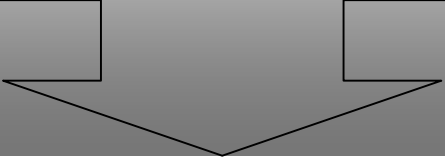


بیماریهای آمیزشی

- ❖ 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 .

اهمیت بیماریهای آمیزشی^۱ (SITD):

بیماری های آمیزشی گروهی از بیماری ها هستند که عمدتاً از طریق تماس جنسی منتقل می شوند. برخی از این عفونت ها نیز ممکن است از راه تزریق خون یا فرآورده های آن از مادر آلوده به نوزاد انتقال یابند. شایع ترین علائم این بیماری ها شامل :

ترشح از مجرای ادراری ؛ ترشح واژینال (درخانم ها) ؛ زخم دستگاه تناسلی ؛ درد زیر شکم (درخانم ها) تورم پوست بیضه ؛ تورم غدد لنفاوی مغبنی و عفونت چشم نوزادان است .

سیفلیس

تعریف بیماری :

سیفلیس یک بیماری عفونی مزمن که توسط تریپونما پالیدوم ایجاد و تقریباً همیشه از طریق تماس مستقیم و نزدیک با ضایعات عفونی اولیه منتقل می شود.



عوامل بیماری :

تریپونما پالیدم یک ارگانیسم ظریف و کاملاً متحرک که به سهولت در اثر گرما ؛ خشکی ؛ مواد ضد عفونی کننده و سایر عوامل فیزیکی و شیمیایی از بین می رود.

¹ S. Sexually

I. Infection

T. Transmitted

D. Disease

اپیدمیولوژی :

بیماری در تمام نقاط دنیا دیده می شود و در منطق شهری شایع تر است . بیماری بیشتر در دوره فعالیت جنسی و اکثرا در سنین ۱۵ تا ۳۹ سالگی پیش می آید .

ترپونما نمی تواند از پوست سالم عبور کند ولی از پرده های مخاطی قادر به عبور می باشد. برای انتقال بیماری تماس مستقیم با ضایعات عفونی لازم است . ضایعات عفونی سیفلیس اغلب در اطراف دستگاه تناسلی و دهان وجود دارد.

ابتلا از طریق تماس غیر مستقیم با اشیاء آلوده محتمل اما شایع نیست . زیرا ارگانیزم برای مدت کوتاه در خارج از بدن زنده می ماند. انتقال عفونت در دوره جنینی از مادر الوده به نوزاد در داخل رحم شایع می باشد . موارد مسری بیماری منحصر به ضایعات مراحل ابتدائی بیماری و شامل شانکر و ضایعات مرطوب نظیر پاپول می باشد . در ضایعات سیفلیسی دیررس ؛ حتی زخمهای باز نیز سبب آلودگی نمی شود.

درمان بموقع موجب کنترل سرایت بیماری می شود .

نشانه های با لینی :

از نظر بالینی سیفلیس را به سیفلیس اولیه ؛ سیفلیس ثانویه ؛ سیفلیس نهفته ؛ دیررس و سیفلیس مادرزادی تقسیم می کنند .

سیفلیس اولیه :

شانکر اولین تظاهر بالینی بیماری است که در محل ورود ترپونم ایجاد می شود . که معمولا پس از ۳ هفته بعد از برخورد با عامل عفونت ایجاد می شود. شانکر(زخم اولیه) بدون درد ؛ برجسته ؛ قاعده سفت میباشد. عامل عفونت قبل از بروز زخم اولیه وارد گردش خون شده و ایجاد لنفا دنوپاتی یکطرفه یا دو طرفه می کند . در مواردیکه زخم در ناحیه گردن رحم یا رکتوم است امکان دارد قابل لمس نباشد . در زنان فاقد درد بودن زخم و اینکه اغلب جایگاه آن در گردن رحم است ؛ ممکن است موجب مخفی ماندن بیماری گردد .

شانکر بدون درمان معمولا در مدت ۳ تا ۶ هفته بهبود یافته و یک اسکار بر جا می گذارد . ضایعات اولیه در نواحی غیر از دستگاه تناسلی و بیشتر در اطراف مقعد و روی لبها ؛ زبان ؛ لوزه ها ؛ کره چشم ؛ سینه ها و انگشتان دیده می شود . و بطور کلی در هر نقطه از بدن امکان پیدایش آن وجود دارد .

فاصله زمانی بین پیدایش شانکر و تظاهرات ثانوی می تواند از یک تا چند ماه متغیر باشد . اما بطور متوسط حدود ۶ هفته می باشد .

سیفلیس ثانویه :

تظاهرات بالینی شامل بثورات جلدی ؛ ضایعات کچلی ؛ التهاب قرنیه و نشانه های وابسته به آنها می باشد از بین تظاهرات نامبرده مشخص ترین و شایع ترین آنها تظاهرات جلدی است .

بثورات جلدی مشخص سیفلیس ثانویه ؛ متعدد و از نظر خصوصیات متفاوت هستند و ممکن است به هر شکل از ضایعات پوستی در آیند و اغلب بصورت قرینه منتشر می شود که کف دست ها و پاها را نیز گرفتار می کند. و همراه آدنوپاتی از نشانه های مشخص سیفلیس می باشد .

نشانه های ثانویه بیماری در عرض چند هفته تا ۱۲ ماه خودبه خود از بین می رود؛ در این مرحله نیز نشانه های بالینی نزدیک به یک سوم بیماران درمان نشده هفته ها و سالها به صورت مخفی در خواهد آمد. ممکن است در سالهای اول دوران مخفی بیماری؛ زخمهای عفونی پوستی و مخاطی سیفلیس ثانوی مجدداً عود کند.

سیفلیس مخفی :

سیفلیس مخفی مرحله ای از بیماری سیفلیس است که بیمار دارای نشانه های قابل تشخیص بالینی نبوده و فقط با انجام آزمایش سرمی می توان تشخیص داد دوره مخفی بیماری ممکنست از یک تا ۴۰ سال یا بیشتر بطول انجامد. به جز زنان حامله که درمان نشده اند و می توانند بیماری را به جنین خود انتقال دهند بقیه بیماران مبتلا به سیفلیس که بیش از دو سال از شروع بیماری آنها گذشته باشد بندرت قدرت سرایت بیماری را خواهند داشت.

سیفلیس دیررس :

سیفلیس در مراحل نهائی ممکنست در هر بافت و عضوی از بدن خودنمایی کند و در حقیقت تظاهرات بالینی آن می تواند شکل هر بیماری خاصی را به خود بگیرد. در گذشته سیفلیس دیررس اغلب با نشانه های شدید پوستی و ضایعات استخوانی همراه بود اما در زمان حاضر بطور عمده سیستم قلبی عروقی و دستگاه عصبی مرکزی را گرفتار می سازد. ضایعات پوستی سیفلیس دیررس به تشخیص بیماری کمک می نماید این ضایعات بصورت منفرد با انتشار غیر قرینه با حاشیه هلالی شکل و حدود مشخص هستند.

سیفلیس مادرزادی :

در این مرحله میکرب می تواند از طریق جفت به جنین منتقل و موجب سیفلیس مادرزادی شود. انتقال میکرب معمولاً بعد از هشت هفته اول حاملگی صورت می گیرد و این قدرت سرایت تا زمان وضع حمل در مادر باقی می ماند. در صورتیکه مادر درمان نشود در حاملگی های بعدی نیز احتمال انتقال بیماری به جنین وجود دارد. بر مبنای زمان ظهور علائم بالینی؛ سیفلیس مادرزادی به دو نوع زود رس و دیررس تقسیم می شود. انواع شدید سیفلیس در جنین موجب مرگ او و مرده زائی می شود. غالب نوزادان سیفلیسی در بدو تولد سالم به نظر می رسند. در آنهایی که دارای نشانه بالینی هستند بیشترین ضایعات در پوست و استخوانها مشاهده می شود در اولین هفته بعد از تولد ممکنست ضایعات تاوولی در کف دست و پا مشاهده شود.

جهت مطالعه

در صورت عدم درمان؛ قریب ۹۰ درصد کودکان سیفلیسی با لاخره علائم جلدی نشان خواهند داد. ضایعات استخوانی بیشتر در بازو و در درجه بعد در درشت نی دیده می شود ولی هر استخوان دیگری ممکن است گرفتار شود. بیش از ۹۰ درصد از شیرخوارانی که سیفلیس مادرزادی آشکار دارند دچار ضایعات استخوانی از انواع مذکور هستند که معمولاً بین ۲ تا ۳ ماهگی آشکار می گردد. یرقان گاهی به عنوان تظاهرات هیپاتیت در سیفلیس مادرزادی در همان اوائل بعد از تولد ظاهر می شود که به سرعت بر طرف می گردد. در سیفلیس مادرزادی زودرس سرایت بیماری به مراکز عصبی امری شایع اما اغلب بدون علامت است اما در سیفلیسی مادرزادی دیررس گرفتاری مراکز عصبی از مهمترین عوارض آن می باشد. و بارزترین علامت آشکار این ابتلا؛ پیدایش فلج در سنین جوانی است.

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 (بزاقت؛ منی؛ خون ترشحات واژن) و بندرت 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 کمون:

این مدت بین ۱۰ روز تا ۳ ماه بوده و متوسط ۳ هفته می باشد.

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 در دفتر ثبت نام بیماران (مطابق با دستورالعمل)
۳. بررسی حال عمومی (مراجعه به جزوه 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 بیمار واگیر (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 داروهای 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 راههای 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 باکتریایی 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: نیسریا گنوره آ که میکربی است کروی شکل؛ هوازی و گرم منفی .

اپیدمیولوژی :

بیماری سوزاک یکی از رایج ترین امراض عفونی در دنیاست 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 گنوکوک 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 آمیزش جنسی ایجاد می شود ولی انتقال غیر جنسی در اطفال نسبتاً شایع است . عفونت گنوکوکی 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 آلوده 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 دیرتر 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 گنوکوک 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 چندماه بدون علامت باشند.

در شکل کلاسیک سوزاک ابتدا قرمزی و تورم 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 چرکی ؛ 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 گنوره 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 گنوکوکی 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 آلودگی 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 آلودگی 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 در دفتر ثبت نام بیماران (مطابق با دستورالعمل)
۳. بررسی حال عمومی (مراجعه به جزوه درمانهای ساده علامتی)
۴. آیا بیمار از سوزش ادرار، تکرر ادرار و ترشح از مجرا شکایت دارد؟
۵. آیا ترشحات چرکی، غلیظ، چسبنده و زیاد است؟
۶. آیا فرد بیمار اخیراً تماس جنسی مشکوک داشته است؟
۷. در خانمها آیا ترشحات واژینال چرکی است؟
۸. 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 متأسفانه 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 محدود؛ 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 ابتلا 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، عفربک و عفونت قارچی بروز می کند.

عامل: کاندیدا آلبیکنس، کاندیداترو پیکالیس، کاندیدا دובلینسیس

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، زبان، 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 ارتیماتوز 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، مدفوع 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 واگیر: 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 بیماریزایی 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 عفربک 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 کاندیدیاز توام واژن و مهبل حساس خواهند بود مصرف طولانی سوند های ادراری باعث ایجاد کاندید یاز دستگاه ادراری می شود.

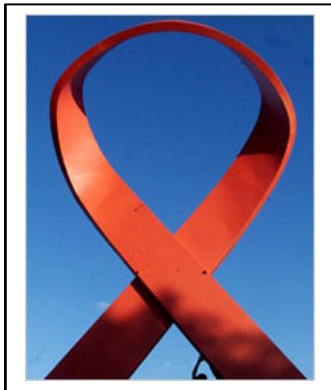
درمان: در بیشتر اشکال موضعی نیستاتین، کلوتریمازول، میکونازول، مصرف میشود، در درمان برفک دهان، نیستاتین موثر است.

پیشگیری واقدامات 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 بهداشتی درمانی .
- ❖ ارجاع موارد مشکوک .
- ❖ جداسازی لازم نیست .
- ❖ گند زدایی همزمان ، ضد عفونی و ترشحات و لوازم آلوده ضروری است .
- ❖ قرنطینه ندارد .
- ❖ مصون سازی تماسها وجود ندارد

ایدز AIDS

تعریف: $AIDS^2$ (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 ایمنولوژی 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 ۲۸ میلیون نفر بوده ، که تنها ۲/۵ میلیون آن در سال ۱۹۹۸ اتفاق افتاده است . انسان تنها مخزن بیماری ایدز می باشد . این بیماری سه موج همه گیری داشته که ابتدا آمریکا بعد اروپا و آفریقا و درموج سوم آسیا را فرا گرفته است . ۹۰٪ آلوده شدگان و بیماران در کشورهای توسعه نیافته زندگی می کنند.

عامل بیماری : ویروس HIV (مخفف کلمات Human Immunodeficiency Virus) به معنی ویروس نقص ایمنی انسانی است که فرد بطور متوسط ۱۰ سال وارد مرحله ی پیشرفته بیماری میگردد که به آن ایدز گویند.

تفاوت ایدز با HIV+

بیمارانی که مبتلا به ایدز هستند علائم بیماری ظاهر شده است ولی در افرادی که HIV+ هستند فرد آلوده به ویروس ایدز هست ولی هنوز علائم بیماری ظاهر نشده است . 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.

ویژگی های انحصاری ویروس ایدز:

A : Aquired

D:Deficiency ^۲

I: Immuno

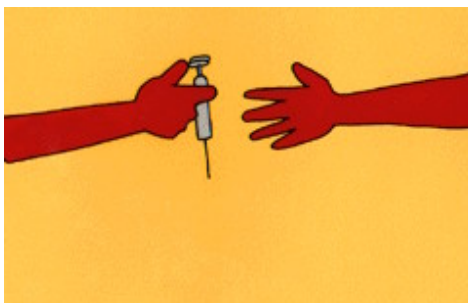
S: Syndrom

- ۱- ویروس ها تا پایان عمر از بدن فرد آلوده پاک نخواهد شد.
- ۲- تمامی افرادی که به مرحله ی ایدز می رسند منجر به مرگ می شوند.
- ۳- انسان تنها مخزن - میزبان و ناقل بیماری ایدز است.
- ۴- ویروس در خارج از بدن انسان و در محیط چندروزی بیشتر زنده نمی ماند.
- ۵- ویروس جهش و تکثیر بسیار زیاد و تنوع آنتی ژنیک فراوانی دارد و به همین خاطر تاکنون واکسن مؤثری کشف نشده 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 کور ایدز 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 - فارنژیت - لنفادنوپاتی - سردرد - درد مفاصل و عضلات - ضعف - بی اشتهایی - 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 لنفادنوپاتی - برفک دهانی - زونا - تبخال - سل پوستی - سرطانهای فرصت طلب می باشد که در تمام دوران عفونت HIV امکان بروز دارند.



تشخیص عفونت :

تشخیص عفونت از طریق انجام آزمایش الیزا و آزمایش وسترن بلات می باشد .
آزمون الیزا به منظور شناسایی پادتن HIV و آزمون وسترن بلات به منظور تایید کننده بیماری ایدز انجام میشود که این آزمون از دقت بالایی برخوردار می باشد .
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.

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 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 و از مرحله کنترل گامی جلو نگذاشته 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.

تریکومونیا

تعریف :

یک بیماری تک یاخته 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 بدبو تظاهر می کند.

عامل :

تک یاخته تازکدار 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 همراه آلودگی به تریکوموناس مشاهده شده است ارتباط احتمالی تریکومونیا با نازایی و سقط خودبخود و زایمان زودرس وجود دارد و در اکثر موارد تریکومونا 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 زنهای 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 مترونیدازول یا تینیدازول و یا اوریندازول ، این داروها در سه ماهه اول بارداری در تضاد با حاملگی می باشد هفت جنسی بیمار همزمان درمان شود.

پیشگیری واقدامات 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 بهداشتی درمانی

❖ ارجاع موارد مشکوک

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

❖ گندزدایی همزمان ندارد. انگل در برابر خشکی 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 : کلا مدیاتراخماطیس

علائم بالینی :

فولیکولهای لنفاوی و ورم 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. اسکار 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 و مناطق 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 آلوده 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 در دفتر ثبت نام بیماران 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 دفتر داروئی 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 در فرم ۱۵-۱۶ پرونده خانوار ثبت نماید .
۹. در مورد بیماری و نحوه پیشگیری از آن به فرد آموزش دهد .
۱۰. گزارش کتبی ماهیانه را تهیه نماید .

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.