آموزش راههای شناسائی آلودگی به شپش به آنها، نقش بسزایی در کاهش موارد مبتلا دارد.
- ۴- شپش سر عمدتاً در موهای عقب و پشت گردن و بالای گوش زندگی کرده و تخم گذاری (رشک) می کند، لذا در هنگام بیماریابی توجه به این نواحی کمک کننده خواهد بود.

- ۵- در صورت وجود غدد لنفاوی متورم و دردناک در نواحی پس سر و پشت گوش ها حتماً باید به فکر آلودگی به شپش سر بود.
- ۶- در مواجهه با هر مورد زرد زخم در ناحیه پوست سر بایستی به فکر آلودگی به شپش سر بوده و از این لحاظ، معاینه و بررسی های لازمه از نظر شناسائی رشک یا شپش را نیز انجام دهید.
- ۷- برای یافتن آلودگی به شپش تن حتماً باید درز و چین های لباس ها را بررسی نمود چرا که فقط در موارد آلودگی بسیار شدید است که می توان شپش تن را بر روی تن مشاهده نمود.
- ۸- درمان فردی در آلودگی به شپش تاثیر گذار نیست حتی اگر با بهترین روشها نیز درمان شود. در صورتیکه در مجاورت و تماس نزدیک با یک فرد آلوده به شپش قرار داشته باشد حداکثر تا ۲ هفته بعد مجدداً آلوده می گردد لذا مهمترین اصل در مبارزه با شپش انجام درمان دسته جمعی و همگانی و رفع آلودگی از کلیه لوازمات و وسایل مورد استفاده افراد بصورت همزمان است.

عوارض آلودگی به شپش

وجود شپش بدن، سر یا شپشک عانه را روی بدن شخص پدیدکولوزیس می گویند. و بطور کلی عوارض پدیدکولوزیس عبارتند از:

- ۱- خارش شدید پوست بعلت 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 بدنال خاراندن زیاد پوست (مثل زرد زخم و)
- ۴- شپش تن ، ناقل بیماریهای همچون تیفوس همه گیر- تب راجعه همه گیر- تب خندق می باشد

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

اهمیت پزشکی شپش سر

با وجودی که به نظر می رسد شپش سر در شرایط آزمایشگاهی می تواند ریکتزیا و اسپیروکت ها(عوامل بیماریهای تیفوس تب خندق، تب راجعه) را انتقال دهد ولی ناقل هیچ یک از بیماریهایی که بوسیله شپش بدن منتقل می شوند، نمی باشد. به هر حال شپش های سر می توانند بیماریهای زرد زخم را انتقال دهند (Impetigo) این باکتری با غذا توسط شپش خورده می شود و بدون تغییر با مدفوع شپش دفع می شود. خارش شدید پوست سر در اثر تاثیر ماده محرک موجود در بزاق شپش مهمترین عارضه ابتلا به این شپش محسوب می شود همچنین خاراندن مفرط پوست سر باعث ایجاد خراشهای جلدی و آلودگی آنها به عفونت های ثانویه بخصوص زرد زخم و گاهی آلوده سازی ناحیه گردن می گردد. این شپش گاهی باعث تورم و دردناکی غدد لنفاوی پشت گوش، پس سر و گردن نیز می گردد کودکان کم سن آلوده به شپش اغلب دچار بیقراری می شوند.

اهمیت پزشکی (عوارض و بیماریزایی) شپش تن

پوست بدن افرادی که برای مدت طولانی به شپش تن آلوده هستند خال خال و سخت می شود که این وضعیت را بیماری ولگردان (Vagabonds disease) گویند. چون شپش روزی چندین بار خون می خورد و بزاق کراتاً 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 بشود.

۱- تیفوس اپیدمیک:

Rickettsia prowazeki عامل بیماری تیفوس اپیدمیک بوسیله مدفوع شپش یا در اثر له کردن شپش آلوده تن به انسان منتقله می شود بنابراین انسان بوسیله مدفوع شپش مبتلا به تیفوس می شود نه با گزش شپش ریکتزیا در مدفوع خشک شپش حداقل تا ۹۰ روز زنده و آلوده کننده باقی مانده و عموماً بعلت استنشاق گرد مدفوع خشک شپش باعث انتقال آلودگی و بروز بیماری می شود.

۲- تب راجعه اپیدمیک: عامل بیماری *Borrelia recurrentis* بوسیله له شدن شپش تن روی بدن از طریق خراش های جلدی محل خارش یا غشاء های مخاطی وارد بدن فرد سالم می شود.

۳- تب خندق:

عامل بیماری *Rickettsia quintana* بوسیله له شدن شپش تن روی بدن یا تماس گرفتن مدفوع آن با خراش های سطح پوست یا غشاء های مخاطی به انسان منتقل می شود.

۴- تیفوس آندمیک:

عامل این بیماری عمدتاً بوسیله انواع کک ها به انسان منتقل می شوند ولی شواهدی وجود دارد که شپش تن هم این بیماری را به انسان منتقل می نماید.

اهمیت پزشکی (عوارض و بیماریزایی) شپش عانه

هر چند شپشک عانه در شرایط آزمایشگاهی می تواند تیفوس شپشی را انتقال دهد ولی در شرائط طبیعی هیچ بیماری را نمی تواند انتشار دهد. در بعضی اشخاص واکنش شدید در مقابل گزش بوجود می آید که مربوط به تزریق بزاق و دفع مدفوع در اطراف محل گزش ممکن است در قسمت های آلوده بدن لکه های آبی مشخص (maculae Cerulae) ظاهر شود.

درمان شپش

در کلیه موارد آلودگی به انواع شپش اساس درمان متأثر از رعایت دقیق اصول بهداشت فردی و دسترسی و انجام استحمام منظم و امکان تعویض منظم و صحیح البسه است. ضروریست در کلیه موارد مشاهده آلودگی مراتب به واحدهای بهداشتی گزارش و افراد اعضاء خانوار فرد آلوده و سایر موارد تماس نزدیک از قبیل همکلاسی های وی نیز معاینه و درمان گردند. بدیهی است که گزارش موارد آلودگی به شپش تن به

سطح بالاتر نظام شبکه تا سطح ملی بایستی بصورت تلفنی، نمابر انجام گیرد و در اسرع وقت فرم های خلاصه اطلاعات بررسی اپیدمیولوژیکی نیز متعاقب آن به سطوح بالاتر و مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد. در درمان آلودگی به انواع شپش بایستی درمان اپیدمیولوژیک (شناسائی منابع و مخازن آلودگی از طریق بررسی اعضاء خانواده و موارد تماس و درمان دسته جمعی آنها) بعنوان زیر بنای عملکرد کنترلی مورد توجه قرار گیرد در این درمان ضروریست شانه، برس کلاه، روسری، بالش، ملحفه و سایر وسایل شخصی که در انتشار آلودگی نقش دارند نیز از نظر انهدام رشک و شپش اقدام و مورد توجه قرار گیرند. و در کلیه موارد بایستی افراد درمان شده یک هفته بعد از درمان اولیه تحت درمان مجدد قرار گیرند. ضمناً تاکید می گردد در آموزش مراقبت افراد آلوده به ویژه دانش آموزان به مسائل روانی و اجتماعی فرد آلوده و خانواده وی توجه گردد و از هر گونه توهین و آزار روانی پرهیز شود.

الف) - درمان شپش سر

شستشوی مرتب سر با صابون و شامپو و آب گرم تعداد شپش های بالغ را کاهش می دهد

۱- فراورده پرمترین ۱٪: این دارو بعنوان داروی انتخابی درمان توصیه شده است و بصورت شامپو، محلول سرشوی، پودر، لوسیون، کرم در بازار موجود است. نحوه استفاده شامپوی پرمترین: همانند شامپوی معمولی با شامپو ۱٪ پرمترین موی خشک را کاملاً آغشته نمایید. لازم است کاملاً به کف سر و ساقه موها مالیده و ماساژ داده شود (موی نباید مرطوب یا خیس باشد) و پس از مدت ۱۰ دقیقه با آب فراوان شسته شود این مشتقات باعث مسمومیت نمی شوند و اثر ابقایی بر موهای سر دارد و تا ۱ هفته در موی باقی می ماند و بر روی رشک نیز اثر کشندگی دارند توصیه می شود یک هفته بعد درمان تکرار شود.

۲- لوسیون دایمتیکون ۴٪

لوسیون دایمتیکون روغن گیاهی است که مصرف دارویی دارد و به عنوان ضد نفخ در فراورده های دارویی استفاده می شود این لوسیون با مکانیسم ایجاد پوشش کامل اطراف شپش و خفه کردن آن، آلودگی به شپش سر را برطرف می نماید. بر اساس مطالعات انجام شده با توجه به اینکه دایمتیکون یک داروی شیمیایی نیست عوارض جانبی قابل ملاحظه ای برای آن ذکر نشده است و از طرفی هیچگونه منع مصرفی برای گروههای مختلف سنی از جمله کودکان زیر دوسال و زنان باردار ذکر نگردیده است.

طریقه مصرف لوسیون دایمتیکون

ابتدا باید لوسیون دایمتیکون ۴٪ از ریشه تا نوک موهای خشک مالیده شود (موها نباید خیس یا مرطوب باشد) باید دقت نمود که تمامی پوست سر کاملاً توسط لوسیون پوشانده شود. پس از ۸ ساعت سپس بایستی موها را با شامپو شستشو داد و با شانه دندانه ریز موجود در قوطی، شپش های مرده و تخم شپش ها را از موها جدا نمود. برای اطمینان از درمان، یک هفته بعد از استفاده از لوسیون دایمتیکون، به همان روش قبلی درمان را تکرار کرد. ضمناً در صورتیکه فرد دیگری در خانواده آلوده شده باشد به همین روش درمان شود

۳- شامپوی گامابنزن (لیندان):

حدود ۲ قاشق غذاخوری از شامپو را به موهای خشک مالیده و بدقت ماساژ داده شود و پس از انجام ماساژ مدت ۴ دقیقه شامپو را بر روی مو ثابت گذاشته و سپس بطور کامل با آب شستشو داده و آن را خشک نمایید. یک هفته بعد نوبت دوم درمان توصیه می شود.

۴- استفاده از مالاتیون (Malatation):

بصورت لوسیون، شامپو و پودر ۵٪ ارائه شده است (در ایران به صورت معمول قابل دسترس نیست). این دارو نیز اثر ابقایی داشته و بر رشک اثر کشندگی دارد. در صورت استفاده از لوسیون، ۸ تا ۱۲ ساعت بعد لوسیون را با آب شسته و موها را با شامپوی معمولی بشویید. در این مورد نیز رشک زدایی پس از درمان توصیه شده است. ترکیبات پیروترئید (پرمترین) و مالاتیون را تنها جهت درمان شپش سر توصیه کرده اند.

۵- هیچ یک از ترکیبات نمی توانند تخم ها را که به موها چسبیده اند از آن جدا کنند لذا در هر مورد پس از درمان لازم است با استفاده روش زیر نسبت به جدا کردن رشک ها از مو اقدام گردد: موها را ابتدا با حوله ای مرطوب و آغشته به سرکه به مدت ۳۰ دقیقه مرطوب نمایید سپس با شانه دندان ریز آغشته به سرکه موهای سر را شانه نمایید به این ترتیب رشک ها از موها جدا خواهند شد.

۶- کلیه ضایعات عفونت جلدی ایجاد شده بایستی با آنتی بیوتیک مناسب درمان گردد.

توضیح کوتاه نمودن موها برای تسهیل در امر شانه کردن و رشک زدایی کمک کننده است.

ب) درمان شپشک عانه

اصولاً حذف موهای آلوده بدن تنها راه ساده و موثر درمان این نوع آلودگی محسوب میشود. بخصوص در افرادی که ناحیه تناسلی آنها به بعضی از حشره کش های معمول حساسیت نشان می دهد این روش انتخابی بشمار می رود علاوه به روش فوق در این مورد نیز می توان از شامپو، لوسیون و کرم استفاده نمود. در مورد شامپو همانند درمان شپش سر لازم است به

موها شامپو زده و سپس در مورد پرمترین پس از ۱۰ دقیقه و در مورد لیندان پس از ۴ دقیقه بشوئید (در مورد موهای ناحیه عانه، اطراف ناف، سینه و زیر بغل) در مورد پلک و ابروی آلوده ضمن رعایت احتیاطات لازم برای پرهیز از تماس دارو با چشم می توان از شکل کرم استفاده نمود. ضمناً شکل دارویی لوسیون نیز در مورد این نوع شپش بکار گرفته می شود.

جهت جدا کردن رشک از شانه آغشته به سرکه استفاده شود و در آلودگی ناحیه عانه زدودن کامل موها تسهیل کننده درمان خواهد بود.

ج) درمان شپش تن

در صورت تائید وجود آلودگی به شپش تن بایستی اقدامات ذیل بصورت دقیق انجام شود:

۱- استفاده از لوسیون گامابنزن و پرمترین: لوسیون بایستی بر روی پوست بدن مالیده شود.

- ۲- تعویض کلیه لباس ها و شستشوی آنها در ماشین رختشویی و خشک شوئی با حرارت بالا و یا در صورت عدم دسترسی به ماشین رختشویی، قراردادن البسه به مدت نیم ساعت در حرارت بیش از ۶۰ درجه سانتی گراد و ترجیحاً اطو کردن آنها
- ۳- پس از استحمام فرد آلوده از لباس های غیر آلوده به رشک و شپش استفاده نماید.
- ۴- در صورت وجود آلودگی شدید و وجود خطر انتشار بیماریهای منتقله بوسیله شپش و مشاهده موارد آلودگی در شرایط خاص مثل بحرانها و ... بایستی پودر پاشی مورد توجه قرار بگیرد. نحوه کار به این ترتیب است که دست ها، پاها، پشت و جلوی تنه و گردن باید پودر پاشی شوند ضمناً رختخواب ها و ملحفه ها و البسه نیز باید پودر پاشی گردند در تجربیات محیطی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران در سنوات گذشته در مناطق آلوده کشور روش پودر پاشی بصورت هفته ای یکبار تا ۴ هفته با پودر گاما بنزن بسیار موثر بوده و فور شپش را تا حد صفر در جامعه کاهش داده است.

سایر فعالیت های درمانی

- درمان علامتی خارش پدید آمده در هر سه نوع شپش عبارت است از تجویز آنتی هیستامین ها، توسط پزشک معالج
- در صورت وجود عفونت ثانویه باکتریال که عمده‌تاً توسط استافیلوکوک طلایی می باشد، باید هر چه سریعتر درمان آنتی بیوتیک را با نظر پزشک برای حداقل ۱۰ روز شروع کرد.
- وسایل شخصی و پوششی نظیر کلاه، روسری، امثال اینها بایستی با ماشین لباسشویی و در حرارت بالا شسته و خشک شوند.
- خشک شویی نیز تاثیر خوبی دارد در غیر اینصورت بایستی به مدت ۳۰ دقیقه با آب جوشانده شوند تا هم شپش و هم رشک ها از بین بروند.

مراقبت شپش تن

آلودگی به شپش تن در حال حاضر منحصر به جوامعی است که دچار بحران های سیاسی، اجتماعی و فقر هستند و یا بعنوان یک مشکل عمده بهداشتی متعاقب وقوع حوادث و بلایای اجتماعی نظیر جنگ، زلزله، سیل و ... اتفاق می افتد. بطور قطع میزان شیوع و شدت آلودگی در جامعه متأثر از عدم رعایت بهداشت فردی شامل استحمام منظم و تعویض به هنگام البسه است در این میان موضوع تعویض البسه از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است زیرا همانطوریکه اشاره گردید اصولاً شپش تن در واقع شپش لباس است و تقریباً اغلب عمر خود را در لای درزها و چین های لباس ها سپری می نماید. بلحاظ اینکه شپش تن توانائی انتقال بیماریهای مهمی نظیر تیفوس اپیدمیک، خصوصاً آنکه مدفوع شپش آلوده به ریکتزیا می تواند ماهها حتی در شرایط خشک بعنوان پتانسیل آلودگی مطرح باشد. لذا بسیار ضرورت دارد در موارد بروز و یا مشاهده آن سریعاً مراتب به سطوح بالاتر و پیگیری و تکمیل کامل فرم های بررسی همه گیری شناسی مربوطه گزارش و اقدامات موثر ارسال شود. و اقدام عاجل در جهت کاهش و رفع کامل آلودگی بعمل آید

توصیه های بهداشتی مهم برای مبارزه با آلودگی به شپش

- برای مبارزه با شپش بایستی بطور کامل ساختمان جسمانی، رفتارها و خصلتهای آن را شناخت و آن را به جامعه آموزش داد.
- رعایت بهداشت فردی مهمترین تاثیر در پیشگیری از آلودگی به شپش را دارد.
- استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس و شانه و لباس ها، روسری و کلاه و دیگر وسایل شخصی از اصول مهم پیشگیری از شپش می باشد.
- در شرایط گسترش آلودگی به شپش تن آموزش به مردم در مورد شستشوی لباس و ملحفه در آب جوش به مدت ۳۰ دقیقه و یا استفاده از ماشین لباسشویی و خشک کن و اتو کردن منظم لباس و بویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک مهم می باشد.
- پرهیز از تماس لوازم شخصی و لباس های افراد آلوده و عدم استفاده از کلاه و شانه و برس دیگران بایستی منظم به مردم آموزش داده شود.
- در موارد آلودگی بسیار شدید، شپش سر حتی از طریق پستی صندلی اتومبیل و اتوبوس، سالن های اجتماعات و سمینارهای منتقل می گردد و بایستی به مردم آموزش داده شود.
- در هنگام ورزش و بازی و سایر فعالیت ها افراد بعلت گرمی و تعریق بدن، شپش تن لباس را ترک کرده و در نتیجه افراد و دانش آموزان همجواری را آلوده می سازد.
- مهمترین امر در مهار شپش دانش آموزان عبارتست از بازدید روزانه موی سر و در صورت لزوم بازدید لباس و بدن آنها توسط معلمین و مربیان 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 شدن به شپش سر نقشی ندارد و امروزه در صورت رعایت مسائل بهداشت فردی و دسترسی به درمان مناسب، کوتاه کردن موی سر ضروری نمی باشد.
- پس از انجام درمان ضد شپش، احتمال انتقال آلودگی از بین می رود لذا دانش آموزان می توانند به مدرسه بازگردند. حتی اگر تخم ها روی موها باقی مانده باشند

خلاصه بخش شپش

شپش حشره خونخوار خارجی بدن انسان است که گستردگی جهانی دارد و در همه نوع شرایط جغرافیائی، گرمسیری، سردسیری، معتدله دیده می شوند شپش سر در کودکان (سنین مدارس ابتدایی) شایعتر است در شرایط همه گیری کلیه طبقات اجتماعی اقتصادی جامعه را فرا می گیرد. از نظر مکانی در مراکز تجمعی مانند زندانها، آسایشگاهها، مدارس و سربازخانه آلودگی به شپش بیشتر رخ می دهد انواع شپش انگل جوامع انسانی عبارتند از شپش سر، شپش تن، شپش عانه که شپش سر و رشک های آن معمولاً در لابلاهای موها و بر روی پوست سر بخصوص در نواحی پشت گوش و سر دیده می شود. تخم شپش رشک نام دارد و بیضی شکل و سفید رنگ و به اندازه ته سنجاق می باشد و بر حسب نوع به مو و درز لباس ها می چسبد. شپش تن در درز و چین لباس ها بخصوص لباس زیر قرار دارد این انگل لباس را فقط برای مکیدن خون میزبانش ترک می کند شپش عانه بطور معمول ناحیه عانه است. ولی در مواقع آلودگی شدید در نواحی زیر بغل، سطح داخلی فوقانی رانها و سطح قدامی شکم خصوصاً در ناحیه ناف و نوک پستان و سینه در مردان پرمو مشاهده می شود راه های انتقال هر سه نوع شپش به صورت مستقیم تماس فرد به فرد و غیر مستقیم از طریق وسایل شخصی مانند لباس زیر، وسایل حمام، لوازم خواب، روسری، گیره و گل سر مقلعه، شال و کلاه انجام می گیرد.

علائم و عوارض آلودگی به شپش: مهمترین عارضه شپش، خاراندن شدید می باشد که فرد را کلافه، خسته و پریشان و بی خواب می سازد که همین امر می تواند یکی از علل افت تحصیلی در دانش آموزان باشد. بروز عفونت های ثانویه باکتریال بدنبال خاراندن زیاد پوست (مثل زرد زخم و ...) نیز ایجاد می شود شپش تن، ناقل بیماریهای همچون تیفوس همه گیر- تب راجعه همه گیر- تب خندق می باشد.

درمان: شامپوی پرمترین ۱٪ و لوسیون دایمتیکون ۴٪ داروی مناسب در درمان شپش سر و کرم پرمترین ۵٪ و لوسیون لیندان داروی مناسب در درمان شپش تن محسوب میشود دارو های فوق در درمان شپش عانه نیز بکار می رود در کلیه موارد آلودگی بهترین و مهمترین راه پیشگیری از انواع شپش رعایت اصول بهداشت فردی و محیط می لازم است در کلیه موارد مشاهده آلودگی به شپش ضمن مراقبت مراتب به واحدهای بهداشتی بالاتر گزارش گردد و کلیه افراد اعضای خانواده فرد آلوده و سایر موارد تماس نزدیک از قبیل همکلاسی ها، هم اتاقی ها و .. نیز معاینه و درمان گردند. بدیهی است که گزارش فوری موارد آلودگی به شپش تن به سطح بالاتر نظام شبکه تا سطح ملی بایستی بصورت تلفنی و یا نامبر انجام گیرد باید توجه داشت که یک مورد بروز شپش تن اپیدمی محسوب می شود.

منابع

1 - Dermatology
JEANL.BOLOGNIA - JOSEPHL.JORIZZO - JULIEV.SCHAFFER

گروه مترجمین (: BNF دارونامه رسمی بریتانیا

حشره شناسی پزشکی : دانشگاه علوم پزشکی تهران

بخش ۴: آشنایی با تشخیص، درمان و مراقبت بیماری گال

اهداف آموزشی بخش گال

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

- بیماری گال را تعریف کند.
- عامل بیماری گال را بشناسد.
- انواع بیماری گال و علائم آن را بداند.
- بیماریابی گال را بداند.
- روش تشخیص قطعی گال را بداند.
- داروهای درمان بیماری گال را بشناسد و نحوه مصرف دارو در درمان انواع گال را بداند.
- عوامل شکست درمان را بداند.
- اپیدمی و طغیان بیماری گال را بداند.
- راه های انتقال و پیشگیری از انواع گال را بداند.
- نحوه مراقبت و گزارش دهی را بداند.

عناوین آموزشی بخش گال

- تعریف و عامل بیماری گال
- چرخه زندگی عامل گال
- راه های انتقال بیماری گال
- دوره کمون گال
- اپیدمی و طغیان گال
- انواع و علائم بیماری گال
- تشخیص و درمان گال
- عوامل شکست درمان گال
- پیشگیری از گال

واژگان کلیدی بخش گال

- گال
- علائم
- درمان
- بیماریابی
- پیشگیری
- گزارش دهی

تعریف بیماری گال

گال بیمار پوستی که به طور مستقیم (تماس پوستی) و غیر مستقیم (لوازم شخصی، البسه، وسایل خواب و لوازم حمام) موجب آلودگی و بیماری در افراد می گردد احتمال سرایت به دیگران زیاد و انتشار آن سریع می باشد و به علت خارش شدید شبانه موجب سلب آسایش در افراد می گردد لذا گزارش به موقع موارد آلودگی به منظور کنترل و پیشگیری از انتشار گال به مسئولین بهداشتی مهم و ضروری است.

عامل بیماری گال

عامل بیماری گال بند پایی به نام هیره (مایت) از خانواده کنه ها و عنکبوتها می باشد، اندازه آنها بین ۱/ تا ۵/۵ میلیمتر است به رنگ سفید و یا بی رنگ که با چشم دیده نمی شود و برای مشاهده آن باید از میکروسکوب استفاده نمود. مایتها توسط قطعات دهانی و پاهای جلو پوست را سوراخ کرده و در لایه اپیدرم پوست حفره ایجاد می کند و برای تغذیه خود بافت های بدن فرد را هضم کرده و از آب میان بافتی استفاده میکنند این بندپای بیماری خاصی را منتقل نمی کند ولی به علت حرکت بر روی پوست و ایجاد حفره باعث آلرژی و خارش شدید می گردد.

چرخه زندگی عامل بیماری گال (هیره)

محل زندگی هیره داخل پوست بدن انسان است. چرخه زندگی عامل بیماری گال بدینگونه است که در انسان پس از تماس با فرد آلوده یک یا چند هیره ماده از شخص آلوده به فرد سالم منتقل می شود و شب هنگام هیره ها قسمت سطحی پوست بدن را به صورت عمودی سوراخ کرده سپس به ایجاد تونل در سطح افقی پوست می پردازند بطوریکه در هر شبانه روز حدود ۳-۲ میلیمتر پیشروی می کنند و تخمهایشان را در داخل تونل قرار می دهند. هر هیره ماده در طول زندگی ۴-۵ هفته ای خود در داخل نقب های داخل جلدی حدود ۵۰-۴۰ تخم می گذارد که بعد از ۳-۵ روز حدود ۱۰ درصد آنها باز میشوند و لاروهای ۶ پایی از آنها خارج می شوند لاروها به مدت یک روز در تونل بی حرکت می مانند و سپس پوست اندازی کرده و تبدیل به پروتومف می شوند و پس از ۲-۳ روز تبدیل به تریتومف و ضمن تغذیه از سلولهای پوست در نهایت به هیره بالغ تبدیل می شوند هیر های بالغ به سطح پوست آمده و در آنجا جفت گیری می کنند و نرها پس از جفت گیری از بین می روند و ماده ها تونلهای جدیدی را ایجاد می کنند و سیکل زندگی را تکرار می نمایند. دوره زندگی هیره از تخم تا تخم ۲۴-۱۰ روز طول می کشد هیره ها در خارج از بدن میزبان قادر به ادامه زندگی نیستند و در دمای اتاق ۳ تا ۴ روز در دمای ۱۰ درجه سانتیگراد و رطوبت ۹۰٪ می توانند زنده بمانند.

راه های انتقال گال

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

- خوابیدن در بستر فرد آلوده

- در اغوش کشیدن فرد آلوده به گال
- زندگی در محیطهای اجتماعی شلوغ
- انتقال از راه لباس خصوصاً لباس های زیر، و لباس خواب، رو تختی و رو بالشت
- استفاده از لوازم شخصی فرد آلوده مانند حوله و کیسه حمام، صابون حمام
- بازی کودکان با یکدیگر مخصوصاً در مهدکودکها و وسایل اسباب بازی
- پرستاری از اشخاص آلوده

دورهی کمون بیماری گال

از زمان وارد شدن هییره ها بر روی پوست تا ظهور علائم بیماری گال ۴-۶ هفته طول می کشد اما در افراد حساس و آلودگی مجدد پس از ۳-۱۰ روز علائم بیماری ظهور می کند و در گال نروژی نیز دوره کمون بیماری گال به چند روز کاهش می یابد.

اپیدمی و طغیان گال

- هنگامی که در یک مکان خاص و در زمان مشخصی فردی مبتلا به بیماری گال شود و تعداد مبتلایان افزایش یابد طغیان گال اتفاق افتاده است. و هدف در تعیین طغیان و یا اپیدمی گال مشخص نمودن عوامل خطر در بروز بیماری و کنترل و کاهش آن است. شاخص طغیان و اپیدمی گال به شرح ذیل می باشد:
- اگر در مراکز تجمعی جمعیت مانند مدارس، خوابگاهها، سرباز خانه ها و آسایشگاهها دو مورد تست مثبت پوستی از لحاظ گال به فاصله معین مثلاً دو هفته مشاهده شد اپیدمی اتفاق افتاده است و در صورتی که یک مورد گال پوستی در مراکز فوق مشاهده شود و در فاصله کمتر از دو هفته سایر افراد به گال مبتلا شوند باید یک طغیان گال در نظر گرفته شود.

نکته مهم

- اگر خارش و جوش های پوستی در چند نفر از اعضای یک خانواده که با هم در یک خانه زندگی می کنند دیده شده است، توجه داشته باشید که ممکن است بیماری گال علت این مشکل باشد

انواع گال

- گال عادی: که در این نوع گال معمولاً عامل بیماری ۱۰-۱۵ روز بیشتر بر روی بدن زنده نمی ماند در برخی مواقع تنها یک یا دو مورد هییره در نمونه برداری پوست مشاهده می شود و بارزترین علائم آن خارش شدید شبانه است
- گال دلمه دار (نروژی) است که به دلیل وجود بیش از صدها هییره، پوست بدن به شدت پوسته پوسته می شود این نوع از بیماری گال بیشتر در افرادی که ضعف سیستم ایمنی دارند مشاهده می

شود و بسیار مسری است زیرا هزاران مایت(هیره) در پوسته ها و فلسهای جدا شده از پوست قرار دارد. تشخیص این بیماری بایستی توسط متخصصین پوست و آزمایشگاه انجام گیرد.

علائم بیماری گال

خارش مهمترین یافته بالینی است که در شب هنگام و در محیط گرم شدت بیشتری دارد. چند شکلی بودن ضایعات، ویژگی خاص بیماری است و ضایعات اولیه در مدت کوتاهی به علت خاراندن تخریب می شوند. علامت پاتوگنومیک بیماری وجود بارو (burrow) می باشد که به صورت خط مستقیم و یا مورب و به رنگ صورتی، سفید یا تیره و مختصری برآمده می باشد. اغلب در انتهای کانال، وزیکول به صورت یک نقطه تیره رنگ به چشم می خورد که محل زندگی مایت ماده است. ضایعات (باروها) معمولاً روی مچ، کناره دست ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، اسکروتوم، آلت تناسلی مردان، زیر بغل و پستان ها را درگیر می کند.

ضایعات در کودکان در کف دست و پا هم مشاهده می شود و در شیر خواران و افراد مسن سر و گردن را ممکن است درگیر کند. گاه وزیکول های بسیار کوچکی به طور منفرد در فواصل بین انگشتان مشاهده می شود.

تشخیص گال (جرب)

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

روش تشخیص گال

برای تشخیص قطعی گال ابتدا با یک تیغ اسکالپ محل آلودگی پوست را خراش داده و پوسته های جمع شده در محل آلودگی را برداشته بر روی قطره سرم فیزیولوژی که از قبل در وسط لام گذاشته قرار داده سپس با میکروسکوب هیره ها را باید جستجو کرد.

درمان بیماری گال

بازارعت اصول درمان صحیح بیماران و موارد تماس بیماری گال به راحتی درمان میشود. درمان بیماری گال به شرح ذیل می باشد:

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

۱- کرم پرمترین ۵٪ که از اثر بالا و سمیت کم برخوردار است برای درمان با این کرم لازم است بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن، کرم پرمترین را از چانه تا نوک انگشتان پا مالید باید دقت کرد که پوست بدن از جمله وسط انگشتان دست و پا، مچ ها و زیر بغل کاملاً به کرم آغشته شود و پس از ۱۲-۸

ساعت بدن از سر به پایین تنه با شامپو و صابون شسته شود و ملحفه ها و لباسها تعویض شوند درمان به روش فوق یک هفته بعد باید تکرار کرد.

۲- لیندان (گاما بنزن هگزا کلراید ۱٪) طریقه مصرف این دارو مشابه کرم پرمترین می باشد مصرف لیندان در کودکان زیر ۵ سال، زنان شیرده و باردار و افراد مبتلا به صرع ممنوع است. این دارو به علت عوارض و تداخل دارویی که دارد در اولویت دارویی مرکز مدیریت بیماریهای واگیر در درمان بیماری گال نمی باشد.

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

درمان گال نروژی: گال عادی با دارو هایی مانند کرم پرمترین و لیندان درمان می شود ولی در درمان گال نروژی قرص ایور مکتین ۳ (میلی گرم) دو عدد به فاصله یک هفته و یا قرص ۶ (میلی گرم) یک دوز کافی است.

نکته مهم: کسانی که تماس بدنی نزدیک با افراد آلوده داشته اند باید بدون توجه به وجود یا فقدان تظاهرات بالینی به طور هم زمان درمان شوند.

برای درمان علامتی خارش در دو نوع گال از آنتی هیستامین ها می توان استفاده کرد. شستشوی پوست با پودر لباسشویی یا صابون محرک و استعمال خودسرانه پمادهای کورتون (مثل بتامتازون، کلوبتازول و) ممکن است باعث بدتر شدن بیماری شود.

لباسها، ملحفه و حوله هایی را که در ۴۸ ساعت قبل از درمان مورد استفاده قرار گرفته اند، با آب جوش شسته و در آفتاب خشک کنید لوازم شخصی که قابل شستشو نمی باشد را باید بمدت ۱۰ روز در یک نایلون پلاستیکی در بسته گذاشته در نور آفتاب قرار داده و سپس استفاده نماید.

عوامل شکست درمان در بیماری گال

- عدم تشخیص، درمان صحیح و به موقع توسط افراد غیر متخصص و بیمار
- عدم گزارش به موقع به مقامات فوق بهداشتی در اپیدمی ها به منظور کنترل سریع
- تداخل دارویی (استفاده از سایر داروها بدون اطلاع پزشک معالج)
- رعایت نکردن اصول بهداشتی فردی و محیط توسط فرد مبتلا به گال و اطرافیان بیمار
- مقاومت دارویی در برخی از افراد
- تراکم جمعیت در فضای ناکافی و تماس های مکرر با افراد الوده

پیشگیری از گال (جرب)

- بهترین و مهمترین راه پیشگیری از بیماری گال رعایت اصول بهداشت فردی و محیط می باشد، لذا برای پیشگیری از بروز و شیوع این بیماری انجام نکات ذیل الزامی است

- گزارش به مراکز بهداشتی و درمانی به منظور درمان به موقع و کنترل بیماری گال
- جدا سازی و درمان صحیح و کامل افراد مبتلا و بررسی و درمان اطرافیان آنها
- خوداری از تماس پوستی مانند دست دادن، در آغوش گرفتن، ماساژ با افراد مبتلا به بیماری گال
- استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران مانند کیسه و لیف حمام، صابون، حوله، لباس خصوصا لباس زیر، روسری، شال گردن ماشین و لواشستشوی مرتب لباسها، لوازم خواب مانند پتوها، ملحفه ها، روبالشتی ها، رو تختی و پهن کردن آنها در آفتاب پس از شستشو از بین بردن موهای زائد بدن، کیسه خواب
- جارو و تمیز کردن مرتب کامل اتاق ها، زیر و روی فرش ها، گوشه و کنار و زیر تخت خواب، آشپزخانه و راه پله، راهروها و حیاط
- لباس ها و وسایل شخصی افراد مبتلا به بیماری گال که قابل شستشو نیستند بایستی به مدت حداقل ۱۰ روز در داخل کیسه پلاستیکی قرار داد و سپس استفاده شود. پوشیدن دستکش در هنگام تماس با وسایل فرد بیمار مبتلا به گال ضروری است.
- در صورت بروز گال در مراکز تجمعی مانند (خوابگاههای دانشجویی، سربازخانه ها، مدارس، مهد کودکها، زندانها، کمپ های نگهداری معتادین، مراکز نگهداری سالمندان و معلولین) لازم است کلیه افراد مورد بررسی و معاینه و تحت درمان قرار گیرند.

خلاصه بخش گال

گال بیمار پوستی که به طور مستقیم (تماس پوستی) و غیر مستقیم (لوازم شخصی، البسه، وسایل خواب و لوازم حمام) موجب آلودگی و بیماری در افراد می گردد خارش مهمترین یافته بالینی است که در شب هنگام و در محیط گرم شدت بیشتری دارد. عامل بیماری گال بند پایی به نام هیره (مایت) از خانواده کنه ها و عنکبوتها می باشد، که به رنگ سفید و یا بی رنگ که با چشم دیده نمی شود و برای مشاهده آن باید از میکروسکوب استفاده نمود.

هنگامی که در یک مکان خاص و در زمان مشخصی فردی مبتلا به بیماری گال شود و تعداد مبتلایان افزایش یابد طغیان گال اتفاق افتاده است و اگر در مراکز تجمعی جمعیت مانند مدارس، خوابگاهها، سرباز خانه ها و آسایشگاهها دو مورد تست مثبت پوستی از لحاظ گال به فاصله معین مثلا دو هفته مشاهده شد اپیدمی اتفاق افتاده است

گال بیشتر روی مچ، کناره دست ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، اسکروتوم، آلت تناسلی مردان، زیر بغل و پستانها را درگیر می کند. و ضایعات در کودکان در کف دست و پا هم مشاهده می شود و در شیر خواران و افراد مسن سر و گردن را ممکن است درگیر کند.

برای تشخیص قطعی بایستی نمونه برداری کرد و سپس با میکروسکوب هیره ها را باید جستجو کرد.

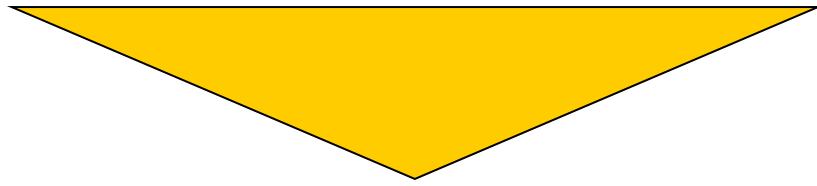
برای درمان بیماری گال کرم پرمترین ۵٪ که از اثر بالا و سمیت کم برخوردار است مناسب است برای درمان با این کرم لازم است بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن، کرم پرمترین را از چانه تا نوک انگشتان پا مالید باید دقت کرد که پوست بدن از جمله وسط انگشتان دست و پا، مچ ها و زیر بغل کاملا به کرم آغشته شود و پس از ۸-۱۲ ساعت بدن از سر به پایین تنه با شامپو و صابون شسته شود و ملحفه ها و لباسها تعویض شوند درمان به روش فوق یک هفته تا ده روز بعد بایستی تکرار شود، لیندان (گاما بنزن هگزا کلراید ۱٪) نیز داروی مناسب درمان گال می باشد که طریقه مصرف این دارو مشابه کرم پرمترین می باشد

افزایش سطح آگاهی و مهارت کارکنان بهداشتی و درمانی، تشخیص و درمان صحیح مبتلایان (بخصوص در مراکز تجمعی جمعیت)، ایجاد و افزایش سطح آگاهی جامعه و رعایت اصول بهداشت فردی و محیط توسط افراد و خانواده ها از راههای مهم مبارزه با شپش و بیماری گال می باشد، هماهنگی و همکاری گسترده بخش بهداشت با سایر بخش های توسعه از اقدامات اساسی مبارزه با مشکل فوق محسوب می شود

منابع

1-Dermatology

JEANL.BOLOGNIA - JOSEPHL.JORIZZO – JULIEV.SCHAFFER



بخش ۵: طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا

اهداف بخش طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

-

واژگان کلیدی بخش طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا

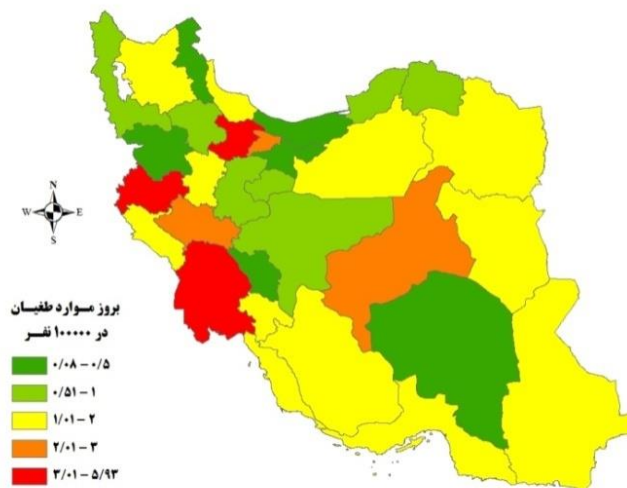
-

عناوین بخش طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا

معرفی بیماری

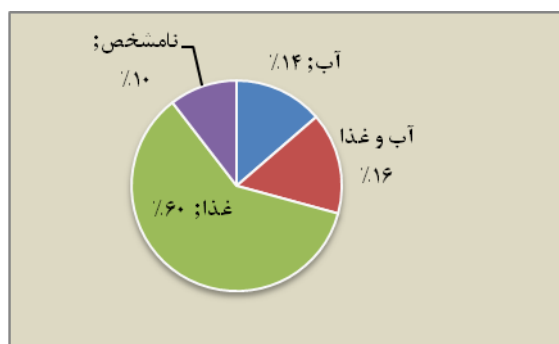
طغیان بیماری های منتقله از غذا به دلیل پدیده جهانی شدن، افزایش مسافرت ها، توسعه ی گردشگری و همچنین افزایش مصرف غذا در خارج از منزل، جابه جایی های جمعیتی و گسترش تجارت مواد غذایی در جهان به عنوان یک مشکل بهداشتی جهانی مطرح شده است. به عنوان مثال در آمریکا سالانه ۷۶ میلیون بیماری منتقله از غذا اتفاق می افتد که منجر به بستری شدن ۳۲۵ هزار نفر و مرگ ۵۲۰۰ می شود. هزینه های صرف شده برای کنترل این طغیان ها پیش از ۱۷ میلیارد دلار تخمین زده شده است.

علاوه بر اهمیت کنترل و مراقبت از بیماری های منتقله از غذا، حملات بیوتروریستی با عوامل منتقل شونده از طریق غذا در جوامع مختلف از ضرورت های مهم استقرار نظام مراقبت بیماری های منتقله از غذا است. گزارش طغیان های بیماری های منتقله از غذا نه تنها نشان دهنده بد بودن وضعیت بهداشتی منطقه نمی باشد بلکه هوشیاری و آمادگی سیستم مراقبت بهداشتی آن منطقه را در کشف، گزارش و کنترل به موقع این طغیان ها نشان می دهد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل نظام مراقبت بیماری های منتقله از غذا در نهایت در اختیار بخش های مختلف از جمله مسئولین حفظ سلامت غذا (food safety) جهت نظارت و کنترل زنجیره غذایی از مزرعه تا سفره قرار می گیرد.



میزان بروز موارد طغیان در کشور در سال ۱۳۹۰

از سال ۱۳۸۶ با تدوین راهنمای کشوری نظام مراقبت بیماری های منتقله از غذا و ابلاغ آن جهت اجرا به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور، اجرای این برنامه جدید در کشور آغاز شد که به تدریج تعداد گزارش ها رو به افزایش گذاشت و این گزارشات از ۱۱۱ طغیان در سال ۱۳۸۶ به ۱۰۳۸ در سال ۱۳۹۰ افزایش یافت.



مقایسه گزارشات طغیان ها براساس علت طغیان

بررسی این طغیان ها نشان می دهد که بیش از ۶۰٪ طغیان های منتقله از غذا بوده و در مناطق شهری و روستایی با نسبت تقریباً مساوی اتفاق افتاده است و همه گروه های سنی در معرض خطر قرار گرفته اند. به طور مثال در سال ۱۳۹۰ از تعداد ۱۰۲۸۳ نفر مبتلا، تعداد ۱۳۸۵ نفر بستری و ۲۶ نفر جان خود را از دست داده اند.

تجمع های جمعیتی از جمله خوابگاه های دانشجویی، مدارس شبانه روزی، مراسم های مختلف مربوط به جشن و عزاداری و همچنین مکان های سیاحتی زیارتی می تواند از جمله محل های شایع بروز طغیان های منتقله از آب و غذا باشد. دانشگاه های اهواز، کرمانشاه، قزوین، تبریز و مشهد از دانشگاه های پیشرو در کشف و گزارش طغیان های ناشی از غذا در سال ۱۳۹۰ بوده اند.

مشخصات پاتوژن های منتقله از غذا

علل شایع بیماری های منتقله از غذا شامل باکتری ها، سموم باکتریایی، ویروس ها و انگل ها هستند.

باکتری: عوامل باکتریایی مختلفی ایجاد بیماری می کنند. آنها به طور طبیعی در محیط یافت می شوند و در محیط زنده مانده و تکثیر می یابند. در بدن میزبان و در غذا نیز تکثیر می یابند. بعضی از آنها اسپور تشکیل می دهند و می توانند توکسین تولید کنند. به عنوان مثال سالمونلا موجب عفونت غذایی و استاف ارئوس موجب مسمومیت غذایی می شوند.

سموم: سمومی هستند که عمدتاً توسط باکتری ها تولید و آزاد می شوند. گرچه سموم ناشی از گیاهان، حیوانات، قارچ ها و سموم شیمیایی می توانند مسمومیت غذایی ایجاد کنند، اما در این راهنما تاکید ما بیشتر متوجه سموم باکتریایی است. استاف ارئوس، با سیلوس سرئوس و کلستریدیوم بوتولینوم عوامل ایجاد کننده سموم باکتریایی هستند؛ اما استاف ارئوس از بقیه شایع تر است.

ویروس ها: ارگانسیم های کوچکی هستند که فقط در داخل سلول زنده تکثیر پیدا می کنند؛ لذا در غذا نمی توانند تکثیر شده و غذا را آلوده کنند. ویروس پس از ورود به بدن انسان تکثیر یافته و عفونت منتقله از غذا ایجاد می کند. ویروس هپاتیت A و نورویروس یا نورواک ویروس از شایع ترین عوامل شناخته شده هستند.

انگل ها: ارگانسیم های تک سلولی یا چند سلولی هستند که در بدن میزبان تکثیر پیدا می کنند و نمی توانند در غذا تکثیر یابند. انگل ها با تشکیل کیست، در محیط باقی مانده و هنگامی که غذا یا آب با کیست آلوده شده و خورده شوند در بدن میزبان تکثیر می یابند و عفونت غذایی ایجاد می کنند. ژیا دریا لامبلیا شایع ترین تک یاخته گزارش شده ی مسبب عفونت گوارشی است.

بررسی گزارش طغیان کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و تجربه پنج سال گذشته در ایران بیانگر آن است که در یک سال بروز حداقل ۵ طغیان منتقله از غذا به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در هر منطقه قابل انتظار می باشد. میزان بروز بیماری در استان های کشور در سال ۱۳۹۰ براساس گزارش موارد بیماری مطابق شکل ۱۳ است.

علائم بالینی

علائم و نشانه های بالینی در اغلب بیماری های منتقله از غذا شامل اسهال، تهوع، استفراغ و کرامپ های شکمی است. این نشانه ها به طور متوسط در مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از عفونت ظاهر شده و برای یک تا دو روز ادامه می یابند. دوره کمون کلید تشخیصی مهمی در تعیین علت بیماری است.

- دوره کمون کوتاه همراه با استفراغ به عنوان علامت اصلی مسمومیت با توکسین هایی مانند فلزات سنگین یا توکسین های از قبل تشکیل شده توسط استاف اورئوس یا باسیلوس سرئوس است که سبب تحریک مستقیم معده شده اند.
- ارستزی عمومی بعد از یک دوره کمون کوتاه نشان دهنده مسمومیت با ماهی خالدار (مسمومیت با ماهی هیستامین)، مسمومیت پارالیتیک یا نورو توکسیک با صدف، سندرم رستوران چینی ها (مسمومیت با منوسدیم گلو تامات)، مسمومیت با نیاسین یا مسمومیت با ماهی سیگانزا می باشد.
- تابلوی سندرم های با شروع زودرس همراه با خوردن قارچ های توکسیک از گاستروآنتریت تا شکایات نورولوژیک متغیر بوده که عبارتند از پرکاری پاراسمپاتیک، گیجی، اختلالات بینایی و توهمات تا نارسایی کبدی یا هپاتورنال که بعد از دوره کمون ۶ تا ۲۴ ساعته رخ می دهد.

- اسهال آبکی و کرامپ شکمی بعد از یک دوره کمون ۸ تا ۱۶ ساعته با کلستریدیوم پرفرانژانس و باسیلوس سرئوس موجد آنترتوتوکسین همراه است.
- کرامپ شکمی و اسهال آبکی به دنبال یک دوره کمون ۱۶ تا ۴۸ ساعته با ویروس کالسی و باکتری های مولد آنترتوتوکسین، کریپتوسپوریدیوم و سیکلوسپورا همراه است.
- سالمونلا، شیگلا، کمپیلوباکترژونی، یرسینیا آنترتوکولیتیکا و E.Coli مهاجم روده ای و ویبریوپاراهمولیتیکوس با اسهال همراه هستند که ممکن است حاوی لکوسیت در مدفوع، کرامپ شکمی و تب باشند. اسهال خونی و کرامپ شکمی به دنبال دوره کمون ۷۲ تا ۱۲۰ ساعته با E.Coli آنترههوراژیک مانند O157:H7 همراه است. سندرم همولیتیک اورمیک (HUS) عارضه عفونت با E.Coli آنترههوراژیک و شیگلا است.
- مجموعه شکایات گوارشی و به دنبال آن تاری دید، خشکی دهان، دیزآرتری (Dysarthry)، دو بینی یا فلج پایین رونده باید کلستریدیوم بوتولینوم را به عنوان علت مطرح نماید.

تعریف اپیدمیولوژیک

اگر دو نفر یا بیشتر از یک غذا یا آشامیدنی مشترک استفاده کرده و علائم بالینی مشترکی داشته باشند طغیان بیماری منتقله از غذا اتفاق افتاده است.

اقدامات مورد نیاز

الف- درمانی

- درمان مناسب بیماران بر اساس نوع بیماری شامل اصلاح اختلالات آب و الکترولیت و درمان های آنتی بیوتیکی.
- اعلام موارد و گزارش فوری طغیان به مرکز بهداشت شهرستان جهت بررسی اپیدمیولوژیک.
- تهیه نمونه های انسانی و غذایی و آب برای تشخیص آزمایشگاهی.

ب- پیشگیری

- آموزش همگانی در مورد راه های پیشگیری و کنترل بروز طغیان های منتقله از آب و غذا.
- به کارگیری اقدامات کنترل و پیشگیری ابلاغی براساس تشخیص علت طغیان.
- ارائه گزارش یافته های حاصل از بروز بیماری.
- هماهنگی با آزمایشگاه بخش خصوصی برای گزارش موارد تشخیص داده شده در ارتباط با طغیان بیماری منتقله از غذا.

اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر

اندیکاسیون های ارجاع جهت بستری بیماران براساس نوع بیماری و وضعیت بیمار انجام شود.

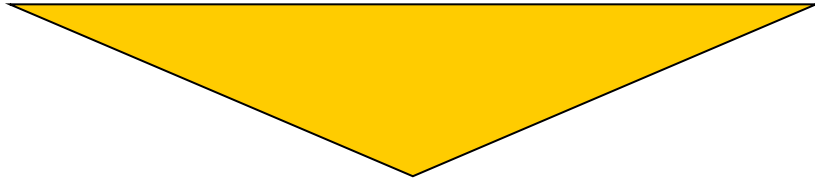
جداسازی

جداسازی توصیه شده در بیماری های منتقله از آب و غذا تماسی می باشد.

خلاصه بخش طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا

منابع

۱. راهنمای کشوری نظام مراقبت بیماری های منتقله از غذا. مرکز مدیریت بیماری ها. نوبت چاپ دوم ۱۳۸۶.
۲. اطلاعات و آمار اداره بیماری های منتقله از آب و غذا و عفونت های بیمارستانی. مرکز مدیریت بیماری های واگیر، ۱۳۹۰.
3. Guidelines for strengthening a National Food Safety programme: WHO/FNU/FOS/96.2-1996 .
4. Mead, P.S, et al. " food – related illness and Death in the United States" Emerging Infectious Diseases. 1999: 5(5), pp.607 25.
5. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Basic Epidemiology. Geneva: World Health Organization, 1993.
6. Fleming LE, Ducatman AM, shalat S1. Disease Clusters in Occupational Medicine: A protocol for Their investigation in the workplace. AM J Ind Med 1992:22:33-47.



بخش ۶: تیفوئید

اهداف بخش تیفوئید

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

-

واژگان کلیدی بخش تیفوئید

-

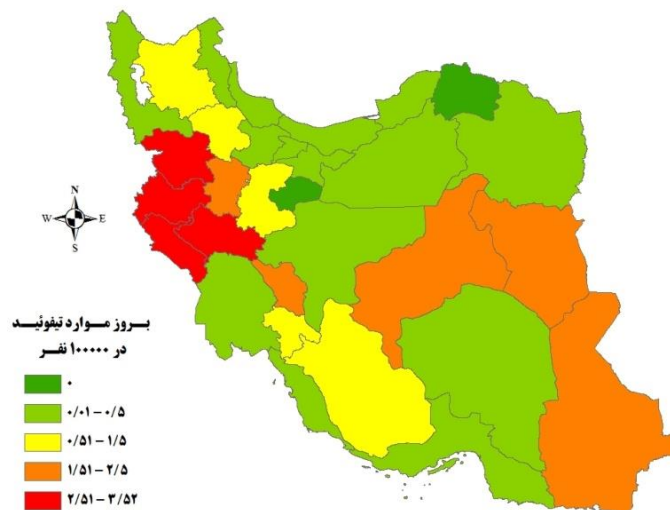
عناوین بخش تیفوئید

•

معرفی بیماری

این بیماری یک مشکل عمده بهداشتی است که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالیانه حدود ۱۷ میلیون مورد ابتلا و حدود ۶۰۰ هزار مورد مرگ و میر دارد. عوارض مهم ناشی از این بیماری، توکسمی، میوکاردیت و خونریزی های گوارشی است. با درمان مناسب و به موقع بیماری می توان مرگ و میر را از ۱۰٪ به ۱٪ کاهش داد. در ۱۰-۵٪ موارد درمان نشده، عود اتفاق می افتد. موارد خفیف یا بدون علامت بیماری در مناطق بومی گزارش شده است.

تعداد کل بیماران گزارش شده در سال ۱۳۹۰، ۵۲۰ مورد بوده است و میزان بروز کشوری این بیماری، ۰/۶۶ در صد هزار نفر محاسبه شده است.



شکل ۲۰: میزان بروز موارد تیفوئید در کشور در سال ۱۳۹۰

علائم بالینی

بیماری از طریق مواد غذایی آلوده منتقل می شود و بیشترین شیوع را در فصل تابستان و اوایل پائیز دارد. همه گیری خانوادگی شایع است. بیماری توسط گروه بزرگی از باسیل های گرم منفی به نام سالمونلا ایجاد می شود. به طور معمول از راه تماس مدفوعی دهانی، انسان را آلوده می کند. شایع ترین عفونت ایجاد شده توسط آن ها، اسهال است. تیفوئید یک بیماری باکتریال سیستمیک است. دوره کمون بیماری ۱-۳ هفته است. بیماری شروعی تدریجی داشته و با تب شروع می شود. این تب پلکانی است و سپس مداوم می شود. سایر علائم شامل لرز، تهوع، استفراغ، دل درد، سردرد، حالت گیجی (Dizziness)، درد عضلانی، ضعف، بی اشتها، کندی نبض، بزرگی طحال و لکه های قرمز روی تنه (Rose spot) که با فشار محو می شود، می باشند. این راش ها تقریباً در ۳۰٪ بیماران در انتهای هفته اول ظاهر می شود و پس از ۲-۵ روز بدون بر جا گذاردن اثری از بین می روند. سرفه بدون خلط و گاهی بزرگی غدد لنفاوی مشاهده می شود. یبوست از علائم اصلی بیماری است؛ اگر چه ندرتاً اسهال (خصوصاً در شیرخواران) هم دیده می شود. علائم در شیرخواران از یک گاستروآنتریت ساده تا یک سپتی سمی شدید بدون اسهال متغیر است. عوارض بیماری شامل پرفوراسیون روده، خونریزی گوارشی، آنسفالیت توکسیک، ترومبوز مغزی، آتاکسی حاد مخچه ای، کوله سیستیت و آرتریت سپتیک است که همگی نادرند.

تعاریف

مورد مشکوک: تب بیش از یک هفته، سردرد، تهوع و استفراغ، دل درد، ضعف، سرگیجه، لکه های Rose Spot روی تنه، یبوست، اسهال، بزرگی کبد و طحال.

مورد محتمل: تیفوئید مشکوک به علاوه یک یا هر دو مورد زیر:

- آزمایش ویدال با افزایش ۴ برابر تیتراژ آنتی ژن سوماتیک O ظرف ۲ هفته.
- وجود موارد بیماری در اطرافیان بیمار یا در منطقه.

مورد قطعی: تیفوئید محتمل همراه یک یا هر دو مورد زیر:

- کشت مثبت سالمونلایی از خون، مغز استخوان، ادرار، مدفوع، Rose spot یا ترشحات دوازدهه.
- یافتن آنتی ژن اختصاصی در ادرار یا سرم.

تشخیص

در صورت موجود بودن علائم بالینی مشکوک تشخیص قطعی با استفاده از موارد زیر انجام می شود:

- انجام کشت روی محیط اختصاصی و جداسازی باسیل از خون، مغز استخوان، مدفوع، ادرار یا Rose spot و ترشحات دوازدهه. حدود ۹۰٪ در طی هفته اول عفونت مثبت است و تا هفته سوم به ۵۰٪ کاهش می یابد. کشت مدفوع در ۷۰٪ - ۶۰٪ موارد در هفته اول منفی است؛ اما ممکن است در هفته سوم عفونت (در بیماران درمان نشده) مثبت شوند.
- یافتن آنتی ژن اختصاصی در سرم یا ادرار در صورت موجود بودن امکانات لازم. تشخیص احتمالی هم توسط موارد زیر مشخص می شود:
- آزمایش ویدال با افزایش ۴ برابر تیتراژ آنتی ژن سوماتیک ظرف ۲ هفته.
- وجود موارد بیماری در اطرافیان یا منطقه.
- روش PCR از حساسیت زیادی برخوردار است ولی چندان اختصاصی نیست.

اقدامات مورد نیاز

الف- درمانی

- درمان با کلرامفنیکل، کوتریموکسازول، آمپی سیلین، آموکسی سیلین و در موارد مقاومت به این داروها، از سفالوسپورین های نسل سوم (سفتریاکسون) ۲-۱ گرم عضلانی یا وریدی دو بار در روز به مدت ۱۴-۱۰ روز و آزیترومایسین (۱ گرم خوراکی روزانه تا ۵ روز)، کینولون ها (مانند سپیروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم در روز به مدت ۱۴-۱۰ روز دو بار در روز) استفاده شود.
- در موارد شدید تب تیفوئیدی (تب، کاهش هوشیاری، خواب آلودگی زیاد، استوپور، اغما و شوک سپتیک) درمان با دگزامتازون باید مد نظر باشد.

ب- پیشگیری

- کلیه حاملین کشف شده باید از سر و کار داشتن با مواد غذایی و مراقبت از بیماران معاف باشند و تا زمانی که سه کشت مدفوع که ۴۸ ساعت پس از قطع درمان به فاصله یک روز تهیه شده باشد منفی نشود باید از تماس با مواد غذایی خودداری نمایند. اگر تست ها مثبت شد، در صورت امکان ماهی یک بار به مدت ۱۲ ماه تکرار می شود تا حداقل سه کشت متوالی به فاصله ۲۴ ساعت منفی شوند.
- تجویز آمپی سیلین یا آموکسی سیلین همراه پروبنسید یا کوتریموکسازول یا سفالوسپورین نسل سوم در درمان حاملین مزمن موثر است.
- آموزش بهداشت برای همه به ویژه گروه های در معرض خطر.

اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر

افراد دارای عوارض بیماری، شوک سیتیک و کاهش هوشیاری لازم است به بیمارستان ارجاع شوند.

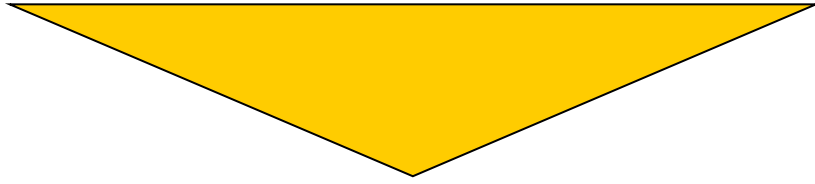
جداسازی

جداسازی توصیه شده در بیماری های منتقله از آب و غذا تماسی می باشد.

خلاصه بخش تیفوئید

منابع

۱. اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری ها. مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۵.
۲. دستورالعمل کشور مبارزه با تیفوئید. مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۷۵.
۳. اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران (۱۳۸۰-۱۳۹۰). مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۹۰.



بخش ۷: شیگلوز

اهداف بخش شیگلوز

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

-

واژگان کلیدی بخش شیگلوز

-

عناوین بخش تیفوئید

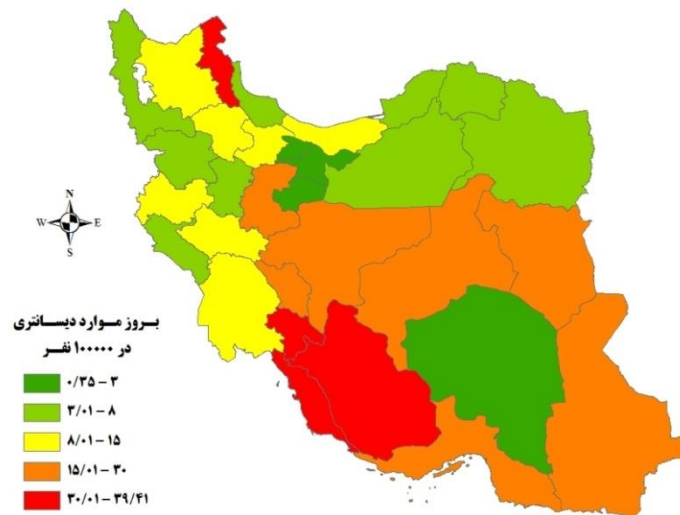
•

معرفی بیماری

شیگلا عامل بیماری زای روده ای است که توان بیماری زایی فوق العاده ای دارد. این باکتری از عوامل اصلی بروز دیسانتری اپیدمیک یا بومی با مرگ و میر بالا گزارش شده است. شیگلا، تنها علت همه گیری های اسهال خونی در ابعاد وسیع در مناطق مختلف دنیا است. اکثر کشورهای جهان سوم در معرض خطر همه گیری های ناشی از شیگلا دیسانتری تیپ یک قرار دارند. شیگلا هر ساله عامل حدود ۶۰۰/۰۰۰ مرگ در سراسر جهان می باشد. دو سوم موارد بیماری و همچنین اکثر موارد مرگ و میر ناشی از بیماری در بچه های کمتر از ۱۰ سال اتفاق می افتد. بروز بیماری در شیر خواران زیر ۶ ماه غیر معمول است.

علائم بالینی

میزان بروز در کشور در سال ۱۳۹۰، ۱۳/۴۲ در صد هزار نفر جمعیت گزارش شده است. بالاترین میزان بروز در سال ۱۳۹۰ در جهرم گزارش شده است.



شکل ۲۴: میزان بروز موارد دیسانتری در کشور در سال ۱۳۹۰

علت اصلی دیسانتری باکتریایی، شیگلا دیسانتریه است که بیماری شیگلوز را ایجاد می کند و در هر اسهال خونی باید مدنظر باشد.

شیگلا باسیل گرم منفی است که با چهار گونه خود (شیگلا دیسانتری- بویدئی- فلکسنری و سونئی) عامل بروز بیماری در انسان است. انسان تنها مخزن مهم باکتری است. انتقال دهانی- مدفوعی مستقیم یا غیرمستقیم از افراد دارای علامت یا ناقلین بدون علامت اصلی ترین راه انتقال بیماری است. میکروب از راه غذا و آب آلوده یا مگس و اشیا نیز انتقال می یابد. دوره کمون معمولاً ۱-۳ روز است. در طی عفونت حاد و تا زمانی که عامل عفونت (معمولاً در مدت ۴ هفته بعد از بیماری) در مدفوع هست، احتمال انتقال وجود دارد. ناقلین بدون علامت ممکن است باعث انتشار عفونت باشند.

اسهال معمولاً با تب، تهوع، گاهی توکسمی، استفراغ، کرامب و تبسوس همراه است. در بسیاری از موارد ابتلا، اسهال آبکی ظاهر می شود. تشنج ممکن است یکی از عوارض مهم در بچه ها باشد. باکتری معمول نیست. ممکن است عفونت متوسط و بدون علامت هم اتفاق افتد. بیماری معمولاً خود محدود شونده است و بعد از ۷-۴ روز بهبود می یابد. گاهی هم عوارض شدید بیماری شامل مگا کولون توکسیک و سندرم اورمیک همولیتیک HUS بوده و مرگ و میر بالای ۲۰ درصد در بیماران بستری در بیمارستان گزارش شده است.

اقدامات مورد نیاز

الف- درمانی

اولین اقدام درمانی در اسهال های شیگلایی اصلاح اختلالات آب و الکترولیت به ویژه استفاده از محلول خوراکی او.آر.اس است. اغلب علائم بالینی به ویژه در نوع شیگلا سونئی خود محدود شونده است و در مدت ۷۲-۴۸ ساعت برطرف می شود. اما به منظور کوتاه کردن دوره بیماری، پاک سازی باکتری از مدفوع و پیشگیری از انتشار و انتقال فرد به فرد بیماری، از آنتی بیوتیک های مناسب استفاده می شود. همچنین در موارد شدید بیماری، اسهال خونی و بیماری های

زمینه‌ای نقص ایمنی، درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها توصیه می‌شود. تا زمان تعیین تست حساسیت میکروبی و نتیجه کشت مدفوع استفاده از آنتی‌بیوتیک آغاز می‌شود.

بروز مقاومت ضد میکروبی در شیگلا بسیار شایع بوده و اغلب از طریق Plasmid منتقل می‌شود؛ به طوری که در امریکا ۸۰٪ به آمپی‌سیلین و ۴۰٪ به کوتریموکسازول مقاومت نشان داده شده است. در ایران نیز در سال‌های اخیر مقاومت به این دو دارو گزارش شده است؛ لذا در درمان اولیه و بدون نتیجه کشت و تست حساسیت میکروبی استفاده از آن‌ها توصیه نمی‌شود.

داروهای زیر در درمان شیگلوزیس توصیه می‌شود:

- سفتریاکسون تزریقی به مدت ۲ روز با دوز ۵۰ mg/kg/day در درمان شیگلوزیس سفالوسپورین‌های خوراکی موثر نیستند.
- فلورکینولون‌ها از جمله سیپروفلوکساسین خوراکی ۵۰۰ میلی گرم دوبار در روز به مدت ۵ روز (این دارو جهت مصرف در افراد زیر ۱۸ سال تایید نشده است).
- آزیترومایسین خوراکی ۱۲ mg/kg/day روز اول و در ۴ روز بعد ۶ mg/kg/day.
- از ترکیبات ضد اسهال و کاهنده حرکات روده به شدت پرهیز باید کرد.

ب- پیشگیری

- آموزش همگانی در خصوص دفع بهداشتی مدفوع و اهمیت شستشوی دست‌ها پس از دفع و قبل از تماس با مواد غذایی به توده مردم، بیماران و اطرافیان آنها و کادر بهداشت و درمان.
- جداسازی بیماران: تعداد کمی باکتری برای ایجاد بیماری لازم است؛ لذا رعایت احتیاط و توصیه‌های زیر ضروری است:

- افراد بیمار که با مواد غذایی سر و کار دارند و کودکان آلوده مهد کودک‌ها، مبتلایانی که از کودکان مراقبت می‌کنند، پس از دو نمونه منفی شدن کشت مدفوع یا سواب رکتال منفی اجازه دارند تا به محل کار خود و یا مهد کودک باز گردند. این دو نمونه باید به فاصله زمانی بیش از ۲۴ ساعت جمع‌آوری شود. نمونه ۴۸ ساعت پس از قطع آنتی‌بیوتیک‌ها تهیه می‌شود.
- اگر مراقبت از کودکان و تعذیه آنها توسط این بیماران اجتناب ناپذیر است، شستن دست‌ها بعد از اجابت مزاج و قبل از غذا به دقت رعایت شود.
- پروفیلاکسی ضد میکروبی برای شیگلوز لازم نیست.

اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر

در موارد کم آبی شدید و عوارض شدید بیماری شامل مگا کولون توکسیک و سندرم اورمیک همولیتیک (HUS) ارجاع به سطوح بالاتر توصیه می‌شود.

- مگا کولون توکسیک شامل اتساع شدید کولون به دنبال اسهال شدید خونی، هیپوکالمی و کاهش شدید حرکات دودی روده و با علائم انسداد تظاهر کرده که با رادیوگرافی مشخص می‌شود.

- سندروم همولیتیک اورمیک یا HUS هم از عوارض شدید اسهال های شیگلای است که با تریاد نارسایی حاد کلیه، ترومبوسیتوپنی و آنمی همولیتیک مشخص شده و نیاز به مراقبت در بیمارستان دارد.

جداسازی

جداسازی توصیه شده در بیماری های منتقله از آب و غذا تماسی می باشد.

خلاصه بخش شیگلوز

منابع

۱. اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری ها. مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۵.
۲. راهنمای همه گیری های شیگلادیسانتی تیپ ۱. مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۰.
۳. اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران (۱۳۹۰-۱۳۸۰). مرکز مدیریت بیماری ها.
4. Red book. American Academy of Pediatrics. 28 edition 2009.