

راهنمای آموزش پیشگیری و مبارزه با

بیماریهای واگیر (۲)

مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه

فهرست:

- ۱ - جذام چیست؟ ۱
- ۲ - هپاتیت A و E چیست؟ ۵
- ۳ - حصبه (تیفوئید) چیست؟ ۶
- ۴ - بوتولیسم چیست؟ ۸
- ۵ - فاسیولازیس چیست؟ ۱۰
- ۶ - شپش سر (پدیلولوز) چیست؟ ۱۲
- ۷ - لپتوسپیروز چیست؟ ۱۶
- ۸ - بیماری آمیزشی چیست؟ ۱۹
- ۹ - دیفتری چیست؟ ۲۰
- ۱۰ - سرخک چیست؟ ۲۲
- ۱۱ - سیاه سرفه چیست؟ ۲۴
- ۱۲ - کزاز چیست؟ ۲۷
- ۱۳ - آنفلوانزای فصلی چیست؟ ۳۰
- ۱۴ - آنفلوانزای پرندگان چیست؟ ۳۵

۱ - جذام چیست؟

تاریخچه:

بیماری جذام از زمانهای بسیار قدیم انسانها را رنج داده است. زمانی تمام قاره‌ها را درگیر کرده بود و تصویر دردناکی از نقص عضو و طرد شدن از اجتماع را در ذهن بشر و تاریخ به جا گذاشته است.

حقایق در مورد جذام:

جذام در طول تاریخ بیش از هر بیماری دیگری باعث وحشت و انزوای انسان‌ها گردیده است و تا مدتها تصور می‌شد که این بیماری ارثی، لاعلاج و غذایی از جانب خداوند است. تصور و نگرش موهومی که از قدیم در ذهن مردم نقش بسته بود باعث می‌شد این بیماران را در مکانهای خاصی جدا از سایرین نگهداری کنند. بالاخره در سال ۱۸۷۳، یک پزشک نروژی به نام « گرهارد هانریخ آرمورهانسن » کشف کرد که عامل واقعی جذام، باسیلی به نام « میکو باکتریوم لپرا » است.

باسیل لپرا از نظر ظاهری شباهت زیادی با باسیل مولد بیماری سل دارد و بطور معمول در داخل سلول زندگی می‌کند و تنها درون سلول قادر به تکثیر است و امکان کشت در خارج از سلول وجود ندارد. به این دلیل تاکنون واکسن موثری بر علیه جذام ساخته نشده است. باسیلهای موجود در ترشحات بینی در تاریکی و رطوبت مناسب حداقل به مدت یک روز و در خارج از بدن انسان به ندرت در شرایط خاص تا ۷ روز بدون قدرت تکثیر، زنده می‌مانند. دوره نهفتگی بیماری طولانی و بطور متوسط ۳ الی ۵ سال است و تا ۲۰ سال هم گزارش گردیده است. کوچکترین مورد گزارش شده در یک نوزاد ۲/۵ ماهه بوده است. از آنجا که تست اختصاصی برای تشخیص عفونت جذام وجود ندارد کشف بیماری موکول به زمان بروز نشانه‌های بالینی است. هر دو جنس را در تمام سنین مبتلا می‌سازد و از نظر ژنتیکی تفاوتی بین زن و مرد در بروز بیماری وجود ندارد و اگر چنانچه در مقاطعی از زمان اختلافی در کشف و گزارش موارد بیماری وجود داشته است به دلیل عواملی از قبیل موانع اجتماعی و عدم دسترسی یکسان زن و مرد و یا پوشش متفاوت بین دو جنس است که احتمال تشخیص بیماری را نابرابر ساخته است.

طبقات اجتماعی فقیر بیشتر به جذام مبتلا می‌شوند. وضعیت اقتصادی نامناسب و زندگی با تراکم بالای افراد خانواده در کنار هم به مدت طولانی، از عوامل مستعد کننده جذام هستند. با وجود اینکه افرادی که به جذام مبتلا می‌شوند معمولاً از نظر تغذیه‌ای در وضعیت مناسبی نیستند ولی افراد

زیادی وجود دارند که از فقر غذایی رنج می‌برند ولی هرگز به جذام مبتلاء نمی‌شوند. نهایتاً ۹۵ درصد از مردم به دلیل وضعیت ایمنولوژیک خود هرگز به جذام مبتلاء نمی‌گردند و فقط ۵ درصد از مردم مستعد ابتلاء به جذام هستند. فرد مبتلا به جذام بایستی در تماس نزدیک، مکرر و طولانی (نظیر ارتباط اعضای یک خانواده که در زیر یک سقف زندگی می‌کنند)، قرار گیرد تا سایر افراد مستعد را مبتلا سازد. پس علاوه بر استعداد ایمنولوژیک، نیاز به تماس طولانی است.

وضعیت بیماری در ایران:

بیماری جذام از بیماریهای بومی کشور ایران است. کشف موارد و درمان آن و همچنین آموزش کارکنان و آحاد جامعه در این بیماری یکی از وظایف شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور محسوب می‌شود. بیماری جذام به دلیل ایجاد معلولیت ماندگار، افزایش بار بیماری و کاهش سلامت جامعه از زمره بیماریهای با اولویت بالا در سطح جهانی قرار دارد و لذا از ابتدای دهه ۶۰ همچون سایر بیماریهای نظام مراقبت در سیستم بهداشتی کشور ادغام گردید.

اکنون شیوع جذام بسیار کاهش یافته است و سالهاست کشور جمهوری اسلامی ایران وارد مرحله حذف (شیوع کمتر از یک مورد به ازای ده هزار نفر جمعیت که Elimination نامیده می‌شود) گردیده است. به طوریکه در سال ۱۳۷۱ با میزان شیوع ۰/۴ در ده هزار نفر جمعیت وارد مرحله حذف بیماری در سطح کشوری و به ترتیب در سالهای ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ وارد مرحله حذف در سطح استانی و شهرستانی گردیده است. شمار موارد جدید جذام نیز از سال ۱۳۶۴ روندی رو به کاهش داشته است.

نحوه انتقال بیماری:

انسان مخزن شناخته شده عفونت در جذام می‌باشد. راه سرایت بیماری از انسان به انسان و از شخص درمان نشده به شخص دیگر و از مسیر دستگاه تنفسی فوقانی از طریق قطرات تنفسی یا بندرت پوست آسیب دیده می‌باشد.

جذام از راه غذا یا آب منتقل نمی‌شود. انتقال از راه گزش حشرات مورد شک است، باسیل عمدتاً پوست، اعصاب محیطی و مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و نیز چشمها را درگیر می‌سازد. البته در فرم لپروماتوز بجز CNS (دستگاه عصبی مرکزی)، سایر اعضای بدن را نیز به نسبت کمتر مبتلا می‌سازد.

نشانه‌های بیماری:

علائم بیماری براساس نوع درگیری متفاوت هستند. به انواع قطب توبرکلوئید، قطب لپروماتوز و اشکال بوردرلاین یا بینابینی تقسیم می‌شود. باسیل‌هانس پس از ورود به بدن مدتی مخفی مانده و پس از طی دوره کمون علائم بیماری ظاهر می‌شود.

شکایات بیمار می‌تواند زود رس و یا دیررس باشد و برخی علائم هم توسط پزشک یا بیماریاب پس از یک معاینه دقیق شناسایی می‌شوند بدون اینکه بیمار از آنها شکایتی داشته باشد.

شکایات بیمار شامل شکایات زودرس: لکه کوچک قرمز رنگ یا رنگ پریده پوستی، بیحسی و کرختی دست و پا، احساس گرمی و سوزش پوست، ضعف خفیف عضلات صورت و اندام‌هاست.

شکایات دیررس شامل: لکه‌های متعدد و بزرگ، زخم‌های بدون درد در اندام‌ها، گره‌های پوستی مشخص یا کلفت شدن پوست، ضعف خفیف عضلات صورت و اندام‌ها می‌باشد.

برخی علائم جذام از قبیل آلوپسی و ریزش موهای ابروها، لاگوفتالمی (بازماندن چشم در خواب)، دفورمیتی‌ها و تغییر شکل اندام‌ها، لکه‌های کم رنگ و پررنگ بی حس، دانه‌ها یا نودول‌های صورت و نواحی مختلف بدن آنچنان مشخص و بارز هستند که در تشخیص و تشخیص افتراقی بیماریها، بیماری جذام در ذهن خطور می‌نماید.

نشانه‌های اصلی بیماری به سه دسته عمده تقسیم می‌شوند:

۱- ضایعه پوستی:

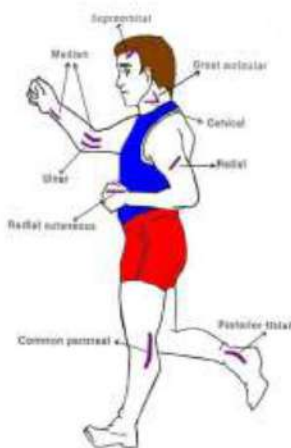
لکه‌های پوستی معمولا در پوستهای تیره کم رنگتر از پوست اطراف و در پوستهای روشن قرمز رنگ است و ممکن است منفرد یا متعدد باشد. معمولا در فرم توبرکلوئید تعداد ضایعات کم (کمتر از ۵ ضایعه) و غیرقرینه و در فرم لپروماتو تعداد زیاد و به صورت قرینه می‌باشد. گاهی اوقات ضایعه قرمز یا مسی رنگ است. ضایعات بصورت مسطح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

۲- بی حسی:

از دست دادن حس (حرارت، درد و لمس سطحی و عمقی) از تظاهرات تیپیک جذام است که در فرم توبرکلوئید در ضایعات پوستی و در فرم لپروماتو به شکل دستکش و جوراب در دست و پا اتفاق می‌افتد.

۳- آسیب عصبی:

معمولاً درگیری تنه‌های اعصاب محیطی به شکل تورم عصب، از دست دادن حس در پوست و یا ضعف ماهیچه‌هایی که توسط اعصاب مبتلاء عصب دهی می‌شوند و اختلالات اتونوم شامل کاهش تعریق و ریزش موها تظاهر می‌کند.



محل‌های شایع درگیری تنه‌های عصبی در جذام

درمان:

اولین درمان به کشف داپسون و مشتقات آن در اواخر دهه ۱۹۴۰ بر می‌گردد. بدنبال استفاده از داپسون بیماری تا حدودی کنترل ولی به دلیل باکتریواستاتیک بودن داپسون بهبودی بیماران به کندی صورت می‌گرفت و می‌بایست بیماران تا آخر عمر داپسون استفاده می‌کردند. با معرفی MDT (درمان چند دارویی) از سوی سازمان جهانی بهداشت به جای درمان تک دارویی داپسون، بیماری بطور کامل درمان و انتقال آن متوقف شد. داروهای مورد استفاده در MDT شامل ریفامپیسین، کلوفازیمین و داپسون برای بیماران پرباسیل به مدت ۱۲ ماه و ریفامپیسین و داپسون برای بیماران کم باسیل به مدت ۶ ماه می‌باشد.

در بین داروهای ریفامپیسین مهم‌ترین دارو است. نحوه استفاده داروها در راهنمای کشوری جذام بطور مبسوط آمده است. داروهای MDT به صورت رایگان در بسته‌های آماده فقط در مراکز بهداشتی کشور توزیع می‌گردد. هر بسته یا ورق برای مدت یک ماه بوده و بیمار هر ماه فقط یک بسته دریافت می‌کند. درمان روز اول آن تحت نظارت پرسنل بهداشتی به بیمار خوراند می‌شود. تنها در شرایط سخت و دشوار و عدم امکان رفت و آمد ماهانه، تمام دوره درمانی به بیمار داده می‌شود که در این صورت یکی از افراد آگاه تر خانواده مسئولیت نظارت بر مصرف داروی بیمار را به عهده می‌گیرد. (Accompanied MDT)

۲ - هیپاتیت A و E چیست؟

هیپاتیت آ و ایی عمدتاً از آب و مواد غذایی منتقل می‌شود، وقتی شرایط مساعد باشد می‌توانند اپیدمی بدهند، عفونت اکثراً در سنین پایین اتفاق می‌افتد

علائم

شروع ناگهانی تب و درد شکم، تهوع، استفراغ و گاهی بثورات جلدی و درد و التهاب مفاصل دیده می‌شود. پس از چند روز زردی ظاهر می‌شود. ادرار تیره، بی‌اشتهایی، ضعف، خستگی زیاد، درد، و حساسیت در قسمت بالا و راست شکم از علائم این بیماریهاست

هیپاتیت آ

بسیاری از عفونت‌های این هیپاتیت بدون علائم هستند برخی خفیف و بدون زردی هستند (مخصوصاً در اطفال). هیپاتیت آ ممکن است به صورت طول کشیده و یا عود کننده باشد و تا یک سال ادامه پیدا کند اما هرگز مزمن نمی‌شود. شدت بیماری با افزایش سن افزایش می‌یابد ولی بهبودی کامل و بدون عود یا عارضه است.

مرگ و میر این بیماری پایین است بیماری در سن مدرسه و جوانها شایع است اصلی ترین راه انتقال مدفوعی دهان است. بیشترین دفع عامل بیماریزا، دو هفته قبل از شروع شکایت بیمار است و ایمنی ناشی از بیماری تا آخر عمر باقی می‌ماند.

هیپاتیت ایی

علائم مشابه هیپاتیت آ است و فرم مزمن ندارد بیش از ۵۰٪ بیماران تب دارند و درد مفاصل در این هیپاتیت شایع است. بسیاری از اپیدمی‌های هیپاتیت ایی در اثر آب آلوده اتفاق می‌افتد علائم بالینی در بالغین جوان و میانسال شایعتر است که احتمالاً به دلیل ابتلای کودکان به اشکال بدون زردی یا با علائم خفیف بیماری است. ایمنی حاصل کوتاه مدت است.

توجه به موارد زیر در این بیماریها ضروری است:

- موارد همه گیریهای باید فوراً گزارش شود
- درمان اختصاصی ندارند و درمان نگهدارنده است: استراحت و رعایت رژیم غذایی مناسب، در حد تحمل بیمار در دفعات مکرر و با حجم کم چربی کم باید داده شود.
- به افراد جامعه در مورد رعایت بهداشت فردی به خصوص شستشوی دستها و دفع بهداشتی مدفوع آموزش داده شود.
- در مهد کودکیها پس از تعویض کهنه و قبل از خوردن غذا حتما دستها به خوبی شسته شوند و در صورت مشاهده موردی از هیپاتیت آ در یک مهد کودک باید به کلیه بچه‌ها و کارکنان، ایمونو گلوبولین تزریق شود.

۳ - حصه (تیفوئید) چیست؟

این بیماری یک مشکل عمده بهداشتی است که سالانه ۱۷ میلیون نفر را در جهان مبتلا می‌کند و حدود ۶۰۰ هزار نفر را به کام مرگ می‌فرستد. عوارض مهم این بیماری درگیری قلب و خونریزی گوارشی و توکسمی (سم در خون) است.

علائم

عفونتهای سالمونلایی طیف وسیعی از بیماریهای باکتریایی (تب تیفوئیدی، گاستروآنتریت، باکتری، عفونتهای موضعی) را شامل می‌شوند. بیماری توسط گروه بزرگی از باسیلهای گرم منفی به نام سالمونلا ایجاد می‌شود. به طور معمول از راه تماس مدفوعی دهانی به انسان منتقل می‌شوند و شایع ترین عفونت ایجاد شده توسط آنها اسهال است.

تیفوئید یک بیماری سیستمیک با دوره کمون ۱-۳ هفته است. بیماری شروعی تدریجی داشته و با تب شروع می‌شود. این تب پلکانی بوده و سپس مداوم می‌گردد.

لرز، تهوع، استفراغ، دل درد و سردرد، درد عضلانی، ضعف، بی‌اشتهایی، کندی نبض و بزرگی طحال و لکه‌های قرمز روی تنه از علائم این بیماری هستند.

سرفه، یبوست و یا اسهال و گاهی بزرگی غذای لنگاوی مشاهده می‌شود

کاهش اسید معده از مهمترین عوامل زمینه ساز برای ایجاد بیماری است.

حصه بیشتر در اطفال قبل از سنین مدرسه و در سن مدرسه مشاهده می‌شود عوارض دیررس بیماری شامل سوراخ شدگی روده و یا خونریزی گوارشی در بزرگسالان درمان نشده شایع تر است.

توصیه‌ها:

۱- آموزش بیماران، افراد در دوران نقاهت و حامین سالم در مورد رعایت بهداشت فردی، به خصوص شستشوی دستها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا لازم است.

۲- جدا کردن (ایزولاسیون) بیماران لازم نیست

۳- از کلیه اطرافیان بیمار باید نمونه کشت مدفوع تهیه شود

۴- ناقل مزمن باید به مدت ۶ هفته آنتی بیوتیک مناسب بگیرد

۵- آموزش همگانی در مورد شستشوی دستها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه غذا و قبل از مصرف غذا لازم است

- ۶- دفع صحیح فضولات انسانی، رعایت فاصله بین چاه فاضلاب و چاه آب آشامیدنی و عدم وجود حشرات در اطراف چاه توالت برای کنترل بیماری ضروری است
- ۷- کنترل حشرات توسط حشره‌کشها و دفع صحیح زباله در کیسه‌های نایلونی به منظور جلوگیری از تجمع حشرات لازم است
- ۸- جوشاندن شیر و کلیه محصولات لبنی توصیه می‌شود
- ۹- کلیه حاملین باید تا ریشه کنی باکتری از سرو کار داشتن با مواد غذایی معاف شوند

۴ - بوتولیسم چیست؟

تعریف:

بوتولیسم یک بیماری فلجی است که با درگیری اعصاب جمجمه‌ای شروع شده و به تدریج به طرف اندامها پیشرفت می‌کند و علت بیماری، یک نوروآتوکسین قوی پروتئینی ناشی از کلسترییدیوم بوتولینوم می‌باشد.

اهمیت بهداشتی:

این بیماری در سراسر جهان دیده می‌شود. بوتولیسم غذایی عمدتاً در اثر مصرف مواد غذایی کنسرو شده خانگی به خصوص سبزیجات، میوه‌جات، ادویه‌جات و با شیوع کمتر با گوشت و ماهی ایجاد می‌شود. این بیماری با مرگ و میر بالایی همراه است، در حالی که با رعایت اصول محافظتی به راحتی قابل پیشگیری است.

انواع بوتولیسم:

بوتولیسم غذایی:

این حالت در نتیجه خوردن غذای آلوده به سم کلسترییدیوم بوتولینوم ایجاد می‌شود.

بوتولیسم زخم:

این حالت به علت توکسین آزاد شده در زخم‌های آلوده به این ارگانیزم ایجاد می‌شود

بوتولیسم نوزادان:

از خوردن اسپورها و تولید سم در روده نوزاد ناشی می‌شود.

بوتولیسم با طبقه بندی نامعین:

گروهی که شامل کودکان بزرگتر و بزرگسالانی است که در آنها بیماری با مکانیسمی شبیه به بوتولیسم نوزادان ایجاد می‌شود.

علائم بوتولیسم غذایی:

دورهٔ کمون آن ۱۸-۳۶ ساعت است، اما بسته به میزان سم وارده، تا چند روز متغیر است. مشخصه بیماری، فلج قرینه و پایین رونده است که به فلج تنفسی و مرگ منجر می‌شود. درگیری اعصاب جمجمه‌ای نشانه شروع علاوم است و معمولاً موجب دوبینی، اختلال گفتاری می‌شود. ضعف از سر و گردن شروع و قرینه بوده و پیشرفت کرده و به تدریج دستها، قفسه سینه و پاها را درگیر می‌کند. تهوع، استفراغ، درد شکم معمولاً قبل و یا به دنبال شروع فلج ایجاد می‌شود.

گیجی، تاری دید، خشکی دهان و خشکی شدید گلو و گاهی ایجاد زخم در گلو شایع است. بیمار معمولاً تب ندارد، افتادگی پلکها اغلب وجود دارد. رفلکس مردمک کاهش یافته و در نیمی از بیماران مردمکها فیکس یا گشاد می‌شوند، رفلکس حلق مهار شده و رفلکسهای عمقی و تری طبیعی یا کاهش یافته است. یبوست شدید و احتباس ادراری نیز در بیماران شایع است.

تشخیص دقیق براساس معاینات بالینی و تاریخچه بیماری است
پیدا کردن ارگانیزم یا سم آن در استفراغ یا مدفوع قویاً به نفع تشخیص است
جدا کردن ارگانیزم (بدون سم) از غذا، برای تشخیص بیماری به تنهایی کافی نیست. ولی جدا کردن ارگانیزم از کشت برداشت شده از زخم، مطرح کننده بیماری است

درمان:

بیمار باید بستری شود و آنتی توکسین مخصوص بوتولیسم دریافت نماید که جزء اصلی درمان می‌باشد.

درمان بوتولیسم نوزادان فقط اقدامات حمایتی است و تجویز آنتی بیوتیک موثر نمی‌باشد.

پیشگیری:

گرم کردن کامل (جوشاندن) غذا (بخصوص غذاهای کنسرو شده و کشک) به مدت ۱۵ دقیقه قبل از مصرف

ندادن عسل به کودکان زیر یک سال

۵ - فاسیولازیس چیست؟

اهمیت بهداشتی:

بیماری در اصل مخصوص حیوانات بوده و انسان به طور تصادفی مبتلا می‌شود. با افزایش شیوع آن از ۱۹۸۰ توصیه شده که بیماری صرفاً زئونوز نبوده بلکه از بیماریهای انگلی خاص انسان است. انسان معمولاً با خوردن سبزی آلوده به لارو، به این بیماری مبتلا می‌شود.

علائم بالینی:

شایع ترین علائم عبارتند از علائم شکمی، تب، خستگی و کاهش وزن
 علائم بالینی به صورت سه دسته اند: ۱- حاد ۲- مزمن ۳- بدون علامت
 شکل حاد بیماری: علائم شامل تب طول کشیده، بزرگی کبد و درد شکمی (معمولاً در ناحیه فوقانی راست شکم) است. بی اشتهایی، بی حالی، کهنیر، ضعف عمومی به طور شایع وجود دارد. علائم فوق به همراه افزایش سلولهای خونی (ائوزینوفیلیا) مشخصه اصلی فاسیولازیس حاد است. علائم فوق یک تا یک و نیم ماه بعد از آلودگی ظاهر می‌شود و در عرض یک ماه فروکش می‌کند
 انگل می‌تواند در غیر جای اصلی خود یعنی کبد و مجاری صفراوی باشد که شایع ترین آنها عبارتند از پوست، پشت، اندامها، قفسه سینه ریه مغز روده بزرگ و شکم قرار گیرد.

شکل مزمن:

حدود سه ماه بعد از آلودگی علائم مرحله مزمن مشاهده می‌شود که از چند ماه تا چند سال به طول می‌انجامد که علائم ممکن است تا ده سال پس از شروع بیماری مشاهده شود.
 علائم عبارتند: از انسداد گذرای مجاری صفراوی، افزایش ضخامت مجاری صفراوی و کیسه صفرا، کوله سیستیت، کلانژیت، پانکراتیت و زردی

تشخیص:

وجود تب و درد کبدی و بزرگی کبد به همراه افزایش ائوزینوفیل در خون مطرح کننده بیماری است که یافتن تخم انگل و سایر آزمایشها برای اثبات وجود بیماری لازم است.
 درمان اصلی بیماری داروی تری کلاندازول است که به صورت تک دز بکار می‌رود.

اقدامات لازم برای پیشگیری:

۱. خشک کردن گیاهان مشکوک یا غوطه ور کردن آنها در آب جوش به مدت چند دقیقه
۲. دفع بهداشتی فضولات انسانی و حیوانی

۳. استفاده از آب آشامیدنی سالم
۴. تامین آب سالم به منظور شستشوی سبزی
۵. آموزش مردم در رابطه با راه‌های انتقال و چرخه زندگی انگل
۶. اجتناب از خوردن آبهای آلوده و سبزی آلوده یا گیاهان آبهای شیرین بدون ضد عفونی کردن آنها
۷. تشخیص آلودگی دامها و درمان آنها
۸. مبارزه با حلزون ناقل بیماری

۶ - شپش سر (پدیگولوز) چیست؟

مشخصات کلی شپش: حشره‌ای کوچک، دارای ۶ پا، بدون بال و خونخوار است که انگل خارجی بدن انسان بوده و می‌تواند تن، سر و عانه را آلوده کند.

تخم شپش، رشک نام دارد و بیضی شکل و سفید رنگ و به اندازه ته سنجاق می‌باشد و به مو و درز لباسها می‌چسبد.

شپش حشره‌ای است که زندگی انگلی دارد و از خون انسان تغذیه می‌نماید. بزاق شپش حاوی مواد ضدانعقادی است که از لخته شدن خون جلوگیری کرده و خارش شدیدی را موجب می‌شود. در واقع شپش نمی‌پرد و نمی‌جهد بلکه حرکت لغزشی دارد. شپش ماده تا ۳۰ روز زندگی می‌کند و رنگ آن بین خاکستری تا قرمز متغیر است. تخم‌های شپش ماده کوچک بوده و به ساقه مو چسبندگی پیدا می‌کند.

دخترها بیشتر از پسرها به شپش سر مبتلا می‌شوند که علت آن تماس سر به سر بیشتر در این جنس می‌باشد. این نکته مهم است که هر کسی می‌تواند بدون ارتباط با شرایط اجتماعی - اقتصادی خاص یا وضعیت خاص بهداشت فردی‌اش به شپش مبتلا شود.

شپش در آب زنده نمی‌ماند زیرا از طریق سوراخ‌های کوچکی که در اطراف بدنش به نام اسپیراکل دارد تنفس می‌کند بهمین دلیل در مناطقی مثل استخر قادر به فعالیت نیست و از طریق شنا و استخر منتقل نمی‌شود.

اگر کودک شما مبتلا به شپش شد بدانید که بدترین اتفاق عالم برای او رخ نداده است و مهمترین نکته آن است که در این خصوص والدین ترس بخود راه ندهند. البته شپش اگر برای مدتی بدون درمان بماند می‌تواند مشکلاتی برای سلامتی فرد و دیگران ایجاد کند.

بزرگ ترین مشکل ایجاد حس مضمّن کننده‌ای است که در دوستان و اطرافیان فرد مبتلا بوجود آمده و به مختل شدن روابط بین فردی می‌انجامد. ابتلا به شپش یکی از بیماریهای شایع در همه سنین به ویژه در سنین مدرسه می‌باشد.

شپش علاوه بر ناراحتیهایی که در اثر گزش ایجاد می‌کند، ناقل بیماری تیفوس و تب راجعه نیز می‌باشد.

بنابراین آگاهی از علایم و نشانه‌های این بیماری در مدارس، گامی مثبت در جهت کنترل بیماری محسوب می‌شود.

انواع شپش:

۱ - شپش سر

۲ - شپش بدن

۳ - شپش عانه

محل زندگی:

شپش سر در لابلاهای موهای سر زندگی می‌کند و این مناطق (عقب سر و نیز قسمت پشت گوش) را مورد گزش قرار می‌دهد.

شپش بدن در مسیر درزهای داخلی و چینهای لباسها زندگی می‌کند. شپش عانه در محل عانه است و در سایر نقاط بدن نیز ممکن است مشاهده شود.

راه‌های انتقال:

- ۱ - از طریق تماس مستقیم افراد سالم با افراد آلوده
- ۲ - از طریق تماس غیرمستقیم به صورت استفاده از وسایل شخصی آلوده (لباسها، پتو، ملحفه، شانه، کلاه، روسری و...)

علائم:

- ۱ - علائم ابتلا به شپش سر:
 - (الف) خارش شدید
 - (ب) التهاب و تورم در ناحیه ریشه مو به دلیل خاراندن شدید
 - (ج) بزرگ و حساس شدن غدد لنفاوی پشت گوش و پشت سر و گردن
- ۲ - علائم ابتلا به شپش بدن:
 - (الف) خارش شدید
 - (ب) ضخیم شدن پوست
- ۳ - علائم ابتلا به شپش عانه:
 - (الف) خارش غیر قابل تحمل در ناحیه عانه
 - (ب) لکه‌های آبی رنگ

عوارض ابتلا به شپش:

- ۱ - خارش شدید در سطح بدن به دلیل تلقیح ماده بزاقی به پوست فرد مبتلا
- ۲ - عفونت ثانویه مثل زرد زخم که در اثر خاراندن شدید پوست رخ می‌دهد
- ۳ - سایر عوارض مثل خستگی عمومی، افسردگی و پریشانی روانی و بیخوابی، ضایعات پوستی به صورت بثورات ریز قرمز رنگ

راههای پیشگیری:

- ۱ - آموزش به مردم در مورد شستشوی لباس و ملحفه در آب جوش بمدت ۳۰ دقیقه و یا استفاده از ماشین لباسشویی، خشک کن و اتو کردن درزهای لباس برای از بین بردن شپش و رشک.
- ۲ - رعایت بهداشت فردی (بخصوص استحمام مرتب)
- ۳ - شانه کردن روزانه موی سر

- ۴ - تمیز کردن همه روزه برس و شانه
- ۵ - شستشوی منظم لباسها، روسری، کلاه و ...
- ۶ - عدم استفاده از شانه، برس و کلاه دیگران
- ۷ - پرهیز از تماس با اشیاء و لباسهای فرد آلوده
- ۸ - کنترل روزانه موی سر و بازدید بدن (در صورت لزوم) دانش آموزان در مدرسه و ورزشگاهها
- ۹ - گزارش موارد آلوده مشاهده شده به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی

راه‌های مبارزه:

- ۱ - درمان مناسب فرد و سایر افراد خانواده بطور همزمان طبق دستورات مراکز بهداشتی درمانی
- ۲ - اطو کردن لباسها (بخصوص درزهای لباس)
- ۳ - جوشاندن کلیه وسایل شخصی آلوده (حوله، ملحفه، لباسهای زیر و رو و ...) در آب جوش به مدت حداقل نیم ساعت (در مورد شپش تن)
- ۴ - شستشوی منظم و یا پودرپاشی وسایل خواب و سایر وسایلی که قابل شستشو نبوده یا شستشوی آنها مشکل می‌باشد.
- ۵ - استفاده از داروهای ضد شپش (از جمله شامپو و لوسیون گامابنزن، شامپو و لوسیون پرمترین در صورت دسترسی و طبق دستور پزشک)

در چه مواردی موی سر دانش آموز باید بررسی شود؟

- ۱ - وقتی یک مورد شپش در کلاس کشف شد تمام دانش آموزان همان کلاس باید بررسی شوند.
 - ۲ - برادران و خواهران و اولیاء دانش آموزان مبتلا نیز باید مورد بررسی قرار گیرند.
 - ۳ - موارد جدید باید فوراً درمان شوند.
 - ۴ - وقتی بیش از سه کلاس یک مدرسه درگیر باشند تمام کلاسهای مدرسه باید از نظر شپش غربالگری شوند.
 - ۵ - چک کردن موی سر باید زیر نور کافی صورت پذیرد.
 - ۶ - دانش آموز مبتلا زمانی که دوره درمانش تمام شد یا تمام تخمها از موهایش زوده شد باید پذیرفته شود.
 - ۷ - دانش آموز مبتلا باید به مدت ۱۴ روز مورد بررسی روزانه قرار گیرد.
 - ۸ - اعضای خانواده باید تا ۱۰ روز موهایشان از نظر ابتلا به شپش مورد بررسی روزانه قرار گیرد.
- در مبارزه با شپش، فرد آلوده و کلیه افراد خانواده و سایر افرادی که با او در تماس نزدیک می‌باشند باید نکات بهداشتی را رعایت کنند.

درمان

درمان از طریق استفاده از شامپوی پرمترین می‌باشد همچنین استفاده از شانه دندانه ریز در درمان بیماری سرعت بخش خواهد بود.

پیشگیری

- شستشوی مرتب و تمیز نگهداشتن بدن و موی سر
- شانه زدن مرتب موی سر
- تمیز نگه داشتن شانه و برس خود
- شستن لباسها و ملحفه‌ها با دست یا ماشین لباسشویی و خشک کردن آنها در آفتاب و یا با خشک کن و اطو
- استفاده نکردن لباسها و وسایل شخصی دیگران مانند (شانه، برس، روسری، کلاه، حوله، گل سر، تل سر، کتش سر و...)

مدت ممنوعیت از مدرسه

تا زمانی که شپش زنده و تخمهای موجود در موی سر و بدن لباسها از بین نرفته‌اند لازمست دانش آموز از رفتن به مدرسه خودداری نماید.

اقدامات در مدارس

- آموزش به سه گروه هدف: دانش آموزان، اولیا دانش آموزان، کارکنان مدارس در خصوص شستشوی لباس و ملحفه در آب گرم ۵۵ درجه سانتیگراد به مدت بیست دقیقه و یا خشکشویی آنها برای از بین بردن شپش و رشک و ضدعفونی گروهی البسه و رختخواب و سایر وسایل مورد استفاده شخصی مثل شانه و برس و...
• بازرسی مستقیم موی سر و در صورت لزوم بدن و لباس افراد آلوده و البسه و متعلقات آنها
• استفاده از داروی ضد شپش در افراد آلوده

۷ - لپتوسپیروز چیست؟

لپتوسپیروز یک بیماری عفونی قابل انتقال از حیوان به انسان بوده که به وسیله گونه‌های متعدد لپتوسپیروا ایجاد می‌شود. این بیماری در مناطقی که بارندگی و رطوبت خاک بالا باشد و در مشاغل پر خطر از قبیل برنجکاران و شالیکاران، کشاورزان مزارع نیشکر، کارگران فاضلابها و کارگران کشتارگاه‌ها و ماهیگیران و کسانی که به شنا در آبهای آلوده می‌پردازند بیشتر بوده و به نامهای مختلف بیماری ویل، بیماری ماهیگیران، یرقان عفونی، تب مرداب، تب برنجکاران و..... معروف می‌باشد.

عامل بیماری

از انواع لپتوسپیروا واز خانواده اسپروکتها می‌باشد. عامل بیماری فتری شکل بوده و برای دیدن حرکت و جزئیات آن از میکروسکوپ زمینه تاریک استفاده می‌کنند.

مخازن بیماری

مخازن این بیماری متعدد بوده ودر مناطق جغرافیایی مختلف سگ، چوندگان و نشخوار کنندگان (بخصوص گاو) به عنوان مخازن بیماری عمل می‌نمایند.

منابع آلوده کننده

عامل بیماری از طریق ادرار، ترشحات تناسلی، جنین و جفت سقط شده و شیر حیوان مبتلا دفع و سبب آلودگی محیط آب، مزارع شده سبب گسترش بیماری می‌گردد. رطوبت خاک ناشی از بارندگی‌های زیاد ویا آب‌های سطحی و قلیایی بودن خاک از عوامل مستعد کننده برای بقای عامل بیماری در محیط هستند.

انتشار بیماری

بیماری در تمام نقاط به جز قطب شمال و جنوب وجود دارد. این بیماری بیشتر در مناطقی که آب و هوای مرطوب و بارندگی بالا و سطح آبهای زیر زمینی بالا باشد و مخازن بیماری وجود داشته باشد شایع تر بوده، در کشور ایران هم در استانهای شمالی کشور مثل گیلان، مازندران و گلستان به علت بارندگی و رطوبت بالا و شغل برنجکاری بیماری از شیوع بالایی در انسان برخوردار بوده ولی آلودگی دامی در کلیه نقاط کشور گزارش شده است.

راه‌های انتقال بیماری

همانطور که ذکر شد عامل بیماری از راه ادرار، ترشحات تناسلی جنین و جفت سقط شده از حیوان دفع و سبب آلودگی آب و خاک می‌گردد.

انتقال بیماری عمدتاً از دو راه صورت می‌گیرد:

۱. راه خراش پوست در کشاورزان و برنجکاران و کارگران نیشکر، کارگران فاضلابها و

کشتارگاه‌ها و افرادی که در آبهای آلوده شنا می‌کنند.

۲. راه مخاطات به خصوص مخاط دستگاه گوارش در اثر خوردن آب آلوده.

علائم بیماری در انسان:

دوره کمون بیماری معمولاً ۲-۱ هفته است که می‌تواند از ۲ تا ۲۶ روز متغیر باشد بیماری می‌تواند به اشکال زیر بروز نماید:

۱. شکل بدون علامت که ۱۵ تا ۴۰٪ موارد را شامل می‌شود.

۲. شکل با علامت که حدود ۶۰-۸۵ درصد موارد را شامل می‌شود. این شکل با علامت، خود

می‌تواند به ۲ شکل بدون زردی (خفیف) و شکل با زردی (شدید) بروز نماید.

شکل بدون زردی که بیش از ۹۰٪ موارد علامت دار را شامل می‌شود. علائم خفیف شبیه آنفلوانزا ظاهر می‌شود، که شایعترین آنها عبارتند از سردرد، درد عضلانی، تب و لرز، تهوع و اسهال و درد شکم، تظاهرات پوستی، اسهال، درد مفاصل، گلودرد، درد استخوان و تظاهرات چشمی، قرمزی ملتحمه چشم

شکل همراه با زردی که به نام سندرم ویل هم نامیده می‌شود در ۱۰٪ موارد علامت دار دیده می‌شود که در این فرم علائم شدیدتر همراه با زردی بوده و می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود.

علائم مهم این فرم عبارتند از: خونریزی، آنمی، اختلالات هوشیاری، تب مداوم، اختلالات کبد (بزرگی کبد وزردی) اختلالات کلیوی، تظاهرات هموراژیک و خونریزی پوستی، ترومبوسیتوپنی، خونریزی ملتحمه چشم، خلط خونی، خونریزی از دستگاه گوارش و ادرار خونی،

در صورتی که بیمار در این مرحله دیر تشخیص و تحت درمان قرار گیرد، احتمال مرگ و میر آن بیشتر خواهد شد.

درمان

بیماری در صورتی که در مراحل اول تشخیص و تحت درمان قرار گیرد قابل درمان بوده و درمان آنتی بیوتیکی همراه با کنترل مایعات زیر نظر پزشک متخصص عفونی و مراقبت شدید از بیمار و درمان نارسایی کلیه می‌تواند به بهبود بیمار کمک کند.

روشهای پیشگیری و کنترل

۱. استفاده از وسایل حفاظتی از قبیل چکمه، دستکش و پیش بند توسط افرادی که به عنوان مشاغل پرخطر هستند مثل برنجکاران و شالیکاران در موقع کار در مزرعه کارکنان گشتارگاه و کارگران فضلابها
۲. آموزش مردم و گروههای در معرض خطر در خصوص اهمیت بیماری، راههای انتقال و به کار بردن نکات بهداشتی و حفاظتی در موقع فعالیت
۳. آموزش مردم جهت اجتناب از شنا در آبهای برکه‌های مشکوک و جلوگیری از ادرار کردن حیوانات نزدیک آبها
۴. مبارزه با جوندگان و سگهای ولگرد در محل از طریق هماهنگی با ارگانهای مربوطه
۵. اعلام موارد مشکوک سقطهای دامی به دامپزشکی جهت بررسی منبع احتمالی بیماری
۶. واکسیناسیون دامها علیه بیماری توسط دامپزشکی

انتظارات از بهورز جهت پیشگیری و کنترل بیماری در منطقه

۱. اعلام موارد مشکوک به مراکز بهداشتی درمانی و مراکز درمانی و بیمارستانها
۲. اعلام مورد مثبت به دامپزشکی و مسئولین جهت بررسی منبع عفونت
۳. هماهنگی با دامپزشکی جهت واکسیناسیون دامهای منطقه
۴. هماهنگی با مسئولین جهت مبارزه با جوندگان و سگهای ولگرد
۵. آموزش گروههای در معرض خطر به خصوص کشاورزان، برنجکاران و شالیکاران در خصوص اهمیت بیماری، راههای انتقال و به کار بردن نکات بهداشتی و استفاده از وسایل حفاظتی در موقع کار در مزرعه و تماس با دام و ذبح دام
۶. آموزش مردم در خصوص عدم شنا در آبها و برکه‌های مشکوک
۷. اعلام سقطهای مشکوک دامی به دامپزشکی جهت بررسی منبع عفونت