

راهنمای آموزشی HIV/AIDS و STI

ویژه پزشکان

شاغل در سیستم بهداشتی درمانی کشور

مرکز مدیریت بیماریها- تابستان ۱۳۸۳

دکتر قباد مرادی

پیشگفتار

در سالهای اخیر مطالب بسیار زیادی در خصوص ایدز و عفونت HIV در سراسر دنیا و در کشور ما به صورت مکتوب ارائه شده است. در هر کدام از این مکتوبات با توجه به نوع دیدگاه نگارنده و نیز گروه مخاطب در نظر گرفته شده برای کتاب به موضوعات خاصی پرداخته شده است. در کشور ما در سیستم بهداشتی درمانی برنامه مراقبت HIV/AIDS و بیماریهای آمیزشی با توجه به روند بیماری در کشور در حال تبدیل شدن به یکی از بیماریهای هدف و اساسی برای مراقبت است. برنامه مراقبت ایدز و HIV و بیماریهای آمیزشی برای مداخلات موثر نیازمند دستورالعمل های دقیق اجرایی هستند. بنابراین یکی از اجزاء مهم برنامه وجود دستورالعمل ها (Guideline) برای سطوح مختلف به تناسب نوع وظیفه است. راهنمای مربوط به ایدز و HIV و بیماریهای آمیزشی با توجه به هر گروه باید حداقل اطلاعات لازم در ارتباط با موضوع به مخاطب ارائه دهد. باید واژه ها و مفاهیم و تعاریفی را که برای یکسان سازی برنامه مراقبت لازم است گردآوری کرد و ارائه داد. در این مجموعه سعی شده از ورود به جزئیات اجتناب شود و کلیاتی را که برای پزشک اولاً بعنوان رهبر یک تیم بهداشتی و ثانیاً بعنوان کسی که از نظر بالینی باید بیمار را مراقبت، درمان و پیگیری کند لازم است ارائه دهد. تهیه راهنما به این شیوه در کشور ما در برنامه های بهداشتی درمانی برای سطوح مختلف تقریباً تجربه جدیدی است، بنابراین ممکن است اشکالاتی در عمل وجود داشته باشد. با اذعان به این موضوع آماده پذیرش نقطه نظرات همکاران درخصوص این کتاب هستیم مسلماً ارسال نقطه نظرات همکاران می تواند ضمن برطرف کردن مشکلات موجود راه را برای ارتقاء آن فراهم سازد. آرمان همه ما داشتن یک کشور آباد با مردمانی سالم است. عملی کردن آرزوهایمان نیازمند برداشتن قدم هائی است. اگر چه هرگامی ممکن است روبه جلو نباشد ولی برای پیشرفت و آبادانی کشورمان و سلامت آن راهی جز گام برداشتن به جلو نداریم. همه دعا کنیم گام هائی که برمی داریم گام های روبه جلو باشد. انتظار می رود که همکاران نقطه نظرات خود را در ارتباط با این کتاب به مرکز مدیریت بیماریها ارسال نمایند و در مرکز مدیریت بیماریها با تدابیر لازم هر دو سال یکبار این کتاب بعنوان یک راهنما بازنویسی خواهد شد.

مقدمه :

این مجموعه بعنوان راهنمای پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و سیستم های بهداشتی کشور تهیه شده است . انتظار می رود این کتاب در اختیار کلیه پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی سراسر کشور ، بیمارستانها و پزشکانی که در مراکز مرتبط با ایدز کار می کنند قرار گیرد . این کتاب همچنین باید در مراکز بهداشت شهرستان ها بعنوان یک منبع در اختیار بخش های ستادی مرتبط قرار گیرد. این کتاب دارای ۱۱ فصل است . در ابتدای هر فصل اهداف آموزشی ذکر شده است . اهداف آموزشی ذکر شده حداقل مطالبی است که انتظار می رود فراگیران آن را بیاموزند . در پایان فصل منابعی که برای دانستن اطلاعات تکمیلی تردد صورت لزوم می توان به آن مراجعه کرد آورده شده است .

پزشکان باید بتوانند با استفاده از این راهنما برنامه مراقبت و مداخله HIV/AIDS و STI را در سیستم های بهداشتی درمانی رهبری کنند و بر حسب امکانات موجود اقدامات بالینی و درمانی لازم را برای آنها انجام دهند .

عناوین فصل ها مباحث مهم مرتبط با HIV/AIDS را شامل می شود .

یک بخش این کتاب نیز درخصوص بیماریهای آمیزشی و مراقبت آن است در یکی از فصول سیستم ثبت و گزارش دهی برنامه HIV/AIDS و مراقبت آورده شده است . این فصل برای همکارانی که در سیستم های بهداشتی درمانی کار می کنند اهمیت زیادی دارد اما برای سایر همکاران نیز می تواند کمک کننده باشد . در یک فصل شرح وظایف همکاران پزشک با توجه به جایگاههای که می توانند در سیستم بهداشتی درمانی داشته باشند آورده شده است .

در یک فصل نیز تشکیلات ، ساختار ، فرم ها و سیستم ثبت و گزارش دهی برنامه HIV/AIDS توضیح داده شده است .

مسلماً این کتاب در هیچ کدام از سرفصل ها یک مرجع تخصصی نیست سعی شده حداقل اطلاعات لازم در ارتباط با هر موضوع ذکر شود . در نهایت این کتاب باید بتواند حداقل اطلاعات لازم را برای مراقبت و مداخله در برنامه HIV/AIDS و STI ارائه کند

فهرست مطالب

صفحه	عنوان	فصل
	کلیات ، تاریخچه و اپیدمیولوژی HIV/AIDS	فصل ۱
	عفونت HIV/AIDS	فصل ۲
	عفونت های فرصت طلب	فصل ۳
	عفونت HIV/AIDS در اطفال	فصل ۴
	حاملگی و HIV/AIDS	فصل ۵
	سل و HIV/AIDS	فصل ۶
	درمان ضد رترو ویروسی	فصل ۷
	مشاوره در HIV/AIDS	فصل ۸
	عفونت منتقله از طریق جنسی (STI)	فصل ۹
	ساختار و تشکیلات HIV/AIDS (مراقبت و سیستم ثبت و گزارش دهی)	فصل ۱۰
	شرح وظایف پزشک در برنامه HIV/AIDS	فصل ۱۱

کلیات ، تاریخچه
و اپیدمیولوژی **HIV/AIDS**

فصل اول: کلیات و اپیدمیولوژی ایدز

فراگیر در پایان این فصل باید قادر باشد که :

- ۱- تاریخچه ای از HIV/AIDS را بیان نماید .
- ۲- الگوهای اپیدمیولوژیک HIV/AIDS را بیان نماید .
- ۳- راههای انتقال و روش های پیشگیری HIV/AIDS را بیان نماید .
- ۴- وضعیت کنونی آلودگی به HIV در جهان را بیان نماید.
- ۵- وضعیت آلودگی به HIV در ایران را بیان نماید .

مقدمه :

وقتی که برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ بیماری ایدز شرح داده شد هیچ کس تصور نمی کرد که این بیماری انتشار چنین گسترده و فراگیری در همه دنیا داشته باشد . در رویدادهائی شبیه HIV و AIDS که پیشینه زیادی ندارند و هنوز نکات ناشناخته زیادی دارند مطالعه اپیدمیولوژی می تواند بسیار کمک کننده باشد . در واقع بسیاری از دانسته های ما در ارتباط با این بیماری در شرایط فعلی بر اساس آنالیز داده های اپیدمیولوژیکی این بیماری بدست آمده است . در این فصل تاریخچه بیماری، اپیدمیولوژی بیماری مشتمل بر وضعیت و راههای انتقال و روش های پیشگیری شرح داده خواهد شد .

تاریخچه :

در پنجم ژوئن سال ۱۹۸۱ مجله « گزارش هفتگی ابتلاء و مرگ و میر » آمریکا مقاله ای به چاپ رساند که در آن گزارش پنج مورد پنومونی ناشی از پنوموسیتیس کارینی (PCP) در مردان همجنس باز در کالیفرنیا آورده شده بود . طی مدت کوتاهی موارد مشابهی نیز از شهرهای نیویورک و سانفرانسیسکو گزارش شد . بدنبال آن در مناطق دیگر مواردی از هرپس های دور مقعدی و اسهال های غیر قابل کنترل در مردان همجنس باز مشاهده گردید که همگی مقاوم به درمان بودند .

بعد از آن هر روز گزارش های جدیدی از ابتلای بزرگسالان به ارگانیزم های فرصت طلب نادر مثل مایکوباکتریوم آیوم و کریپتویدیوم دریافت می شد . بدنبال آن مواردی از سارکوم کاپوشی و لنفوم غیر هاچکینی در مردان همجنس باز گزارش شد که درک وضع موجود را همچنان پیچیده تر می کرد .

در پایان سال ۱۹۸۱ تعداد ۱۸۹ مورد بیماری با الگوهای ابتلا به عفونت های فرصت طلب از ۱۵ ایالت آمریکا به مرکز کنترل بیماریهای آمریکا گزارش شد . ۹۷ درصد مبتلایان مرد و ۷۹ درصد آنها همجنس باز بودند . به همین دلیل ابتدا تصور کردند که این بیماری فقط در افراد همجنس باز دیده می شود و به همین دلیل نام اولیه

آن را Gay Immune deficiency syndrome نامیدند . و حتی آنرا طاعون همجنس بازان نامیدند) (Gay plague .

با افزایش موارد بیماری در سال بعد مشاهده گردید که این سندرم در بعضی از گروههای دیگر هم وجود دارد مثلاً در معتادان تزریقی و هموفیلیها و در مناطق جغرافیایی خاص (هائیتی) موارد بیماری گزارش شد . با جمع آوری داده های بیشتر مشخص شد که این بیماری در خانم ها نیز بروز می یابد . آنالیز داده های جمع آوری شده این فرضیه را بوجود آورد که عامل ایجاد این بیماری یک عامل عفونی قابل انتقال از راه تماس جنسی یا خون است .

در سال های ۱۹۸۳ و ۱۹۸۴ از عوامل ویروسی بعنوان علل احتمالی این بیماری نام برده شد و سپس ویروس عامل بیماری شناسایی شد . نهایتاً در سال ۱۹۸۶ با اثبات جزئیات عامل بیماری، آنرا بنام ویروس HIV (Human Immune deficiency Virus) نامگذاری کردند . در سال های بعد آلودگی به این بیماری انتشار وسیعی پیدا کرد . و تعداد موارد ابتلاء بصورت تصاعدی افزایش یافت . بطوری که در سال ۱۹۹۳ از ایدز بعنوان علت اول مرگ افراد ۲۵ تا ۴۴ ساله نام برده شد . تنها در سال ۲۰۰۲ حدود ۵ میلیون مورد مرگ به این بیماری نسبت داده شده و گفته می شود در حال حاضر ایدز چهارمین علت مرگ و میر در دنیا است . از سوابق و اطلاعات موجود چنین بر می آید که ویروس ایدز اگر یک ویروس باستانی نباشد دست کم یک ویروس قدیمی است که منشاء جغرافیایی آن نامشخص است البته در این خصوص فرضیه هایی وجود دارد.

اپیدمیولوژی ایدز :

سازمان جهانی بهداشت تعداد موارد HIV/AIDS را که تا پایان سال ۲۰۰۳ در قید حیات بوده اند بالغ بر ۴۶ - ۳۴ میلیون برآورد کرده است . تعداد موارد جدید HIV در طی سال ۲۰۰۳ حدود ۵ میلیون مورد ذکر شده است . برآورد می شود روزانه حدود ۱۴ هزار مورد جدید HIV در سطح جهان حادث گردد که ۹۵ درصد آن در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد . این بیماری از ابتدا تا پایان سال ۲۰۰۳ میلادی بیش از ۲۲ میلیون مرگ به بار آورده است که ۳ میلیون مورد آن در سال ۲۰۰۳ رخ داده است . گفته می شود تا پایان سال ۲۰۰۴ بین ۶۵ تا ۷۵ میلیون نفر مبتلا خواهند شد .

در سالهای اولیه بعد از شناسایی اولین موارد ابتدایی بیماری، آلودگی به HIV به شدت گسترش پیدا کرد . آلودگی به ویروس ایدز در حقیقت یک پاندمی با ابعاد جهانی است که به نظر می رسد از اواسط دهه ۱۹۸۰ آغاز و بصورتی مخفیانه رو به گسترش نهاده است . تا سال ۱۹۸۸ بین ۵ تا ۱۰ میلیون نفر آلوده به این ویروس شدند در حال حاضر بیش از ۷۰ میلیون نفر در دنیا به این ویروس آلوده هستند .

حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد موارد آلودگی به HIV، ۵ سال بعد از آلودگی به مرحله ایدز می رسند و تا ده سال بعد از آلودگی بیش از ۵۰ درصد موارد آلودگی به HIV به مرحله ایدز می رسند . بنابراین حدود ۵ سال تا یک دهه

بعد از شروع آلودگی HIV در دنیا ابتدا به ایدز در دنیا چهره غالب این بیماری شد. در این مرحله بروز ایدز چهره ای بارزی در جامعه داشت بدنبال آن یک واکنش جهانی نسبت به ایدز شروع شد که در آن ترس و انزوا اثرات شومی در شخص مبتلا و جامعه باقی گذاشت. یعنی درزمانیکه افراد آلوده بیشترین نیاز را به حمایت اجتماعی داشتند از جامعه مطرود می شدند. این واکنش جهانی نسبت به ایدز درمقاطعی در دنیا فراگیر شد.

عامل بیماری ایدز:

عامل بیماری ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) از گروه رترو ویروس ها است و دارای ۲ سروتایپ ۱ و ۲ می باشد. HIV1 شایعترین عامل در سطح جهان به شمار می رود و دارای چندین ساب تایپ با انتشار جغرافیایی متفاوت است. انسان تنها مخزن شناخته شده HIV است.

دوره نهفتگی بیماری:

دوره کمون HIV/AIDS متغیر است. هر چند فاصله زمانی بین ورود ویروس به بدن و مثبت شدن تست سرولوژیک (دوره کمون عفونت) در حدود ۱ تا ۳ ماه است ولی فاصله بین عفونت ناشی از HIV و تشخیص AIDS (دوره کمون بیماری) از ۲ ماه تا ۱۰ سال متغیر است. حدود نیمی از مبتلایان به عفونت ناشی از HIV بدون دریافت داروهای ضد ویروسی در عرض ۱۰ سال دچار AIDS شده اند. دوره کمون متوسط بیماری در شیرخواران کوتاهتر از بالغین است و درمان باعث طولانی شدن این دوره می شود.

سیر طبیعی بیماری:

طیف بالینی عفونت ناشی از HIV ازحالت ناقلی بدون علامت تا AIDS آشکار، گسترش دارد. این بیماری ممکن است با یک ناخوشی شبه آنفلوآنزا شروع شود و با آدنوپاتی ژنرالیزه ادامه یافته و نهایتاً خود را به صورت سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) و عفونت های فرصت طلب ناشی از آن و سارکوم کاپوزی و دمانس نشان دهد، ولی همه بیماران مبتلا به AIDS از این مراحل عبور نمی کنند و دربرخی از آنها اولین تظاهر این سندرم را سارکوم کاپوزی یا پنومونی ناشی از پنوموسیتیس کارینی ودر برخی دیگر، بیماریهایی مثل سل تشکیل میدهند.

حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد مبتلایان به عفونت ناشی از HIV درعرض ۳ تا ۶ هفته بعد از عفونت اولیه، دچار سندرم حادی می شوند که از شدت های مختلفی برخوردار است و بروز آن در سیر بعدی بیماری تاثیر دارد، علائم حاصله این مرحله شامل تب، فارنژیت، لنفادنوپاتی، سردرد، آرترآلژی، میالژی، خستگی، کسالت، بی اشتها، کاهش وزن می باشد و به مدت ۱ تا ۲ هفته باقی میماند و سپس به تدریج و خود بخود برطرف شده وارد مرحله نهفتگی می شود. شدت ناخوشی ناشی ازگرفتاری به HIV به طور کلی درارتباط مستقیم با درجه اختلال فعالیت سیستم ایمنی است.

شروع علائم بالینی ، معمولاً تدریجی است و تظاهرات حاصله ، غیر اختصاصی بوده با علائمی نظیر لنفادنوپاتی ، بی اشتهائی ، اسهال مزمن ، کاهش وزن تب و خستگی ، مشخص می گردد. هرچند این یافته ها جهت تشخیص AIDS کافی نمی باشد ولی قبلاً تحت عنوان کمپلکس وابسته به AIDS نامیده می شد ولی وجود آنها باید شک بالینی به ایدز را برانگیزد. با اینحال بروز بسیاری از عفونت های فرصت طلب و برخی از بیماری های بدخیم در این بیماران ، حاکی از نقص ایمنی زمینه ای بوده با صراحت بیشتری از بروز AIDS حکایت خواهد کرد .

میزان تبدیل عفونت ناشی از HIV به AIDS دقیقاً مشخص نشده است ولی مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته ، حاکی از آنست که در صورت عدم مصرف داروهای ضد رتروویروس ، ۱۵ تا ۲۰ درصد مبتلایان به عفونت ناشی از HIV در عرض پنج سال ، ۵۰ درصد آنان در عرض ۷ تا ۱۰ سال و عده کثیری از موارد باقیمانده در عرض ۵ تا ۱۰ سال بعد از گروه دوم ، دچار AIDS خواهند شد .

بدون توسل به درمان های اختصاصی ، میزان مرگ ناشی از AIDS در حد بالائی قرار داشته و حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در عرض ۳ تا ۵ سال پس از تشخیص بیماری ، جان خود را از دست می دهند . یکی از عواملی که در سرعت سیرطبیعی بیماری ایدز تاثیر بارزی دارد سن مبتلایان است به طوری که شیرخوارانی که در دوره پریناتال به عفونت HIV مبتلا می شوند با سرعت بیشتری دچار بیماری ایدز می گردند. و به عبارت دیگر دوره کمون بیماری در آنان کوتاه تر است و از طرفی طی یک سال اول زندگی احتمال بروز ایدز ، بیشتر از هر زمان دیگری است که خود نشان دهنده عدم تکامل سیستم ایمنی به هنگام ورود ویروس به بدن می باشد. ضمناً میزان بروز ایدز ، در سال اول زندگی در کودکانی که از مادران مبتلا متولد شده اند بیشتر از کودکانی است که از طریق انتقال خون ، مبتلا گردیده اند .

بیمارانی که دچار کاندیدیازیس شدید دهان یا واژن هستند و نیز بیمارانی که مبتلا به لوسمی Hairy cell یا هرپس زوستر منتشر ، می باشند با سرعت بیشتری دچار AIDS می گردند . ضمناً بیمارانی که دچار کاهش شدید لنفوسیت های T بوده و سلول های CD4+ آنها کمتر از ۲۰۰ در هر میلی متر مکعب خون است خیلی سریعتر از آنهایی که سلول های CD4+ آنها بیش از ۵۰۰ در هر میلی متر مکعب خون است به سوی ایدز ، پیش می روند .

انواع همه گیری HIV/AIDS :

بعضی از واژه ها در اپیدمیولوژی ایدز کاربردهای زیادی دارند . یک دسته از این مفاهیم انواع همه گیری HIV و ایدز هستند . که در ذیل تعریف می شوند ؛

۱- همه گیری محدود (low level) : در این نوع همه گیری ، آلودگی به HIV در هیچ یک از گروه های جمعیتی گسترده نیست و در هیچ گروهی از جمعیت آلودگی بیش از ۵ درصد نیست .

۲- همه گیری متمرکز (Concentrated) : در این نوع همه گیری آلودگی در یک یا چند گروه جمعیتی به سرعت در حال گسترش است ، اما جمعیت عمومی گرفتار نشده است به این معنی که بیش از ۵ درصد حداقل یک گروه اجتماعی و کمتر از یک درصد کل زنان باردار شهر نشین مبتلا هستند . مثال این نوع اپیدمی در معتادان تزریقی است .

۳- همه گیری منتشر (Generalized) : در این نوع همه گیری آلودگی به HIV در جمعیت عمومی تثبیت شده و بیش از یک درصد کل زنان باردار شهرنشین مبتلا هستند .

وضعیت HIV در جهان :

تخمین زده می شود تا سال ۲۰۰۴ حدود ۷۰ میلیون نفر به HIV/AIDS مبتلا شوند که از این میان حدود ۲۸ میلیون نفر جان خود را از دست داده اند . موارد تخمین عفونت ناشی از HIV در دنیا که تا سال ۲۰۰۳ در قید حیات بوده اند مطابق جدول ذیل است :

منطقه جغرافیایی	موارد تخمینی
منطقه زیر صحرای آفریقا	۲۸/۲ تا ۲۵ میلیون
شمال آفریقا و خاور میانه	۷۳۰۰۰۰ تا ۴۷۰۰۰۰
جنوب و جنوب شرقی آسیا	۸/۲ تا ۴/۶ میلیون
شرق آسیا و منطقه اقیانوس آرام	۷۰۰۰۰۰ تا ۱/۳ میلیون
آمریکای لاتین و کارائیب	۲/۴۹ تا ۱/۶۵ میلیون
شرق اروپا و آسیای مرکزی	۱/۲ تا ۱/۸ میلیون
غرب اروپا	۶۸۰۰۰۰ تا ۵۲۰۰۰۰
آمریکای شمالی	۷۹۰۰۰۰ تا ۲/۲ میلیون نفر
استرالیا و نیوزیلند	۱۸۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر
جمع	۳۴ تا ۴۶ میلیون نفر

در مناطق روستایی شرق آفریقا ۴ نفر از هر ۱۰ کودکی که یکی از والدین خود را از دست داده اند در واقع بعلت این بیماری یتیم شده اند . تا پایان سال ۱۹۹۹ حدود ۱۱/۲ میلیون کودک در سطح جهان مادر خود را بدلیل ایدز از دست داده اند . در طی سال ۲۰۰۳ میلادی روزانه ۱۴۰۰۰ مورد آلودگی جدید و در مجموع حدود ۴/۲ تا ۵/۸ میلیون نفر آلوده شده اند که ۵۰ درصد آنها در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال بوده اند . تعداد موارد فوت در مبتلایان به HIV و ایدز در سال ۲۰۰۳ حدود ۲/۵ تا ۳/۵ میلیون نفر بوده است .

روند پاندمی HIV/AIDS از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۰ ،

در امریکای شمالی و اروپا میزان بروز سالیانه عفونت ناشی از HIV طی نیمه اول دهه ۱۹۸۰ با حالت انفجاری انتشار این عفونت بین مردان هم جنس باز و مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر به اوج رسید . ولی از اواسط دهه ۱۹۸۰ میزان بروز عفونت ناشی از HIV از طریق تماس جنسی (هتروسکسوال) به سرعت افزوده شده است . اما هنوز در مقایسه با میزان بروز تخمین زده شده طی اوایل دهه ۱۹۸۰ در حد پایینی قرار دارد . در آمریکا شایعترین گروه مبتلایان مردان همجنس باز هستند .

در جنوب و مرکز آفریقا در بعضی از مناطق حدود یک سوم بالغین فعال از نظر جنسی آلوده به ویروس ایدز هستند . در آسیا انتقال HIV در اواخر دهه ۱۹۸۰ تنها در تعدادی از کشورهای منطقه آغاز شده ولی به سرعت منتشر شده است . بعضی از کشورهای جنوب شرقی آسیا به شدت آلوده هستند . در سال ۲۰۰۲ حدود یک میلیون مورد جدید عفونت ناشی از HIV در آسیا و منطقه اقیانوس آرام رخ داده است .

در خاور میانه و منطقه شمال آفریقا نیز فقط در سال ۲۰۰۳ حدود ۸۳۰۰۰ نفر دچار عفونت HIV شده اند . در آفریقا که انتشار وسیع HIV طی اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوائل دهه ۱۹۸۰ آغاز شده است بر میزان بروز سالانه عفونت های ناشی از HIV همواره تا سال ۱۹۸۰ و از ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ افزوده شده است و احتمالاً در اواسط دهه ۱۹۹۰ میزان بروز عفونت ، در این منطقه باید به اوج رسیده باشد البته در آمریکای لاتین نیز پاندمی ، در اواخر دهه ۱۹۷۰ شروع شده ولی میزان بروز سالانه آن خیلی کمتر بوده است . هرچند به نظر می رسد میزان بروز سالانه ایدز در آمریکای شمالی اروپا در اواسط ۱۹۹۰ به اوج رسیده است در کشورهای در حال پیشرفت و به ویژه در آسیا میزان بروز سالانه رو به افزایش خواهد بود .

وضعیت فعلی ایدز در آمریکا و اروپا :

موارد تخمینی HIV/ AIDS در بین افراد زنده ساکن قاره آمریکا تا پایان سال ۲۰۰۲ بالغ بر ۲۹۲۰۰۰۰ مورد می باشد که ۹۸۰۰۰۰ مورد آن مربوط به ایالت متحده و بقیه مربوط به آمریکای لاتین و کارائیب است و اغلب موارد بیماری در گروه های زیر رخ داده است :

- ۱ - مردان همجنس باز و دو جنس باز (Bisexual) ۷۰٪
- ۲ - معتادان تزریقی ۲۰٪
- ۳ - تماس یافتگان با جنس مخالف ۴٪
- ۴ - کودکان تولد یافته از مادران مبتلا ۱٪
- ۵ - مبتلایان به هموفیلی ۱٪

۶ - افرادی که تا قبل از سال ۱۹۸۵ تحت درمان با فرآورده های خونی قرار گرفته اند .

علیرغم اینکه قسمت عمده موارد ایدز بین مردان هموسکسوال رخ داده است ولی در شهرهایی نظیر نیویوریک که تعداد معتادان تزریقی زیاد است میزان موارد جدید ایدز در بین معتادان تزریقی بیشتر در بین مردان

هموسکسوئل می باشد که خود باعث انتقال آن به زنان و نهایتاً به شیرخواران و افزایش قابل توجه میزان بروز بیماری در سنین پائین گردیده است و حدود ۸۰٪ تمامی بیماران کمتر از سیزده ساله مبتلا به ایدز، عفونت را از مادران خود کسب نموده اند و این زنان یا خود و یا تماس یافتگان جنسی با آنان دچار اعتیاد تزریقی بوده اند. حدود ۲۰٪ موارد ایدز در اطفال، در رابطه با دریافت خون یا فرآورده های خونی و در مبتلایان به هموفیلی رخ داده است. ۱۰ آمریکا همه گیری عفونت HIV در مردان هموسکسوئل بسیار بالا است. البته اخیراً موارد جدید کمتر شده است.

در کشور آمریکا امروزه با کنترل خونهای اهدائی از میزان موارد ایدز ناشی از انتقال خون به شدت کاسته شده و در رابطه با دریافت یک واحد خون از ۱۴۰۰۰۰ به ۱۲۵۰۰۰۰ کاهش یافته است.

شیوع عفونت ناشی از HIV در معتادان تزریقی در حد بالائی قرار دارد و مخصوصاً در بعضی از شهرهای آمریکا رقم آن به ۶۰ - ۵۰٪ این افراد می رسد و شواهدی دال بر اینکه همه گیری عفونتهای جدید در این گروه به اوج شدت خود رسیده باشد در دست نیست. در آمریکای لاتین اعتیاد تزریقی روبه افزایش است و ۴۰٪ موارد جدید عفونت ناشی از HIV در آرژانتین و ۲۸٪ موارد در اوروگوئه در این افراد رخ داده است و بر میزان موارد عفونت در زنانی که معتاد تزریقی بوده و یا با شرکای جنسی آلوده در تماس هستند نیز افزوده شده است و در بعضی زندان های منطقه هندوراس، شیوع مثبت بودن HIV در مردان زندانی در حدود ۷٪ گزارش شده است. در کشورهای با وضعیت اقتصادی خوب همه گیری HIV/ AIDS به سمت حاشیه نشین ها که از امکانات اطلاعات بهداشتی کافی برخوردار نیستند تغییر مسیر داده است. در این کشورها طی سالهای اخیر، تغییرات عمده ای رخ داده است به طوری که شروع درمان آنتی رتروویرال از سال ۱۹۹۵ باعث کاهش میزان مرگ ناشی از ایدز و افزایش طول عمر مبتلایان گردیده و در پایان سال ۲۰۰۰ بیش از ۵۰۰۰۰۰ نفر تحت پوشش این داروها بوده اند. با این وجود بسیاری از این کشورها با اپیدمی های متمرکزی مواجه هستند، مثلاً اعتیاد تزریقی در ایالت متحده یکی از راههای بارز انتقال HIV را تشکیل می دهد و حدود ۱۴٪ کل موارد را شامل می شود و شیوع مثبت بودن HIV در معتادان تزریقی اسپانیا در سال ۲۰۰۰ حدود ۳۰ - ۲۰ درصد و در فرانسه حدود ۲۳ درصد گزارش شده است و حال آنکه این رقم در کشور پرتغال در حدود ۵۰ درصد بوده است.

تغییر عمده دیگری که صورت گرفته است اینست که حدود ۵۹٪ موارد جدید عفونت HIV که در طی سال های ۲۰۰۱ - ۱۹۹۷ در بسیاری از کشورهای واقع در غرب اروپا گزارش شده است در رابطه با تماس های جنسی با جنس مخالف بوده و بیش از نیمی از ۴۲۷۹ مورد جدیدی که در سال ۲۰۰۱ در انگلستان رخ داده است مربوط به این گروه بوده در حالیکه آن رقم در سال ۱۹۹۸ فقط ۳۳٪ کل موارد را تشکیل می داده است و در ایرلند نیز میزان انتقال از طریق تماس جنسی مخالف از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۱ به چهار برابر افزوده شده است ولی در اسپانیا هنوز راه اصلی انتقال را اعتیاد تزریقی تشکیل داده و تماس هتروسکسوئل، مسئول یک چهارم موارد انتقال می باشد.

در اروپای شرقی انتشار HIV به سرعت در حال پیشرفت است به طوریکه در اوکراین اخیراً موارد قابل توجهی از عفونت در بین معتادان تزریقی در شهرهای حاشیه دریای سیاه گزارش گردیده . شیوع پائین عفونت در شوروی سابق از سال ۱۹۹۵ به بعد دستخوش تغییراتی گردیده است به طوریکه بلاروس و مولداوی و فدراسیون روسیه و اوکراین ، افزایش بسیار بالائی در میزان موارد عفونت را ثبت نموده و مشخص شده که اغلب این موارد ناشی از اعتیاد تزریقی است . از طرفی هم اکنون موارد موجود در اوکراین به تنهایی بیش از چهار برابر مواردی است که حدود سه سال قبل در کل منطقه شرق اروپا وجود داشته است .

براساس آمارهای منتشر شده بوسیله UNAIDS در منطقه شرق اروپا و آسیای مرکزی در سال ۲۰۰۳ حدود ۲۳۰۰۰۰ مورد عفونت جدید تخمین زده شده است و لذا تعداد افراد مبتلائی که در قید حیات هستند را به ۱/۵ میلیون نفر افزایش داده است و فدراسیون روسیه نیز طی سالهای اخیر افزایش روز افزونی را تجربه کرده و در عرض ۸ سال موج همه گیری به بیش از ۳۰ شهر بزرگ و ۸۶ منطقه از مناطق ۸۹ گانه آن کشور منتشر شده و حدود ۹۰ درصد موارد جدید ، در بین معتادان تزریقی رخ داده است همچنین موارد تخمینی در فدراسیون روسیه تا پایان سال ۲۰۰۳ در حدود یک میلیون می باشد .

بیش از ۱٪ جمعیت این کشورها دچار اعتیاد تزریقی هستند و لذا در معرض خطر عفونت HIV نیز می باشند و این درحالیست که بعضی از افراد در معرض خطر را معتادان تزریقی ۱۴ - ۱۳ ساله تشکیل می دهند و در شهر مسکو حدود ۴۰٪ دانش آموزان دبیرستانی ، معتاد تزریقی بوده اند .

لیتوانی یکی از کشورهای منطقه است که با طغیان های عظیمی از عفونت HIV در زندانهای خود مواجه می باشند و در یکی زندانهای آن کشور حدود ۱۵٪ زندانیان آلوده بوده اند که خود حاکی نقش زندان در انتشار همه گیری در بسیاری از کشورهای منطقه است .

هرچند در فدراسیون و سایر کشورهای منطقه اعتیاد تزریقی در بین جوانان شایعترین راه انتقال HIV را تشکیل میدهد ولی انتقال ناشی از تماس با جنس مخالف نیز در کشورهای نظیر بلاروس و اوکراین از شیوع زیادی برخوردار است و در فدراسیون روسیه حدود ۳۰٪ زنانی که دچار اعتیاد تزریقی هستند بدکاره نیز می باشند .

وضعیت فعلی ایدز در آفریقا

در جنوب و مرکز آفریقا حدود یک سوم بالغینی که از نظر جنسی فعال هستند آلوده به ویروس AIDS می باشند و میزان مرگ و میر کودکان که در سایه ایمن سازی و سایر اقدامات پیشگیرنده طی دهه گذشته کاهش یافته بود به واسطه مرگ های ناشی از جهانگیری AIDS افزایش یافته و میزان مرگ بالغین طی یک بررسی پنج ساله به سه برابر افزوده شده است .

طبق تخمین WHO میزان مرگ و میر خام در کشورهای آفریقائی در صورت عدم وجود AIDS تا سال ۲۰۱۰ بیش از ۴۰٪ کاهش پیدا خواهد کرد و میزان مرگ کودکان و شیرخواران نیز به ۴۰ - ۳۵٪ کاسته خواهد شد ولی

با وجود AIDS در همان حد قبلی باقی خواهد ماند و یا حتی افزوده نیز خواهد شد همچنین امید به زندگی در صورت عدم وجود AIDS از ۵۰ تا ۶۰ سال افزایش خواهد یافت درحالی که در زمینه پاندمی AIDS تا سال ۲۰۱۰ شاهد کاهش آن خواهیم بود و ضمناً پاندمی AIDS تاثیر چندانی بر رشد کلی جمعیت نخواهد داشت و این رقم را از ۳٪ به حدود ۲/۵٪ در سال ، کاهش خواهد داد .

لازم به ذکر است که عفونت ناشی از HIV نیز در غرب آفریقا و باوسعت کمتری در آنگولا و موزامبیک ، یافت می گردد و بیشترین شیوع آن مربوط به گینه بیسائو است که حدود ۱۰٪ افرادی که در سنین فعالیت جنسی هستند آلوده می باشند .

درمجموع بیش از دو سوم کل افرادی که درحال حاضر دچار عفونت ناشی از HIV هستند درجنوب صحرای آفریقا زندگی می کنند و ۸۳٪ موارد مرگ ناشی از ایدز را متحمل می شوند و عفونت ازهمان آغاز همه گیری از طریق تماس جنسی بین مرد و زن انتشار یافته است و این موضوع به آن معنی است که زنان در آفریقا بیش از سایر نقاط جهان آلوده می باشند و کلاً ۸۰٪ زنان HIV مثبت جهان را تشکیل می دهند . درمورد اطفال نیز وضع بهتر از آنچه که درمورد زنان ذکر شد نمی باشد زیرا حدود ۸۷٪ کودکان مبتلا به ایدز درجهان در این منطقه زندگی می کنند .

دربعضی از کشورهای پرجمعیت غرب آفریقا بیماری از شیوع بیشتری برخوردار است مثلاً درنigerیه رقم آلودگی ۱/۴ درصد ذکر شده است ولی از آنجا که ۱۱۸ میلیون نفر جمعیت دارد رقم عظیمی را تشکیل میدهد و دراقع ۲/۲ میلیون نفر از مردم آن کشور را آلوده کرده است .

امروزه شدیدترین همه گیری های عفونت HIV درسطح جهان درواقع درکشورهای واقع درجنوب آفریقا حادث گردیده اند و این درحالیست که ویروس عامل ایدز ، همچنان سیر سریع ومخرب درآن منطقه ادامه میدهد ومثلاً دربوتسوانا میزان موارد طی پنج سال گذشته به دو برابر افزوده شده و ۴۳٪ زنان باردار که درسال تست شده اند ازنظر HIV مثبت بوده اند .

براساس آمارهای منتشر شده بوسیله WHO, UNAIDS دراواخر ۲۰۰۳ این منطقه ازجهان از بدترین وضعیت موجود برخوردار بوده و ۲۶/۶ ازکل ۴۰ میلیون مورد تخمینی تا پایان سال ۲۰۰۳ را متحمل می شود که ۳/۲ میلیون مورد آن درسال ۲۰۰۳ رخ داده است و علاوه بر اینها طی همان سال حدود ۲/۳ میلیون نفر را از نعمت زندگی محروم کرده است . دراین منطقه حدود ۱۰ میلیون نفر از افراد ۲۴ - ۱۵ ساله و ۳ میلیون نفر از کودکان کمتر از ۱۵ ساله مبتلا هستند و تنها چند میلیون از افراد مبتلای نیازمند داروهای آنتی رتروویرال تحت درمان قرار می گیرند وحتی میلیون ها نفر از مبتلایان هیچ داروئی به منظور درمان عفونت های فرصت طلب دریافت نمی کنند که خود نشان دهنده عدم کفایت پاسخ جهانی درمقابل این فاجعه انسانی است . درچند کشور واقع در جنوب آفریقا شیوع عفونت ناشی از HIV به بیش از ۳۰٪ افزایش یافته تا آنجا که این رقم در بوتسوانا ۳۸/۸

درصد درلسوتو ۳۱٪ درسوازیلند ۳۳/۴٪ ودرزیمبابوه ۳۳/۷٪ می باشد و این درحالیست که بحران قحطی نیز درسه کشور اخیز مزید برعلت شده است .

البته روزنه امیدی مبنی بر کنترل اپیدمی در بعضی از این مناطق گشوده شده است و در جنوب آفریقا میزان شیوع HIV در زنان باردار از رقم ۲۱٪ در سال ۱۹۹۸ به ۱۵/۴٪ در سال ۲۰۰۱ کاهش یافته است و شیوع سیفلیس نیز از رقم ۱۱/۲ به ۲/۸ تنزل نموده است که خود نشان دهنده تاثیر برنامه های کنترلی و پاسخ دهی آنها است . این موفقیت بیشتر در زنان باردار کمتر از ۲۰ ساله مشاهده می شود و میزان عفونت در زنان باردار سنین بالاتر همچنان رو به افزایش است .

وضعیت فعلی ایدز در آسیا :

در آسیا انتقال HIV در اواخر دهه ۱۹۸۰ تنها در تعدادی از کشورهای منطقه آغاز شده ولی از آن پس به سرعت منتشر گردیده و این منطقه که به مدت چندین سال پس از آغاز جهانگیری ایدز ، عملاً مصون بنظر می رسید. سرانجام آلوده گردید. و همه گیری تا سال ۱۹۹۷ در سراسر منطقه گسترش یافت کشورهای واقع در جنوب شرقی آسیا به استثناء اندونزی ، فیلیپین و لائوس شدیداً آلوده هستند .

موارد تخمینی عفونت ناشی از HIV در کشور چین تا اوائل سال ۱۹۹۸ را بالغ بر ۴۰۰۰۰۰ مورد ذکر کرده اند. و در حال حاضر دوهمة گیری بزرگ دران کشور در جریان است یکی در بین معتادان تزریقی منطقه کوهستانی جنوب غربی آن کشور و دیگری که اخیراً حادث شده است در بین افراد هتروسکسوال و بویژه در کرانه های دریا در شرق این کشور که روسپیگری به علت فقر مردم و فاصله اختلاف طبقاتی پدیدار شده است در جریان می باشد .

در هندوستان میزان موارد عفونت کمتر از ۱٪ کل افراد بالغ جامعه ، تخمین زده شده است که هنوز در مقایسه با نسبت استاندارد بسیاری از کشورها در حد پائینی قرار دارد. ولی با این وجود این رقم ده برابر کشور چین می باشد و در حال حاضر تخمین زده می شود که حدود ۴ میلیون نفر با آلودگی به ویروس ایدز در این کشور زندگی می کنند که با توجه به جمعیت آن کشور این رقم بزرگترین رقم آلودگی به HIV در مقایسه با سایر کشورهای جهان است. آلودگی به ویروس ایدز در رانندگان کامیون و معتادان تزریقی بعضی از مناطق هند در حال افزایش است .

بعضی از کشورهای منطقه نظیر کامبوج و میانمار و تایلند و ویتنام میزان بالائی از عفونت را گزارش کرده اند. به طوریکه حدود ۲/۳ درصد بالغین تایلندی دچار عفونت هستند و این افراد یا جزو زنان روسپی یا مشتریان آنان و یا جزو معتادان تزریقی می باشند. ضمناً بر اساس گزارش پایان سال ۲۰۰۳ سازمان جهانی بهداشت در کامبوج تحت تأثیر اقدامات کنترلی مفید میزان شیوع موارد مثبت HIV از ۳/۳٪ در سال ۱۹۹۹ به ۲/۶٪ در سال ۲۰۰۲ کاهش یافته است .

السالوادور یکی دیگر از کشورهای واقع در جنوب شرقی آسیا است که از نظر عفونت HIV چهره پیچیده ای دارد. درکامبوج بیش از ۳٪ زنان حامله و یک شانزدهم سربازان و نیروی پلیس و یک دوم زنان روسپی دچار عفونت ناشی از HIV هستند. روسپیگری تجارتی، همچنان شیوع زیادی دارد.

در میانمار نیز عفونت ناشی از HIV در زنان روسپی از ۴٪ در سال ۱۹۹۲ به ۲۰٪ در سال ۱۹۹۶ افزایش یافته و دوسوم معتادان تزریقی دچار عفونت HIV بوده و زنان باردار نیز در ۲/۲ درصد موارد آلودگی به این ویروس را نشان داده اند.

در سال ۲۰۰۲ حدود یک میلیون مورد جدید عفونت ناشی از HIV در آسیا و منطقه اقیانوس آرام رخ داده است و لذا در حال حاضر حدود ۷/۲ میلیون نفر دچار HIV/ AIDS می باشند که نسبت به سال ۲۰۰۱ حدود ۱۰٪ افزایش داشته است ضمناً حدود ۴۹۰۰۰۰ نفر نیز طی سال گذشته در اثر ابتلا به ایدز تلف شده اند لازم به تاکید است که در منطقه مزبور حدود ۱/۱ میلیون نفر از افراد ۲۴ - ۱۵ ساله دچار عفونت ناشی از HIV می باشند.

پنهانکاری و عدم گزارش موارد در این منطقه محیط مساعدی را برای انتظار همه گیری فراهم کرده است. اطلاعات موجود حاکی از آنست که میزان عفونت ناشی از HIV در این منطقه خاور میانه و شمال آفریقا نیز روبه افزایش است چه بسا اپیدمی های پنهانی در حال وقوع باشد هرچند سیستم نظارتی بهتری در کشورهای ایران، اردن، لبنان، سوریه وجود دارد که بر احتمال کنترل همه گیری می افزاید لازم به تاکید است که طغیان های چشمگیری از عفونت ناشی از HIV در بین معتادان تزریقی در نیمی از کشورهای منطقه و مخصوصاً شمال آفریقا و جمهوری اسلامی ایران رخ داده است.

عوامل مؤثر در انتشار عفونت ناشی از HIV در منطقه

۱) مصرف فرآورده های خونی آلوده در اوایل دهه ۱۹۸۰

ورود ویروس به منطقه عمدتاً از طریق خون و فرآورده های خونی صورت گرفته و احتمالاً موارد معدودی از طریق رابطه جنسی وارد منطقه شده است.

۲) همجنس بازی

همجنس بازی در این منطقه از موقعیت اجتماعی پسندیده و آشکاری برخوردار نیست و الگوی همجنس بازی با آنچه که در اروپا و آمریکا ملاحظه می شود تفاوت دارد به طوری که افراد همجنس باز، در منطقه مدیترانه شرقی دارای شرکاء جنسی متعددی نمی باشند.

۳) فحشا

فحشا در اغلب کشورهای منطقه غیر قانونی است ولی با اینحال کمابیش وجود دارد.

۴) اعتیاد تزریقی

شواهدی از انتشار سریع عفونت در بین معتادان منطقه وجود دارد ولی با توجه به عدم دسترسی مقامات بهداشتی به این افراد آمار دقیقی از آنان در دست نمی باشد و بطور خلاصه در منطقه مدیریتانه شرقی ، مذهب و معیارهای اجتماعی و فرهنگی وابسته به آن مردم را به احترام به نفس و اخلاق تعلیم داده و دعوت مینماید

وضعیت HIV در ایران :

اولین مورد آلودگی به HIV در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک هموفیلی گزارش شد . این کودک در اثر استفاده از فرآورده های خونی وارداتی به این بیماری مبتلا شده بود . در طی سالیان بعد موارد گزارش شده HIV رو به افزایش نهاد . اغلب موارد اولیه کسانی بودند که در اثر تزریق خون و فرآورده های خونی به این بیماری مبتلا شدند. اما سالیان بعد این بیماری در بین معتادان تزریقی در کشور شیوع پیدا کرد .

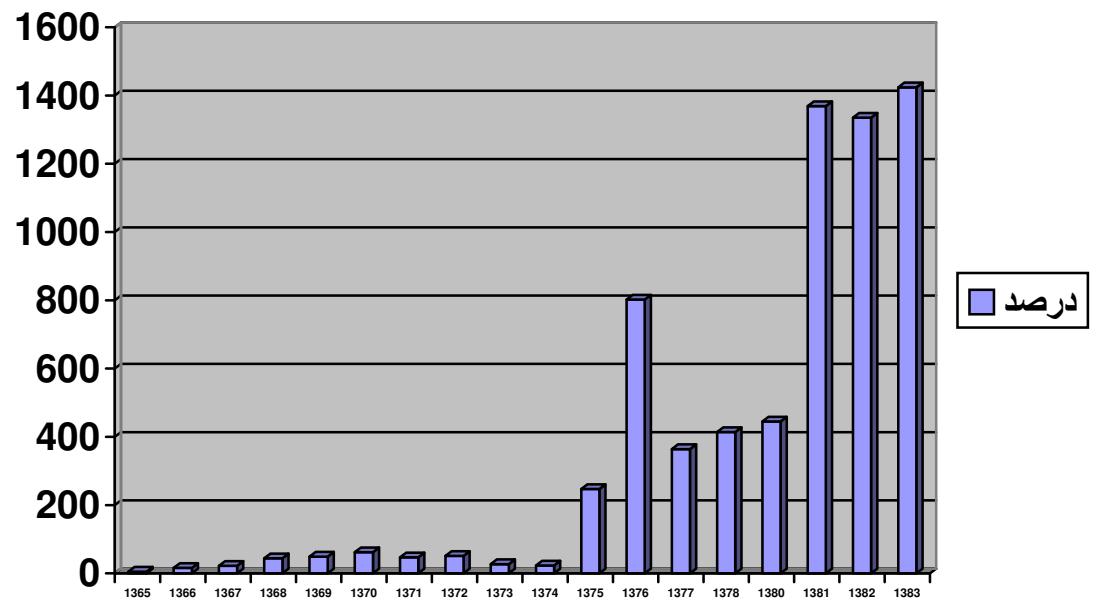
روند گزارش موارد HIV در طی سالیان اخیر در کشور رو به افزایش نهاده است تا ابتدای سال ۱۳۸۳ تعداد ۶۷۴۶ نفر آلوده به ویروس HIV در کشور گزارش شده است . از این تعداد تا کنون ۷۵۸ نفر فوت کرده اند و در ۲۱۴ مورد از اینها ایدز تشخیص داده شده است .

شایعترین گروه سنی مبتلا به HIV و ایدز در ایران گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال است . نسبت ابتلای جنسی ۹۵/۲ درصد در مردان و ۴/۸ درصد در زنان گزارش شده است . شایعترین روش انتقال HIV در کشور بصورت انتقال در بین معتادان تزریقی است (۵۸/۲ درصد) . در ادامه جدول و نمودارهای مربوط به وضعیت آلودگی HIV و ایدز در کشور آورده شده است .

در صورت نیاز برای کسب اطلاع بیشتر در خصوص وضعیت HIV/AID در کشور به جزوه آخرین اطلاعات و آمار منتشر شده توسط مرکز مدیریت بیماریها که در سه ماه یکبار منتشر می شود رجوع کنید .

▪ موارد گزارش شده آلودگی به HIV به تفکیک سال تا تاریخ ۸۳/۱/۱ در ایران

تعداد موارد



موارد آلوده به HIV و ایدز بر حسب راه انتقال و سن (در زمان بروز) در ایران
تا تاریخ ۸۳/۱/۱

سن	اعتبار تزریقی		آمیزی		خون و فرآورده های خونی		مادر به کودک		نامشخص		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰-۴	۰	۰.۰	۰	۰.۰	۲	۱.۰	۱۸	۶۴.۳	۲	۰.۲	۲۲	۰.۵
۵-۱۴	۲	۰.۱	۰	۰.۰	۵۱	۲۶.۰	۱۰	۳۵.۷	۶	۰.۶	۶۹	۱.۵
۱۵-۲۴	۳۷۸	۱۲.۸	۶۵	۱۶.۶	۴۱	۲۰.۹	۰	۰.۰	۱۴۵	۱۵.۰	۶۲۹	۱۳.۹
۲۵-۳۴	۱۲۷۸	۴۳.۳	۱۱۸	۳۰.۲	۵۶	۲۸.۶	۰	۰.۰	۴۳۱	۴۴.۷	۱۸۸۳	۴۱.۵
۳۵-۴۴	۹۶۸	۳۲.۸	۱۴۶	۳۷.۳	۲۳	۱۱.۷	۰	۰.۰	۲۶۰	۲۶.۹	۱۳۹۷	۳۰.۸
۴۵-۵۴	۲۸۸	۸.۹	۴۹	۱۲.۵	۱۲	۶.۱	۰	۰.۰	۹۹	۱۰.۳	۴۴۸	۹.۹
۵۵-۶۴	۳۳	۱.۱	۱۱	۲.۸	۹	۴.۶	۰	۰.۰	۱۶	۱.۷	۶۹	۱.۵
۶۵ به بالا	۶	۰.۲	۲	۰.۵	۲	۱.۰	۰	۰.۰	۶	۰.۶	۱۶	۰.۴
جمع	۲۹۵۳	۱۰۰	۳۹۱	۱۰۰	۱۹۶	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۹۶۵	۱۰۰	۴۵۳۳	۱۰۰
نامشخص	۹۷۰	۶۳	۵	۰	۱۱۷۵	۲۲۱۳						
جمع کل	۳۹۲۳	۴۵۴	۲۰۱	۲۸	۲۱۴۰	۶۷۴۶						

درصد موارد نامشخص نسبت به کل موارد .

عوامل خطر همراه با انتقال HIV

عوامل خطر در انتقال HIV به صورت ذیل دسته بندی می شوند:

(۱) وجود عفونت های منتقله از راه جنسی احتمال انتقال HIV را زیاده تر می کند دو دسته مهم بیماریها تأثیر گذار به شرح ذیل هستند .

بیماریهای اولسراتیو و غیر اولسراتیو
التهاب دستگاه تناسلی

(۲) بیماری HIV در افرادی با شرایط ذیل احتمال انتقال را زیاده تر می کنند .

با ویروس زیاده تر

سطوح سلول های CD_4^+ پائین تر

عفونت حاد HIV

فقدان درمان موثر ضد رتروویروسی و عدم مصرف دارد.

فقدان ختنه

وجود کتوپی رحمی

لکوسیتواسپرمی

روش های جلوگیری از بارداری

(۳) رفتارهای جنسی خاص و یادر شرایط خاص امکان انتقال HIV را زیاده تر می کند

فعالیت جنسی در طی دوران قاعدگی

مقاربت جنسی آنال

خراش و خونریزی حین مقاربت جنسی

عدم استفاده از کاندوم

(۴) خصوصیات ویروس HIV می تواند در احتمال انتقال بسیار تأثیر گذار باشد. مثلاً در شرایط ذیل احتمال

انتقال بیشتر است .

تشکیل سن سیشیوم

بعضی گونه های ویروسی

راههای انتقال HIV :

ویروس ایدز تقریباً در تمام مایعات فیزیولوژیک بدن وجود دارد . این ویروس از خون، منی ، بزاق، ادرار ، CSF و عرق جدا شده است . این ویروس لنفوسیت‌های T دارای گیرنده های CD4 را درگیر می کند . بنابراین در هر جایی که این نوع لنفوسیت وجود داشته باشد قابل استخراج است . اما علیرغم این موضوع فقط تماس با ۲ مورد از مایعات بدن عمدتاً آلوده کننده است و آن دو مورد هم تماس با خون و مایع منی در تماس جنسی است .

راههای اصلی انتقال HIV شامل این موارد هستند:

۱- انتقال از طریق تماس جنسی

- ۲- انتقال از طریق خون و فرآورده های خونی ، پیوند اعضاء واستفاده مشترک از وسایل تیز برنده و یا به هر صورتی که خون یا ترشحات فرد آلوده به بدن فرد سالم برسد.
- ۳- انتقال از مادر به کودک

۱- انتقال از طریق تماس جنسی :

شایع ترین راه انتقال HIV در جهان ، انتقال از طریق تماس جنسی است . بیش از ۷۰ درصد کل موارد آلودگی به ویروس HIV در دنیا از این طریق آلوده شده اند.

اعمال و رفتارهای جنسی که ویروس از طریق آنها انتقال می یابد بیشتر شامل مقاربت مهبلی ومقعدی است . احتمال انتقال HIV از طریق جنسی به عوامل متعددی مانند تعداد شرکای جنسی ، روش تماس جنسی ، میزان شیوع عفونت در جامعه و مرحله عفونت HIV ، وجود بیماریهای مقاربتی همراه وغیره بستگی دارد . احتمال انتقال ویروس از طریق تماس جنسی مقعدی بیشتر بوده وهمچنین انتقال از مرد به زن ۲۰ برابر بیشتر از انتقال زن به مرد است . در مرحله حاد عفونت و درمرحله پیشرفته ایدز بیشترین میزان احتمال انتقال بیماری وجود دارد .

- ۱- در آمریکا انتقال غالب از طریق هم جنس بازی بوده ولی در کشور های در حال توسعه انتقال غالب ، تماس جنسی بین مرد و زن (هتروسکسوال) است . شدت عفونت زایی از طریق جنسی از این الگو پیروی می کند که سکس آنال بیشتر از سکس واژینال و آن هم بیشتر از سکس دهانی موجب انتقال بیماری می شود . احتمال انتقال عفونت از طریق سکس آنال بین ۱ تا ۳ درصد و درسکس واژینال از ۰/۱ تا ۰/۲ درصد است .

۲- انتقال از طریق خون و فرآورده های خونی و استفاده از ابزار مشترک و وسایل تیز و برنده

به هر صورتی که ویروس یا خون یا مخاط یک فرد سالم تماس یابد ، احتمال انتقال آن وجود دارد . دومین راه انتشار HIV در دنیا و بخصوص در آسیا ، اروپای شرقی و آمریکای جنوبی استفاده از سوزن و سرنگ مشترک در بین معتادان تزریقی است . در ایران این روش شایعترین راه انتشار ویروس HIV است. دفعات استفاده از یک سوزن ، دفعات تزریق و شیوع HIV در جامعه از جمله عوامل تاثیر گذار در این موضوع هستند .

سرایت از طریق تزریق خون و محصولات خونی و پیوند اعضا دیده شده است. میزان حمله از طریق این راه بین ۹۰ تا ۱۰۰ درصد است . از هر ۱۲ میلیون واحد خون اهدایی در امریکا سالیانه ۱۸ مورد آلودگی به HIV نامکشوف می ماند و این به دلیل دوران پنجره ای (window period) زمانی است که در این زمان علی رغم وجود ویروس در بدن ، آنتی بادی علیه آن تشکیل نشده است . این دوران پنجره با تستهای Elisa و Westernblot حدود ۲۲ تا ۲۵ روز است ولی با استفاده از P24Ag این مدت به ۵ روز کاهش می یابد . ابزار پزشکی و دندانپزشکی آلوده ، تماس با خون و ترشحات فرد بیمار بدون رعایت احتیاطات لازم ، استفاده از ابزار مشترک در جهات و ۰۰۰ می تواند موجب انتقال این بیماری شود .

۳- انتقال از مادر به کودک :

انتقال HIV از مادر به فرزند یکی دیگر از راههای انتقال بیماری است که می تواند در حین بارداری ، در هنگام زایمان و زمان شیردهی صورت گیرد . احتمال انتقال از مادر به کودک در آفریقا ۳۰ تا ۴۰ درصد و در اروپا و امریکای شمالی ۱۵ تا ۲۰ درصد است . آمار سرایت در همه جا یکسان نیست . در کشورهای توسعه نیافته این رقم بالاتر و در کشورهای توسعه یافته پایین تر است . بنظر می رسد امکان تبادل خون مادر و نوزاد به هنگام وضع حمل و عدم رعایت بهداشت نقش زیادی داشته باشد . خطر انتقال از مادرانی که در یکی از دو سوی طیف عفونت HIV (عفونت اولیه و ایدز) هستند بیشتر است . همچنین شرایطی مثل کوریوآمینونیت ، زایمان زودرس ، تاخیر در زایمان ، کمبود ویتامین A ، سن بالای مادر ، استعمال دخانیات و سایر مواد مخدر مواردی هستند که موجب افزایش احتمال انتقال بیماری به نوزاد می شوند . بیش از ۹۰ درصد تمام موارد انتقال در طی ۲ ماه آخر بارداری اتفاق می افتد .

نکته : ویروس HIV از راههای زیر منتقل نمی شود بنابراین ایجاد ترس و وحشت در این خصوص چندان

منطقی نیست :

۱- دست دادن

۲- بغل کردن ، بوسیدن

۳- نشستن کنار یک نفر

۴- در برخورد های اتفاقی با مردم در محیط های عمومی

۵- با خوردن و نوشیدن و یا استفاده از قاشق و چنگال در رستوران

۶- در استخرهای شنا و سایر اماکن عمومی

۷- تماس پوست سالم با مایعات و ترشحات بدن غیر از خون (خلط ، ادرار ، اشک ، بزاق ، محتویات معده و شیر مادر)

نکات بیشتری درخصوص انتقال ایدز

سرایت از طریق شغلی :

اگر چه پایداری ویروس HIV در خارج بدن بسیار کم است ، انتقال عفونت از بیماران آلوده به HIV به کارکنان بهداشتی شامل پزشکان ، دندانپزشکان ، پرستاران ، بهیاران ، بهورزان و حتی پرسنل خدماتی بیمارستانها هرچقدر کم اما محتمل است . پایداری ویروس HIV در خارج از بدن بسیار کم است .
مواجهه شغلی می تواند شامل موارد ذیل باشد .

۱- فرو رفتن ابزار تیزو برنده به بدن شامل needle stick

۲- مواجهه مخاطی با مواد آلوده (مایعات)

۳- آئرولیزه شدن خون در عملیات دندانپزشکی ، پاتولوژیک ، آزمایشگاه و

۴- ریختن مایعات آلوده بر روی پوست زخمی یا در ماتیت

۵- ریختن مایعات آلوده بر روی پوست سالم در سطح وسیع و به مدت طولانی

تمام مواد و مایعات زیرمی توانند آلوده کننده باشند .

۱- خون یا هرمایع دیگر بدنی که بطور ظاهری آغشته به خون باشد .

۲- تمام بافت های بدنی مرطوب

۳- ترشحات جنسی

۴- مایعات درون پرده های احشائی

۵- CSF

تماس پوست سالم با مایعاتی مثل بزاق ، ادرار ، مدفوع ، اشک ، محتویات معده ، خلط و شیر مادر بهیچ وجه با خطر انتقال ویروس همراه نیست .

احتمال سرایت درموارد needle stick و موارد مشابه حدود ۰/۳ درصد و احتمال سرایت در موارد تماس های مخاطی و پوستی که تماس تلقی می شود حدود ۰/۰۳ درصد است .

پیشگیری :

ایدز واکسن و درمان قطعی ندارد البته هم اکنون با توجه به وجود درمان های ضد رتروویروسی ، کیفیت و طول عمر مبتلایان به ایدز به طرز قابل توجهی بهبود یافته است. در هر حال استفاده از روش های مناسب پیشگیری که موثر و کارا باشد اهمیت زیادی دارد کلیاتی در این خصوص در ذیل آمده است .

آموزش بهداشت :

هدف آموزش بهداشت در این بیماری عمدتاً بر تغییر رفتارهای مخاطره آمیز ، کاهش خطر تماس و انتقال ، کاهش اضطراب روانی - اجتماعی و کمک به بیماران در جهت تطابق با این مراقبت معطوف می باشد با توجه به وجود خطر بالقوه برای همه آحاد جامعه لازم است آموزش فراگیر صورت گیرد .

پیشگیری در سرایت از طریق جنسی :

برای پیشگیری از طریق جنسی باید موارد ذیل در نظر گرفته شود .

۱. افزایش آگاهی مردم
۲. تشویق به ازدواج و تحکیم مبانی خانواده
۳. امساک جنسی و یا کاهش شرکای جنسی متعدد و تشویق به خویشاونداری
۴. پرهیز از رفتارهای پر خطر جنسی مثل تماس با هم جنس ، تماس مقعدی و تماس جنسی بدون کاندوم
۵. استفاده صحیح از کاندوم در تماس های جنسی مشکوک
۶. درمان سایر بیماریهای دستگاه تناسلی و آمیزشی بموقع
۷. باید ازدواج در بین جوانان تسهیل و ترغیب گردد و با رعایت اصول تنظیم خانواده سن ازدواج کاهش یابد
۸. آموزش و مشاوره جوانان در معرض خطر و داوطلب برای جلوگیری از ابتلاء به رفتارهای مخاطره آمیز جنسی یابستی صورت گیرد .
۹. تبلیغ و تشویق سنت های اصیل و ارزشمند ، پایبندی به اخلاق و خانواده ، فرهنگ متعالی اسلام و باورهای دینی صورت گیرد.

بطور خلاصه اساس ترین روش پیشگیری در انتقال از طریق جنسی پرهیز از روابط جنسی مشکوک و در صورت وجود روابط جنسی مشکوک استفاده از کاندوم است.

در پیشگیری سرایت از طریق سرنگ و سوزن در بین معتادان تزریقی باید موارد ذیل در نظر گرفته شود .

۱- توجه به جوانان در سطح اجتماعی

۲- مبارزه با اعتیاد در سطح جامعه

۳- استفاده از استراتژی کاهش آسیب (Harm Reduction) بعنوان یک راهکار اساسی برای کنترل بیماری

در این گروه که شامل این موارد است:

- تشویق به ترک مواد

- تشویق به عدم تزریق مواد و استفاده از داروهای جایگزین مثل متادون

- تشویق به عدم شراکت در سرنگ و سوزن و در اختیار گذاری ابزار استریل تزریق و کاندوم

- تشویق به ضد عفونی کردن ابزار تزریق با استفاده از وایتکس

در واقع راهکار اساسی کنترل HIV در معتادان تزریقی برنامه های کاهش آسیب است.

برای پیشگیری سرایت از طریق انتقال و تزریق خون و فرآورده های خونی و پیوند اعضا باید موارد ذیل در نظر گرفته شود .

۱. غربالگری نمونه های خونی و محصولات آن توسط روش های تشخیصی دقیق و توصیه شده

۲. استفاده از روش مناسب برای ویروس زدایی فرآورده های خونی

۳. آگاهی دادن به افراد آلوده و نیز افرادی که سابقه رفتار های پرخطر داشته اند به عدم اهداء خون

۴. معدوم نمودن خونهاى اهدایی از افراد با رفتارهای پرخطر

۵. غربالگری افرادی که تمایل به اهداء عضو پیوندی دارند . و-سوزاندن خون های مثبت و کیسه های آن

۶. ۷-برقراری تماس و ارتباط با صاحبان خون های مثبت توسط مشاوران آگاه و تعلیم دیده .

۷. ۸-مصاحبه و مشاوره قبل از اهدای خون و غربالگری گروه های مبتلا به رفتارهای پرخطر

۸. ۹-تزریق خون بدون آزمایش صرفاً در موارد اورژانس و بسیار ضروری انجام گیرد

۹. در درمان بیماریها روش های تزریقی به حداقل ممکن برسد .

۱۰. توصیه و تشویق مردم به اهداء خون (افرادی که رفتارهای پرخطر را تجربه نکرده باشند)

۱۱. پرهیز از دریافت خدماتی مانند ختنه ، سوراخ کردن گوش ، خالکوبی و حجامت و ... به روش های سنتی و غیر بهداشتی توسط افراد غیر مجاز

۱۲. قبل از گرفتن خدمات پزشکی و دندانپزشکی از استریل بودن و بهداشتی بودن روش ها و لوازم اطمینان حاصل شود .

بسیاری از روش های بالا هم اکنون در کشور انجام می شوند .

پیشگیری در سرایت از طریق مادر به فرزند برای اجتناب از انتقال به این شیوه موارد ذیل در نظر گرفته شود :

۱- شناسائی زنان و مادران با سابقه خطر

۲- مشاوره تشخیصی HIV در زنان فوق الذکر

۳- در صورت امکان پیشگیری از حاملگی در زنان HIV مثبت

۴- شروع درمان پیشگیری دارویی در حین حاملگی و حین زایمان در مادر

۵- درمان پیشگیری نوزاد بعد از تولد مادر HIV مثبت

۶- شیر ندادن مادر آلوده به فرزند و استفاده از شیر مصنوعی

پیشگیری در سرایت شغلی برای پیشگیری انتقال شغلی HIV موارد ذیل باید در نظر گرفته شود :

موارد ذیل باید در نظر گرفته شود :

۱. اجتناب از Recap کردن سوزنها و انداختن آنها در ظروف غیر قابل نفوذ

۲. استفاده از دو عدد دستکش در اعمال جراحی برای افراد آلوده به HIV

۳. استفاده از دستورالعمل احتیاط استاندارد در مواجهه با همه صرف نظر از وضعیت HIV بیماران

۴. استفاده از چسبهای باندی و نوارهای چسبی

۵. استفاده از الکتروکوتر جهت برش در جراحیها

۶. استفاده از ماسک مخصوص در آزمایشگاه ، دندانپزشکی

۷. استفاده از Bleach برای تمیز کردن سطوحی که با خون یا سایر مایعات بدن بیماران تماس داشته اند

۸. رعایت کلیه نکات بهداشتی در برخورد با خون و فرآورده های آن و کلیه میکروارگانیسم های منتقله

از راه خون اکیداً توصیه می گردد .

۹. غربالگری قبل از جراحی ها ، کاتتریسیم ، امور دندانپزشکی و امثال آن توصیه نمی شود . بلکه رعایت نکات ایمنی ، محافظتی و سترونی (Universal Percaution) درهمه اقدامات پزشکی راهگشا خواهد بود .

۱۰. غربالگری مراجعین ، پرسنل و جداسازی مراکز درمانی و تجهیزات توصیه نمی گردد .

۱۱. مجدداً براین نکته تاکید می شود با توجه به وجود دوران پنجره ، وجود انواع ویروس ها و عوامل منتقله از راه خون مانند هیپاتیت E,C,B و ... که بعضاً هنوز امکانات تشخیص آنها فراهم نیست ، الزام برای احتیاط بهتر است که به عنوان یک قانون ، کلیه مراجعین و نمونه های خون ، آلوده فرض شوند تا با رعایت اصول احتیاطات همه جانبه ضمن جلوگیری از انتقال HIV ازانتشار بسیاری عوامل دیگر نیز جلوگیری شود .

۱۲. نهایتاً جدا سازی بیماران HIV تنها در صورتی توصیه می شود که مبتلا به بیماری عفونی مسری دیگری مانند عفونت های تنفسی و ... شده باشند و یابدین منظور ایزوله شوند که به خاطر اختلال ایمنی شدید از ابتلا به عوامل میکروبی مختلف مصون بمانند .

۱۳. کلیه وسایل جراحی ، تزریقات و مانند آن باید قبل و بعد از استفاده استریل شوند .

۱۴. کلیه وسایل دندانپزشکی که در تماس با دهان مریض قرار می گیرند باید قبل و بعد از کار استریل شوند .

۱۵. امکانات استریلیزاسیون و گندزدایی در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی فراهم باشد و دستورالعمل های حفاظتی و نحوه استفاده از آنها در دسترس پرسنل قرار گیرد .

۱۶. در هر اقدام پزشکی در صورت وجود احتمال تماس دست با خون و ترشحات آلوده از دستکش استفاده شود و در فاصله تماس با هر بیمار دستکش تعویض گردد ، یا حداقل با محلول حاوی کلر ۵٪ درصد شستشو گردد در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و ترشحات بیمار می رود از ماسک و عینک استفاده نمایند . همچنین هنگام اقداماتی مانند زایمان ، جراحی و آندوسکوپی از گان ، کلاه و چکمه استفاده نمایند در صورت وجود زخم باز در دست پرسنل در مراقبت بیماران بایستی تا زمان بهبودی از تماس با بیماران خودداری نمایند و یا لوازم محافظتی استفاده نمایند .

۱۷. در کلیه آرایشگاهها باید از تیغ یکبار مصرف استفاده شود .

پیشگیری پس از مواجهه :

پیشگیری پس از مواجهه فقط در صورتی بررسی می شود که فرد با منبع آلوده HIV تماس یافته باشد و یا مواجهه ای موثر اتفاق افتاده باشد . در مواردی که آلودگی منبع مشخص نشده باشد ضرورتی ندارد در صورت مواجهه پوستی یا مخاطی با مایعات آلوده ، پوست باید با آب و صابون شسته شود و مخاط نیز باید با آب استریل در حداقل زمان بهتر گردد .

در موارد needle stek و یا موارد مشابه و یا تماس جنسی موثر با فرد HIV مثبت و یا مواجهه موثر توضیح داده شده در سرایت شخصی باید در اولین فرصت با پزشک تماس بعمل آید تا در صورت لزوم درمان ضد رترو ویروس شروع شود .

در صورتی که منبع قویاً مشکوک باشد لازم است از منابع هم آزمایش بعمل آید.

تستهای سرولوژی جهت فرد مواجهه یافته در پریودهای هنگام مواجهه ۶ هفته بعد، ۳ ماه بعد، ۶ ماه بعد و گاهی ۱۲ ماه بعد لازم است بعمل آید .

پروфіلاکسی دارویی در موارد مواجهه موثر و قطعی در بخش درمان ضد رترو ویروس توضیح داده شده است .

توصیه های لازم :

مهمترین راه پیشگیری ، آگاهی به روش های انتقال بیماری و رعایت اصول بهداشتی مناسب می باشد . بر همین اساس در این بخش توصیه های برای پیشگیری از انتقال گفته می شود .

توصیه در زمینه ضد عفونی و استریلیزاسیون :

کلیه لوازم و ابزار پزشکی که چند بار مورد استفاده قرار می گیرند باید پس از استفاده با آب و صابون به خوبی کلیه سطوح آنها شسته و پس از خشک کردن به یکی از روش های زیر استریل شوند :

۱ - اتوکلاو ۱۲۱ درجه سانتیگراد به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در فشار یک اتمسفر (حرارت مرطوب)
۲ - فور ۱۷۰ درجه سانتیگراد به مدت ۲ ساعت (حرارت خشک) در صورتیکه دستگاههای فوق در دسترس نباشند بایستی ابزار به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در آب جوشانده شوند به طور کلی حرارت موثرترین وسیله از بین بردن این ویروس ها می باشد ولی در مواردی که ابزار نسبت به حرارت حساس باشند می توان از محلول های ضد عفونی کننده ای که تازه تهیه شده باشند استفاده نمود .

۱ - محلول هیپوکلریت سدیم ۱ تا ۵ درصد (که از رقیق کردن سفید کننده خانگی که حاوی ۵٪ کلر است به دست می آید) برای تمیز کردن سطوح ایده ال می باشد ولی فلزات را تخریب می نماید و در برابر نور و حرارت خاصیت خود را از دست می دهد .

۲ - محلول گلو تار آلدئید ۲٪ که بایستی هر دو هفته یکبار به صورت تازه تهیه شود .

۳ - محلول بتادین ۲/۵٪ (روی ابزار مسی و آلومینیومی اثر تخریبی دارد)

۴ - الکل اتیلیک ۷۰ درجه (۳۰٪ آب و ۷۰٪ الکل) که فرار است و بایستی تازه تهیه شود .

۵ - فرمالدئید ۴٪ که بسیار تحریک کننده است و پس از استفاده باید مجدداً ابزار به خوبی آبکشی شوند .

البته با مواد شیمیایی که پیش تر گفته شد ، می توان ابزار را ضد عفونی شدید نمود ولی موجب از بین بردن اسپور و استریل شدن آنها نمی شود. گلو تار آلدئید ۲٪ و هیدروژن پراکسید ۶٪ تنها مواد شیمیایی هستند که

در صورت تماس طولانی با ابزار (حدود ده ساعت) می توانند موجب ازبین بردن اسپورها و استریل شدن آنها شوند اما بر ابزاری مانند آندوسکوپ طی این مدت طولانی اثر سوء دارند و بایستی با غوطه ور ساختن آنها به مدت ۳۰ دقیقه در گلو تار آلدئید ۲٪ آنها را ضد عفونی شدید نمود که در این حالت باکتری ها ، قارچ ها و ویروس ها از بین می روند در مجموع از میان مواد شیمیایی بهترین ضد عفونی کننده های موثر بر ویروس هایی مانند ایدز و هپاتیت ، هیپوکلریت سدیم و گلو تار آلدئید می باشد .

نکته

ترشحات خون یا مایعات بدنی آلوده به خون بایستی به ترتیب زیر ضد عفونی شوند :

ابتدا دستکش پوشیده شود سپس با یک حوله جاذب زیادی مایع آلوده جذب گردد و روی موضع با یک ماده ضد عفونی (که بهترین آن وایتکس با غلظت ۵٪ درصد است) یعنی یک قسمت وایتکس با نه قسمت آب جوشیده سرد مخلوط شود و به مدت ده دقیقه پوشانده شود. پس از آن باید خون و مایع ضد عفونی را با دستکش پاک کرده و در کیسه زباله در بسته انداخته و مجدداً سطح را با ماده ضد عفونی کننده شستشو داد .

برای تمیز کردن و ضد عفونی کردن سطوح و ابزاری که به خون آلوده شده اند مانند میز کار صندلی ، یونیت دندان پزشکی و امثال آن بایستی از محلول سفید کننده خانگی با غلظت ۱٪ کلر (یک قسمت وایتکس + ۹۴ قسمت آب جوشیده سرد) استفاده کرد .

پیشگیری از انتقال HIV در پرسنل پزشکی

۱. خودداری از تماس با خون و فراورده های خونی اعم از آنهایی که مشکوک به آلودگی به HIV بوده یا نیستند
۲. شستشوی دست ها پس از معاینه بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است
۳. پوشیدن دستکش در صورتی که احتمال تماس با خون و فراورده های خونی وجود دارد
۴. نیازی به استفاده از گان و عینک محافظتی و ماسک نیست مگر در مواردی که احتمال ترشح یا پاشیدن مایعات آغشته به خون به مخاط های بدن وجود داشته باشد .
۵. افرادی که دچار آسیب پوستی ضایعات باز و مبتلا به درماتیت هستند بایستی از تماس مستقیم با مبتلایان به ایدز یا وسایل و تجهیزات و مواد آلوده خودداری کنند
۶. در صورت تماس با خون و وسایل آلوده لازم است به مدت شش ماه پیشگیری بعمل آید
۷. در صورتی که وضعیت فرد بیمار روشن نباشد بایستی از نظر آلودگی به HIV و هپاتیت B بررسی شود و در صورت امتناع بیمار یا عدم همکاری باید آلوده در نظر گرفته شود .

۸. در صورتی که تماس قطعی با فرد آلوده به HIV صورت گیرد باید فرد تماس یافته از نظر آلودگی به HIV هرچه سریعتر بعد از تماس و نیز به فاصله ۱۲ هفته ۲۴ هفته و یکسال بعد مورد بررسی قرار گیرد و هر بیماری حادی که در او عارض شود بطور جدی بررسی گردد

۹. پیشگیری دارویی، لازم به ذکر است که افرادی که دچار عفونت ناشی از HIV هستند نیازی به اطاق اختصاصی و جداگانه ای ندارند مگر در مواردی که به دلیل وجود بیماری های فرصت طلب نیاز به ایزولاسیون تنفسی تماسی یا مواظبت های روده ای باشد ضمناً نمونه هائی که به آزمایشگاه ارسال می گردد باید برچسب داشته باشد تا کارکنان آزمایشگاه از احتمال آلودگی آنها مطلع گردند .

پیشگیری به منظور جلوگیری از پیشرفت عوارض و زمین گیر شدن بیمار

۱- مداخله جراحی در مواقع لازم

۲- نوتوانی در موارد لازم

۳- اعاده حیثیت اجتماعی در افرادی که به علت ابتلاء به HIV/AIDS احتمالاً شغل خود را از دست داده و منزوی گردیده اند .

سایر اقدامات کنترلی

اقداماتی که طی طغیان ها همه گیرها پاندمی های بیماری باید انجام داد

۱ - تجهیز امکانات آزمایشگاهی کافی به منظور سرویس دهی بهتر به مبتلایان و جلوگیری از انتقال ویروس به کارکنان آزمایشگاه

۲ - تجهیز امکانات کافی بیمارستانی به منظور بهبود وضع بیماران و پیشگیری از انتقال ویروس

۳ - کنترل همه گیری رعب وحشت از طریق رسانه های گروهی

اقداماتی که طی بروز حوادث و سوانحی نظیر سیل و زلزله ، اتشفشان جنگ و امثال آن باید انجام داد .

۱ - لازم است از تجویز فراورده های خونی کنترل نشده اجتناب شود

۲ - پرسنل اورژانس نیز باید از همان اقدامات احتیاطی عمومی که در رابطه با پرسنل بهداشتی ذکر شده تبعیت نمایند در صورت عدم وجود دستکش و آلودگی پوست بدن به خون باید هرچه سریعتر شسته شود هنگامیکه مشغول کاری هستیم که احتمال پاشیدن خون یا مایعات خونی وجود دارد باید از ماسک کلاه و لباس های محافظ استفاده نمائیم مراکز انتقال خون اورژانس باید از خون اهداء کنندگانی استفاده نمایند که در معرض هیچیک از عادات خطر زای عفونت ناشی از HIV نیستند و ترجیحاً از دهنده گانی که قبلاً از نظر آنتی بادی ضد HIV منفی بوده اند استفاده کنند .

خود آزمایی

آیا مطالب زیر را بخاطر سپرده اید ؟

- ۱- تاریخچه پیدایش آلودگی HIV و بیماری ایدز را بطور مختصر بیان نمایند ؟
- ۲- وضعیت HIV/AIDS در دنیا را بطور کلی بیان کنید ؟
- ۳- وضعیت HIV/AIDS در ایران را بیان کنید ؟
- ۴- راههای انتقال ایدز کدام است و شایعترین راه های انتقال در ایران و جهان کدام است ؟
- ۵- روش های پیشگیری از بیماری ایدز چگونه است ؟
- ۶- نکات اساسی در ارتباط با هر کدام از روش های پیشگیری از ایدز را بیان نمائید ؟

عفونت HIV/ AIDS

(اتیولوژی ، ایمونولوژی ، وضعیت بالینی و تشخیص)

اهداف آموزشی :

فراگیر در پایان این فصل باید قادر باشد که:

۱- عامل بیماری HIV و نکات مهم آن را بیان نماید.

۲- کلیات ایمونولوژی HIV را بیان نماید.

۳- طیف بالینی عفونت HIV (چهار مرحله عفونت HIV) را باختصار بیان نماید.

۴- روش های تشخیص آزمایشگاهی HIV را بیان نماید.

مقدمه:

در این فصل عفونت HIV و ایدز از نظر کلینیکی توضیح داده خواهد شد. مختصری در خصوص عامل بیماری گفته می شود. سپس کلیاتی در خصوص ایمونولوژی بیماری و بالین بیمار و روش های تشخیص آزمایشگاهی HIV و ایدز بیان خواهد شد.

عامل بیماری و بیماریزایی :

عامل این بیماری ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) است . این ویروس یک نوع ویروس از خانواده رتروویروس ها است . این ویروس حاوی RNA و دارای پوشش می باشد. تا کنون چهار نوع رتروویروس انسانی شامل HTL1 ، HTL2 ، HIV1 ، HIV2، شناخته شده اند . ویروس HIV1 ، HIV2 از نظر بیولوژیکی تفاوت هایی با همدیگر دارند.

ویروس HIV2 بیشتر در آفریقای غربی و در بین هتروسکسوالها شیوع دارد . راه انتقال HIV1 و HIV2 مشابه است .

HIV مانند سایر ویروسها انگل اجباری درون سلولی است و همانند سازی آن به سلول میزبان بستگی دارد چرخه زندگی HIV شامل ۸ مرحله اصلی است: اتصال ، پوشش برداری ، نسخه برداری معکوس، الحاق به ژنوم میزبان ، نسخه برداری ، سنتروپروتئین ، به هم پیوستن اجزاء و جوانه زدن. برای برقراری چرخه زندگی ویروس آنزیم و پروتئین های دیگری هم دخالت دارند که در این جا به آن پرداخته نمی شوند . شایعترین شکل انتقال ویروس در تمام جهان انتقال از راه جنسی است . و با تماس و اتصال ویروس به سلولهای مخاطی واژینال یا رکتال شروع میشود . سلولهای آلوده را میتوان بعد از ۲ روز در غدد لنفاوی و بعد از ۵ روز در پلاسما یافت . مشخصه عفونت HIV ، نقص ایمنی ناشی از کاهش مداوم و پیشرونده در تعداد

و اختلال عملکرد لنفوسیت‌های T-helper است. در مرحله عفونت اولیه ویروس‌ها از محل ورود خود مثلاً سلول‌های لانگرهانس رکتوم یا واژن به غدد لنفاوی آن ناحیه رفته و در آن جا باقی مانده و تکثیر می‌شوند. با راه یافتن ویروس به طحال و سیستم رتیکولوآندوتلیال ویرمی و گسترش عفونت صورت می‌گیرد. این مرحله در برخی از موارد با علائمی شبیه مونوکلئوز عفونی همراه است. پاسخ ایمنی در این مرحله به واسطه سلول‌های T-suppressor یا سلول‌های CD8 انجام می‌شود. در ابتدا این سلول‌ها افزایش یافته و سعی می‌کنند سلول‌های آلوده شده به ویروس را از بین ببرند همچنین با آزاد شدن سه نوع سایتوکاین در مدت ۴ تا ۶ ماه پس از ورود ویروس تا زمان ورود به مرحله پایدار، بار ویروسی کاهش واضحی خواهد داشت. مداخله در این مرحله از بیماری (مانند کمپروویلاکسی و موارد تماس شغلی) میتواند تاثیر مثبتی در کاهش خطر عفونت داشته باشد. در طی مراحل اولیه و حاد عفونت و گذار به مرحله نرمش، به علت تفکیک سلول‌های سیتوتوکسیک (CTLs) در خون محیطی، ویروس میتواند در نقاطی مثل غدد لنفاوی بصورت نهفته باقی مانده و تکثیر ویروس حتی در مرحله نهفته بیماری همچنان ادامه خواهد داشت.

سطح ویروس در مرحله پایدار بعد از یکسال میتواند نشانگر خوبی از پیش آگهی بعدی عفونت HIV و پیشرفت بیماری باشد، به این ترتیب که هرچه سطح ویروس پایین تر باشد سیر بیماری آهسته تر است.

ایمونولوژی AIDS /HIV

کلیاتی از ایمونولوژی: ایمنی یک پاسخ طبیعی سازگار کننده است که هدف آن حفاظت بدن در برابر میکروبها و سلول‌های تغیر شکل یافته است. میتوان ایمنی را به دو دسته کلی طبیعی و اکتسابی تقسیم بندی کرد. ایمنی طبیعی شامل آن دسته از پاسخهای ایمنی است که محتاج مهیا شدن دستگاه ایمنی نیستند از قبیل فعال سازی کمپلمان و فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی که غیر اختصاصی هستند. غیر اختصاصی بودن به آن مفهوم است که صرف نظر از ماهیت آنتی ژنهای بیگانه پاسخهای ایمنی یکسانی در برابر آنها ایجاد میشود. ایمنی اختصاصی پاسخی در مواجهه با یک آنتی ژن معین است که در غالب دو سیستم ایمنی همورال و ایمنی سلولی بروز میکند. ایمنی همورال با تولید آنتی بادی و ایمنی وابسته به سلول از طریق سلول‌های ایمنی و عمدتاً سلول‌های T اعمال اثر میکند.

عملکرد هر دو بازوی ایمنی اختصاصی چه همورال و چه سلولی به سلول‌ها وابسته اند. به دنبال پردازش، شناخت و رویارویی با آنتی ژنهای بیگانه پاسخ ایمنی اختصاصی توسط سلول‌های عرضه کننده آنتی ژن آغاز میگردد.

مونوسیتها و ماکروفاژها نمونه های بارز سلول‌های APC هستند، اما سایر انواع سلول‌ها مانند سلول‌های لانگرهانس، سلول‌های دندریک و میکروگلیال نیز ممکن است در ارائه و پردازش آنتی ژن شرکت کنند.

سلولهای APC آنتی ژنهای بیگانه را از طریق فاگوسیتوز می بلعند و پس از پردازش ، آنها را بر سطح خود ظاهر میکنند. پروتئین های MHC در ارائه کردن آنتی ژنها بطور مستقیم دخالت دارند و به دو گروه اصلی تقسیم میشوند پروتئین های MHC کلاس I که در سطح تمام سلولهای هسته دار وجود داشته ، در شناخت سلولهای ایمن خودی از بیگانه نقش دارند . پروتئین های MCH کلاس II که عمدتاً بر سطح سلولهای ایمنی وجود دارند . ارائه به آنتی ژنها باعث میشود تا سایر سلولهای دستگاه ایمنی پس از شناسایی نسبت به آنها واکنش نشان دهند . سلولهای B و T در طی رشد خود نسبت به یک آنتی ژن معین اختصاصی میشوند بدین ترتیب پس از بلوغ آماده اند تا آنتی ژن مزبور را مورد شناخت و هدف قرار دهند.

سلولهای T غالباً با شاخص های سطحی خود شناخته میشوند مثلاً در سطح تمام سلولهای T بالغ نوعی پروتئین MHC کلاس II به نام CD 2 وجود دارد . برخی از زیرجمعیت های سلولهای T شاخص های Y, MHC و یا مولکولهای نظیر CD8 یا CD4 را دارند . این شاخص ها احتمالاً نمادی از اعمال مختلف نوع سلول T هستند . بعنوان مثال لنفوسیت های T با فعالیت Helper از نوع CD4 هستند . سلولهای CD4 + دلیل داشتن نقش بنیادین در هماهنگ ساختن پاسخ ایمنی سلولی یکی از اجزای عملیاتی پاسخ ایمنی را تشکیل می دهند. سلولهای CD4+ در هماهنگ ساختن پاسخ ایمنی نقش اساسی را دارا هستند . نقایص کمی و کیفی در این سلولها منجر به بروز انواعی از اشکالات ایمنی همچون کاهش واکنش های مختلف لنفوسیتی می گردد.

تقابل بین HIV و سیستم ایمنی فوق العاده پیچیده است ، افرادی که از یک منبع مشترک آلوده شده اند ممکن است پیامدهای بالینی کاملاً متفاوتی را تجربه کنند که نشانه تفاوت های فردی در ایمونوپاتولوژی عفونت HIV است. HIV از طریق آلوده کردن سلولهای لنفوسیت T نوع CD4+ و نیز از طریق فعال سازی سیستم ایمنی و ایجاد یک محیط سائتوکینی که ویروس از آن جهت تکثیر خود استفاده میکند سیستم ایمنی را متزلزل می سازد. تمام سلولهای بدن از جمله سلولهای سیستم ایمنی برای تقابل با یکدیگر دارای گیرنده هایی در سطح خود هستند که مسئول دریافت پیامهای ارسالی از سایر سلولها است. به این گیرنده ها رسپتور می گوئیم.

پیام ارسالی از سلولها در قالب یک سری مولکولها بیان میشود که ما آنها را بنام کلی لیگاندها می شناسیم. HIV برای انتقال به سلولهای هدف از این رسپتورها سوء استفاده میکند . در سال ۱۹۸۴ مشخص شد که مولکولهای دیگری در سطح سلولهای هدف HIV وجود دارند که نقش کمکی برای اتصال HIV ایفا میکنند و اینها کورسپتور هستند.

هر چند که انتقال HIV2 از مادر به کودک کمتر بروز میکند و دوران نهفتگی آن طولانی تر است. دو پروتئین اصلی در پوشش HIV وجود دارد . گلیکوپروتئین ۱۲۰ کیلو دالتونی (gp ۱۲۰) و گلیکوپروتئین ۴۱ کیلو دالتونی (gp41) . ویروس با استفاده از gp41 به سلول میزبان اتصال می یابد و با استفاده از آنزیم ترانس کریپتاز معکوس خود ، رونویسی از ژنوم RNA ویروس را بصورت DNA ایجاد میکند. Gp120 میل ترکیبی

زیادی به گیرنده خود مولکول CD₄ در سطح غشاء میزبان دارد. گیرنده های CD₄ در سطح لنفوسیت های T منوسیتها، ماکروفاژها، سلولهای دندرتیک و لانگرهانس وجود دارند.

برای امکان ورود به سلولهای میزبان دو گیرنده مکمل بنام CXCR برای لنفوسیتها و CCR5 برای ماکروفاژها لازم است. این مسئله خود توجیه گر عدم ابتلای افرادی است که علیرغم تماس با ویروس به دلیل غیر فعال بودن CCR5 به این عفونت مبتلا نمی شوند. معمولاً در ابتدای بیماری ویروس سلول های ماکروفاژ را درگیر میکند و از نوع non syncytia inducing هستند با گذشت زمان و با افزایش ویروس هایی که گرایش به لنفوسیت دارند نوع syncytia inducing با ویرو لانس بیشتر افزایش خواهند یافت. تغییر تراکم ویروس های نوع اول به نوع دوم، با افت سریع در سلولهای CD₄ همراه است.

حذف سلولهای T نوع CD₄⁺ از خون محیطی نشانه بارز عفونت فزاینده با HIV است. تخمین های موجود از تخریب روزانه یک میلیارد سلول CD₄⁺ در فرد مبتلا به HIV حکایت میکند. HIV با مکانیسم مستقیم و غیر مستقیم باعث حذف سلولهای T نوع CD₄⁺ میگردد.

وضعیت بالینی و تشخیص AIDS/ HIV

سیر طبیعی عفونت HIV/AIDS

طیف بالینی عفونت HIV شامل مراحل زیر است:

۱- عفونت اولیه HIV (سندرم رتروویروسی حاد)

۲- عفونت HIV بدون علامت

۳- عفونت علامت دار اولیه

۴- نقص ایمنی پیشرفته همراه با بیماری های فرصت طلب (ایدز)

در برخی افراد، سیر بیماری از مرحله آلودگی تا پیدایش ایدز کمتر از ۵ سال طول می کشد، در حالی که به ندرت برخی دیگر طی سالیان دراز بدون مصرف دارو، بدون علامت باقی می مانند و شواهدی از کاهش قوای ایمنی نشان نمی دهند. شمارش لنفوسیتهای CD₄⁺ و بار ویروسی بهترین نشانگر های پیش آگهی برای سیر بیماری است. در صورت عدم درمان، پس از تشخیص ایدز، بقای عمر بین ۱۲ تا ۱۸ ماه تخمین زده میشود. در مطالعات مختلف دیده شده است که در افراد مسن تر پیشرفت بیماری سریع تری دارد. علائم آزمایشگاهی دیگر شامل تعداد کل گلبول های سفید کمتر از ۱۰۰۰/mm³ هماتوکریت کمتر از ۴۰mg/dt و درصد پایین لنفوسیتهای CD₄⁺ نشان دهنده پیش آگهی بدتر هستند.

احتمال بروز بیماری های فرصت طلب در افراد آلوده به HIV تحت تاثیر عوامل گوناگون است از جمله:

۱- تعداد سلولهای CD₄⁺ (قابلیت ایمنی سلول)

۲- مواجهه قبلی با پاتوژن های احتمالی مانند توکسوپلازما و CMV که منجر به عفونت نهفته شده اند.

۳- ویرو لانس نسبی میکروارگانیزم ها به عنوان مثال پاتوژن هایی مانند پنوموکوک و مایکوباکتریوم توبرکلوزیس که ویرو لانس بیشتری دارند در بیمارانی که هنوز اختلال ایمنی شدید ندارند هم میتوانند باعث بیماری شوند در حالی که میکروارگانیزم های فرصت طلب با ویرو لانس کمتر مثل پنوموسیستیس کارینی و CMV در مراحل پیشرفته نقص ایمنی ایجاد بیماری میکنند.

۴- دریافت دارو جهت پیشگیری از برخی عفونتهای خاص و نیز درمان ضد رتروویروسی و برخی یافته های بالینی نیز ممکن است نشانه ای برای پیشگویی پیشرفت بیماری باشند مانند کاندیدیاز و لکوپلاکی پرزی دهانی که نشانگرهای اولیه سرکوب ایمنی هستند. لنفادنوپاتی منتشر پایدار نیز یک نشانه عفونت HIV است اما دلیلی بر پیشرفت به سوی آیدز نیست.

استفاده از درمان ترکیبی ضد رتروویروسی منجر به تغییر فاحش در مسیر طبیعی بیماری شده پیش آگهی بیماری را بهبود بخشیده است. از میان آثار این نوع درمان میتوان کاهش میزان بروز عفونتهای فرصت طلب و بازسازی قوای ایمنی بدن را ذکر کرد.

مراحل بالینی بیماری:

عفونت حاد HIV (سندرم رتروویروسی حاد)

۵۰ تا ۶۵٪ مبتلایان به عفونت HIV حدود ۱ الی ۶ هفته (به طور متوسط ۳ هفته) بعد از تماس دچار سندرم رتروویروسی حاد به صورت بیماری شبه مونونوکلئوز میشوند.

شایع ترین علائم آن شامل ؛ تب ،خستگی ، راش ماکولوپاولار ، آدنوپاتی ، فارنژیت غیراگزودایی ، ضعف و کاهش وزن بیش از ۵ کیلوگرم ، میالژی و آرتراژی ، سردرد ، اسهال ، تهوع و استفراغ میباشد. ممکن است هپاتواسپلنومگالی ، برفک دهانی ، مننگوانسفالیت و نوروپاتی محیطی نیز با شیوع کمتر دیده شود. این دوره ۱ تا ۳ هفته طول میکشد و خود به خود بهبود می یابد. البته احساس ضعف و خستگی ممکن است ماهها به طول انجامد. علائم نورولوژیک از جمله مننژیت آسپتیک ،نوروپاتی محیطی و سندرم گیلن - باره نیز در این مرحله ممکن است تظاهر کنند.

با تشکیل آنتی بادی اختصاصی و ایجاد پاسخ هومورال ،غلظت ویروس در پلاسما کاهش یافته، روند کاهش سلول های CD4+ تعدیل میشود و ظرف ۶ تا ۱۲ هفته به یک سطح ثابت می رسد. در مرحله اولیه بیماری، ممکن است با کاهش تعداد لنفوسیتها، افزایش سرعت سدیمانتاسیون ، افزایش آنزیم های کبدی و آلکالین فسفاتاز رو به رو شویم . در بیمارانی که علائم نورولوژیک دارند مایع نخاعی ممکن است با پلئوسیتوز لنفوسیتی و قند و پروتئین طبیعی همراه باشد.

تشخیصهای افتراقی در این مرحله شامل مونونوکلئوز عفونی ، سایر عفونتهای ویروسی مانند آنفلوانزا ، هپاتیت ویروسی، سرخک ، سرخجه ، سیفلیس ثانویه ، توکسوپلاسموز و واکنش های دارویی است..

در این مرحله درمان چند دارویی ، موجب کاهش بار ویروسی و افزایش پاسخهای اختصاصی سلولهای CD4+ و CD8+ بر علیه ویروس میشود.

عفونت HIV بدون علامت ؛

بعد از طی دوران علائم حاد فرد وارد دوران بدون علامت می شود .

بدون درمان ، تکثیر دائمی ویروس و کاهش تدریجی سلولهای CD4+ ظرف ۸ تا ۱۰ سال ادامه می یابد . در طول این دوران فرد از نظر بالینی میتواند کاملاً " بدون علامت باشد. البته ممکن است افراد سالها پس از عفونت اولیه با خستگی زودرس و کاهش توانایی فعالیت روزانه مواجه شوند. تب های خفیف کمتر از ۳۸ درجه ، تعریق شبانه و اسهال های متناوب نیز گاهی دیده میشود. اما افراد آلوده در این دوره معمولاً علائمی ندارند و به همین دلیل ، این مرحله عفونت بدون علامت HIV نامیده می شود .

اضطراب ، افسردگی ، اختلال های خلقی و نیز برخی اختلالهای اندوکرینی مانند هیپوگنادیسم و افت سطح تستوسترون در بیماران آلوده به HIV مبتلا به سندرم تحلیل منتشر مشاهده میشود.

عفونت HIV علامت دار:

بعد از طی دوران بدون علامت فرد بتدریج علامت دار می شود و این موضوع با دوران سوم شروع می شود.

بیماری هایی که در زمینه عفونت HIV روی میدهند را میتوان به دو گروه تقسیم کرد:

۱- بیماری هایی که مستقیماً و به دلیل وجود خود ویروس HIV ایجاد شده اند مانند سندرم

حاد HIV ، PGL ، دمانس همراه با HIV ، پنومونی بینایی لنفوسیتی (LIP) ، نوروپاتی

HIV ، نقص ایمنی پیش رونده

۲- احتمالاً آئمی، نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی ، کاردیومیوپاتی ، نوروپاتی محیطی و مننژیت،

بیماری هایی که به دنبال نقص ایمنی توسط سایر عوامل بیماریزا ایجاد شده اند مانند انواع

عفونت ها و تومورهای فرصت طلب.

بیماری های نشانگر ایدز:

در نهایت فرد وارد مرحله ایدز می شود . مرحله ایدز با بیماریهایی مشخص می شود .

در واقع ایدز عبارت است از مجموعه نشانه های بالینی تعریف شده ناشی از اختلال ایمنی بدن که

متعاقب عفونت مزمن ویروس نقص ایمنی انسانی ایجاد میشود. تقسیم بندی بالینی ایدز از طرف

سازمان جهانی بهداشت به شرح ذیل است:

مرحله بالینی یک:
۱- بدون علامت
۲- لنفادنوپاتی منتشر و پایدار
مرحله بالینی دو:
۱- کاهش وزن بیش از ۱۰٪ کل وزن بدن
۲- تظاهرات پوستی مینور مثل درماتیت سبورئیک ، خارش ، زخمهای دهانی عود کننده، عفونت قارچی ناخن
۳- هرپس زوستر در پنج سال گذشته
مرحله بالینی سه:
۱- کاهش وزن بیش از ۱۰٪ کل وزن
۲- اسهال طول کشیده بدون توجیه (مداوم یا گهگاهی) بیش از یکماه
۳- برفک دهانی
۴- لوکوپلاکی پرزی دهانی
۵- سل ریوی در یک سال اخیر
۶- عفونت های باکتریایی شدید (پنومونی - پیومیوزیت)
مرحله بالینی چهار:
۱- سندرم تحلیل منتشر بدن
۲- پنومونی پنوموسیستیس کارینی
۳- توکسوپلاسموزیس
۴- کریپتو سپوریدیوز یا اسهال بیش از یکماه
۵- کریپتوکوک خارج ریوی
۶- بیماری سیتومگالوویروسی غیر از کبد ، طحال ، غدد لنفاوی
۷- عفونت با هرپس سیمپلکس پوستی، مخاطی بیش از یکماه یا احشایی برای هر مدت زمانی
۸- لوکوانسفالوپاتی پیشرونده چندکانونی
۹- عفونت های قارچی منتشر مثل هیستوپلاسموز
۱۰- کاندیدیاز مری- تراشه - برونش یاریه
۱۱- مایکوباکتریوز آتیپیک منتشر
۱۲- سپتی سمی سالمونلای غیر تیفوئیدی
۱۳- سل خارج ریوی
۱۴- لنفوم
۱۵- سارکوم کاپوشی
۱۶- انسفالوپاتی HIV

پنومونی پنوموسیستیس کارینی ، سندرم تحلیل منتشر بدن و کاندیاز مری، بیش از سه چهارم کل بیماری های نشانگر ایدز را شامل میشوند. اغلب عفونتها ناشی از فعال شدن مجدد پاتوژنهایی است که از قبل در بدن به صورت نهفته بوده اند و با بروز نقص ایمنی دوباره فعال میشوند.

تحلیل منتشر بدن و اختلال های مزاجی

تحلیل منتشر بدن به معنی کاهش بیش از ۱۰٪ از وزن بدن ، همراه با اسهال مزمن (حداقل دوبار دفع مدفوع آبی در روز به مدت بیش از ۳۰ روز) و یا ضعف مزمن و تب اثبات شده بیش از ۳۰ روز، به صورت متناوب یا مداوم است. این حالت نشانه آلودگی به HIV است، به شرط آنکه هیچ بیماری یا عفونت اثبات شده دیگری توجیه کننده این وضعیت نباشد.

HIV1 عامل عمده سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) شناخته شده است. تشخیص و شناسایی زود هنگام آلودگی ، امکان درمان به هنگام و اقدامات پیشگیری کننده دیگر نظیر تامین منابع خون سالم و در نتیجه کنترل موثرتر بیماری را در جامعه فراهم میکند.

تشخیص آلودگی HIV در مراحل مختلف عفونت

در مرحله حاد (اولیه) مهمترین عامل در تشخیص عفونت، توجه و درنظر داشتن این بیماری است. لازم به ذکر است که تشخیص در این مرحله بسیار مشکل است و در اغلب موارد احتمال عفونت HIV به ذهن پزشک خطور نمیکند. در این مرحله حساس ترین معیار عفونت HIV ، وجود RNA ویروس در پلاسما است. آزمایش الایزا ۲ تا ۸ هفته (و به ندرت ۲۶ هفته) بعد از عفونت علی رغم ظهور آنتی بادی های اختصاصی در آزمایش به روش وسترن بلات ،منفی باقی می ماند. به این دوره مرحله پنجره اطلاق میشود.

آنتی بادی های HIV به دنبال کاهش اولیه ویرومی و آنتی ژن P24 به وجود می آیند.معمولاً تیتراهای آنتی بادی IgG در طی چند ماه اول پس از عفونت افزایش یافته و سپس به سطح ثابتی می رسند. ۲-۸ هفته بعد از عفونت میتوان به دنبال آنتی بادی IgM بود. معیار استاندارد برای اثبات عفونت HIV حداقل یک آزمایش الایزا مثبت و یک تست تاییدی مانند وسترن بلات مثبت است.

آزمایش الایزا و وسترن بلات مثبت بیش از ۹۹٪ حساسیت تشخیصی دارد. در مورد بیمارانی که در مرحله حاد (اولیه) بیماری هستند روشهای RT-PCR و آنتی ژن P24 میتواند کمک کننده باشد اما به هر حال عفونت باید در نهایت به وسیله وسترن بلات تایید شود و غربالگری افراد با روشهای فوق به هیچ وجه توصیه نمی شود. در مرحله عفونت پیشرفته یا علامت دار اگر چه ممکن است در اثر نقص ایمنی آزمایش سرولوژیک به طور کاذب منفی شده باشد ولی آنتی ژن P24 با تیترا بالا مثبت خواهد بود

آزمون های تشخیصی در ایدز:

۱- آزمون الایزا

این آزمون متداولترین روش انجام غربالگری HIV است. حساسیت این روش بین ۹۳ تا ۱۰۰٪ است و در صورت تکرار، حدود ۹۹٪ اختصاصی است. نتایج آزمون میتواند به صورت مثبت منفی و یا مشکوک گزارش شود. در مرحله اولیه بیماری ممکن است هنوز سطح آنتی بادی سرم به حدی نرسیده باشد که آزمون را مثبت کند، این مدت حدود ۲ الی ۸ هفته (و به ندرت ۲۶ هفته) بعد از عفونت طول میکشد. تشخیص در این مرحله به تکرار مجدد آزمون بعد از چند هفته و یا انجام آزمایشات دیگر مانند PCR و P24Ag نیازمند است. بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی، دو بار آزمون الایزا با کیت های مختلف، حساسیت و اختصاصی معادل وسترن بلات را دارد.

موارد مثبت کاذب آزمایش الایزا شامل موارد ذیل است:

- ❖ خطای آزمایشگاهی (شایع ترین علت مثبت کاذب این آزمایش)
- ❖ برخی بیماری های کبدی مانند کبد الکلیک و سیروز اولیه صفراوی
- ❖ لنفوم و بدخیمی های خونی
- ❖ برخی عفونت های ویروسی حاد
- ❖ پیوند کلیه و نارسایی مزمن کلیه (همودیالیز)
- ❖ بیماری های اتوایمون، مالتیپل میلوم و وجود آنتی بادی ضد عضلات صاف و ضد میتوکندری،
- ❖ افراد مولتی پار و یا افراد مواجه با تزریقات مکرر
- ❖ سندرم استیون جانسون
- ❖ آزمایش RPR مثبت

موارد منفی کاذب آزمایش الایزا شامل موارد ذیل است:

- ❖ عفونت اولیه HIV مرحله window Period
- ❖ نقص ایمنی شدید مانند مراحل پیشرفته ایدز
- ❖ بدخیمی
- ❖ پیوند مغز استخوان
- ❖ وجود فاکتور های روماتوئیدی
- ❖ خطای آزمایشگاهی.

۲- آزمونهای تاییدی

هدف اصلی ، اطمینان از پاسخ مثبت آزمونهای مانند الایزا است که جهت غربالگری استفاده میشوند . معمول ترین آزمون مورد استفاده به این منظور آزمون وسترن بلات است. مجموع آزمایش های فوق از حساسیت و اختصاصی بودن بالایی (۹۹/۹٪) برخوردار است.

در مواردی مانند هیپر بیلی روبینمی ، بیماری های بافت همبند و گاماپاتی های پل کلونال ممکن است آزمون وسترن بلات برای HIV نتیجه مثبت کاذب بدهد.

۳- آزمون های تکمیلی:

الف) آزمون PCR بهترین آزمون تکمیلی فعلی است این تکنیک گران قیمت اگر چه به طور معمول به منظور تشخیص HIV استفاده نمیشود اما در تشخیص تعداد کم ویروس برای اندازه گیری بار ویروسی روش حساسی است و در تعیین تاثیر داروهای ضد رترو ویروسی و پیش گویی وضعیت پیش آگهی بیمار و در نتیجه مراقبت و پایش بیماران مفید است . البته در صورتی که غلظت ویروس کمتر از ۲۰۰۰ نسخه در میلی لیتر (copy/ml) باشد احتمال مثبت کاذب در تشخیص HIV وجود دارد استفاده از این روش تشخیص موارد مشکل را آسان میکند. از جمله:

شناسایی ویروس در مراحل اولیه عفونت که هنوز آنتی بادی و تغییرات سرمی وجود ندارد

❖ تشخیص عفونت زمانی که نتایج سرولوژیک مشکوک است (indeterminate)

❖ تشخیص عفونت در نوزادی که از مادر آلوده به HIV متولد شده است.

❖ اگرچه این آزمون از حساسیت و اختصاصی بودن بسیار بالایی برخوردار است اما انجام آن ساده نیست و به عملکرد دقیق آزمایشگاه نیازمند است و استفاده از آن برای غربالگری افراد جایز نیست.

ب) آزمون آنتی ژن P24 (P24Ag) یکی از آزمون های تکمیلی است که چون در کشورهای سوم نیست ، توضیح داده نمی شود.

کشت ویروس ؛ یکی از آزمون های تکمیلی دیگر کشت ویروس است که چون در کشور چندان کاربرد ندارد توضیح داده نمی شود.

معیارهای انجام آزمایش HIV : در افراد ذیل باید آزمایش درخواست شود

۱- بیماران با سابقه بیماری های آمیزشی اثبات شده

۲- گروه های با سابقه پرخطر مانند معتادان تزریقی ، مردان هم جنس باز و دو جنس باز

۳- مبتلایان به هموفیلی و دریافت کنندگان مکرر خون و یا فرآورده های خونی

۴- زنان در سنین باروری و کلیه زنان باردار با سابقه رفتارهای پرخطر شامل اعتیاد تزریقی و بی بندباری جنسی ، همسر معتاد تزریقی ، همسر مرد دو جنس باز، همسر فرد آلوده به HIV ، تولد یا زندگی در مناطق با شیوع بالای HIV

۵- شک به علائم بالینی و یا نتایج آزمایشگاهی مطابق با عفونت HIV و بیماریهای نشانگر ایدز مانند لنفادنوپاتی منتشر، دمانس غیر قابل توجیه، تب و یا اسهال مزمن با علت ناشناخته، کاهش وزن بی علت و یا عوارض شایع عفونت HIV و ایدز مانند کاندیدیاز دهانی ، لکوپلاکی پرزی دهانی ، پنومونی ناشی از پنوموسیستیس کارینی، سارکوم کاپوشی، سائیتوپنی بی علت و اختلالات نورولوژیک مانند سندرم گیلن باره و مننژیت آسپتیک بی علت، سل فعال یا سل شدید منتشر

۶- افراد در تماس با خون یا مایعات آلوده بدن بیماران مانند گروه های پزشکی و پرستاری در صورت تماس با مورد مشکوک

۷- افرادی که از نظر شغلی در معرض خطر هستند مانند رانندگان کامیون ترانزیت، ملوانان ، زندانبانان و زندانیان (به صورت دیده وری یا داوطلبانه)

۸- اهداء کنندگان خون و عضو و ...

۹- کودکان مادران آلوده به HIV

افراد با سابقه رفتارهای پرخطر و نتیجه منفی در آزمایش های تشخیصی ایدز ، باید سه ماه بعد از نظر HIV آزمایش شوند . در صورت تداوم در رفتار پرخطر باید ضمن تشویق آنها به رعایت اصول پیشگیری در اختیار گذاردن ابزار پیشگیری مثل سرنگ وسوزن استریل وکاندوم ، بهتر است به صورت دوره ای هر شش ماه تا یکسال آزمایش شوند و در صورت امکان تحت بررسی تشخیصی HIV2 نیز باشند. وجود هر آزمایش نشانگر عفونت HIV باید اثبات شود و تشخیص نهایی عفونت HIV مستلزم اثبات و تغییرات سرولوژیک است.

خودآزمائی:

آیا مطالب زیر را به خاطر سپرده اید ؟

- ۱ - آیا می توانید کلیاتی را در خصوص عامل بیماری ایدز بیان کنید ؟
- ۲ - آیا می توانید کلیاتی را در خصوص ایمنولوژی ایدز بیان کنید ؟
- ۳ - آیا می توانید سیر بالینی عفونت HIV را شرح دهید ؟
- ۴ - آیا می توانید مراحل بالینی یک تا چهار ایدز را شرح دهید ؟
- ۵ - آیا می توانید نحوه تشخیص HIV را بیان کنید ؟
- ۶ - آیا می توانید آزمونهای تشخیصی HIV را نام ببرید ؟

عفونت های فرصت طلب در HIV/AIDS

اهداف آموزشی :

فراگیر در پایان این فصل باید قادر باشد که :

- ۱- عفونت های فرصت طلب مهم HIV/AIDS را بیان نماید .
- ۲- نکات مهم عفونت پنوموسیستی کارینی در HIV وایدز را بیان نماید.
- ۳- نکات مهم در ارتباط با عفونت های کاندیدیایی را در HIV وایدز بیان نماید .
- ۴- نکات مهم در ارتباط با توکسوپلاسموز در HIV وایدز را بیان نماید .
- ۵- نکات مهم در ارتباط با عفونت های گروه هرپس در HIV وایدز را بیان نماید.
- ۶- نکات مهم در ارتباط با عفونت مننژیت مننگوکوکی را در HIV وایدز بیان نماید.

مقدمه :

مشکل اساسی در بیماری ایدز ابتلا به عفونت های فرصت طلب است . هنگامی که بواسطه عمل ویروس HIV سیستم دفاعی بدن تخریب شد ،عوامل فرصت طلب که در حالت معمول قادر به ایجاد بیماری در فرد سالم نیستند توانائی ایجاد بیماری در فرد را داشته در بعضی از فصول مثل فصل سل و HIV در خصوص یکی از عفونت های مهم وفرصت طلب بحث شده است . در این فصل به عفونت های فرصت طلبی که بررسی نشده اند پرداخته خواهد شد .

پایش عفونت های فرصت طلب

ابزار اصلی در پایش عفونت های فرصت طلب ، شمارش تعداد لنفوسیت های CD_4^+ و بار ویروسی است. باید توجه داشت که در بسیاری موارد، شروع درمان قبل از تأیید و اثبات ابتلا به بعفونت فرصت طلب لازم است . باتوجه به پر هزینه بودن برخی اقدامات تشخیصی ، در پاره ای موارد بهتر است به تشخیص بالینی اتکا شود ، به عنوان مثال می توان وجود به توده مغزی و یا رتینیت فعال اشاره کرد . که به ترتیب ، مستلزم شروع درمان آزمایشی توکسوپلاسما و CMV است . مثالی دیگر بیمار مبتلا به ایدز و با علائم خفیف تب ، سرفه و کدورت ریوی ، بدون دیسترس تنفسی است که به درمان پنوموسیستیس کارینی (PCP) نیاز دارد . برخی علائم مانند تب ، لاغری و اسهال مزمن ، غیر اختصاصی هستند در این حالت باید عامل اصلی آن ها جست و جو شوند .

پنومونی پنوموسیستیس کارینی (PCP)

علی رغم پیشرفت های حاصل از پیشگیری از PCP ، این بیماری هنوز یکی از مهم ترین عفونت های فرصت طلب در بیماران آلوده به HIV است .

در اغلب موارد، بیماری به شکل اختلال در عملکرد ریه بروز می کند . پزشکان باید به گرفتگی سینه و ناتوانی در انجام فعالیت های بدنی به عنوان اولین علائم بیماری توجه داشته باشند . سرفه خشک و بدون خلط ، تنگی نفس تدریجی ، تب، کاهش وزن ، ضعف و خستگی ، تظاهرات شایع PCP هستند . در موارد خفیف ، معاینه بالینی معمولاً طبیعی است و شایع ترین علامت بالینی ، نمای رادیولوژیک قفسه سینه به صورت کدورت منتشر بینابینی است . افزایش LDH قویاً مطرح کننده این تشخیص است . بیماران تحت درمان پیشگیری با دز کمتر از استاندارد ، ممکن است علائم بلند مدت و تغییرات رادیوگرافیک غیر اختصاصی داشته باشند .

در این بیماری ممکن است فشار اکسیژن به کمتر از ۷۰ میلی متر جیوه ($PO_2 < 70 \text{ mmHg}$) کاهش یابد. البته با تجویز داروهای کورتیکواستروئیدی ، این میزان به یک دوم تا یک سوم کاهش می یابد . میزان مرگ و میر در موارد خفیف ۲٪ تا ۶٪ و در صورت وجود نارسایی تنفسی تا ۵۰٪ بوده است . عوارض طولانی مدت این بیماری شامل بول یا Bleb ریوی ، تغییرات فیبروتیک و پنوموتوراکس مکرر در حین ویا بعد از درمان است . این تغییرات به کاهش ذخیره ریوی منجر شده و توان فعالیت های بدنی را کم می کند .

احتمال همراهی سایر پاتوژن های باکتریایی مانند استرپتوکوک ، هموفیلوس ، استافیلوکوک و پسودوموناس با PCP به تدریج بیشتر می شود . در صورت بالا بودن تعداد WBC و افت فشار خون با یا بدون کدورت و وجود کاویتاسیون دررادیو گرافی قفسه سینه ، باید به همزمانی عفونت های باکتریایی بیشتر توجه شود .

درمان : بیماران مبتلا به pcپ معمولاً به صورت سرپائی درمان می شود اما در مواردی نیز نیازمند درمان بستری هستند .

معیارهای بستری کردن بیمار مبتلا به PCP عبارتند از :

- فشار اکسیژن کمتر از ۷۰ میلی متر جیوه
 - عدم تحمل خوراکی دارو
 - همکاری ناقص بیمار با پزشکان
 - بدحالی شدید بیمار
- برای بیمار بستری ، بهتر است داروها به صورت تزریقی تجویز شوند .

زمانی که فشار اکسیژن شریانی زیر ۷۰ میلی متر جیوه باشد، باید کورتیکوستروئیدها به درمان افزوده شود . ممکن است در ۳ تا ۵ روز اول درمان ، به دنبال واکنش ایمنی ناشی از میکروارگانیزم های مرده وضعیت بالینی بیمار بدتر شود . به همین دلیل استفاده همزمان از کورتیکوستروئید ها به منظور پیشگیری از بروز نارسایی تنفسی و نیاز به ونتیلاتور توصیه شده است .

روش استفاده از کورتیکوستروئید ها : برای درمان حاد، تجویز پردنیزولون به میزان ۴۰ میلی گرم BID ، خوراکی به مدت ۷ روز و سپس ۴۰ میلی گرم روزانه به مدت ۷ روز و به دنبال آن ۲۰ میلی گرم روزانه برای ۷ روز دیگر توصیه می شود .

بعد از اتمام درمان حاد PCP درمان پیشگیری طولانی مدت باید ادامه یابد . حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران تحت درمان با کوتریماکسازول ، دچار عوارض دارویی می شوند این عوارض عبارتند از : بثورات جلدی ، تب ، علائم گوارشی ، هپاتیت ، هیپرکالسمی ، لکوپنی و کم خونی همولیتیک . بنابراین تمام بیماران تحت درمان با این دارو طی ۲۱ روز درمان ، باید تحت مراقبت نزدیک باشند.

در هر حال ، غیر از شرایطی که عارضه دارویی بسیار شدید باشد (سندرم استیونس - جانسون و یا سایر عوارض خطر و تهدید کننده حیات) می توان از این دارو برای پیشگیری PCP استفاده نمود چرا که دوز پیشگیری حدود یک هشتم دوز درمانی است .

دو نکته :

- ۱- چه زمانی می توان درمان آزمایشی PCP را شروع کرد؟
 - علائم بالینی و رادیولوژیک کاملاً به نفع PCP باشد .
 - بیماری خفیف بوده و بتوان فرد را به طور سرپایی درمان نمود .
 - فرد مبتلا تحت درمان پیشگیری با کوتریماکسازول نباشد .

۲- تکلیف درمان ضد رتروویروسی بیمار دچار پنومونی پنوموسیستی کارینی چیست ؟

- در صورتی که بیمار تحت درمان ضد رتروویروسی بوده است . درمان ادامه یابد.
- در صورتی که بیمار تحت درمان ضد رتروویروسی نبوده است ، این درمان تا تکمیل دوره درمانی PCP به تعویق می افتد.

درمان پیشگیری در PCP :

درمان پیشگیری PCP در موارد زیر ضرورت دارد :

- ۱- تعداد لنفوسیت های CD_4^+ کمتر از ۲۰۰
- ۲- کاندیدیازیس غیر قابل توجه دهانی - حلقی ویا مری
- ۳- سابقه قبلی PCP
- ۴- تحلیل منتشر بدن
- ۵- تب غیر قابل توجه و مداوم

روش های تجویز دارو برای پیشگیری از PCP :

- الف) تری متوپریم - سولفامتوکسازول (دو قرص بزرگسال ۴۰۰/۸۰ ، روزانه ویا سه بار در هفته) تا زمانی که شمارش سلول های CD_4^+ بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ است یک قرص وزمانی که شمارش این سلول ها به زیر ۱۰۰ افت کند روزانه ۲ قرص توصیه می شود .
- ب) داپسون (۵۰ میلی گرم خوراکی روزانه) بعلاوه پریمتامین (۵۰ میلی گرم خوراکی هفتگی) بعلاوه فولیک اسید ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم
- ج) داپسون (۱۰۰ میلی گرم خوراکی روزانه)
- توجه : هرکدام از روش های فوق در صورت عدم دسترسی به فلو سیتومتري باید تا اخر عمر ادامه یابد ، در صورت دسترسی به فلو سیتومتري شش ماه بعد از افزایش تعداد سلول های CD_4^+ به بالای ۲۰۰ می توان درمان پیشگیری PCD را قطع کرد .

کاندیدیاز :

در اغلب موارد ، عفونت کاندیدیایی ، نواحی دهان ، حلق و مری را گرفتار می کند . اگرچه کاندیدیاز زمانی که سیستم ایمنی هنوز نسبتاً سالم و تعداد لنفوسیت های CD_4^+ بالاتر از ۴۰۰ است نیز بروز می کند ، اما ابتدا به کاندیدیاز احتمال پیشرفت عفونت HIV به سوی مرحله ایدز را بیشتر مطرح می کند . درگیری مری با تعداد لنفوسیت های CD_4^+ کمتر، یعنی زیر ۲۰۰ عدد مشاهده می شود . از بیماریهای مرتبط با کاندیدیاز ، واژینیت و پروکتیت را می توان نام برد .

کاندیدیاز دهانی :

کاندیدیاز دهانی به اشکال مختلف بروز می کند . شایع ترین شکل کاندیدیاز دهانی ، کاندیدیاز پسودوممبرانو است که به شکل پلاک های تیپیک روی مخاط دهان دیده می شود . این ضایعات به راحتی برداشته می شوند و زیر آنها ، نواحی اریتماتو یا خونریزی دهنده برجای می ماند . اشکال با شیوع کمتر کاندیدیاز آتروفیک به شکل لکه های قرمز روی کام نرم و سخت دهان و ضایعات کاندیدیاز هیپرکراتوز یا لکوپلاکی سفید رنگ روی مخاط گونه ، زبان و کام سخت است . این ضایعات به راحتی برداشته نمی شوند اما به درمان طولانی مدت ضد قارچی به آهستگی پاسخ می دهند . ممکن است . بیماران کاملاً بدون علامت باشند و یا هنگام خوردن و آشامیدن احساس درد و سوزش در دهان و حلق داشته باشند . تشخیص بر اساس علائم بالینی است و با تهیه گستره مرطوب از ضایعات درمحلول هیدروکسید پتاسیم و یا رنگ آمیزی به روش گرم اثبات می شود .

کاندیدیاز معمولاً به درمان موضعی و درمان خوراکی و یا درمان وریدی پاسخ می دهد ، فلوکونازول (۵۰ تا ۲۰۰ mg خوراکی هر ۲۴ ساعت) مناسب ترین رژیم است بنظر می رسد . درمان تک دوزی با ۴۰۰ mg در بیماری دهانی حلقی کافی باشد . در صورتی که عود ها زیاد باشد شاید لازم باشد که تجویز کتوکونازول تا آخر عمر ادامه یابد . وقوع کاندیدیازیس منتشر در بیماران مبتلا به عفونت HIV که در حال دریافت داروهای نوترونیک باشند و یا دارای کاتتر آلوده باشند ، شایع است .

توکسوپلاسموز :

در بیماران مبتلا به ایدز، بروز توکسوپلاسموز تقریباً همیشه به علت فعال شدن مجدد عفونت نهفته توکسوپلاسمای گوندی اتفاق می افتد . تقریباً ۳۰٪ بیماران مبتلا به ایدز به انسفالیت توکسوپلاسمایی دچار می شوند که شایع ترین علت ضایعات متعدد مغزی است . در بیماران با تعداد لنفوسیت CD_4^+ بالاتر از ۲۰۰ ، توکسوپلاسموز محتمل نیست . توکسوپلاسموز به شکل تحت حاد (روزها تا هفته ها) با هر یک از علائم سردرد ، تب ، همی پارزی ، آفازی ، آتاکسی ، تشنج و اختلال هوشیاری بروز می کند .

در سی اتی اسکن مغز ، ضایعات گرد منفرد یا متعدد در ناحیه کورتکس یا گانگلیون بازال دیده می شود . ممکن است در تصاویر حاصل از MRI ، ضایعات متعددی تشخیص داده شوند که با سی اتی اسکن قابل مشاهده نبوده وجود ضایعات منفرد ring enhancing احتمال توکسوپلاسموز را منتفی نمی کند . هیچ یافته ای در سی تی اسکن ، نشانه تشخیص قطعی نیست و تشخیص قطعی تنها با بیوپسی مغز میسر است . البته بیوپسی ضمن افزایش موربیدیتی ، فقط در ۵۰٪ موارد نتیجه بخش بوده است .

برخورد با بیماران مبتلا به ایدز و توکسوپلاسموز :

۱- تمام افراد آلوده به HIV در بدو تشخیص باید از نظر سرولوژی توکسوپلاسموز بررسی و نتیجه آن ثبت شود .

۲- تمام مبتلایان به ایدز و ضایعات موضعی مغز :

- در صورتی که سرولوژی توکسوپلاسموز مثبت بوده و بیمار تحت درمان پیشگیری مربوطه نباشد، درمان آزمایشی ضد توکسوپلاسموز ، شروع شود . بهبود علائم بالینی ظرف ۷ روز و علائم رادیولوژیک ظرف ۱۴ روز انتظار می رود . در صورتی که بعد از ۱۰ تا ۱۴ روز درمان آزمایشی ، شواهد بهبود بالینی یا رادیولوژی وجود نداشته باشد ، برای رد کردن سایر عفونت ها و بد خیمی ها ، باید بیوپسی مغز در نظر گرفته شود .

در صورتی که سرولوژی توکسوپلاسموز منفی بوده، فرد تحت درمان پیشگیری مربوطه باشد و یا شواهد رادیوگرافیک، به نفع توکسوپلاسموز نباشند (ضایعات منفرد - گذشتن از خط میانه و ضایعات کنار بطن) بهتر است ضمن شروع درمان آزمایشی ضد توکسوپلاسموز ، بیوپسی مغز به تعویق نیفتد .

معیارها بستری بیماری در بیمار مبتلا به توکسوپلاسموز به شرح ذیل است .

- کاهش سطح هوشیاری
- حملات صرع (منتشر و یا مداوم)
- فشاربالای جمجمه بر حسب شواهد (بالینی یا رادیولوژیک)
- وجود عوارض دارویی شدید و عدم تحمل دارو (ظهور راش با علائم سیستمیک و یا اسهال شدید)

درمان شامل دو مرحله حمله ای و نگهدارنده است و حتما باید با نظارت نزدیک متخصص عفونی انجام شود . درمان نگهدارنده و یا درمان پیشگیری ثانویه ، مادام العمر ادامه خواهد داشت. بعد از پایان درمان حمله ای ، تکرار سی - تی - اسکن ، یکبار در هفته برای مدت ۲ هفته به منظور تصمیم گیری در خصوص لزوم ادامه درمان ضروری است .

در صورت پاسخ مناسب به درمان معاینه بیمار هر ۲ هفته یکبار و بعد از ۶ هفته ، تغییر دوز داروها به دوز نگهدارنده و تکرار معاینه به صورت ماهانه لازم است .

معیارهای شروع درمان پیشگیری :

هرگاه آنتی بادی (IgG) توکسوپلاسموز مثبت و شمارش لنفوسیت CD_4^+ کمتر از ۱۰۰ باشد تجویز کوتریموکسازول یک قرص روزانه، در پیشگیری از ابتلا به PCP و توکسوپلاسموز موثر خواهد بود . تجویز

یک قرص کوتریموکسازول بزرگسال زمانی که شمارش سلول های CD_4^+ بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ است برای درمان پیشگیری PCP و دو قرص بزرگسال زمانی که شمارش سلولهای CD_4^+ کمتر از ۱۰۰ است ، برای درمان پیشگیری توکسوپلازما توصیه می شود .

ویروس های گروه هرپس :

سایتومگالوویروس (CMV)

عفونت با CMV در بیماران مبتلا به ایدز بسیار شایع است . CMV عضوی از خانواده هرپس است و آلودگی به آن معمولا در مراحل اولیه زندگی اتفاق می افتد . به طوری که تا سن ۵۰ سالگی حدود ۵۰٪ افراد جامعه از نظر سرولوژیک مثبت هستند . این میزان در برخی گروههای آلوده به HIV بالاتر نیز می باشد . در بیماران آلوده به HIV ، عفونت CMV اغلب مربوط به فعال شدن مجدد ویروس نهفته است . معمولا زمانی عفونت CMV علامت دار می شود که تعداد لنفوسیت های CD_4^+ به کمتر از ۱۰۰ برسد . اگر چه هراندازی ممکن است گرفتار شود اما کوریوریتینیت ، ازوفازیت ، کولیت ، پنومونی ، انسفالیت ، نوروپاتی ، کلانژیت ، هپاتیت و آدرنالیت به طور شایع تری دیده می شوند .

تظاهرات بالینی شایع بیماری به شرح ذیل است.

کوریوریتینیت : ریتینیت شایع ترین تظاهر چشمی در بیماران مبتلا به ایدز و نیز شایع ترین بیماری شناخته شده ناشی از CMV است . ریتینیت ناشی از CMV در ۴۰٪ بیماران مبتلا به ایدز مشاهده می شود . بیماران ممکن است با شکایت تاری دید ، کاهش بینایی و یا از دست دادن دید یک طرفه و مگس پران مراجعه کنند اما در بسیاری افراد ضایعات چشمی بدون علامت بوده ، درد چشم و فوتوفوبی وجود ندارد . در صورت عدم درمان ، بیماری در ۹۰٪ موارد پیشرفت می کند . پیشرفت بیماری معمولا آهسته و پیوسته است و در صورتی که ناحیه ماکولا گرفتار شود ، کوری اتفاق می افتد .

در صورت درمان باگان سیکلوویر یا فوسکارنت ۹۰٪ بهبودی دیده می شود . اگر چه در صورتی که بیمار تحت درمان ضد رتروویروسی نباشد یا درمان ضد رتروویروسی با افزایش پایدار سلولهای CD_4^+ به بیش از ۱۵۰-۱۰۰ همراه نباشد ، با قطع درمان CMV ، بیماری مجدداً عود خواهد نمود .

در افرادی که شمارش سلول های CD_4^+ به کمتر از ۵۰ رسیده و یا علائم ایدز را دارند ، معاینه ته چشم هر ۳ ماه ضرورت دارد ، در حال حاضر درمان پیشگیری اولیه برای CMV توصیه نمی شود .

عفونت دستگاه گوارشی برخی عوارض گوارشی ناشی از عفونت با ویروس سیتومگال شامل :

- ازوفازیت : این عارضه تقریباً در ۱۰٪ بیماران مبتلا به ایدز دیده می شود . درد هنگام بلع در ازوفازیت ناشی از CMV بیش تر از ازوفازیت کاندیدیایی بروز می کند . سایر علائم ازوفازیت شامل دیس فاژی ، درد اپی گاستر و کاهش وزن است . در اندوسکوپی در بیشتر موارد زخم ها متعدد، سطحی و

کوچک (کمتر از ۱ سانتی متر) و در نیمه انتهایی مری مشاهده می شوند. تقریباً ۸۰٪ بیماران تحت درمان باگان سیکلوویر یا فوسکارنت بهبود نشان می دهند. اگر چه ظرف ۱۸ ماه پس از درمان حدود ۴۰٪ عود گزارش شده است.

- **کولیت:** اسهال و مدفوع خونی، کاهش وزن، بی اشتها، درد شکم و تب حداقل در ۵ تا ۱۰٪ بیماران مبتلا به ایدز دیده می شود. باکولونوسکپی، خونریزی های زیر مخاطی گسترده و زخم های مخاطی وسیع قابل مشاهده هستند. در خصوص درمان نگهدارنده کولیت CMV هنوز اتفاق نظر وجود ندارد.
- **عفونت سیستم اعصاب مرکزی:** تغییرات شخصیتی، اشکال در تمرکز، سردرد و خواب آلودگی با یا بدون تب به طور شایع در انسفالیت تحت حاد CMV مشاهده میشود تشخیص قطعی تنها بر اساس انجام بیوپسی مغز ممکن است. CMV همچنین می تواند عامل میلیت یا پلی رادیکولوپاتی باشد که مشابه سندرم طناب نخاعی بروز می کند. علائم آن شامل ضعف اندام تحتانی انقباض های عضلانی، آرفلکسی و هیپوسنتزی است. تغییرات مایع نخاعی برای اثبات یک عفونت ویروسی، بسیار نامعمول است (پلئوسیتوز پلی مرف حدود ۴۵۰ سلول، پروتئین افزایش یافته، قند نسبتاً پایین) این عارضه پیش رونده بوده و در صورت عدم درمان سریع باگان سیکلوویر کشنده است.

درمان: با تجویز طولانی مدت داروهای ضد ویروس، احتمال پیدایش مقاومت دارویی افزایش می یابد. تمام بیمارانی که درمان باگان سیکلوویر یا فوسکارنت را شروع می کنند:

- باید بستری شوند و یا حداقل تجویز اولین دز تحت نظارت یک واحد پزشکی صورت گیرد.
- باید به طور هفتگی به مدت ۱ تا ۲ ماه معاینه و از نظر هماتولوژی و آزمایش های بیوشمی خون و دوز داروها ارزیابی شوند.
- در صورتی که وضعیت بیمار مناسب باشد. پیگیری بیماران را می توان به هر دو هفته یک بار تغییر داد. ارزیابی افتالمولوژیک برای بیماران مبتلا به رتینیت باید هر ۴ تا ۸ هفته یک بار انجام گیرد.

ویروس هرپس سیمپلکس: به دنبال عفونت اولیه هرپس سیمپلکس، ویروس در گانگلیون ریشه اعصاب محل عفونت به صورت نهفته باقی می ماند. با بروز نقص ایمنی، ویروس نهفته می تواند فعال شده موجب بیماری و تخریب شدید بافتی شود و برای مدت طولانی منتشر شود. در بیماران مبتلا به ایدز وجود زخم های هرپتیک طولانی مدت (بیش از یک هفته) از علائم تشخیص است. دوران نهفتگی عفونت اولیه حدود ۲ تا ۱۲ روز است. با پیشرفت نقص ایمنی، دفعات و شدت عود عفونت افزایش می یابد. علائم ممکن است هفته ها باقی بمانند. محل های شایع درگیر هرپس شامل لب، دهان، دستگاه تناسلی و انورکتال است.

ازوفاژیت و انسفالیت به ندرت روی می دهد . در افراد بالغ مبتلا به ایدز ، انسفالیت HSV معمولا عارضه عفونت اولیه یا عود هرپس لب و دهان است .

تشخیص عفونت هرپس معمولا براساس یافته های بالینی است . برای تشخیص قطعی باید گستره Tzank از سلول های کف وزیکول ها تهیه شود و با رنگ رایت یا گیمسا رنگ آمیزی شود . مشاهده سلول های تیپیک بزرگ و چند هسته ای ، تشخیص را تایید می کند . البته با این روش افتراق هرپس سیمپلکس از هرپس زوستر میسر نیست .

آسیکلوویر درمان انتخابی اغلب عفونت های HSV در بیماران مبتلا به ایدز است . تاثیر این دارو روی HSV1 اندکی بیش از HSV2 است ، آسیکلوویر به همه بافت ها از جمله مغز و مایع نخاعی نفوذ می کند و از طریق کلیه ها دفع می شود . درمان با آسیکلوویر تا زمانی که تمام ضایعات پوستی کراسته شوند باید ادامه یابد . مدت درمان معمولا ۷ تا ۱۴ روز است . در عفونت های وخیم یا درگیری ارگان های داخلی ، درمان باید حداقل به مدت ۱۰ روز به صورت تزریقی انجام شود . انتظار می رود ضایعات حساس به آسیکلوویر سریع به درمان پاسخ دهند و ظرف ۳ تا ۱۰ روز بهبود دیده شود . درمان با آسیکلوویر تقریبا همیشه زخم های هرپتیک مری را بهبود می بخشد .

ویروس واریسلازوستر (VZV): عفونت با ویروس واریسلازوستر به دو شکل اولیه و عود عفونت زوستر دیده می شود عفونت اولیه در کودکان سالم معمولا آبله مرغان بوده که یک بیماری خوش خیم است . اگر چه عفونت اولیه در بالغین عارضه دارتر است و در یک سوم موارد ، احتمال گسترش به ارگان های داخلی (کبد و ریه ها) وجود دارد ، تقریبا اغلب بالغین مبتلا به ایدز قبلاً به عفونت واریسلازوستر مبتلا شده اند . در غیر این صورت با ابتلا به عفونت اولیه ، بیماری خطرناک و طولانی مدتی در پیش خواهند داشت .

عود عفونت زوستر معمولا با درد رادیکولار شروع می شود و با راش اریتماتو در نواحی ۱ تا ۳ درماتوم ادامه می یابد . ممکن است گسترش پوستی و احشایی به ندرت رخ دهد . سیستم اعصاب مرکزی و چشم ها شایع ترین ارگان های درگیر هستند . درگیری ریه ها ، کبد و سیستم اعصاب مرکزی ممکن است مرگ آور باشد .

درمان بیماران مبتلا به عفونت ناشی از واریسلازوستر باید حداقل ۷ روز و تا زمان کراسته شدن ضایعات پوستی ادامه یابد . آسیکلوویر در صورتی موثر است که تجویز آن طی ۷۲ ساعت اول از بروز ضایعات شروع شود . از دیگر معیارهای درمان وجود شواهدی از درگیری چشمی است . استفاده از استروئیدها برای جلوگیری از نورالژی در بیماران آلوده به HIV توصیه نمی شود .

مننژیت کریپتوکوکی :

عامل مننژیت کریپتوکوکی ، نوعی مخمر به نام کریپتوکوک نئوفرمانس است که شایع ترین عامل مننژیت در ایدز به شمار می رود . مننژیت کریپتوکوکی شایع ترین فرم کریپتوکوکوز در بیماران مبتلا به ایدز است . این بیماری با تعداد لنفوسیت CD_4^+ پایین تر از ۱۰۰ دیده می شود .

باید در نظر داشت که ممکن است عفونت به نواحی خارج از سیستم عصبی مانند خون ، ریه ها ، مجاری ادراری تناسلی (آبنه های پروستات) ، مغز استخوان و پوست گسترش یابد . سیر آهسته پیش رونده دارد و تصویر بالینی آن غیر اختصاصی است . ضعف ، خستگی ، کاهش اشتها ، سردرد خفیف و تب گهگاهی از تظاهرات این بیماری هستند . تب و سردرد در ۶۰ تا ۸۰٪ بیماران رخ می دهد . علائم مننژیت ، مانند سفتی گردن در کمتر از ۴۰٪ موارد و اختلال هوشیاری در مراحل دیررس بروز می کند .

رنگ آمیزی مثبت مایع نخاع با مرکب هندی و آنتی ژن مثبت مایع نخاعی بعد از تایید با کشت، تشخیصی است . باید توجه داشت که پروتئین قند و سلولهای مایع نخاعی در بسیاری از بیماران می تواند طبیعی باشد . تصویر برداری از مغز ، قبل از انجام پونکسیون لومبار ضرورت دارد .

درمان :

۱- موارد شدید : آمفوتریسین B تزریقی با یا بدون ۵ فلوسیتوزین خوراکی برای ۲ تا ۳ هفته اول درمان و سپس ادامه فلوکونازول خوراکی برای ۸ تا ۱۰ هفته کامل و سپس تجویز درمان نگهدارنده که در ذیل ذکر شده است . ادامه فلوسیتوزین بعد از ۲ تا ۳ هفته به سختی تحمل شده و باعث توقف عمل مغز استخوان می شود . موضوع مهم در درمان مننژیت کریپتوکوکی کنترل فشار افزایش یافته داخل مغزی است . برای این کار گرفتن مایع نخاعی و تکرار روزانه آن تا زمانی که فشار به کمتر از ۲۰۰ میلی متر آب برسد توصیه شده است . تجویز کورتیکوستروئید ها توصیه نمی شود . پاسخ به درمان با بهبود در علائم بالینی و منفی شدن کشت مایع نخاعی ظرف ۱-۲ هفته از درمان ارزیابی می شود .

۲- موارد خفیف : در موارد خفیف ، فلوکونازول با یا بدون ۵ - فلوسیتوزین برای ۲ تا ۳ هفته اول و سپس ادامه فلوکونازول برای ۸ تا ۱۰ هفته کامل و بعد از آن ادامه درمان نگهدارنده لازم است .

۳- درمان نگهدارنده : در درمان نگهدارنده فلوکونازول روزانه ۲۰۰ میلی گرم یا آمفوتریسین B ، ۱ میلی گرم بر کیلوگرم ۲ یا ۳ بار در هفته تجویز می شود . بدون درمان نگهدارنده عود عفونت در ۶۰٪-۵۰٪

بیماران ظرف ۶ ماه دیده می شود . درمان عفونت حتماً باید با نظارت نزدیک متخصصین بیماریهای عفونی انجام شود .

پیگیری :

- اقدامات زیر برای پیگیری بیمار مبتلا به کریپتوکوکوز ، پس از ترخیص وی از بیمارستان باید انجام شود .
- معاینه بیمار هر ۲ هفته به مدت ۸ تا ۱۰ هفته و سپس ماهانه
 - ارزیابی معمولی عصبی در طی ۲ ماه اول درمان
 - انجام کشت مایع نخاعی از نظر وجود قارچ در هفته دهم ، قبل از کاهش دوز داروها به دوز نگهدارنده .
- بهترین نشانگر عود مننژیت کریپتوکوکی ، مشاهده علائم جدید یا بازگشت علائم قبلی است . در آن صورت نمونه برداری و بررسی مایع نخاعی و سایر بررسی ها ضروری خواهد بود .

لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیش رونده (PMI)

لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیش رونده یک روند دمیالینیزان است که توسط ویروس JC به صورت ضایعات در ماده سفید مغز ایجاد می شود .

نمای مغز در سی تی اسکن به وضوح نشان دهنده ضایعات هیپودنس non-enhancing در ماده سفید است . تشخیص قطعی آن با بیوپسی مغز است درمان های پیشنهادی شامل تجویز آرابینوزید سیتوزین ، اینترفرون و اینترلوکین ۲ است . درمان HAART با بهبود قابل توجه بالینی و رادیولوژیک همراه بوده است .

درمان باضدرترز ویروسی (HAAR) و ابتلا به عفونت های فرصت طلب:

به نظر می رسد درمان HAART در مقابل عفونت های فرصت طلب ، حفاظتی قابل توجه ایجاد می کند با این حال هنگام ابتلای بیمار به عفونت PCP حادو اسهال شدید میکروسپورییدی ، بحث در رابطه با لزوم شروع ، ادامه یا قطع HAART مطرح خواهد شد . شروع HAART موجب بهبودی ایمنی و افزایش قدرت دفاعی بدن بیمار در برابر پاتوژن های فرصت طلب می شود و نیز ممکن است موجب تشدید یک پاسخ التهابی زیان بخش شود و یا در صورت تجویز ناقص ، جذب اندک یا تداخل با سایر داروها به ایجاد یک سطح نامناسب دارویی و یا مقاومت دارویی منجر شود و زیان بار باشد . به همین دلیل در برخی موارد ، قطع کامل داروهای ضد رتروویروسی تا هنگام بهبود عفونت فرصت طلب حاد ، عاقلانه ترین راه کار محسوب می شود . این موضوع در خصوص رتینیت CMV صدق می کند .

خودآزمائی :

آیا موارد ذیل را بخاط سپرده اید ؟

۱. آیا می توانید عفونت های فرصت طلب مهم در HIV وایدز را بیان نمائید .
۲. آیا می توانید نکات مهم پنوموسیتی کارینی در عفونت HIV وایدز را بیان نمائید .
۳. آیا می توانید نکات مهم توکسوپلاسموز در عفونت HIV وایدز را بیان نمائید .
۴. آیا می توانید نکات مهم در ارتباط با عفونت کاندیدیائی در ارتباط با HIV وایدز را بیان نمائید .
۵. آیا می توانید نکات مهم در ارتباط با عفونت گروه هرپس با HIV وایدز را بیان نمائید .
۶. آیا می توانید نکات مهم در ارتباط با عفونت مننژیت منگوکوکی در ارتباط با HIV وایدز را بیان نمائید .

فصل چهارم

عفونت HIV/AIDS در اطفال

اهداف آموزشی :

فراگیر در پایان این فصل باید بتواند:

- ۶- اپیدمیولوژی HIV در اطفال را بیان نماید.
- ۷- تظاهرات بالینی ایدز در اطفال را بیان نماید .
- ۸- تشخیص ایدز در اطفال را بیان نماید .
- ۹- سیستم طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت را برای کودکان آلوده به HIV بیان نماید.
- ۱۰- نحوه مراقبت از کودک را بیان نماید.
- ۱۱- تظاهرات HIV در دستگاههای اصلی اطفال را بیان نماید .
- ۱۲- درمان رتروویروسی را برای اطفال آلوده به HIV توضیح دهد .

مقدمه :

سیر عفونت HIV در اطفال تفاوت هائی با سیر عفونت در بالغین دارد . شیوه های انتقال بیماری به کودکان ، نحوه تشخیص بیماری ، تظاهرات ایدزو درمان ایدز در اطفال تفاوتهای اساسی با بزرگسالان دارد . از همین رو در اغلب متون آموزشی ایدز عفونت HIV در اطفال بصورت جداگانه ای توضیح داده می شود . در این فصل نکات اساسی درخصوص عفونت HIV و ایدز در اطفال توضیح داده می شود .

کلیات و اپیدمیولوژی :

تخمین زده شده که در سال ۲۰۰۲ حدود ۵/۳ میلیون نفر به HIV آلوده شده باشند که حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر از آنها کمتر از ۱۵ سال سن دارند . تقریباً تمام این کودکان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند . تعداد کودکانی که بخاطر آلودگی HIV و ایدز تا پایان سال ۱۹۹۹ یتیم شده اند حدود ۱۳/۲ میلیون نفر برآورد شده اند . بیش از ۹۰ درصد کودکان آلوده کمتر از ۱۳ سال در ایالت متحده امریکا عفونت خود را از مادرانشان کسب کرده اند . بقیه موارد شامل کودکان هموفیلی یا مبتلا به اختلالات انعقادی می باشند . البته فراورده های خونی در حال حاضر روش مرسوم در انتقال HIV نیستند . سوء استفاده جنسی از کودکان بعنوان یک عامل برای انتقال در بعضی از کشورها ممکن است راه نادری برای انتقال باشد . تغذیه با شیر مادران آلوده راه انتقال HIV است .

تخمین زده می شود که خطر عفونت در نوزاد متولد شده از مادری با سرم مثبت HIV که در طی حاملگی درمان ضد رتروویروسی دریافت نکرده باشد ۱۳ تا ۳۹ درصد باشد . با تکمیل درمان ضد رترو ویروسی در مادران این رقم به ۸ درصد کاهش می یابد . قسمت عمده انتقال به نوزاد در طی زایمان یا نزدیک به آن رخ می دهد . پاره ای از اطلاعات نشان دهنده میزان بالایی از انتقال پری ناتال در زنانی است که در طی حاملگی دچار تغییر سرمی شده اند

در کشورهای پیشرفته حدود ۲۰ درصد از کودکان آلوده به HIV تا سن ۱۲ سالگی به سمت ایدز پیش رفته و می میرند . عامل عمده مرگ و میر در کودکان کمتر از ۶ ماه عفونت PCP است . حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد کودکان آلوده شده توسط مادرانشان ممکن است بدون درمان ضد رتروویروسی تا ۹ یا ۱۰ سالگی زندگی کنند . البته مرگ و میر در کشورهای آفریقائی بالاتر است و در بیش از ۴۰ درصد تا ۲ سالگی می میرند .

تظاهرات بالینی :

تظاهرات عمومی : نوزادان آلوده به HIV معمولاً در طی چند ماه اول زندگی بی علامت هستند . اگر چه تخمین زده می شود که سن متوسط شروع علائم در نوزادی که به طور پری ناتال آلوده شده اند ، حدود یکسال باشد ولی تعداد زیادی از کودکان برای بیش از ۵ سال بی علامت باقی می مانند . بر اساس دوره نهفتگی و پیشرفت علائم بیماری ، در دسته عفونت شناسایی شده است . عفونت HIV در کودکان سیر بالینی گوناگون می دارد .

ایدز مرحله انتهایی طیف بالینی در اطفال می باشد . تظاهرات عفونت HIV کودکان شامل لنفادنوپاتی عمومی ، هپاتومگالی ، اسپلنومگالی ، نقص در رشد ، کاندیدیازیس دهانی اسهال راجعه ، پاروتید ، کاردیومیوپاتی ، هپاتیت ، نفروپاتی ، بیماری سیستم عصبی مرکزی (شامل تاخیر در رشد که می تواند پیشرونده باشد) ، پنومونی

بینابینی لنفوئیدی، عفونت های باکتریایی مهاجم راجعه، عفونت های فرصت طلب و بدخیمی های مشخص می باشند .

تشخیص HIV در نوزادان :

نوزاد متولد شده از مادر آلوده به HIV در زمان تولد معمولاً طبیعی است و هیچ علامت بالینی برای تشخیص نوزاد آلوده از غیر آلوده وجود ندارد . آزمایش میزان آنتی بادی علیه HIV در تمام نوزادان به دلیل انتقال پاسیوآنتی بادی از مادر به جنین در جین بارداری تا ۱۵ تا ۱۸ ماه بعد از تولد مثبت است . بنابراین تشخیص قطعی عفونت نوزاد تنها با بررسی P24Ag و یا RNA ویژه HIV به روش PCR و یا کشت ویروس ممکن است . حساسیت PCR در بدو تولد ۳۰ درصد است اما تا سن ۳ ماهگی در کودکی که از شیر مادر تغذیه نشده است ، حساسیت PCR به ۱۰۰٪ می رسد .

در صورتی که نوزاد زیر ۱۸ ماه هیچ گونه علامت دال بر عفونت HIV نداشته باشد یکی از شرایط زیر را دارا باشد می توان آلودگی به HIV را رد کرد .

۱. تعداد لنفوسیت CD_4^+ بر اساس سن نوزاد طبیعی باشد .
 ۲. نتیجه آزمایش سرولوژیک دو نمونه خون وی از نظر HIV منفی باشد(حداقل یکی از این نمونه ها بعد از ۶ ماهگی گرفته شده باشد)
 ۳. نتیجه حداقل یکی از نمونه های خون وی با روش PCR یا کشت ویروس منفی باشد .
- در صورتی که کودک زیر ۱۸ ماه نتیجه مثبت از نظر سرولوژیک HIV دچار یکی از بیماریهای همراه و نشانگر ایدز باشد تشخیص عفونت HIV حتی در صورت نتیجه منفی آزمایش های ویروس شناسی مادر او تائید می شود .**

در صورت امکان بهتر است آزمایش PCR در سن ۲ یا ۳ ماهگی نوزاد انجام شود . در صورت منفی بودن نتیجه در ۶ ماهگی آزمایش باید تکرار شود . در هر حال به منظور رد عفونت و پیگیری تغییرات سرمی در نوزاد آزمایش های سرولوژیک انجام شود . منفی بودن کودک از نظر HIV با دو آزمایش الیزای منفی بین ۶ تا ۱۸ ماهگی و یا یک آزمایش الیزای منفی بعد از ۱۸ ماهگی است . آزمایش الیزای مثبت باید با Western blot تائید شود . برای اطفال بالاتر از ۱۸ ماه می توان مانند بزرگسالان از آزمایش HIV Ab استفاده کرد .

همانطوری که گفته شد قبل از ۱۸ ماهگی کودک می تواند به دلیل آنتی بادیهای مادری مثبت باشد . در هر صورت آزمایش مثبت آنتی بادی قبل از ۱۸ ماهگی یا بزرگتر معمولاً نشانه عفونت می باشد. کشت HIV و شناسایی HIV از طریق PCR حساس ترین و اختصاصی ترین آزمایش شناسایی عفونت HIV در کودکان بدنیا آمده از مادران آلوده محسوب می شود . روش تشخیص اولیه PCR یا کشت ویروسی برای کودک متولد شده از مادر سرم مثبت HIV باید تقریباً تا سن یکماهگی یا در زودترین زمان ممکن پس از آن انجام می شود .

سیستم طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت برای کودکان آلوده به HIV به صورت ذیل است:

مرحله بالینی I:

۱- بدون علامت

۲- لنفادنوپاتی منتشر

مرحله بالینی II :

۱. اسهال مزمن بدون توجیه

۲. کاندیدیاز شدید راجعه یا پایدار بعد از دوران نوزادی

۳. کاهش وزن یا FTT

۴. تب پایدار

۵. عفونت شدید راجعه باکتریایی

مرحله بالینی III :

۱. عفونت فرصت طلب نشانگر ایدز

۲. نارسایی شدید در رشد

۳. انسفالوپاتی پیشرونده

۴. بدخیمی

۵. سپتی سمی یا مننژیت راجعه

مراقبت از بدو تولد :

در نوزاد تازه به دنیا آمده باید نکات ذیل رعایت شود :

۱- شستشوی پوست و مخاطها بلافاصله بعد از تولد باید صورت گیرد.

۲- تجویز زایدوودین ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از تولد به میزان ۲ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم ۴ بار در روز تا ۶ هفته

۳- PCR بعد از اتمام درمان ۶ هفته ای زایدوودین در صورت مثبت بودن باید مجدداً تکرار شود .

۴- شروع درمان پیشگیری پنوموسیستی کارینی (PCP) از هفته ۴ تا ۶ و ادامه تا یک سال و یا تا زمانی که آلودگی کودک به HIV ردشود .

در اغلب موارد ، نحوه برخورد با مسائل کودکان ، با بزرگسالان آلوده به HIV مشابه و یکسان است .

معاینه بالینی :

رشد کودک شاخص مهم سلامت وی است . در این زمینه قد و وزن و دور سر مقیاس اصلی هستند . ویزیت و معاینه بالینی نوزاد در سال اول باید بصورت ماهیانه انجام شود .

حداقل هر ۳ تا ۴ ماه یکبار معاینه بالینی کامل و آزمایش خون کامل و تست های نروسایکومتريک و شمارش سلولهای $CD4^+$ هر شش ماه یکبار و رادیوگرافی سینه و CTS جمجمه یک بار به عنوان اطلاعات باید انجام شود . شایعترین علائم بالینی و آزمایشگاهی کودکان آلوده به HIV در ۴ ماه اول تولد عبارتند از :

بزرگی کبد و طحال ، آدنوپاتی منتشر به خصوص در ناحیه زیر بغل و کشاله ران ، کاندیدیازیس دهانی ، لکوپنی ، انمی و ترومبوسیتوپنی ، افزایش رژیم آنزیم های کبدی ، هیپرکوبولیتمی.

واکسیناسیون :

تمام کودکان آلوده به HIV باید واکسیناسیون معمول را انجام دهند و انجام واکسیناسیون نباید تا مشخص شدن وضعیت ابتلا به HIV به تعویق افتد . انجام واکسیناسیون برای کودکان ، سیر عفونت HIV را تسریع نمی کند .

واکسیناسیون در نوزادان و کودکان متولد از مادر آلوده به HIV

سن	نام واکسن
بدو تولد	BCG,OPV,Hep B
۲ ماهگی	DTP,OPV,Hep B , Hib
۴ ماهگی	DTP,OPV, Hib
۶ ماهگی	Influenza Vaccinc ,Hib HepB,OPV , DTP
۱۲ ماهگی	MMR,Hib
۱۸ ماهگی	OPV , DTP
۲ سالگی	Pneumovacc
۴ تا ۶ سالگی	OPV , DTP , MMR,Pneumovacc

Haemophiloy Influenzae TypeB

نکته :

- Td هر ده سال تکرار می شود. واکسن Td در بزرگسالان با نوبت های صفر ، سپس ۱ ماه و ۶ تا ۱۲ ماه در صورتیکه طی ۱۰ سال اخیر واکسن نموده است تزریق گردد.
- تمام کودکان متولد شده از مادر آلوده به HIV باید از نزدیک تحت نظر باشند و واکسیناسیون کامل را دریافت کنند و از نظر تغذیه و ریز مغذی ها نیز تحت نظارت باشند.
- به طور کلی به افراد مبتلا به نقص ایمنی ، واکسن های زنده مانند واکسن فلج اطفال خوراکی ، MMR و BCG نباید تجویز شود ، اما طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال رشد که میزان شیوع سل بالا است به تمام کودکان بدون علامت بهتر است در بدو تولد واکسن BCG تلقیح شود . به دلیل خطر گسترش بالینی ، از تجویز BCG بعد از دوران نوزادی باید پرهیز شود .
- اگر چه برای تمام کودکان آلوده و یا حتی مشکوک به عفونت و همچنین برای خانواده آن ها در واکسیناسیون علیه فلج اطفال به جای واکسن خوراکی پولیو میلیت (OPV) بهتر است از نوع تزریقی آن (IPV) استفاده شود . اما OPV برای کشورهای در حال توسعه و نیز کشورهایی که پولیوی وحشی ریشه کن نشده است ، همچنان توصیه می شود ،
- تجویز واکسن MMR در تمام کودکان آلوده به HIV با نقص ایمنی شدید و مرحله ایدز ، ممنوع است . در زمانی که نقص ایمنی شدید نباشد ، تجویز MMR در سن ۱۲ ماهگی (در مناطق با شیوع بالا در سنین ۹-۶ ماهگی) و قبل از تشدید نقص ایمنی توصیه می شود . تجویز MMR در ۶ سالگی تنها در صورتی که شمارش سلول های $CD4^+$ طبیعی و یا بدون علائم ایدز باشد صورت گیرد. (+) $CD4$ بیش از ۱۵ درصد یا بالای ۲۰۰ باشد)
- دومین دز MMR به منظور افزایش تیتراژ بادی سرم تجویز شود . در صورت عدم دسترسی به MMR ، تزریق واکسن سرخک برای تمام کودکان توصیه شده است . البته فقط در کودکانی که $CD4$ بالای ۱۲۰۰ و بدون علائم بالینی ایدز باشند.
- به طور کلی ، پاسخ ایمنی کودکان آلوده به HIV ضعیف است و صرف نظر از سابقه واکسیناسیون ، باید آسیب پذیر تلقی شوند و در صورت تماس با مورد مبتلا به سرخک ، درمان پیشگیری پاسیو دریافت کنند . همچنین برای تمام اعضای واکسینه نشده خانواده آن ها با سابقه تماس اخیر با سرخک باید ایمونوگلوبین تجویز شود .
- واکسن پنوموکوک باید به تمام کودکان آلوده به HIV در سن دو سالگی و به کودکان بزرگ تر در زمان تشخیص عفونت تزریق شود . تجویز دز بوستر در ۵ تا ۷ سالگی توصیه شده است . واکسن

پنوموکوک در بزرگسالان در صورتیکه تزریق نشده باشد باید بدون توجه به میزان CD4 یکبار تزریق شود.

- واکسن آنفلوانزا باید در سن ۶ ماهگی و در فصل پاییز هر سال تجویز شود .
- در حال حاضر ، تجویز واکسن واریسلا (ابله مرغان) در افراد آلوده به HIV توصیه نشده است اما در صورت تماس با مورد مبتلا به آبله مرغان تزریق ایمونوگلوبولین علیه واریسیلازوستر توصیه می شود . در صورت ابتلا به آبله مرغان ، شروع سریع درمان با آسیکوویر خوراکی یا تزریقی توصیه شده است .
- تجویز واکسن های هپاتیت B ، سه گانه ب ث ژ ، پولیو (IPV) و هموفیلوس آنفلوانزا تیپ B در کودکان آلوده به HIV توصیه شده است . در صورتی که مادر حامل ویروس هپاتیت B باشد (HBs Ab) ، باید به نوزاد در بدو تولد ضمن شروع تجویز واکسن هپاتیت ، ایمونوگلوبولین علیه هپاتیت B (HBIG) نیز تزریق شود .
- کودکان در حال دریافت ایمونوگلوبولین تزریقی داخل وریدی (IVIG) به واکسن MMR پاسخ مناسب نخواهد داد، بنابراین واکسن باید با فاصله (معمولاً ۳ تا ۶ ماه می باشد) تجویز شود .
- واکسن هپاتیت B بانوبت های صفرو ۱ و ۶ در صورتیکه آزمایش های HBSAg منفی باشد (در اولین ویزیت افراد آلوده به HIV) ضمن دریافت نمونه خون برای تست ، اولین دوز واکسن تزریق شود

تب در کودکان : تب و سرفه شایع ترین علت مراجعه کودکان آلوده به HIV به مراکز درمانی است . همه کودکان در طول سال ، به طور مکرر به عفونت های تب دار مبتلا می شوند . این عفونت ها اغلب دستگاه تنفسی فوقانی را درگیر کرده و به طور عمده به دلیل ابتلا به ویروس ها ایجاد می شوند . اظهار نظر در این مورد که عفونت تب دار به یک بیماری عفونی ساده و یا بیماری جدی تری مربوط می شود دشوار است . هر چه وضعیت سیستم ایمنی کودک بیش تر مختل باشد ، بررسی های آزمایشگاهی و درمان آزمایشی باید سریع تر انجام شود .

میزان شیوع عفونت های باکتریایی در کودکان آلوده به HIV نسبت به بزرگسالان بیشتر است ، البته نوع پاتوژن ها و محل عفونت در این کودکان مانند اطفال غیر آلوده به HIV است و شروع درمان آزمایشی نیز بر همین اساس مشخص می شود .

در صورتی که در کودک هیچ منشأ عفونی یافت نشود و نیز بیمار بدحال نباشد ، می توان بعد از یک ارزیابی دقیق کودک را بدون درمان آنتی بیوتیک تحت نظر گرفت و ۲۴ ساعت بعد ، وی را مجدداً ارزیابی نمود (البته اطمینان از همکاری دقیق والدین وی ضروری است) .

تظاهرات ریوی : مهمترین معضل بالینی زمانی است که کودک با بیماری تنفسی یا کدورت ریوی مراجعه می کند . در این زمان افتراق بین پنومونی باکتریایی ، PCP و پنومونیت بینابینی ضروری است . عملاً شروع درمان تجربی کوتریموکسازول به خصوص اگر قبلاً تحت درمان پیشگیری PCP نبوده است . همراه با آنتی بیوتیک دیگر مناسب خواهد بود .

پنومونی بینابینی لنفوئیدی : این شکل پنومونی با شیوع ۳۰٪ تا ۴۰٪ یکی از شایع ترین عوارض تنفسی در بین کودکان آلوده به HIV است و معمولاً در کودکان بالای دو سال که قبلاً به عفونت های فرصت طلب مبتلا نشده اند دیده می شود . علامت شایع این بیماری ، سرفه مزمن بدون خلط با شروع تدریجی است و مهمترین تظاهر آن با هیپوکسمی است . رادیوگرافی قفسه سینه این کودکان نشانگر نمای ندولر بینابینی است . تشخیص بر اساس وجود نمای رادیوگرافی با پایداری بیش از ۲ ماه بدون توجیه مشخص است . سیر بیماری متغیر و علائم بیماری شدت و ضعف دارد . تشخیص قطعی تنها با بیوپسی ریه ممکن است و درمان با داروهای ضد رتروویروسی ، علائم را بهبود می بخشد . استفاده از ایمونوگلوبولین وریدی و استروئیدها در این شرایط هنوز مورد بحث است . عملاً به دلیل دشوار بودن تشخیص عفونت همزمان PCP ، بهتر است همزمان درمان کوتریموکسازول را نیز تجویز نمود .

پنومونی پنوموسیتیس کارینی (PCP) : در کودکان نیز مانند بزرگسالان ، شایع ترین عفونت جدی فرصت طلب ، پنومونی پنوموسیتیس کارینی است . میزان مرگ و میر ناشی از آن بالا است . بالاترین میزان ابتلا به این پنومونی ، در سن ۲ تا ۸ ماهگی است . تعداد لنفوسیت های $CD4^+$ در این کودکان برخلاف بزرگسالان معیار مناسبی برای سنجش خطر ابتلا به PCP نیست . کودکان مبتلا به طور مشخص به یک پنومونیت تحت حاد همراه با تنگی نفس ، تاکی پنه ، تب و سرفه های خشک بدون خلط دچار می شوند . رادیوگرافی ریه ، اغلب نشانگر کدورت پراکنده بینابینی است .

تظاهرات گوارشی : اسهال ، شایعترین علامت گوارشی در کودکان آلوده به HIV است . شایع ترین عوامل اسهال در کودکان ، ویروس ها هستند . اسهال مزمن، تحلیل رفتن بدن و عفونت های کاندیدیایی سیستم گوارشی در کودکان نیز شایع است . کاهش دریافت غذا به دلیل کاهش اشتها، عفونت های دهان و مری (کاندیدا و هرپس) بیماری های پریدنتال ، افزایش نیازهای متابولیک و نقص در جذب غذا ، عوامل تحلیل برنده بدن کودک هستند . گاهی تغذیه این کودکان از طریق لوله گاستروستومی در بهبود وزن آنها مفید است . نوزادان دچار اسهال مزمن را می توان با شیر بدون لاکتوز یا Soy formula تغذیه کرد .

تظاهرات سیستم اعصاب مرکزی : در کودک آلوده به HIV ، ممکن است با وجود طبیعی بودن تعداد لنفوسیت های CD_4^+ ، علائم اختلال در سیستم اعصاب مرکزی بروز کنند .
علائم اختلال در سیستم اعصاب مرکزی در این کودکان عبارتند از :

- ۱- تاخیر در شناخت
- ۲- تاخیر در تکامل
- ۳- اختلال در حافظه
- ۴- اختلال در رفتار
- ۵- ناتوانی در حرکت
- ۶- تاخیر در توانایی صحبت کردن

نحوه برخورد با تغییرات عصبی حاد یا موضعی کودکان مانند بالغین است ، زیرا عفونت های فرصت طلب سیستم اعصاب مرکزی در هر دو گروه مشابه است ، با این تفاوت که شیوع این عفونت ها در کودکان خیلی کمتر است .

تظاهرات بیماری در سایر ارگان های کودکان

قلب : عضو دیگری که در کودکان آلوده به HIV درگیر می شود ، قلب است . اختلال در عملکرد بطن چپ و کاردیومیوپاتی اتساعی از علائم درگیری قلب به شمار می روند .
کلیه : در کودکان آلوده به HIV درگیری کلیه ها ممکن است به صورت گلومرولونفروپاتی و ضایعات توبولار دیده شود .

خون: در کودکان ، لکوپنی ، آنمی و ترومبوسیتوپنی مشابه با بزرگسالان اتفاق می افتد . کودکان کوچک تر در برابر سرکوب مغز استخوان ناشی از مصرف داروهای ضد رتروویروسی ، آسیب پذیر تر هستند .
در مقایسه با بزرگسالان ، برخی عوارض مانند توکسوپلاسموز مغزی ، مننژیت و پنومونی ، به دلیل کریپتوکوک ، لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیش رونده ، تمام اشکال سارکوم کاپوشی، آنژیوماتوزباسیلی ، رتینیت CMV و حساسیت به کوتریماکسازول در کودکان نادر تر است .

پیشگیری انتقال از مادر به کودک :

الف) نحوه برخورد با زن باردار آلوده به HIV :

از آنجائیکه که ریسک انتقال آلودگی از مادر بارداری که تحت درمان پیشگیری با داروهای ضد رتروویروسی قرار نمی گیرد . به کودک حدود ۳۰٪ - ۲۵٪ است ، شناسایی هر چه بیشتر زنان و / یا مادران بارداری که سابقه خطر مثل سابقه زندان ، اعتیاد تزریقی ، رفتار جنسی پرخطر در خود یا همسر دارند و نهایتاً ارائه خدمات پیشگیری برای آنها از اهمیت زیادی برخوردار است . روی هم رفته توصیه میشود که زنان آلوده به HIV باردار نشوند و در صورت بارداری توصیه به ختم بارداری میشود و در صورتیکه مادر باردار علی رغم مشاوره و آگاهی لازم اصرار به ادامه بارداری داشته باشد ، باید برای وی با هر میزان از CD4 که داشته باشد . درمان پیشگیری با سه داروی ضد رتروویروسی موجود مد نظر قرار گیرد. در صورت پیشرفته بودن بیماری و رضایت مادر (درخصوص عوارض احتمالی داروها بر جنین) . تجویز دارو از همان ابتدای بارداری و در غیر این صورت ، از هفته ۱۴ بارداری به بعد (که احتمال عوارض بسیار کاهش می یابد .) شروع شود. باید در نظر داشت که درمیان داروهای ضد رتروویروسی ، داروی افایرنز ، به دلیل احتمال تراوژن بودنش ، در زنان باردار ممنوعیت مصرف دارد ، همچنین از استفاده همزمان استاودین (d4T) به دلیل احتمال بیشتر لاکتیک اسیدوز ، در زنان بارداری بهتر است که پرهیز شود .

این درمان پیشگیری تا زمان زایمان و در حین زایمان ، ادامه یابد . هدف از درمان پیشگیری مادر آلوده ، کاهش ویرومی و در نتیجه کاهش خطر انتقال است . لازم به ذکر است از دیگر رژیم هایی که در کشورهای در حال توسعه مورد مصرف قرار میگیرد نوبراپین (Nevirapine) به مقدار ۲۰۰ mg تک دوز بوده است . البته براساس برخی شواهد و مطالعات موجود استفاده از یک دارو امکان مقاومت را ایجاد میکند و لذا در حال حاضر با توجه به وجود امکان درمان سه دارویی در کشورمان ، شروع درمان پیشگیری با سه دارومی باشد . همچنین باید در نظر داشت که بروز علائم هپاتیک یا راش جلدی بدنال مصرف نوبراپین در زنان بخصوص زمانی که شمارش سلولهای CD4 بالاتر از ۲۵۰ است ، بیشتر از مردان مشاهده شده است .

بدیهی است که ادامه درمان پیشگیری برای مادرانی که واجد شرایط درمان ضد رتروویروسی نیستند ، لزومی نداشته و درمان پیشگیری پس از زایمان قطع میشود.

در حال حاضر عمل سزارین در صورت الکتیو بودن ، توصیه میشود و در غیر این صورت ، ریسک عمل سزارین با زایمان طبیعی تفاوت چندانی نخواهد داشت .

لازم است تجویز داروهای ضد رتروویروسی در حین زایمان نیز ادامه یابد . شروع فوری درمان پیشگیری در اولین ویزیت مادر باردار حتی اگر این ویزیت در حین زایمان باشد ، توصیه میشود .

ب) برخورد با نوزاد متولد شده از مادر آلوده :

باید توجه داشت که حین سزارین یا زایمان طبیعی کمترین صدمه به نوزاد وارد شود و بلافاصله پس از تولد ، پوست و مخاط کاملاً شستشو داده شود . پس از حدود ۸ ساعت از زمان تولد زایدوودین 2mg/kg/dose خوراکی هر ۶ ساعت (ترجیحاً شربت) همراه با دو داروی لامیوودین با دوز 2mg/kg/dose دو بار در روز و نلفیناویر با دوز $50-60\text{ mg/kg/dose}$ سه بار در روز به مدت ۶ هفته به نوزاد داده می شود . نوزاد باید به جای شیرمادر با شیر مصنوعی تغذیه کند زیرا تغذیه با شیرمادر با افزایش احتمال انتقال آلودگی همراه است .

نوزاد متولد شده از مادر آلوده به HIV در زمان تولد معمولاً طبیعی است و هیچ علامت بالینی برای تشخیص آلودگی به ویروس ندارد .

بدیهی است با توجه به عبور آنتی بادی های ضد HIV از جفت انجام آزمونهای الایزا و وسترن بلات در ۱۸ ماه اول تولد ارزش کمی در تشخیص دارند . حساسیت PCR (DNA، RNA یا RT) در زمان تولد ، بین ۳۰٪ تا ۵۰٪ است ، اما بعد از ۴ تا ۶ ماه از تولد ، به ۱۰۰٪ میرسد . بهتر است این آزمایش در صورت امکان هر چه سریعتر انجام شود . اگر جواب آزمایش نخست منفی باشد ، باید آزمایش را مجدداً در ۴ تا ۶ ماهگی تکرار نمود.

نکته: وجود یک آزمایش مثبت ، تشخیص را اثبات نمی کند و باید متعاقباً با استفاده از آزمایشهای سرولوژیک تشخیص قطعی شود . تأیید آلودگی در نوزاد توسط آزمایشات بررسی آنتی بادی (الایزا) بعد از ۱۸ ماهگی صورت می گیرد حتی در صورتیکه قبلاً توسط PCR تشخیص داده شده باشد. انجام آزمایش الایزا در ۶ و ۱۸ ماهگی توصیه شده است .

در صورتی که کودک زیر ۱۸ ماه با نتیجه مثبت سرولوژیک HIV ، دچار یکی از بیماریهای همراه و نشانگر ایدز شود ، تشخیص عفونت حتی در صورت نتیجه منفی ویروس شناسی (PCR و غیره) در او تأیید می شود .

درمان ضد رتروویروسی در کودکان :

با توجه به داروهای موجود، رژیم ترجیحی ضد رتروویروسی برای اطفال عبارت است از ، زایدوودین + لامیوودین + نلفیناویر است .

مقدار مصرف	نام	مشخصات دارو موارد مصرف
۹۰ تا ۱۸۰ میلی گرم / متر مربع	زایدوودین (Zidovudine)	دارو های ضد رتروویروسی
۴ میلی گرم بر کیلوگرم دوبار در روز	لامیوودین Lamivudine	
	نلفیناویر	

جدول : تعداد لنفوسیت های + CD4 در سنین کودکی

بدون نقص ایمنی (شمارش CD4 مساوی یا بیش از ۲۵٪)	نقص ایمنی متوسط (شمارش CD4 بین ۱۵ - ۲۴٪)	نقص ایمنی شدید (شمارش CD4 کمتر از ۱۵٪)	
حداقل ۱۵۰۰	۷۵۰ تا ۱۴۹۹	کمتر از ۷۵۰	۰ تا ۱۲ ماهگی
حداقل ۱۰۰۰	۵۰۰ تا ۹۹۹	کمتر از ۵۰۰	۱ تا ۵ سالگی
حداقل ۵۰۰	۲۰۰ تا ۴۹۹	کمتر از ۲۰۰	۶ تا ۱۲ سالگی

البته با توجه به متغیر بودن شمارش مطلق سلولهای CD4+ بهتر است به درصد این سلولها توجه شود. برای کلیه نوزادان متولد شده از مادر آلوده به HIV درمان پیشگیری PCP با کوتریموکسازول باید از هفته ششم تولد شروع و تا پایان یک سالگی و یا تا زمانی که وضعیت HIV کودک مشخص شود ، ادامه یابد.

معیارهای شروع درمان ضد رترو ویروسی در بالغین و نوجوانان بالای ۱۲ سال :

<p>امکان سنجش سلولهای CD4 + وجود دارد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرحله بالینی چهار بدون در نظر گرفتن شمارش سلولهای CD4+ • مراحل بالینی یک ، دو یا سه با شمارش سلولهای CD4 + کمتر از ۲۰۰ در میلیتر مکعب
<p>امکان سنجش سلولهای CD4 + وجود ندارد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرحله بالینی چهار بدون در نظر گرفتن شمارش کل لنفوسیت ها • مرحله بالینی دو یا سه با شمارش کل لنفوسیتها کمتر از ۱۲۰۰ در میلیتر مکعب

معیارهای شروع ضد رترو ویروسی در مورد کودکان به شرح زیر است :

امکان تست CD4	سن	وضعیت آزمایشگاهی	مرحله بالینی
وجود دارد	کمتر از ۱۸ ماه	سرولوژی مثبت یا مادر آلوده به HIV	مرحله بالینی سه با درصد سلولهای CD4 کمتر از ۲۰٪
	بیشتر از ۱۸ ماه	سرولوژی مثبت HIV	مرحله بالینی سه بدون در نظر گرفتن درصد سلولهای CD4+ مرحله بالینی یک یا دو با درصد سلولهای CD4+ کمتر از ۱۵٪
وجود ندارد	کمتر از ۱۸ ماه	سرولوژی مثبت یا مادر آلوده به	تنها در صورتی که تست ویروژیک مثبت و در مرحله بالینی سه باشد ایدز تلقی میشود. (کودکان بدون علامت (مرحله ۱) تحت درمان قرار نمی گیرند.)
	کمتر از ۱۸ ماه	سرولوژی مثبت HIV	مرحله بالینی سه

لازم به ذکر است که شمارش مطلق لنفوسیت ها ارتباط مستقیم با خطر مرگ و میر این کودکان دارد. خطر مرگ و میر در ظرف یک سال ، در کودکان کمتر از ۱۸ ماهی که شمارش مطلق لنفوسیت کمتر از ۲۵۰۰ ، و برای کودکان ۱۸ ماهه یا بالاتر ، با شمارش مطلق لنفوسیت کمتر از ۱۵۰۰ ، بیش از ۲۰٪ بوده است ، لذا شمارش مطلق لنفوسیت کمتر از ۲۵۰۰ برای کودکان کمتر از ۱۸ ماهه یا شمارش کمتر از ۱۵۰۰ ، برای کودکان ۱۸ ماهه یا بیشتر ، میتواند نشانگر نقص ایمنی باشد.

موضوع دیگری که اهمیت دارد این است که علی رغم ترشح داروهای ضد رتروویروسی مثل نوپراپین ، در شیرمادر لازم است که در صورتیکه کودک نیاز به درمان ضد رتروویروسی داشته باشد ، داروها با دوزهای استاندارد در اختیار کودک قرار گیرد .

لازم به ذکر است که سرولوژی HIV یک بار بعد از ۶ ماهگی و یک بار ۱۸ ماهگی باید تکرار و اثبات شود. درمان ضد رتروویروسی تنها برای موارد اثبات شده عفونت HIV ادامه خواهد یافت .

توجه ، سرولوژی در ۱۸ ماهگی باید تکرار شود .

پایش آزمایشگاهی کودکان تحت درمان ضد رتروویروسی مثل بزرگسالان است . تمام نوزادان که تحت درمان با زایدوودین قرار گرفته اند باید بعد از یک ماه از نظر کم خونی و هموگلوبین بررسی شوند .

درمان پیشگیری عفونت های فرصت طلب :

موارد زیر ممکن است دلایلی برای شروع درمان پیشگیری PCP باشد :

۱- کودک متولد شده از مادر آلوده به HIV ، از سن ۴-۶ ماهگی تا یکسالگی (حداقل ۶ ماهگی) و یا زمانی که وضعیت HIV مشخص شود، در صورت آلودگی به HIV ، نیازی به ادامه درمان پیشگیری نیست .

۲- سابقه عفونت PCP

۳- در مرحله بالینی III قرار گیرند

۴- در کودک کمتر از ۵ سال درصد لنفوسیت های $CD4^+$ کمتر از ۲۰٪ و یا شمارش مطلق لنفوسیت ها کمتر از ۲۵۰۰ در میلی متر مکعب باشد .

درمان پیشگیری سل مانند بزرگسالان است .

حضور کودکان آلوده به HIV در مدرسه و محیط های آموزشی و خانواده :

با توجه به عدم انتقال از طریق تماس های معمول روزانه مانند بازی ، در کنار هم نشستن ، با هم غذا خوردن ، کودکان آلوده به HIV را نباید از سایرین جدا کرد . حضور کودک در مدرسه با تایید پزشک وی بلامانع است . پزشک باید پیوسته وجود رفتارهای تهاجمی مانند گاز گرفتن و یا وجود ضایعات پوستی ترشح دار را در کودک ارزیابی کند . لازم است آلودگی کودک در مدرسه محرمانه بماند تا بتوان برای کودک شرایط مراقبتی مناسبی فراهم نمود .

به دلیل تاثیرات اجتماعی روانی کودکان متولد شده از مادران آلوده به HIV حتی در صورت عدم آلودگی بهتر است سالانه از این نظر بررسی شوند از مسائل مهم در برخورد با کودک آلوده به HIV دانستن علت بیماری مزمن و مرگ ناشی از آن در والدین ، خواهر و برادر آنان است .

خودآزمایی:

که آیا مطالب ذیل را بخاطر سپرده اید ؟

- ۴- آیا می توانید اپیدمیولوژی ایدز در اطفال را بیان نمائید ؟
- ۵- آیا می توانید تظاهرات بالینی ایدز در اطفال را بیان نمائید ؟
- ۶- آیا می توانید شیوه تشخیص ایدز در اطفال را بیان نمائید؟
- ۷- آیا می توانید سیستم طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت برای کودکان آلود به HIV را بیان نمائید ؟
- ۸- آیا می توانید نحوه مراقبت از کودکان آلوده به HIV را بیان نمائید ؟
- ۹- آیا می توانید درمان رتروویروسی برای اطفال را بیان نمائید ؟
- ۱۰- آیا می توانید برنامه واکسیناسیون معمول برای اطفال آلوده به HIV را بیان نمائید؟

فصل پنجم

حاملگی و HIV/AIDS

اهداف آموزشی :

فراگیری در پرپایان این بخش بای دقادر باشد که:

- ۱- تاثیر متقابل حاملگی و HIV را بیان نماید.
- ۲- اصول درمان رتروویروس در طول حاملگی را بیان نماید.
- ۳- اقدامات اساسی پیشگیری برای نوزاد را بیان نماید.

مقدمه :

در انتقال HIV از طریق جنسی ، زنان از مردان آسیب پذیرترند . احتمال انتقال HIV از مرد به زن ۲۰ برابر بیشتر از احتمال انتقال HIV از زن به مرد است . شرایط ویژه زنان ، حاملگی، امکان انتقال HIV از مادر به نوزاد در طی دوره بارداری ، در طی زایمان و دوران شیردهی وضعیت ایدز و مراقبت از آن را ویژه کرده است .

در این بخش مسائل مرتبط با حاملگی و ایدز و مادران توضیح داده شده است .

انتقال پری ناتال : تا قبل از کاربرد داروهای ضد رتروویروسی برآوردهای مربوط به فراوانی انتقال پری ناتال در آفریقا در محدوده میزان حداقل ۱۳ درصد تا میزان بالای ۶۰ درصد و در آمریکا فراوانی ۱۴ تا ۳۰ درصد گزارش شده بود . هر چقدر به تعداد زنان باردار آلوده به HIV در دنیا افزوده می شود ، تعداد کودکانی که HIV را بصورت پری ناتال کسب می نمایند ، زیادتیر می شوند. تخمین زده می شود ۶/۵ میلیون زن با HIV زندگی می کنند . سالیانه ۶۰۰۰۰۰ کودک از این طریق آلوده می شوند . در مجموع احتمال انتقال HIV از مادر به کودک حدود ۳۰ درصد است .

ویروس HIV می تواند در طی حاملگی داخل رحمی ، در هنگام زایمان و یا در دوره پس از زایمان و در طی شیر دادن از مادر آلوده به فرزندش منتقل گردد . انتقال ویروس در ۲۰ درصد موارد حاملگی در ۵۰ درصد در طی زایمان و در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد در طی شیردهی به کودک اتفاق می افتد . ۹۲ درصد موارد انتقال ایدز در طی ۲ ماه آخر حاملگی اتفاق می افتد .

عوامل خطر مربوط به افزایش انتقال پری ناتال: انتقال پری ناتال یک روند چند عاملی بوده و تحت تاثیر عوامل ویروسی ، ایمنی و بالینی در مادر و نوزاد می باشد . بار ویروسی پلاسمای مادری قوی ترین عامل پیشگیری کننده خطر انتقال پری ناتال HIV است . زنان با بیماری پیشرفته و با CD_4^+ کمتر امکان انتقال بیماری به نوزاد را به میزان بیشتری دارند .

از عواملی که می توانند منجر به کاهش خطر انتقال پری ناتال می شوند توان به مواردی چون استفاده از داروهای ضد رتروویروسی به منظور کاهش بار ویروسی ، زایمان بصورت سزارین و کوتاه نمودن روند زایمان ، کاهش و محدود نمودن روش های تهاجمی مانیتورینگ به منظور محدود نمودن زمان مواجهه نوزاد با ترشحات تناسلی مادر اشاره نمود . طبیعی است تشویق به رفتار های جنسی مطمئن تر ، محدود نمودن شرکای جنسی و خود داری از مصرف مواد مخدر ، توتون و الکل با کاهش خطر احتمال آلودگی زنان می توانند بطور غیر مستقیم بر کاهش خطر انتقال پری ناتال اثر بگذارند .

عوامل مؤثر بر انتقال :عوامل احتمالی مؤثر بر انتقال HIV از مادر به فرزند شامل موارد ذیل هستند.
عوامل مادری :

بیماری پیشرفته HIV که بوسیله یکی از روشهای زیرتعیین می شود :

مرحله بندی بالینی

تعداد پایین لنفوسیت CD_4^+

بارویروسی بیشتر :

آنتی ژنی P24

عفونت اولیه HIV (آلودگی اخیر)

فنوتیپ ویروسی : القاء کننده سیشیوم

ژنوتیپ ویروسی : گونه های ویرولان جهش یافته HIV

قل اول دو قلوها

حوادث زایمانی

زایمان واژینال

روشهای تهاجمی یا پایش جنین در حین زایمان

پارگی زودرس و طولانی مدت کیسه (بیشتر از ۴ ساعت)

I، U سن بالای مادر

I، U کشیدن سیگار و استفاده از مواد غیر مجاز در طی حاملگی

تغذیه با شیر مادر

مقاربت جنسی حفاظت نشده با شریک جنسی

عوامل جنینی یا جفتی

کوریوا رنینونیت - نارس بودن - وزن کم هنگام تولد

عوامل زایمان یا مربوط به کانال زایمان :

بارویروسی واژینال رحمی - پاسخ ایمنی موضعی مخصوص HIV - انتقال خون مادری جنینی

عوامل ایمنی :

هورمونی - آنتی بادی های خنثی کننده - سایتوتوکسیسیتی سلولی وابسته به آنتی بادی - آنتی بادی

gpl2ov3 - تشابه MHC - موارد دیگر

تاثیر حاملگی بر عفونت HIV : حاملگی و عفونت HIV هر دو شرایطی هستند که موجب کاهش سطح ایمنی می شوند . ولی هنوز این موضوع که حاملگی تکثیر HIV یا پیشرفت بیماری را تسریع کند ، اثبات نشده است. انتظار می رود که ایمنی سلولی و سطح لنفوسیت های CD_4^+ در طی حاملگی کاهش یابند. ولی بالاخره به سطح اولیه خود می رسند . میزان سلولهای CD_4^+ در سه ماهه سوم حاملگی به کمترین میزان خود می رسد . حاملگی در زنان آلوده به HIV بدون علامت و نیز در کسانی که هنوز علائم اولیه بیماری را دارند کم اثر است . اما در بیماران AIDS موجب پیشرفت سریع همراه با کاهش ایمنی می شود . نشانه پیشرفت هم کاهش CD_4^+ به کمتر از ۲۰۰ ml یا تعداد لنفوسیت کمتر از ۱۲۰۰ است .

تاثیر عفونت HIV بر نتیجه حاملگی : در کشورهای صنعتی اثرات HIV/AIDS بر حاملگی کم است . عفونت HIV ممکن است موجب سقط خودبخودی شود . حاملگی خارج رحمی نیز ممکن است ایجاد شود . درواقع حاملگی با مرحله بیماری و عفونت فرصت طلب تحت تاثیر قرار می گیرد . در افریقا HIV و ایدز می تواند مشکلاتی به شرح ذیل ایجاد می کند :

زایمان زودرس و مرگ داخلی رحمی تا ۲ برابر افزایش می یابد ، کوریوآمینوتیت ، IUGR, Prom ، دکولمان جفت و آنمی و مرگ نوزاد نیز زیاد می شود .

نحوه برخورد با زن باردار آلوده به HIV: فرد آلوده به HIV باید از ابتدای حاملگی تحت نظر گرفته شود . باید سوابق بیماری STI ، مصرف مواد مخدر و الکل و دخانیات و عدم استفاده از کاندوم در سوابق وی مشخص گردد. معاینه کامل لگن باید صورت گیرد . وضعیت بیماری HIV در زن را باید در هنگام مراجعه و حداقل در هر کدام از سه ماهه های حاملگی از طریق بررسی مارکهای لنفوسیت و ارزیابی بارویروسی باید انجام داد . از آنجا که ریسک انتقال آلودگی از مادر بارداری که تحت درمان پیشگیری با داروهای ضد رتروویروسی قرار نمی گیرد ، به کودک حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد است ، شناسائی هرچه بیشتر زنان ویا مادران باردار که سابقه خطر مثل سابقه زندان ، اعتیاد تزریقی ، رفتار جنسی پر خطر در خود یا همسر دارند و نهایتاً ارائه خدمات پیشگیری برای آنها از اهمیت زیادی برخوردار است روی هم رفته توصیه می شود که زنان آلوده به HIV باردار نشوند ودر صورت بارداری توصیه به ختم بارداری می شود ودر صورتی که مادر باردار علیرغم مشاوره و آگاهی لازم اصرار به ادامه بارداری داشته باشد ، باید برای وی با هر میزان از CD_4 که داشته باشد ، درمان پیشگیری با سه داروی ضد رتروویروسی موجود مد نظر قرار گیرد . در صورت پیشرفته بودن بیماری و رضایت مادر (درخصوص عوارض احتمالی دارو ها بر جنین) ، تجویز دارو از همان ابتدای

بارداری و در غیر این صورت ، از هفته ۱۴ بارداری به بعد (که احتمال این عوارض کاهش می یابد) شروع شود .

باید در نظر داشت که درمیان داروهای ضد رتروویروسی ، داروی افویرتوز ، به دلیل احتمال تراژدن بودنش ، در زنان باردار ممنوعیت مصرف دارد ، مگر اینکه از ابزار ضد بارداری مطمئن استفاده شود . همچنین از استفاده همزمان استاودین (dqt) و دایرانوزین (ddi) به دلیل احتمال بیشتر بروز لاکتیک اسیدوز ، در زمان بارداری بهتر است که پرهیز شود .

این درمان پیشگیری تا زمان زایمان و در حین زایمان ، ادامه یابد . هدف از درمان پیشگیری مادر آلوده کاهش ویرمی و در نتیجه کاهش خطر انتقال است . لازم به ذکر است از رژیم های دیگری که در کشور های در حال توسعه مورد مصرف قرار می گیرد نویراپین (Nevirapine) به مقدار ۲۰۰ میلی گرم تک دوز بوده است . البته بر اساس برخی شواهد و مطالعات موجود استفاده از یک دارو امکان پیدایش مقاومت را بوجود می آورد . لذا در حال حاضر با توجه به وجود امکان درمان سه دارویی در کشورمان ، شروع درمان با سه دارو می باشد . همچنین باید در نظر داشت که بروز علائم هپاتیک یا راش جلدی بدنال مصرف نویراپین در زنان بخصوص زمانی که شمارش سلول های CD_4 بالاتر از ۲۵۰ است ، بیشتر از مردان دیده شده است . بدهی است که ادامه درمان پیشگیری برای مادرانی که واجد شرایط درمان ضد رتروویروسی نیستند لزومی نداشته و درمان پیشگیری پس از زایمان قطع می شود .

در حال حاضر عمل سزارین در صورت الکتیو بودن ، توصیه می شود ، در غیر اینصورت ریسک عمل سزارین با زایمان طبیعی تفاوت چندانی ندارد .

لازم است تجویز داروهای ضد رتروویروسی در حین زایمان نیز ادامه یابد ، شروع درمان پیشگیری در اولین ویزیت مادر حتی اگر ویزیت در حین زایمان باشد توصیه می شود .

در اداره زنان HIV باردار نکات ذیل اشاره می شود :

✓ **سقط درمانی :** با توجه به اینکه احتمال بالایی برای الودگی نوزاد وجود دارد در بعضی از مکاتب توصیه به سقط درمانی به عنوان یک روش پیشگیری از آیدز به نوزاد می شوند . سونوگرافی در هفته ۱۸ تا ۲۰ حاملگی برای تعیین سن حاملگی و شناسایی آنومالیاها ، ختم حاملگی قبل از هفته ۲۰ حاملگی باید صورت گیرد .

✓ **کنترل CD_4^+ :** اگر CD_4^+ کمتر از ۲۰۰ باشد باید پروفیلاکسی بر علیه پنوموسیتی کارینی صورت گیرد ، می توان از کوتریموکسازول یا داپسون استفاده کرد .

- ✓ سزارین اکتیو: انتقال عمومی را تا ۵۰ درصد کاهش می دهد . اگر بارو ویروسی بالای ۱۰۰۰ ml باشد باید سزارین صورت گیرد و اگر کمتر باشد فرق نمی کند . تصمیم در خصوص نوع زایمان باید طی هفته ۳۴ تا ۳۶ صورت گیرد انجام سزارین در هفته ۳۸ توصیه می شود .
- ✓ مادر HIV مثبت نباید شیر بدهد . مگر در کشورهایی که شیر خشک در دسترس نیست .
- ✓ در صورت مثبت بودن PPD در زنان باردار ، باید پروفیلاکسی با INH صورت گیرد .
- ✓ تجویز ویتامین A و اسید فولیک و آهن .

راههای پیشگیری از انتقال مادر به کودک (MTCT) شامل موارد ذیل است :

- ۱- درمان ضد رترو ویروسی در حاملگی
- ۲- درمان ضد رترو ویروسی در نوزادان
- ۳- زایمان به طریق سزارین
- ۴- پیشگیری و درمان عفونت های فرصت طلب

شیمیو پروفیلاکسی در حاملگی :

نکات ذیل باید رعایت شود :

- ۱- باید در کلیه زنان باردار صورت گیرد
 - ۲- ZDV داروی اصلی شیمیو پروفیلاکسی است
 - ۳- باید بیماران در طول دوره درمان تحت نظر باشند .
- شیمیو پروفیلاکسی در حاملگی روش های مختلفی دارد و در ذیل چهار روش توضیح داده می شود .

روش اول :

شیمیو پروفیلاکسی در هنگام زایمان و پس از وضع حمل :

در مواقع زایمان باید ZDV داده شود . ابتدا بصورت بولوس مقدار 2mg/kg داروی ZDV وریدی داده می شود و سپس 1mg/kg در هر ساعت وریدی در طول زایمان داده می شود .

در نوزادان پس از تولد باید 200mg به ازای هر کیلو گرم هر ۶ ساعت به مدت ۶ هفته به نوزاد داده شود . این روش ۶۲ درصد از احتمال انتقال می کاهد .

روش دوم:

شیمیوپروویلاکسی رژیم ZDV/3TC است:

در این روش به مادر هنگام زایمان ۶۰۰ mg داروی ZDV در یک دوز اولیه داده می شود و سپس ۳۰۰ mg هر ساعت طی وضع حمل داده می شود و همچنین ۱۵۰ mg داروی 3TC ابتدا داده می شود و ۱۵۰ mg هر ۱۲ ساعت در هنگام زایمان داده می شود.

در نوزادان ZDV به مقدار 4mg/kg/12h و 3TC 200mg/kg/12h به مدت ۷ روز داده می شود. این روش موجب کاهش میزان انتقال به تعداد ۴۲ درصد می شود.

روش سوم:

روش سوم دادن Nevirapine است.

برای پروویلاکسی مادری در هنگام زایمان یک دوز ۲۰۰ mg خوراکی داده می شود.

برای پروویلاکسی نوزاد یک دوز ۲۰۰ mg / kg در سن ۴۸ ساعت تا ۷۲ ساعت بعد از تولد داده می شود.

این روش ۴۸ درصد موجب کاهش انتقال می شود.

روش چهارم:

شیمیوپروویلاکسی ZDV-Nevirapine است:

در این روش برای پیشگیری مادری در ابتدا ۲ mg/kg داروی ZDV بصورت وریدی داده می شود. و سپس ۱ mg/kg در ساعت و در هنگام زایمان داده می شود. همچنین ۲۰۰ mg تک دوز داروی Nevirapine داده می شود.

برای پروویلاکسی نوزادی ۲ mg/kg در ۶ ساعت از داروی ZDV خوراکی بمدت ۶ هفته داده می شود و داروی Nevirapine به تعداد ۲ mg/kg خوراکی داده می شود.

تنظیم خانواده :

تنظیم خانواده در افراد آلوده به HIV بهتر است بصورت double method باشد (یک روش مطمئن برای پیشگیری از بارداری TL و وازکتومی ، همراه با کاندوم جهت پیشگیری از آلودگی). کاندوم مورد نیاز حتماً باید در اختیار بیماران قرار گرفته ، نحوه صحیح استفاده از کاندوم آموزش داده شود .

در خصوص زنانی که تحت درمان ضد رترو ویروسی هستند بدلیل احتمال تداخل این داروها و کاهش اثر داروهای ضد بارداری ، استفاده همزمان از قرص بارداری و کاندوم توصیه شده است .

استفاده از کاندوم حتی در مورد زوج هایی که هر دو آلوده اند جهت جلوگیری از تبادل سوشهای مختلف توصیه می شود .

خودآزمایی:

آیا موارد ذیل را بخاطر سپرده اید ؟

- ۱- تاثیر حاملگی بر آلودگی HIV را بیان نمائید .
- ۲- تاثیر آلودگی به HIV را بر حاملگی بیان نمایند.
- ۳- درمان ضد رترو ویروسی در زمان بارداری چگونه است ؟
- ۴- درمان های شیمو پرو فیلاکسی در زمان حاملگی چگونه است؟

فصل ششم:

سل و HIV/AIDS

اهداف آموزشی:

فراگیر در پایان این فصل باید قادر باشد که :

- ۱- همراهیهای HIV/AIDS و سل را با همدیگر بیان نماید.
- ۲- علائم سل در بیماران آلوده به ویروس HIV را بیان نماید.
- ۳- تشخیص سل در بیماران آلوده به ویروس HIV بیان نماید.
- ۴- درمان سل در بیماران آلوده به ویروس HIV بیان نماید.
- ۵- پروفیلاکسی سل در افراد آلوده به ویروس HIV را بیان نماید.

مقدمه :

اپیدمی HIV/AIDS موجب بازگشت مجدد سل در دنیا شده و همراهی این دو با یکدیگر کنترل و درمان هر دو را به شدت پیچیده و مشکل کرده است در عین اینکه احتمال بروز سل در افراد آلوده به HIV بسیار بیشتر از جامعه عادی میباشد ، علائم آن در اینگونه بیماران غیر معمول ، تشخیص آن دشوار و درمان آن سخت تر است.

عفونت HIV عامل خطر مهمی در ایجاد سل می باشد :

در حدود یک سوم از ۴۰ میلیون فردی که تا پایان سال ۲۰۰۱ آلوده به HIV و زنده بوده اند با میکروب TB آلوده شده اند . روند رو به افزایش موارد TB در دهه گذشته در کشورهای زیر صحرای آفریقا و آسیای جنوب شرقی اغلب بدنبال اپیدمیهای HIV بوده است . در بعضی از کشورهای آفریقایی تا ۷۰ درصد موارد سل اسمر مثبت در بیماران آلوده به HIV دیده میشود . با افزایش تعداد موارد ابتلا به عفونت ناشی از HIV و بروز نقص در سیستم ایمنی ، بیماری سل مجدداً شیوع بالایی پیدا کرده است . شانس فعال شدن باسیل سل در افراد آلوده به HIV سالیانه حدود ۷ تا ۱۰ درصد است در صورتی که در افراد غیر آلوده این شانس تنها ۵ تا ۱۰٪ در تمامی طول عمر میباشد، همراهی سل و ایدز در دنیا در حال حاضر این توصیه را ایجاد کرده است که برنامه سل و ایدز در سطوح اجرایی و ستادی با همدیگر ادغام شوند.

برنامه های اغام یافته TB/HIV این اهداف را دنبال می کنند :

۱- پیشگیری از آلودگی با HIV

۲- پیشگیری از TB

۳- مراقبت افراد آلوده با HIV

۴- مراقبت از بیماران TB

بنابراین اقدامات ذیل در این برنامه اهمیت دارند :

- مراقبت و آموزش افراد آلوده به HIV و اطرافیان آنها در خصوص TB و بیماریابی سل در بین آنها
- پیشگیری از بروز سل در افراد آلوده به HIV و خانواده آنها
- فراهم کردن یک سیستم ارجاع و مراقبت HIV و سل
- آموزش همزمان سل و HIV به جامعه
- گسترش بیماریابی سل در مناطقی که HIV شیوع بالایی دارد

در واقع آلودگی با HIV مهمترین عنصری است که وضعیت سل را بدتر ساخته و احتمال بروز سل مقاوم به دارو را افزایش می دهد . الودگی به HIV موجب افزایش ایجاد سل مقاوم به درمان می شود . پاسخ های میزبان به سل در مرحله ایدز تشدید می شود. افرادی که عفونت HIV پیشرفته و یا ایدز دارند. بدنبال تماس با میکروب سل بشدت مستعد آلودگی هستند .

در هر مرحله ای از عفونت HIV ، سل می تواند بروز کند . اما تظاهرات بالینی آن در سطوح مختلف فراوانی لنفوسیت های CD4+ متفاوت است .

عفونت های خارج ریوی سل در افراد آلوده به HIV شایع بوده و در بیماران مبتلا به ایدز بیشتر دیده می شود . شایع ترین تظاهرات سل خارج ریوی شامل لنفادنیت ، باکتری می . سل سیستم اعصاب مرکزی و توبرکولوما می باشد. ایجاد آبسه در اندام های مختلف نیز گزارش شده است . خطر سل گسترده (درگیری بیش از یک اندام یا باکتری می پیشرونده) در این بیماران، بالای ۳۸٪ است . در بیماران مبتلا به ایدز که با نارسایی حاد تنفسی ، سندرم سپسیس و نارسایی چند اندام مراجعه می کنند، توجه به سل ، در تشخیص های افتراقی اهمیت دارد.

با توجه به این موضوع که سل ریوی در ۷۴ تا ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به سل و ایدز دیده می شود و با توجه به اهمیت راه تنفسی به عنوان اصلی ترین و ساده ترین راه انتقال باید به سل ریوی توجه خاصی داشت .

جدول : مقایسه شدت بروز علائم سل در مراحل زودرس و دیررس ایدز

مرحله بیماری ایدز	زودرس	دیررس
علائم بالینی و آزمایشگاهی	بیش از ۳۰۰	کمتر از ۲۰۰
آزمایش توبرکولین	۴۰ تا ۷۰ درصد مثبت	معمولاً منفی (حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد مثبت)
نتایج آزمایش اسمیر خلط	اغلب مثبت گاهی ۷۰ تا ۸۰ درصد	اغلب منفی (حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد مثبت)
آدنوپاتی	غیر معمول	شایع
نمای رادیوگرافی قفسه سینه	درگیری لوب فوقانی (مخلوط است و بیشتر آتپیک است)	درگیری لوب تحتانی و میانی، نمای ارزنی، انفیلتراسیون بینابینی
کاویتاسیون	معمول	مشخصاً وجود ندارد
احتمال درگیری خارج ریوی	۱۰ تا ۱۵ درصد	۵۰ درصد

در مرحله ایدز ، محل درگیری سل در ۲۰ تا ۳۰٪ موارد ((ریه ها)) و در ۲۰ تا ۵۰٪ موارد عضوی غیر از ریتین بوده و در ۳۰ تا ۷۰٪ موارد نیز درگیری توام ریه و خارج ریه وجود دارد.

تشخیص :

سل معمولاً بدون عفونت فرصت طلب قبلی رخ می دهد . تب ، کاهش وزن و سرفه اگر چه غیر اختصاصی هستند ولی شک به سل را مطرح می کنند . ایدز موجب تب و بیماری خارج ریوی چند کانونی و اشکال غیر طبیعی در ریه می شود .

تشخیص سل ریوی در بیماران آلوده به HIV بدلیل شیوع تظاهرات بالینی و رادیولوژیک غیر معمول و فراوانی اسمیر خلط منفی و همزمانی بیماریهای ریوی دیگری مثل عفونت های فرصت طلب ریه مشکل است . تشخیص بیماری می تواند بواسطه فراوانی یافته های غیر معمول بالینی و رادیوگرافیکی پنهان بماند.

تستهای تشخیصی که ممکن است کاربرد داشته باشند عبارتند از PPD ، رادیوگرافی قفسه سینه ، اسمیرو کشت خلط، آسپیراسیون شیره معده ، BAL، کشت خون و ادرار.

از میان رادیوگرافی قفسه سینه ، PPD و بررسی ۳ نمونه اسمیر خلط از نظر AFB (در صورت وجود خلط) اقدامات اولیه ای هستند که باید برای تمام افراد آلوده به HIV انجام گیرند.

PPD در صورت منفی بودن هر ۶ ماه یکبار تکرار می شود و رادیوگرافی قفسه سینه و اسمیر خلط بر حسب مورد تکرار می شود. در صورت شک به MDR انجام کشت خلط و آنتی بیوگرام به منظور بررسی مقاومت میکروبی قویا توصیه می شود .

تشخیص قطعی سل با جدا کردن باکتری صورت می گیرد .از آنجا که تاخیر در تشخیص سل با افزایش موربیدیتی ، گسترش بیماری همراه است ، لذا در اغلب بیماران مبتلا به بیماری ریوی همراه با HIV باید ارزیابی سریعی به منظور رد یا تشخیص صورت گیرد .

در بیماران مبتلا به ایدز علائم بالینی و رادیولوژیک سل از علائم سایر بیماریهای ریوی به سختی قابل افتراق هستند . رادیوگرافی قفسه سینه و آزمایش خلط برای مشاهده باسیل ،بهترین اقدام تشخیصی است . در بیمارانی با وضعیت ایمنی نسبتاً خوب و نتیجه مثبت آزمون توبرکولین ، یافته های رادیوگرافی سینه مشابه یافته های افراد با ایمنی طبیعی و اکتیواسیون سل است . (این یافته ها شامل کاویتاسیون و کدورت لوب های فوقانی است) اما همگام با پیشرفت نقص ایمنی در بیمار، یافته ها بیشتر با سل اولیه مطابقت پیدا می کنند ، یعنی لنفادنوپاتی ناف ریه ، افیوژن پلورونمای ارزنی بیشترمشاهده می شود. .

باسیلهای اسید فاست در اسمیر خلط ۴۰ تا ۶۷ درصد بیماران مبتلا به سل همراه با HIV دیده می شود و کشت خلط در ۷۴ تا ۹۵ درصد موارد مثبت است.

با کاهش تعداد CD4 احتمال اسمیر منفی بودن و داشتن رادیوگرافی طبیعی قفسه سینه در بیماران سلی بیشتر می شود .

در بالغ بر یک دوم بیماران سل اسمیر منفی رامی توان بابیوپسی ترانس برونکیال تشخیص داد .

بعضی از جرم های دیگر مثل MAC و مایکوباکتریوم کانزاسی گاهی در بیماران مسلول موجب مثبت شدن اسمیر از نظر AFB می شوند .

افیوژن سلی در بیماران مبتلا به ایدز معمولاً دو طرفه و قسمتی از یک عفونت گسترده است . لنفادنوپاتی احشایی (مدیاستن و داخل شکم) شایع و سی تی اسکن با کنترل است ، نشان دهنده غدد لنفاوی با مراکز low attenuation است که مطرح کننده سل است . حدود ۸۰٪ مبتلایان به سل ارزنی رادیوگرافی سینه غیر طبیعی دارند. در این بیماران آزمون توبرکولین فقط در ۱۰٪ و گسترش خلط تنها در ۲۵٪ موارد ، می باشد ثبت شده است . در حالی که معمولاً نتایج کشت خلط ، خون و سایر نمونه ها ، مثبت است . در صورت وجود علائم عصبی ، انجام سی تی اسکن مجسمه ضروری است .

سل خارج ریوی :

با توجه به شیوع بالای درگیری غدد لنفاوی ، افیوژن پلور ، مننژیت و توبرکولومای مغزی و ... توجه به نکات زیر در افراد HIV⁺ توصیه می گردد .

- در صورتی که علائم التهابی موضعی از قبیل ارغوانی شدن پوست در محل غده لنفاوی و افزایش سریع اندازه آن (بزرگ تر از ۲ سانتی متر) وجود داشته باشند ، پس از گرفتن نمونه جهت انجام بررسی های لازم (اسمیر و کشت ترشحات آسپیره شده و / یا بررسی پاتولوژیک نمونه بیوپسی) در صورت مطابقت با تشخیص سل ، شروع درمان ضد سل و خارج کردن غده لنفاوی توصیه می شود .
- در افیوژن پلور (یک و یا دو طرفه) پس از رد سایر علل باکتریال ، ضمن انجام اسمیر و کشت مایع و در صورت امکان ، انجام بررسی های بیشتر شامل PCR ، کشت نسج پلور و بررسی هیستوپاتولوژیک و تست (ADA)، چنانچه اقدامات تشخیصی به نتیجه نرسد ، شروع درمان آزمایشی ضد سل ، به خصوص در صورتی که PPD بیمار مثبت باشد ، ضرورت دارد .
- در مننژیت و توبرکولومای مغزی ، بیماران با علائم مننژیت حاد و یا مزمن و مایع مغزی نخاعی غیر طبیعی ، در صورت رد سایر عفونت های باکتریال ، در کنار بررسی های بیشتر از نظر قارچ ها و مایکوباکتریوم ، شروع درمان تجربی ضد سل ضرورت دارد .
- در صورتی که بیمار مبتلا به اسپوندیلیت باشد و بررسی های تصویر برداری مطابق با پروسه های عفونی باشد ، اگر بررسی سرولوژیک از نظر بروسلاز منفی بوده و تاخیر قابل توجهی در انجام بیوپسی قابل پیش بینی است ، ضمن ادامه بررسی بیمار. درمان آزمایشی را شروع می کنیم .
- در صورت بروز افیوژن پریکارد به خصوص همراه با تب ، در صورت رد عفونت های باکتریال پیوژن ، ضمن ادامه بررسی بیمار شروع درمان آزمایشی ضرورت دارد .

- در صورت بروز سل ارزنی ، ضمن آنکه بررسی بیمار را برای تایید قطعی بیماری ادامه می دهیم ، شروع درمان تجربی ضد سل ضرورت دارد .

درمان سل :

تمام افراد آلوده به HIV قبل از شروع درمان ضد رترو ویروسی ، باید به وسیله یک PPD ، رادیوگرافی سینه و نمونه گسترش خلط از نظر سل فعال بررسی شده باشند، در صورتی که اسمیر خلط مثبت باشد ، در حضور علائم بالینی باید درمان سل را برای بیمار شروع کرد و در صورتی که اسمیر خلط منفی بوده و تظاهرات رادیولوژیک غیر طبیعی در بیمار وجود داشته باشد ، پس از رد سایر علل بیماری ریوی و تجویز یک دوره رژیم آنتی بیوتیکی با طیف وسیع ، در صورتی که هنوز علائم بالینی وجود داشته و امکان انجام برونکوسکوپی نباشد، می توان درمان تجربی ضد سل را شروع نمود . در بیمار بدحال مشکوک به سل در صورتی که در بررسی های بالینی ، رادیولوژیک و آزمایشگاهی اولیه علت دیگری برای بیماری وی یافت نشود، درمان تجربی را می توان زودتر شروع نمود . داروهای درمان سل به صورت زیر است:

ایزو نیاژید (INH) 5 mg/kg تا حداکثر 300 میلی گرم ، ریفامپین 10 mg/kg حداکثر 600 میلی گرم ، پیرازینامید 20 تا 30 mg/kg روزانه و اتامبوتول 15 تا 20 mg/kg روزانه به مدت 2 ماه داده میشود و سپس ایزونیاژید و ریفامپین با دوز مذکور به مدت 4 ماه دیگر درمان استاندارد سل برای بیمارانی است که تحت درمان ضد رترو ویروسی نیستند. با توجه به شیوع بالای نوروپاتی محیطی در بیماران مبتلا به ایدز، تجویز روزانه 50 میلی گرم پیریدوکسین هم زمان با ایزونیاژید توصیه می شود . در صورتی که پس از 8 هفته پاسخ به درمان بر اساس یافته های بالینی یا میکروبیولوژیکی مناسب نباشد ، باید رادیوگرافی ریه تکرار و آزمایش حساسیت دارویی انجام شود . در صورت مثبت ماندن در ماه پنجم باید اقدام به کشت و آنتی بیوگرام شود.

با در نظر گرفتن این که میزان بیماریزایی و بروز مقاومت دارویی و همچنین احتمال غیبت از درمان ، در افراد آلوده به HIV بالاتر است ، اعمال نظارت مستقیم روزانه بر درمان این بیماران (DOTS) بسیار مهم تر از سایر بیماران بوده و باید به طور جدی تر (با اجرای DOTS توسط پرسنل بهداشتی در تمام طول دوره درمان ضد سل) انجام گیرد .

درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTS) یکی از استراتژی های اصلی و اساسی برنامه پیشنهاد شده سازمان جهانی بهداشت در مبارزه با سل است . در حال حاضر ، مشارکت در برنامه های DOTS تنها راه موفق و موثر برای کنترل سل و جلوگیری از بروز مقاومت دارویی در جوامع است .

ریسک مقاومت اولیه و اکتسابی به ریفامپین زیاد است لذا باید تاریخچه تماس با سل MDR بررسی شود . تست های بررسی حساسیت دارو ها ی ضد سل باید در بیماران صورت گیرد . عوارض جانبی زیاد است ریفامپین و پیرازینامید راش و هپاتیت شدید می دهند .

درمان همزمان ضد رتروویروسی و سل

بسیاری از واجدین شرایط شروع درمان ضد رتروویروسی کسانی هستند که همزمان مبتلا به سل نیز هست اند. سل عامل اصلی مرگ و میر در میان بیماران مبتلا به ایدز می باشد. تنها در سال ۱۹۹۹ حدود ۳۰٪ مرگ و میر های مربوط به ایدز به دلیل سل بوده است از طرفی نیز شروع درمان ضد رتروویروسی برای مبتلایان به سل که در مرحله ایدز هستند تاثیر بسیار مثبتی بر روند بهبودیشان داشته است با توجه به مشکلات اخیر ی که در موضوع درمان همزمان سل و ایدز روبرو شده ایم و با استناد به آخرین دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی و نیز داروهای موجود دستورالعمل زیر تنظیم شده است.

جدول دستورالعمل درمان بیمار براسا وضعیت بیماری

وضعیت بیمار	دستورالعمل درمان
شمارش سلولهای CD4+ کمتر از ۲۰۰ در میلی متر مکعب	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شروع درمان ضد سل ❖ شروع درمان ضد رتروویروسی ظرف مدت ۲ هفته تا ۲ ماه از شروع درمان ضد سل (به محض تحمل درمان ضد سل بوسیله بیمار)
شمارش سلولهای CD4+ بین ۲۰۰ تا ۳۵۰ یا شمارش مطلق لنفوسیتها کمتر از ۱۲۰۰ در میلی متر مکعب	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شروع درمان ضد سل ❖ شروع درمان ضد رتروویروسی بعد از دو ماه از شروع درمان سل
سلولهای CD4+ بیش از ۳۵۰ یا شمارش مطلق لنفوسیتها بیش از ۱۲۰۰	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شروع درمان ضد سل ❖ پایش روتین شمارش سلولهای CD4+ و شروع درمان ضد رتروویروسی زمانی که واجد شرایط شود
عدم دسترسی به شمارش CD4	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شروع درمان ضد سل ❖ شروع درمان ضد رتروویروسی منوط ببه وجود سایر علائم بایلیتی و شمارش مطلق لنفوسیتها خواهد بود.

چنانکه مشخص است درمان ضد رتروویروسی برای کلیه مبتلایان به سل که شمارش سلولهای CD4+ کمتر از ۲۰۰ دارند توصیه شده است. البته درمان سل برای کسانی که مبتلا به سل میشوند از اولویت اول برخوردار می باشد و نباید تحت الشعاع درمان ضد رتروویروسی قرار گیرد.

رژیم دارویی ضد رتروویروسی که در حال حاضر برای مبتلایان به سل همزمان که تحت درمان ضد سل با ریفامپیسین هستند، توصیه میشود: زایدودین + لامیوودین + نویراپین یا افایرنز با دوز ۸۰۰ میلی گرم روزانه

به نکات ذیل توجه کنید :

- ❖ تجویط افایرنز برای زنانی که در دوران بارداری به سر می برند و از وسیله ضد بارداری موثری استفاده نکرده و احتمال بارداری دارند توصیه نمیشود.
- ❖ استفاده همزمان از نلفیناویر یا ایندیناویر با ریفامپیسین، ممنوع است.
- ❖ استفاده از نویراپین همزمان با ریفامپیسین تنها زمانی که امکان انتخاب داروی دیگری وجود نداشته باشد توصیه میشود.

در صورت لزوم درمان همزمان ضد سل و ضد رتروویروسی :

۱- دریافت صحیح و تحت نظارت مستقیم (DOTS) داروهای ضد سل اولویت داشته و ترجیحا از رژیمهای درمانی که حاوی ریفامپیسین هستند استفاده شود.

۲- در صورتیکه بیمار قبلا "تحت درمان ضد رتروویروسی بوده است:

❖ در درجه اول شروع درمان ضد سل حاوی ریفابوتین و ادامه درمان قبلی ضد رتروویروسی توصیه میشود

❖ در صورت عدم دسترسی به ریفابوتین، افایرنز یا نویراپین و تشخیص متخصص عفونی مبنی بر لزوم شروع هرچه سریعتر درمان ضد رتروویروسی، استفاده از سه داروی ایزونیاژید، پیرازینامید و اتامبوتول برای مدت ۱۸ تا ۲۴ سال در کنار رژیم سه دارویی ضد رتروویروسی که حاوی نلفیناویر یا رانیدیناویر است از جحیت دارد.

❖ قطع درمان ضد رتروویروسی به هیچ وجه توصیه نمیشود و تنها در صورتیکه داروی ریفابوتین فوق برای طولانی مدت نداشته باشد قطع تلفیناویر یا ایندیناویر به صورت موقت ممکن است مورد پیدا کند که البته این شرط اصلا "مطلوب نیست".

درمان پیشگیری دارویی:

الف) : سل: با توجه به شیوع سالانه ۱۰-۵٪ بیماری سل در افراد مبتلا به عفونت HIV که دارای تست توبرکولین (PPD) مثبت هستند و با توجه به احتمال بروز بالاتر موارد سل مقاوم به درمان در این گروه، لازم است برای تشخیص، پیشگیری و درمان سل اهمیت خاصی قائل شویم، لذا باید برای تمام افراد آلوده، در بدو تشخیص تست توبرکولین و همچنین CXR و سه نمونه اسمیر خلط در صورت وجود علائم تنفسی و یا خلط درخواست گردد. در خصوص شروع درمان پیشگیری به جدول زیر توجه نمایید.

وضعیت بیماری	وضعیت تست توبرکولین
مرحله بدون علامت	مساوی یا بیش از ۵ میلیمتر
مرحله ایدز	با هر اندوراسیونی

توجه:

در صورت وجود شرح حالی از :

❖ تماس نزدیک اخیر با فرد اسمیر خلط مثبت

❖ سابقه تست توبرکولین مثبت (بیش از ۵ میلیمتر) بدون درمان مناسب

❖ علائم رادیو لوژیک دال بر سل قدیمی بدون سابقه درمان

شروع درمان پیشگیری، صرف نظر از مرحله بیماری، سن، نتیجه تست توبرکولین، توصیه میشود. چنانچه تست توبرکولین منفی باشد، سالانه تکرار گردد، در افرادی که تحت درمان کامل پیشگیری قرار گرفته اند کنترل بلافاصله تست توبرکولین ضرورتی نخواهد داشت.

در صورت مثبت بودن تست توبرکولین، نکته بسیار مهم، رد سل فعال است:

با توجه به میزان بالای سل اسمیر منفی و خارج ریوی و همچنین نوع نمای CXR در افراد مسلول آلوده به HIV دقت در تشخیص بیماری سل حائز اهمیت خواهد بود برای این مهم علاوه بر CXR و سه نوبت اسمیر خلط بهتر است از بیمار یک نوبت کشت خلط نیز گرفته شود.

چنانچه یافته مثبتی مشاهده نشد بر حسب وجود علائم در سایر ارگانها بررسی سل خارج ریوی انجام شود و در صورتیکه نکته مثبتی برای اثبات سل خارج ریوی نیز وجود نداشت آنگاه برای بیمار با توجه به تست توبرکولین مثبت و رد سل فعال در صورتی که بیمار تا کنون درمان پیشگیری مناسب و کافی دریافت نکرده باشد شروع درمان پیشگیری سل توصیه میگردد.

در حال حاضر یکی از دو روش برای پیشگیری TB در بیماران پرخطر توصیه می‌گردد:

۱- ایزونیازید ۳۰۰ میلی گرم روزانه به مدت یکسال (این رژیم برای بیمارانی که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند توصیه می‌شود)

۲- ایزونیازید ۳۰۰ میلی گرم روزانه + ریفامپیسین ۶۰۰ میلی‌گرم روزانه به مدت سه ماه (برای بیمارانی که تحت درمان ضد رتروویروسی نیستند توصیه می‌شود)

باید در نظر داشت که شروع بجا و به موقع داروی پیشگیری سل بیش از ۹۰٪ در جلوگیری از ابتلاء به سل فعال موثر است.

همچنین برای پیشگیری از بروز عوارض نوروپاتی محیطی در کسانی که ایزونیازید مصرف می‌کنند تجویز روزانه ۵۰ میلی گرم پیریدوکسن توصیه می‌شود.

خود را آزمائی :

آیا مطالب زیر را بخاطر سپرده اید ؟

- ۱- تاثیرات متقابل HIV/AIDS در سل را بر یکدیگر بیان نمائید ؟
- ۲- علائم سل را در مراحل اولیه و دیررس آلودگی HIV لیست کنید ؟
- ۳- تشخیص سل در HIV چگونه است ؟
- ۴- درمان سل در بیماران HIV چگونه است ؟
- ۵- پروفیلاکسی سل در بیماران آلوده به HIV چگونه است ؟

فصل هفتم

درمان ضد رتروویروسی (HAART)

اهداف آموزشی :

فراگیر در پایان این فصل باید قادر باشد :

- ۱- داروهای ضد رتروویروسی و اثر آنها را بیان نماید.
- ۲- شرایط شروع درمان ضد رتروویروسی در بزرگسالان و اطفال را بیان نماید .
- ۳- ارزیابی های قبل از شروع درمان ضد رتروویروسی را بیان نماید.
- ۴- عوارض جانبی مهم داروها را بیان نماید.
- ۵- پایش درمان ضد رتروویروسی را بیان نماید .

مقدمه :

طیف داروهای ضد رتروویروسی در حال گسترش است . وجود داروهای درمان HIV طول دوره زندگی بیماران را افزایش داده و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشیده است . در این فصل اصول کلی درمان ضد رتروویروسی و مسائل مهم مرتبط با آن توضیح داده شده است .

کلیات :

در حال حاضر ۵ تا ۶ میلیون نفر مبتلا به ایدز در کشورهای در حال توسعه نیازمند درمان ضد رتروویروسی هستند و این در حالی است که تنها سیصد هزار نفر به این درمان دسترسی دارند سازمان بهداشت جهانی درمان ۳ میلیون نفر تا پایان سال ۲۰۰۵ را هدف قرار داده است. کشورما نیز این هدف را در نظر گرفته و بدنبال افزایش پوششی و درمان ضد رتروویروسی است.

درمان موثر و کامل رتروویروسی به درمانی اطلاق می شود که سطح HIV را به پایین تر از حد قابل شناسایی برساند. این درمان معمولاً با افزایش واضح در تعداد سلولهای CD_4^+ همراه است و علاوه بر مهار تکثیر HIV، به طور مشخص پیشرفت بیماری به سوی ایدز را به تعویق می اندازد و کیفیت زندگی تا حدودی بهتر می شود. با درمان ضد رتروویروسی باروویروس و بیماریزایی آن تا ۵۰ درصد کاهش می یابد. بطور کلی اهداف اولیه درمان ضد رتروویروسی عبارتند از، کاهش باروویروسی، بهبودی سیستم ایمنی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش موربیتدی و مورتالیتی ناشی از ایدز.

برخی از این عفونت ها مانند کریپتوسپوریدیوز و سارکاپوم کاپوشی که قبلاً غیر قابل درمان بوده اند ممکن است بدون درمان خاص و تنها با روش HAART (زمان موثر و کامل ضد رتروویروسی) بهبود یابند. و با این روش پیشرفت بالینی عفونت های عارضه داری مثل CMV و مایکوباکتریوم های آتی پیک را می توان متوقف کرد. درمان ضد رتروویروسی بسیار پر هزینه و پر عارضه است و در نهایت به قطع زنجیره انتقال منجر نمی شود.

داروهای ضد رتروویروسی به دودسته کلی تقسیم بندی می شوند :

الف- داروهای مهارکننده آنزیم ترانس کریپتاز معکوس (RTI) :

ب - داروهای مهارکننده آنزیمهای پروتئاز (PI)

دسته اول به دو گروه تقسیم میشود:

۱- داروهای مهار کننده آنزیم ترانس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی ($NRTI_I$)

۲- داروهای مهارکننده آنزیم ترانس کریپتاز غیرنوکلئوزیدی (NNRTI) برای مهار تکثیر ویروس .

استفاده همزمان از حداقل سه داروی ضد رتروویروسی ضروری است و درمان تک دارویی به علت ناتوانی در مهار کامل تکثیر ویروس و نیز بروز مقاومت دارویی به هیچ وجه توصیه نمی شود . موثرترین رژیم دارویی متشکل از حداقل سه دارو و ترجیحاً از رده های مختلف است .

داروها و دوز موثر به شرح ذیل است:

در ایران در حال حاضر سه دارو برای شروع درمان ضد رتروویروسی کامل (HAART) در دسترسند:

۱- زایدوودین (ZDV یا AZT) ۳۰۰ میلی گرم دوبار در روز یا ۱۰۰ میلی گرم شش بار در روز یا ۲۰۰ میلی گرم سه بار در روز

۲- لامی وودین (۳ TC) ۱۵۰ میلی گرم دوبار در روز (در صورتیکه وزن بیمار کمتر از ۵۰ کیلوگرم باشد دو میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن)

۳- نلفیناویر (NFV) ۷۵۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یا ۱۲۵۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت (نه قرص در روز)

۴- لازم است هر سه داروی فوق به طور همزمان تجویز و استفاده شوند در غیر این صورت احتمال مقاومت دارویی افزایش خواهد یافت. هریک از این داروها دارای عوارض جانبی متعددی می باشد و بیمار باید در حین درمان مورد پایش قرار گیرد. برای اطلاعات بیشتر در خصوص شرایط شروع درمان و غیره به کتاب راهنمای درمان ضد رتروویروسی مراجعه نمایید .

شرایط شروع درمان ضد رتروویروسی :

هدف نهایی از درمان ضد رتروویروسی ، حداکثر مهار HIV است . و مهمترین خطر در صورت تکثیر ویروس پیدایش مقاومت دارویی است . برای شروع درمان پزشک باید با بیمار مشورت کرده و در خصوص هر بیمار جداگانه تصمیم گیری شود . با توجه به پیچیدگیهای رژیم درمانی و نیاز منظم به پایش منظم و پیگیری درمان ، درمان ضد رتروویروسی باید در مراکزی انجام شود که شرایط زیر را داشته باشند :

- وجود امکانات مناسب برای مشاوره در حین درمان به منظور اطمینان یافتن از حمایت های فردی اجتماعی و تشویق بیمار به همکاری و مشارکت در درمان
- توانایی تامین دراز مدت داروهای ضد رتروویروسی
- وجود امکانات مناسب برای تشخیص عوارض شایع وابسته به HIV و عفونت های فرصت طلب
- در دسترس بودن خدمات آزمایشگاهی
- وجود امکانات برای درمان عفونت های فرصت طلب
- وجود درمانگران آموزش دیده
- نظارت متخصص بیماریهای عفونی
- امکان ویزیت مکرر بیماران

معیارهای انتخاب بیماران برای شروع درمان ضد رتروویروسی در افراد بالای ۱۲ سال :

با توجه به تعاریف سازمان جهان بهداشت که در خصوص تعریف ایدز معیار شروع درمان ضد رتروویروسی برای افراد بالای ۱۲ سال به این صورت است:

امکان سنجش سلولهای CD_4^+ هست :

- مرحله چهار بدون در نظر گرفتن تعداد سلول های CD_4^+
- مرحله بالینی یک ، دو یا سه در صورتی که سلولهای CD_4^+ کمتر از ۲۰۰ در میلی متر مکعب باشند .

امکان سنجش سلولهای CD_4^+ نیست :

- مرحله بالینی ۴ بدون در نظر گرفتن شمارش مطلق لنفوسیت ها
- مرحله بالینی دو یا سه با شمارش مطلق لنفوسیت ها کمتر از ۱۲۰۰ در میلی متر مکعب

معیارهای شروع درمان ضد رتروویروسی درمورد کودکان به شرح زیر است :

امکان تست CD_4	سن	وضعیت آزمایشگاهی	مرحله بالینی
وجود دارد	کمتر از ۱۸ ماه	سرولوژی HIV مثبت یا مادر آلوده به HIV	مرحله بالینی ۳ با درصد سلولهای CD_4^+ کمتر از ۲۰ درصد
	بیشتر از ۱۸ ماه	سرولوژی مثبت HIV	مرحله بالینی ۳ بدون در نظر گرفتن درصد سلولهای CD_4^+ مرحله بالینی یک یا دو با درصد سلولهای CD_4^+ کمتر از ۱۵ درصد
وجود ندارد	کمتر از ۱۸ ماه	سرولوژی HIV مثبت یا مادر آلوده به HIV	تنها در صورتی که تست ویرولوژیک مثبت و در مرحله بالینی ۳ باشد ایدز تلقی میشود
	بیشتر از ۱۸ ماه	سرولوژی مثبت HIV	مرحله بالینی ۳

شمارش لنفوسیت ارتباط دقیقی با تعداد سلولهای CD_4^+ ندارد ولی همراهی آن با علائم بالینی شاخص مفید برای تعیین پیش آگهی و بقای بیمار است . شروع درمان بیماران بدون علامت با CD_4^+ بالای ۲۰۰ در هر میلی لیتر توصیه نمی شود . در مرحله انتهایی ایدز ، وجود بدخیمی وسیع و نقص ایمنی شدید و با تعداد سلولهای CD_4^+ کمتر از ۱۰ در هر میلی لیتر ضرورتی برای شروع درمان نیست . چرا که اصولاً در این مرحله بیمار پاسخی به درمان ضد رتروویروسی نخواهد داد .

در هر صورت باید قبل از شروع درمان یک تیم شامل متخصص عفونی و روانشناس در خصوص شروع درمان ضد رتروویروسی برای بیمار تصمیم گیری کنند .

ارزیابی های بالینی قبل از شروع درمان ضد رتروویروسی :
این نکات قبل از شروع درمان ضد رتروویروسی باید ارزیابی شوند .

- تعیین مرحله بالینی عفونت HIV
- سابقه عوارض عفونت HIV
- عوارض قابل درمان وابسته به HIV
- مسائل مهم تاثیر گذار در درمان

نکاتی مهمی که باید در تاریخچه بیمار به آن توجه داشت :

- زمان تشخیص اولیه عفونت HIV
- علائم و مسائل اخیر
- علائم بیماریهای قبلی - سابقه سل و بیماریهای آمیزشی
- احتمال بارداری در زنان مبتلا
- عادات اجتماعی و رفتارهای پر خطر و سوابق جنسی

نکات مهم در معاینه بالینی بیمار :

- تعیین وزن بیمار
- بررسی پوست و غدد لنفاوی از نظر وجود علائم هرپس سیمپلکس، سارکوم کاپوشی ، درماتیت HIV .
لنفادنیت
- بررسی مخاط دهان و حلق از نظر کاندیدیا
- معاینه قلب و ریه
- معاینه شکم به خصوص کبد و طحال
- معاینه کامل دستگاه تناسلی
- معاینه عصب اسکلتی و استخوانی
- معاینه ته چشم

ارزیابی های آزمایشگاهی

آزمایشات زیر باید در زمان شروع درمان ضد رتروویروسی درخواست شوند .

۱- قبل از شروع درمان

CBC,dif-LFT-Cr-BUN-FBS-cholesterol-Triglyceride

تست حاملگی در خانم ها در سنین باروری در همه خانمهای آلوده در صورت تاخیر عادت ماهیانه و یا قبل از شروع درمان ضد رتروویروسی

۲- آخر هر ماه

diff, CBC

۳- آخر ماههای اول و دوم و سوم و پس از آن هر ۶ ماه

Cr,BUN,LFT

۴- آخر هر سال

ESR,LFT,BUN-Cr-FBS-Cholesterol-Triglyceride-CBC

نتایج آزمایشات باید در پرونده های بیماران ثبت شود :

مشکلات شایع در مسیر درمان ضد رتروویروسی عبارتند از :

۱- عدم پیوستگی درمان به دلایل گوناگون

۲- عوارض جانبی داروها

بیمار تحت درمان با روش HAART باید از نظر تبعیت درمان ، تحمل داروها و اثر بخشی درمان پایش شوند .
ویزیت بیماران در خصوص در اوایل شروع درمان به صورت ماهیانه صورت گرفته و در هر بار ویزیت باید در خصوص عوارض جانبی و لزوم تبعیت از درمان بحث شود .

پایش تبعیت از درمان :

عدم تبعیت کامل بیماران از دستورهای دارویی علت اصلی شکست های درمانی است بنابراین باید یک سیستم مراقبتی منظم برای جلب مشارکت بیمار وجود داشته باشد . و مسائل مهم مانند دوز دارو - زمان مصرف دارو ، عوارض جانبی داروها و محدودیت های غذایی باید روشن شود . در انتخاب بیمار برای شروع درمان به تبعیت بیمار، نگرش و باور به درمان ،اعتماد به پزشکان ، مصرف الکل و مواد مخدر و وجود علائم و اختلالات دارویی توجه کنید .

برخی از اقداماتی که در بهبود تبعیت بیماران موثرند شامل این موارد هستند

۱- مشارکت دادن بیمار در تصمیم گیری در شروع درمان ، بحث درباره مزایا و معایب درمان ، عوارض جانبی اجمالی احتمال اینکه شروع درمان توسط بیماری بیانجامد می باشد.

۲- انجام مشاوره های منظم در خصوص لزوم تبعیت درمان در هر بار ویزیت و در نظر داشتن مهارتهای ارتباطی

۳- دسترسی آسان ، دائمی و قابل اطمینان به داروها

ارزیابی تبعیت بیمار و نیز تصمیم گیری در شروع درمان ضد رتروویروسی بر عهده تیم مراقبت شامل پزشک و مشاور بیمار است .

پایش تحمل داروها :

در صورت بروز هر گونه علامت یا نشانه جدیدی بعد از شروع HAART باید علت آن روشن شود . این علائم ممکن است بدلیل عوارض داروها یا بیماریهای همزمان باشد . بعد از شروع درمان برخی عفونت های فرصت طلب مثل سل ، غدد لنفاوی ممکن است ظاهر شوند بنابراین باید زود تشخیص داده شوند . در صورتی که علائم جدید ناشی از عوارض داروها باشند . شاید بتوان با درمان علامتی تا ایجاد تغییراتی در رژیم دارویی و صرفاً اطمینان بخش آن را دفع نمود . برخی از عوارض جانبی جدی مثل آنمی ، نوترونی و درمانیت شدید می توانند به تصمیم گیری برای قطع دارو ها منجر شوند .

در میان عوارض جانبی داروها برخی عوارض شایع مانند سردرد، تهوع، استفراغ و نیز واکنش های خفیف حساسیتی در چند هفته اول HAART برای مصرف داروها مانعی نیستند.

عوارض جانبی داروها :

جدول عوارض جانبی داروهای ضد رتروویروسی و تدابیر ضروری

عارضه جانبی	دارو (میزان بروز)	چه باید کرد
سرکوب مغز استخوان - آنمی و نوتروپنی	zidovdine (%۱-۴۷)	قطع دارو در صورت امکان و تجویز اریتروپوئین یا G-CSF*
اسهال	Nelfinavir (%۳۳-۵۶) Zidovudine (%۱۸)	Difenoxilate+/-opium
سردرد	Zidovudine (%۳۵)	پس از ۴-۲ هفته در اغلب موارد بهبود می یابد. ضمن رد سینوزیت، میگرن، ضایعات مغزی می توان از استامینوفن آسپیرین و NSAIDS نیز استفاده کرد
Insomnia	Stavudine (%۲۹) Zidovudine (%۱۱)	تجویز داروهای سدا تیو (آمی تریپتیلین، دیفن هیدرامین) و پرهیز از کافئین و الکل، در تغییر زمان مصرف دارو در صورت امکان
اختلالات متابولیک (توزیع نامناسب چربی بدن، دیابت و هیپرلیپیدمی)	کلیه pl و احتمالاً NRTI,NNRTI	کنترل این اختلالات به مصرف داروهای خاص نیاز دارد.
تغییرات ناخن (پارونیشیا و هیپرپیگمانتاسیون)	Zidovudine Indinavir	مراقبت معمول از پارونیشیا، تغییرات معمولاً با قطع دارو بهبود می یابند.
تهوع و استفراغ	Zidovudine (%۱۳-۳۳) Nelfinavir (%۱۲)	معمولاً با ادامه درمان، خود به خود برطرف می شوند. مصرف داروهای ضد تهوع مانند متوکلوپراماید و کنترل دقیق وزن و دهیدراتاسیون
پانکراتیت	Didanosine (%۱-۲۳)	قطع دارو در صورت بروز علائم بالینی
نوروپاتی محیطی	Didanosine (%۵-۱۵) Stavudine (%۴-۲۲)	استفاده از سایر داروهای آلترناتیو، علائم ممکن است تا هفته ها بعد از قطع دارو باقی بمانند. از NSAIDS و ضد افسردگی های تری سیکلیک، نوروپاتیک ها و اپیوم می توان کمک گرفت
نفروپاتی / سنگ کلیه	Indinavir (%۴-۲۲)	قطع دارو و جایگزینی داروی دیگر
التهاب دهان		در صورت عود زخم ها قطع دارو
تغییرات چشایی	Indinavir (%۳-۴)	رانیتیدین ممکن است کمک کند. استفاده از مزه دهنده ها
واکنش های افزایش حساسیت و راش جلدی شدید	NNRTI (%۱-۸)	قطع دارو و جایگزین داروی دیگر

درمان ضد رتروویروسی در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر

معیارهای شروع ضد رتروویروسی در این افراد چه از نظر بالینی و چه از نظر ایمنولوژیکی با سایرین مشابه است. موضوعی که حتما باید مورد توجه قرار گیرد، تمکین به درمان آنها است. چگونه تجربه نشان داده است که شروع درمان جایگزین با متادون برای این بیماران نقش موثری در افزایش تمکین ایشان به درمان ضد رتروویروسی دارد. استراتژی دیگری که با هدف افزایش تمکین این بیماران قابل استفاده است از داروهای ضد رتروویروسی با تعداد کمتر قرص روزانه است که امکان نظارت مستقیم بر درمان (DOT) را فراهم می سازد.

موضوعی که باید در نظر داشت دوز متادون است که در صورت استفاده همزمان با نلفیناویر و نویراپین، باید افزایش یابد. این بیماران باید از بابت علائم قطع مواد، از نزدیک پایش شده دوز متادون در طول زمان به مرور و با در نظر گرفتن علائم قطع مواد، افزایش یابد.

درمان مبتلایان همزمان به HIV و هپاتیت C

به طور میانگین تقریباً نیمی از بیماران بعد از ۲۵ سال از اولین تماس با ویروس هپاتیت C، به سیروز مبتلا میشوند. اگر میانه سنی مبتلایان همزمان با HIV و هپاتیت C را ۴۰ سال بدانیم و اغلب آنان نیز مصرف کنندگان تزریقی مواد باشند. که در حدود ۲۰ سالگی شراکت در سرنگ و سوزن را شروع کرده باشند در این صورت اغلب مبتلایان هم اکنون باید به فیبروز بارز کبدی مبتلا باشند. لذا در صورت عدم درمان در دهه آینده یک افزایش سریع در عوارض کبدی در میان مبتلایان به HIV انتظار خواهد رفت. با در نظر گرفتن اینکه اغلب مبتلایان به HIV در کشور ما را مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر در برمیگیرند و نیز هپاتیت در این گروه خاص بسیار شایع است لازم است که کلیه موارد شناسایی شده مبتلا به HIV در ابتدا از نظر وجود آنتی بادی علیه هپاتیت C غربالگری شوند. در حال حاضر برنامه مراقبت خاصی برای مبتلایان همزمان به HIV و هپاتیت C وجود ندارد. درخصوص درمان نیز براساس آخرین اطلاعات موجود میزان پاسخ به درمان هپاتیت C در بیمارانی که همزمان به HIV مبتلا هستند حتی با استفاده از یک انترفرون و ریباویرین، پایین تر است. روی هم رفته میزان پاسخ دائمی در حدود ۲۰ تا ۳۵٪ بوده که تقریباً نصف پاسخی است که در افراد HIV منفی دیده میشود. پاسخ به درمان به صورت دائم در مبتلایان به هپاتیت با ژنوتایپ ۲ و ۳ حدود ۴۰ تا ۶۰٪ اما پاسخ به درمان در انهایی که با ژنوتایپ ۱ و ۴ ویروس آلوده شده اند، حدود ۲۵٪ است. متأسفانه در حال حاضر اطلاعاتی از ژنوتایپ غالب آلودگی در کشورمان در دست نیست.

از مشکلات دیگری که در این میان وجود دارد احتمال بالای قطع درمان در این بیماران است که بیش از ۲۵٪ برآورد شده است. این مشکل عمدتاً بدلیل عوارض جانبی داروها و نیز عدم مهارت پزشکان در برخورد با این موضوع بوده است. باید در نظر داشت که عود نیز در این بیماران شایعتر است.

عواملی که در مبتلایان همزمان به HIV منجر به پاسخ ضعیفتر به درمان هپاتیت C میشود:

تاثیر کمتر درمان هپاتیت C در جایی که اختلال ایمنی بدلیل HIV وجود دارد.
 درجه فیبروز کبدی پیشرفته تر
 میزان بروز بالاتر استئاتوز (الکل، آنالوگ های نوکلئوزیدی)
 وجود بارویروسی بیشتر هپاتیت C
 میزان پایین تر زوددگی ویروس بعد از درمان
 شیوع بالاتر عود بعد از قطع درمان
 شیوع بالاتر قطع درمان بدلیل بروز عوارض جانبی
 تحمل پایین تر نسبت به داروها

هزینه بالای درمان هپاتیت نیز از مشکلات عمده موجود میباشد که با در نظر گرفتن اثربخشی محدود و عوارض زیاد این درمان فعلاً تا زمانی که هزینه اثر بخشی آن مشخص نشده است درمان هپاتیت با هزینه خود مبتلایان انجام خواهد شد.

واجدین شرایط شروع درمان هپاتیت C:

- ۱- مکرراً آنزیمهای کبدی (آلاتین ترانسفراز) بالا داشته باشند.
- ۲- آزمایش POR از نظر هپاتیت C مثبت باشد.
- ۳- شمارش سلولهای CD4 مثبت بالاتر از ۳۵۰ داشته باشند.
- ۴- قبلاً سابقه علائم نارسایی کبدی نظیر آسیت، خونریزی دستگاه گوارش، انسفالوپاتی نداشته باشند.
- ۵- سابقه قبلی اختلالات نوروسایکتریک نداشته باشند.

۶- افرادی که در حال حاضر مصرف کننده تزریقی مواد مخدر و یا الکلیک نباشند . بیمارانی که تحت درمان با متادون هستند از این قاعده استثناء هستند . در این بیماران دوز متادون باید تعدیل شود.

شروع درمان با دو داروی پگ انترفرون و ریبوویرون ، برای کسانی که شمارش سلولهای CD ۴ آنها کمتر از ۳۵۰ است در حال حاضر توصیه نمیشود . دلیل آن پاسخ درمانی ضعیف و بیشتر شدن احتمال بروز عفونت های فرصت طلب میباشد . در این زمان شروع درمان ضد رتروویروسی هپاتیت C منوط به وجود یک تیم قوی شامل متخصصین بیماریهای عفونی با تجربه ، روانشناس و روانپزشک میباشد . تمکین به درمان یک عامل کلیدی مهم در دستیابی به پاسخ مناسب بوده و ارزیابی تمکین بیماران باید همانند ارزیابی برای شروع درمان ضد رتروویروسی صورت پذیرد.

طول مدت درمان برای کسانی که با ژنوتایپ ۲ و ۳ آلوده شده اند حداقل شش ماه و برای کسانی که با ژنوتایپ ۱ یا ۴ آلوده شده اند حداقل یک سال باید باشد.

پایش بیماران HIV مثبت تحت درمان هپاتیت C : به این صورت خواهد بود که در صورتیکه بعد از ۱۲ هفته از شروع درمان ، HCV_RNA بیش از ۲ لوگاریتم کاهش نشان دهند ، درمان ادامه می یابد و در غیر این صورت قطع میشود .

نقش بیوپسی کبد برای تصمیم گیری در درمان مبتلایان همزمان به HIV و هپاتیت C هنوز مورد بحث است . در صورتیکه بیماران تمایلی به انجام بیوپسی نداشته باشند ، و یا با در نظر گرفتن سایر مشکلات و احتمال پیشرفت سریعتر به بیماریهای کبدی شدید ، تجویز درمان هپاتیت C نباید منوط به بیوپسی بشود . در بیمارانی که انزیمهای کبدی نرمال دارند بیوپسی کبد حتما باید قبل از تجویز درمان انجام شود.

برخورد با عوارض جانبی درمان هپاتیت C در افراد HIV مثبت :

عوارض داروهای هپاتیت C به طور شایعی دیده میشوند و میتوان آنها را به پنج گروه دسته بندی کرد :

۱- علائم شبیه انفلوانزا (سردرد ، تب ، آستنی ، میالژی ، کاهش اشتها)

۲- عوارض هماتولوژیک (معمولاً آنمی)

۳- اختلالات نوروسایکتریک (افسردگی ، حساسیت ، اینسومنیا)

۴- علائم دستگاه گوارشی (تهوع اسهال)

۵- التهاب در محل تزریق

بعلاوه ، برخی عوارض مثل آلپسی ، اختلال در عملکرد تیروئید نیز ندرتا ممکن است دیده شود . رویهم رفته این عوارض در ۱۵٪ موارد منجر به قطع درمان و در ۲۰ تا ۲۵٪ منجر به کاهش دوز داروها ، میشود . بیماران باید نسبت به عوارض و چگونگی پیشگیری و برخورد با این عوارض آشنایی داشته باشند (مثلا برای عوارض شبه آنفلوانزا میتوان از استامینوفن استفاده نمود) درمان افسردگی باید به محض شروع علائم مدنظر قرار گیرد . پگ انترفرون ممکن است منجر به کاهش شدید سلولهای $CD 4^{+}$ ، نوتروپنی شود . که بعد از قطع آن برگشت پذیر است . ریباویرین نیز می تواند ظرف ۱۲ هفته از درمان ایجاد آنمی کند . آگاهی ناکافی پزشکان درمانگر و نیز عدم توجه کامل بیماران دو عامل مهم در قطع درمان به شمار می روند . لذا پزشکان باید تجربه و مهارت خود را در برخورد با عوارض جانبی داروها افزایش داده تا آنجا که مسمومیت های جدید بروز نکرده است ، تلاش خود را برای نگهداری بیماران در درمان بکنند .

همانگونه که اشاره شد عوارض همتولوژیک ممکن است بوسیله پگ انترفرون ویا ریباویرین ایجاد شود . آنمی بدلیل ریباویرین مشخصاً خفیف بوده وبدلیل همولیز خارج عروقی ایجاد شده همراه با رتیکولوسیتوز میباشد . اگر چه کاهش دادن دوز ریباویرین بروز آنمی را کاهش می دهد اما استفاده از اریتروپوئیتین در رفع این موضوع بسیار موثر دیده شده است . تجویز فولینیک اسید نیز توصیه شده است . در صورت ادامه یافتن آنمی ، زمانی که هموگلوبین به کمتر از ۱۰ گرم در دسی لیتر باید قطع شود .

لوکوپنی بخصوص نوتروپنی وبه میزان کمتر لنفوسیتوپنی ، ممکن است با دریافت پگ انترفرون دیده شود . بخصوص بیماران باید از احتمال بیشتر سلول های $CD 4^{+}$ خویش آگاه باشند . در اغلب موارد اگر چه شمارش مطلق این سلول ها کاهش می یابد اما درصد آنها حفظ می شود . همچنین این وضعیت با قطع درمان انترفرون باز میگردد.

تداخل دارویی: میان داروهای ضد رتروویروسی وریباویرین می تواند مشکل آفرین باشد . از آنجا که آنمی یکی از عوارض شایع ریباویرین است توجه به این عارضه در بیمارانی که زایدوودین در یافت می کنند ضروری است . در بیمارانی که آنمی ناشی از زایدوودین دارند شروع درمان هپاتیت ث باید با احتیاط صورت گیرد وقبل از تجویز ریباویرین ، درصورت امکان داروی دیگری جایگزین زایدوودین شده ویا پایش نزدیک هموگلوبین در شش هفته اول درمان انجام شود .

ریباویرین میتواند با افزایش غلظت متابولیت های دیدانوزین در داخل سلول ها ، ریسک تخریب میتوکندریال را افزایش دهد . موارد بسیاری از پانکراتیت یا اسیدوز لاکتیک در مواردی که ریباویرین و دیدانوزین همزمان استفاده کرده اند ، گزارش شده است . لذا بیمارانی که تحت درمان با ریباویرین قرار می گیرند باید از مصرف دیدانوزین پرهیز نمایند ویا پیش نزدیک لاکتات سرم و سطح آمیلاز توصیه می شود وبیماران باید از هرگونه علامت ناشی از اسید لاکتیک ، (ناراحتی های گوارشی ، تب ، ضعف ، تهوع واستفراغ) آگاه شوند .

در خصوص نقش استاودین در بروز اسیدوز لاکتیک نیز اگرچه به میزان کمتر، گزارشاتی در دست می باشد. اخیراً موارد نارسایی کبدی که بعضاً مرگ آسا بوده در افرادی که ریباویرین و دیدانوزین همزمان استفاده میکرده اند دیده شده است. همه این موارد سیروز داشته اند و مصرف همزمان دیدانوزین و ریباویرین نقش فزاینده ای در نارسایی کبد داشته است. لذا تجویز همزمان ریباویرین و دیدانوزین در بیمارانی که دچار فیروز پیشرفته کبدی هستند ممنوعیت دارد.

در آخر، مشاهدات متعددی از این حقیقت است که ریباویرین در صورتیکه همزمان با برخی از آنالوگ های نوکلئوزیدی بخصوص استاودین استفاده شود میتواند از دست دادن چربی زیر پوست را تشدید کند. در این صورت کاهش وزن شدید شبیه لیپو آتروفی پیشرونده، می تواند به عنوان یک عارضه تیپیک ناشی از مصرف ریباویرین و داروهای ضد رتروویروسی شمرده شود. بیماران باید از خطر این عارضه آگاه شده و در صورت امکان داروهایی که عارضه لیپودیستروفیک کمتری دارند تجویز شود.

مسمومیت کبدی ناشی از داروهای ضد رتروویروسی

در حدود ۵ تا ۱۰ درصد بیمارانی که درمان سه دارویی ضد رتروویروسی را آغاز میکنند، افزایش آنزیمهای کبدی درجه ۳ یا ۴ (بیش از ده برابر) دیده میشود. این میزان در بیمارانی که زمینه هپاتیت C مزمن دارند شدیدتر مشاهده میشود. بعلاوه برخی داروها نظیر نویراپین، ریتاناویر با دوز کامل ممکن است بیشتر با عارضه مسمومیت کبدی همراه باشند. لذا آنزیمهای کبدی در بیمارانی که درمان ضد رتروویروسی را شروع میکنند بخصوص در صورتیکه داروهای فوق الذکر در کسانی که هپاتیت C دارند شروع میشود. باید از نزدیک پایش شود. برخی داروها مثل نویراپین ممکن است بعد از ۶ ماه از درمان، عوارض کبدی ایجاد کنند افزایش آنزیمهای کبدی بعد از درمان ضد رتروویروسی ممکن است بواسطه مکانیزم های دیگر نیز حادث شود. در بیماران با شمارش سلول CD4+ پایین و یا بار ویروسی بالا، درمان موفق ضد رتروویروسی میتواند پاسخ ایمنی را افزایش داده و سلولهای کبدی حاوی ویروس هپاتیت C را بهتر شناسایی کرده و منجر به تخریب وسیع این سلولها شود. تا زمانی که بیمار بدون علامت بوده و آنزیمهای کبدی بیشتر از ۱۰ برابر افزایش نیافته اند (درجه ۴ مسمومیت) درمان باید ادامه یافته و آنزیمها از نزدیک پایش شوند چرا که در بسیاری از موارد آنزیمها به میزان طبیعی باز خواهند گشت. از طرف دیگر پدیده حساسیت که ممکن است مدتی بعد از شروع نویراپین دیده شود میتواند همراه با افزایش آنزیمهای کبدی باشند. به نظر نمیرسد وجود زمینه هپاتیت C مزمن، نقشی در بروز این پدیده داشته باشد.

افزایش آنزیمهای کبدی بعد از شروع درمان ضد رتروویروسی در بیمارانی که زمینه هپاتیت B یا C دارند شایعتر است. لذا داروهایی که بیشتر با عوارض مسمومیت کبدی همراه هستند مثل نویراپین و ریتاناویر، باید در بیماران مبتلای همزمان به هپاتیت و HIV با دقت بیشتری تجویز شود. این داروها در بیمارانی که علائم

کبدی یا افزایش سطح ترانس آمینازهای درجه ۴ (بیش از ده برابر افزایش) را نشان میدهند باید قطع و داروهای دیگر جایگزین شود . مجدداً تاکید میشود که در برخی از موارد بعد از شروع درمان ضد رترو ویروسی ، احیای سیستم ایمنی میتواند منجر به افزایش سطح ترانس آمینازها شود . پایش نزدیک این بیماران در هفته های اول ، با مشاهده بهبود تدریجی اختلالات کبدی بدون قطع درمان ، در ماندگاری آنها در درمان کمک خواهد کرد .

علائم بالینی و آزمایشگاهی مقاومت دارویی

۱- بروز علائم عفونت های فرصت طلب جدید یا علائم بدخیمی که نشانگر پیشرفت بالینی بیماری است . این موضوع باید از علائم سندروم بازسازی ایمنی که در سه ماه اول شروع درمان ضد رترو ویروسی ممکن است رخ دهد افتراق داده شود . در حالت اخیر ، علائم بیانگر نارسایی درمان نبوده درمان عفونت های فرصت طلب بدون ایجاد تغییر در رژیم درمانی ضد رترو ویروسی ، باید به شکل معمول صورت پذیرد . سندروم بازسازی ایمنی شامل علائم و نشانه های بیماریهای فرصت طلب است که ظرف چند هفته اول شروع درمان ضد رترو ویروسی بروز میکند .

۲- بروز مجدد عفونت های فرصت طلب قبلی

۳- بروز یا عود علائم بالینی مرحله ۳ شامل سندروم تحلیل منتشر ، اسهال مزمن ، تب طول کشیده بدون توجیه و غیره

۴- بازگشت تعداد سلولهای $CD4^+$ به میزان پیش از شروع درمان بدون اینکه عفونت یا عامل دیگری توجیه کننده این افت تعداد سلولها باشد.

۵- افت بیش از ۵۰٪ در سطح سلولهای $CD4^+$ بدون اینکه دلیل موجهی برای موضوع مشخص شده باشد.

توجه : در صورتیکه تشخیص شکست درمان تنها براساس شمارش $CD4^+$ صورت می گیرد ، لازم است که در صورت امکان شمارش $CD4$ تکرار و کاهش آن اثبات شود .

موارد ذیل نشانگر شکست درمانی می باشد :

۱- بازگشت ویروس قابل شناسایی در پلاسما پس از محو اولیه

۲- افزایش پیش از ۳ برابر تعداد ویروس

۳- کاهش واضح و پایدار $CD4$

۴- بدتر شدن علائم بالینی

درمان ضد رتروویروسی در زنان در سنین باروری :

هنوز درباره تراژژنیک بودن داروها اطلاعات کاملی در دست نیست بنابراین انجام آزمون قبل از بارداری ضروری است .

- زنان تحت درمان ضد رتروویروسی باید اصول پیشگیری از بارداری را رعایت کنند .
- در سه ماهه اول بارداری باید داروهای ضد رتروویروسی را با احتیاط مصرف کرد . اما ویرنز در خانم هایی که احتمال بارداری دارند توصیه نمی شود .
- درمان پیشگیری کامل می تواند ریسک HIV کودک را تا ۶۷ درصد کاهش دهد . بنابراین کلیه زنان باردار باید از هفته ۱۴ بارداری درمان ضد رتروویروسی را دریافت کنند .

درمان پیشگیری بعد از تماس :

PEP یا درمان پیشگیری بعد از تماس یک دوره درمانی کوتاه مدت انتی ویرال بمنظور کاهش خطر عفونت HIV بعد از تماس شغلی است .

خطر بروز عفونت HIV بعد از فرورفتن سوزن (needle stick) در بدن فرد سالم کمتر از ۰/۳٪ است درصد خطر تماس با مایعات آلوده یا بافت آلوده از خطر تماس با خون کمتر است .

وجود امکانات PEP ضمن اینکه خطر انتقال عفونت HIV را کم می کند انگیزه کارکنان درگیر برای کار با بیماران HIV مثبت را افزایش می دهد

اقداماتی که بعد از یک تماس شغلی باید صورت گیرد.

۱- اقدامات اولیه باید بلافاصله برای ناحیه آسیب دیده صورت گیرد . محل زخم در پوست باید باز باشد . تا

خون و مایعات با آب و صابون شسته شود . همچنین مخاطات باید با آب بخوبی شسته شوند .

۲- میزان تماس برای نظر امکان انتقال عفونت HIV باید ارزیابی شود

۳- PEP باید شروع شود. چنانچه با شخص HIV مثبت تماس گرفته شد و موجب آلودگی شد باید تست

شود و در صورت مثبت بودن تست و سپس PEP شروع شود

۴- فرد تماس یافته باید از نظر ویروس HIV پایش شود و از فردی که منبع تماس بوده است تست HIV در همان زمان مراجعه بعمل آید .

۵- تست های لازم و ارزیابی ها کلینیکی فرد مواجهه یافته باید ادامه پیدا کند .

۶- آموزش مواجهه ات باید صورت گیرد .

۷- گزارش مورد تماس یافته باید ارسال شود .

پروفیلاکسی بعد از تماس هر چه زودتر بدون تاخیر طی ۲ تا ۴ ساعت بعد از تماس باید صورت گیرد . ولی در صورت تأخیر هر زمان در روزهای اول قابل انجام است

ترکیب دارویی پیشنهاد شده از سوی WHO در مواردی که مقاومت از فردی که مواجهه با آن صورت گرفته نسبت به زایدوودین و یا لایوودین وجود ندارد شامل داروهای ذیل است .

۱- زایدوودین (Zidovudine) ۲۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز

۲- لامیوودین (Lamivudine) ۱۵۰ میلی گرم ۲ بار در روز

اگر امکان اضافه کردن داروی سومی وجود دارد .

۳- ایندیناویر (Indinavir) ۸۰۰ میلی گرم ۳ بار در روز یا افایرنز (Efavirenz) ۶۰۰ میلی گرم روزانه (البته در زنان باردار نباید استفاده شود)

حداقل طول دوره درمان ۲ هفته و حداکثر طول دوره درمان ۴ هفته است . برای شروع درمان حتما باید یک متخصص عفونی با فرد مواجهه یافته مشاوره های لازم را صورت دهد .

این افراد باید در طول ۳ تا ۶ ماه از نظر سرولوژیک پیگیری شوند .

درمان ضد رتروویروسی در معتادان تزریقی :

معتادان تزریقی بدلیل نحوه زندگی و تداخلی که داروهای ARV با داروهای مثل معتادان دارند با مسائل خاصی روبرو هستند . بنابراین توجه ویژه در حین درمان و همچنین نظارت مستمرتری نیاز دارند .

خود آزمائی :

آیا مطالب ذیل را بخاطر سپرده اید ؟

- ۱- آیا شرایط شروع درمان ضد رتروویروسی را می دانید ؟
- ۲- آیا رژیم های درمان ضد رتروویروسی را می دانید؟
- ۳- آیا ارزیابی برای شروع درمان ضد رتروویروسی را می دانید ؟
- ۴- آیا عوارض جانبی مهم داروهای ضد رتروویروسی را می دانید ؟
- ۵- آیا تداخلات مهم دارویی داروهای ضد رتروویروسی را می دانید ؟
- ۶- آیا نحوه پایش درمان ضد رتروویروسی را می دانید ،

:

فصل هشتم

HIV/AIDS مشاوره

اهداف آموزشی ;

فراگیر در پایان این بخش باید قادر باشد ;

- ۱- مفاهیم کلی مشاوره (HIV/AIDS) و نقش مشاوره را بیان نماید .
- ۲- بخش های مختلف مشاوره HIV/AIDS را بیان نماید .
- ۳- مشاوره پیش از آزمایش را بیان نماید .
- ۴- مشاوره پس از آزمایش را بیان نماید .
- ۵- مشاوره داوطلبانه (VCT) را بیان نماید .
- ۶- مشاوره در سایر موارد را در برنامه HIV/AIDS بیان نماید .

مقدمه :

ایدز فراتر از یک بیماری جسمی و عادی است . تاثیرات ناشی از بیماری بر فرد و همچنین اجتماع شیوه برخورد با این بیماری را متفاوت می کند . شرایط کنونی این بیماری یعنی درمان پذیر نبودن آن انگ اجتماعی ناشی از بیماری و ... موجب می شود تا در افرادی که برای اولین بار متوجه بیماری در خود می شوند احتمال بروز رفتارهای ناهنجار وجود داشته باشد . از همین رو مشاوره از همان مراحل ابتدایی و در تمام طول زندگی بیمار آلوده به HIV نقش مهمی دارد . بر همین اساس در این فصل مشاوره و انواع مشاوره در HIV و ایدز به اختصار توضیح داده شده است .

کلیات مشاوره :

مشاوره یک محتوای ضروری در مراقبت HIV/AIDS و یک بخش اساسی و مطلوب در جهت دهی بالینی می باشد . مشاوره یک اقدام مهم برای پیشگیری از انتقال گسترده تر است . پیامدهای اجتماعی HIV بسیار وسیع شده است .

موضوعات اجتماعی مهم در خصوص HIV/AIDS شامل این موارد هستند :

۱- **پیشداوری** ، سرزنش و لکه ننگ . در اجتماع پاره ای از مردم دسته ای از بیماران HIV مثبت را مقصر می دانند و آنان را شایسته سرزنش و جدا کردن و تنبیه می دانند .

۲- **جداسازی و کناره گیری** ، مردم سعی می کنند تا از افراد مبتلا به ویروس HIV و خانواده آنها کناره گیری کنند و ارتباط با این افراد را مردود می دانند و درخواست زیادی برای جدا کردن آنان از جامعه وجود دارد .

۳- **حمایت و همدردی بیش از حد** ، این نوع حمایت بویژه در مورد ابتلای غیر ارادی صادق است .

۴- **از دست دادن شغل**، این افراد ممکن است شغل خود را از دست بدهند .

۵- **حق زنان HIV مثبت برای طلاق و حاملگی و سقط جنین**

۶- **آزمایش قبل از ازدواج**، برای اینکه آزمایش پیش از ازدواج اختیاری باشد یا اجباری دارای بازتاب اجتماعی وسیعی است .

۷- **حق افراد مبتلا به ویروس نارسایی ایمنی انسانی مثبت برای ازدواج** ، عده ای معتقدند این افراد نباید ازدواج کنند .

بهر حال به موضوعات بالا اشاره شد تا لزوم وجود حمایت های اجتماعی برای HIV/AIDS گوشزد شود . مشاوره HIV/AIDS درواقع پاسخ به نیازهایی است که ممکن است قبل از تشخیص تا موقع مرگ برای یک مورد بیمار آلوده به HIV پیش بیاید . دادن اطلاعات لازم به فرد بمنظور تصمیم گیری برای انجام تست

، مشاوره پس از آزمایش و اطلاع دادن به فرد بیمار، کمک به فرد در طول دوره بیماری برای رفع نیازها و حل مشکلات وی، توانمند کردن فرد برای مقابله با مشکلات جسمی و روانشناختی در طی بیماری، مشاوره در خصوص رفتارهای پر خطر و آموزش به افراد برای برخورد جدی با مشکلات آنها است. مشاوره در واقع نوعی گفتگو بین یک مراجعه کننده و یک مراقبت کننده است تا مراجع را در مقایسه با استرس و تصمیم گیری درمورد این شرایط توانمند سازد. فرایند مشاوره شامل ارزیابی خطر تشخیصی از لحاظ انتقال عفونت و تسهیل رفتارهای پیشگیری کننده است.

در برنامه های مشاوره در ایدز دو هدف عمده دنبال می شود:

۱- ارائه حمایت روان شناختی به کسانی که زندگیشان بوسیله این عفونت تحت تاثیر قرار گرفته است.

۲- پیشگیری از عفونت نارسایی ایمنی انسانی و انتقال به افراد دیگر

رسیدن به هدف های یاد شده از راههای ذیل بدست می آید:

۱- آماده کردن مراجع از طریق دادن اطلاعاتی در خصوص بیماری

۲- کمک به دوستان و خانواده و افراد مبتلا تا واکنش های هیجانی مربوط به این آلودگی مثل عصبانیت، ترس و انکار کنترل شود.

۳- گفتگو در مورد فعالیت ها و برنامه هایی که با نیازها و شرایط مراجع سازگار است.

۴- تشویق به تغییر رفتار، که برای کنترل و پیشگیری عفونت لازم است. مانند توصیه به داشتن روابط جنسی سالم. مشاوره حمایت روان شناختی لازم را فراهم می کند و مسئولیت پذیری فرد را بیشتر می کند.

مشاوره انواع مختلفی دارد:

الف- مشاوره در بحران

ب- مشاوره حل مشکلات

ج- مشاوره تصمیم گیری

از آنجایی که عفونت HIV تهدید کننده بقاء زندگی است و ننگ اجتماعی بدنبال دارد مشاوره در بحران لزوم می یابد در طی مشاوره در بحران فرد مشاور باید با استفاده از مهارت های مشاوره فرد را حمایت کرده تا او بتواند واقعیت پیش آمده را پذیرا باشد.

مشاوره حل مشکل در عفونت HIV و ایدز در واقع برای توان مدیریت بر مشکلات پیش آمده استوار است و شامل برنامه ریزی برای پیشگیری از انتقال HIV است.

درمشاوره، فرد با آگاهی از رفتارهای مخاطره آمیز و با تشخیص عفونت مراجع می باید در مورد ایجاد تغییرات رفتاری تصمیم بگیرد، مشاوره باید ویژگی هایی را داشته باشد که برای آگاهی از آنها به کتاب های مرتبط در این زمینه مراجعه شود.

مهارت های مشاوره و منابع :

شیوه های مشاوره مفید هستند اما توانایی تشکیل یک رابطه یاری بخش از همه مهمتر است. یک رابطه یاری بخش از برخی جهات مشابه یک رابطه دوستانه است اما از نظر داشتن هدف متمایز از آن است. مشاوره هم علم است و هم هنر، زیرا نه تنها احتیاج به اطلاعات درباره عفونت HIV و آیدز دارد بلکه به شناخت و تسلط بر خود و خویشنداری احتیاج دارد. مشاوره می باید به تعادل بین نرمی و پذیرش از یک سو و بی طرفی از سوی دیگر دست یابد مشاوره با ارتباط کلامی و غیر کلامی مربوط بوده و از گفتگوهای معمولی از جهت تبادل اطلاعات اختصاصی و متمرکز و داشتن هدف متمایز می گردد. مشاور باید مهارتهای بسیاری از جمله گوش دادن، همدلی، مقابله، انگیزتن و تهیه برنامه عملی را بهبود بخشد. برای ارزیابی خطر رفتارهای مراجع، مشاور می باید توانایی گرفتن اطلاعات در مورد موضوع های حساس از جمله رفتارهای جنسی و تزریق را داشته باشد که تنها از طریق سئوالهای آگاهانه میسر است. این سئوالها همچنین می باید به صورتی مورد استفاده قرار گیرند که تمامی افراد مراجعه کننده، اطلاعات پایه و اساسی در مورد عفونت HIV و روش های جلوگیری آن را درک نمایند.

انواع مشاوره در برنامه HIV/AIDS

مشاوره قبل از آزمایش :

هدف مشاوره این است تا افراد را آماده سازد که با استرس و یا بحران، بهتر مقابله کنند. معنای درست حل مسئله را دریابند و بر اساس اطلاعات صحیح و مناسب تصمیم بگیرند.

اهداف مشاوره قبل از آزمایش عبارتند از :

- ۱- اطمینان از این که هر تصمیم در مورد آزمایش بر اساس آگاهی کامل از مفاهیم فردی، پزشکی، قانونی و اجتماعی مربوط به نتیجه مثبت، اتخاذ می شود.
- ۲- ایجاد آمادگی برای کسانی که با بحرانهای ناشی از نتیجه مثبت روبرو هستند.

۳- آماده کردن افراد ، خواه کسانی که می خواهند آزمایش شوند ، خواه آنانی که نمی خواهند ، چه نتیجه مثبت باشد و چه منفی ، برای دریافت اطلاعاتی که خطر انتقال را کم می کند .

مشاوره و آزمایش خون داوطلبانه باید برای موارد ذیل در نظر گرفته شود :

- ۱- افراد که بیماری آمیزشی دارند
- ۲- افرادی که بدنبال درمان اعتیاد هستند یا سابقه استعمال تزریق داخل وریدی دارند .
- ۳- مردان همجنس باز
- ۴- افرادی که بین سالهای ۱۳۵۷ تا ۱۳۶۴ خون دریافت داشته اند .
- ۵- در صورت شیوع بالای HIV در کلیه زنان سنین بارداری منطقه
- ۶- افرادی ویژه مثل مسلولین
- ۷- افراد دارای عوامل خطر شناخته شده
- ۸- افرادی که در سیستمهای تادیبی هستند و زنان روسپی

مراحل مشاوره قبل از آزمایش :

قبل از اینکه آزمایش داوطلبانه انجام شود ، افراد باید بطور آگاهانه و از روی رغبت، رضایت داده باشند. محرمانه بودن اطلاعات ضروری است . بنابراین در این مشاوره با فرد پیش از اینکه آزمایش بدهد مشاوره بعمل می آید و در طی این مشاوره اقدامات زیر صورت می گیرد .

- ارزیابی میزان خطر
- ارزیابی اطلاعات بیمار از HIV
- صحبت در مورد آزمایش ها و معنای نتایج آن
- ارزیابی مهارتهای مقابله ای بیماری

بنابراین قبل از انجام آزمایش با مشاوره ، پذیرش لازم در مراجع ایجاد شود .

اجزاء اساسی جلسه مشاوره پیش از آزمایش شامل موارد ذیل است .

- ۱- پرسش مستقیم از مراجع که به چه دلیل به آزمایش نیاز دارد .

۲- توضیح آزمایش و نتیجه آن

۳- صحبت در مورد معنای آزمایش مثبت ، یعنی فرد مبتلا شده است، اما الزاماً به مرحله ایدز نرسیده است .

۴- صحبت در مورد معنای نتیجه آزمایش منفی ، یعنی که فرد فعلاً مبتلا نیست ، اما درمقابل ویروس هم مصونیت ندارد .

۵- صحبت در مورد احتمال نتیجه مثبت کاذب و نتایج نامشخص

۶- صحبت در مورد کاهش خطر و شیوه های اصلاح رفتار

۷- صحبت در مورد محرمانه بودن نتایج آزمایش

۸- صحبت در مورد آزمایشات بدون نام

۹- صحبت در مورد استرس ناشی از انتظار نتایج و واکنشهای احتمالی

۱۰- صحبت در مورد پیامدهای اجتماعی ناشی از داشتن آزمایش سرمی مثبت

۱۱- کمک به مراجع در تصمیم به انجام آزمایش

۱۲- جلب موافقت قبل از اینکه آزمایش داوطلبانه صورت گیرد

۱۳- تعیین قرار برای ملاقاتهای بعدی

خلاصه اینکه هر فردی قبل از اقدام به انجام آزمایش HIV باید مشاوره شود و در مشاوره باید به نکات فوق توجه شود .

مشاوره قبل از آزمایش یکی از ارکان برنامه های مداخله ایدز است .

مشاوره پس از آزمایش :

برای فردی که آزمایش بعمل آمده است باید بصورت مناسبی نتیجه آزمایش اطلاع داده شود . این روش مشاوره پس از آزمایش نام دارد و این اهداف را دارد .

الف) اهداف مشاوره بعد از آزمایش :

- ۱- آماده کردن نتیجه آزمایش خون
 - ۲- ارزیابی اطلاعات مراجع از نتیجه آزمایش
 - ۳- کمک به مقابله یا واکنشهای روانشناختی
 - ۴- مشخص کردن احتمال تداوم رفتار مخاطره آمیز و نیاز به مراقبت پیگیرانه ، از قبیل خدمات روانپزشکی.
- بنابراین باید نتیجه آزمایش طی یک فرایند مشاوره به فرد گفته شود .

ب) مشخص کردن نتیجه آزمایش بهتراست در ابتدای جلسه دوم مستقیم انجام شود.

احتمال دارد مراجع در انتظار نتیجه آزمایش مضطرب شده ومشتاق فهمیدن نتایج باشد . پس از اینک نتایج آزمایش مشخص و اعلام شد بهتراست به مراجع اجازه داده شود تا احساساتش را بیان کند. مشاور باید اطلاعات مراجع را از نتیجه آزمایش ارزیابی کند. با پرسش هایی مانند ((حالا که شما می دانید پادتن (آنتی بادی) مثبت یا منفی دارید ، معنای این نتیجه آزمایش برای شما چیست ؟)) . مشاور باید به مراجع کمک کند تا اطلاعات را خوب بفهمد و جذب کند. مرور اطلاعات موجود از جلسه قبل از آزمایش سودمند است.

ج) وقتی نتیجه آزمایش مطرح می شود

امکان بروز طیف وسیعی از واکنشهای روانشناختی وجود دارد. مشاوران باید به پاسخ مراجع در مقابل واکنش سرمی منفی حساس باشند. واکنش فوری به صورت تعجب ، گریه و شیون و بدنبال آن ، کاهش کلی از ناراحتی روانشناختی و اضطراب ممکن است مشاهده شود. افراد با نتیجه سرمی مثبت ، ممکن است با ابراز بی اعتقادی ، خشم ، ترس، گناه یا اتهام به خود واکنش نشان دهند اغلب افسردگی بالینی در بین کسانی که آزمایش پادتن (آنتی بادی) مثبت HIV دارند، دیده می شود و در بعضی موارد ممکن است افسردگی به افکار یا اقدام به خودکشی منجر شود.

۴- مشاوره بعداز یک نتیجه منفی

در مواقعی که نتیجه منفی است ، درک مراجع از چگونگی پیشگیری عفونت درآینده باید ارزیابی شود. گفتگوی دقیق در مورد معنای نتیجه منفی ازدید مراجع ، بسیار حائز اهمیت است (آیا این نتیجه پیش بینی شده بود یا خیر). احتمالاً ، خبر مبتلا نبودن ، احساس آسودگی یا سرخوشی در مراجع ایجاد می کند. اما برنکات زیر باید تأکید شود.

- بعداز مواجهه احتمالی با HIV (ویروس نارسائی ایمنی انسانی)یک دوره پنجره ای وجود دارد. در طول این دوره ، نتیجه آزمایش منفی را نمی توان معتبر دانست. به این معنی که در اکثر موارد حداقل ۳ ماه باید از زمان مواجهه با HIV گذشته باشد و تنها بعداز آن ، نتیجه منفی می تواند به

این معنی باشد که عفونت وجود ندارد. اگر حداقل ۶ ماه از آخرین مواجهه احتمالی با HIV گذشته باشد به نتیجه آزمایش می توان اطمینان بیشتری داشت.

- فقط با اجتناب رفتارهای مخاطره انگیز می توان از مواجهه بعدی با عفونت HIV جلوگیری نمود. مشاور باید بطور کامل وبه شیوه قابل فهم ، رابطه جنسی سالم و اجتناب از تزریق با سرنگ مستعمل را برای مراجع توضیح دهد و امکان انتخابهای مناسب را برای او فراهم کند.
- برای کنترل و اجتناب از عفونت HIV (ویروس نارسائی ایمنی انسانی). اطلاعات دیگری مثل رشد رفتار بهداشتی مثبت باید داده شود برای مشاور ضروری است که توضیحاتش را برای مراجع تکرار کند و شیوه های گفتگو با دیگران را با او تمرین کند تا بتوان در ایجاد و حفظ رفتارهای جدید به او کمک نماید.

۵- مشاوره بعد از یک نتیجه مثبت

وقتی نتیجه مثبت باشد، باید به مراجع توصیه هایی داده شود که چگونه از ابتلاء دیگران جلوگیری کند. بیمار باید بداند که عفونت مادام العمر است. آماداشتن یک پادتن (آنتی بادی) مثبت به تنهایی به این معنا نیست که فرد ایدز دارد. بسیار مهم است که با افراد دارای واکنش سرمی مثبت در مورد احتمال انتقال دادن عفونت به دیگران صحبت شود.

۶- به مراجع باید فرصت داده شود تا اطلاعات جدید را خوب درک کند

پس از یک دوره سازگاری (تطابق) اولیه ، مشاور باید به مراجع توضیح روشن و درستی در مورد این که خبرها چه معنایی برایش دارند ، ارائه دهد. و این فرصتی است برای بازگو کردن شوک ناشی از تشخیص ایدز و یا فرصتی برای بازگو کردن حمایت فراهم شده یا ارائه شده . همچنین فرصتی است برای تقویت امیدواری ، امید به راه حل های قابل دسترس برای مسائل شخصی و عملی وقتی منابع قابل دستیابی هستند ممکن است در مورد درمانهای احتمالی بعضی علائم عفونت HIV و در مورد کارآیی درمانهای ضد ویروس ، گفتگو کرد.

به افرادی که پادتن (آنتی بادی) مثبت دارند باید گفته شود

× خون ، نطفه یا اعضاء بدن خود را اهداء نکنید.

× از روشهای جنسی سالم استفاده کنید.

× از وسایل بهداشتی شخص دیگر استفاده نکنید (مثل تیغ صورت تراشی ، مسواک)

× وضعیت سرم شناسی خود را به پزشکان و دندانپزشکان اطلاع دهید.

× بهتر است تشویق به مراجعه به مراکز مشاوره برای انجام VCT شوند

۷- گاهی برای بیماران با واکنش سرمی مثبت لازم است جلسات تکرار شود

تا خدمات حمایتی مورد نیاز آنها فراهم شده و عملکرد روانشناختی آنها تحت نظارت قرار گیرد.

بیمارانی که نیاز به سازگاری با شرایط فعلی محیط و یا کنترل احساسات افسردگی یا اضطراب دارند ، علاوه برمشاوره ای که ارائه می شود، ارجاع روانپزشکی ضروری است. می توان مراجعان را به خطوط تلفن مشاوره ای ، گروههای حمایت از HIV (ویروس نارسائی ایمنی انسانی) و یا برای روان درمانی انفرادی ارجاع داد لازم است بروضعیت طبی نیز بهمان اندازه نظارت شود.

جلسه بعداز آزمایش باید شامل تعهد مرجع در تغییر رفتارهای مخاطره آمیز نیزباشدبه منظور پیشرفت در تغییر رفتار مشاورمی تواند ازطریق تصریح راههای انتقال ، گفتگو در مورد خطرات و روشهای جالب کاهش خطر با مراجع صحبت کند.

بطور خلاصه ، عناصر اصلی جلسه مشاوره بعداز آزمایش عبارت است از :

×آماده کردن نتیجه آزمایش

×اجازه به بیمار برای ابراز احساسات و واکنشهایش .

×ارزیابی درک و فهم مراجع از نتیجه آزمایش.

×بررسی راههای انتقال عفونت.

×ارزیابی وضعیت روانشناختی مراجع.

×ارزیابی رفتار (مخاطره آمیز)و تعهد مراجع به شیوه های کاهش خطر.

×پیشنهادپیگیری طبی (وقتی لازم است)

×توصیه خدمات حمایتی اضافی موردنیاز.

نحوه پذیرش خبر عفونت HIVبه موارد زیر بستگی دارد

۱- سلامت جسمانی فرد در آن زمان

افرادی که بیمارند ، ممکن است یک واکنش تأخیری داشته باشند و پاسخ واقعی زمانی که از نظر جسمانی قوی تر می شوند ، ظاهر می شود.

۲- چگونگی آمادگی فرد برای خبر

افرادی که کاملاً آماده نشده اند ،ممکن است متفاوت از کسانی که آمادگی دارندوحتی انتظار را هم دارند ، واکنش نشان دهند. در هر حال حتی آنهایی هم که بخوبی آماده شده اند ممکن است واکنشهای شدیدی را تجربه کنند.

۳- چگونه فرد درجامعه حمایت می شود و چطور می تواند دوستانش را مطلع سازد؟

عواملی مثل رضایت شغلی ، زندگی خانوادگی ، میزان وابستگی ، فرصتهای تفریح و سرگرمی و تماس جنسی همگی ممکن است باعث ایجاد تفاوتهایی در شیوه پاسخدهی فرد شوند.

افرادی که از لحاظ اجتماعی گوشه گیر هستند وضعیت اقتصادی ضعیفی دارند، وضعیت شغلی پایینی داشته یا از حمایت خانوادگی کمی برخوردارند و یا از محل مناسبی برای زندگی برخوردار نیستند، واکنش شدیدتری به خبر عفونت HIV نشان می دهند.

۴- شخصیت و وضعیت روانشناختی قبل از آزمایش فرد

زمانی که قبل از مشخص شدن نتیجه آزمایش ناراحتیهای روان شناختی وجود دارد، واکنشها ممکن است کم و بیش بغرنج شود و به شیوه های کنترل متفاوتی نیاز باشد تا زمانی که افراد چنین مشکلاتی را ندارند. در نظارت پس از نتیجه باید سابقه روانشناختی و یا روانپزشکی فرد در نظر گرفته شود زیرا استرس زندگی کردن با HIV (ویروس نارسایی ایمنی انسانی) می تواند بعنوان یک عامل، باعث ظهور مجدد اختلال اولیه شود. در بعضی موارد، خبر ابتلا به عفونت می تواند ترس ها و مشکلات حل نشده قبلی را زنده کند و این امر فرایند پذیرش و تطابق را پیچیده می کند و لازم است هر چه زودتر به این مسئله رسیدگی شود.

۵- ارزشهای فرهنگی و معنوی وابسته به ایدز، بیماری و مرگ :

در بعضی از جوامع وجود یک اعتقاد قوی به زندگی پس از مرگ یا نگرش اعتقاد به سرنوشت در زندگی باعث می شود آگاهی از خبر عفونت با آرامش بیشتری پذیرفته شود تا در دیگران. از طرف دیگر در بعضی جوامع ایدز را دلیلی بر رفتار ضد اجتماعی یا کفرآمیز می دانند و آن را با احساس طرد و گناه مربوط می سازند.

مشاوره درمورد اهداء کنندگان خون :

هدف اصلی سازمان انتقال خون تهیه خون کافی و سالم است. جهت رسیدن به این هدف، مشاوره با اهداء کنندگان خون در مورد بیماری ایدز و سایر بیماریهایی که از طریق خون انتقال می یابند ضروری است. این مشاوره شامل سه قسمت است :

۱- ارائه اطلاعات قبل از اهداء خون

۲- مشاوره قبل از اهداء خون

۳- مشاوره بعد از اهداء خون

دو مرحله اول برای انتقال خون حیاتی بوده و برای اینکه اهداء کننده در صورت پر خطر بودن از اهداء خون صرف نظر نماید اهمیت دارد. مرحله سوم یا مشاوره بعد از اهداء خون به دو منظور انجام می شود :

۱- برای افراد HIV منفی که باعث حفظ شیوه زندگی مناسب و سالم آنها و اهداء خون منظم شود.

۲- برای افراد HIV مثبت جزو برنامه های مراقبت بهداشتی آنها به حساب می آید .

درواقع درمشاوره قبل از اهداء خون به فرد توصیه می شود که اگر رفتار مخاطره آمیزی داشته به مرکز مشاوره بیماریها مراجعه نماید .

مشاوره برای تغییر رفتار :

فراهم بودن مشاوره HIV ، حتی بدون آزمایش HIV می تواند محیط امنی را برای بحث در مورد مسائل جنسی و نگرانی های شخصی افراد فراهم آورد .

مشاوره سطح آموزشی اطلاعات مربوط به AIDS و آگاهی های شخصی دراین باره را افزایش می دهد. این نوع مشاوره برای تغییر رفتار به طور موفقیت آمیزی در پروژه کميته پژوهشی طبی در اوگانداى غربی به کار رفته است . در اینجا مشاوره اجتماع مدار در یک منطقه روستایی ، مصرف کاندوم را از دو هزار در ماه به هفت هزار رسانده است .

مشاوره برای کودکان :

در بسیاری از مکانها ، کودکان به طور فزاینده ای دچار AIDS بوده یا به خاطر آن فوت کرده اند . این کودکان نیاز های مشاوره ای ویژه ای دارند مثل فرمات روحی ناشی از دیدن والدینی که بیمار بوده یا فوت کرده اند ، ابراز تبعیض از جانب کودکان یا افراد دیگر ، و نگرانی از وضعیت خودشان . کودکان بزرگتر ممکن است نیاز به مشاوره مرتبط با مسائل جنسی و اجتناب از رفتارهای پر خطر داشته باشند .

مشاوره برای زنان حامله :

مشاوره می تواند به زنان حامله یا زنانی که در انتظار حامله شدن بوده و دچار HIV مثبت هستند یا از وضعیت HIV خود بی اطلاع می باشند کمک کند . این مساله به تصمیم گیری آگاهانه آنها در باره حامله شدن در صورت ابتلا به HIV کمک می کند و این کمک به تصمیم گیری چه در مورد انجام آزمایش قبل از حاملگی و در صورت حاملگی اگر قوانین اجازه دهد سقط جنین صادق است . همچنین مشاوره می تواند استفاده از زیدوودین (ZDV) را مطرح کند . ZDV دارویی است که خطر انتقال HIV به جنین قبل از زایمان و در دوره شیردهی را کاهش می دهد . (به مبحث انتقال مادر به کودک UNAIDS در این باره مراجعه کنید) .

در صورت امکان و موافقت زن، بهتر است که شریک مرد نیز در جلسات حضور یابد. ایده آل این است که هر دو قبل از بارداری جلسه مشاوره داشته باشند.

مشاوره زوج :

گاهی مشاوره با زوجی که با توافق هم به جلسات می آیند می تواند به رفع سوء تفاهم های ما بین کمک کند. مسائلی از قبیل نگرانی بیش از حد یک زوج در صورت HIV مثبت در دیگری در مواردی می تواند منجر به خشونت بویژه نسبت به زنان شود.

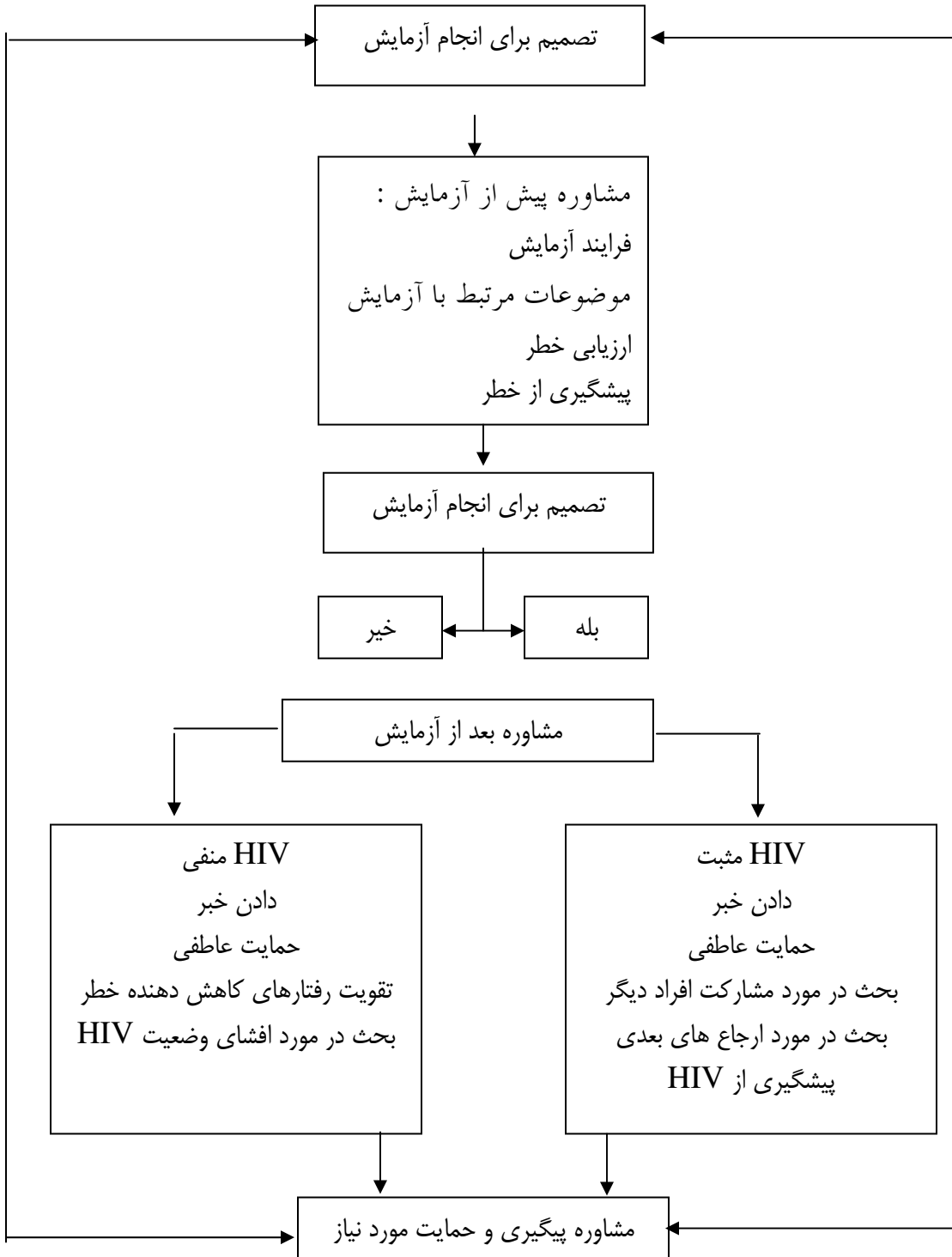
مشاوره آزمایش داوطلبانه (VCT)

مشاوره و آزمایش داوطلبانه در پیشگیری از AIDS و شروع مراقبت از بیماران نقش مهمی دارد. VCT برای افراد فرصتی فراهم می کند که وضعیت خود را از لحاظ ابتلا به HIV در یک محیط امن شناخته و بپذیرند و امکان ارجاع آنان به خدمات مشاوره ای حمایتی و مراقبت های پزشکی نیز ایجاد شود. کسانی که HIV آنان مثبت می شود، می توانند بموقع از مراقبت های طبی مناسب برای درمان و یا پیشگیری از بیماریهای همراه بهره مند شوند. زنان حامله ای که از HIV مثبت خود اطلاع دارند می توانند از انتقال آن به فرزندشان پیشگیری کنند آگاهی از وضعیت سرمی HIV علاوه بر این که می تواند به افراد در تصمیم گیری برای حفظ خود و شریک جنسی شان از عفونت کمک کند، می تواند باعث ارتقاء کیفیت زندگی آنان نیز بشود. مشاوره و آزمایش داوطلبانه یک مداخله نسبتاً بی ضرر در پیشگیری از انتشار HIV است البته موانعی دارد که می توان به محدودیت دسترسی به خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه اشاره کرد.

در واقع مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV (VCT) فرایندی است که فرد در معرض مشاوره ای قرار می گیرد که وی را قادر می سازد انتخاب آگاهانه ای درباره آزمایش HIV داشته باشد. این تصمیم باید کاملاً به عهده فرد باشد و در مشاوره به وی اطمینان خاطر داده شود.

در نهایت یک تعریف جامع برای VCT آورده می شود به این معنی که با یک گفتگوی محرمانه بین یک شخص (مراجع) و یک سرویس دهنده (مشاور) با هدف قادرسازی شخص برای مقابله با استرس و اتخاذ تصمیم های مشخص مرتبط با HIV/AIDS صورت می گیرد. فرایند مشاوره شامل ارزیابی خطر انتقال HIV و تسهیل رفتار پیشگیرانه است. این آزمایش داوطلبانه است و رازداری جزء اساسی آن است.

نمودار ایجاد آگاهی اجتماعی



دستورالعمل نحوه پیگیری فعال افراد HIV مثبت

یکی از اجزای نظام مراقبت اپیدمیولوژیک HIV وایدز ، ارائه خدمات پیشگیری ، مراقبت ها عمدتاً در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری انجام میشود . در این خصوص در صورتیکه فرد شناسائی شده با یا بدون پرونده قبلی ، جهت دریافت خدمات به سیستم بهداشتی مراجعه ننماید. پیگیری ارائه خدمات به صورت فعال وبه شرح ذیل انجام خواهد شد :

- ۱- در صورت امکان تماس تلفن با فرد مبتلا برقرار میشود . اگر موفق به صحبت با فرد شدیم ضمن جلب نظر وی آدرس وتلفن نزدیک ترین مرکز مشاوره یا مرکز بهداشت شهرستان را به وی ارائه میکنیم . در صورت عدم حضور فرد در محل ، برای بار دوم تماس مجدد برقرار می شود .
 - ۲- در صورت عدم مراجعه فرد به مرکز ، بعد از دوهفته ، یک بار دیگر با تماس تلفنی وی را برای مراجعه به مرکز تشویق می کنیم . در این زمان ، بدون اینکه در مورد HIV صحبتی شود ، به صورت تلفنی در مورد ضرورت مراجعه وی تاکید می شود . (به طور مثال در مورد یک آزمایش می خواستیم با شما صحبت کنیم)
 - ۳- اگر موفق به برقراری تماس تلفنی نشدیم در صورت وجود آدرس به درب منزل مراجعه می کنیم . در صورت حضور فرد مبتلا ، ضمن معرفی خود وی را برای مراجعه به مرکز تشویق میکنیم ودر صورت عدم تمایل وی به مراجعه ، آموزش های لازم ومشاوړه اولیه HIV در همان محل تا حد ممکن انجام می شود . لازم است در هر حال آدرس مرکز بهداشت یا مرکز مشاوره به صورت مکتوب به وی ارائه شود .
 - ۴- در صورت عدم دسترسی به فرد مبتلا ، ضمن معرفی خود ، بدون اینکه در خصوص HIV صحبتی بکنیم ، آدرس مرکز را به صورت مکتوب ، به یک نفر از نزدیک ترین بستگان وی جهت مراجعه ارائه می کنیم .
 - ۵- در صورت عدم مراجعه فرد بعد از دو هفته ، اگر امکان تماس تلفنی وجود داشت ، تماس تلفنی و در غیر اینصورت ضمن مراجعه مجدد به درب منزل موضوع را یادآوری میکنیم .
 - ۶- در صورتیکه در هرمرحله ای ، خود شخص تمایلی به ادامه همکاری نداشته باشد ، ضمن ارائه آدرس وتلفن تماس مرکز به صورت مکتوب ، ادامه پیگیری های فعال قطع خواهد شد
- نکته :

مشخصات فرد پیگیری کننده : باید دوره مشاوره اولیه را گذرانده باشد و با ماشین غیردولتی (غیرآرم دار) به درب منزل برود . لازم است کارت شناسایی نیز همراه داشته باشد.

در پیگیری افرادی که قبلاً تحت نظر و مراقبت بوده و مدتی است که مراجعه نکرده اند نیز با استفاده از اسناد یا مدارک موجود طبق روش بالا اقدام شود.

چگونگی اعلام نتیجه HIV به افراد خانواده

درخصوص کنترل عفونت HIV و ایدز ، بحث رعایت رازداری و محرمانه نگاه داشتن اسرارافراد ، دارای اهمیت بسزایی می باشد . موضوع اطلاع دادن وضعیت HIV افراد به همسر آنها موضوعی که همواره مورد بحث و چالش بوده است . توجه به این نکته حائز اهمیت است که مهمترین عامل در اشاعه بیماری در جامعه ننگ و بدنامی ناشی از بیماری است زیرا همانطور که میدانید ، ضمن مشخص بودن راههای انتقال بیماری ضریب انتقال در هر رفتار پرخطر جنسی در حد پایینی است . لذا آنچه منجر به تبدیل ایدز از یک بیماری عفونی قابل پیشگیری به یک فاجعه جهانی شده است . عدم مراجعه افراد آلوده (تنها مخازن آلودگی در جامعه) جهت انجام مراقبت های لازم بواسطه ننگ و بدنامی ناشی از بیماری است و مهمترین هدف کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در رابطه با HIV و ایدز ، پیشگیری از انتشار بیماری در سطح جامعه است که این مهم تنها در صورتی ممکن است که اعتماد کامل افراد جلب شده و درجهت کاهش یا رفع ننگ و بدنامی اقدامات لازم بعمل آید.

در صورتیکه فرد آلوده به ویروس HIV ، پس از مشاوره های لازم ، درخصوص اعلام این موضوع به همسرش رضایت نداشته باشد و مسئول مرکز مشاوره یا کارشناس ایدز به منظور حفظ سلامت همسر وی بدون رضایت او مراتب را به خانواده اش اعلام نماید . مسلماً اولین تبعات این موضوع فروپاشی کانون خانوادگی فرد خواهد بود که این امر میتواند منجر به تبعات ناگوار بعدی می گردد :

۱- سلب اعتماد فرد آلوده از سیستم بهداشتی که منجر به قطع مراجعه وی جهت انجام سایر اقدامات مراقبتی مهم خواهد شد.

۲- سلب اعتماد سایر مراجعین مرکز از سیستم بهداشتی که خود منجر به افزایش ننگ و بدنامی ناشی از بیماری و عدم مراجعه آنان خواهند شد

۳- فروپاشی خانواده ، ضمن ایجاد حس انتقام جویی در فرد آلوده میتواند منجر به روابط جنسی متعدد وی با افراد متعدد دیگر گردد که بدین ترتیب خطر انتقال آلودگی به یک فرد(همسر وی) به تعداد زیادی از شرکای جنسی متعدد تبدیل خواهد شد و در این شرایط نیز مسلماً فردحاضر به استفاده از وسایل پیشگیری نخواهدشد.

از طرف دیگر ضمن آنکه همسر آن فرد در زمان تشخیص آلودگی وی احتمال آلودگی را دارد در شرایطی تحت آزمایش قرار خواهد گرفت که کانون خانوادگی وی از هم پاشیده و این تنش کلیه مراحل پیش آزمون و پس آزمون HIV را تحت تاثیر قرار داده و ادامه روند مراقبت وی با اشکال روبرو خواهد شد و از طرف دیگر کلیه خطرات ذکر شده درخصوص ادامه روابط جنسی برای همسر فرد نیز محتمل خواهد بود. این در حالی است که در صورت آلودگی فرد، بدون رضایت او، به همسر وی اعلام نشود، با ادامه مشاوره و جلب رضایت وی در مدت زمان کوتاهی که اعتماد فرد به صورت کامل جلب شود میتواند بدون وجود اشکالات فوق درخصوص حفظ سلامت همسر وی نیز اقدام کرد و حتی در شرایط استثنایی که فردحتی پس از مشاوره های موثر نیز به اعلام نتیجه به همسرش رضایت ندهد خطر محتمل آلودگی تنها یک نفر (همسر وی) می باشد که ممکن است قبل از تشخیص این فرد نیز آلوده شده باشد.

با در نظر گرفتن تجارب مستند و مطالب فوق، یکبار دیگر به صورت خلاصه دلایل عدم اعلام نتیجه مثبت فرد آلوده به همسرش، بدون آنکه رضایت وی را جلب کرده باشیم به شرح ذیل تکرار میشود:

۱- سلب اعتماد نسبت به سیستم بهداشتی و از دست دادن همکاری فرد مبتلا در ادامه روند مراقبت و درمان و همچنین بی اعتمادی سایر افراد جامعه که در نهایت کلیه برنامه های کنترل HIV را زیر سوال برده عملاً منجر به آلوده شدن بسیاری افراد دیگر خواهد شد.

۲- روبرو شدن فرد مبتلا با یک تنش جدید خانوادگی که به سایر مشکلات وی اضافه شده و میتواند منجر به عوارض روحی - روانی و حتی جسمانی بیشتری بشود.

۳- روبرو شدن همسر فرد مبتلا با یک تنش و چالش بزرگ که میتواند به عوارض روحی - روانی و فروپاشی خانواده بیانجامد. این در حالی است که احتمال ابتلای همسر فرد آلوده در زمانی که ما HIV وی را تشخیص میدهیم وجود دارد. حتی در زمان منفی نتیجه آزمایش فرد مبتلا (مرحله پنجره) نیز احتمال ابتلای همسر وجود دارد.

۴- فروپاشی خانواده، باعث افزایش احتمال بروز رفتارهای پرخطر، هم در فرد مبتلا و هم همسر وی خواهد شد. در اینجاست که اهمیت تلاش برای حفظ کانون خانواده مطرح میشود.

توجه به این نکته حائز اهمیت است که اساسی ترین هدف مشاور در ادامه برنامه های مشاوره ای و مراقبتی جلب رضایت فرد جهت اعلام وضعیت آلودگی وی به همسرش می باشد که تجارب موجود نشان میدهد هر چقدر برقراری ارتباط موثر توسط مشاور موفق تر باشد مدت مقاومت فرد در اعلام نتیجه کمتر خواهد بود. اما طی این مدت نیز بیمار باید به استفاده از وسایل پیشگیری (کاندوم) ترغیب گردد. تاکید میشود حتی در موارد بالا نیز اعلام نتیجه به همسر باید بوسیله مشاوره دوره دیده و باتجربه و با رعایت اصول بالا اعلام گردد.

لازم به ذکر است ترغیب بیمار جهت اعلام نتیجه آزمایش وی به سایر افراد خانواده (پدر، مادر، برادر، خواهر و سایر افراد منزل) ضرورتی نداشته مگر در شرایطی که به حمایت های فرد از نظر بالینی و روحی - روانی در

خانواده نیاز باشد که بهتر است تنها افراد کلیدی خانواده (فردی که قادر به انجام حمایت‌های مذکور باشد) . با صلاحدید خود بیمار در جریان امر قرار گیرند . در صورت مجرد بودن فرد و شرایطی که به حمایت های فرد از نظر بالینی و روحی - روانی در خانواده نیاز باشد ، با صلاحدید خود او ، فرد یا افرادی از خانواده که قادر به ارائه حمایت های لازم باشد مشخص شده ، ضمن مشاوره ، در جریان قرار می گیرند .

به طور خلاصه :

- ۱- اعلام نتیجه آزمایش HIV به افراد باید همراه با مشاوره صورت گیرد .
- ۲- اعلام نتیجه آزمایش HIV فرد مبتلا به همسر وی تنها پس از انجام مشاوره لازم و جلب رضایت وی صورت گیرد . بدیهی است که لازم است در این مورد نهایت تلاش صورت پذیرد .
- ۳- اعلام نتیجه آزمایش HIV فرد مبتلا به سایر اعضای خانواده (پدر ، مادر ، خواهر ، برادر و سایر افرادی که در یک خانه زندگی میکنند به جز همسر) بدون نظر مساعد فرد مبتلا جایز نبوده و به هیچ وجه ضرورتی نیز ندارد و تنها در صورت نیاز فرد به حمایت های بالینی ، روحی - روانی پس از کسب رضایت فرد ، با انجام مشاوره ، به افراد منتخب و مورد اعتماد که قادر به حمایت های لازم باشند ، مطرح خواهد شد .

خود آزمائی :

آیا مطالب ذیل را بخاطر سپرده اید ؟

- ۱- کلیات مشاوره و اهمیت آن را در برنامه HIV/ AID بیان نمائید ؟
- ۲- مشاوره بحران در ایدز چه نکات مهمی دارد ؟
- ۳- مشاوره قبل از آزمایش چه مراحل و نکات مهمی دارد ؟
- ۴- مشاوره پس از آزمایش چه مراحل و نکات مهمی دارد ؟
- ۵- مشاوره اختیاری چه نکات مهمی دارد ؟

منابعی برای کسب اطلاعات بیشتر :

- ۱- کتاب مشاوره ایدز نوشته دکتر سید اکبر بیان زاده و همکاران - ناشر انستیتو روانپزشکی تهران - چاپ اول

۱۳۸۱

فصل نهم

عفونت های آمیزشی (STI)

اهداف آموزشی

فراگیر در پایان این فصل باید قادر باشد که :

- ۱- وضعیت مراقبت بیماریهای آمیزشی را در کشور شرح دهد و فرم های گزارش دهی برنامه را توضیح دهد.
- ۲- برخورد سندرومیک با بیماریهای آمیزشی مهم و درمان آنها را بیان نماید.
- ۳- درمان علل عمده بیماریهای آمیزشی را بیان نماید.
- ۴- شرح وظیفه خود را در ارتباط با بیماریهای آمیزشی بیان نماید .

مقدمه :

بیماریهای آمیزشی (STI) دسته ای از بیماریها هستند که در برنامه های مراقبت کشور های مختلف قرار دارند جمع آوری داده های مربوط به این دسته از بیماریها و وجود برنامه های مداخله ای برای مقابله با آنها از نظر برنامه های سلامتی مهم است . تعداد این بیماریها زیاد است اما بعضی از آنها مهمتر هستند . در این مبحث بصورت مختصر اشاره ای به برنامه مراقبت STI می شود .

عفونت های آمیزشی ، در بخش عمده ای از نقاط جهان به عنوان یک مشکل بهداشتی محسوب می شوند . نقص در تشخیص و درمان STI در مراحل اولیه می تواند عوارض و مشکلات شدید از جمله نازایی ، مرگ جنین ، حاملگی خارج از رحم ، بیماریهای بدخیم آنورثیتال ، مرگ زود هنگام و عفونت های نوزاد و شیر خوار ایجاد نماید . هزینه مراقبت فردی و ملی STI قابل توجه است . بین STI و HIV ارتباط نزدیکی وجود دارد و مشخص شده است که هر دو نوع با زخم و بدون زخم خطر انتقال جنسی HIV را افزایش می دهند . مقاومت آنتی بیوتیکی در اکثر پاتوژنهای مولد STI رو به افزایش است . به نحوی که برخی از درمانهای موجود بی اثر شده اند .

مراقبت در بیماریهای آمیزشی (STI) :

این دستورالعمل سعی می کند نحوه برخورد عمومی با بیماران STI را برای پزشکانی که در سیستم های بهداشتی درمانی کار می کنند ارائه دهد . در سیستم بهداشتی درمانی و مراقبت STI در کشور قرار است که از بیماران STI مراجعه کننده به پزشکان حداقل داده های لازم شامل سن ، جنس ، علامت بیماری و سؤال شود. و در فرم هایی که در آن اشاره ای به نام بیمار نمی شود ثبت گردد. این فرم تحت عنوان فرم گزارش دهی علامتی STI در انتهای این بخش بعنوان ضمیمه آورده شده است .

بنابراین بصورت کلی هدف از گردآوری این داده ها بدست آوردن نمای اپیدمیولوژیک STI در جامعه است . و به همین دلیل این فرم باید به صورت روزمره در اختیار کلیه پزشکان قرار داده شود و موارد تشخیص علامتی در آن ثبت شود و بصورت ماهیانه مجموع گزارشات به سطوح بالاتر ارسال شود . در مواردی که امکان انجام آزمایش بر روی نمونه های بیمار وجود دارد باید برای تشخیص قطعی تر به دنبال تشخیص علتی گشت . بنابراین در صورت تمایل بیمار و در صورت وجود امکانات باید بر حسب نوع بیماری برای تشخیص قطعی از بیمار نمونه گرفته شود و پس از انجام آزمایش بر اساس تشخیص قطعی درمان شود . به همین دلیل فرم های گزارش دهی علت بیماریهای آمیزشی هم طراحی شده است . این فرم ها هم باید در اختیار پزشکان قرار گیرد و در پایان هر ماه مجموع گزارشات به سطوح بالاتر ارسال شود . نمونه فرم های گزارش دهی علتی بیماریهای آمیزشی در انتهای این فصل آورده شده است .

برای بیماریهای منتقله از طریق جنسی چه اقدامی انجام دهیم ؟

بیماریهای STI در کشور ما از وضعیت ویژه ای برخوردارند . افراد مبتلا ممکن است هم از نظر مسائل شخصیتی و اجتماعی به راحتی برای درمان مراجعه نکنند و یا اگر مراجعه کردند انتظار دارند مسئله آنها بسیار محرمانه باقی بماند . هر گونه بی احتیاطی در برخورد با این بیماران ممکن است انگیزه آنان برای ادامه درمان را تحت تاثیر قرار دهد . این بیماران سعی می کنند جاهایی را برای درمان انتخاب کنند که با حداقل مراجعه مشکلاتشان برطرف شود .

گزارش سرولوژیک بیماریهای آمیزشی :

در برنامه های مراقبت STI، آزمایش سرولوژیکی سیفلیس در اغلب کشورهای دنیا در زنان در سنین بارداری یک معیار برای انتشار بیماریهای STI در نظر گرفته می شود از همین رو یکی از آزمایشات روتین دوران بارداری برای غربالگری VDRL است. VDRL در کشور ما نیز بعنوان یک آزمایش روتین دوران بارداری می باشد. مراکز بهداشت شهرستانها فرمی را با عنوان فرم گزارش سرولوژیک بیماری سیفلیس دارند که این فرم از طریق آزمایشگاه ها در پایان هر ماه تکمیل می گردد که در آن مجموع تمام تست های انجام شده بر حسب سن و.... موارد مثبت آن مشخص شده است.

برخورد با موارد STI :

در برخورد با بیماران STI یعنی کسی که علامت یا مجموعه علائمی از بیماریهای آمیزشی را دارد باید اقدام به اخذ تاریخچه معاینه، تشخیص کامل در صورت امکان، درمان سریع، توصیه به اصلاح رفتار جنسی، توزیع کاندوم، شناسایی و درمان شریک جنسی و گزارش موارد و پیگیری بیماران درمان شده کرد. این بیماران باید در صورت لزوم تا انتهای دوره بیماری بر اساس نظر پزشک پیگیری شوند. دو روش برای برخورد با بیماران STI وجود دارد یک روش، برخورد و درمان سندرومیک و یک روش، برخورد و درمان علتی، ابتدا روش درمان سندرومیک و سپس سندرم های مهم توضیح داده می شود.

تدابیر درمانی سندرومیک :

تشخیص بیماری آمیزشی بر اساس علت در بعضی موقعیت ها دشوار است. این مسئله می تواند باعث محدودیت هایی در زمان، منابع، هزینه و دستیابی به درمان شود. به علاوه، حساسیت و اختصاصی بودن آزمایشی های در دسترس تا حد زیادی متغیر است و این روش ها برای تشخیص STI می توانند غیر قابل اعتماد باشند. در شرایطی که امکانات آزمایشگاهی در دسترس هستند، باید از کارکنان با تجربه و آموزش دیده استفاده کرد و سیستم کنترل کیفی از خارج برقرار نمود.

تعداد کمی از کشورهای در حال توسعه دارای توانایی و امکانات آزمایشگاهی لازم برای تشخیص STI هستند. برای رفع این مشکل، روش برخورد بالینی بر اساس علائم (سندرمیک) تدوین شده، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه رواج یافته است. برخورد سندرمیک بر اساس شناسایی گروهی از علائم و نشانه های مربوط به یکدیگر برای تشخیص آسان و درمان مهمترین عامل یا عواملی است که این مجموعه علائم را ایجاد می کنند. WHO ابزاری ساده (فلوچارت یا الگوریتم) برای راهنمایی کارکنان بهداشتی در به کارگیری روش سندرمیک ایجاد کرده است.

برخورد سندرمیک در خصوص ترشح مجرا در مردان و زخم های ژنتیال در مردان و زنان ، عملی و مفید بوده است . این روش در اکثر موارد منجر به درمان کامل عفونت شده و ارزان ، آسان و بسیار مقرون به صرفه است .

علاوه بر آن ، WHO الگوریتم برخورد سندرمیک با ترشح واژینال با یا بدون درد زیر شکم را نیز تدوین کرده است . هر چند الگوریتم ترشح واژینال محدودیت هایی دارد که به خصوص در مورد عفونت های سرویکس با گونوکک و کلامیدیا باید از آن آگاه بود . به طور کلی ، بالاخص در مناطق با شیوع پایین و در خانم های نوجوان ، واژینیت های با منشأ داخلی بیشتر از STI در ایجاد ترشح واژینال نقش دارند . اگر چه تلاش زیادی در جهت تکمیل الگوریتم ترشح واژن از طریق ارزیابی وضعیت خطر صورت گرفته ، ولی هنوز حساسیت و اختصاصی بودن آن پایین است . به علاوه ، برخی از سوال های مربوط به ارزیابی خطر بر اساس دموگرافی از جمله سن و وضعیت تاهل ، دقت کمی داشته ، تعداد زیادی از افراد نوجوان را جزء گروه در معرض خطر عفونت سرویکس قرار می دهد . بدین ترتیب ، تعیین عوامل خطر STI در هر منطقه ضروری است . (برای نوجوانان به خصوص ، ممکن است بهتر باشد عوامل خطر بر اساس الگوهای رفتار جنسی تعیین گردند.)

ترشح مجرا :

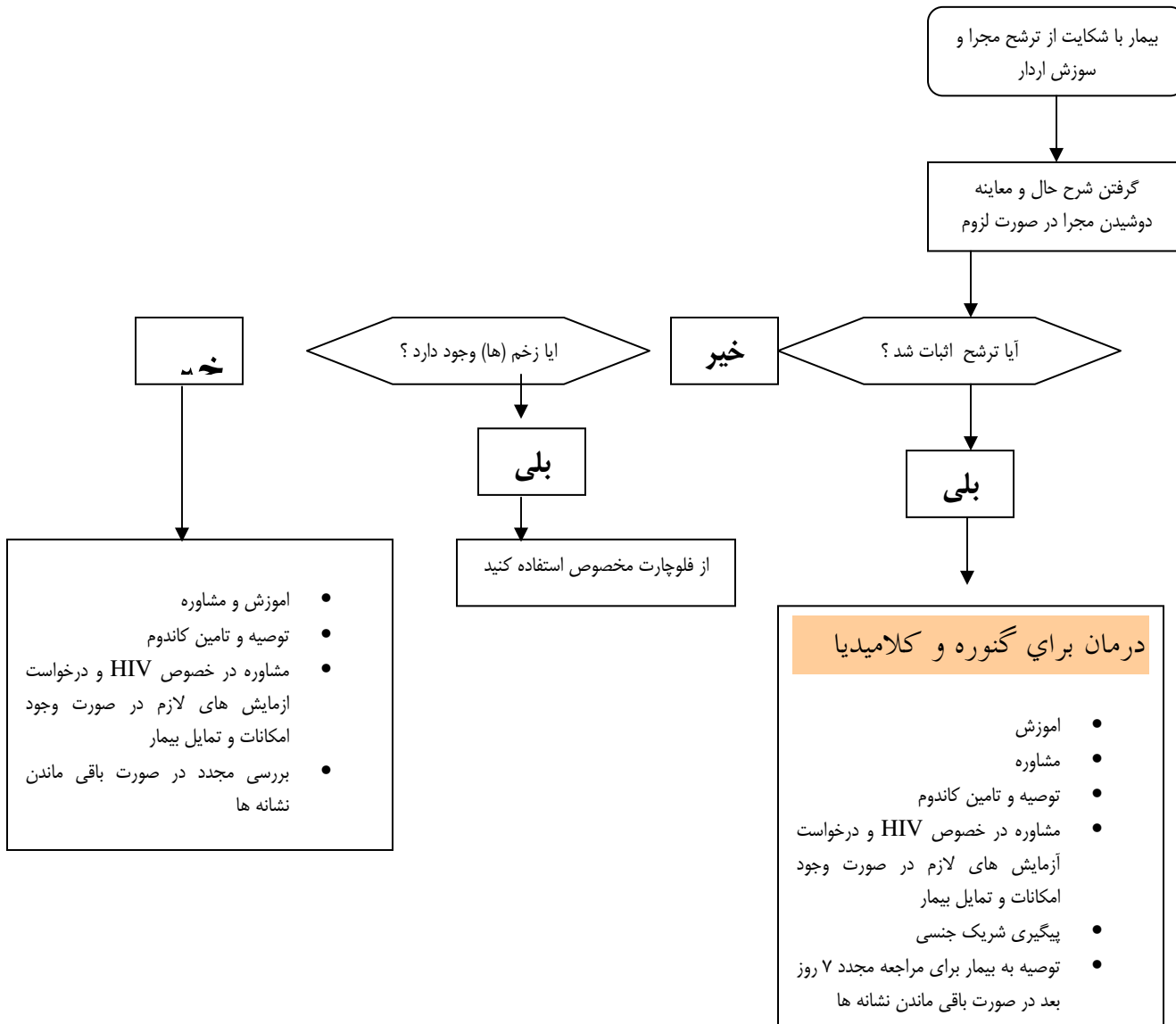
مردانی که دچار ترشح مجرا و یا سوزش ادرار هستند ، باید برای یافتن شواهدی از ترشح ، معاینه شوند . اگر چیزی دیده نشد، مجرا باید از سطح پشتی آلت به سمت منفذ^۱ ماساژ داده شود . اگر میکروسکوب در دسترس باشد ، اسمیر از ترشحات مجرا ممکن است افزایش سلول های چند هسته ای^۲ را نشان دهد و در رنگ آمیزی گرم ، ممکن است گونوکک مشاهده شود . در مردان ، بیشتر از ۵ عدد PMN در دید بزرگ میکروسکوپ (×۱۰۰۰) نشانگر التهاب مجرا^۳ است . پاتوژن های مهمی که ترشح از مجرا ایجاد می کنند عبارتند از نایسریاگنوره و کلامیدیا تراکوماتیس . در برخورد سندرمیک ، با بیمار دچار ترشح مجرا ، درمان باید قادر به پوشش هر دو این عوامل بیماریزا باشد . وقتی امکانات آزمایشگاهی موجود باشند ، می توان بین این دو تمایز قائل شد و درمان اختصاص انجام داد.

^۱ - meatus

^۲ - poly morphonuclear(PMN)

^۳ - urethritis

شکل ۱: ترشح از مجرا :

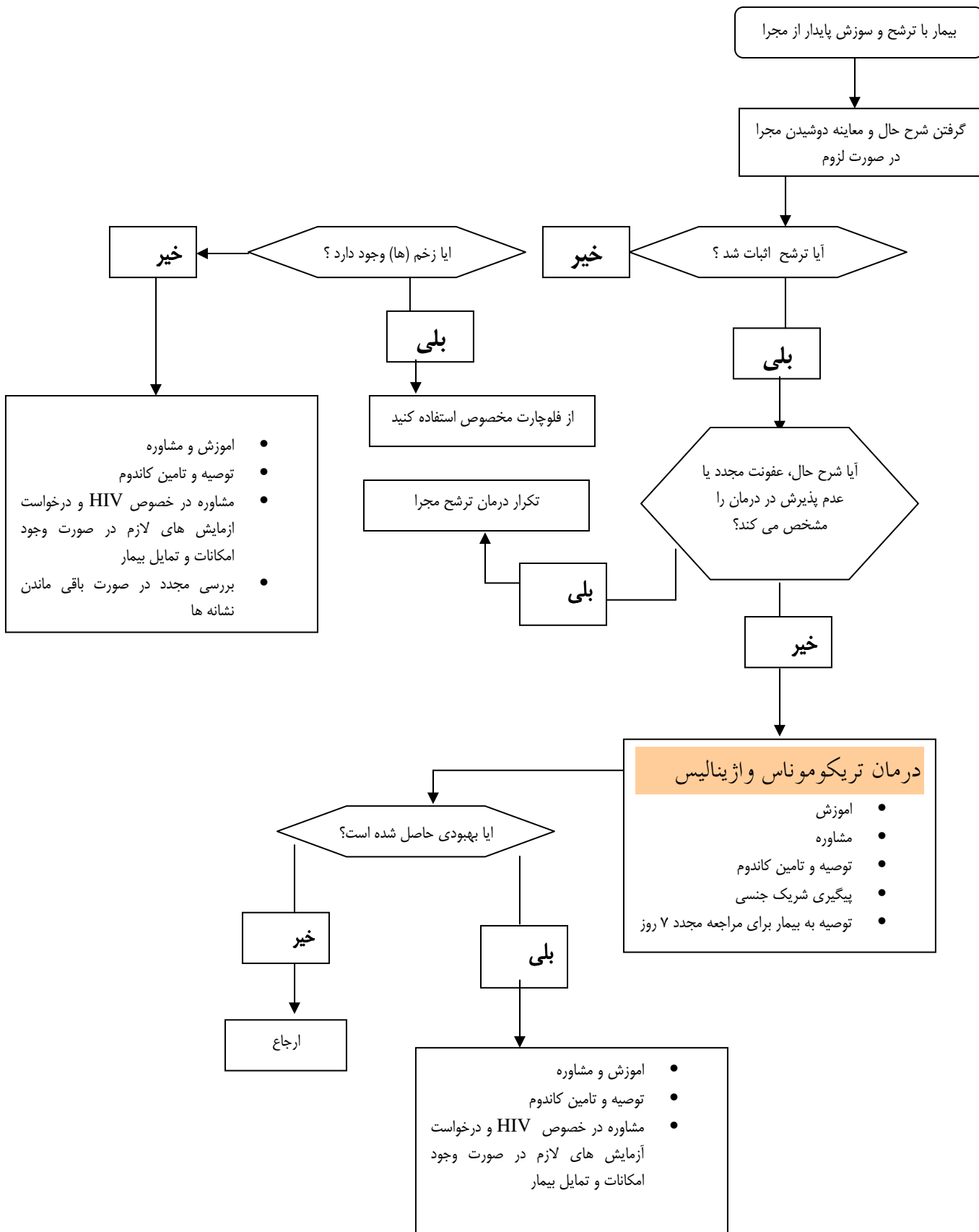


ترشح از مجرا به صورت پایدار یا عود کننده :

شکایت از اورتریت پایدار یا راجعه ممکن است ناشی از مقاومت دارویی ، عدم پذیرش بیمار یا عفونت مجدد باشد در بعضی بیماران ممکن است عفونت با تریکوموناس واژینالیس (TV) رخ داده باشد . شواهدی جدید در دست است که نشان می دهد در بعضی مناطق شیوع TV در مردان با علائم ترشح از مجرا بالاست . در مواردی که شکایت بیمار به قوت خود باقی باشد یا بعد از درمان کافی گونوکک یا کلامیدیا ، بیمار اصلی^۴ یا شرکای جنسی او ، دچار عود شوند و در صورتی که الگوی اپیدمیولوژیکی منطقه به نفع ابتلا به عفونت با تریکوموناس باشد، درمان برای TV باید صورت گیرد . اگر شکایات با وجود پیگیری باقی بمانند ، بیمار باید ارجاع شود .

⁴ -index patient

فلوچارت ۲- ترشح پایدار یا عود کرده از مجرا در مردان



زخم تناسلی :

شیوع نسبی ارگانیزم های مولد زخم تناسلی متفاوت است و در نقاط مختلف جهان، در زمان های مختلف تغییرات قابل توجهی دارد . به خصوص در مناطقی که عوامل مختلفی شایعند و تشخیص های افتراقی بالینی زخم تناسلی دقیق نیست . تظاهرات بالینی و نمای بیماریهایی که زخم تناسلی می دهند ممکن است در حضور عفونت HIV تغییر کنند .

بعد از اثبات وجود زخم تناسلی در معاینه بیمار ، درمان مناسب بر اساس عامل اتیولوژیک و الگوی حساسیت آنتی بیوتیکی شایع در منطقه باید به عمل آید . برای مثال ، در مناطقی که سیفیلیس و شانکروئید شایعند، بیماران با زخم های تناسلی باید برای این دو عامل در اولین مراجعه درمان کافی دریافت کنند ، به طوری که نیازی به پیگیری بعدی نباشد . در مناطقی که گرانولوم اینگوینال شایع است ، درمان باید آن را نیز پوشش دهد . در مناطقی که گرانولوم اینگوینال یا لنفوگرانولوم و نروم (LGV) شایعند ، درمان باید هر دو آنها را دربرگیرد . در بعضی مناطق جهان ، تب خال شایع ترین عامل ایجاد کننده زخم تناسلی است . وقتی عفونت با HIV شیوع می یابد، نسبت افزایش یابنده ای از موارد زخم تناسلی احتمالاً در ارتباط با ویروس هرپس سیمپلکس رخ می دهد زخم های هرپسی ممکن است به شکل غیر اختصاصی بوده و برای مدت های طولانی در بیماران آلوده به HIV باقی بمانند .

در ویزیت اول با بیمار ، آزمایشگاه بندرت در افتراق بیماریها مفید است ، زیرا عفونت های همزمان⁵ شایعند . به علاوه ، در مناطقی با شیوع بالای سیفیلیس ، یک آزمایش سرولوژی مثبت ، ممکن است ناشی از عفونت قبلی باشد و تصویری نادرست از وضعیت فعلی بیمار ارائه دهد .

تصمیم گیری در باره درمان شانکروئید ، گرانولوم اینگوینال یا LGV، به ویژگی های اپیدمیولوژیک منطقه بستگی دارد . بسته به میزان دسترسی در منطقه ، تدابیر درمانی سببای هرپس، می تواند شامل درمان های اختصاصی ضد ویروس شود، اما در همه موارد ، مشاوره لازم است .

زخم تناسلی و عفونت HIV

در بررسی های گذشته چنین مطرح شده که سیر طبیعی سیفیلیس ممکن است در اثر عفونت همزمان با HIV تغییر نماید . برخی منابع، شکل های غیر متداول⁶ ضایعات اولیه و ثانویه سیفیلیس را گزارش کرده اند . برخی منابع نیز افزایش احتمال شکست درمان با تک دز پنی سیلین را در مراحل اولیه سیفیلیس گزارش نموده اند . شکل های غیر متداولی از شانکروئید در افراد آلوده HIV گزارش شده اند. ضایعات تمایل به گسترش و افزایش تعداد داشته ، می توانند همراه علائم سیستمیک همچون تب و لرز باشند . مواردی از گسترش سریع ضایعات

⁵ -mixed infection

⁶ -atypical

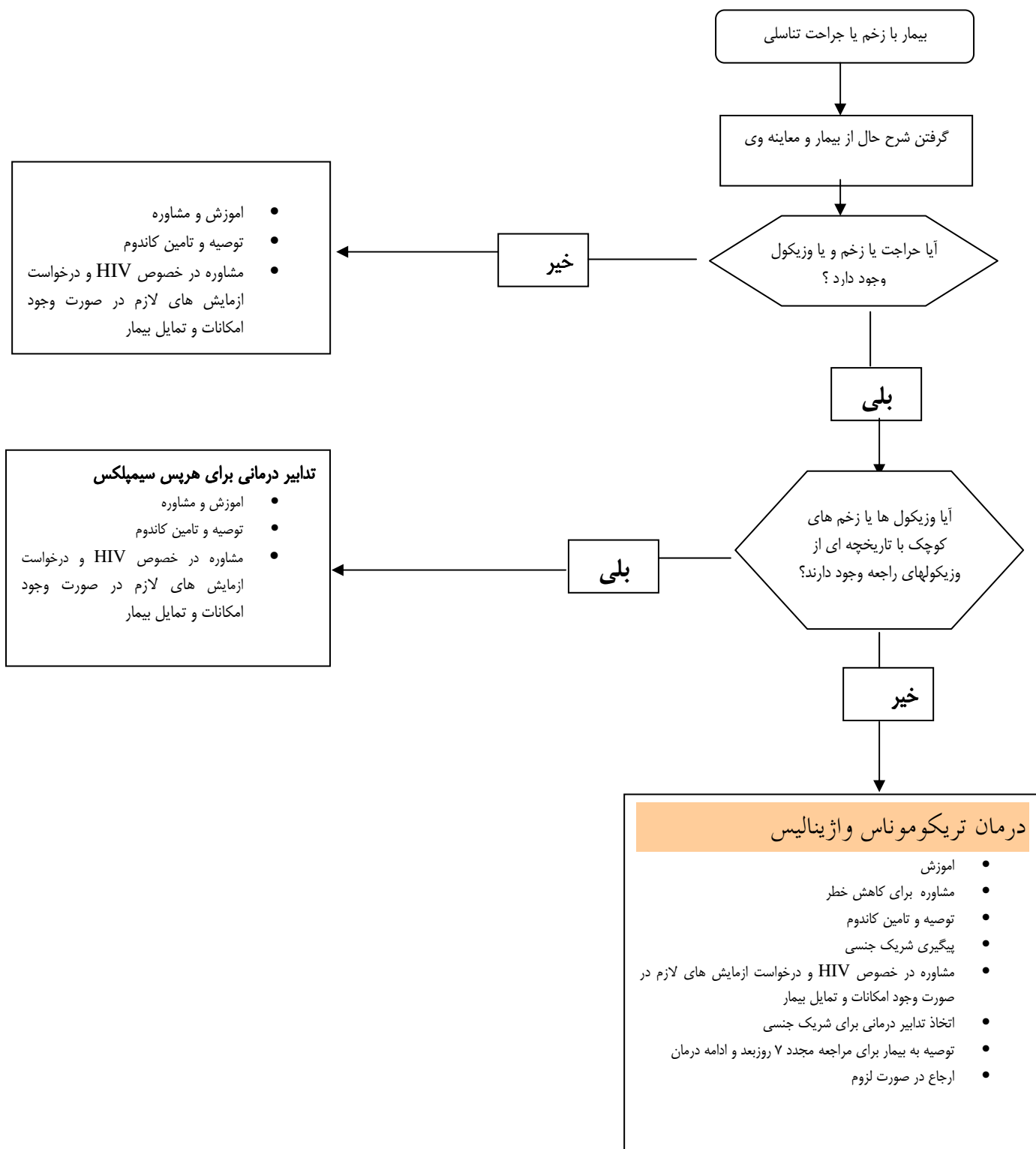
نیز توسط پزشکان گزارش شده است . بنابراین ، تاکید می شود درمان به خصوص در موارد آلوده به HIV هر چه سریع تر انجام شود .

شواهدی وجود دارند که احتمال شکست درمانی شانکروئید به خصوص درمان تک دز را در حضور عفونت HIV مطرح می کند . برای اثبات این مسئله به تحقیقات بیشتری نیاز است .

ضایعات هرپس سیمپلکس در افراد آلوده به HIV ممکن است به شکل زخم هایی پایدار و متعدد ظاهر کنند که به مراقبت پزشکی نیاز دارند ، برعکس در افراد با ایمنی سالم ، ضایعات به شکل وزیکول ها و زخم های خود به خود بهبود یابنده دیده می شوند . بنابراین به منظور آسایش بیمار ، تجویز پیشگیری یا درمانی دارو های ضد ویروسی ممکن است ضروری باشد . به منظور اجتناب از ایجاد انتظارات کاذب درمانی در بیمار ارائه آموزش کافی به وی در خصوص ماهیت و هدف از درمان ضروری است .

تدابیر درمانی زخم تناسلی	تدابیر درمانی هرپس سیمپلکس
<ul style="list-style-type: none"> • درمان برای سیفیلیس و بسته به شیوع اپیدمیولوژیک منطقه ای ، حتی درمان برای شانکروئید ، گرانولوم اینگوینال یا LGV • آسپیراسیون هر نوع غدد مواج (از جراحی باید خود داری شود) • آموزش و راهنمایی در خصوص کاهش خطر • پیشنهاد تست سرولوژیک سیفیلیس و HIV در صورت وجود امکانات و مشاوره • ویزیت مجدد در صورت عدم بهبود کامل ضایعات 	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش نحوه مراقبت اولیه از ضایعه (خشک و تمیز نگهداشتن ضایعه) • آموزش و مشاوره در خصوص پذیرش درمان و کاهش خطر • پیشنهاد تست های سرولوژیک سیفیلیس و HIV در صورت وجود امکانات مناسب و مشاوره • توصیه و تامین کاندوم • توصیه به مراجعه پس از ۷ روز در صورت عدم بهبود کامل ضایعه و هر چه سریع تر، در صورت وخامت بالینی و درمان بر اساس سایر علل زخم تناسلی

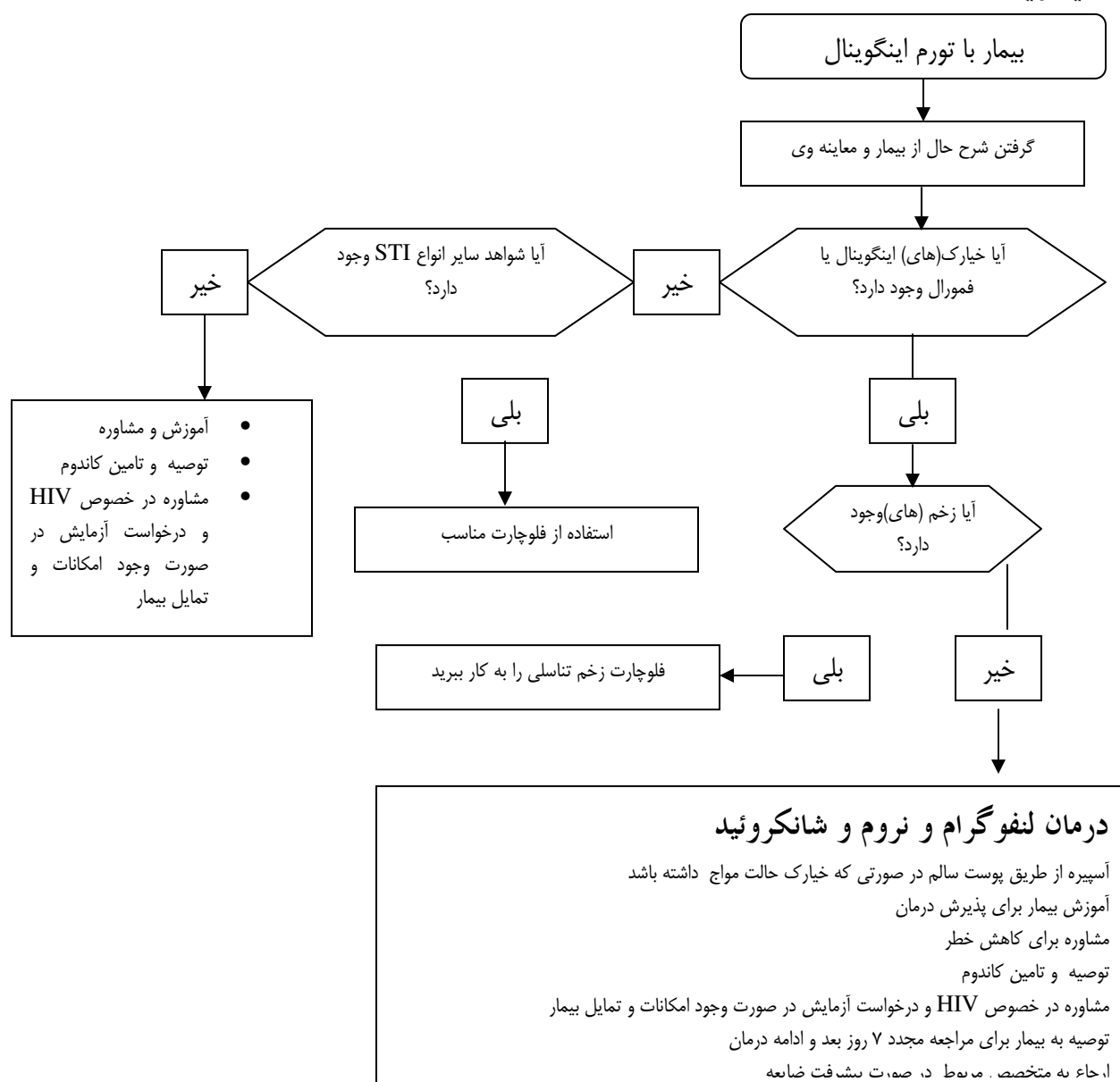
فلوچارت ۳: زخم های ژنیتال



تورم غدد لنفاوی (خیارک^۷) ناحیه اینگوینال

خیارک های ناحیه اینگوینال و فمورال عبارتند از: بزرگی موضعی غدد لنفاوی در ناحیه کشاله ران، که دردناک بوده، و ممکن است مواج شوند. این علامت در اغلب موارد با LGV و شانکروئید همراه است. در اغلب موارد شانکروئید، یک زخم تناسلی نیز همزمان وجود دارد، اما گاهی ممکن است چنین نباشد. عفونت های منتقله غیر آمیزشی موضعی یا سیستمیک (از جمله عفونت های اندام تحتانی) نیز می توانند، باعث تورم غدد لنفاوی اینگوینال شوند.

فلوچارت ۴: خیارک اینگوینال



تورم اسکروتوم :

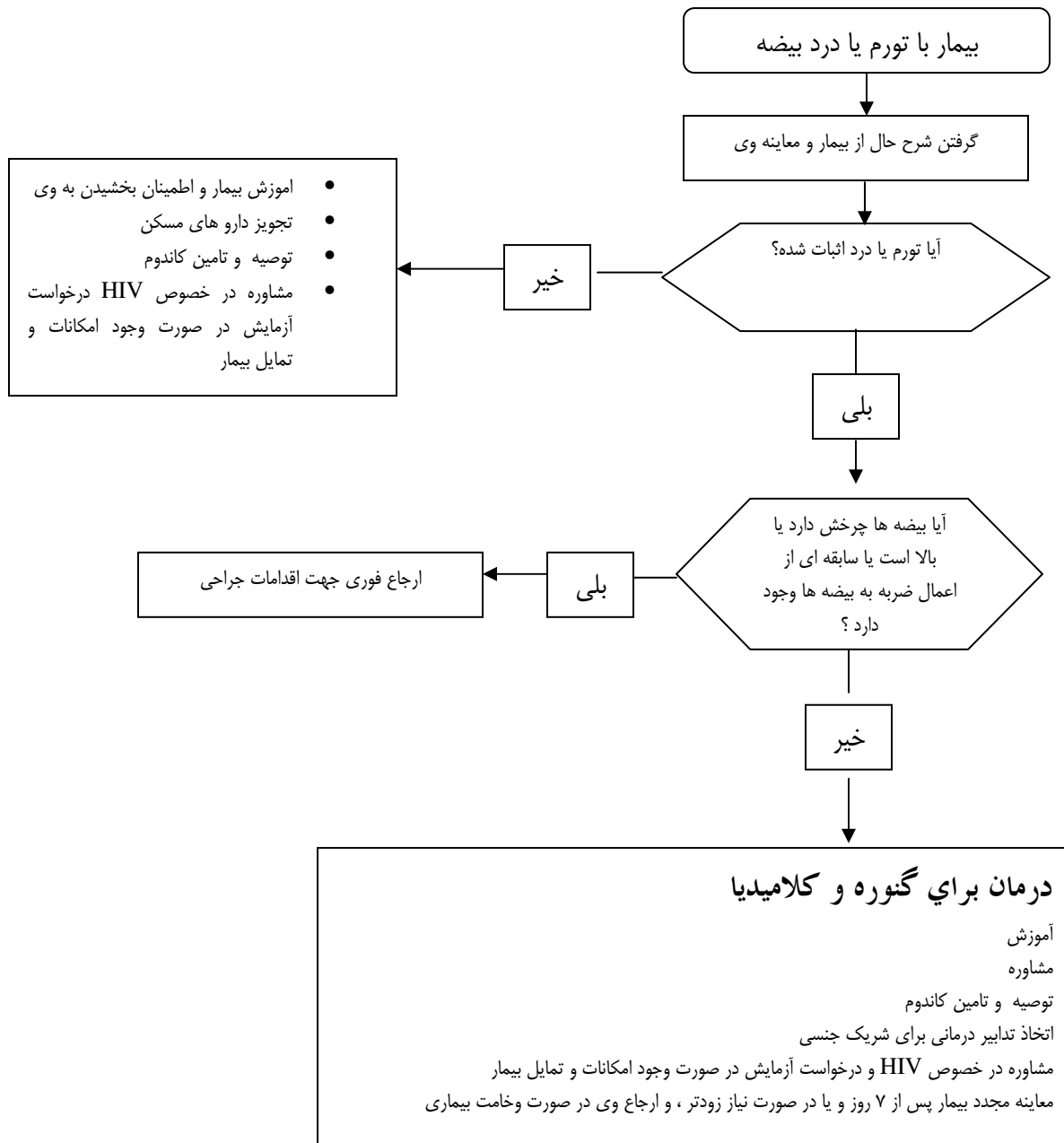
التهاب اپیدیدیم (اپیدیدیمیت) معمولاً با پیدایش حاد درد و تورم در یک بیضه خود را نشان می دهد و اغلب با دردناک بودن اپیدیدیم و وارد فران و گاهی با قرمزی و تورم پوست همراه است . در بیشتر مردان زیر ۳۵ سال ، ناشی از بیماریهای آمیزشی است و پس از ۳۵ سال ، این احتمال کمتر می شود زمانی که اپیدیدیمیت با ترشح از مجرا همراه باشد ، باید منشأ انتقال آن را از طریق آمیزش (به طور شایع گونوکک یا کلامیدیا) فرض کرد . در اغلب موارد ، التهاب در بیضه همان طرف (ارکیت) نیز وجود دارد که به طور شایع ، اپیدیدیمیت ایجاد می کند .

در مردان مسن تر که خطر عفونت های منتقله از طریق آمیزش وجود ندارد ، سایر عوامل عفونی مانند اشریشیاکلی ، گونه های کلبسیلا یا پسودوموناس آئروژینوزا ممکن است مسبب بیماری باشند . ارکیت سلی عموماً همراه با اپیدیدیمیت بوده ، عفونت ثانویه با درگیری نواحی دیگر ، به ویژه ریه و استخوان است . در بروسلاز که معمولاً با بروسلا آبورتوس و بروسلا ملیتنسیس رخ می دهد ، ارکیت بارزتر اپیدیدیمیت است . در کودکان قبل از بلوغ معمولاً عامل مولد ، کلی فرم ، پسودومونا یا ویروس اوریون است . اپیدیدیموارکیت اوریونی معمولاً در عرض یک هفته از تورم پاروتید رخ می دهد .

تشخیص سایر علل غیر عفونی تورم اسکروتوم ، از جمله تروما ، پیچ خوردگی بیضه و تومور، اهمیت دارد . به عنوان مثال ، پیچ خوردگی بیضه با درد ناگهانی اسکروتوم شروع می شود که یک اورژانس جراحی است و به ارجاع فوری نیاز دارد .

اگر درمان کافی صورت نگیرد، اپیدیدیمیت ناشی از STI می تواند به عقیم شدن منجر گردد .

فلوچارت ۵ : تورم اسکروتوم



ترشح واژن

ترشح غیر طبیعی خودبخودی واژن (از نظر مقدار ، رنگ یا بو) شایع ترین یافته در عفونت واژن است. به ندرت ممکن است سرویسیت موکوسی - چرکی ، ناشی از STI باشد . تریکوموناس واژینالیس ، کاندیدا آلبیکانس و واژینوز باکتریال شایع ترین عوامل عفونت واژن هستند و نایسریا گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس عفونت سرویکس ایجاد می کنند . تشخیص بالینی عفونت سرویکس دشوار است، زیرا درصد زیادی از زنان مبتلا به عفونت سرویکس ناشی از گنوره یا کلامیدیا ، علائم را نشان نمی دهند . شکایت از ترشح غیر طبیعی واژن معرف خوبی برای عفونت واژن است ، اما برای عفونت سرویکس ارزش تشخیصی ندارد . بدین ترتیب ، تمام موارد ترشح واژینال باید برای تریکومونیاژیس و واژینوز باکتریال درمان شود .

در تمام موارد ترشح واژن ، قدم اول باید در جهت مشخص شدن احتمال عفونت با گونوکک یا کلامیدیا باشد . در جهت تشخیص عفونت سرویکس آزمایشهای میکروسکوپی کمک چندانی نمی کنند و توصیه نمی شوند . برای شناسایی زنانی که درخطر عفونت سرویکس هستند ، کشف یافته هایی که عوامل خطر محسوب می شوند مهم است ، به خصوص وقتی که عوامل خطر بر شرایط محلی منطبق شوند .اگاهی از شیوع گونوکک و کلامیدیا در زنان مراجعه کننده با ترشح واژینال ، برای تصمیم گیری در خصوص نحوه درمان عفونت سرویکس مهم

بوده ، شیوع بیشتر ، مجوز قویتری برای درمان است . زنان دارای عوامل خطر باید برای عفونت گونوککی و کلامیدیایی سرویکس درمان شوند .

در صورت کافی بودن منابع، می توان از امکانات آزمایشگاهی غربالگری زنان با ترشحات واژینال بهره جست . غربالگری باید برای همه زنان با ترشح یا افرادی که ترشح دارند و پر خطر محسوب می شوند به عمل آید . در بعضی کشورها ، الگومی ریتم تدابیر درمانی سندرمیک به عنوان یک ابزار بیماریابی و تشخیص عفونت سرویکس در زنانی که بدون شکایات ژنیتال مراجعه می کنند (از جمله مراکز تنظیم خانواده) به کار می رود . این کار همان طوری که به تشخیص موارد بیشتری از عفونت سرویکس کمک می کند ، ممکن است باعث افزایش موارد تشخیص غلط STI نیز گردد .

عفونت سرویکس :

درمان سندرمیک توصیه شده

درمان سوزاک بدون عارضه

همراه با

درمان برای کلامیدیا

عفونت واژن

درمان سندرمیک توصیه شده :

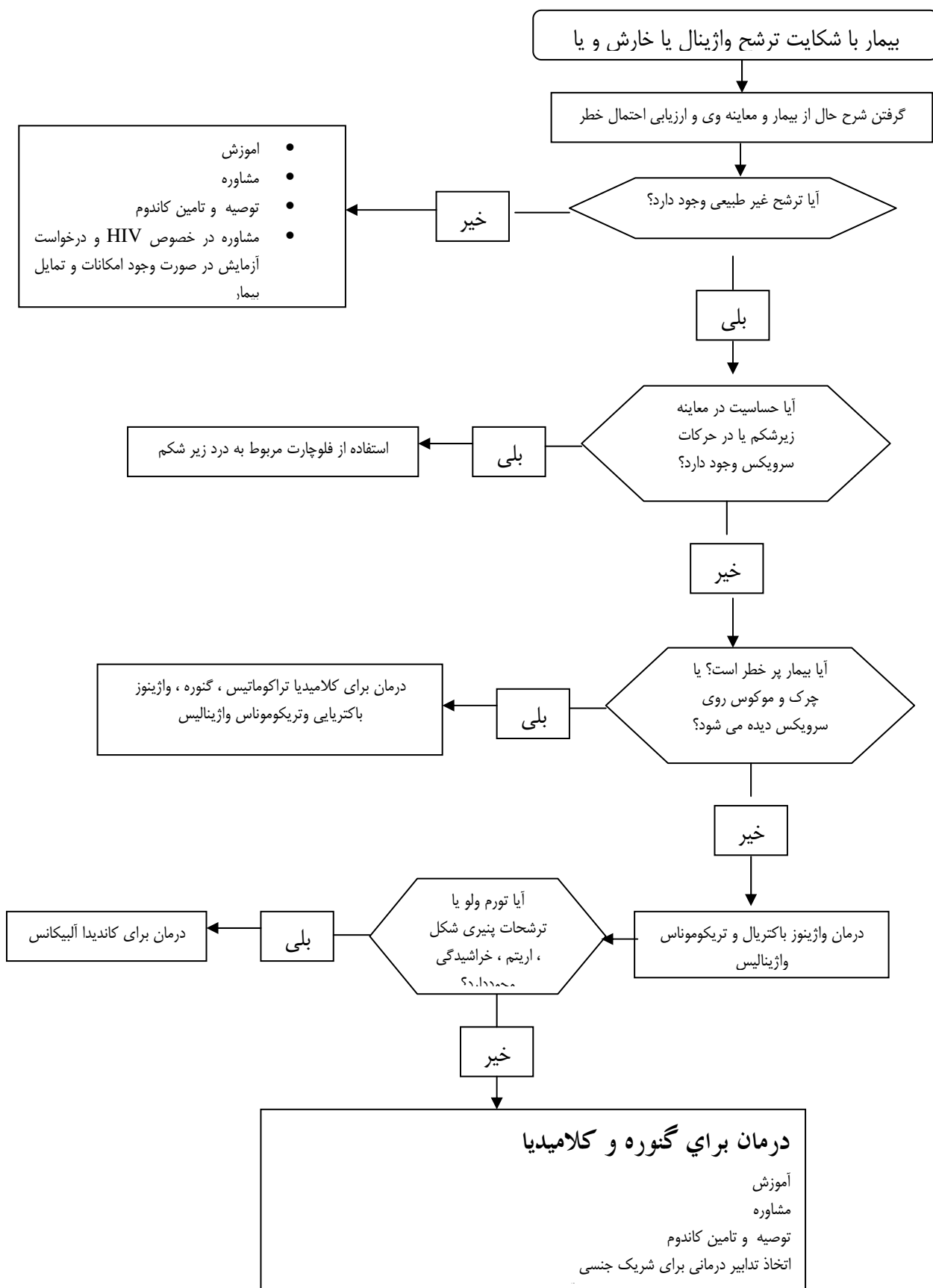
درمان برای واژینوز باکتریال

همراه با درمان برای تریکوموناس واژینالیس

و اگر لازم شود ،

درمان کاندیدا آلبیکانس

فلوچارت ۶ : ترشح واژن



درد زیر شکم :

تمام زنان دارای فعالیت جنسی که با درد زیر شکم مراجعه می کنند باید از نظر وجود سالپینژیت، اندومتری و بیماری التهابی لگن (PID) بررسی شوند. به علاوه، برای تمام زنان دارای احتمال ابتلا به STI معاینه معمول دو دستی و معاینه شکم باید به عمل آید، زیرا تعدادی از زنان با PID یا اندومتری از درد زیر شکم شکایت ندارند. مبتلایان به اندومتری ممکن است با شکایت ترشح واژینال و یا خونریزی و یا تندرینس (حساس بودن) رحمی در معاینه لگن مراجعه کنند. شکایاتی که بیشتر PID را مطرح می کنند، عبارتند از: دل درد، مقاربت دردناک، ترشح مهبل، خونریزی زیاد و طولانی مدت، سوزش ادرار، عادت ماهانه دردناک، تب و گاهی تهوع و استفراغ.

PID به سختی تشخیص داده می شود زیرا تظاهرات بالینی آن متنوعند. در زنان مراجعه کننده با یک یا چند مورد از شکایت های مزبور، وجود تندرینس ادنکس، شواهدی از عفونت قسمت تحتانی سیستم تناسلی و تندرینس در حرکت دادن سرویکس، قویاً مطرح کننده PID هستند. علائمی مانند بزرگی یا سفتی یک یا هر دو لوله، وجود یک توده دردناک در لگن و تندرینس مستقیم یا بازگشتی (ریباند) نیز ممکن است وجود داشته باشند. دمای بدن بیمار ممکن است بالا باشد، ولی در بیشتر بیماران طبیعی است. به طور کلی باید خطای پزشکان در جهت overdiagnosis و درمان موارد مشکوک به PID باشد.

بیماران PID حاد زمانی که یکی از موارد زیر وجود داشته باشد باید حتماً بستری شوند:

- تشخیص نامعلوم
- عدم امکان رد فوریت های جراحی، از جمله آپاندیسیت و حاملگی خارج رحمی
- شک به آبسه لگن
- شدید بودن بیماری در حدی که درمان سرپایی نامعلوم باشد
- باردار بودن بیمار
- عدم توانایی بیمار به پیگیری، یا عدم تحمل درمان سرپایی
- شکست در درمان سرپایی، بعضی افراد مجرب توصیه کرده اند که تمام بیماران با PID بهتر است برای درمان در بیمارستان بستری شوند.

عوامل اتیولوژیک عبارتند از نایسریا گنوره، کلامیدیا تراکوماتیس، باکتری های بی هوازی (گروه های باکتریوئید، کوکسی های گرم مثبت). باسیل های گرم منفی اختیاری و مایکوپلاسماهومینیس نیز می توانند دخیل باشند. از آنجا که از طریق معاینه بالینی نمی توان بین این عوامل اتیولوژیک تفاوتی قائل شد و تشخیص

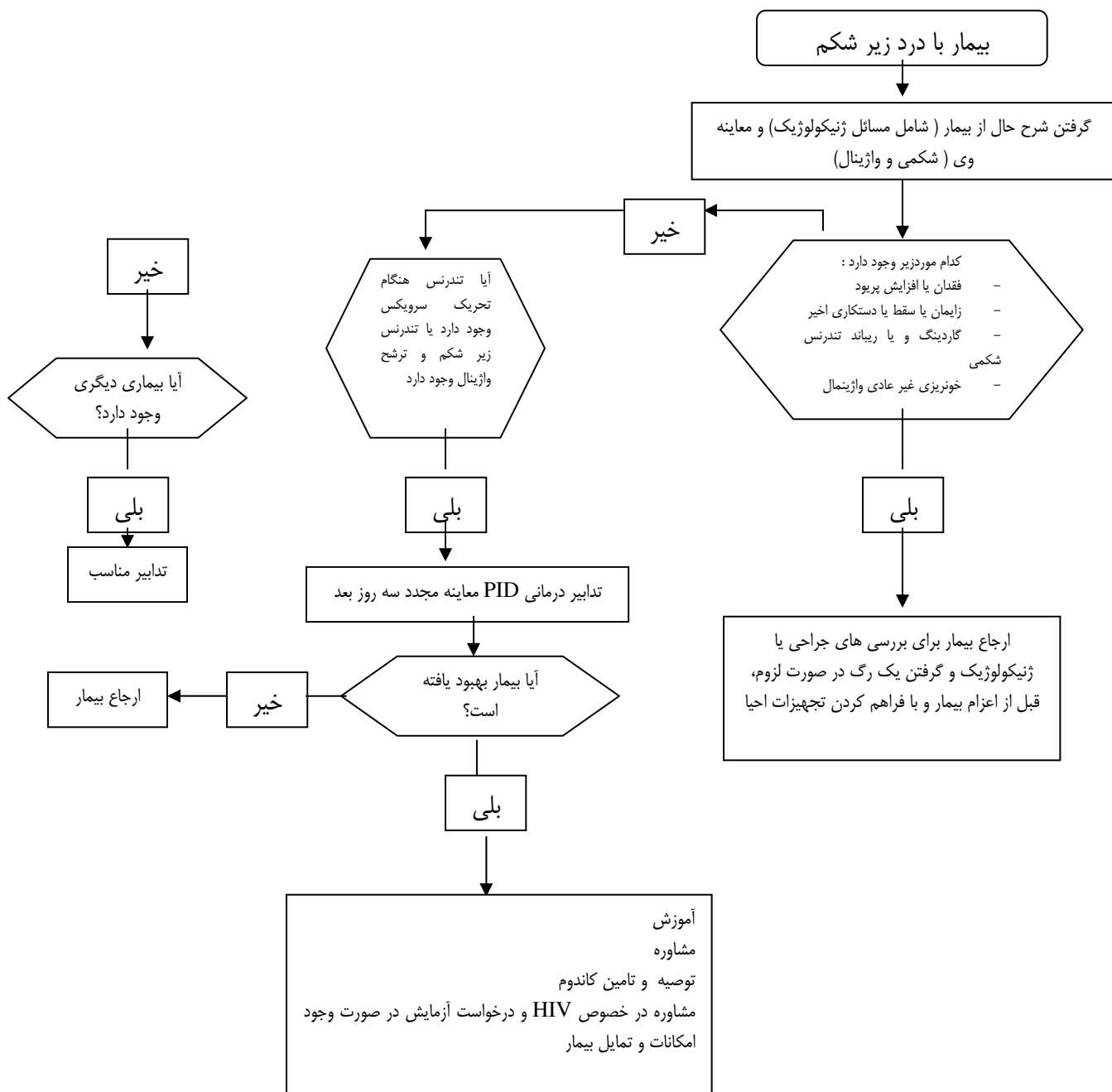
دقیق عامل میکروبی نیز دشوار است ، رژیم درمانی باید تمام این عوامل را پوشش دهد . رژیم های پیشنهادی مناسب عبارتند از :

اقدامات جانبی : خارج کردن IUD (وسیله داخل رحمی)

IUD یک عامل خطر برای ایجاد PID است . اگر چه تاثیر دقیق خارج کردن IUD روی پاسخ سالپنژیت حاد به درمان آنتی بیوتیکی و خطر عود سالپنژیت مشخص نیست ، خروج زود هنگام IUD پس از شروع درمان آنتی بیوتیکی توصیه شده است . در موارد خارج کردن IUD مشاوره جهت پیشگیری از بارداری ضروری است .

پیگیری: بیماران سرپایی PID باید بعد از ۷۲ ساعت پیگیری شوند ، اگر بهبود نیابند باید بستری شوند .

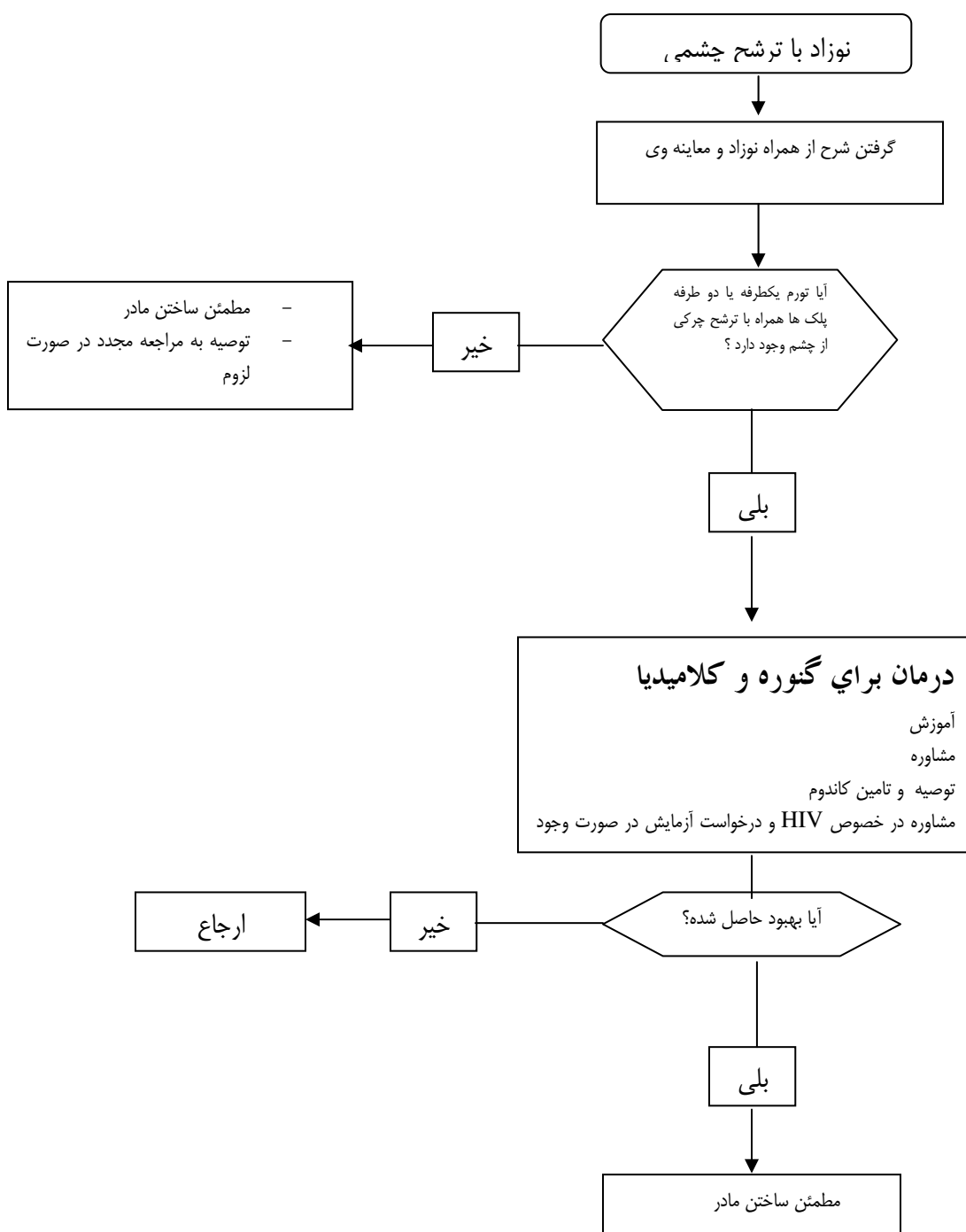
شکل ۹: درد زیر شکم



کونژنکتیویت نوزادی :

کنژنکتیویت نوزادی (ophthalmia neonatorum) ناشی از نایسریاگنوره ممکن است سبب کوری شود . مهمترین پاتوژن های دستگاه تناسلی که اوفتالمیای نوزادی می دهند ، عبارتند از : نایسریاگنوره و کلامیدیا تراکوماتیس . در کشورهای در حال توسعه ، نایسریاگنوره بین ۲۰ درصد تا ۷۵ درصد و کلامیدیا تراکوماتیس بین ۱۵ درصد تا ۳۵ درصد موارد مراجعه کننده به پزشک را تشکیل می دهند . سایر علل عبارتند از : استافیلوکوک طلایی ، استرپتوکوک پنومونیه ، گروه هموفیلوس و گروه پسودومونا . آلودگی در نوزادان عموماً به صورت قرمزی و تورم پلک ها یا چشم های چسبیده و به صورت ترشح از چشم (ها) تظاهر می کند . از آنجایی که تظاهرات بالینی و عوارض احتمالی عفونت های گونوککی و کلامیدیایی مشابهند ، در شرایطی که افتراق بین این دو عفونت غیر ممکن باشد ، درمان باید در جهت پوشش هر دو عفونت صورت گیرد این رژیم درمانی شامل درمان تک دز برای گنوره و درمان چند دز برای کلامیدیا است .

شکل ۱۰ کنژنکتیویت نوزادی



جدول درمان علامت عفونت های آمیزشی

درمان	عفونت
همانندسوزاک بدون عارضه و به دنبال آن داکسی سایکلین ۱۰۰ mg خوراکی ، دو بار در روز با تتراسایکلین ۵۰۰ mg خوراکی ، چهار بار در روز به همراه مترونیدازول ۵۰۰ mg خوراکی ، دو بار در روز (به مدت ۱۰ روز)	بیماری التهابی لگن (سرپایی)
رژیم ۱. ۸۰۰ mg سفتریاکسون ، داخل عضله ، دو بار در روز به همراه داکسی سایکلین ۱۰۰ mg خوراکی ، دو بار در روز (به مدت ۱۰ روز) یا رژیم ۲. سیپروفلوکساسین ۵۰۰ mg به همراه داکسی سایکلین ۱۰۰ mg به همراه مترونیدازول ۵۰۰ - ۴۰۰ mg خوراکی ، دو بار در روز (به مدت ۱۴ روز) یا رژیم ۳. اوفلوکساسین ۴۰۰ mg ، دو بار در روز به همراه مترونیدازول ۵۰۰ mg دو بار در روز (به مدت ۱۴ روز) x با بهبودی علائم ، درمان به خوراکی تبدیل می شود	بیماران بستری مبتلا به بیماری التهابی لگن
جنتامایسین ۱/۵ mg ، به ازای هر کیلو وزن بدن ، سه بار در روز به همراه کلیندامایسین ۹۰۰ mg ، داخل وریدی ، سه بار در روز (حداقل به مدت ۴ روز) ادامه درمان تا ۱۴ روز با یک رژیم خوراکی ترجیحا توصیه می شود جنتامایسین در یک دز به صورت infusion یک ساعته تزریق شود	بیماری التهابی لگن در بیماران (Severely یل بسیار بدحال)
بنزاتین پنی سیلین ۲/۴ میلیون واحد ، داخل عضله ، یک تا سه دز (به مدت ۳ بار در هفته)	سیفلیس زودرس (کمتر از ۲ سال)
بنزیل پنی سیلین ۴ میلیون واحد ، داخل وریدی ، هر ۴ ساعت (به مدت ۲ هفته) یا سفتریاکسون ۱ هر روز (به مدت ۱۴ روز)	سیفلیس عصبی
بنزیل پنی سیلین ۲۵۰۰ واحد به ازای هر کیلو وزن بدن ، داخل وریدی یا داخل عضله ، دو بار در روز (به مدت ۱۰ روز) یا پروکائین بنزیل پنی سیلین ۵۰۰۰ واحد به ازای هر کیلو وزن بدن ، داخل عضله ، یک بار در روز (به مدت ۱۰ روز)	مادرزادی (کمتر از ۲ سال)
بنزیل پنی سیلین ۳۰۰۰ - ۲۰۰۰ واحد به ازای هر کیلو وزن بدن داخل وریدی ، هر روز (به مدت ۲ هفته در دزهای منقسم و حداکثر ۲/۴ میلیون واحد ، هر روز	سیفلیس مادرزادی (بیش از ۲ سال)
تتراسایکلین ۵۰۰ mg خوراکی ، چهار بار در روز (به مدت ۱۵ روز) یا داکسی سایکلین ۱۰۰ mg خوراکی ، دو بار در روز (به مدت ۱۵ روز)	حساسیت به پنی سیلین (غیرحمله ، بزرگسال)
حساسیت زدایی و سپس درمان با پنی سیلین	حساسیت به پنی سیلین در خانم های باردار
اریترومایسین ۱۲ - ۷/۵ mg/kg خوراکی ، چهار بار در روز (به مدت ۳۰ روز)	حساسیت آنافیلاکسی به پنی سیلین در کودکان
آسیکلوویر ۴۰۰ mg خوراکی ، سه بار در روز (به مدت ۷ روز در اولین حمله) (به مدت ۵ روز در حمله های بعدی)	هرپس دستگاه تناسلی
سفتریاکسون ۲۵۰ mg ، داخل عضله یا اسپیکتینومایسین ۲ gt ، داخل عضله ، یک دز یا	شانکروئید

سیپروفلوکساسین ۵۰۰ mg خوراکی ، دو یا سه بار در روز یا ایترومایسین ۴۰۰ mg خوراکی ، چهار بار در روز (به مدت ۷ روز)	
داکسی سایکلین ۱۰۰ mg ، دو تا سه بار در روز (حداقل ۲ هفته) یا سولفامتوکسازول - تری متوپریم (به مدت ۲ هفته) در خانم های باردار ایترو مایسین ۳۰ mg/kg ، هر روز (به مدت ۳ هفته)	گرانولومای مغبنی
رزین پودوفیلوم ۲۵ - ۱۰٪ ، ترکیب شده با تنتوربنزئین یا پودوفیلوتوکسین (سمیت کمتر) ، به طور موضعی ، هر هفته ، حداکثر ۴ بار	زگیل تناسلی

عقونت	درمان
سوزاک بدون عارضه (عقونت دستگاه تناسلی و مقعد)	سفتریاکسون ۲۵۰-۱۲۵ mg ، داخل عضله ، یک دز یا اسپکتینومایسین ۲gr ، داخل عضله ، یک دز یا سیپروفلوکساسین ۵۰۰ mg خوراکی ، تک دز و یا سفیکسیم ۴۰۰ mg خوراکی ، تک دز
عقونت حلقی گونوکی	مشابه سوزاک بدون عارضه ، جز مصرف اسپکتینومایسین
عقونت منتشرگونوکی	سفتریاکسون ۱ gr ، داخل عضله یا وریدی ، یک بار در روز یا اسپکتینومایسین ۲gr عضلانی ، دو بار در روز مدت درمان ۱۰ - ۷ روز است ، می توان پس از قطع تب ، درمان را با سیپروفلوکساسین ۵۰ mg دو بار در روز یا سفیکسیم خوراکی ۴۰۰ mg دو بار در روز ادامه داد.
التهاب ملتحمه گونوکی در بالغین	سفتریاکسون gr ، داخل عضله ، یک دز به همراه شستشوی چشمی با نرمال سالین به همراه پماد جنتامایسین یا اریترومایسین یا باسیتراسین دو بار در روز (به مدت ۱۰ - ۷ روز)
التهاب قرینه گونوکی در بالغین	ارجاع جهت بستری و ویزیت تخصصی
التهاب ملتحمه گونوکی در نوزادان	سفتریاکسون ۵۰ mg/kg حداکثر ۱۲۵ mg ، داخل عضله ، یک دز به همراه شستشوی چشمی با نرمال سالین به همراه درمان موضعی با پماد اریترومایسین ، دو بار در روز x در ضمن نوزاد باید حتماً از نظر بروز علائم بیماری سیستمیک تحت نظر باشد
التهاب قرینه گونوکی در نوزاد	ارجاع جهت بستری و ویزیت تخصصی
سوزاک در حاملگی	مشابه درمان های ذکر شده ، جز کینولون ها (سیپروفلوکساسین و اوفلوکساسین) که نباید در زمان حاملگی مصرف شوند
لنفوگرانولوم و نروم	تتراسایکلین ۵۰۰ mg ، چهار بار در روز یا داکسی سایکلین ۱۰۰ mg ، دو بار در روز یا اریترومایسین ۴۰۰mg خوراکی ، چهار بار در روز (حداقل به مدت ۱۴ روز)
کلامیدیا	تتراسایکلین ۵۰۰ mg ، چهار بار در روز یا داکسی سایکلین ۱۰۰ mg ، دو بار در روز یا اریترومایسین ۴۰۰ mg خوراکی ، چهار بار در روز (به مدت ۷ روز)
کلامیدیا در حاملگی	اریترومایسین ۴۰۰ mg خوراکی ، چهار بار در روز (به مدت ۷ روز)
کاندیدیازیس	فلوکنازول ۱۵۰ mg خوراکی ، یک دز یا کلوتریمازول یا میکونازول ۲۰۰ mg ، داخل واژن ، هر روز (حداقل به مدت ۳ روز) یا با شیاف نیستاتین واژینال ۱۰۰۰۰۰۰ واحد هر شب دو عدد (به مدت ۲ هفته)یا کتوکانازول ۴۰۰ - ۲۰۰ mg خوراکی ، یک دز
کاندیدیاژیس در حاملگی	شیاف واژینال کلوتریمازول ۱۰۰ mg ، یک بار در روز (به مدت ۱ تا ۲ هفته)
تریکومونیازیس	مترونیدازول ۲ gr خوراکی ، یک ژ یا در صورت عدم پاسخ ۲۵۰ mg ، سه بار در روز یا Mg ۵۰۰ ، دو بار در روز (به مدت ۷ روز)
التهاب مهبل باکتریایی (باکتریال واژینوز)	مترونیدازول ۵۰۰ mg سه بار در روز (به مدت ۷ روز)یا ژل مترونیدازول دو بار در روز (به مدت ۵ روز)

نکاتی در درمان عفونت های اختصاصی

درمان عفونت های گنوکوتی

در کل ، توصیه شده است که درمان همزمان برای کلامیدیا در تمام بیماران مراجعه کننده با گنوره به عمل آید ، زیرا همراهی این دو عفونت شایع است . این امر در خصوص بیمارانی که تشخیص اختصاصی عفونت با کلامیدیا تراکوما تیس با تایید آزمایشگاه هی دارند صادق نیست .

سپروفلوکساسین در بارداری منع مصرف دارد و برای کودکان و نوجوانان نیز توصیه نشده است . شواهد فراوانی در دست است که میزان بهبود عفونت گنوککی با تجویز رژیم ۲ گرم آریتروماکسین به صورت تک دز افزایش می یابد . رژیم تک دز ۱ گرمی ، سطح خونی کمتر از حد درمانی ایجاد می کند و ممکن است باعث ظهور مقاومت شود .

تفاوت هایی در فعالیت ضد گنوککی کینولون های مختلف وجود دارد . برای به کار بردن این دارو ها ، شناخت موارد دارای بیشترین فعالیت ، اهمیت دارد .

کانامایسین و کوتریموکسازول باید فقط در مناطقی به کار روند که میزان مقاومت دارویی در شرایط آزمایشگاهی پایین بوده ، در فواصل منظم پایش می شود . به علاوه دارو های پیشنهادی در خط دوم درمان باید در دسترس باشند .

نکات عفونت چشمی گنوککی :

عفونت چشمی گنوککی یک وضعیت خطرناک است که به درمان سیستمیک همراه با شستشوی موضعی با محلول نمکی یا سایر محلول های مناسب نیاز دارد به ویژه در صورت در دسترس نبودن رژیم های درمانی پیشنهادی ، شستشوی مهم است . شستشوی کافی دست ها ، در پرسنلی که از بیماران عفونی مراقبت می کنند اهمیتی ویژه دارد .

نکات پیشگیری از عفونت چشمی نوزادی :

پیشگیری به موقع ، از عفونت چشمی نوزاد جلوگیری می کند . چشم های شیر خواران باید به خوبی و بلافاصله پس از تولد تمیز شوند و استعمال محلول ۱ درصد نیترات نقره یا پماد ۱ درصد تتراسایکلین در چشم های همه نوزادان در زمان تولد اکیداً توصیه می شود ، زیرا اثر پیشگیری دارد . اگر چه این روش ، محافظت کمی در مقابل کونژنکتیویت کلامیدیایی دارد .

نکات عفونت های کلامیدیا تراکوماتیس (به جز LGV)

- داکسی سایکلین (و سایر تتراسایکلین ها) در طول بارداری و در شیر دهی منع مصرف دارند .
 - شواهد فعلی نشان می دهند ۱ gr تک دز آزیترومایسین برای درمان عفونت کلامیدیایی موثر است .
- بر اساس شواهد موجود ، طولانی تر کردن مدت درمان ، بیش از ۷ روز ، درصد بهبود را در عفونت کلامیدیایی بدون عارضه افزایش نمی دهد . اریترومایسین نباید با معده خالی خورده شود .

نکات کنژنکتیویت کلامیدیایی نوزادی :

تمام موارد کنژنکتیویت نوزادی باید برای گرنوکوک و کلامیدیای درمان شوند، زیرا امکان عفونت توام وجود دارد .

نکات لنفوگرانولوم و نروم (LGV)

- لنف نودهای مواج باید از طریق پوست سالم آسپیره شوند . برش و تخلیه یا خارج کردن غدد ممکن است ترمیم را به تاخیر اندازند . بعضی بیماران با بیماری پیشرفته ، نیاز به درمان طولانی تر از ۱۴ روز دارند و عوارضی مانند تنگی و یا فیستول باید جراحی شوند .

نکات سیفیلیس :

سیفیلیس زودرس :

(عبارت است از سیفیلیس اولیه ، ثانویه یا نهفته (latent) که بیشتر از ۲ سال طول نکشیده باشد)

نکات سیفیلیس نهفته دیررس (late latent)

درمان با پنی سیلین ترجیح داده می شود و باید تا حد امکان از آن استفاده شود . باید به خاطر داشت که درمان آنتی بیوتیکی در سیفیلیس زودرس بهتر از مرحله دیررس پاسخ می دهد ، درکل سیفیلیس دیررس نیازمند درمانی طولانی تر است .

وقتی نگران سیفیلیس قلبی عروقی هستیم ، مشاوره با یک متخصص قلب توصیه می شود .

نکات سیفیلیس عصبی (نورو سیفیلیس)

- بعضی نویسندگان افزودن بنزاتین پنی سیلین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی ، در ۳ هفته متوالی را بعد از اتمام این رژیم توصیه می کنند . اما یافته ای به نفع این روش وجود ندارد . بنزاتین پنی سیلین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی ، سطح درمانی کافی را درمایع مغزی نخاعی ایجاد نمی کند

جایگزین های مزبور برای درمان سیفیلیس معمولی عصبی در مطالعات سیستماتیک ارزیابی نشده اند . اگر چه اثر بخشی سفالوسپورین های نسل سوم، هنوز به خوبی اثبات نشده ، ممکن است در درمان سیفیلیس عصبی موثر باشند .

سیستم اعصاب مرکزی (CNS) ممکن است در هر مرحله از سیفیلیس درگیر شود . تمام بیماران دارای علائم درگیری سیستم اعصاب مرکزی (مشکلات بینایی ، شنوایی و یا فلج اعصاب جمجمه) در هر مرحله باید از نظر مایع مغزی نخاعی بررسی شوند . مطلوب است تمام بیماران مبتلا به سیفیلیس اثبات شده که مدت بیماری آنها بیش از دو سال بوده یا نامشخص است ، از نظر ابتلا به نورو سیفیلیس بدون علامت بررسی شوند . برخی صاحب نظران توصیه می کنند در خصوص بیماران مبتلا به نورو سیفیلیس با یک نورولوژیست مشاوره شود . پیگیری دقیق درمان این بیماری اساسی است .

نکات سیفیلیس و عفونت HIV :

تمام بیماران مبتلا به سیفیلیس باید به انجام آزمایش HIV تشویق شوند ، زیرا همراهی این دو عفونت شیوع زیادی دارد و تداخل آنها در زمینه نحوه ارزیابی بالینی و تدابیر درمانی ، تاثیر گذار است . نورو سیفیلیس باید در تشخیص های افتراقی بیماری عصبی در افراد مبتلا به عفونت HIV مورد نظر باشد . در سیفیلیس مادرزادی نیز مادر باید به انجام آزمایش HIV ترغیب شود . اگر آزمایش وی مثبت شد ، شیر خوار باید برای پیگیری ارجاع شود .

درمان پیشنهادی برای سیفیلیس اولیه در بیماران آلوده به HIV با بیماران غیر آلوده به HIV تفاوتی ندارد . هر چند بعضی نویسندگان بررسی CSF و یا درمان قوی تر با یک رژیم توام سیفیلیس و HIV را بدون توجه به مرحله سیفیلیس ، پیشنهاد می کنند . در تمام موارد پیگیری کامل جهت اطمینان از درمان کافی ضروریست

سیفیلیس در دوران بارداری :

زنان باردار باید به عنوان گروهی مجزا در نظر گرفته شده ، به خصوص از نظر عفونت مجدد بعد از درمان به دقت تحت مراقبت اپیدمیولوژیک قرار گیرند . ضمناً درمان شریک جنسی نیز مهم است .

تأثیر اریترومایسین در هر مرحله از سیفیلیس و قابلیت پیشگیری عوارض سیفیلیس مادر زادی جای بحث دارد و در این خصوص موارد شکست بسیاری گزارش شده است و اثر بخشی این دارو در سیفیلیس عصبی نیز احتمالاً پایین است. اگر چه اطلاعات کافی موجود نیست، اما احتمالاً در خصوص کاربرد طولانی مدت یک سفالوسپورین نسل سوم در زنان بارداری که حساسیت آنها به پنی سیلین به شکل آنافیلاکسی تظاهر نمی کند باید توجه بیشتری اعمال کرد.

به منظور حساسیت زدایی پنی سیلین در زنان باردار دچار سیفیلیس، بستری در بیمارستان ضروری است. انجام این کار در اغلب مراکز مراقبت بهداشتی امکان پذیر نیست و به عنوان یک اقدام معمول توصیه نمی شود.

به منظور پیگیری درمان، انجام آزمایش های سرولوژیک غیر تریپونمایی کمی، باید تا زمان زایمان هر ماه انجام شده، در صورت بروز شواهد سرولوژیک دال بر وجود عفونت مجدد یا عود درمان تکرار شود.

نکات سیفیلیس مادر زادی:

تمام شیرخواران متولد از مادران دارای آزمایش مثبت سرولوژیک باید با یک دز واحد عضلانی از بنزاتین پنی سیلین ۵۰ هزار واحد / کیلوگرم درمان شوند، چه مادر در طول دوران بارداری درمان شده (با و یا بدون پنی سیلین) و چه درمان نشده باشد. بستری نوزادان علامت دار متولد شده از چنین مادرانی ضروری است. شیرخواران علامت دار و یا بدون علامت با مایع نخاعی غیر طبیعی (تا ۲ سالگی) باید به عنوان مبتلا به سیفیلیس مادر زادی اولیه تحت درمان باشند.

بعضی از کارشناسان تمام شیرخواران مبتلا به سیفیلیس مادر زادی را مانند زمانی که یافته های مایع نخاعی غیر طبیعی باشد، درمان می کنند. آنتی بیوتیک هایی که به جز پنی سیلین (از جمله اریترومایسین) برای درمان سیفیلیس مادر زادی توصیه نمی شود، مگر در موارد دارای حساسیت شدید به پنی سیلین. تتراسایکلین در کودکان کم سن منع مصرف دارد.

ابتلای مادر بار دار به سیفیلیس ممکن است به سیفیلیس مادرزادی منجر شود، اما درمان وی با پنی سیلین این میزان را به حداقل می رساند. تمام شیرخواران مادران دارای آزمایش مثبت باید در زمان تولد ماهانه تا ۳۶ ماه معاینه شوند تا زمانی که آزمایش های سرولوژیک آنها منفی شده و منفی باقی بماند. آنتی بادی هایی که از مادر به نوزاد انتقال می یابند، معمولاً در عرض ۳ ماه پس از تولد محو می شوند. در صورت امکان، بررسی سرولوژیک IgM اختصاصی به تشخیص کمک می کند.

سیفیلیس اولیه مادر زادی عموماً هم از نظر بالینی و هم آزمایشگاهی (سرولوژیک) به دزهای کافی پنی سیلین به خوبی پاسخ می دهد. در کودکان شدیداً بدحال با درگیری وسیع جلدی، مخاطی، استخوانی یا احشایی، بهبودی ممکن است به کندی صورت گیرد. در شرایطی بد تغذیه ای، ممکن است عفونت های همزمان از جمله پنومونی نیز رخ دهد.

نکات پیگیری بیماران سیفیلیس درمان شده:

پیگیری بیماران سیفیلیس اولیه درمان شده باید بر اساس میزان دسترسی به خدمات و منابع پزشکی انجام شود. وضعیت بالینی بیماران باید ارزیابی شود و تلاش در جهت تشخیص عفونت مجدد در نخستین سال بعد از درمان به عمل آید. بیماران مبتلا به سیفیلیس اولیه که با دزهای کافی و منظم بنزاتین پنی سیلین درمان شده اند، باید از نظر بالینی و سرولوژیک ارزیابی شوند. انجام تست های غیر ترپونمایی بعد از سه ماه پاسخ درمانی را ارزیابی می کند. ارزیابی ثانویه بعد از ۶ ماه انجام می شود و در صورت لزوم برای بازبینی وضعیت بیمار و مشخص نمودن احتمال عفونت مجدد بعد از ۱۲ ماه تکرار می گردد.

تمام بیماران مبتلا به سیفیلیس قلبی عروقی باید برای سال ها پیگیری شوند. بررسی باید وضعیت بالینی، سرولوژیک و مایع نخاعی را در برگردد و اگر ضرورت داشته باشد، بر اساس نظر پزشک و وضعیت فردی بیمار، این پیگیری شامل مطالعات رادیولوژیک هم خواهد بود. در هر مرحله از بیماری، در صورت بروز هر یک از حالات زیر، درمان مجدد در نظر گرفته می شود.

- باقی ماندن یا بروز مجدد شکایات و یافته های بالینی سیفیلیس فعال

- افزایش ثابت شده در تیتراست های غیر ترپونمایی

در این موارد، مایع نخاع باید قبل از تکرار درمان بررسی گردد، مگر بتوان بروز یک عفونت مجدد و سیفیلیس اولیه را ثابت کرد.

درمان مجدد بیماران باید بر اساس رژیم های توصیه شده برای سیفیلیس بیش از ۲ سال، صورت گیرد. به طور کلی فقط یک دوره درمان مجدد کافی است، زیرا در بیمارانی که به طور صحیح درمان شده اند ممکن است تست های غیرترپونمایی با تیتراست پایین تا مدت ها پایدار بمانند.

نکات شانکروئید:

به علت مقاومت گسترده در تمام نواحی جغرافیایی، تتراسایکلین و پنی سیلین ها در درمان شانکروئید جایی ندارند. درمان تک دز با دارو های آنتی میکروبیال ارجحیت دارد.

نکات تدابیر درمانی ضایعات شانکروئید:

در خصوص ضایعات به درمان نیاز نیست. زخم‌ها باید تمیز باشند و غدد لنفاوی مواج در صورت لزوم باید از طریق پوست سالم اطراف آسیب‌ر شده‌ها برداشتن یا تخلیه و برش و تخلیه یا برداشتن غدد لنفاوی ممکن است باعث تاخیر در ترمیم شده و توصیه نمی‌شود.

تمام بیماران تا زمان بهبود یا درمان کامل، باید پیگیری شوند. در بیماران آلوده به HIV ممکن است درمان کمتر موثر واقع شود. اما این مسئله ممکن است در جریان عفونت همزمان با هرپس واژینال یا سیفیلیس نیز رخ دهد. از آنجاییکه شانکروئید و عفونت HIV به طور شایعی همراه هستند و شکست درمان با شیوع بیشتری رخ می‌دهد، بیماران باید هر هفته، تا ظهور شواهد بهبودی، پیگیری شوند.

نکات گرانولوم اینگوینال (دو نوانوزیس)

دو نوانوزیس به وسیله باکتری گرم منفی داخل سلولی، کالیمبا توباکتریوم گرانولوماتیس ایجاد می‌شود. بیماری از نظر بالینی با ضایعات زخمی پیش‌رونده، بدون درد و بدون بزرگی غدد لنفاوی اطراف تظاهر می‌کند. ضایعات به شدت پر عروق هستند و با یک تماس به آسانی خونریزی می‌کنند. درمان باید تا ترمیم کامل تمام ضایعات ادامه یابد.

نکات عفونت های تب خال تناسلی :

درمان قطعی تب خال تناسلی شناخته نشده است. اما دوره علائم را می‌توان با شروع هر چه سریعتر درمان سیستمیک با آسیکلوویر یا آنالوگهای آن کوتاه نمود. درمان موضعی با آسیکلوویر فقط باعث کوتاهی مختصری در طول دوره علامت دار بیماری گشته و توصیه نمی‌شود.

نکات عفونت های راجعه :

بیشتر بیماران با اولین اپیزود عفونت تب خال تناسلی اپیزودهای راجعه ای از ضایعات تناسلی خواهند داشت، درمان ضد ویروسی اپیزودیک یا مهار کننده، دوره ضایعات تناسلی را کوتاه می‌کند. چون درمان ضد ویروسی برای بیشتر بیماران مفید است، باید برای تمام بیماران نوعی از درمان را در نظر گرفت. اگر درمان اپیزودیک در دوره مقدماتی بیماری یا اولین روز پس از بروز ضایعات شروع شود، برای بیشتر بیماران علائم راجعه، مفید خواهد بود. در صورت انتخاب درمان اپیزودیک، بیمار باید مقداری دارو یا نسخه ای برای تهیه آن داشته باشد، به طوری که به محض شروع اولین علائم بیماری، دارو را شروع کند.

درمان مهارکننده :

درمان روزانه مهار کننده عود مکرر (۶ بار یا بیشتر در هر سال) تب خال تناسلی را تا بیش از ۷۵ درصد کاهش می دهد . درمان روزانه با آسیکلوویر تا ۶ سال و یا والاسیکلوویر و فامسیکلوویر تا یکسال موثر و بدون عارضه است .

درمان مهارکننده با آسیکلوویر ، در بیماران با ایمنی عادی به ظهور مقاومت مشخص بالینی منجر نمی شود . این روش درمانی باعث کاهش انتقال ویروس در مرحله بدون علامت می شود ، ولی آن را ریشه کن نمی کند . بنابراین میزان تاثیر درمان مهار کننده در پیشگیری از انتقال HSV نامشخص است .

تب خال تناسلی در دوران بارداری :

اولین اپیزود بالینی تب خال تناسلی ، باید با آسیکلوویر خوراکی درمان شود . زایمان واژینال در زنان مبتلا شده به تب خال اولیه تناسلی در محدوده زمانی نزدیک به زایمان ، خطر آلودگی نوزاد را به دنبال دارد . مادران مبتلا به عود بیماری ، از این نظر با خطر کمتری مواجه می شوند . کشت از ترشحات دستگاه تناسلی در اواخر بارداری ، معیار ضعیفی برای انتشار ویروس ، در زمان زایمان است . شرح حال دقیق و معاینه بالینی ، تعیین کننده ضرورت سزارین در مادران مبتلا به تب خال تناسلی ضایعه دار است .

نکات تب خال تناسلی و عفونت توام با HIV

در افراد دچار ضعف ایمنی ، ممکن است زخم های پایدار و یا شدید جلدی - مخاطی ایجاد شود که اغلب سطح بزرگی از پوست اطراف مقعد ، بیضه یا آلت را درگیر می کنند . ضایعات ممکن است دردناک و غیر اختصاصی باشند و تشخیص بالینی را بسیار دشوار سازند . روند طبیعی زخم های تناسلی ممکن است متغیر باشد . بیشتر ضایعات در افراد الوده به HIV به آسیکلوویر پاسخ می دهند اما ممکن است به مقدار بیشتری از دارو یا درمان طولانی تری نسبت به زمان استاندارد نیاز باشد . در عین حال ، ممکن است درمان مهارکننده طولانی برای این بیماران مفید باشد . در مواردی ، بیماران ممکن است دچار جهشی در جهت نقص تیمیدین کیناز شوند که درمان استاندارد ضد ویروسی را بی اثر می سازد .

رژیم درمانی توصیه شده برای ضایعات شدید تب خال در مبتلایان به عفونت HIV ، آسیکلوویر ۴۰۰ mg خوراکی ، ۳ تا ۵ بار در روز تا بهبود بالینی است .

نکات زگیل های تناسلی :

ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) یک پاتوژن شایع منتقله از طریق تماس جنسی است. زگیل های تناسلی بدون درد بوده و تمایلی به ایجاد عوارض شدید ندارند ، مگر اینکه در جایی بروز کنند که سبب انسداد شوند . برداشتن ضایعات به معنی درمان عفونت نبوده ، هیچ درمانی کاملاً علاج بخش نیست . در بیشتر شرایط بالینی ، پودوفیلین (یا پودوفیلوتوکسین) یا تری کلرواستیک اسید (TCA) در درمان زگیل های بخش خارجی و اطراف دستگاه تناسلی به کار می رود . در صورت امکان بیشتر پزشکان کرایوتراپی با نیتروژن مایع ، دی اکسید کربن جامد ، یا پروپ سرما را ترجیح می دهند . کرایوتراپی سمی نیست ، نیازی به بی حسی ندارد و اگر به طور دقیق به کار رود ، ایجاد اسکار نمی کند .

شرکای جنسی نیز باید از نظر وجود زگیل معاینه شوند . به بیماران دارای زگیل های آنورثیتال ، باید خطر انتقال به شرکای جنسی را آموزش داد . به کار بردن کاندوم برای کمک به کاهش انتقال مفید است . انواع خاصی از HPV ممکن است باعث افزایش بروز کارسینوم مهاجم گردن رحم شوند . در تمام زنان دچار بیماری های مقاربتی ، معاینه منظم سرویکس و پاپ اسمیر توصیه شده است . بدین ترتیب درصد بالایی از اسمیر ها در نوجوانان مبتلا به این بیماری ها ممکن است غیر طبیعی باشد .

درمان های موجود برای زگیل های آنورثیتال قابل رؤیت توسط بیمار هم قابل استفاده اند (از جمله پودوفیلوکس و ایمی کویمود) و باعث رفع نیاز به معاینه های متعدد بالینی یا خدمات بستری می شوند . محلول پودوفیلوکس ۰/۵ درصد را می توان به وسیله یک سواپ پنبه ای یا ژل و به کمک انگشت به کار برد.

رژیم پیشنهادی :

الف - شیمیایی :

روش هایی که توسط بیمار به کار می رود :

- استفاده از محلول پودوفیلوکس ۰/۵ درصد یا ژل ، ۲ بار در روز به مدت ۳ روز ، و سپس ۴ روز بدون درمان که تا ۴ بار تکرار شود (حجم کلی پودوفیلوکس نباید از ۰/۵ سی سی در روز بیشتر شود)
- استعمال کرم ایمی کویمود ۵ درصد توسط انگشت ، ۳ بار در هفته و به مدت ۱۶ هفته ، شب ها وقت خواب مالیده و صبح شسته شود .
- (محل تماس باید با آب و صابون ۶ تا ۱۰ ساعت بعد از مصرف شسته شود .)

نکته :

ایمنی هیچیک از ۲ دارو در زمان بارداری اثبات نشده است .

روش هایی که توسط کادر درمانی اجرا می شود .

- پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵ درصد درمحلولی از بنزوئین ، برای درمان زگیل با دقت روی ضایعات بدون تماس با نسج سالم اطراف به کار می رود . زگیل های سیستم تناسلی خارجی و اطراف مقعد باید ۱ تا ۴ ساعت بعد از مصرف پودوفیلین شسته شوند . قبل از کاربرد اسپکولوم یا باید ۱ تا ۴ ساعت بعد از مصرف پودوفیلین شسته شوند . قبل از کاربرد اسپکولوم یا انوسکوپ ، باید پودوفیلین مصرفی را برای درمان زگیل های سطوح اپیتلیایی ژینتال و انال خشک شوند . درمان باید هر هفته تکرار شود
- پودوفیلوتوکسین ۰/۵ درصد که یکی از اجزای فعال رزین پودوفیلین است ، در صورت امکان توصیه می شود . اثر بخشی آن معادل پودوفیلین ست ، اما کمتر سمی بوده ، تمایل به ایجاد زخم در آن کمتر است .
- عده ای از کارشناسان ، با کاربرد پودوفیلین برای درمان زگیل های مقعد مخالفند . پودوفیلین را نباید با مقادیر زیاد استفاده کرد : زیرا سمی است و به آسانی جذب می شود . این دارو در بارداری و شیردهی نیز منع مصرف دارد .

یا

- TCA یا تری کلرواستیک اسید (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد) باید به دقت و بدون تماس با نسج ، روی زگیل ها مالیده شود . سپس روی نواحی درمان شده پودر تالک یا بیکربنات سدیم پاشیده شود تا اسید فعال نشده ، جدا گردد . این روش هفته ای یک بار تکرار شود .

ب- فیزیکی :

- کرایوتراپی با نیتروژن مایع ، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما ، هر کدام تا ۲ هفته تکرار شوند .

یا

- جراحی الکتریکی

یا

- برداشتن به روش جراحی

زگیل های واژن :

- کرایوتراپی (با نیتروژن مایع)
- پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد قبل از خارج کردن اسپکولوم ، خشک شود)
- TCA (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد)

زگیل های سرویکس :

- تدابیر درمانی باید شامل مشاوره با یک فرد مجرب باشد
- پاپ اسمیر
- پودوفیلین یا TCA با کار نرود

زگیل های سرویکس نباید تا زمان مشخص شدن نتایج پاپ اسمیر درمان شوند . اثر صاحب نظران با مصرف پودوفیلین یا TCA برای زگیل های سرویکس مخالفند بنابراین یکی از درمان های جایگزین بالا باید به کار رود .

زگیل های داخل مأ و مجرا :

- کرایوتراپی
 - پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد
- زگیل های در دسترس داخل مأ ممکن است با استفاده از پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد در ترکیب با بنزوئین یا پودوفیلوتوکسین ۸۰/۵ درصد درمان شوند . در این مورد ، مراقبت شدید شامل خشک کردن محل های درمان شده قبل از تماس سطوح اپتیلیایی ضروری است . بر اساس گزارش ها ، درصد موفقیت با پودوفیلین کم بوده است .
- اورتروسکپی برای تشخیص زگیل های داخل مجرا ضروری است و در مردان دارای زگیل های راجعه مأ باید آن را مد نظر داشت . بعضی افراد با تجربه ، برداشتن زگیل ها از طریق جراحی الکتریکی را ترجیح می دهند . به کار بردن کرم ۵ درصد فلوروآوراسیل یا تیوتپا ممکن است موثر باشد ، اما ارزیابی کافی نشده است . پودوفیلین نباید به کار رود .

نکات عفونت های تریکوموناس واژینالیس

تمام شرکای جنسی باید شناسایی و درمان شوند و به بیماران باید پرهیز از نزدیکی تا زمان تکمیل دوره درمان در هر دو طرف توصیه شود . تریکومونیاژیس در مردان به طور شایع بی علامت است ، اما تشخیص آن به عنوان عامل اورتیریت غیر گونوککی و غیرکلامیدیایی در حال افزایش است . برای درمان اورتیریت تریکومونیایی به مطالب بعدی مراجعه شود .

از بیماران باید پس از ۷ روز درمان در خصوص باقی ماندن شکایت ها پرسش شود . عفونت مجدد باید حتما رد شود . اغلب بیماران درمان نشده در نخستین دوره درمان به یک رژیم ۷ روز تکراری پاسخ می دهند . مقاومت به ۵ نیتروایمیدازول ها گزارش شده و ممکن است علتی برای شکست درمان باشد . بیمارانی که به درمان مجدد با مترونیدازول پاسخ نمی دهند باید با رژیم مترونیدازول ۲gr روزانه همراه با mg ۵۰۰ داخل واژن ، هر شب برای ۳ تا ۷ روز ، درمان شوند . ترکیب های واژینال مترونیدازول در بیشتر نقاط جهان در دسترسند . اما فقط برای درمان عفونت های مقاوم به کار می روند . نه درمان عفونت های اولیه . رژیم جایگزین ممکن است شامل mg ۴۰۰ یا mg ۵۰۰ مترونیدازول خوراکی ، ۲ بار در روز برای ۷ روز باشد .

نکات تریکومونیاژیس در دوران بارداری:

درخصوص ارتباط میان عفونت تریکوموناس واژینالیس و نتایج نامطلوب بارداری ، شواهد درحال افزایش است . (از جمله پارگی پرده ها و تولد زیر وزن) . تجویز مترونیدازول در نخستین سه ماهه بارداری توصیه نمی شود ، در حالی که در سه ماهه دوم و سوم می توان از آن استفاده کرد . حداقل دز موثر مترونیدازول (۲ gr) خوراکی و در یک دز واحد) باید به کار رود .

نکات عفونت های نوزادی :

شیر خواران دچار تریکومونیاژیس علامتدار یا با کلونیزاسیون مداوم دستگاه اداری تناسلی بعد از ۴ ماهگی ، باید با مترونیدازول درمان شوند .

نکات واژینوز باکتریایی :

واژینوز باکتریایی یک شکایت بالینی است که به دلیل جایگزینی تعداد زیاد باکتری های بی هوازی از جمله گاردنلاواژینالیس و مایکوپلاسما هومینیس به جای لاکتوباسیل مولد H₂ O₂ در محیط واژن بروز می کند و دلیل این تغییر میکروبی کاملاً روشن نیست . در حالی که تریکومونیاژیس یک عفونت منتقله از طریق تماس جنسی است ، واژینوز باکتریایی یک عفونت اندوژن در دستگاه تناسلی است . درمان شریک جنسی مفید نیست .

پیشنهاد شده است که عوامل مساعد کننده ، از جمله استفاده از مواد ضد عفونی کننده / آنتی بیوتیک در واژن یا شستشوی واژن کاهش داده یا متوقف شود .

برای اثبات ارتباط میان تغییر فلور میکروبی واژن و عفونت HIV مطالعات بیشتری لازم است . در حال حاضر تنها درمان زنان علامت دار توصیه می شود .
به بیماران تحت درمان با مترونیدازول باید در خصوص عدم مصرف الکل تا زمان مصرف دارو و ۲۴ ساعت پس از اتمام آخرین نوبت آن هشدار داد .

رژیم جایگزین :

- مترونیدازول ۲ gr خوراکی در یک دز واحد
یا
- کرم واژینال ۲ درصد کلیندامایسین ، ۵ gr داخل واژن ، هر شب وقت خواب برای ۷ روز
یا
- ژل مترونیدازول ۰/۷۵ درصد ، ۵ gr داخل واژن ۲ بار در روز برای ۵ روز
یا
- کلیندامایسین ۳۰۰ mg خوراکی ، ۲ بار در روز برای ۷ روز

پیگیری :

به بیماران باید توصیه کرد که در صورت ادامه علائم مجدداً مراجعه کنند، زیرا ممکن است درمان مجدد ضروری باشد .

نکات واژینوز باکتریایی در دوران بارداری :

شواهدی در دست است که واژینوز باکتریایی در بارداری با افزایش بروز مشکلات همراه است (پارگی زودرس پرده ها، زایمان پیش از موعد و نوزاد کم وزن) زنان باردار علامت دار باید درمان شوند و آنان که سابقه ای از زایمان زودرس دارند ، باید از نظر وجود عفونت بدون علامت ، مورد ارزیابی قرار گیرند . زنان باردار با شکایات راجعه باید مجدداً درمان شوند . بیماریابی در زنان باردار بدون علامت و بدون تاریخچه قبلی زایمان زودرس ، پیشنهاد نمی شود .

تجویز مترونیدازول در سه ماهه نخست بارداری توصیه نمی شود ، اما در سه ماهه دوم و سوم می توان از آن استفاده کرد . جهت کاهش عوارض ناشی از مصرف مترونیدازول در بارداری مصرف مقادیر کمتر از دارو توصیه می شود .

نکات کاندیدیازیس و لوواژینال :

درمان عموماً عبارت است از کاربرد موضعی یکی از ایمیدازول های موجود (میکونازول ، کلوتریمازول ، اکونازول ، بوتوکونازول) یا نیستاتین ، ایمیدازول ها به دوره کوتاه تر درمان نیازمندند و نسبت به نیستاتین موثرترند ، ولی عموماً گران تر هستند .

رژیم های پیشنهادی :

- میکونازول یا کلوتریمازول mg ۲۰۰ داخل واژن روزانه برای ۳ روز
یا

کلوتریمازول mg ۵۰۰ داخل واژن در یک دز واحد

یا

- فلوکونازول mg ۱۵۰ خوراکی در یک دز واحد

رژیم جایگزین :

- نیستاتین ۱۰۰ هزار واحد داخل واژن ، ۱ بار در روز برای ۱۴ روز

نکات کاندیدیازیس و لوواژینال در دوران بارداری :

اگر چه در حال حاضر ، رژیم های تک دز خوراکی وجود دارند ، ایمن و موثر بودن این رژیم های درمانی مشخص نیست . فقط آزول های موضعی را باید برای درمان این زنان بکاربرد . میکونازول ، کلوتریمازول ، بوتوکونازول و ترکونازول به عنوان موثرترین دارو ها برای زنان باردار پیشنهاد شده اند .

موارد عود :

پیشنهاد شده که عوامل زمینه سازی همچون مصرف آنتی بیوتیک ، مصرف ترکیب های آنتی سپتیک یا آنتی بیوتیک واژینال یا شستشوی واژن کاهش یافته یا حذف شوند . درمان همزمان کانون رکتال با نیستاتین خوراکی یا فلوکونازول خوراکی در جلوگیری از عود مفید نبوده است . سایر عوامل زمینه ساز برای عود کاندید یازیس و لوواژینال عبارتند از : دیابت شیرین کنترل نشده ، سرکوب ایمنی و مصرف استروئید .

کاندیدیازیس و لوواژینال و عفونت HIV

کاندیدیازیس در محل های مختلف ، از جمله ولوواژن ، ارتباط مهمی با بیماری HIV دارد ، به طوری که در این حالت ، بیماری کاندیدیازیس شدیدتر بوده به دفعات عود می کند . معمولاً درمان طولانی مدت توصیه می شود و درمان مهار کننده طولانی مدت کاربرد زیادی دارد .

التهاب سر آلت (balanoposthitis)

به کار بردن موضعی لوسیون نیستاتین یا کرم کلوتریمازول دوبار در روز برای ۷ روز توصیه شده است .

گال :

گال در بالغین اغلب از طریق تماس جنسی منتقل می شود . واضح است که این بیماری از طریق تماس نزدیک بدنی و غیر جنسی نیز منتقل می شود . در محیط هایی که مردم با تماس های خیلی نزدیک زندگی می کنند ، از جمله مدرسه ، منازل پر جمعیت و نامناسب و در مراکزی همچون خانه سالمندان و بیمارستان بیماران روانی ، میزان انتقال گال بیشتر است . وقتی که علت احتمالی آلودگی ، تماس نزدیک بدنی است . برای جلوگیری از انگ باید از اطلاق بیماری مقاربتی به گال خود داری کرد. به علاوه برای بیماران مراجعه کننده با گال مقاربتی (از جمله بالغین جوانی که در شرایط مسکونی مناسب زندگی می کنند) تدابیر پیشنهادی متفاوت است . تدابیر درمانی برای چنین بیمارانی باید شامل درمان تمام شرکای جنسی نیز باشد . برای پیشگیری از همه گیرهای گال ناشی از تماس نزدیک غیر جنسی درمان تمام افراد درگیر ضروری است.

رژیم پیشنهادی برای بالغین ، نوجوانان و کودکان بزرگتر :

- مالیدن محلول یا کرم لیندان ۱ درصد ، یک لایه نازک روی سطوح بدن از گردن به پایین و شستشوی بدن پس از ۸ ساعت .
یا
- مالیدن کرم پرمترین ۵ درصد
یا
- مالیدن لوسیون بنزیل بنزوات ۲۵ درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین ، هر شب به مدت ۲ شب. بیماران باید قبل از مصرف مجدد دارو و ۲۴ ساعت بعد از آخرین بار استعمال دارو استحمام کنند .
یا

- مالیدن لوسیون کروتامیتون ۱۰ درصد روی تمام سطح بدن از گردن به پایین ، هر شب به مدت دو شب و شستشوی کامل بدن ۲۴ ساعت بعد از دومین مصرف ، ادامه درمان تا ۵ شب در بعضی مناطق جغرافیایی ضروری است (کروتامیتون ضد خارش نیز هست)

یا

- مالیدن محلول نفتی گوگرد ۶ درصد (۱) روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین ، برای ۳ شب ، بیماران می توانند قبل از هر بار مصرف ۲۴ ساعت بعد از آخرین استعمال حمام نمایند .

نکته :

- لیندان در دوران بارداری و شیردهی ممنوعیت مصرف دارد
- مقاومت به لیندان در بعضی مناطق گزارش شده است .

1- petrolatum

رژیم پیشنهادی در شیر خواران ، کودکان زیر ۱۰ سال ، زنان باردار و شیرده :

- کروتامیتون ۱۰ درصد به روش مذکور در مبحث قبلی
- گوگرد ۶ درصد به روش مذکور در مبحث قبلی
- کرم پرمترین ۵ درصد به همان روشی که برای گوگرد شرح داده شد .

موارد تماس :

تماس های جنسی و تماس های نزدیک خانگی نیز باید به شکل مذکور در مبحث قبلی درمان شوند .

ملاحظات خاص

ممکن است هفته ها بعد از درمان کافی نیز خارش وجود داشته باشد ، بنابراین در صورتی که بعد از یک هفته از نظر بالینی خارش برطرف نشد ، یکبار درمان مجدد ممکن است لازم باشد . درمان مجدد هفتگی فقط در صورت مشاهده مایت های زنده ضروری است . در صورت رد عفونت مجدد می توان از ترکیب های ضد التهابی موضعی برای برطرف کردن علائم که ممکن است آلرژیک باشند ، استفاده کرد . لباس و رختخواب مورد استفاده بیمار طی دو روز قبل از شروع درمان شستشو و به خوبی حرارت داده یا خشک شویی گردد .

شپش ناحیه تناسلی :

رژیم های توصیه شده :

- مالیدن کرم یا لوسیون لیندان ۱ درصد ، در ناحیه آلوده و نواحی مودار اطراف آن و شستشو پس از ۸ ساعت و استفاده از شامپوی لیندان ۱ درصد به عنوان جایگزین و شستشو بعد از ۴ دقیقه

یا

- مالیدن پیرترین به علاوه پیپرونیل بوتوکسید : در ناحیه آلوده و نواحی مودار اطراف و شستشو پس از ۱۰ دقیقه ، در صورتی که بعد از ۷ روز ، شپش یا تخم های آن در محل اتصال مو و پوست دیده شود ، درمان مجدد ضروری است . لباس یا وسایل خواب بیمار طی ۲ روز قبل از شروع درمان باید کاملاً شستشو و به خوبی حرارت داده یا خشک شویی نمود .

یا

پرمترین ۱ درصد مطابق روش مزبور

نکته :

- مصرف لیندان در بارداری و شیردهی ممنوع است .

شرح وظیفه پزشک در STI

پزشک باید اقدامات ذیل را در رابطه با مراقبت STI انجام دهد :س

- ۱- بیماران STI را پذیرش کند.
- ۲- موارد لزوم را در صورت وجود امکان و شرایط بیمار تشخیص علتی بدهد و بر اساس آن درمان کند.
- ۳- در صورت عدم دسترس به امکانات تشخیص علتی و یا شرایط بیمار بر اساس برخورد سندرمیک درمان کند .
- ۴- برای درمان شریک جنسی بیمار تلاش کند .
- ۵- باید مشاوره کند و آموزش دهد .
- ۶- نحوه استفاده از کاندوم را آموزش دهد .
- ۷- به بیمار توصیه کند در طول حداکثر ۱۲ هفته بعد برای پیگیری مراجعه نماید .
- ۸- فرم های مراقبت مرتبط را تکمیل نماید .
- ۹- زیر مجموعه خود را سالیانه یک بار در ارتباط با STI بازآموزی کند.

منابعی برای مطالعه بیشتر :

- ۱- دستورالعمل کشوری بیماریهای مقاربتی
- ۲- راهنمای تدابیر بالینی در عفونت های آمیزشی

خودآزمایی:

- ۱- تشخیص ص علتی بی ماری های آمیزشی چگونه است؟
- ۲- تشخیص ص علامتی بی ماری های آمیزشی چگونه است؟

فصل دهم

ساختار و تشکیلات و مراقبت HIV/AIDS و STI در سیستم
بهداشتی درمانی
(فرم ها و سیستم ثبت و گزارش دهی)

اهداف آموزشی :

فراگیر در پایان این بخش باید قادر باشد که :

- ۱- ساختار و تشکیلات برنامه STI و HIV/AIDS را بیان کند.
- ۲- گروههای هدف در امر مقایسه با ایدز را نام ببرد .
- ۳- فرایندهای اصلی ارائه خدمت در مراکز مرجع را نام ببرد .
- ۴- اقدامات اصلی انجام شده برای داوطلبین مشاوره را نام ببرد .
- ۵- اقدامات اصلی انجام شده برای معتادان تزریقی و افراد دارای رفتار جنسی پر خطر را نام ببرد .
- ۶- اقدامات اصلی انجام شده برای بیماران آمیزشی را نام ببرد .
- ۷- اقدامات اصلی انجام شده برای افراد مبتلا به HIV/AIDS را نام ببرد .
- ۸- شیوه های مراقبت برنامه HIV/AIDS را نام ببرد .
- ۹- فرم های سیستم ثبت برنامه HIV/AIDS را بیان نماید .

مقدمه :

کنترل ایدز در جامعه نیازمند ابزار لازم و اعمال مدیریت صحیح است . با وجود اینکه موضوعات بیماری ایدز در کشور به تازگی در کشور مطرح شده است ولی یک سیستم مراقبت برای جمع آوری داده های مربوط به این بیماری در حال ایجاد است و باید تقویت و تحکیم گردد از طرفی دیگر خدماتی که به بیماران HIV و AID و STI ارائه می شود باید در بستر سیستم بهداشتی درمانی کشور تعریف گردد . برنامه ادغام HIV/AIDS و STI در سیستم بهداشتی درمانی کشور نیازمند ایجاد ظرفیت ، تعیین استاندارد ها ، آموزش ها و ... است که در این بخش سعی شده است توضیح داده شود . در این بخش سعی شده است این عنوانها که در ابتدا گروههای هدف در معرض خطر ایدز و فعالیت های اصلی توضیح داده شود . مراکز مشاوره تعریف شود و خدماتی که در آن ارائه می شود بیان شود.

کلیات :

در شرایط فعلی تصمیم گرفته شده است که خدمات HIV/AIDS و STI بصورت ادغام یافته در نظام بهداشتی درمانی کشور ارائه شود . در همین راستا وظایف هر کدام از سطوح مختلف شامل خانه بهداشت ، مرکز بهداشتی درمانی روستایی ، پایگاه بهداشتی ، مرکز بهداشتی درمانی شهری، مرکز بهداشت شهرستان و استان و بیمارستان تعریف شده است . بطور کلی در سطوح پائین تر یک سری وظایف عام و کلی در خصوص این برنامه ها به کارکنان سپرده شده است و پیش بینی شده است بدنبال آموزش و ارسال ابزار لازم (بسته های آموزشی) برای این سطوح خدمات مرتبط ارائه شود . وظایفی که در ارتباط با برنامه HIV/AIDS و STI خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی و پایگاههای بهداشتی در نظرگرفته شده است خیلی تخصصی و پیچیده نیست . اما ماهیت بیماری ایدز و HIV و بیماریهای STI و همچنین همراهی اعتیاد با ایدز در کشور ما سبب شده که این انتظار ایجاد شود که بعضی از خدمات ارائه شده به این گروه بصورت ویژه و تخصصی تر باشد . از همین رو در هر شهرستان یک یا چند مرکز از مراکز بهداشتی درمانی بعنوان مرکز مرجع یا مرکز مثلی یا مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری نامگذاری شده اند . و در این مراکز ابزار لازم فراهم گردد و مرکز از نظر ظرفیت و دانش قابلیت ارائه خدمات تخصصی تر را به گروههای هدف برنامه داشته باشد .البته وظایف پزشکانی که در سیستم های بهداشتی درمانی یا مراکز بهداشتی درمانی کار می کنند که خدمات مربوط به HIV/AIDS و STI را بصورت عمومی ارائه می دهندچندان پیچیده نیست .ولی باید بانحوه ارائه خدمات در مراکز مرجع آشنا باشند. تا بتوانند ضمن آگاهی از خدمات بیماران را بموقع ارجاع دهند.

در ابتدای بخش گروههای هدف درامر مقابله با ایدز و HIV بیان شده است . مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری یا مرکز مرجع توضیح داده خواهد شده ، گروههای هدف خدمات گیرندگان خدمت در مراکزمشاوره توضیح داده شده و استاندارد های برنامه و خدماتی که باید به هر کدام از گروههای هدف ارائه شود بیان شده است . خدمات اصلی که باید به هر گروه هدف این برنامه در مراکز مراجع ارائه شود به تفصیل عنوان شده است هدف از بیان این مطالب آشنایی پزشکان با شیوه ارائه خدمت در این برنامه است .در ادامه آن فرم ها و وظایف مراکز مرجع توضیح داده شده و سپس مراقبت در HIV/AIDS و STI توضیح داده شده است . در این مبحث مراقبت جاری و بعد از آن مراقبت دیده وری عفونت HIV توضیح داده شده است . در ادامه نمونه فرم ها و سیستم ثبت و گزارش HIV/AIDS آورده شده است .

گروه های هدف در امر مقابله با ایدز :

به منظور اجرای یک برنامه منسجم به منظور مقابله با بیماری ایدز در جامعه گروههای ذیل در جامعه بایستی مورد توجه قرار گیرند :

۱- **عموم مردم جامعه** که بایستی واقعیت های موجود در رابطه با بیماری را بدانند و از میزان وحشت بی مورد آنان کاسته و راههای اصلی مقابله با بیماری را بشناسند . در این مورد اقدامات آموزشی و فرهنگی که موجب کاهش ننگ ناشی از ایدز در جامعه گردد نیز حائز اهمیت می باشد .

۲- **گروههای در معرض خطر** که خود شامل دو دسته ذیل هستند .

۱-۲ **افراد که رفتارهای پر خطر ندارند** ، اما در معرض انجام این رفتارها قرار دارند . این گروه عمدتاً شامل جوانان و نوجوانان می باشند که در حال شکل گیری شخصیت و رفتار می باشند و بایستی با انجام آموزشهای ویژه و مشاوره های اصولی به آنان در جهت ساخت یک رفتار سالم کمک کرد . از این پس این گروه با عنوان افراد در معرض خطر نامیده خواهند شد.

۲-۲ **افراد که دارای رفتارهای پر خطر هستند** . این گروه عمدتاً شامل معتادین تزریقی ، افراد دارای رفتارهای جنسی نامطمئن ، مبتلایان به بیماریهای آمیزشی ، همسر افراد آلوده و ... می باشند . در این گروه ضمن آنکه با انجام آموزش های ویژه و مشاوره های اصولی می توان موجب ترک و یا تغییر در رفتار پر خطر آنان شد به گونه ای که آسیب های ناشی از این رفتارها به حداقل ممکن برسد . از آنجا که تشخیص به هنگام آلودگی در جهت مراقبت های بعدی و کنترل عوارض بیماری در جامعه بسیار حائز اهمیت است ، لازم است امکان انجام آزمایشهای داوطلبانه برای این گروه نیز فراهم آید . از این پس این گروه با عنوان افراد پرخطر نامیده خواهند شد .

۳- **افراد آلوده به HIV**

۴- **بیماران ایدزی**

آموزش ، مشاوره ، مراقبت و درمان و حمایت از این افراد از اصول کلی کنترل بیماری در جامعه می باشد . لازم است زمینه هایی فراهم آید تا این افراد بتوانند برای انجام مشاوره ، مراقبت و حمایت بدون وا همه از ایجاد ننگ و بدنامی به مراکز ذیصلاح مراجعه کنند .

تعریف مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری یا مرکز مثلثی یا مرکز مرجع:

مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری یا مراکز مثلثی مراکزی هستند که قابلیت انجام خدمات آموزشی، مشاوره، پیشگیری، مراقبت و درمان گروههای پرخطر و افراد آلوده و بیمارآموزش و مشاوره گروههای در معرض خطر و هدایت برنامه های آموزشی برای عموم مردم جامعه را داشته باشد. یک مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بهتر است کلیه ابعاد در نظر گرفته شده را پوشش دهد اما در صورت عدم امکان، حداقل پوشش بیماران و افراد آلوده الزامی است.

پس از ادغام برنامه های مراقبتی HIV/AIDS در نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور ضمن آنکه کلیه مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت موظف به ارائه خدمات مرتبط در این خصوص هستند مراکز مذکور در هر شهرستان با عنوان مرکز بهداشتی درمانی مرجع مسئولیت ارائه خدمات تخصصی تر در این زمینه را بر عهده خواهند داشت.

در برنامه ادغام بعنوان مراکز مراجع برنامه HIV و ایدز نامیده می شوند. در برنامه ادغام HIV و ایدز و STI مرکز مرجع یا مشاوره یکی از مراکز بهداشتی درمانی است که پرسنل آن قابلیت های لازم را کسب کرده اند و ابزار و امکانات و فضای مورد نیاز برای ارائه خدمات در اختیار آنها قرار گرفته است.

درمراکز مشاوره یا مرجع رعایت نکات ذیل بسیار مهم است :

۱- به منظور جلوگیری از ایجاد حساسیت در بین مردم و عبور و مرور راحت تر داوطلبین و بیماران لازم است کلیه مراکز مشاوره، در داخل مراکز بهداشتی - درمانی و ترجیحا در مراکزی که بیشترین تردد را داشته و خدمات بیشتری ارائه می دهند راه اندازی شوند و از جداسازی آنان از سیستم بهداشتی خود داری شود.

۲- تنها مراکز مجوز ارائه خدمات مشاوره را دارند که پرسنل شاغل در آن مراکز دوره های آموزشی مشاوره را گذرانده باشند.

۳- سایر پرسنل غیر مرتبط با مرکز مشاوره در مراکز بهداشتی - درمانی مذکور نیز بایستی آموزش لازم در خصوص نحوه برخورد با افراد آلوده و بیمار و افراد پرخطر را دریافت دارند.

۴- لازم است در مراکز و خصوصا پایگاههای مشاوره، خدمات مشاوره ای و آموزشی در خصوص سایر بیماریها (سل، بیماریهای غیر واگیر مانند تالاسمی، دیابت، فشارخون و ...) نیز ارائه شود.

۵- مراکز به گونه ای انتخاب گردند که امکان دسترسی افراد به آنان به راحتی امکان پذیر باشد و امکانات رفاهی حداقل برای مراجعین در مرکز وجود داشته باشد.

- ۶- ارائه کلیه خدمات در این مراکز برای در رابطه با برنامه HIV/AIDS رایگان می باشد.
- ۷- اطلاعات مربوط به بیماران کاملاً محرمانه است .

گیرندگان خدمت (گروه های هدف) در مراکز مرجع :

- ۱- افراد HIV/AIDS
- ۲- خانواده افراد آلوده و یا بیمار
- ۳- داوطلبین اختیاری مشاوره
- ۴- مصرف کنندگان تزریقی موارد و یا سابقه تماس جنسی پرخطر
- ۵- افراد با شکایت یا علامت بیماریهای آمیزشی

در این مرکز افرادیا بصورت داوطلبانه برای انجام مشاوره مراجعه می کنند و یا افرادی هستند که از قبل در این مرکز دارای پرونده می باشند .

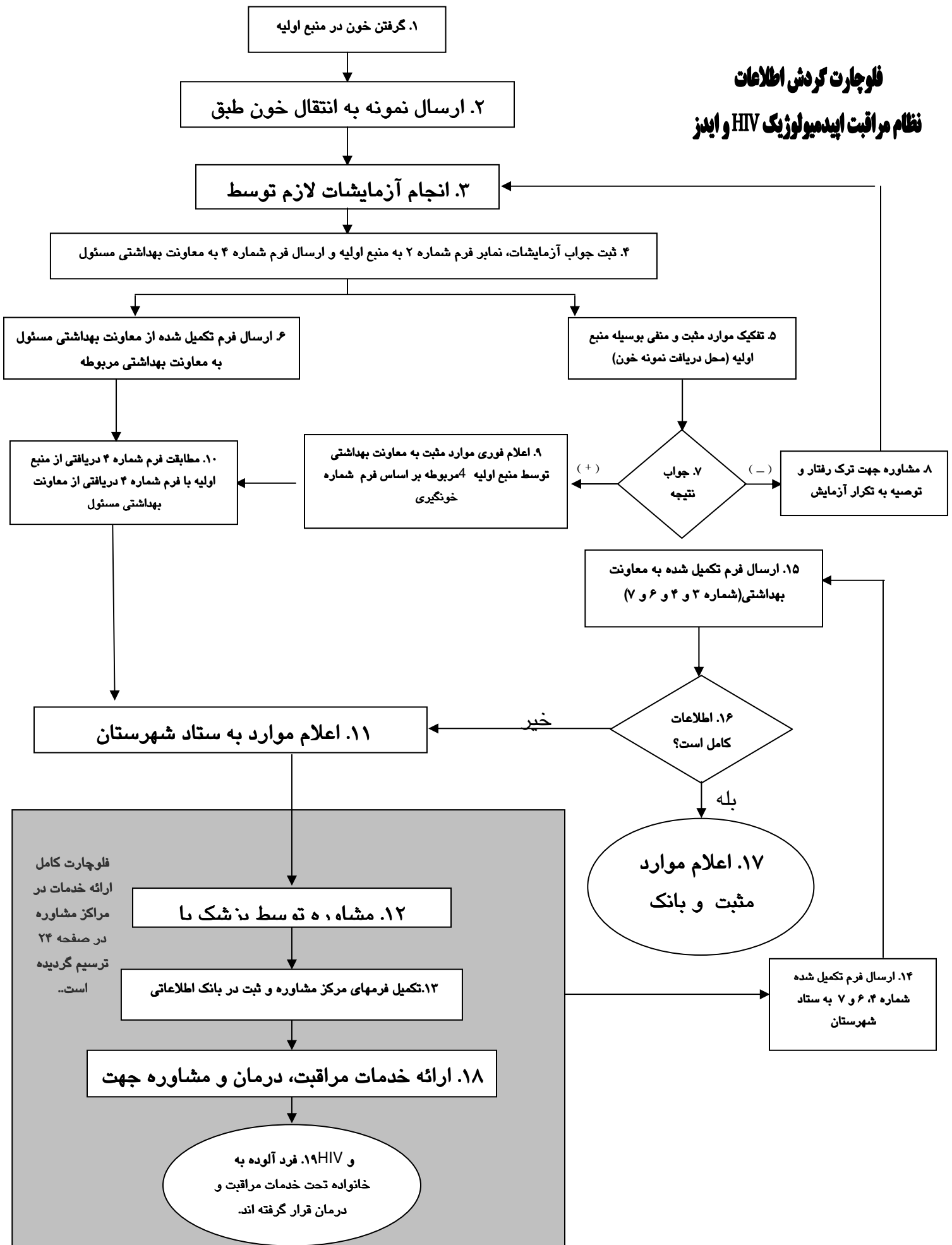
در صورتی که فرد بصورت داوطلبانه مراجعه کند پس از انجام مشاوره عمومی و در صورت لزوم آزمایش داوطلبانه HIV (VCT) ۱، بنا به ضرورت برای تشکیل پرونده و دریافت خدمات لازم به یکی از واحد های اصلی مرکز ارجاع خواهد شد .

بدیهی است افرادی نیز که دارای پرونده بوده و یا موارد شناخته شده قبلی هستند در بدو ورود به واحد های مربوطه ارجاع خواهند شد .

توجه : از آنجا که سه گروه اصلی (موارد HIV/AIDS - مصرف کنندگان تزریقی مواد و موارد پرخطر جنسی - مبتلایان به STI) از خدمات مشاوره ای و مراقبتی در این مراکز استفاده می کنند، خدمات ارائه شده در مرکز درسه بخش جداگانه شرح داده شده است اما توجه به این نکته ضروری است که این موضوع به منزله تفکیک واحد های اجرائی مجزا در مرکز نبوده و کلیه خدمات بصورت ادغام یافته انجام می گیرد .

در ادامه بمنظور درک مناسب از گردش اطلاعات در نظام مراقبت اپیدمیولوژیک ایدز و HIV فلوچارت خواهد آمد و توضیح داده می شود.

فلوچارت گردش اطلاعات نظام مراقبت اپیدمیولوژیک HIV و ایدز



توضیحات مربوط به فلوچارت گردش اطلاعات نظام مراقبت اپیدمیولوژیک HIV و ایدز:

۱. ۱: گرفتن خون در منبع اول

دریافت نمونه خون، بر اساس استانداردهای خونگیری و تکمیل فرم مرجع (شماره ۱) و فرم شماره ۲ (الف یا ب).

هریک از ارگانها یا سازمانهای زندانها، دانشگاه های علوم پزشکی، بهزیستی، جمعیت هلال احمر، و انتقال خون میتوانند بعنوان منبع اولیه یا محل دریافت نمونه خون، عمل نمایند. پایگاه های انتقال خون، در مورد مراجعین بخش خصوصی نقش منبع اولیه را بعهده خواهند داشت.

۲. ارسال نمونه به سازمان انتقال خون طبق فرم شماره ۲:

نمونه ها همراه با فرم شماره ۲ (الف یا ب) توسط نماینده معاونت بهداشتی یا مرکز بهداشت شهرستان براساس دستورالعمل نحوه انتقال نمونه ها ارسال میگردد. (دستورالعمل نحوه تکمیل فرم شماره ۲ رعایت گردد).

۳. انجام آزمایشات لازم توسط انتقال خون:

یک بار الایضا انجام میشود و در صورت مثبت بودن با تست وسترن بلات تایید میگردد. در صورتیکه در هریک از مراحل جواب منفی ثبت گردد، انجام آزمایشات متوقف و به عنوان مورد منفی اعلام میگردد.

۴. ثبت جواب آزمایشات، نمابر فرم شماره ۲ به منبع اولیه و ارسال فرم شماره ۴ به معاونت

بهداشتی مسئول:

در پایگاه انتقال خون، در ستون آزمایشات درخواستی و نتیجه آزمایشهای انجام شده، جواب هر مورد بر اساس دستورالعمل فرم شماره ۲ ثبت میگردد و فرم تکمیل شده به منبع اولیه (محل دریافت نمونه خون) به صورت روزانه نمابر یا ارسال میگردد. همچنین موارد مثبت، طبق فرم شماره ۴ به معاونت بهداشتی مسئول به صورت ماهانه ارسال میگردد. با توجه به محل جغرافیایی پایگاه های انتقال خون، معاونت بهداشتی آن حوزه مسئول برقراری ارتباط و اطمینان از دریافت جواب آزمایشات میباشد. همچنین سازمان انتقال خون موظف است حداکثر تا دوهفته از دریافت نمونه ها پاسخ آزمایشات را مطابق فرم شماره ۲ آماده و به منبع اولیه نمابر و یا ارسال نماید.

تبصره: درمورد استان تهران استثنائاً، مرکز مدیریت بیماریها مسئولیت معاونت بهداشتی مسئول را به عهده گرفته و سازمان انتقال خون موظف است فرمهای شماره ۴ را با توجه به استانداردهای فوق الذکر، به مرکز مدیریت بیماریها تحویل نماید. (به صورت نمابر محرمانه)

۵. تفکیک موارد مثبت و منفی بوسیله منبع اولیه (محل دریافت نمونه خون)

منبع اولیه موظف است از حصول جواب آزمایشات سازمان انتقال خون اطمینان حاصل نماید. میتواند از یکی از طرق زیر اقدام نماید:

الف: با توجه به اینکه یک نسخه در اختیار منبع اولیه میباشد، موارد مثبت را تلفنی از سازمان انتقال خون دریافت نماید.

ب: فرد را جهت دریافت جواب، به سازمان انتقال خون اعزام نماید.

ج: از طریق مکاتبات اداری

د: از طریق نمابر فرم تکمیل شده شماره ۲ را دریافت نماید.

تذکر مهم: با توجه به اینکه برگه اصلی جواب آزمایشات (فرم شماره ۲) در اختیار نماینده معاونت بهداشتی مسئول ویا مرکز بهداشت شهرستان قرار میگیرد، لذا تکثیر نسخه ای برای منبع اولیه خونگیری بر عهده سازمان انتقال خون میباشد که در صورت نمابر احتیاجی به تکثیر نخواهد بود. در صورت تمایل میتواند جهت بایگانی خود نیز نسخه ای تهیه نماید.

۶. ارسال فرم تکمیل شده از معاونت بهداشتی مسئول به معاونت بهداشتی مربوطه:

معاونت بهداشتی مسئول موظف است بر حسب نشانی، موارد مثبت را به معاونت بهداشتی مربوطه طبق فرم شماره ۴ ارسال نماید.

۷. جواب نتیجه آزمایش (یک مرحله تصمیم گیری است)

۸. مشاوره جهت تغییر رفتار و توصیه به تکرار آزمایش

منبع اولیه خونگیری موظف است موارد منفی گزارش شده را بعد از مشاوره برای تغییر رفتار پرخطر به انجام آزمایش در سه ماه بعد تشویق نماید.

۹. اعلام فوری موارد مثبت به معاونت بهداشتی مربوطه براساس فرم شماره ۴ توسط منبع اولیه خونگیری

منبع اولیه خونگیری موظف است موارد مثبت را به صورت فوری (تلفنی) بر اساس مندرجات فرم شماره ۴ به معاونت بهداشتی مربوطه اعلام نماید. فرم گزارش ماهانه نیز در کنار اعلام فوری تلفنی، در پایان هرماه به معاونت بهداشتی مربوطه ارسال میگردد که شامل تمامی موارد گزارش شده تلفنی می باشد.

۱۰. مطابقت فرم شماره ۴ دریافتی از منبع اولیه با فرم شماره ۴ دریافتی از معاونت بهداشتی مسئول

معاونت بهداشتی مربوطه موظف است مواردی را که با یکدیگر مغایرت دارند ویا موارد گزارش نشده در یکی از فرم ها را پیگیری نماید.

۱۱. اعلام موارد مثبت به ستاد شهرستان:

معاونت بهداشتی مربوطه موظف است موارد مثبت را جهت پیگیری و تکمیل فرمهای لازم، به ستاد شهرستان اعلام نماید.

۱۲. مشاوره توسط پزشک یا کارشناس دوره دیده:

ستاد شهرستان موظف است جهت انجام مشاوره توسط پزشک یا کارشناس اقدام نماید.

۱۳. تکمیل فرمهای مرکز مشاوره و ثبت در بانک اطلاعاتی

لازم است، فرم بررسی بالینی HIV/AIDS و سایر فرمهای مرکز مشاوره که با پیش حرف م مشخص شده اند تکمیل و اطلاعات لازم در بانک اطلاعاتی ثبت گردد.

۱۴. ارسال فرم شماره ۴، ۶ و ۷ به ستاد شهرستان

لازم است فرم شماره ۴ برای موارد شناسایی شده جدید در سطح شهرستان، تکمیل و به ستاد شهرستان ارسال گردد.

۱۵. ارسال فرم تکمیل شده به معاونت بهداشتی

لازم است ستاد شهرستان فرم های تکمیل شده ۳، ۴، ۶ و ۷ را به معاونت بهداشتی برساند.

۱۶. اطلاعات کامل است؟ (یک مرحله تصمیم گیری است):

معاونت بهداشتی فرمهای ارسالی را بررسی می نماید و در صورتیکه اطلاعات مورد نظر کامل نباشد برای تکمیل اطلاعات دوباره چرخه عملیات ۱۱ الی ۱۵ تکرار خواهد شد.

۱۷. اعلام موارد مثبت و بانک اطلاعاتی به مرکز مدیریت بیماریها

لازم است معاونت بهداشتی پس از تکمیل اطلاعات و حذف موارد تکراری، موارد مثبت را طبق فرم شماره ۳، ۴، ۶ و ۷ به مرکز مدیریت بیماریها اعلام نماید.

۱۸. ارائه خدمات مشاوره، مراقبت، درمان جهت فرد و خانواده

به جزوه رؤس اقدامات و دستورالعمل اجرایی مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (مراکز بهداشتی درمانی مرجع) مراجعه شود.

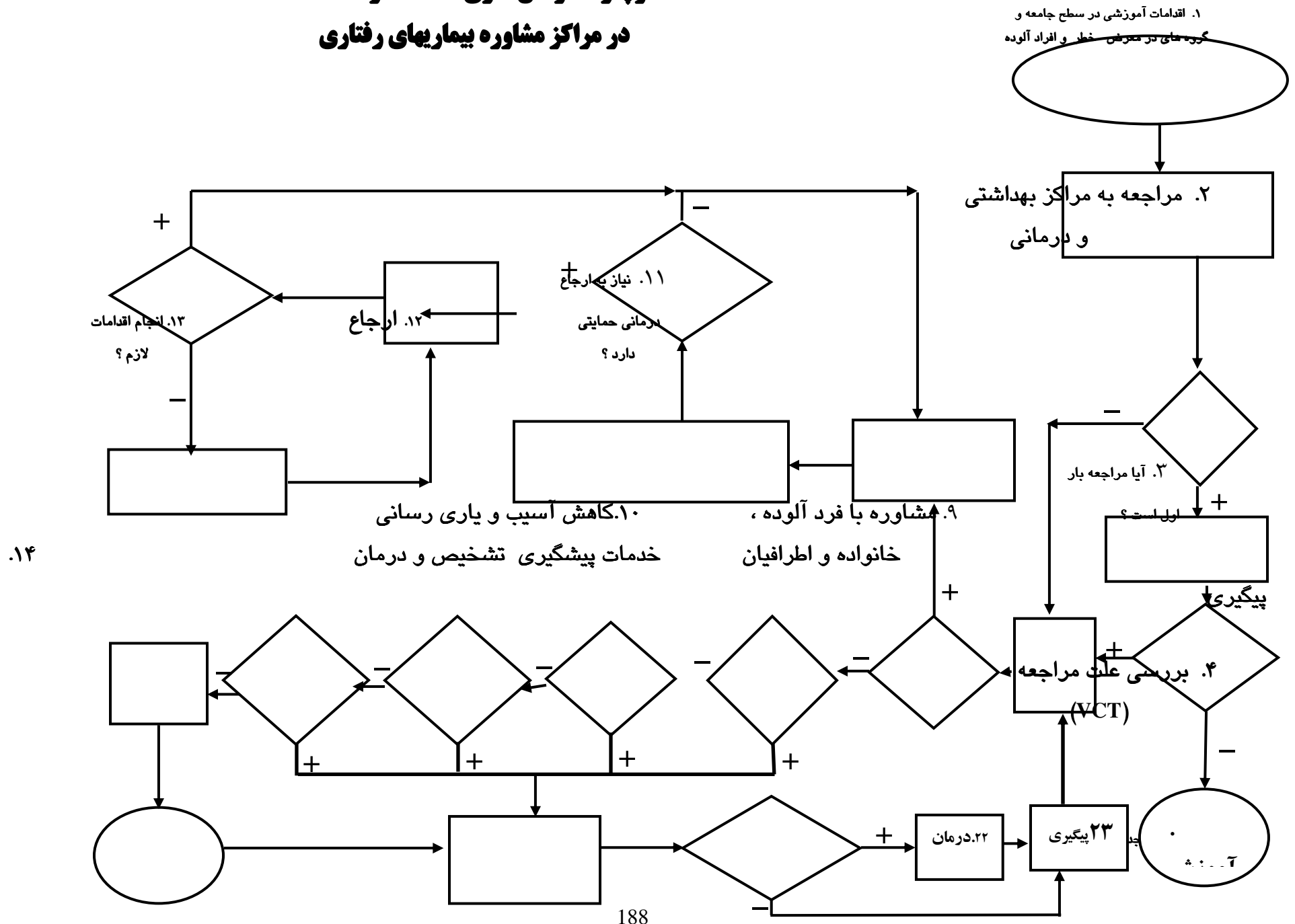
۱۹. فرد آلوده به HIV و خانواده وی تحت پوشش خدمات مراقبت و درمان قرار گرفته اند.

x لازم به ذکر است کلیه مراکز سایر ارگانها و سازمانها از همین گردش کار تبعیت کرده و موارد HIV و مشاوره شده را به مرکز بهداشت شهرستان مربوطه براساس فرم های مذکور اعلام مینمایند.

- فرم های مورد نظر گفته شده همه در بسته هائی از سوی مرکز مدیریت بیماریها طراحی شده و به استانها ارسال شده است

- در مراکز مرجع در صفحات بعد این فلوجارت آمده شده و توضیح داده شده است .

فلوچارت گردش کاری خدمات ارائه شده در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری



شرایط آزمایش
است؟

۷. انجام
آزمایش

۸. آیا به HIV
آلوده است

۱۵. آیا بیماری
آمیزشی دارد؟

۱۶. آیا سابقه اعتیاد
تزریقی دارد؟ ←

۱۷. آیا رفتار جنسی
نامطمئن داشته است

۱۸. آیا داوطلب
آزمایش بوده است

۱۹. آموزش

آموزش در جهت کاهش آسیب
به درمان دارد؟

۲۱. آیا نیاز به درمان دارد؟

۲۰.

خروج از برنامه

آسیب

توضیحات مربوط به فلوچارت گردش کاری خدمات ارائه شده در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری:

۱. اقدامات آموزشی در سطح جامعه و گروه های در معرض خطر و افراد آلوده شامل:

- برگزاری روز جهانی ایدز در کلیه شهرستانهای کشور
- برنامه های تلویزیونی در خصوص ایدز در کلیه شبکه های سراسری
- اجرای برنامه آموزشی به صورت مدون مطابق برنامه عملیاتی برای گروه های هدف

۲. مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی:

تعریف: کسانی که برای دریافت یک نوع خدمت مرتبط با برنامه HIV ، ایدز و آمیزشی به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه میکنند.

فعالیت ها:

- پذیرش و ثبت داده های مراجعه کننده طبق دفتر ثبت (فرم مرجع یا فرم شماره ۱) بوسیله مشاور

۳. آیا مراجعه بار اول است؟

تعریف: اگر کسیکه قبلا به این مرکز مراجعه نکرده یا بعنوان گیرنده خدمت از مرکز ثبت نشده باشد بعنوان مراجعه بار اول منظور میشود..

منظور از مراجعه قبلی کسی است که قبلا مراجعه کرده و به هر دلیلی تحت پوشش یکی از خدمات مربوطه قرار گرفته است.

۴. بررسی علت مراجعه:

- انجام مشاوره به صورت ویژه توسط مشاور (مشاور، روانشناس یا پزشک عمومی دوره دیده شاغل در مرکز)

- تکمیل فرم م/۱/ب و م/۱/ج

تبصره: در صورتیکه مشاور شک به وجود بیماری آمیزشی داشته باشد، باید قبل از انجام آزمایش توسط پزشک مرکز تایید گردد.

۵. واجد شرایط آزمایش است؟

۶. شامل سابقه اعتیاد تزریقی، سابقه تماس جنسی نا مطمئن، داوطلب آزمایش، بیماری آمیزشی اثبات شده یا سایر معیارهای درخواست آزمایش، بر حسب تشخیص مشاور میباشد. ارجاع برای گرفتن نمونه خون، با فرم شماره ۲/ب صورت میگیرد.

۷. آموزش و مشاوره:

تعریف: فردی که در خطر نبوده خدمت ارائه شده به وی صرفاً در جهت اطمینان خاطر و آموزش راه های انتقال و روشهای پیشگیری و اطمینان بخشیدن در خصوص راههای عدم انتقال ویروس است. این فرد پس از دریافت آموزش های لازم از چرخه خدمات مرکز خارج میشود.

۸. انجام آزمایش:

تعریف: تهیه حداقل ۲ سی سی نمونه خون از فرد برای انجام آزمایش الایزا و در صورت مثبت شدن الایزا، وسترن بلات برای تایید تست میباشد.

از افراد واجد شرایط نمونه تهیه شود. (قبلاً تعریف شد)

این نمونه طی همان روز به آزمایشگاه ارسال شود. (فرم ها پیوست میباشد.)

پاسخ الایزا در عرض یک هفته ارسال شود. پاسخ وسترن بلات حداکثر طی دو هفته (از آزمایشگاه به مرکز بهداشت)

نمونه ها با سیستم کدینگ همراه فرم شماره ۲/ب، ارسال شده و پس از تکمیل همان فرم بوسیله انتقال خون، توسط یکی از کارمندان بهداشتی از سازمان انتقال خون تحویل گرفته شود.

۹. آیا آلوده به HIV است؟

تعریف: کسی که آزمایشات الایزا و وسترن بلات مثبت دارد. برای بررسی وضعیت، فرم شماره م/۲/الف تکمیل میشود.

۱۰. مشاوره با فرد آلوده، خانواده و اطرافیان:

- مطابق دستورالعمل مشاوره
- منظور از خانواده شامل همسر و سایر افرادی است که با وی در زیر سقف خانوار زندگی میکنند.
- منظور از اطرافیان کسانی هستند که رفتار مشترک پرخطر با فرد مربوطه دارند و یا فرد تمایل دارد که مشاوره برای وی صورت بگیرد.
- مشاور عبارت است از پزشک یا روانشناس که حداقل در یک دوره سه روزه آموزشی مشاوره HIV شرکت کرده است.
- تکمیل فرم م/۱/د

کاهش آسیب و یاری رسانی^۱ (خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان):

به کلیه فعالیت های اطلاق میشود که منجر به کاهش انتقال ویروس در گروه های پر خطر میشود:

- توزیع کاندوم
- آموزش راههای انتقال
- دادن سرنگ به معتادان تزریقی
- دادن مواد ضد عفونی کننده به معتادین تزریقی

¹ Field work and out reach

- ارائه داروهای خوراکی جایگزین (متادون) به معتادان تزریقی
- مشاوره در جهت تغییر روش مصرف مواد (تزریقی به خوراکی)
- پیگیری برای موارد عدم مراجعه
- مراقبت در منزل برای افرادی که قادر به مراجعه به مرکز نیستند و به درمان نیازمندند.
- مشاوره جهت پذیرش فرد آلوده توسط خانواده
- انجام آزمایشات پاراکلینیک
- سایر خدمات مراقبت و درمان مطابق با دستورالعمل کشوری
- فرم م/۲ ب و م/۲ ج تکمیل میگردد.

۱۱. آیا نیاز به ارجاع درمانی - حمایتی دارد؟

ارجاع درمانی: زمانی است که نیازمند خدمات تخصصی یا بستری است که بوسیله پرسنل درمانی آن مرکز قابل تامین نیست.

ارجاع حمایتی: منظور ارجاع به ارگانهای حمایتی (هلال احمر، بهزیستی، کمیته امداد و غیره) برای حمایت شغلی و اجتماعی از مورد آلوده به HIV و خانواده آنها مطابق با فرم ارجاع.

۱۲. ارجاع:

فرایند فوق الذکر و معرفی مکانی برای مراجعه فرد است. در این مرحله فرم ارجاع تکمیل میگردد.

۱۳. انجام اقدام لازم؟

○ انجام خدمات بستری برای موارد معرفی شده در بیمارستان یا استفاده از سایر تخصص ها

○ انجام خدمات حمایتی شغلی و اجتماعی برای موارد معرفی شده به سازمانهای مرتبط

۱۴. پیگیری:

در صورتی که خدمات شماره ۱۳ انجام نشده باشد بعداً مطابق با شماره ۱۲ ارجاع شود. فرم های م/۴ و م/۵ تکمیل میگردد.

۱۵. آیا بیماری آمیزشی دارد؟

بیماری آمیزشی اثبات شده، وجود برگه نشان دهنده پاسخ آزمایش مثبت یا وجود علائم اختصاصی مثل ترشح مجرا یا سرویکس همراه با سابقه رفتار پرخطر جنسی، می باشد.

۱۶. آیا سابقه اعتیاد تزریقی دارد؟

استفاده از مواد مخدر از طریق تزریق در صورتیکه قبلاً فرم م/۱ ب تکمیل نشده باشد و در این مرحله مشخص شود که اعتیاد تزریقی دارد فرم مذکور تکمیل میگردد.

۱۷. آیا رفتار جنسی نامطمئن داشته است؟

عدم استفاده از کاندوم ، تماس جنسی در خارج از چهارچوب خانواده و تماس جنسی از راههای غیرواژینال. در صورتیکه قبلا فرم م/۱/ ج تکمیل نشده باشد، و در این مرحله مشخص شود که سابقه رفتار جنسی نامطمئن داشته است، فرم مذکور تکمیل میگردد.

۱۸. آیا داوطلب آزمایش بوده است؟

هر فردی که مایل به انجام آزمایش تشخیصی HIV باشد.

۱۹. آموزش:

منظور از آموزش، در اختیار گذاشتن اطلاعات لازم برای افرادی که سابقه هیچیک از موارد بیماری آمیزشی، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی نامطمئن را نداشته، (مثلا فردی که سابقه خالکوبی داشته) میباشد. این افراد پس از دریافت خدمات آموزشی، در صورت لزوم، توصیه به تکرار آزمایش بعد از ۳ تا ۶ ماه شده، از چرخه کارهای مراقبتی مرکز خارج میشوند.

۲۰. آموزش در جهت کاهش آسیب :

به کلیه فعالیت هایی اطلاق میشود که منجر به کاهش انتقال ویروس در گروه های درخطر میشود. به شماره ۱۰ توجه شود.

۲۱. آیا نیاز به درمان دارد؟

بررسی جهت نوع درمان مورد نیاز

۲۲. درمان:

بر اساس تشخیص پزشک و دستورالعمل درمان بیماریهای آمیزشی و اعتیاد

۲۳. پیگیری:

بررسی شود اگر از تاریخ مقرر جهت مراجعه برای انجام آزمایش HIV تاخیر صورت گرفته اقدام به دعوت از فرد مذکور بعمل می آید.

استاندارد: ۳ تا ۶ ماه بعد از تاریخ آزمایش اول.

×فرم های توضیح داده های در بسته های از سوی مرکز مدیریت بیماریها به دانشگاهها ارسال شده است .

۱ - اقدامات انجام شده برای داوطلبین اختیاری مشاوره

این افراد معمولاً افرادی هستند که به واسطه داشتن یک رفتار پر خطر و یا بعثت تماس با افرادی که دارای رفتار پر خطر هستند و یا حتی به منظور کسب اطلاعات بیشتر داوطلبانه و یا بصورت تلفنی با مرکز ارتباط برقرار می کنند .

نحوه آشنایی این افراد با مرکز مشاوره غالباً از طریق سایر مراجعین مرکز و یا هسته های آموزش و گروههای همسان و یا ارجاع از مراکز بهداشتی درمانی و یا سایر ارگانهای مرتبط می باشد .

مشاوره با این افراد باید توسط پزشک و یا کارشناس دوره دیده صورت بگیرد در طی فرایند مشاوره باید علت اصلی مراجعه فرد مشخص و بر حسب علت مراجعه اقدام مناسب متناسب با علت مراجعه بعمل آید و به فرد آموزش های اصلی و اساسی در طی مشاوره داده شود .

معمولاً این افراد بر حسب علت مراجعه به دسته های ذیل قابل تقسیم بندی هستند و باید اقدامات مرتبط در ارتباط با هر گروه بعمل آید .

۱- فرد دارای سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر است. برای این فرد باید مشاوره ویژه اعتیاد، مشاوره قبل از انجام آزمایش ، تهیه نمونه خون جهت آزمایش و ثبت داده های فرد در دفاتر و پوشه مخصوص باید اقدام کرد .

۲- فرد دارای سابقه در رفتار جنسی پر خطر است ، برای این فرد باید مشاوره پیش از انجام آزمایش ، مشاوره ویژه بیماریهای آمیزشی تهیه نمونه جهت آزمایش اقدام گردد و داده های مرتبط در دفاتر و پرونده های مخصوص ثبت شود .

۳- فرد دارای شکایات مربوط به بیماریهای آمیزشی است . این فرد در صورتی که مشاور پزشک نباشد باید به پزشک ارجاع شود مشاوره ویژه بیماریهای جنسی باوی بعمل آید . در صورت لزوم از روی نمونه تهیه شود .

۴- فرد شریک جنسی یا همسر فرد آلوده به HIV است و باید بصورت مداوم مشاوره شود. بصورت مداوم آزمایش شود . و پرونده مخصوص داشته باشد . دوره ای لازم مرتبط با فرد در پرونده و پوشه و .. باید ثبت شود .

۵- فرد مورد شناخته شده HIV است . بصورت مداوم تحت پوشش باشد . مشاوره و آموزش مستمر ، آزمایشات دوره ای ، بررسی های و داده ای و اقدامات لازم منطبق با برنامه های کشور برای وی صورت گیرد .

۶- فرد بدون سابقه از رفتار پر خطر با این افراد ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر مراجعه کنند . بعد از مشاوره و ارزیابی اولیه باید آموزش لازم ارائه شود و در صورت لزوم پمفلت و ... در اختیار وی قرار گیرد .

- ۷- سایر افراد، در صورتی که فردی در هیچکدام از گروههای فوق قابل طبقه بندی نباشد باید متناسب با علت مراجعه برای وی اقدام لازم را انجام داد .
- ۸- از افراد گروههای فوق در صورت لزوم باید نمونه خون جهت آزمایش HIV بعد از انجام مشاوره پیش از آزمایش تهیه شود و همراه با فرم ارسال نمونه به آزمایشگاه سازمان انتقال خون ارسال شود .
- ۹- در صورتی که فرد نیازمند ارجاع بدلیل تشخیصی درمانی و حمایتی باشد باید با فرم های مخصوص به مراکز مرتبط معرفی شود .
- ۱۰- یک مجموعه فرم و دفاتر در مراکز مرجع وجود دارند که در آن داده های لازم برای پیگیری فرد و مورد نیاز سیستم مراقبت ثبت می شوند . دقت در تکمیل این فرم و دفاتر و سیستم ثبت موجب پیگیری مناسب و دقیق تر موضوع و همچنین موجب داشتن یک سیستم مراقبت مناسب خواهد شد . همچنین پوشه هایی با رنگ های مختلف در مراکز مرجع وجود دارند که هر رنگ برای ارائه خدمت دسته خاص از افراد است .
- ۱- پوشه سبز : برای افراد با سابقه رفتار پر خطر که به مرکز مراجعه مداوم دارند (مثل معتادان تزریقی یا همسران افراد آلوده)
- ۲- پوشه صورتی : مخصوص افرادی است که HIV مثبت هستند و در آن فرم های لازم وجود دارد .
- ۳- پوشه آبی : افراد آلوده به ویروس HIV که همزمان به سل هم مبتلا هستند .
- ۴- پوشه زرد : افراد HIV مثبت که فوت می کنند .
- ۵- پرونده درمان ضد رتروویروسی باید در داخل پوشه افرادی که این درمان برای آنها شروع شده است گذاشته شود .
- ۱۱- سعی می شود که اطمینان مراجعین جذب شود و در صورت تمایل وی داده های مورد نیاز اخذ شود در صورت عدم ارائه اطلاعات نباید به فرد فشاری وارد آید .
- ۱۲- پیش بینی شده است که در آینده برای ثبت مشخصات بیماران در یک سیستم رایانه های براساس روش کد گذاری عمل گردد . مسلماً وقتی که این روش به سیستم وارد شد . دستور العمل نحوه کد گذاری هم ارائه خواهد شد .
- ۱۳- در این بخش از خدمات باید تعداد نفرات مشاوره شده به تفکیک جدید و تجمعی و کد سابقه در قالب فرم شماره ۷ گزارش دهی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد .

۲- اقدامات لازم در مراکز مرجع برای معتادین تزریق و افراد دارای رفتار جنسی پر خطر

گروه هدف این بخش افرادی هستند که سابقه تزریق مواد و یا سابقه رفتار های پر خطر جنسی باشند . همچنین کسانی که با شکایات بیماریهای آمیزشی مراجعه می کنند جزء این دسته هستند .

این افراد بعد از پذیرش باید مورد مشاوره قرار گیرند و بعد از اخذ اطلاعات اولیه و دسته بندی در این گروه باید ضمن برقراری ارتباط با فرد نسبت به تعیین نوع اعتیاد و سابقه اعتیاد و اخذ اطلاعات لازم رفتارهای جنسی پر خطر اقدام کرد . برای افرادی که علائم بیماری آمیزشی فعال را دارند اقدامات تشخیصی بعمل می آید . بدنال آن تحت درمان قرار می گیرند . در صورت امکان شریک جنسی آنها هم برای تشخیص و درمان پیگیری می شود در هنگام اخذ تاریخچه از این افراد براساس فرم های موجود باید تاریخچه مربوط به رفتار پرخطر را ثبت کرد . در صورت لزوم بر اساس صلاحدید مشاوره و پزشک با این افراد مشاوره پیش از آزمایش بعمل می آید . و اگر ضرورت داشت نمونه جهت آزمایش از نظر HIV اخذ می شود و برای آزمایش به آزمایشگاه ارسال می شود.

در صورتی که فرد سابقه تزریق مواد مخدر را دارد با وی مشاوره بعمل می آید . فرم ها و پرونده های لازم تکمیل می گردد . در صورت لزوم مشاوره قبل از آزمایش صورت می گیرد و نمونه جهت آزمایش از نظر HIV تهیه می شود . این فرد باید تحت سنجش برنامه های کاهش آسیب قرار گیرد . این فعالیت شامل مشاوره و آموزش است . آموزش و مشاوره در خصوص راههای انتقال بیماری ایدز و روش های پیشگیری از آن و روش تزریق سالم است .

بدنبال آن باید به فرد بصورت مداوم سرنگ و سر سوزن استریل همراه با وسایل ضد عفونی کننده تحویل داده شود . تحویل سرنگ و سوزن جمع آوری آن باید بر اساس دستور العمل های ویژه مراکز مرجع باشد . یکی دیگر از فعالیت های کاهش آسیب تحویل کاندوم است .

توصیه می شود به صورت روزانه یا حداقل دو روز یکبار سرنگ و سر سوزن و کاندوم به فرد تحویل داده شود . یکی دیگر از فعالیت های کاهش آسیب درمان جایگزین با متادون است . مراکز مرجع باید به سمتی حرکت کنند که در آن امکان درمان جایگزین با متادون برای معتادان تزریقی وجود داشته باشد . در واقع باید به یادداشته باشیم کنترل ایدز در معتادان تزریقی با فعالیت های کاهش آسیب امکان پذیر است و فعالیت های کاهش آسیب موارد بالا هستند.

فعالیت های دیگری برای این گروه توصیه می شود و این فعالیت شامل ارجاع به مراکز ترک اعتیاد در صورت آمادگی فرد است . باید خانوارهای این افراد تحت پوشش قرار گیرند و آموزش و مشاوره لازم با آنها صورت گیرد . در صورت امکان باید در مراکز مرجع ملی در تشکیل گروههای همسان در بین گروههای زیر خطر به منظور ایجاد حس همیاری و تعامل در آنان کرد .

- تمام داده های لازم مربوط به افراد معتاد تزریقی و فعالیت های کاهش آسیب باید در پرونده و فرم های مرتبط ثبت شوند .
- افراد طبقه بندی شده در این گروه بر حسب نیاز در صورتی که نیاز به ارجاع تشخیصی درمانی تخصصی ، بستری و حمایت دارند باید ارجاع داده شوند .
- فعالیت های عملکردی و داده های مربوط به سورویلانس این گروه باید در قالب فرم های مرتبط بر اساس دستور العمل های مرکز مدیریت بیماریها به سطوح بالاتر گزارش شوند .

چند نکته :

- به فرد معتاد تزریقی روزانه باید حداکثر ۳ عدد سرنگ تحویل داده شود . باید به فرد ظروف مخصوص حاوی ماده ضد عفونی کننده توسط مشاور داده شود و بیماران تشویق شوند تا به تعداد سرنگهای تحویلی سرنگ مصرف و تحویل دهند به هر فرد کاندوم حداکثر ۲ عدد روزانه داده شود ، انجام فعالیت های ذیل هم در مراکز مرجع برای بیماران STI قابل ذکر است .
- فرم های بررسی بالینی بیماران برای موارد STI تکمیل می شود .
- تحویل کاندوم به بیماران STI
- آموزش راههای پیشگیری
- تشویق به مراجعه شریک جنسی
- تعیین زمانهای پیگیری
- ارجاع به سطوح تخصصی در صورت لزوم
- یکی از فعالیت های مهم در برنامه کاهش آسیب درمان جایگزین با متادون است . ممکن است تا فراگیر شدن این فرایند در کلیه مراکز مرجع زمانی طول بکشد . اما باید اهداف مدیریت های استانی و شهرستانهای این موضوع باشد که امکان درمان جایگزین با معتادان در کلیه مراکز مرجع امکان پذیر شود و در صورت عدم امکان پذیر بودن امکان ارجاع معتادان تزریقی به مراکز تحت پوشش مراکز مرجع براحتی ارجاع داده شوند .

۳- اقدامات لازم در مراکز مرجع برای بیماران آمیزشی :

اگر چه ممکن است تفکیک کردن این دسته افراد از بیماران پر خطر جنسی چندان مطلوب نباشد اما در این برنامه لحاظ شده است

گروه هدف این دسته ، افرادی هستند که مستقیماً به پزشک مراجعه نمود و یا در حال حاضر دارای شکایات و علائم مربوط به عفونتهای آمیزشی هستند .

اقدامات اجرایی شامل پذیرش - مشاوره با فرد - اقدامات تشخیصی و درمان علتی و یا علامتی بر حسب امکانات درمان و پیگیری شریک جنسی در صورت تمایل فرد ، مشاوره پیش از آزمایش در صورت نیاز و انجام تست HIV است . باید همراه درمان به فرد کاندوم هم تحویل داده شود . در صورت نیاز فرد باید ارجاع شود.

۴- اقدامات لازم برای افراد HIV/AIDS

- گروه هدف این بخش کلیه افراد HIV مثبت شناسایی شده هستند .
- اقدامات لازم برای این افراد شامل فعالیت های ذیل است :
- ۱- ثبت مشخصات فرد و تشکیل پرونده و گزارش دهی : باید مشخصات فرد در دفتر مخصوص ثبت گردد . پرونده مخصوص برای وی تشکیل گردد و فرم های گزارش دهی جاری سیستم سوریولانس برای وی تکمیل گردد .
 - معمولاً قدم اولیه فعالیت مربوط به ورود این افراد به این شرح است که پاسخ آزمایش مثبت HIV فرد به مرکز مشاوره ارسال می گردد . مرکز مشاوره باید نسبت به شناسایی فرد اقدام کند و نسبت به انجام مشاوره پس از آزمایش با هدف کمک به بیماری در پذیرش بیمای ، کاهش اثرات روانی و تنش های روحی بیمار ، شناسایی رفتارهای پرخطر در بیمار، تغییررفتار های پر خطر و ایجاد رفتار سالم صورت گیرد . مشاوره پس از آزمایش یک تکنیک است و باید توسط کسی صورت گیرد که این روش و تکنیک را می داند . مشاوره فرد باید بصورت مستمر باشد نحوه مشاوره وی بستگی به مشکلات بعدی دارد. داده های مشاوره باید در پرونده بیمار ثبت شود .
 - قدم دوم فعالیت مربوط به بیماران HIV تشکیل پرونده برای آنان است به منظور طبقه بندی کردن مناسب بیماران و استاندارد کردن برنامه در کشور موارد ذیل توصیه میشود .

الف- برای افراد HIV مثبت یک پوشه صورتی تهیه می گردد و در آن فرم های زیر قرار می گیرد.

۱- فرم بررسی بالینی

۲- فرم مشاوره ویژه اعتیاد و یا تماس جنسی پر خطر

۳- فرم مشاوره خانواده

۴- فرم پیگیری و سیر بالینی

۵- فرم خلاصه اطلاعات

ب- برای افراد HIV مثبت که مبتلا به TB هستند پرونده بالا با محتویات آن در یک پوشه آبی قرار می گیرد و محتویات آن علاوه بر موارد بند الف شامل موارد ذیل نیز هست .

۱- کارت درمان سل

۲- شماره سل شهرستان باید در روی پوشه بیمار نوشته شود .

ج- برای افراد HIV مثبتی که فوت کردند باید محتویات پرونده هایشان در یک پوشه زرد نگهداری شود و باید علاوه بر فرم های قبلی فرم ذیل هم در پرونده باشد .

- فرم مربوط به اطلاعات مرگ بیماران HIV

د- برای افرادی که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند باید این پرونده در پوشه قرار گیرد .

ه- در صورتی که فرد پر خطر باشد و برای وی پرونده تشکیل شود باید از پوشه سبز رنگ استفاده شود .

- قدم سوم معاینات بالینی برای فرد HIV مثبت است .

در ابتدای پذیرش باید برای کلیه بیماران HIV مثبت معاینات بالینی بعمل آید . و بعد برای افراد HIV مثبت حداقل هر ۳ ماه و حداکثر هر ۶ ماه یکبار و برای افراد مبتلا به ایدز باید ماهی یکبار معاینات بالینی ادامه داشته باشد . معاینات بالینی بر اساس فرم بررسی بالینی صورت می گیرد .

هدف از معاینات بالینی عبارت است از :

۱- تعیین مرحله بیماری

۲- تشخیص بهنگام عوارض

- قدم چهارم انجام اقدامات پاراکلینیک برای فرد HIV مثبت است .

در ابتدای پذیرش و در طی زمان که فرد HIV مثبت تحت مراقبت است بر اساس دستور العمل موجود در این کتاب باید یک سری آزمایشات بصورت دوره ای وبا فواصل مشخص از فرد بعمل آید این آزمایشات برای پیگیری وضعیت فرد، شروع درمانهای ویژه و ... اهمیت خاصی دارد . مرکز مرجع باید مدیریت لازم را برای انجام این آزمایشات بعمل آورد . فرم های لازم برای ثبت این آزمایشات در پرونده های بیماران باید موجود باشد .

- **قدم پنجم :** انجام واکسیناسیون برای این افراد مطابق دستور العمل کشوری واکسیناسیون برای افراد HIV مثبت با توجه به محتوای این کتاب و کتابچه راهنمای واکسیناسیون کشوری است . اطلاعات مربوط به انجام واکسیناسیون باید در پرونده بیماران ثبت شود .-

- **قدم ششم** تنظیم خانواده افراد HIV مثبت است گروه هدف این فعالیت زنان HIV مثبت متاهل مراجعه کننده و همسر مردان HIV مثبت است . به این افراد باید آموزش های لازم و مستمر داده شود و وسایل پیشگیری کننده با درصد اطمینان بالا و کاندوم استفاده شود .

برای این خانواده ها باید فرم مشاوره خانواده در پرونده قرار داده شود . و همسر افراد آلوده هر ۶ ماه یکبار از نظر HIV بررسی شوند . زنان گروه هدف هر سال از نظر پاپ اسمیر بررسی شوند . کاندوم بصورت مرتب تحویل داده شود . و وضعیت حاملگی و بارداری زنان پیگیری شود .(بصورت ویژه)

- **قدم هفتم** پروفیلاکسی سل است . پروفیلاکسی سل باید بر اساس دستورالعمل مرتبط در این کتاب شروع شود . معیارهای شروع درمان ، طول درمان مطابق محتویات این کتاب است . اقدامات باید در فرم های مرتبط ثبت شود .

- **قدم هشتم** پروفیلاکسی PCP است ؛ برای افراد HIV مثبت مطابق این کتاب باید در صورت لزوم پروفیلاکسی صورت گیرد و در پرونده ثبت شود .

- **قدم نهم** درمان سل در صورت لزوم است . تشخیص و درمان سل بر اساس معیارهای مندرج در این کتاب صورت می گیرد . برای بیمار باید شماره سل شهرستان ثبت شود . محتویات پرونده در پوشه آبی قرار داده شود و کارت درمان سل تهیه شود و DOTS بصورت ویژه ای برای بیمار اجرا شود .

- **قدم دهم** درمان ضد رتروویروسی است ؛ معیار شروع درمان مدت درمان و نحوه پیگیری در این کتاب آمده است . باید برای بیماران بعد از شروع درمان رتروویروسی پرونده مخصوص تشکیل شود و پرونده در پوشه قرار داده شود تحویل دارو به بیمار حداکثر ماهیانه است .

- **قدم یازدهم** ثبت و گزارش دهی است ؛ در طی تمام فعالیت های مرتبط برای بیماران HIV مثبت داده های لازم برای نظام مراقبت باید به دقت تکمیل گردد و بعد از انتقال به فرم های مربوطه با توجه به پیودی که مشخص شده است به سطوح بالاتر گزارش گردد . نمونه های فرم های گزارش دهی و پرونده درمان ضد رتروویروسی بیماران در دنباله این مبحث آورده شده است .

- **قدم دوازدهم** : ارجاع بیماران در صورت لزوم در جریان کلیه فعالیت های ممکن است ضرورت داشته باشد .

یکی از فعالیت ویژه در مرکز مشاوره می تواند اقدامات ذیل باشد

- همکاری در برنامه های یاری رسانی و out reach برای گروه های پرخطر مثل مصرف کنندگان تزریقی و زنان خیابانی و سخت دسترس :

تجربه ثابت کرده است که افرادی که خود سابقه رفتارهای پر خطر داشته اند و هم اکنون با انجام مشاوره و آموزش و نظارت نزدیک مشاورین و پزشکان از همکاری خوبی برخوردار هستند ، بهترین کسانی هستند که می توانند در امر یاری رسانی به گروه های سخت دسترس به ما کمک کنند لذا استفاده از حضور این افراد برای شناسایی افراد پرخطر دیگر جلب ایشان به مرکز ، ارائه سرنگ و سوزن ، جمع آوری سرنگ ها از سطح شهر ، ارائه کاندوم و حتی آموزشهای همسانان می تواند در امر کنترل HIV بسیار مفید باشد و این امر یکی از مهمترین رسالت های مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری می باشد .

در حال حاضر افرادی که شرایط زیر را دارا هستند برای همکاری در برنامه های یاری رسانی توصیه می شوند .

- حتی المقدور سابقه اعتیاد نداشته باشد و اگر داشته است مدت زمان اعتیاد کوتاه بوده باشد .
- در صورت اعتیاد . تحت درمان نگهدارنده متادون بوده (حداقل برای مدت شش ماه) مورد تایید درمانگاه متادون باشد و نتایج آزمایش ادرار منفی باشد .
- با سواد باشد
- همکاری خوبی با درمانگاه داشته باشد

- در محله مربوطه فرد خوش نامی باشد
- دارای خانواده باشد و خانواده حتی المقدور مطلع باشد .
- سابقه خرید و فروش مواد نداشته باشد
- از داروهای اعصاب استفاده نکند .

مراقبت اپیدمیولوژیک HIV/AIDS

مراقبت HIV را می توان این چنین تعریف کرد :

جمع آوری اطلاعات دقیق و کامل در مورد پراکندگی و انتشار عفونت HIV به منظور برنامه ریزی و اجرای فعالیت های برنامه کنترل و پیشگیری از HIV و ایدز

دو روش عمده مراقبت HIV/AIDS در کشور ما به شرح ذیل است :

۱- مراقبت جاری :

در روش مراقبت جاری داده های مربوط به بیماران HIV مثبت مبتلا به ایدز در قالب یک سیستم ثبت و گزارش می شود و به سطوح بالاتر ارسال می گردد . در این سیستم جاری از هنگام مثبت شدن تست HIV در یک فرد تا هنگام مرگ داده های اساسی و اپیدمیولوژیک مورد نیاز جمع آوری می شود و به سطوح بالاتر ارسال می گردد . در کشور ما در حال حاضر این مراقبت جاری با ابزاری اعمال شده است و فرم هایی در برنامه HIV/AIDS وجود دارد که این فرم ها در سطوح محیطی تکمیل می گردند و به سطوح بالاتر ارسال می گردند و در سطوح بالاتر آنالیز می شوند .

۲- مراقبت دیده ور عفونت HIV

مراقبت دیده ور به انجام مطالعات مقطعی میزان شیوع HIV در فواصل منظم در گروههای انتخاب شده از یک جمعیت که گروههای دیده ور نامیده میشوند گفته می شود . مراقبت دیده ور واقع با انتخاب یک تعداد نمونه (حدود ۲۵۰ تا ۴۰۰ نمونه) از یک جمعیت خاص معمولاً افراد پر خطر نسبت به انجام

ازمایش در آنها اقدام کرده و در مجموع روند شیوع میزان مثبت شدن تست درسالهای متوالی با همدیگر سنجیده می شود . مراقبت دارای مراحل است که ذکر می شود :

۱- انتخاب جمعیت دیده ور :

قدم اول در جهت مراقبت دیده ور انتخاب جمعیت دیده ور می باشد . در حال حاضر دیده وری در گروههای زیر توصیه می شود

هر گونه تجمع جمعیتی که دارای ریسک خطر می باشند (پرخطر و در معرض خطر) گروههای پر خطر نظیر : زندانیان ، معتادان تزریقی ، زنان خیابانی ، مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ، کلینیکهای STD

گروههای در معرض خطر نظیر : بیماران مبتلا به سل ، رانندگان ترانزیت

گروههای کم خطر نظیر : زنان باردار ۱۵ تا ۳۹ ساله به عنوان نماینده ای از جمعیت عمومی ، که با هدف پایش اپیدمی منتشر سالانه یکبار دیده وری در مراکز مراقبت مادر و کودک انجام می شود .

انتخاب زمان نمونه گیری در بعضی از مناطق دارای اهمیت است به عنوان مثال انجام دیده وری در فصل افزایش مسافرت های خارجی در استان های جنوبی یا استانهای شمالی کشور ارجحیت دارد .

۲- عملیات در پایگاههای دیده ور

تا جایی که ممکن است گروه انتخابی باید بطور پیوسته و آسان در دسترس و مشخص باشند به این دلیل مکانهایی ترجیح داده می شوند که در آنجا نمونه خون قبلاً به منظورهای دیگر گفته می شده و یک قسمت از آن نمونه ها را بتوان از نظر HIV بطور بی نام و گسسته و کاملاً محرمانه آزمایش نمود . در این خصوص ارجحیت با مکان هایی است که تمام راههای مهم انتقال را پوشش دهند . همچنین مکان باید براحتی در دسترس و دارای جمعیت کافی باشد و آزمایش شوندگان نیز به شرکت در برنامه تمایل داشته باشند . مکانهایی که چنین ویژگیهایی دارند شامل : کلینیک های STD ، مراکز درمانی ، مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ، مراکز مراقبت مادر و کودک و مراکز تجمع افراد پرخطر (زندانها ، محل نگهداری زنان خیابانی ، مراکز ترک اعتیاد) می باشند .

نمونه گیری :

نمونه های خون باید بصورت متوالی تا رسیدن به حد نصاب تعیین شده جمع آوری شوند و به منظور جلوگیری از تورش حاصل از عدم مراجعه بیماران ارجاعی به آزمایشگاه لازم است نمونه گیری در همان محل پایگاه دیده ور صورت پذیرد . در هر دوره ، از یک فرد بیش از یکبار نباید نمونه گیری بعمل آید تا از احتمال دوباره شماری اجتناب گردد . در هنگام تکرار سالیانه دیده وری معیار انتخاب درنمونه

گیری جمعیت جدید و نمونه های جدید می باشد. و فردی که قبلاً در دیده وری بوده اند از مطالعات حذف می گردند .

۳- تعداد نمونه :

در خصوص شیوع HIV ممکن است اختلافات فراوانی در بین مناطق جغرافیایی وجود داشته باشد . حداقل تعداد نمونه مورد احتیاج در هر پایگاه دیده ور به شکل زیر تعیین می شود.

الف - در بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره رفتاری (یا درمانگاه عمومی) : ۲۵۰ نمونه یا بیشتر در طول یک دوره هشت تا ۱۲ هفتگی

ب- در مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی : ۲۵۰ نمونه یا بیشتر در طول یک دوره ۱۲-۸ هفتگی

ج- در مراجعه کنندگان به کلینیک های مراقبت مادر و کودک : چون شیوع HIV در بین مراجعه کنندگان به این کلینیک ها احتمالاً پایین تر است و صورت اهسته تری نسبت به مراجعه کنندگان به کلینیک های STD تغییر می کنند لذا تعداد نمونه بیشتری لازم است و ۴۰۰ نمونه یا بیشتر در طول یک دوره ۱۲-۸ هفتگی تهیه شود . هدف از دیده وری در این گروه پایش شیوع HIV در جمعیت عمومی بوده و گروه هدف تنها زنان باردار ۱۵-۳۹ ساله است . البته درهمه کلینیکها به هیچ وجه توصیه نمی شود و انجام چنین آزمایشی بایستی بسیار حساب شده و بر اساس تصمیم گیری های مدیریت کشوری برنامه باشد.

د- بیماران جوان مبتلا به سل که دارای رفتار پر خطر می باشند : چون شیوع HIV در میان بیماران سلی در تعدادی از کشورها در حال افزایش است ۳۰۰-۲۵۰ نمونه در طی یک دوره ۱۲-۸ هفتگی پیشنهاد می گردد (نوع ابتلا به سال برای انتخاب نمونه اهمیتی ندارد)

ه - در افراد پر خطر (محل های نگهداری زنان خیابانی ، زندانیان ، مسافری) : ۲۵۰ تا ۴۰۰ نمونه در طول یک دوره ۱۲-۸ هفتگی

و - در افراد در معرض خطر در صورت لزوم : در اماکنی که جمعیت کمتر از ۲۵۰ نفر دارند ۲۵۰ تا ۴۰۰ نمونه در طول یک دوره ۱۲-۸ هفتگی

۴- تکرار بررسی :

مراقبت دیده ور با تعداد نمونه های ذکر شده در بالا با هدف پایش عفونت HIV باید هر سال یک بار انجام شود . بعبارت دیگر هر وقت تعداد نمونه تعیین شده تهیه گردید مراقبت دیده ور در آن سال متوقف می شود . بطور تجربی از نقطه نظرات برنامه ریزی ، انجام دیده وری در تعداد مکانهای بیشتر

و بطور سالیانه بهتر از انجام مراقبت در تعداد مکانهای کمتر و هر ۶ ماه یکبار است . ضمناً تکرار سالیانه باید در ماههای مشابه صورت پذیرد .

ه- اجرای دیده وری :

به منظور انجام اقدامات فوق ، افراد مسئولی در هر محل آموزش داده شده و این افراد باید فعالیت های زیر را انجام دهند .

الف- جمع آوری اطلاعات :

فرم جمع آوری اطلاعات برای هر نمونه سرمی باید دارای اطلاعات زیر باشد :

- محل و نام پایگاه دیده ور

- گروه جمعیتی

- زمان جمع آوری نمونه های سرمی بر حسب ماه

- گروه سنی

- نتایج آزمایشگاهی HIV

فرم جمع آوری اطلاعات و نتایج آزمایشگاهی باید فقط توسط یک شماره کد منحصر به فرد به یکدیگر ارتباط یابند .

ب- نگهداری و انتقال نمونه های خون :

در پایگاه دیده ور لوله های نمونه گیری برای آزمایش HIV باید دارای حداقل ۰/۵ میلی لیتر سرم باشد . این نمونه ها باید بطور صحیحی برچسب زده شود و در قسمت فریزر یخچال نگهداری شود و برای آزمایشگاه در بسته های حاوی ۵۰ نمونه فرستاده شوند . رعایت احتیاطات استاندارد در حین انتقال نمونه ها الزامیست

ج-آزمایش HIV

در حال حاضر در کشور ما ، نمونه خون تحت دوبار آزمایش لیزا و یک نوبت وسترن بلات قرار می گیرد . تمامی سرمهای جمع آوری شده در هر پایگاه دیده ور در هر دوره نمونه برداری باید در یک زمان و در یک آزمایشگاه آزمایش شوند .

۶- تجزیه و تحلیل اطلاعات :

اطلاعات جمع آوری شده در هر پایگاه دیده ور HIV و برای هر گروه دیده ور در آن پایگاه باید توسط دانشگاه مربوطه مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد و بصورت جداگانه مقایسه شوند . اطلاعات اولیه شامل تعدا سرمهای مورد آزمایش قرار گرفته در گروه و مکان مشخص و نسبت موارد مثبت HIV می باشد .

۷- تفسیر و استفاده از اطلاعات

اطلاعات مراقبت اپیدمیولوژیک HIV باید تفسیر شود تا بدین طریق سرعت شیوع HIV در گروههای مختلف و مناطق مختلف ارزیابی شود . این مسئله در تعیین گروههای جمعیتی که نیاز به توجه بیشتر دارند و تعیین تفاوت های میان پایگاههای مختلف دیده وری ، تاثیر بسزایی دارد . همچنین از اطلاعات مراقبت اپیدمیولوژیک HIV می توان در جهت تخمین اینکه چه تعدادی از مردم ممکن است در حال حاضر آلوده باشند و چه تعداد انتظار می رود در آینده آلوده شوند . استفاده نمود .

خلاصه مراقبت اپیدمیولوژیک HIV از طریق دیده وری :

جمعیت مورد مطالعه				مشخصه مراقبت اپیدمیولوژیک
در معرض خطر		پر خطر		
بیماران مبتلا به سل	زنان باردار	معتادان مراقبتی	بیماران مراقبتی	
بیمارستان یا مرکز سل	کلینیک مراقبت مادر نوزاد	مرکز درمان اعتیاد	مرکز STD یا مشاوره	پایگاه دیده وری
۲۵۰-۴۰۰	۴۰۰	>۲۵۰	>۲۵۰	حجم نمونه
۸-۱۲ هفته	۸-۱۲ هفته	۸-۱۲ هفته	۸-۱۲ هفته	دوره تکمیل دیده وری
یک بار در سال	یکبار در سال	یکبار در سال	یکبار در سال	تکرار دیده وری
متوالی	متوالی	متوالی	متوالی	نمونه گیری
بیماران جدید	نمونه جدید	نمونه جدید	بیماران جدید	معیارهای انتخاب

توجه :

۱- در پایگاههای دیده وری که شیوع HIV در کل آن مکان به بالاتر از ۱۰٪ رسیده است . سریعاً و با هماهنگی با مسئولین آن اماکن برای راه اندازی پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری اقدام و ورودی

آن مکان تا رسانیدن شیوع به مرز کمتر از ۵٪ قطع شود و تصمیمی اتخاذ گردد تا شیوع به کمتر از ۵٪ کاهش یابد.

۲- آزمایش HIV در میان مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (کلینیکهای مثلثی)، به تفکیک جنس، راه انتقال، تعداد داوطلبین مشاوره و مبتلایان به سل انجام شود و به صورت جداگانه از اطلاعات دیده وری گزارش شود. در صورت انتخاب این مراکز بعنوان دیده وری بیماران STD یا غیره ملاحظات مربوط به دیده وری رعایت شوند و فرم مخصوص دیده وری تکمیل گردد.

۳- در استانهایی که اپیدمی متمرکز (شیوع بیش از ۵٪ در گروههای جمعیتی خاص) دیده می شود لازم است با هدف پایش اپیدمی منتشر، سالانه یک بار دیده وری زنان باردار ۱۵ تا ۳۹ ساله در مراکز مراجعه زنان باردار انجام و نتایج به مرکز مدیریت بیماریها منعکس گردد.

۴- در زندانها، مراکز بازپروری و یا اماکنی که بالای ۱۰۰۰ نفر جمعیت داشته باشد، ۴۰۰ نمونه و در اماکن زیر ۱۰۰۰ نفر، تعداد نمونه ۲۵۰ در نظر گرفته شود. اطلاعات مربوط به نمونه های مثبت (چه دیده وری و چه غیره دیده وری) باید حداکثر دو هفته بعد از اعلام نتایج مثبت بصورت کاملاً محرمانه از طرف مکان دیده وری (زندان) به معاونت های بهداشتی دانشگاههای مربوطه منعکس گردد. لزوم ارسال اسامی به واسطه عدم تکرار موارد مثبت و ملاحظات اپیدمیولوژیک می باشد. در شهرستان هایی که چندین زندان یا مکان دیده وری کوچک (کمتر از ۲۵۰ نفر) موجود، باشد از مجموع این اماکن می توان یک پایگاه دیده وری برقرار نمود چنانچه مجموع جمعیت، بالای ۱۰۰۰ نفر باشد، ۴۰۰ نمونه طبق بند ۴ و چنانچه زیر ۱۰۰۰ نفر باشد تعداد ۲۵۰ نمونه اخذ خواهد شد.

۵- بدیهی است انجام مشاوره قبل از اعلام نتیجه مثبت به فرد مبتلا الزامیست، پیگیری افراد خانواده نیز الزاماً پس از مشاوره و جلب رضایت فرد مبتلا انجام شود مگر آنکه فرد مبتلا به دلیل آسیب شدید روانی قادر به تصمیم گیری نباشد. در صورتی که مرکز مشاوره موجود نباشد پیگیری افراد خانواده توسط پزشک یا مشاورین دوره دیده با رعایت کامل راز داری و محرمانه بودن صورت پذیر و در غیر این صورت پیگیری افراد خانواده انجام نگیرد.

۶- مشاوره جهت افراد آلوده به HIV شناسایی شده در زندانهای فاقد مرکز مشاوره، توسط مشاورین زندان مرکزی آن استان صورت می پذیرد.

۷- سازمان زندانهای هر استان موظف است اسامی موارد مثبت را حداکثر دو هفته بعد پس از اعلام کد های مربوطه در قالب فرم شماره ۲ و بصورت محرمانه به معاونت های بهداشتی دانشگاه مربوطه اعلام نمایند. پیگیری افراد خانواده بر اساس بند شماره ۵ صورت می گیرد.

تذکر :

- ❖ بطور کلی غربالگری از کلیه افراد (به جز همسران و فرزندان مبتلایان و خونهای اهدایی) در حال حاضر توصیه نمی شود .
- ❖ نمونه ها به صورت random و بدون توجه به وجود یا عدم وجود رفتارهای پر خطر جمع آوری شود . نکته ای که اهمیت دارد ، دیده وری سالانه در همان مکان و همان مقطع زمانی انجام شود .
- ❖ در صورت انتخاب مکان دیده وری در بند خاصی از زندان ، با مشخص کردن بندی که عملیات دیده وری انجام می شود ، در فرم مخصوص پایگاه دیده وری موضوع روشن شود .
- ❖ اطلاعات مربوط به مراکز مشاوره سازمان زندانها ، جدا از اطلاعات دیده وری جمع آوری و گزارش شود .
- ❖ فرم های مربوط به دیده وری توسط مسئولین مربوطه (بر اساس فرم های پیوست) در محل اجرای طرح تکمیل شود .

طبقه بندی انجام خدماتی که باید در مراکز مراجع برای بیماران HIV مثبت صورت گیرد .
در ادامه خدماتی که در مرکز مشاوره صورت گردد به تفصیل آمده است .

۱- ثبت مشخصات:

گروه هدف:	کلیه افراد HIV مثبت شناسائی شده مراجعه کننده	
مراحل اجرا:	الف) تعیین کد اختصاصی	برای کلیه کسانی که HIV مثبت شناسائی میشوند پوشه صورتی تشکیل میشود و کد اختصاصی تعلق میگیرد. نحوه اختصاص کد فردی بصورت جداگانه در دست تهیه میباشد و متعاقبا اعلام خواهد شد.
	ب) دفتر ثبت	از فرم مرجع بصورت دفتر استفاده میشود دراصل با ثبت مشخصات فرد در این دفتر کد وی تعیین می گردد. پس از آن در اغلب اقدامات بعمل آمده ، بجای نام از کد فرد استفاده می شود واین دفتر راهنمای مناسبی است که از روی کد ، درصورت لزوم به نام و سایر مشخصات فرد پی ببریم.
	کامپیوتر	کد و مشخصات فرد در برنامه کامپیوتری ثبت می گردد.
گزارش دهی:	تعداد مواردی که حداقل یک پاسخ آزمایش الایزا (چه مثبت و چه منفی) و تعداد موارد مثبت WB به تفکیک سابقه افراد و جدید یا تجمعی(فرم شماره ۷) گزارش میشوند.	

۲- تشکیل پرونده:

گروه هدف:	کلیه افراد HIV مثبت شناسائی شده
انواع پوشه:	الف) HIV (صورتی)
	مربوط به افراد شناسائی شده است که به مرکز مشاوره مراجعه کرده اند. این پوشه به رنگ صورتی است و محتویات آن عبارتند از: فرم بررسی بالینی فرم مشاوره ویژه اعتیاد و/یا تماس جنسی پرخطر فرم مشاوره خانواده فرم پیگیری و سیر بالینی فرم خلاصه اطلاعات که بر روی صفحه اول جلد پوشه از داخل الصاق می گردد.
	ب) TB&HIV (آبی)
	مربوط به افرادی است که همزمان مبتلا به سل نیز می باشند. پرونده قبلی بیمار در یک پوشه آبی قرار میگیرد. محتویات آن علاوه بر محتویات پرونده صورتی عبارتند از: ۱- کارت درمان سل یا کپی آن براساس اینکه داروی ضدسل را از کجا دریافت مینماید. ۲- شماره سل شهرستان باید در روی جلد پوشه ثبت شود.
	ج) فوت (زرد)
	مربوط به افراد HIV مثبتی است که فوت نموده اند. پوشه قبلی بیمار (صورتی یا آبی) در یک پوشه زرد قرار خواهد گرفت. در پوشه موارد فوت باید فرم مخصوص (فرم شماره ۶) تکمیل و قرار گیرد.
	د) درمان ضدترتروویروسی
	این پرونده یکساله بیمارانی است که تحت درمان ضدترتروویروسی قرار میگیرند و تکمیل آن اهمیت خاصی داشته و الزامی است.
نحوه اجرا:	۱- با تشخیص HIV برای فرد پرخطر، پوشه سبز به صورتی تبدیل می گردد. ۲- در صورتیکه از همان ابتدا وضعیت HIV مشخص باشد، فرم های مشاوره ویژه مستقیما در پوشه صورتی رنگ نهاده میشود. ۳- اگر فرد همزمان مبتلا به سل باشد پوشه وی درون پوشه آبی TB&HIV قرار می گیرد.. ۴- با فوت فرد پوشه وی درون پوشه زرد قرار میگیرد.
ثبت و گزارش	جمع کل تعداد موارد HIV مثبت گزارش شده و تعداد موارد HIV مثبت دارای فرم بررسی بالینی به تفکیک زن و مرد گزارش میشوند. در صورت فوت بیماران، فرم شماره ۶ تکمیل و گزارش

دهی:	میشود. سایر اطلاعات لازم برای فرم شماره ۷ نیز با استفاده از نرم افزار مخصوص از فرم های بررسی و پیگیری بالینی استخراج میشود.
------	---

۳- مشاوره:

گروه هدف:	افراد HIV مثبت مراجعه کننده، حداقل هر سه ماه یک بار
روش اجرا:	مشاوره توسط پزشک و یا کارشناس دوره دی ده انجام می گیرد هدف از مشاوره عبارت است از: ۱. کمک به بیمار در پذیرش بیماری ۲. کاهش اثرات روانی و تنش های روحی بیمار ۳. شناسائی رفتارهای پرخطر در بیمار ۴. تغییر رفتارهای پرخطر و ساخت رفتار سالم (مشاوره بر اساس دستورالعمل مدون انجام می گیرد)
ثبت و گزارش دهی:	نکات مهم مشاوره در پوشه بیمار ثبت می گردد. تعداد نفرات که مورد مشاوره قرار گرفته اند. به تفکیک اولین بار و یا موارد تکراری و تعداد بار مشاوره باید گزارش شود.

۴- معاینه بالینی:

گروه هدف:	افراد HIV مثبت مراجعه کننده، حداقل هر سه تا شش ماه یکبار و مبتلایان به ایدز به صورت ماهانه
روش اجرا:	معاینه توسط پزشک و پس از گذراندن دوره آموزشی با استناد به دستورالعمل انجام می گیرد. کلیه بیماران در بدو مراجعه باید تحت معاینه کامل قرار گرفته فرم بررسی بالینی تکمیل و در پرونده قرار گیرد. در معاینه بالینی اولیه نتایج معاینه تمامی ارگانها باید ثبت گردد و در معاینات بعدی تنها ثبت یافته های مثبت کفایت می کند. هدف از معاینه بالینی بیماران عبارت است از: ۱- تعیین مرحله بیماری ۲- تشخیص بهنگام عوارض و عفونتهای همراه بیماری
ثبت و گزارش دهی:	فرم بررسی و پیگیری بالینی تکمیل میگردد. فرم خلاصه پرونده که به داخل جلد پوشه الصاق میشود، با مداد تکمیل شده اطلاعات آن مرتباً به روز میشود.

۵- اقدامات پاراکلینیک:

گروه هدف:	افراد HIV مثبت مراجعه کننده
روش اجرا:	<p>۱. آزمایشات لازم بر اساس دستورالعمل مدون درخواست و انجام میگیرد.</p> <p>روش کار:</p> <p>۱. نمونه گیری ترجیحا در آزمایشگاه مرکز مشاوره انجام خواهد شد.</p> <p>۲. کد فردی و نام آزمایشهای درخواستی در دفتر آزمایشگاه ثبت میگردد.</p> <p>۳. در صورتی که امکان انجام هر کدام از آزمایشها در مرکز موجود نباشد، نمونه ها پس از آماده سازی (سانتریفوژ و ...) همراه فرم مخصوص ارسال نمونه به آزمایشگاههای رفرانس ارسال خواهد شد.</p> <p>۴. پاسخ آزمایشها از آزمایشگاههای مذکور دریافت می گردد.</p>
ثبت:	<p>۱-درخواست و ارسال نمونه در پرونده بیمار و دفتر آزمایشگاه و فرم ارسال نمونه ثبت می گردد.</p> <p>۲-پاسخ آزمایش در :</p> <p>✓ دفتر آزمایشگاه</p> <p>✓ پرونده بیمار (فرم ثبت نتایج و فرم خلاصه اطلاعات)</p> <p>✓ کامپیوتر</p>
گزارش دهی:	---

۶- واکسیناسیون:

گروه هدف:	افراد HIV مثبت مراجعه کننده
نوع واکسن:	<p>بزرگسالان: بر اساس دستورالعمل کشوری</p> <p>کودکان: بر اساس دستورالعمل کشوری</p>
ثبت :	<p>۱. دفتر واکسیناسیون</p> <p>۲. پرونده بیمار (برگه خلاصه اطلاعات)</p> <p>۳. کامپیوتر</p>
گزارش دهی:	پوشش واکسن ها به تفکیک هر واکسن گزارش میشود. (فرم شماره ۷)

۷-تنظیم خانواده:

گروه هدف:	زنان HIV مثبت متاهل مراجعه کننده همسر مردان HIV مثبت مراجعه کننده	
وسیله پیشگیری:	بهرتر است این افراد از وسائل پیشگیری با درصد اطمینان بالا استفاده کنند. لازم است به همراه وسائل مذکور حتما از کاندوم نیز استفاده گردد	
روش اجراء:	تشکیل پرونده	۱- برای افراد فوق فرم های مشاوره خانواده و در صورت لزوم فرم های مشاوره ویژه تکمیل و تازمانی که HIV مثبت نشده اند، پوشه سبز تشکیل می گردد.
	اقدامات	مشاوره آزمایش از نظر HIV حداقل هر سه تا شش ماه یکبار برای افراد HIV منفی تهیه پاپ اسمیر سالیانه از زنان HIV مثبت انجام معاینات روتین تنظیم خانواده و مامائی تحويل کاندوم
ثبت:	۱. دفتر ثبت مشخصات (فرم مرجع) ۲. فرم های مشاوره ویژه در صورت لزوم ۳. فرم مشاوره خانواده ۴. در صورتیکه HIV مثبت شود، پوشه صورتی تشکیل میگردد.	
گزارش دهی:	تعداد زنان باردار HIV مثبت در آن فصل، تعداد زنان باردار HIV مثبت که در آن فصل تحت پروفیلاکسی ضد رترو ویروسی قرار گرفته اند، و تعداد کودکان ۱۸ ماهه که در آن فصل، در بررسی سرولوژیک از نظر HIV مثبت بوده اند، گزارش میشوند.(فرم شماره ۷)	

۸- پروفیلاکسی سل:

گروه هدف:	افراد HIV مثبت (دارای پرونده صورتی) که PPD مثبت ویا معیارهای شروع پروفیلاکسی سل را بر اساس دستورالعمل کشوری دارند و مبتلا به سل نیستند.	
مراحل اجراء:	TB Workup:	براساس دستورالعمل کشوری HIV بر اساس نتایج حاصله برای شروع پروفیلاکسی یا درمان سل و یا مراقبت تصمیم گیری میشود.
	آغاز پروفیلاکسی:	۱. براساس دستورالعمل کشوری رد سل فعال و شروع رژیم پروفیلاکسی یا درمانی باید توسط متخصصین انجام گیرد.
	تحویل دارو	رژیم درمانی بر اساس دستورالعمل کشوری بوده تحویل دارو به بیمار حداکثر ماهی یکبار انجام می گیرد.
ثبت:	پرونده بیمار(فرم پیگیری و سیر بالینی و فرم خلاصه اطلاعات) کامپیوتر	
گزارش دهی:	همراه تعداد افرادی که در آن فصل واجد شرایط دریافت پروفیلاکسی سل بوده اند، تعداد افرادی که در آن فصل پروفیلاکسی سل را کامل کرده اند، تعداد افرادی که در آن فصل پروفیلاکسی سل را شروع کرده اند، تعداد بیماران HIV مثبت با سابقه سل در آن فصل گزارش میشوند.	

۹- پروفیلاکسی PCP:

گروه هدف:	افراد HIV مثبت(دارای پرونده صورتی) که CD4 کمتر از ۲۰۰ ویا سایرشرایط شروع درمان پروفیلاکسی را دارند (براساس دستورالعمل کشوری).	
مراحل اجراء:	Workup:	برای تمام بیماران باید حداقل سالی یکبار شمارش CD4 انجام گیرد و بر اساس نتایج حاصله برای شروع پروفیلاکسی یا درمان HAART و یا مراقبت های دیگر تصمیم گیری شود.(براساس دستورالعمل کشوری)
	آغاز پروفیلاکسی:	براساس دستورالعمل کشوری
	تحويل دارو:	تحويل دارو به بیمار حداکثر ماهی یکبار انجام می گیرد. رژیم داروئی بر اساس دستورالعمل کشوری تجویز میشود.
ثبت	پرونده بیمار(فرم پیگیری و سیر بالینی و خلاصه اطلاعات) کامپیوتر	
گزارش دهی:	تعداد افرادی که در آن فصل واجد شرایط پروفیلاکسی PCP بوده اند و تعداد افرادی که در آن فصل تحت پروفیلاکسی قرار گرفته اند.	

۱۰-درمان سل:

گروه هدف:	افراد HIV مثبت مبتلا به سل
روش اجراء:	<p>درمان سل بر اساس دستورالعمل کشوری و مانند تمامی بیماران مبتلا به سل انجام می گیرد . مرکز مشاوره نیز باید مانند سایر مراکز بهداشتی - درمانی مجری DOTS باشد. اجرای روش DOTS برای کلیه موارد سل ریوی اعم از اسمیر مثبت و اسمیر منفی انجام می شود. پس از تشخیص و ثبت بیمار مبتلا به سل در دفتر سل شهرستان اقدامات ذیل انجام می گیرد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تشکیل پوشه TB&HIV (آبی) ۲. ثبت شماره سل شهرستان بر روی پرونده بیمار ۳. تعبیه یک نسخه از کارت درمان یا کپی آن در پرونده مذکور ۴. نظارت مستمر بر نحوه اجرای DOTS
ثبت:	<p>پرونده بیمار:</p> <p>✓ فرم پیگیری و سیر بالینی</p> <p>✓ برگه خلاصه اطلاعات</p> <p>✓ کارت درمان یا کپی آن</p> <p>کامپیوتر</p>
گزارش دهی:	---

۱۱-درمان ضد تروو ویروسی:

گروه هدف:	<p>افراد HIV مثبت دارای CD4 کمتر از ۲۰۰ و یا افرادی که بر اساس علائم بالینی وارد مرحله ایدز شده باشند و بر اساس تصویب تیم مراقبت شامل متخصص عفونی و مشاور، ظرفیت پذیرش درمان و امکان مصرف منظم دارو را داشته باشد. (توجه به دستورالعمل کشوری)</p>
	<p>آغاز درمان: تنها با تأیید گروه مراقبت شامل متخصص عفونی و مشاور بر اساس دستورالعمل کشوری</p>
	<p>تکمیل پرونده درمان هر بیمار که تحت درمان ضد تروو ویروسی قرار میگیرد، دارای یک پرونده درمان خواهد بود که در پوشه وی قرار خواهد گرفت.</p>
مراحل اجراء	<p>تحويل دارو به بیمار حداکثر ماهانه انجام می گیرد. رژیم دارویی بر اساس دستورالعمل کشوری و با نسخه متخصص می باشد</p>
	<p>Workup حین درمان: کلیه افراد تحت درمان باید بر اساس دستورالعمل کشوری از نظر عوارض دارویی و احتمال تداخلات دارویی مورد ارزیابی قرار گیرند. در صورت بروز عوارض دارویی، فرم های مخصوص عوارض دارویی تکمیل و پست و یک نسخه نیز به مرکز مدیریت بیماریها ارسال میگردد.</p>
ثبت	<p>پرونده بیمار (برگه بررسی، پیگیری بالینی و خلاصه اطلاعات) پرونده درمان</p>
گزارش :	<p>تعداد موارد واجد شرایط درمان و تعداد موارد تحت درمان به تفکیک زن، مرد، جدید و تجمعی گزارش میشوند. تعداد موارد تزریقی تحت درمان نیز لحاظ میشود.</p>

۱۲- کاهش آسیب

تحويل سرنگ و سوزن و کاندوم قبل از فصل چرخه کاری مربوط به اعتیاد تزریقی و رفتار جنسی پرخطر توضیح داده شده است و این برای کسانی که HIV مثبت هستند نیز صادق است.

۱۳-ارجاع

گروه هدف:	افراد تحت پوشش نیازمند خدمات تخصصی که امکان ارائه آن در مرکز نمی باشد.	
مراحل اجراء	تعیین مکان ارجاع	برحسب نیاز فرد و بنا به نظر پزشک محل ارجاع مشخص می شود : ✓ بستری ✓ سطوح تخصصی ✓ واحدهای ترک اعتیاد و ✓ غیره
	تکمیل فرم ارجاع:	فرم ارجاع با ثبت مشخصات بیمار و هدف از ارجاع وی تکمیل می گردد
	پیگیری	نتیجه ارجاع بیمار پیگیری می شود
ثبت	پرونده بیمار برگه سیر بالینی خلاصه اطلاعات	
گزارش :	در خصوص خدمات کاهش آسیب به دودسته درون مرکزی و خارج مرکزی تقسیم شده است. که برای هرکدام به تفکیک مصرف کننده تزریقی مواد و گروه پرخطر جنسی ، تعداد جمعیت تحت پوشش ثبت شده همچنین تعداد سرنگ، کاندوم، و تعداد کسانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند به طور فصلی گزارش میشوند.	

م/۲/الف

خود آزمائی :

آیا مطالب ذیل را بخاطر سپرده اید ؟

- ۱- گروههای هدف برنامه HIV/AIDS را نام ببرید ؟
- ۲- خدمات اصلی که برای هریک از گروههای هدف برنامه HIV/AIDS ارائه می شوند را بیان کنید ؟
- ۳- سیستم مراقبت جاری و سیستم مراقبت به شیوه پایگاه یدده وری را توضیح دهید ؟

منابعی برای مطالعه بیشتر

در ابتدای طراحی این فصل تصمیم داشتیم که تمام فرمهای مرتبط را در این بخش بیاوریم که تعداد زیاد و حجم فراوان آن مانع این کار شده از همین رو همکاران محترم را برای دانستن مطالب بیشتر در این خصوص به منابع زیر ارجاع می دهیم .

- جزوه فرم ها و برنامه مراقبت HIV/AIDS و STI منتشر شده از سوی مرکز مدیریت بیماریها -

۱۳۸۲

- بسته فرم های ۷ گانه مراقبت HIV/AIDS - ۱۳۸۲
- پرونده درمان ضد رترو ویروسی - مرکز مدیریت بیماریها - ۱۳۸۳

فصل یازدهم:

شرح وظایف پزشک در برنامه STI/ HIV/AIDS

اهداف آموزشی:

فراگیر باید در پایان این بخش قادر باشد که :

- ۵- شرح وظایف پزشک را در مراکز بهداشتی درمانی روستایی بیان نماید.
- ۶- شرح وظایف پزشک را در مراکز بهداشتی درمانی شهری بیان نماید.
- ۷- شرح وظایف پزشک را در مراکز بهداشتی درمانی مرجع بیان نماید.
- ۸- شرح وظایف پزشک را در مراکز بهداشت شهرستان بیان نماید.
- ۹- شرح وظایف پزشک را در مراکز بهداشت استان بیان نماید.

مقدمه:

بیان شرح وظایف کارکنان در برنامه های اجرایی ، از سر درگمی آنان جلوگیری میکند و میتواند در عملیاتی کردن برنامه ها مفید باشد با توجه به اینکه این مجموعه ، پروتکلی برای همکاران پزشک است. شرح وظایف آنان در جایگاههای مختلف سیستم بهداشتی در این فصل عنوان شده است. انجام دادن وظایف مرتبط و نوشته شده در هر سطح مسلماً "گرو آشنایی به موضوع ایدز است که در جمع آوری این مجموعه سعی شده به آن توجه شود.

لیست شرح وظایف پزشک در مراکز بهداشتی درمانی روستایی:

- ۱- آموزش های لازم برای مسئولین و کارکنان بخشداری و دهداری های مربوطه و شورای اسلامی روستا در خصوص اهمیت بیماری ایدز و راههای مقابله با آن
- ۲- آموزش مستمر و اطلاع رسانی به افراد پرخطر- عموم مردم
- ۳- آموزش مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
- ۴- آموزش افراد آلوده به HIV
- ۵- آموزش خانواده افراد آلوده
- ۶- آموزش بهورزان تحت پوشش مرکز در خصوص موضوعات مرتبط با حیطه فعالیت خانه های بهداشت در برنامه HIV و ایدز
- ۷- مشاوره با افراد پرخطر ارجاع شده از طرف خانه های بهداشت
- ۸- ارجاع افراد HIV+ به منظور انجام مشاوره تخصصی به مرکز بهداشتی درمانی مرجع
- ۹- انجام مشاوره افراد HIV+ شناسایی شده
- ۱۰- انجام معاینات ادواری بالینی فرد HIV+
- ۱۱- ارجاع فرد HIV+ در صورت لزوم به منظور پیگیری های بالینی به پزشک دوره دیده شهرستان یا بیمارستان مرجع
- ۱۲- انجام CXR (در صورت وجود امکانات رادیوگرافی در غیر اینصورت ارجاع) و اسمیر خلط (در صورت مراجعه مستقیم) در افراد HIV+
- ۱۳- ارجاع فرد HIV+ جهت انجام آزمایشات ادواری
- ۱۴- درمان و تجویز پروفیلاکسی در صورت نیاز
- ۱۵- پیگیری و ارجاع به منظور انجام آزمایش موارد منفی پرخطر در صورت تمایل فرد
- ۱۶- مراقبت و درمان بیماران آمیزشی
- ۱۷- جمع آوری اطلاعات و گزارش خدمات ارائه شده
- ۱۸- جمع آوری اطلاعات و گزارش فعالیتهای آموزشی مربوط به مرکز های بهداشتی درمانی روستایی و خانه های بهداشت.

لیست شرح وظایف پزشک در مراکز بهداشتی درمانی شهری :

- ۱- آموزش های لازم برای مسئولین و کارکنان شورای اسلامی شهر و محله و در خصوص اهمیت بیماری ایدز و راههای مقابله با آن
- ۲- آموزش مستمر و اطلاع رسانی به افراد پرخطر و عموم مردم
- ۳- آموزش مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
- ۴- آموزش افراد آلوده به HIV
- ۵- آموزش خانواده افراد آلوده
- ۶- مشاوره با افراد پرخطر ارجاع شده از طرف پایگاه بهداشتی ضمیمه و غیر ضمیمه
- ۷- ارجاع افراد مشاوره شده در صورت لزوم جهت انجام اقدامات تشخیصی
- ۸- انجام مشاوره افراد HIV+ شناسایی شده
- ۹- ارجاع افراد HIV+ به منظور انجام مشاوره تخصصی به مرکز بهداشتی درمانی مرجع
- ۱۰- انجام معاینات ادواری بالینی فرد HIV+
- ۱۱- ارجاع فرد HIV+ در صورت لزوم به منظور پیگیری های بالینی به پزشک دوره دیده شهرستان یا بیمارستان مرجع
- ۱۲- انجام CXR (در صورت وجود امکانات رادیو گرافی در غیر اینصورت ارجاع) و اسمیر خلط (در صورت مراجعه مستقیم) در افراد HIV+
- ۱۳- ارجاع فرد HIV+ جهت انجام آزمایشات ادواری
- ۱۴- درمان و تجویز پروفیلاکسی در صورت نیاز
- ۱۵- پیگیری و ارجاع به منظور انجام آزمایش موارد منفی پرخطر در صورت تمایل فرد
- ۱۶- مراقبت و درمان بیماران آمیزشی
- ۱۷- جمع آوری اطلاعات و گزارش فعالیتهای آموزشی مربوطه به مرکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه های مربوطه
- ۱۸- جمع آوری اطلاعات و گزارش خدمات ارائه شده

لیست شرح وظایف پزشک در مراکز بهداشتی درمانی شهری مرجع:

- ۱- ارجاع افراد دارای مشکلات ویژه به بیمارستان مرجع استان
- ۲- انجام آزمایشات ادواری بیماران
- ۳- درمان و تجویز پروفیلاکسی در صورت نیاز
- ۴- تجویز داروهای رترو ویروسی برای مبتلایان واجد شرایط طبق دستورالعمل
- ۵- جمع آوری اطلاعات و گزارش خدمات ارائه شده
- ۶- درمان جایگزین متادون برای معتادان تزریقی واجد شرایط طبق دستورالعمل
- ۷- مشاوره با عموم مردم در صورت لزوم
- ۸- مشاوره با افراد پرخطر
- ۹- مشاوره با افراد HIV مثبت
- ۱۰- مشاوره قبل از انجام آزمایش و پس از آزمایش
- ۱۱- مشاوره با خانواده های افراد مبتلا
- ۱۲- پیگیری خانمهای باردار HIV مثبت
- ۱۳- مشاوره مستمر با خانمهای باردار HIV مثبت تا هنگام زایمان
- ۱۴- هماهنگی با واحدهای دیگر برای ارائه خدمات تخصصی به بیماران HIV مثبت
- ۱۵- تشخیص کردن بیمارانی که وارد مرحله ایدز شده ان بر حسب امکانات بر اساس CBC یا اندازه گیری CD+4
- ۱۶- بروفیلاکسی و درمان سل در موارد HIV مثبت در صورت نیاز
- ۱۷- بروفیلاکسی و درمان عفونت های فرصت طلب در صورت نیاز
- ۱۸- تکمیل فرم بررسی بالینی
- ۱۹- تکمیل فرم درمان ضد روتروویروسی در موارد
- ۲۰- مدیریت ارجاع موارد HIV مثبت و بیماران ایدزی به واحدهایی که نیازمند خدمات حمایتی هستند
- ۲۱- مدیریت ارائه خدمات کاهش آسیب

لیست شرح وظایف کاردان ، کارشناس و پزشک در واحد مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان:

- ۱- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش عمومی مباحث مرتبط با ایدز
- ۲- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش گروههای در معرض خطر در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۳- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش گروههای پرخطر در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۴- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش افراد آلوده و بیمار و خانواده آنان در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۵- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش افراد کلیدی و مسئول شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۶- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش پرسنل بخش بهداشت و درمان شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۷- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش پرسنل بخش غیر دولتی بهداشت و درمان شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با ایدز و اجرای آن در سطح شهرستان
- ۸- تامین و توزیع واکسن در سطح شهرستان
- ۹- توزیع مدول آموزشی ،دستورالعملها ، فرمها و مواد کمک آموزشی مرتبط با برنامه ایدز در سطح شهرستان
- ۱۰- برنامه ریزی و انجام نظارت سیستماتیک در سطوح محیطی
- ۱۱- ارائه بازخورد به سطوح محیطی مبتنی بر بازدیدهای بعمل آمده
- ۱۲- ارائه گزارش عملکرد به سطوح استانی
- ۱۳- جمع آوری اطلاعات مربوط به بیماران از مراکز مختلف (انتقال خون و ...) و
- ۱۴- ارائه گزارش مربوط به سوریولانس بیماران به سطوح استانی
- ۱۵- برنامه ریزی و اجرای برنامه های دیده وری
- ۱۶- مدیریت ستادی برنامه مراکز مرجع
- ۱۷- تشکیل جلسات مرتبط با ایدز
- ۱۸- برگزاری روز جهانی مبارزه با ایدز
- ۱۹-تهیه گزارش وضعیت برنامه ایدز بصورت سالیانه
- ۲۰- طرح موضوعات مرتبط با ایدز در جلسات درون بخشی و برون بخشی
- ۲۱-تهیه امکانات مورد نیاز برنامه ایدز
- ۲۲- برنامه ریزی نحوه هزینه اعتبارات مرتبت با ایدز با هماهنگی مدیریت بهداشتی شهرستان

- ۲۳- تهیه امکانات مورد نیاز درمان بیماران
- ۲۴- جلسات هماهنگی با ادارات مرتبط (حمایتی و ...) مثل زندان ، بهزیستی

لیست شرح وظایف کاردان ، کارشناس و پزشک در واحد مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت استان:

- ۱- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش عمومی مباحث مرتبط با ایدز
- ۲- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش گروههای در معرض خطر در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۳- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش افراد کلیدی و مسئول استان در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۴- برنامه ریزی آموزشی به منظور آموزش پرسنل واحدهای ستادی بخش بهداشت ستاد شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با ایدز
- ۵- هماهنگی به منظور آموزش پرسنل بخش دولتی بهداشت و درمان شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با ایدز و اجرای آن در سطح استان
- ۶- تامین و توزیع واکسن در سطح شهرستان
- ۷- توزیع مدول آموزشی ،دستورالعملها ، فرمها و مواد کمک آموزشی مرتبط با برنامه ایدز در سطح شهرستان
- ۸- برنامه ریزی و انجام نظارت سیستماتیک در سطوح محیطی
- ۹- ارائه بازخورد به سطوح محیطی مبتنی بر بازدیدهای بعمل آمده
- ۱۰- ارائه گزارش عملکرد به سطوح استانی
- ۱۱- جمع آوری اطلاعات مربوط به بیماران از مراکز مختلف (انتقال خون و ...)
- ۱۲- برنامه ریزی و اجرای برنامه های دیده وری
- ۱۳- ارائه گزارش مربوط به سوروایانس بیماران به سطوح استانی
- ۱۴- تشکیل کمیته استانی ایدز
- ۱۵-تشکیل زیرکمیته های استانی ایدز
- ۱۶- طرح موضوع در جلات استانی ایدز
- ۱۷- مدیریت پاسگاه دیده ور استان
- ۱۸- تهیه گزارشات دوره ای از برنامه ایدز
- ۱۹- تهیه برنامه عملیاتی ایدز

- ۲۰- تشکیل جلسات مرتب دوره ای با ادارات ذیربط (زندان ، بهزیستی ، هلال احمر ، کمیته امداد و..)
- ۲۱- تشکیل جلات مرتب با متخصصان مرتبط (عفونی ، اطفال و...)
- ۲۲- برنامه ریزی برگزاری روز جهانی مبارزه با ایدز

خود را بیازمائید:

شرح وظایف پزشک در جایگاههای مختلف سیستم بهداشتی درمانی را بیان کنید.
(مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و مرجع و مرکز بهداشت شهرستان و استان)

منابعی برای مطالعه بیشتر:

- ۱- دستور العمل های مرکز مدیریت بیماریها برای سایر رده ها با توجه به اینکه پزشک رهبر تیم های بهداشتی است.
- ۲- برنامه های ادغام HIV/AIDS, STI در شبکه های بهداشتی درمانی کشور از انتشارات مرکز مدیریت بیماریها