

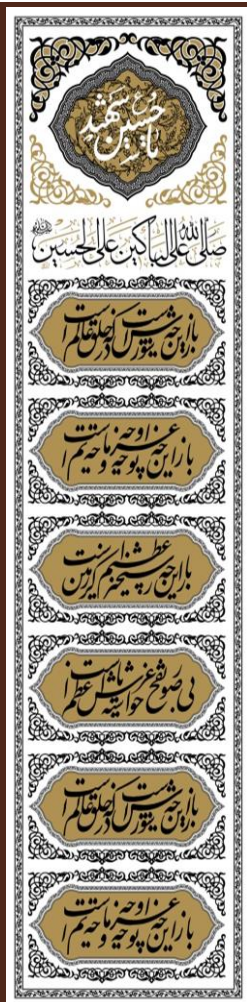
راهنمای تشخیص و درمان بیماری‌ها

در همایش پیاده روی اربعین حسینی (ع)

ویژه پزشکان مستقر در موكب







راهنمای تشخیص و درمان بیماری‌ها

در همایش پیاده روی اربعین حسینی ۱۴۰۱

ویژه پزشکان مستقر در موكب



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مازندران
مرکز بهداشت استان مازندران

تابستان ۱۴۰۱

سرشناسه:

عنوان و نام پدیدآور: مرکز بهداشت استان مازندران

مشخصات نشر:

مشخصات ظاهری: ۱۸۳ صفحه

شابک:

وضعیت فهرست نویسی:

موضوع:

رده بندی کنگره:

رده بندی دیویی:

شماره کتابشناسی ملی:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران - مرکز بهداشت استان

نام کتاب: راهنمای تشخیص و درمان بیماری ها در همایش پیاده روی

اربعین حسینی ۱۴۰۱ (ویژه پزشکان مستقر در موب)

نام نویسنده: مرکز بهداشت استان مازندران

همکاران: دکتر بابک اسدی، دکتر مسعود اسدی، دکتر سید حسین پرهیز،

دکتر پژمان خسروی، دکتر مریم زرین کمر، دکتر رضا صفری، دکتر مریم

فیروزجایی، دکتر مژگان گران، دکتر رضا یعقوبیان

ناشر:

شمارگان:

نوبت چاپ:

طراح جلد و صفحه آرا: هادی دهباشی

چاپ:

آدرس، تلفن: معاونت بهداشتی دانشگاه (مرکز بهداشت استان مازندران) ۰۱۱-۳۳۳۹۸۳۳۰

سامانه الکترونیک: <https://health.mazums.ac.ir>





قدردانی و تشکر

از همه مدیران و همکارانمان (به ویژه
پزشکان خانواده) که در تدوین این راهنما
همکاری و مساعدت داشته اند، صمیمانه
تقدیر و تشکر مینمائیم.

تقدیم به روح آسمانی شهدای مدافع سلامت
به ویژه شهدای کادر بهداشت و درمان استان
شهید پرور و دلاور خیز مازندران



مقدمه

یا رب الحسین (علیه السلام)

خدا را شکر که این همه به ما نعمت داد که هرگز قابل شمارش نبوده و به همین جهت کسی را یارای ادای شکر کامل آن نعمتها نیست. خدا را شکر که پیامبر رحمت و خاتم پیامبران (ص) را پیامبر ما و قبول ولایت حضرت علی ع، حضرت فاطمه زهرا (س) و اولاد معصومینش (ع) را در دلهای ما قرار داد. همانها که در قرآن کریم دوستی به ایشان به همه عالمیان امر شده و این دوستی در هر کس که ایجاد شود سعادت دنیا و ابدیت آن تا روز واپسین که علم آن تنها نزد خدای متعال است، تضمین شده است. بدون شک هر چه این دوستی و محبت در انسانی عمیقتر باشد، زندگی اشی خدائی تر، زیباتر، با نشاط تر، پر برکت تر و سعادتمندتر خواهد بود.

امام حسین (ع)، امامی با مظهر تام و کامل همه خوبیها، ایثارگریها، و محبتها است. هم او که همه انواع محتتها را چشید تا ضمن آشکار شدن مقام کامل عبودیت و رضای الهی در ایشان، وسیله احیای دین جد بزرگوارش و نجات انسانها در همه اعصار تا ابد باشد. معرفت و سپس عشق و مجذوب این انسان با عظمت و کامل شدن، لطف و موهبتی است الهی. این عشق خود نه تنها در مقام فردی انسان را در پرورش فطرت و طی نمودن مقام عبودیت (بهانه اصلی خلقت انسانها) کمک می کند بلکه سبب نجات جامعه انسانهای نیک اندیش و خوش کردار برای موفقیت و رسیدن به قله های سعادت می باشد. دوستی ایشان سبب جمع شدن همه انسانهای اینچنینی در تمامی حدود ۱۴۰۰ سال گذشته و تا ابد خواهد شد. مراسمات آیینی ایام محرم و صفر و پیاده روی اربعین با آن اجتماع عظیم برای سبقت در جذب به سوی آن سرچشمه محبت و خوبیها، حقیقتا مصادیق بارزی از این امر می باشند. خدا را شکر که ما ایشان را داریم و محبتشان در دلهای همه ما قرار دارد و امید به آنکه این محبت سبب رشد و ارتقای ما در زندگی شخصی و اجتماعی مان گردد.

محبت و عشق به امام حسین (ع) آنچنان اشتیاقی در دلهای خوبان عالم قرار داده که به همدیگر نیز عشق می ورزند و همدیگر را در رسیدن به وصال یار کمک می کنند. برآستی که چه صحنه های زیبایی از این عاشقی قابل رویت هست که واقعا بی بدیل است. این عشق چه اکسیری هست که افراد، در طول سال بخشی از سرمایه شان را که بعضا بسیار ناچیز هم می باشد، پس انداز می کنند تا در این راه به محبوب واقعی و مولای خود تقدیم کنند؟

خدا را شاکریم که این توفیق را به دوستان و همکاران ما عطا فرمود که به فکر سلامتی دوستداران امام خوبیها، حضرت حسین (ع)، بوده و بدینوسیله ابراز محبت خالصانه خود را به آستان با عظمت آن امام عزیز، بیان نموده اند. امیدوارم این مجموعه راهنماهای بالینی که عالمانه و مبتنی بر شواهد نگارش شده، به مدد الهی و لطف مولایمان، موجبات سلامت بیشتر رهروان و زائران اربعین حسینی را فراهم آورد. بر خود لازم می دانم از همه دوستان عزیزی که در تهیه این مجموعه ارزشمند، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران را یاری نموده اند (از منتخبین پزشکان متخصص خانواده دانشگاه علوم پزشکی مازندران و همکاران عزیز با تجربه قبلی در پیاده روی اربعین) کمال تشکر و قدردانی را ابراز نمایم.

مرداد ۱۴۰۱

دکتر عباس علی پور

رئیس مرکز بهداشت استان مازندران

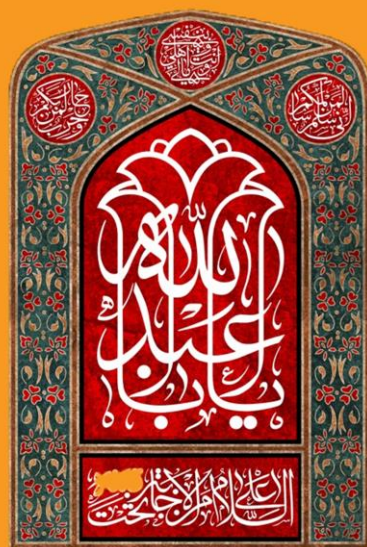
و معاون بهداشتی دانشگاه

فهرست مطالب

پیشگفتار	۱۳
فصل اول	
آسم (Asthma)	۱۵
فصل دوم	
اسهال مسافرتی	۲۱
فصل سوم	
التور	۲۶
فصل چهارم	
آنافیلاکسی	۳۴
فصل پنجم	
آنفلوآنزا	۴۱
فصل ششم	
پدیکلوزیس	۴۷
فصل هفتم	
پنومونی	۵۲
فصل هشتم	
تاول	۵۹

فصل نهم	
تب خونریزی دهنده کریمه کنگو.....	۶۳
فصل دهم	
خونریزی غیر طبیعی بانوان	۶۹
فصل یازدهم	
درد قفسه سینه.....	۷۴
فصل دوازدهم	
دیس پسی	۸۱
فصل سیزدهم	
سردرد	۸۷
فصل چهاردهم	
سوختگی.....	۹۵
فصل پانزدهم	
شوک هیپوولمیک.....	۱۰۹
فصل شانزدهم	
شیگلوزیس (اسهال خونی)	۱۱۵
فصل هفدهم	
کپیر.....	۱۲۱

فصل هجدهم	
کووید ۱۹	۱۲۵
فصل نوزدهم	
گال	۱۳۱
فصل بیستم	
گرمایزدگی	۱۳۵
فصل بیست و یکم	
لپتوسپیروزیس	۱۴۳
فصل بیست و دوم	
مننژیت	۱۴۹
فصل بیست و سوم	
هیپوگلیسمی	۱۵۵
فصل بیست و چهارم	
مار، عقرب و زنبورگزیدگی	۱۶۵
اسامی همکاران	۱۷۷
منابع	۱۸۰





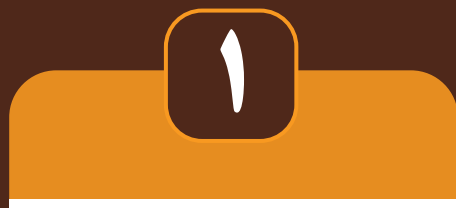
پیشگفتار

سفر معنوی و زیارتی راهپیمایی اربعین حسینی (ع) سال‌هاست که با استقبال بی‌نظیر و میلیونی زوار از سراسر دنیا برگزار می‌گردد، در این میان توجه به ضرورت حفظ سلامت زوار و پیشگیری از مخاطراتی که به هر نحوی سلامت ایشان را در این مسیر تهدید میکند ضروری است. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران و مرکز بهداشت استان مازندران همپای دیگر خدمتگذاران حوزه سلامت، نسبت به اعزام تیم‌های پزشکی و بهداشتی جهت استقرار در موکب‌ها و کاروان‌های زیارتی اقدام نموده و در مسیر خدمت‌رسانی به این عزیزان گام برمی‌دارد.

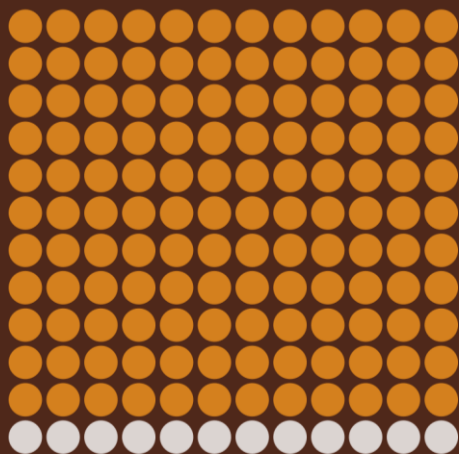
راهنمای پیش‌رو که به همت مرکز بهداشت استان مازندران و توسط جمعی از متخصصین پزشکی خانواده، به منظور تأمین محتوایی خلاصه و کاربردی ویژه پزشکان مستقر در موکب/کاروان، در مواجهه و درمان مشکلات شایع بهداشتی و پزشکی در این سفر تدوین شده است. امید است این مجموعه گامی هرچند کوتاه در مسیر خدمت‌رسانی به زوار سالار دشت کربلا، امام حسین (ع) بوده و ان‌شالله مقبول درگاه احدیت قرار گیرد.







آسم (Asthma)





بیماری آسم (Asthma disease)

تعریف بیماری :

آسم یک بیماری التهابی اپیزودیک و مزمن راههای هوایی بوده که کاملاً برگشت پذیر است. و عملکرد ریه در بین حملات می تواند به حد طبیعی برگردد. آسم به دو مرحله متناوب و دائمی (خفیف، متوسط، شدید) تقسیم میشود.

علائم شایع:

شامل تنگی نفس اپیزودیک حاد یا مزمن، ویز اغلب بازدمی، گرفتگی سینه همراه با سرفه متناوب به خصوص شبها می باشد. علائم بیمار ممکن است با ورزش و هوای سرد، عفونتهای تنفسی ویروسی و بعضی از آلرژن ها تشدید شود (۱)

روش تشخیص:

سابقه بیماری، سمع ویز در طی حملات، اسپیرومتری، تست متاکولین درمواقع مورد نیاز

علائم خطر (Red flags):

تاکی پنه، تاکی کاردی، فاز طولانی تنفسی بازدمی، جریان ضعیف هوا در ریه ، استفاده از عضلات فرعی تنفسی در طی دم(مانند استرنوکلیدوماستوئید)، پالس پارادوکس (۲)

مدیریت درمان حمله آسم:

- ❖ همزمان با شروع فوری درمان با اکسیژن و سالبوتامول شدت علائم را ارزیابی کنید(شدت تنگی نفس، تعداد تنفس، تعداد ضربان قلب، درصد اشباع اکسیژن)
- ❖ تشخیص های افتراقی دیگر تنگی نفس را رد کنید: نارسایی قلبی، آمبولی ریوی، آسپیراسیون جسم خارجی
- ❖ آمادگی برای اعزام بیمار به مراکز مجهزتر در صورت وجود علائم تهدید کننده حیات مثل خواب آلودگی شدید، گیجی، ریه ساکت وبدون خس خس علیرغم تلاش تنفسی
- ❖ شروع درمان با دوزهای مکرر سالبوتامول: ۴ تا ۱۰ پاف ترجیحا با محفظه مخصوص تا یک ساعت هر بیست دقیقه تکرار شود.
- ❖ تنظیم اکسیژن تا میزان اشباع ۹۵-۹۳ درصد

❖ کورتون:

برای حملات خفیف تا متوسط: ۵۰-۴۰ میلی گرم پردنیزولون خوراکی

برای حملات شدید: کورتون سیستمیک خوراکی و در صورت عدم امکان تزریقی (متیل پردنیزولون ۸۰-۶۰ میلی گرم وریدی)

ایپراتروپیوم بروماید در موارد شدید همزمان با سالبوتامول و اکسیژن ۴ تا ۸ پاف هر ۲۰ دقیقه

مرحله ۱. آسم متناوب: در صورت نیاز SABA (سالبوتامول) آسم دائمی:

مرحله ۲. ICS (مانند فلوتیکازون، بودزوناید، بکلومتازون) با دوز کم + سالبوتامول

مرحله ۳. ICS با دوز کم به همراه LABA (سالمترول، فورمترو) یا ICS با دوز متوسط + سالبوتامول

مرحله ۴. ICS با دوز متوسط به همراه LABA + سالبوتامول

مرحله ۵. ICS با دوز بالا به همراه LABA + سالبوتامول

مرحله ۶. ICS با دوز بالا به همراه LABA و کورتون خوراکی + سالبوتامول

LABA(long acting beta agonist): formoterol,salmeterol
LABA+Corticosteroid: Symbicort,Fluticort,Seretide,seroflo

منبع:

۱. تکست بوک پزشکی خانواده راکل

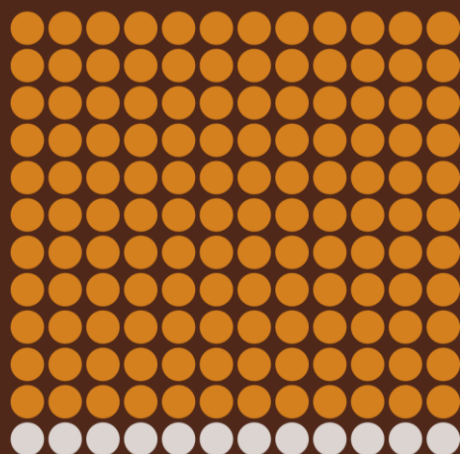
۲. <https://www.uptodate.com>

۳. دستورالعمل کشوری آسم





اسمہال مسافرتی





اسهال مسافرتی

تعریف بیماری:

اسهالی است که در طی سفر و یا در عرض ۱۰ روز پس از بازگشت از سفر رخ می دهد. این بیماری شایع ترین بیماری است که مسافرین را درگیر می کند. علل ایجاد کننده آن متنوع هستند ولی شایع ترین عامل توکسین E.coli می باشد. به سه نوع تقسیم می شود:

۱. خفیف (بدون کم آبی و فرد فعالیت های معمول را انجام می دهد)

۲. متوسط (به صورت نسبی با فعالیت های معمول تداخل دارد.)

۳. شدید (فعالیت های بیمار به صورت کامل مختل می شود و نوع دیسانتری در این گروه قرار دارد.) (۲).

علائم شایع:

بیماری معمولاً خفیف بوده و دو یا سه روز طول می کشد. اسهالی که بیش از ۵ روز طول بکشد در این بیماری غیر معمول است. اسهال به طور معمول ۶ تا ۱۲ ساعت پس از خوردن آب یا غذای آلوده ایجاد می شود. کرامپ شکمی، اسهال آبکی و مکرر و در برخی بیماران تهوع وجود دارد (۱).

روش تشخیص موارد محتمل، مظنون و قطعی:

۱. با توجه به سابقه مسافرت و شکایات بیمار تشخیص گذاشته میشود.

۲. آزمایش مدفوع (۱)

علائم خطر (Red flags):

۱. کم آبی شدید ۲- تب ۳- اسهال پایدار ۴- شکم درد شدید (۱)

درمان:

اساس درمان جایگزینی آب و الکترولیت در انواع مختلف اسهال می باشد (۱ و ۲).

اسهال خفیف:

داروهای ضد پریستالتیسم (در صورت دیسانتری و خون در مدفوع و تب و همچنین در بچه ها و در بیمارانی که پس از گذشت دو روز از اسهال بهبود نیافته اند منع مصرف دارد):

۱. قرص لوپرامید (دو عدد در ابتدا و سپس یک عدد پس از هر بار

اسهال و ماکزیمم هشت قرص در روز)



۲. قرص دیفنوکسیلات (دو قرص در ابتدا و سپس یک عدد هر ۸ ساعت)

شایان ذکر است لوپرامید ارجح می باشد.

اسهال متوسط: لوپرامید فقط در بالغین (شرایط منع مصرف گفته شد) می توان از تک دوز آزیترومایسین استفاده کرد.

اسهال شدید:

۱. بستری در بیمارستان (در صورت حال عمومی بد و توکسیک و تب در بیمار)

۲. لوپرامید در بالغین (موارد منع مصرف مشابه بالا)

۳. سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز یا آزیترومایسین ۵۰۰ میلی گرم روزانه (به مدت سه روز)

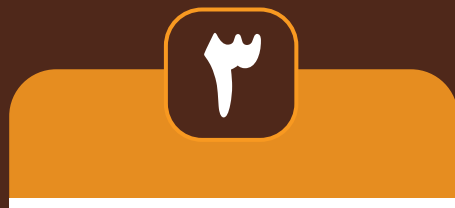
اسهال پایدار: بیمار باید از نظر آمیب و ژiardia بررسی شود.

منبع :

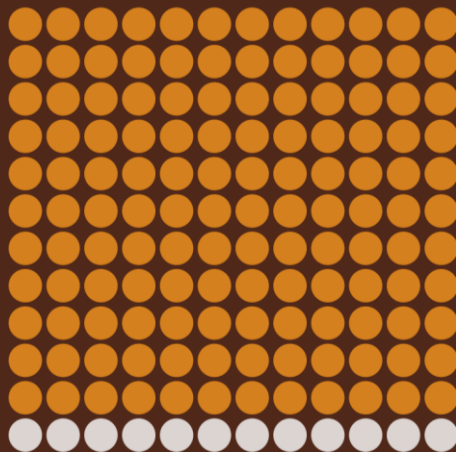
۱. طب عمومی مورتاگ

۲. <https://www.uptodate.com>





التور





التور

تعريف بیماری:

وبا یک عفونت اسهالی حاد است که به دنبال خوردن آب یا غذای آلوده به باکتری ویبریو کلرا ایجاد می شود. اگرچه اغلب افراد آلوده علائم بالینی نداشته یا علائم خفیف دارند لیکن در مواردی اسهال حاد آبکی شدید تولید می کند که می تواند به سرعت بیمار را به کام مرگ ببرد.

علائم شایع:

۱. شروع ناگهانی اسهال آبکی شدید شبیه لعاب برنج بدون دل پیچه
۲. تهوع و استفراغ (در بیشتر موارد استفراغ بدون حالت تهوع قبلی رخ می دهد).
۳. عطش فراوان و تب

۴. در بیماران درمان نشده دهیدراتاسیون سریع، کلاپس عروقی، هایپوگلاسمی در بچه ها و نارسایی کلیه شایع است.
۵. در برخی از سویه های بیوتاایپ التور موارد بدون علامت بیماری از اشکال بالینی آن شایع ترند (۱).

روش تشخیص موارد محتمل، مظنون و قطعی:

بر اساس جدا کردن سروگروپ O۱ یا O۱۳۹ از ویریوکلا در مدفوع میباشد (محیط انتقال کری بلر).

موارد مشکوک وبا:

- ❖ هر فرد دو سال و بالاتر مبتلا به اسهال حاد آبکی شدید یا متوسط در تمام فصول سال
- ❖ مرگ از اسهال
- ❖ هر مورد طغیان بیماری اسهال آبکی در منطقه صرف نظر از سن یا شدت بیماری

مورد قطعی وبا:

• فرد دچار اسهال که ویریوکلا O۱ یا O۱۳۹ از مدفوعش جدا شده باشد (۱)

علائم خطر (Red flags):

۱. کاهش وزن غیر منتظره
۲. اسهال ادامه دار یا بهبود نیافته

۳. تب

۴. درد شدید شکم

درمان:

۱- ارزیابی بیمار از نظر کم آبی و دهیدراتاسیون

❖ کم آبی نسبی: اشک ندارد، با ولع آب می نوشد، زبان خشک، بی قرار و چشم فرو رفته، برگشت پوست هنگام نیشگون گرفتن آهسته است.

❖ کم آبی شدید: خواب آلوده و سست، چشم بسیار گود رفته، قادر به نوشیدن نیست، برگشت پوستی بسیار آهسته

۲- جبران کم آبی بیمار

۳- شروع ORS در بیماری که قادر به خوردن می باشد.

۴- شروع مایع درمانی وریدی در موارد دهیدراتاسیون نسبی یا شدید

۵- شروع آنتی بیوتیک در موارد دهیدراتاسیون شدید

شیوه تجویز ORS به بیماران بدون دهیدراتاسیون		
سن	مقدار محلول تجویزی پس از هر بار دفع	تعداد پاکت مورد نیاز ORS
کمتر از دو سال	۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر	نصف پاکت در روز
۲ تا ۹ سال	۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر	یک پاکت در روز
بالای ۹ سال	هرچقدر میل دارد	دو پاکت در روز



راهنمای تجویز در موارد کم آبی نسبی در ۴ ساعت اول		
بیمار را هر ساعت ارزیابی کنید و در پایان ۴ ساعات مجدداً کم آبی را ارزیابی و مطابق آن عمل کنید	یک تا دو لیتر	۵ تا ۱۴ سال
	۳ تا ۴ لیتر	بالای ۱۵ سال

راهنمای جایگزینی مایعات وریدی	
۳۰ سی سی / کیلو گرم از محلول رینگر لاکتات	نیم ساعت اول
۷۰ سی سی / کیلو گرم از محلول رینگر لاکتات	دو و نیم ساعت بعدی
در صورتی که پس از تجویز ۳۰ میلی لیتر مایع وریدی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، نبض رادیال ضعیف یا غیرقابل لمس است یک مرتبه دیگر آن مقدار را تکرار کنید. محلول ORS را باید به محض اینکه قادر به نوشیدن گردید همراه با مایع درمانی وریدی تجویز گردد.	

-6

درمان آنتی بیوتیک:

آنتی بیوتیک	زیر ۸ سال	بالای ۸ سال
سیپروفلوکساسین	زیر ۱۷ سال تجویز نشود	۲۵۰ میلی گرم دو بار در روز بمدت سه روز یا یک گرم بصورت تک دوز
اریترومایسین	۱۰ میلی گرم/کیلو/دوز چهار بار در روز به مدت سه روز	۴۰۰ میلی گرم ۴ بار در روز به مدت سه روز
آزیترومایسین	۲۰ م گ/کیلو تک دوز	۱ گرم تک دوز
آمپی سیلین	۱۲/۵ م گ/کیلو/دوز ۴ بار در روز به مدت سه روز	۵۰۰ میلی گرم ۴ بار در روز به مدت سه روز

منبع :

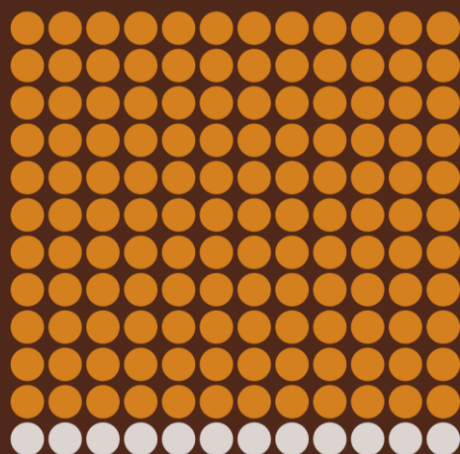
۱. راهنمای کشوری مراقبت و درمان بیماران مشکوک/مبتلا به وبا

ویرایش ۱۴۰۱





آنافیلاکسی





آنافیلاکسی

تعریف بیماری:

آنافیلاکسی یک واکنش افزایش حساسیت، تهدید کننده زندگی، منتشر یا سیستمیک است که با مشکلات سریعاً پیشرونده مانند درگیری راه هوایی (حلق و یا ادم حنجره) و یا تنفسی (برونکواسپاسم و تاکی پنه) و یا گردش خون (افت فشارخون و یا تاکیکاردی) مشخص می شود و در اغلب موارد تغییرات پوست و مخاط وجود دارد (۱). علل ایجاد آن شامل غذاها، نیش حشرات، داروها (آنتی بیوتیک ها و NSAIDS)، لاتکس، افزودنی های غذایی. می باشد (۲).

علائم و نشانه های شایع:

کهیر، گرگرفتگی، آنژیوادم، استریدور، استفراغ، سرگیجه، افت فشارخون، شوک و حتی مرگ (۱)



روش تشخیص:

یک مورد از ۳ معیارهای ذیل:

۱. بروز حمله حاد ناگهانی با درگیری پوست، مخاط و یا هردو به علاوه حداقل یکی از دو مورد مقابل:

الف: درگیری ریوی (تنگی نفس، یرونکواسپاسم همراه با ویز، استریدور، هایپوکسمی)

ب: افت فشارخون یا علایم مربوط به اختلال عملکرد ارگانهای انتهایی (هایپوتونی، کلاپس، سنکوپ، بی اختیاری ادراری)

۲. دو یا بیشتر از علایم ذیل که به سرعت بعد از تماس با ماده آلرژن ایجاد شده باشد:

الف: درگیری پوست یا بافت مخاطی

ب: درگیری تنفسی

ج: افت فشارخون یا علایم مرتبط

د: علایم گوارشی مداوم (درد کرامپی شکم، استفراغ)

۳. افت فشار بعد از تماس با ماده آلرژن حساسیت زا (در بیمار با سابقه قبلی حساسیت به آن ماده)

علائم خطر (Red flags):

درگیری راه هوایی (حلق و یا ادم حنجره) و یا تنفسی (برونکواسپاسم و تاکی پنه) و یا گردش خون (افت فشارخون و یا تاکیکاردی)

درمان:

۱. اولین و مهم ترین درمان در آنافیلاکسی اپی نفرین است و هیچ کتراندیکاسیون مطلقى ندارد. دوز درمانی به صورت ۰/۵ - ۰/۳ میلی گرم از اپی نفرین ۱/۱۰۰۰ بصورت عضلانی در قسمت میانی خارجی ران میباشد. این دوز را میتوان هر ۵ تا ۱۵ دقیقه تا 3 دوز تکرار کرد. در صورت عدم پاسخ اپی نفرین وریدی در نظر گرفته شود.
۲. انتوباسیون فوری در صورتی که شواهد انسداد راه هوایی ناشی از آنژیوادم وجود داشته باشد.
۳. بیمار را در پوزیشن Recumbent (خوابیده به یکی از پهلوها در حالی که یک دست زیر سر و یک درست روی شکم قرار دارد) یا اگر تحمل نمی کند بیمار را به پشت خوابانیده و پاها را بالاتر از سطح بدن قرار دهید.
۴. اکسیژن: ۸-۱۰ لیتر در دقیقه از طریق ماسک صورت
۵. تزریق سریع بولوس نرمال سالین جهت درمان هایپوتنشن با انفوزیون ۱-۲ لیتر مایع وریدی انجام گیرد و در صورت نیاز ادامه یابد
۶. اسپری سالبوتامول برای موارد برونکواسپاسم مقاوم به اپی نفرین عضلانی ۲-۳ پاف تنفسی داده شده و در صورت نیاز تکرار شود یا نبولایز سالبوتامول با دوز ۲.۵ تا ۵ میلی گرم در ۳ سی سی سالین صورت گیرد.

۷. درمانهای کمکی:

الف: H1 بلوکر مانند دیفن هیدرامین ۲۵-۵۰ میلی گرم وریدی طی ۵ دقیقه

ب: H2 بلوکر مانند سایمتیدین ۲۰۰ میلی گرم یا فاموتیدین ۲۰ میلی گرم وریدی

ج: کورتون مانند متیل پردنیزولون ۱۲۵ میلی گرم وریدی
در صورت وجود علائم مقاوم به درمان از انفوزیون اپی نفرین یا گلوکاگون و یا وازوپرسورها در مرکز مجهز استفاده شود(۲).

منبع:

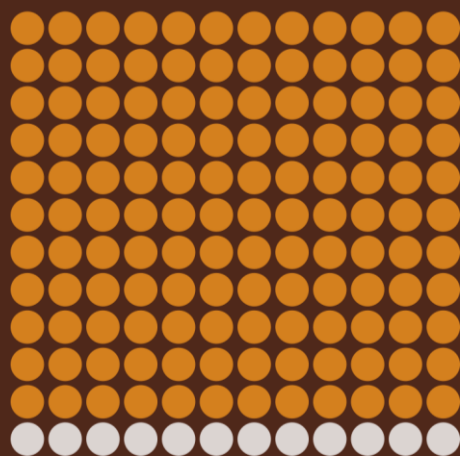
۱. راهنمای بالینی آنافیلاکسی

۲. <https://www.uptodate.com>





آنفلو آنرا





آنفلوآنزا

تعریف بیماری:

مورد مشکوک یا مورد شبه آنفلوآنزا

هر فرد با عفونت تنفسی حاد همراه با تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد (زیر زبانی) و سرفه به همراه یک یا چند علامت از علائم زیر در صورتی که تشخیص دیگری مطرح نباشد و شروع بیماری در طی ۷ روز اخیر باشد: گلودرد، سردرد، خستگی، ضعف، درد عضلانی، قرمزی مخاطات، گاهی استفراغ یا بدون اسهال (بیشتر در کودکان)، تماس با فرد مشکوک یا قطعی آنفلوآنزا.

مورد عفونت تنفسی حاد و شدید مشکوک به آنفلوآنزا

هر فرد با عفونت تنفسی حاد همراه با سابقه یا وجود تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد (زیر زبانی) و سرفه که نیازمند بستری در بیمارستان باشد و شروع بیماری در طی ۷ روز اخیر باشد.



علائم و نشانه های شایع:

آنفلوآنزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سرفه، سردرد، گلودرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، و گاهی استفراغ و اسهال تظاهر می کند. در این میان تب و سرفه به عنوان علایم کلیدی مطرح می باشند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می یابد؛ ولی سایر نشانه های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خود به خود بهبود پیدا می کند.

آنفلوآنزا در افراد مختلف ممکن است از سایر بیمار یهای ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد. اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده و ممکن است نشانه هایی مثل سرماخوردگی، برونشیت، پنومونی ویروسی و بیماری های حاد غیرقابل افتراق دستگاه تنفسی را نشان دهد. اختلالات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ و اسهال) نیز بروز می کند و در کودکان ممکن است نشانه های گوارشی، علامت غالب باشد.

تشخیص:

در هنگام استقرار بیماری، جداسازی ویروس یا بررسی آنتی ژن های ویروسی در ترشحات تنفسی بهترین تکنیک تشخیصی می باشد. ویروس همچنین به وسیله نمونه های تهیه شده به وسیله سواپ بینی، سواپ گلو، شستشوی بینی یا نمونه های بینی و گلو به طور اولیه جدا می گردد. شناسایی بیماری معمولاً براساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته و موارد تک گیر آن را فقط با کمک روش های آزمایشگاهی میتوان تشخیص داد.

علائم خطر (Red flags):

افراد در معرض خطر بیماری آنفلوآنزای انسانی شامل موارد زیر هستند:

سالمندان (افراد بالای ۵۰ سال).

ساکنین آسایشگاهها و کارکنان آن.

بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن (ریوی از جمله آسم، قلبی - عروقی به جز هایپرتانسیون، خونی، کلیوی، کبدی، متابولیک از جمله دیابت ملیتوس).

بیماران مبتلا به بیماریهایی که سیستم تنفسی را مختل مینمایند، از جمله بیمار یهای احتقانی،

صدمات نخاعی، اختلالات صرعی، اختلالات عصبی عضلانی.

خانم های بارداری که سه ماهه دوم و سوم حاملگی آنان مقارن با فصل شیوع آنفلوآنزا می باشد.

کودکان و نوجوانان ۶ ماهه تا ۱۸ ساله ای که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین میباشند.

کودکان ۶ ماه تا ۴ سال (۵۹ ماه).

درمان:

الف - درمانی

چهار داروی ضدویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوآنزا مطرح شده اند شامل:

(OSELTAMIVIR) اوسلتامیویر ۷۵ میلی گرم دو بار در روز به مدت ۵ روز (برای بالغین)

برای پیشگیری : اوسلتامیویر ۷۵ میلی یکبار در روز به مدت ۱۰-۷ روز
ب- درمان علامتی :
کنترل تب و سرفه و ...

منبع:

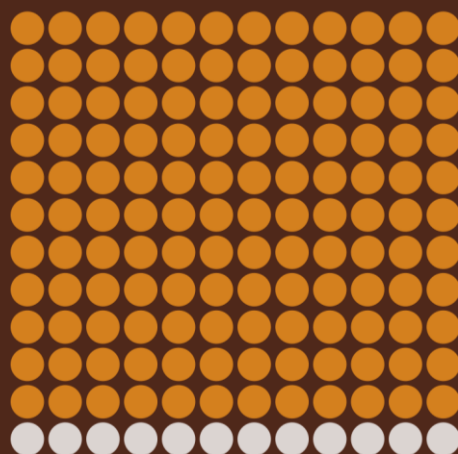
۱. راهنمای بالینی بیماریهای واگیر

۲. <https://www.uptodate.com>





پدیکلوژیس





پدیکلوزیس

تعریف بیماری:

شپش حشره ای کوچک و انگل انسان است. می تواند سر، بدن و ناحیه عانه را مبتلا کند. زیستگاه اصلی شپش سر لابلای موها به خصوص پشت گوش و پس سر است.

شپش تن: بیشتر در افراد بی خانمان و در شرایط سیل و زلزله و جنگ شیوع پیدا می کند. این شپش بیشتر در مناطق چین و درز لباس زیر افراد زندگی می کند.

شپش عانه: اغلب در موهای ناحیه تناسلی بوده اما می تواند ناحیه ران ها سینه، زیر بغل، ریش و سیل را هم درگیر کند

علائم شایع:

شپش سر: خارش سر گاهی برجستگی غدد لنفاوی و با اضافه شدن عفونت ممکن است زرد زخم بروز کند.

شپش تن: خارش بدن

شپش عانه: خارش شدید و قرمزی اطراف ناحیه تناسلی، پوسته شدن پوست و قرمز شدن پوست در محل استقرار شپش، وجود لکه های آبی در زیر شکم و بالای ران و باسن، التهاب مژه ها و خارش

روش تشخیص:

بر اساس معاینات بالینی و مشاهده رشک و شپش

درمان:

شپش سر: شامپو پرمترین ۱٪ ابتدا موها را با شامپو معمولی شسته و سپس یک یا دو قاشق مرباخوری از شامپو پرمترین را کاملاً به کف سر و ساقه موها مالیده و ماساژ داده شود و پس از ده دقیقه با آب فراوان شسته شود. سپس موها با شانه ی دندانانه ریز شانه شود. در صورت مشاهده رشک یا شپش یک هفته بعد تکرار شود.

لوازم شخصی مثل کلاه، مقنعه، چادر، شانه، برس و ... به مدت ۳۰ دقیقه جوشانده یا اتوی داغ شود و در معرض نور آفتاب قرار داد.

شپش تن: ابتدا باید بدن را با آب و صابون شستشو داده و سپس از محلول ویا لوسیون پرمترین یا گاما بنزن بر روی پوست بدن مالیده و پس از ۵-۲ دقیقه آبکشی نمود. یک هفته بعد درمان تکرار شود. پاک کردن لباس فرد از

آلودگی ضروری است. جوشاندن لباس و سایر لوازم شخصی مرتبط با پوست بدن به مدت ۳۰ دقیقه و اتوکشیدن لباس ها از اقدامات اساسی است. شپش عانه : شامپو پرمترین را به موهای عانه، زیر بغل، اطراف ناف و سینه مالیده و پس از ۱۰ دقیقه شستشو شود. درمان پس از یک هفته تکرار شود.

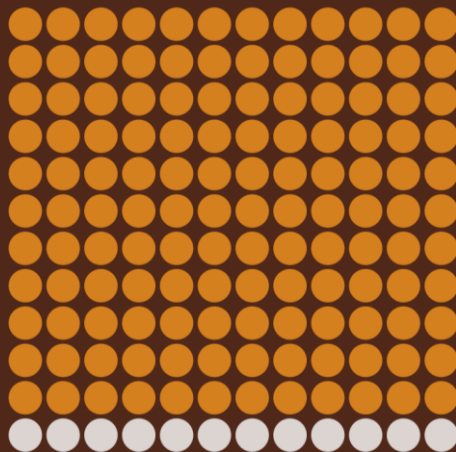
منبع :

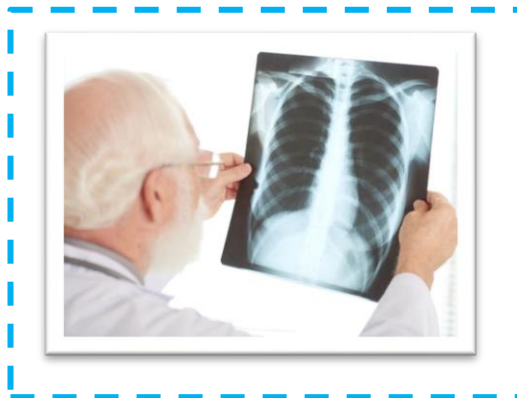
۱. راهنمای نظام جامع مراقبت بیماریهای واگیر برای پزشکان خانواده





پنومونی





● ● پنومونی

تعریف بیماری:

پنومونی بیماری التهابی ریه است که معمولاً توسط عفونتهای باکتریایی، ویروسی و سایر ارگانیسم ها ایجاد می شود که شایع ترین عامل آن ویروسی می باشد. موارد باکتریال آن می تواند منجر به عفونت حاد پارانشیم ریه ها شود که بالقوه خطرناک است.

علائم شایع:

حداقل دو علامت تب، لرز، سرفه جدید با یا بدون خلط یا سرفه مزمن همراه با تغییر رنگ خلط، درد پلورتیک سینه، تنگی نفس

روش تشخیص موارد مظنون و قطعی پنومونی باکتریال کسب شده از اجتماع (CAP)



مشکوک: تب بدون لرز، سرفه جدید با خلط یا بدون خلط و علائم غیر اختصاصی مثل خستگی، سردرد، تهوع، استفراغ، درد شکم، درد عضلانی قطعی: حداقل دو علامت تب، لرز، سرفه جدید با یا بدون خلط یا سرفه مزمن همراه با تغییر رنگ خلط، درد پلورتیک سینه، تنگی نفس و وجود یافته های پنومونی در سمع (کراکل یا صدا های برونکیال) و وجود یک کدورت جدید در گرافی قفسه سینه.

علائم خطر (Red flags):

ارجاع بیمارستان:

۱. تائیکاردی ($HR > 125$)، تائی پنه ($RR > 30$) همراه با هیپوتانسیون

($SBP < 90 \text{ mmHg}$, $DBP < 60 \text{ mmHg}$) و کانفیوژن

۲. بیماران مسن با نارسایی قلبی، دیابت COPD، بیماری مزمن کبدی،

کلیوی و بدخیمی (۱)

در غیر این صورت:

۳. محاسبه CURB-65

(کانفیوژن، اورمی ($BUN > 20$))، سرعت تنفس بزرگتر یا مساوی 30،

فشارخون سیستولیک کمتر از 90 یا فشار خون دیاستولیک کمتر از 60

میلی متر جیوه)، سن 65 سال یا بالاتر:

نمره صفر و نمره یک (در صورتیکه فقط سن 65 سال یا بالاتر

باشد): درمان سرپایی

نمره یک (به جز مورد سن ۶۵ سال یا بالاتر) و نمره دو: بستری در بیمارستان
نمره سه و بالاتر: بستری در بیمارستان و (ICU)

درمان سرپایی در موارد پنومونی باکتریال :

۱. در صورتی که بیماری زمینه ای و سابقه مصرف آنتی بیوتیک قبلی وجود نداشته باشد :
ماکرولید (آزیترومایسین ۵۰۰ میلی گرم روز اول و ۲۵۰ میلی گرم ۴ روز بعد یا کلاریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت) یا داکسی سیکلین (۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز به مدت ۷ روز)
۲. در صورتی که بیماری زمینه ای نداشته ، سابقه مصرف آنتی بیوتیک در ۳ ماه اخیر وجود داشته باشد: فلوروکینولون تنفسی (لووفلوکساسین ۷۵۰ میلی گرم روزانه برای ۵ روز یا ۵۰۰ میلی گرم روزانه برای ۱۰ روز) به تنهایی یا یک ماکرولید (آزیترومایسین یا کلاریترومایسین) + بتالاکتام خوراکی (آموکسی سیلین ۱ گرم هر ۸ ساعت)
۳. در صورت وجود بیماری های همراه مثل بیماری مزمن قلبی، ریوی، کبدی، کلیوی، دیابت، بدخیمی، ایمنوساپرشن و سابقه مصرف آنتی بیوتیک در سه ماه گذشته نداشته باشد:
فلوروکینولون تنفسی به تنهایی یا یک ماکرولید + بتالاکتام خوراکی (کوآموکسی کلاو)



۴. در صورت بیماری های همراه مثل بیماری مزمن قلبی، ریوی، کبدی، کلیوی، دیابت، بدخیمی، ایمنوساپرشن و سابقه مصرف آنتی بیوتیک در سه ماه گذشته داشته باشد: فلوروکینولون تنفسی به تنهایی یا یک ماکرولید + بتالاکتام خوراکی

منبع:

۱. راهنمای بالینی تشخیص، درمان و پیشگیری از پنومونی

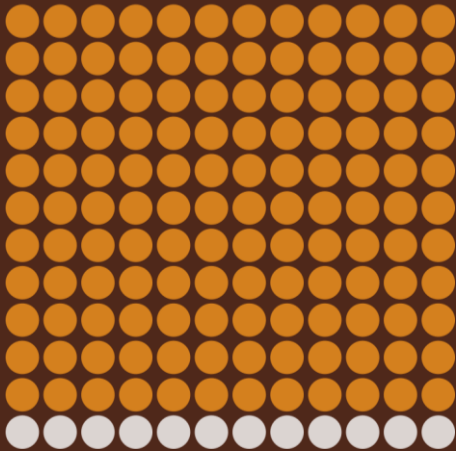
۲. <https://www.uptodate.com>

۳. مندل





تاول





تاؤل

تعریف بیماری:

تاؤل ضایعات پوستی قابل لمس حاوی مایع شفاف که به علل مختلف مثل سوختگی یا پیاده روی طولانی و ... بوجود می آید. تاؤل های زیر ۵ میلی متر را Blister و بالای این اندازه را Bulla می گویند.

علائم شایع:

وجود اریتم و وزیکول و بول های حاوی مایع شفاف در مناطق تحت فشار و سایش بخصوص در ناحیه پا و انگشتان پا. در صورت عفونت تاؤل مایع داخل آن شیری رنگ می شود.

علائم خطر:

وجود تاؤل های وسیع و بزرگ بخصوص در افراد دیابتیک



تاوُل های بزرگ هموراژیک
همراهی با سلولیت و عفونت های پوستی

پیشگیری از ایجاد تاوُل :
استفاده از کفش مناسب در پیاده روی های طولانی
استفاده از جوراب های ضخیم
استراحت و عوض کردن مرتب پاها
شستشو و ماساژ مرتب پاها

درمان:

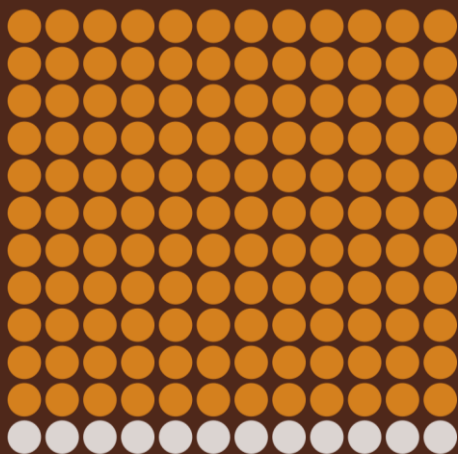
تا حد امکان از ادامه پیاده روی خودداری شود
محل تاوُل تمیز و خشک نگه داشته شود
اصطکاک تاوُل با کفش را کم کنید. با گذاشتن یک پد یا گاز نرم یا ...
عدم دستکاری و خودداری از ترکاندن آن
در صورتی که تاوُل در روی مفصل بوده یا تحت فشار باشد که احتمال
ترکیدن خودبخود آن زیاد هست مایع تاوُل تحت شرایط استریل تخلیه و
پوست روی آن را حفظ کنید
استفاده از پماد تتراسیکلین و موپیروسین برای تاوُل های پاره شده
با مسکن های معمولی مثل استامینوفن یا ایبوپروفن درد را تسکین دهید

منبع:



۹

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو





تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

تعریف بیماری:

تب کریمه کنگو یک بیماری خونریزی دهنده تب دار حاد ویروسی است که اصولاً از طریق کنه ها و حیوانات اهلی به انسان منتقل می شود. به دلیل مرگ و میر بالا و همه گیری های ناگهانی در داخل بیمارستان اهمیت خاصی دارد. کنه هیالوما مخزن اصلی بیماری است. کنه نابالغ با خونخواری از دامهای آلوده در تمام طول مراحل تکامل ناقل باقی می ماند و بیماری را در بین دام ها و مهره داران گسترش می دهد.

این ویروس توسط گزش کنه یا تماس با خون یا بافت های حیوانات در طی یا بلافاصله پس از ذبح به انسان منتقل می شود. انتقال انسان به انسان از طریق تماس با خون، ترشحات، بافتها یا سایر مایعات بدن افراد آلوده صورت می گیرد.(۱)

علائم شایع:

۱. دوره کمون: پس از آلودگی توسط کنه معمولاً ۱ تا ۳ روز و حداکثر ۹ روز است.
۲. قبل از خونریزی: شروع علائم به طور ناگهانی با تب و لرز، ضعف، درد عضلانی، سرگیجه، درد و سفتی گردن، درد پشت و پاها، سردرد شدید، سوزش چشم ها و دوبینی و حساسیت به نور شروع می شود. ممکن است تهوع، استفراغ، اسهال، کاهش اشتها، دل درد، سرفه، و گلودرد و گاهی اوقات همراه با برادی کاردی و هایپوتشن لکوپنی و بخصوص ترومبوسیتوپنی همراه می شود.
۳. مرحله خونریزی دهنده: به طور متوسط ۴ روز طول می کشد. خونریزی در مخاط ها و پتشی در پوست که ممکن است هماتوم در همان محل ها و حتی سایر پدیده های خونریزی دهنده مانند ملنا، هماچوری، اپیستاکسی، خونریزی از لثه و رحم و گاهی خلط خونی، حتی خونریزی در ملتحمه و گوشها نیز دیده شود گگاهی اوقات منجر به هپاتیت ایکتریک و اسپلنومگالی نیز می گردد. مرگ و میر به طور متوسط ۳۰٪ و در هفته دوم بیماری اتفاق می افتد.
۴. دوره نقاهت: بیماران از روز دهم با کمزنگ شدن ضایعات پوستی به تدریج بهبود می یابند. اغلب بیماران در هفته سوم تا ششم بعد از شروع بیماری زمانی که شاخص های خونی و ادراری آنها طبیعی میشود از بیمارستان مرخص میشوند. (۲)



روش تشخیص:

مورد مشکوک: شروع ناگهانی بیماری با تب همراه با درد عضلانی و خونریزی (شامل: پتشی، اپیستاکسی، خونریزی از مخاط دهان، استفراغ خونی یا ملنا، هماچوری)، به علاوه سابقه اپیدمیولوژیک (سابقه گزش با کنه و یا له کردن کنه با دست، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت های حیوانات آلوده، تماس مستقیم با خون و ترشحات یا مواد دفعی بیمار قطعی یا محتمل به CCHF)

مورد محتمل: مورد مشکوک به اضافه ی ترومبوسایتوپنی که میتواند با لکوپنی یا لکوسیتوز نیز همراه شود.

مورد قطعی: مورد محتمل به علاوه ی تست سرولوژیک مثبت یا جدا کردن ویروس.

روش های تشخیصی:

۱. روش های مختلف سرولوژیک من جمله الیزا

۲. تشخیص آنتی ژن

۳. بررسی به روش RT-PCR

۴. کشت سلولی

علائم خطر (Red flags):

وجود علائم اختلالات سیستم عصبی مرکزی
 اختلالات شدید متابولیک
 دهیدراتاسیون بیش از ۱۰ درصد
 فشارخون سیستولیک کمتر از ۹
 ترومبوسیتوپنی شدید با پلاکت زیر ۱۰۰ هزار در سه روز اول و زیر ۲۰ هزار در هر زمان دیگر
 آنمی با هموگلوبین زیر ۷
 علائم DIC، نارسایی کبدی و ریوی و ادم ریه یا نارسایی چند عضو.

درمان:

۱. درمان حمایتی شامل اصلاح آب و الکترولیت ها.
۲. درمان ضد ویروسی با استفاده از ریباویرین به میزان ۳۰ mg/kg به صورت یکجا و سپس ۱۵ mg/kg هر ۶ ساعت برای چهار روز و سپس ۷.۵ mg/kg هر ۸ ساعت برای شش روز انجام می شود (مدت درمان ۱۰ روز است).

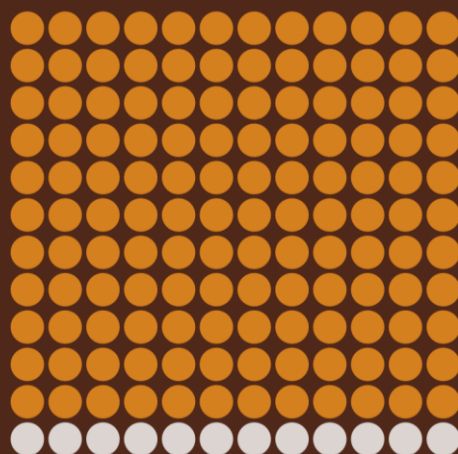
منبع:

۱. کتاب بیماری های واگیر برای پزشک خانواده.
۲. راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو





خونریزی غیر طبیعی بانوان





خونریزی غیر طبیعی بانوان

تعریف بیماری:

خونریزی واژینال که به صورت مکرر یا نامنظم یا طولانی تر یا سنگین تر از دوره نرمال پریود رخ می دهد شایع ترین نوع خونریزی ناشی از مشکلات تخمک گذاری می باشد.

اگر فواصل بین پریود ها کمتر از ۲۱ روز باشد (پلی منوره)

دوره پریود بیش از هفت روز باشد (هایپر منوره)

میزان خونریزی پریود بیش از ۸۰ سی سی با لخته های بزرگ باشد (منوراژی)

فواصل پریود ها بیش از ۳۵ روز باشد (الیگومنوره)

خونریزی در فواصل بین پریودها (متروراژی)



علائم شایع:

خونریزی به صور مختلف اعم از لکه بینی، منوراژی، منومتروراژی، هیپرمنوره و ... با یا بدون علایم اختلال همودینامیک

روش تشخیصی:

بر اساس شرح حال بالینی از سوابق قبلی پیروید و مشکلات ژنیکولوژیک و سایر بیماریهای زمینه ای
کنترل علائم حیاتی و بررسی از نظر وضعیت همودینامیک
در صورت امکان انجام تست های آزمایشگاهی مثل CBC، تست بارداری، تیروئید، تست های انعقادی و ... بخصوص در موارد شدید و طولانی

علائم خطر:

- ❖ دفع خون شدید همراه با لخته های بزرگ
- ❖ علائم هیپوولمی و آنمی
- ❖ خونریزی پس از دوران یائسگی

درمان:

موارد شدید نیاز به ارجاع فوری به مراکز درمانی دارد و درمان های حمایتی مثل تزریق مایعات، استروژن وریدی و مشاوره جراحی باید هرچه سریع تر آغاز گردد.

موارد متوسط یا خفیف با علائم همودینامیک پایدار ابتدا باید از باردار نبودن فرد اطمینان حاصل کرد.



سپس در مرحله اول می توان مفنایمیک اسید و ترانس هگزایمیک اسید (هر ۶ ساعت یک کیسول) تجویز نمود

در صورت عدم پاسخ چنانچه منعی نداشت ocp تجویز می شود.
اگر بیمار از قبل فقط قرص پروژسترونی مصرف می کنند، استروژن اضافه می کنیم (۱/۲۵ میلی گرم روزانه که قابل افزایش است) و بعد از قطع خونریزی بتدریج taper می شود. همچنین می توان به NSAIDS، OCP هم اضافه کرد.

اگر قرص ترکیبی مصرف می کنند تا سه ماه درمان حمایتی است و کنترل نحوه مصرف صحیح قرص و اگر برطرف نشد مکمل استروژن اضافه می شود یا دوز استروژن اضافه شده یا پروژسترون از خانواده دیگر استفاده می شود.

در اولین فرصت بررسی های تکمیلی از قبیل اندازه گیری تیروئید، پرولاکتین و سونوگرافی از رحم و تخمدان و ... ضروری است.

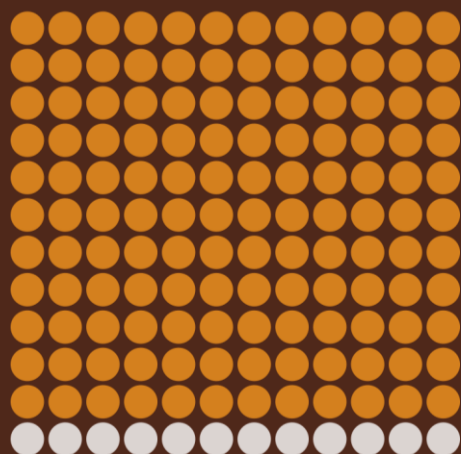
منبع:

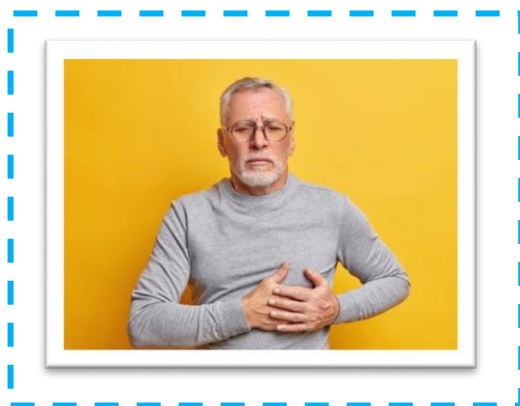
۱.





درد قفسه سینه





درد قفسه سینه

تعریف بیماری:

درد قفسه سینه ۱٪ ویزیت سرپایی را شامل میشود. به دو دسته تقسیم می شود:

۱. تهدید کننده حیات ACS: (سندروم کرونری حاد)، آمبولی ریه،

دایسکشن آئورت، پنوموتوراکس فشاری و ...

۲. غیر تهدید کننده حیات: دردهای عضلانی، رفلاکس و ...

۳. درد قفسه سینه حادثه قلبی است مگر اینکه دلیل دیگری ثابت

شود (۱ و ۲).



علائم شایع:

• Typical chest pain: دردی که احتمال منشأ قلبی بودن آن زیاد هست و عبارت است از دردی که با فعالیت شروع شود و با استراحت یا مصرف TNG تخفیف پیدا کند.

- ❖ درد در سندرم کرونری حاد مثل MI, Unstable Angina شامل درد قفسه سینه در حالت استراحت، شروع آنژین جدید، آنژین با شروع غیر قابل پیش بینی و پیشرونده می باشد.
- ❖ توجه: زنان، بیماران دیابتیک و بیماران بالغ جوانتر ممکن است بدون تظاهر کلاسیک، علائم را نشان دهند.
- ❖ دایسکشن آئورت درد قفسه سینه و پشت که شدید و تیز می باشد.
- ❖ آمبولی ریه: تنگی نفس، درد قفسه سینه، سرفه و تظاهرات ترومبوز ورید عمقی
- ❖ پنوموتوراکس: درد قفسه صدري ناگهانی و تنگی نفس

روش تشخیصی موارد محتمل، مظنون و قطعی:

- در بیماران با درد قفسه سینه سریعاً باید ارزیابی انجام شود تا شرایط خطر و تهدید کننده حیات مشخص گردد.
- ❖ چک علائم حیاتی و سچوریشن اکسیژن و گرفتن شرح حال دقیق. در صورت شک به دایسکشن آئورت فشار از هر دو بازو گرفته شود.
- ❖ ECG در ACS در اوایل ممکن است نرمال باشد و باید به صورت سریال گرفته شود.
- ❖ در صورت لزوم CXR و سایر اقدامات (۲).



علائم خطر (Red flags):

۱. سنکوپ و گیجی
۲. درد در اندام فوقانی چپ بیشتر از راست باشد و با درد فک
۳. درد پشت قفسه سینه
۴. تعریق
۵. تپش قلب
۶. تنگی نفس
۷. رنگ پریدگی
۸. درد حین تنفس
۹. تاریخچه ایسکمی، دیابت، پرفشاری خون (۱).

درمان:

:ACS

۱. بررسی و ثبات راه هوایی، تنفس و جریان خون
۲. برقراری راه وریدی و در صورت امکان اندازه گیری تروپونین
۳. اکسیژن درمانی
۴. مانیتور قلبی
۵. آسپرین (۱۶۲ یا ۳۲۵ میلی گرم)
۶. TNG زیر زبانی تا سه عدد هر ۵ دقیقه



(منع مصرف نیترات عبارت است از: تنگی شدید آئورت، کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک، سکته بطن راست، کاهش فشارخون، برادیکاردی، تاکی کاردی مشخص و مصرف اخیر مهارکننده فسفو دی استراز ۵ مثل ویاگرا اگر درد بیمار با سایر روش ها کم نشود می توان از مورفین استفاده نمود.

۷. بیمار سریعاً با آمبولانس اعزام گردد (۲).

منبع:

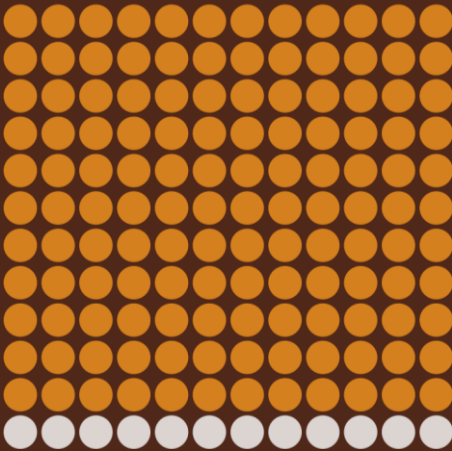
۱. طب عمومی مورتاگ

۲. <https://www.uptodate.com>



۱۲

دیس پیسی





دیس پیسی

دیس پیسی:

یک تشخیص شایع با تشخیص افتراقی بسیار زیاد است. سوءهاضمه یا دیس پیسی اشاره به درد یا ناراحتی مکرر مرتبط به قسمت پروگزیمال دستگاه گوارش دارد که در ارتباط با غذا می باشد. تنها در ۲۵٪ موارد علل ارگانیک دارد و در سایر موارد functional یا ایدیوپاتیک است. peptic ulcer, GEReflux, مصرف NSAIDS و بدخیمی از مهمترین علل ارگانیک دیسپیسی می باشد.

علائم شایع:

علائم شامل درد شکم، احساس پری زیاد، احساس نفخ و زیادی گاز در شکم می باشد. این بیماران قادر به تحمل تنها مقادیر کمی از مواد غذایی



هستند. در نتیجه خوردن مقادیر کمتر غذا، بیش از نیمی از این بیماران کاهش وزن را تجربه می کنند.

روش تشخیص موارد محتمل، مظنون و قطعی:

ابتدا ۱- علل قلبی ۲- علل کبد و مجاری صفراوی ۳- بیماری GERD را رد کنید و سپس با توجه به شکایات بیمار تشخیص دیس پیسی گذاشته می شود.

راه های تایید تشخیص بیماری Upper GI Series و آندوسکوپی می باشد. تشخیص دیس پیسی ایدیوپاتیک بر اساس رد علل ارگانیکی می باشد

علائم خطر (Red flags):

۱- دیسفاژی یا اودینوفاژی ۲- خونریزی رکتال یا ملنا ۳- کاهش وزن بدون دلیل ۴- بی اشتهایی ۵- سیری زودرس ۶- استفراغ پایدار ۷- کم خونی بدون علت واضح

درمان:

۱. ابتدا علل قلبی و کبد و کیسه صفرا را رد کنید و از نداشتن علائم هشدار (red flag) اطمینان یابید.

درمان با PPI مثل امپرازول یا پنتوپرازول را آغاز کنید.

۲. در اولین فرصت چنانچه فرد بالای ۶۰ سال سن دارد برای انجام آندوسکوپی ارجاع دهید.

۳. در سنین زیر ۶۰ سال در اولین فرصت تست تنفسی اوره یا تست اندازه گیری آنتی ژن در مدفوع را انجام دهید.
۴. در صورت مثبت شدن تست، درمان سه دارویی با امپرازول-آموکسی سیلین (۱۰۰۰ میلی گرم دو بار در روز) و کلاریترومایسین (۵۰۰ میلی دوبار در روز) به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز را شروع کنید. در صورت عدم پاسخ یا بیماران با علائم خطر، جهت آندوسکوپی ارجاع داده می شوند.
۵. در صورت مصرف آسپرین و یا NSAID توسط بیمار، اگر بیمار قادر به قطع داروها بود آن را قطع می کنیم و اگر دیس پپسی بهتر شد با داروهای ضد اسید و یا سلکوکسیب درمان می شود و اگر بهتر نشد به متخصص گوارش ارجاع می شود.
۶. اگر قادر به قطع آسپرین و NSAID نبودیم درمان آزمایشی با PPI می گذاریم و اگر بهتر نشد به متخصص گوارش ارجاع می شود.

منبع:

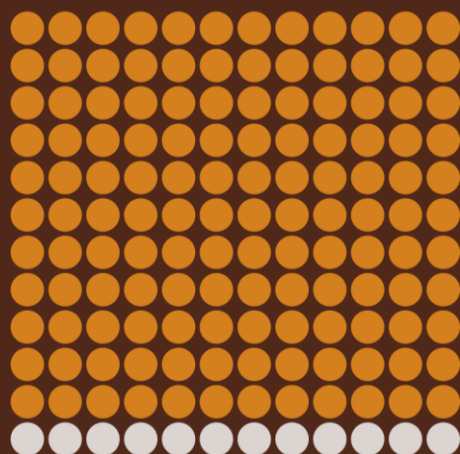
۱. <https://www.uptodate.com>

۲. رفرنس پزشکی خانواده راکل





سردرد





سر درد

تعریف بیماری:

سر درد یک شکایت شایع پزشکی است. اختلالات سر درد به صورت اولیه یا ثانویه طبقه بندی می شوند سر درد های اولیه پاتولوژی خاصی ندارند مانند میگرن، سر درد تنشنی و سر درد خوشه ای. اختلالات سر درد ثانویه ناشی از پاتولوژی زمینه ای مانند عفونتها، بدخیمی، عروقی و یا دارویی می باشند.

علائم شایع:

سر درد میگرنی: اغلب یک طرفه، ضرباندار با مدت زمان ۴ الی ۷۲ ساعت با شدت متوسط تا شدید با علایم همراه تهوع، استفراغ، فوتوفوبی و یا فونوفوبی که با بیمار تمایل دارد در اتاق تاریک و ساکت استراحت نماید.



سردرد تنشنی: سردرد دوطرفه فشارنده کم و زیاد شونده، به مدت ۳۰ دقیقه تا ۷ روز تداوم می یابد بیمار ممکن است فعال بماند یا نیاز به استراحت داشته باشد.

سردرد کلاستر: همیشه یک طرفه است. معمولاً از ناحیه چشم یا شقیقه آغاز می شود. درد با ماهیت عمقی و خنجری که طی چند دقیقه افزایش می یابد و مدت زمان ۱۵ دقیقه تا ۳ ساعت تداوم می یابد. فعالیت بیمار مختل نمی شود. علائم همراه شامل اشک ریزش، قرمزی چشم، گرفتگی بینی، آبریزش بینی، رنگ پریدگی، تعریق، سندرم هورنر، بی قراری، علائم نورولوژیک موضعی می باشد.

سردرد های ثانویه (SNNOOP10):

علائم سیستمیک مانند تب، سابقه نئوپلاسم، علائم نورولوژیک مانند کاهش سطح هوشیاری، حمله ناگهانی، سن بالای ۵۰ سال، تغییر الگوی سردرد، سردرد پوزیشنال، تشدید سردرد با عطسه، سرفه یا ورزش، ادم پای، سردرد پیشرونده، تظاهرات آتیبیکال، سردرد در بارداری، چشم دردناک با تظاهرات اتونومیک، سردرد پس از تروما، وجود اختلال ایمنی مانند ایدز، مصرف بیش از حد ضد دردها



روش تشخیص موارد اورژانسی سردرد با رد کردن موارد ذیل:

۱. مسمومیت با مونواکسید کربن (CO)
 ۲. ساب آراکنوئید هموراژ (SAH) در موارد سردرد شدید صاعقه آسا با سی تی اسکن سر بدون کنتراست
 ۳. سردرد با تب و علایم مننژیسموس و سایر اقدامات بعدی جهت تشخیص مننژیت و آنسفالیت
 ۴. سردرد های نئوپلاستیک با انجام MRI و ترجیحا با کنتراست
 ۵. سردرد ناشی از فشارخون بدخیم با چک علایم حیاتی و بررسی آسیب ارگانهای انتهایی
- با رد کردن موارد اورژانسی، به عنوان یکی از انواع سردردهای اولیه درمان شود .

علائم خطر (Red flags):

- اولین بروز حمله سردرد در سن بالای ۵۰ سال،
- حمله سردرد شدید برق آسای ناگهانی
- بروز علایم جدید نسبت به سردرد های قبلی
- وجود علایم سیستمیک مانند کاهش وزن یا تب و لرز
- وجود علایم نورولوژیک مانند دوبینی، ضعف اندام، وزوز گوش نبض دار
- وجود بیماری های سیستمیک که بیانگر سردرد ثانویه باشند مانند ایدز و سرطان



سردرد هایی که با مانور های افزایش یا کاهش فشار داخل جمجمه ای همراه باشند مانند سردرد های ارتواستاتیک، سردرد های ایجاد شده با مانور والسالوا

درمان:

حمله حاد سردردهای میگرن: استامینوفن، NSAIDS (ایبوپروفن، ناپروکسن، کتورولاک...)، ترکیبات ارگوت مانند ارگوتامین سی (دو قرص ابتدای حمله و سپس هر ۳۰ دقیقه حداکثر تا ۶ قرص در یک حمله داده می شود ولی در بیماران قلبی عروقی و فشارخون بالا و زنان باردار ممنوع می باشد)، ترکیبات تریپتان مانند سوماتریپتان (۲۵ تا ۱۰۰ میلی گرم در ابتدای حمله هر دو ساعت و حداکثر تا ۲۰۰ میلی گرم در روز داده شود ولی در بیماران قلبی عروقی و فشارخون بالا و زنان باردار (به جز ۳ ماه اول) ممنوع می باشد) و در صورت تهوع و استفراغ متوکلوپرامید یا پرومتازین.

درمان پروفیلاکسی میگرن (در صورت حمله سردرد بیش از ۴ بار در ماه): بتابلاکرها مانند پروپرانولول، TCA مانند نورتریپتیلین، ضد تشنج مانند گاباپنتین حمله حاد سردرد تنشی: استامینوفن، NSAIDS (ایبوپروفن، ناپروکسن، کتورولاک...)

درمان پروفیلاکسی سردرد تنشی (در صورت مصرف زیاد آنالژزیک و یا تکرار زیاد حملات): TCA (آمی تریپتیلین، نورتریپتیلین)

درمان حمله حاد سردرد کلاستر: اکسیژن ۱۰۰ درصد، ترکیبات ارگوت و تریپتان ها

درمان پروفیلاکسی سردرد کلاستر: وراپامیل، سدیم والپروات،
گلوکوکورتیکوئید

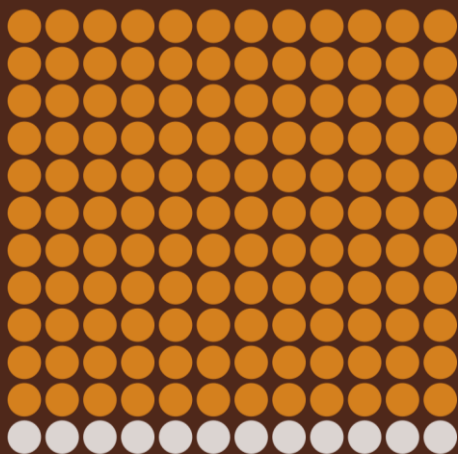
منبع :

۱. <https://www.uptodate.com>



۱۴

سوختگی





سوختگی

تعریف :

سوختگی آسیب بافتی ناشی از مایعات داغ، خورشید، شعله های آتش، مواد شیمیایی، الکتریسیته، بخار و عوامل دیگر است. سوختگی های عمده (major) نیاز به کمک فوری پزشکی دارند. سوختگی های جزئی (minor) معمولاً با کمک های اولیه قابل درمان هستند.

شدت و عمق سوختگی به سن مصدوم، ناحیه آسیب دیده و وسعت آسیب بستگی دارد. آسیب سوختگی می تواند باعث اختلال در عملکرد غشا سلولی، تغییرات هورمونی، تغییرات همودینامیک و اختلال خونی شود. اختلال آب و الکترولیت می تواند منجر به شوک ناشی از سوختگی شود.



نمای بالینی:

اندازه سوختگی: تعیین کننده حجم مایعاتی است که باید به مصدوم داده شود و نیز تصمیم گیری جهت ارجاع به بیمارستان می باشد. وسعت سوختگی بصورت درصدی از TSBA (Total Body Surface Area) بیان می شود. قانون ۹ (Rule of 9) یک روش ساده و دم دستی برای تخمین وسعت سوختگی است.

سر ۹٪، دست ها هر کدام ۹٪، قفسه سینه و شکم جلو ۱۸٪ و پشت ۱۸٪، پاها هر کدام ۱۸٪ و ناحیه تناسلی ۱٪
این قانون برای کودکان کاربرد ندارد.

عمق سوختگی :

یک روش قدیمی بصورت سوختگی درجه یک تا چهار بود اما اکنون بصورت عناوین زیر بیان می شود:

سطحی (superficial): فقط درگیری اپیدرم مثل آفتاب سوختگی، پوست سرخ و دردناک و حساس می شود و تاول ندارد. معمولاً طی ۷ روز بدون باقی گذاشتن اسکار بهبود می یابد.

ضخامت نسبی (partial -thickness): سوختگی به لایه درم می رسد و خود به دو گروه تقسیم می شود:

سطحی (superficial): اپیدرم و لایه سطحی درم (لایه پاپیلاری) درگیر می شود اما لایه های عمقی تر و مو و غدد عرق و سباسه سالم است. بیشتر در اثر آب داغ و سوختن با اجسام داغ ایجاد می شود. تاول وجود دارد و ناحیه آسیب دیده قرمز و مرطوب است. تماس با ناحیه آسیب دیده درد زیادی

ایجاد می‌کند. ترمیم پوست دو تا سه هفته طول می‌کشد و اسکار در حد ناچیز باقی می‌ماند.

عمقی (deep): آسیب به لایه عمقی تر درم (لایه رتیکولر) می‌رسد و فولیکول مو، غدد سباسه و عرق آسیب می‌بینند. روغن داغ، بخار و شعله آتش از علل شایع این نوع سوختگی هستند. پوست تاول زده و ناحیه درم به رنگ صورتی مایل به سفید یا زردرنگ می‌شود. پر شدگی مجدد (capillary refilling) مختل و احساس درد ندارد. سه هفته تا دو ماه طول می‌کشد تا بهبودی حاصل شود و معمولاً اسکار می‌گذارد. گاهی به دبیردمان جراحی و گرافت پوستی نیاز است.

ضخامت کامل (full-thickness): کل لایه‌های پوست می‌سوزد. معمولاً در اثر تماس طولانی تر با روغن داغ، بخار آب، شعله آتش و اشیاء داغ بوجود می‌آید. پوست pale و بی‌رنگ شده و چرمی شکل می‌شود و احساس درد وجود ندارد.

موارد نیازمند به ارجاع به بیمارستان:

- ❖ سوختگی با ضخامت نسبی با وسعت بیش از ۱۰٪
- ❖ سوختگی با ضخامت کامل در هر سن
- ❖ سوختگی در ناحیه صورت، دست‌ها و پاها، ناحیه ژنیتال و پرینه، سوختگی مفاصل بزرگ
- ❖ سوختگی الکتریکی و صاعقه، سوختگی شیمیایی، سوختگی تنفسی
- ❖ سوختگی در افراد دارای بیماری زمینه‌ای جدی
- ❖ سوختگی همراه با تروما مثل شکستگی



درمان:

اقدامات پیش بیمارستانی:

- ❖ متوقف کردن سوختگی و خارج کردن مصدوم با رعایت اصول ABC
- ❖ در صورت نیاز باز کردن راه های هوایی، و بی حرکت نگه داشتن گردن
- ❖ خارج کردن لباس، انگشتر، ساعت، جواهر و کمربند
- ❖ بررسی دقیق کل بدن
- ❖ تعیین محل ورود و خروج جریان برق در سوختگی های الکتریکی
- ❖ شروع مایع درمانی
- ❖ مدیریت درد
- ❖ خنک نگه داشتن بیمار (Early coolong)
- ❖ پانسمان
- ❖ پوشاندن بیمار با پارچه تمیز
- ❖ تزریق واکسن و/یا تتابولین مطابق دستورالعمل واکسیناسیون جهت پیشگیری از کزاز
- ❖ انتقال به مرکز درمانی مناسب (در صورت نیاز)
- ❖ در سوختگی بیش از ۲۰ درصد NG tube گذاشته شود.
- ❖ در سوختگی ناحیه پرینه کاتتر ادراری تعبیه شود.
- ❖ تست های آزمایشگاهی روتین: CBC، الکترولیت ها، اوره و کراتینین، قند



اصول مایع درمانی:

مشهورترین فرمول برای جایگزینی مایعات در سوختگی ها فرمول پارکلند است که به صورت زیر محاسبه می شود

حجم مایع مورد نیاز = $TBSA \times \text{وزن بدن} \times 4$ از محلول رینگر لاکتات

مثال : در یک فرد با وزن ۷۰ کیلو با ۳۰ درصد سوختگی

$$8400 = 4 \times 30 \times 70 \text{ سی سی}$$

نصف حجم طی ۸ ساعت اول و مابقی طی ۱۶ ساعت بعدی تزریق شود. فقط درصد مناطقی که سوختگی با ضخامت نسبی و کامل دارند را محاسبه کنید.

فرمول های موجود برای محاسبه مایع درمانی فقط یک راهنمای کلی در ابتدا بوده و میزان سرم تزریقی باید با لحاظ وضعیت قلبی عروقی و برونده ادراری مرتبا تنظیم گردد. این امر به ویژه در مورد بیماران قلبی یا ریوی باید با دقت بیشتری بسیار اهمیت دارد.

نیاز به مایع در بیماران مولتیپل تروما و سوختگی تنفسی بیشتر است. وضعیت همودینامیک مصدوم و نیز کفایت مایع درمانی را با اندازه گیری فشارخون، تعداد نبض، پرشدگی مجدد مویرگی، وضعیت هوشیاری و برونده ادراری بررسی کنید.

توجه کنید که با توجه به آزاد سازی کاتکولامین ها در سوختگی نبض تا ۱۲۰ در دقیقه می تواند طبیعی باشد.

رگ را از ناحیه ای که سوخته نیست بگیرید.



مدیریت درد:

استامینوفن یا NSAIDs تنها یا همراه با کدئین در موارد درد کم تا متوسط و سوختگی های مینور تزریق وریدی اوپیوئید مثل مورفین در موارد درد شدید بالا نگه داشتن عضو می تواند به کاهش درد کمک کند. در صورت نیاز از ضداضطراب هایی مثل بنزودیازپین ها می توان استفاده کرد.

اصول پانسمان:

ابتدا زخم را شسته و تمیز و در صورت نیاز دبرید کنید. در صورتی که تصمیم به انتقال بیمار به یک مرکز سوختگی یا بیمارستان دارید از پانسمان خشک غیر چسبنده (dry non-stick dressing) استفاده کنید و روی نواحی سوخته آنتی بیوتیک موضعی نمالید چون برای ارزیابی مجدد نیاز به پاک کردن مواد مالیده شده است که هم زمان می برد و هم پاک کردن آن برای بیمار دردناک است. برای پانسمان در لایه اول از گاز وازلینه یا گاز مرطوب استفاده کنید. سپس روی آن گاز خشک بگذارید و در صورت نیاز بانداژ کنید. پانسمان انگشتان را جدا جدا انجام دهید تا از زخم دست ها به یکدیگر نچسبد. بسیاری از سوختگی های سطحی نیاز به پانسمان ندارند مگر اینکه نگران تماس مکرر ناحیه سوخته به اطراف یا عفونت باشید.

بر اساس سرعت کثیف شدن پانسمان ناشی از ترشحات پانسمان باید هر روز تا هر چند روز تعویض شود. در هر بار تعویض ابتدا ناحیه سوخته به آرامی با آب و صابون شستشو و پاک سازی شده و بافت نکروزه دبرید شود و سپس آنتی بیوتیک موضعی مجدد مالیده و پانسمان انجام شود.

پماد سیلورسولفادیازین آنتی بیوتیک موضعی است که برای سوختگی‌های درجه دو و بیشتر استفاده می شود. روزی دوبار باید استفاده شود. مصرف این پماد در بارداری و شیردهی ممنوع است.

پماد مافناید برای سوختگی با ضخامت نسبی و کامل قابل استفاده است. انتخاب خوبی برای سوختگی گوش و بینی است. قابلیت نفوذ زیادی دارد. اما استفاده طولانی مدت یا برای سوختگی با وسعت بیش از ۴۰ درصد آن توصیه نمی شود. در نارسایی حاد کلیوی نباید استفاده شود.

پماد موپیروسین برای سوختگی‌های با سایز کوچک و متوسط قابل استفاده است. می تواند جانشین مناسبی در موارد حساسیت به سیلورسولفادیازین باشد. برای گوش، صورت، بینی و ناحیه پرینه قابل استفاده است.

درمان سوختگی‌های جزئی (Minor Burn):

اغلب سوختگی‌ها جزو سوختگی‌های مینور دسته بندی می شوند و می توان آن را بصورت سرپایی درمان کرد. سوختگی‌هایی که معیارهای زیر را داشته باشد سوختگی مینور هست:

❖ سوختگی با ضخامت نسبی کمتر از ۱۰٪ TBSA در افراد ۱۰ تا ۵۰ سال.



- ❖ سوختگی با ضخامت نسبی کمتر از ۵٪ TBSA در افراد زیر ۱۰ سال و بالای ۵۰ سال.
- ❖ سوختگی با ضخامت کامل زیر ۲٪ TBSA.
- ❖ آسیب ایزوله و منفرد (با سوختگی تنفسی یا الکتریکی همراه نباشد).
- ❖ صورت، دست ها، ناحیه پرینه و ژنیتال درگیر نشود.
- ❖ از مفاصل بزرگ عبور نکند.
- ❖ دورتا دور عضو درگیر نکند.

معمولا یک سوختگی نسبی مجزا (partial isolated) را نیز می توان سرپایی درمان کرد.

سوختگی یا نسبی سطحی انگشتان و دست اگر کاملاً دور تا دور را نگرفته باشد را هم می توان سرپایی درمان کرد.

شستشوی ناحیه سوخته با آب لوله کشی خنک به کاهش درد کمک می کند. اما نباید بیش از ۵ دقیقه طول بکشد.

همچنین می توانید از گاز خیس شده با آب یا حوله خیس (به مدت حداکثر ۳۰ دقیقه) استفاده کنید.

از یخ یا آب یخ استفاده نشود چون موجب افزایش درد و عمق سوختگی می شود.

برای شستشو و تمیز کردن زخم بهترین کار استفاده از آب معمولی لوله کشی شده (tap water) و صابون بصورت روزانه می باشد. از محلول کلرهگزیدین بدون الکل هم می توان استفاده کرد.

از بتادین استفاده نکنید.

پوست نکروزه یا کنده شده و تاول پاره شده باید دبرید شود. چون باقیمانده پوست نکروتیک احتمال عفونت را افزایش می دهد.

در حالت کلی سوراخ کردن یا پاره کردن تاول سالم توصیه نمی شود و تنها باید تاول پاره شده را دبرید کرد. اما تاول های بزرگ یا روی مفصل باید تخلیه و دبرید شود.

اغلب موارد سوختگی سطحی یا ضخامت نسبی سطحی (superficial partial-thickness) نیاز به آنتی بیوتیک موضعی نیست و تنها کرم مرطوب کننده مثل وازلین، اوسرین و پمادهای سوختگی معمولی مثل، Burn، آلفا و ... کفایت می کند.

به پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک سیستمی برای پیشگیری از عفونت نیاز نیست.

سوختگی تنفسی (Inhalation Injury):

استنشاق دود در فضای آتش گرفته و گرمای زیاد و موارد سمی آزاد شده سبب آسیب به راه های تنفسی و ریه می شود. ذرات ریز کمتر از ۵ میکرون به بروشیول ها رسیده و واکنش های التهابی تولید می کنند و در نهایت منجر به برونکواسپاسم و ادم راه هوایی می شود. ادم راههای هوایی پایین تر و ظرف ۲۴ ساعت اتفاق می افتد اما ادم راه های بالاتر سریعتر باشد. نیمی از موارد منجر به ARDS می شود.

مشاهده صورت سوخته، سوختن موی بینی، وجود دوده در حفره دهان و بینی، خشونت صدا، خلط دودی و سمع ویز ریوی شک به آسیب تنفسی را افزایش می دهد.

به محض شک به آسیب تنفسی درمان باید شروع شود:

حفظ مسیر راه هوایی و در صورت نیاز انتوباسیون

اکسیژن مرطوب ۱۰۰٪ با ماسک صورت با حجم جاری ۷ لیتر/دقیقه

آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک

تجویز کورتون

مایع درمانی با مانیتورینگ دقیق جهت جلوگیری از ادم ریوی

در صورت امکان گرافی قفسه سینه گرفته شود هرچند در مراحل اول میتواند طبیعی باشد.

پیشگیری علیه کزاز در موارد سوختگی:

زخم ناشی از سوختگی طبق راهنمای ایمنی سازی کشوری جزو زخم های کثیف طبقه بندی می شود لذا:

❖ اگر فردی سه نوبت یا بیشتر واکسن کزاز دریافت کرده و از آخرین

واکسن او کمتر از ۵ سال گذشته نیاز به واکسن یا تتابولین ندارد.

❖ اگر فردی سه نوبت یا بیشتر واکسن کزاز دریافت کرده و از آخرین

واکسن او بیشتر از ۵ سال گذشته نیاز به یک دوز واکسن داشته اما

تتابولین لازم نیست.

❖ اگر فردی واکسیناسیون نامشخص دارد یا کمتر از سه نوبت واکسن

دریافت کرده هم واکسن کزاز و هم تتابولین دریافت کند.



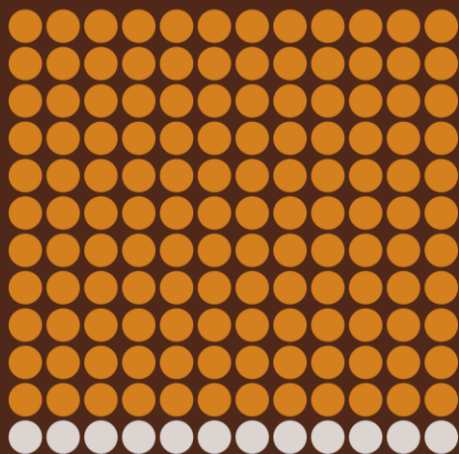
منبع :

۱. <https://www.uptodate.com>
۲. Thntinallis Emergency Medicine
۳. راهنمای واکسیناسیون کشوری مصوب ۱۳۹۴



۱۵

شوڪ هيپووليك





شوگ هیپوولمیک

تعریف :

تخلیه حجم داخل عروقی در اثر از دست رفتن سدیم و آب از گوارش (تهوع، اسهال، خونریزی) یا علل کلیوی (مصرف بیش از حد دیورتیک، دیورز اسموتیک و نفروپاتی ها) یا دفع از طریق پوست (تعریق، سوختگی) یا انحراف مایعات به فضای سوم (در انسداد روده، شکستگی، پانکراتیت حاد و آسیب های ناشی از حوادث)

علائم شایع:

هیپوولمی خفیف (کمتر از ۲۰٪ حجم خون از دست رفته):
سردی انتهاها، کند شدن capillary filling، تعریق، سستی، خستگی و تشنگی، خشکی پوست و مخاط



هیپوولمی متوسط (۲۰ تا ۴۰٪ حجم خون از دست رفته):
 تاکیکاردی، تاکی پنه، کاهش فشار خون وضعیتی*، کم شدن ادرار،
 اضطراب، کرامپ عضلانی، کاهش تورگور پوستی

هیپوولمی شدید (بیش از ۴۰ درصد حجم خون از دست رفته):
 افت فشار خون، نبض ضعیف، تاکیکاردی شدید، کلاپس قلبی عروقی،
 confusion، تشنج، کوما
 بخشی از این علائم ناشی از کم شدن حجم مایعات داخل عروقی و بخشی
 دیگر در اثر تغییر الکترولیت ها می باشد.
 یون های سدیم و پتاسیم ممکن هست کاهش یا افزایش پیدا کند.

*تعریف کاهش فشار خون وضعیتی:
 کاهش بیش از ۲۰ م م فشار سیستولیک یا بیش از ۱۰ م م فشار دیاستولیک
 در حالت ایستاده نسبت به حالت خوابیده یا نشسته

روش تشخیص:

در اغلب موارد از طریق شرح حال و معاینه و اندازه گیری علائم حیاتی
 بدست می آید.
 برخی از علائم ناشی از علت بیماری است مثل استفراغ، اسهال، پرادراری،
 سوختگی شدید



یافته‌های آزمایشگاهی :

افزایش نسبت $BUN/Cr > ۲۰$ نشانه از دست رفتن مایعات هست
(prerenal azotemia)

کاهش غلظت سدیم ادرار کمتر از ۲۰ میلی اکی والان /لیتر

علائم خطر (Red flags):

درد شکمی، درد قفسه سینه، لتارژی، کنفوزیون، تشنج، کوما

درمان:

اساس درمان جبران مایعات از دست رفته است. تاخیر در جبران باعث آسیب ایسکمیک و نارسایی ارگان‌های بدن می‌شود.
۱. درمان علت زمینه‌ای:

درمان استفراغ با ضد تهوع، حذف دیورتیک، کنترل خونریزی،
پانسمان پوست جبران مایعات از دست رفته

۲. با توجه به وزن قبل و بعد از هیپوولمی، فشار خون، JVP، برونده
ادراری، غلظت سدیم ادرار، اندازه هماتوکریت (وقتی که علت
خونریزی نباشد) میتوان وضعیت همودینامیک بیمار را تعیین کرد.

شایعترین سرم‌های مورد استفاده: سرم‌های کریستالوئید مثل سالین و رینگر
است.

سایر محلول‌های مورد استفاده: آلبومین و Packed cell (در موارد
خونریزی)



تصمیم گیری در مورد سرعت و مقدار جایگزینی مایعات به شرایط بیمار، بیماریهای زمینه ای فرد، میزان مایعات از دست رفته بستگی دارد.

در موارد شوک و کاهش فشار خون شروع با یکی از سرم های کریستالوئید به میزان ۳۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن می باشد که طی ۴ ساعت به بیمار تزریق می شود. ۵۰۰ سی سی را بصورت دوز بولوس دریافت کند. سپس بسته به وضعیت بیمار (افزایش برونده ادرار، افزایش فشار خون، بهبود وضعیت هوشیاری) سرم تراپی ادامه می یابد.

در موارد هیپوولمی خفیف تر سرعت جایگزینی کمتر است.

بیمار به مدت ۸-۶ ساعت باید تحت نظر باشد.

به علائم دریافت بیش از حد (over resuscitation) هم باید توجه شود مثل ادم ریوی یا ادم پریفرال بخصوص در بیماران قلبی

سایر اقدامات:

- ❖ گرم نگه داشتن بیمار
- ❖ تجویز اکسیژن
- ❖ تزریق خون در خونریزی ها

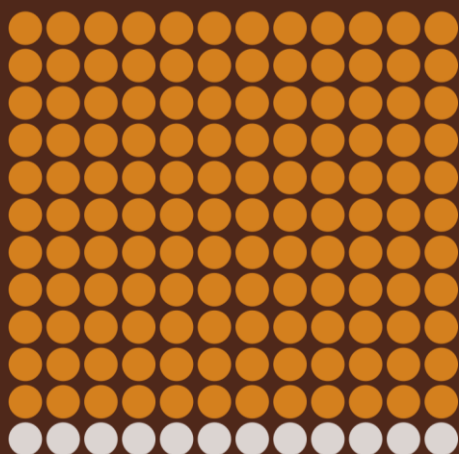
منبع:

۱. <https://www.uptodate.com>
۲. Tintinallis Emergency Medicine



۱۶

شیگلوزیس (اسهال خونی)





شیگلوزیس (اسهال خونی)

تعریف:

شیگلا از عوامل اصلی بروز دیسانتری اپیدمیک یا بومی با مرگ و میر بالا گزارش شده است و تنها علت همه گیری های اسهال خونی در ابعاد وسیع در مناطق مختلف دنیا است. بروز بیماری در شیرخواران زیر شش ماه غیرمعمول است. انسان تنها مخزن مهم باکتری است. گزارش دهی بیماری غیرفوری است (۱).

علائم شایع:

۱. دوره کمون یک تا سه روز
۲. اسهال معمولاً با تب، تهوع، گاهی توکسمی، استفراغ، کرامپ و تنسموس همراه است.
۳. تشنج ممکن است یکی از عوارض مهم در بچه ها باشد.

۴. گاهی عوارض شدید بیماری شامل مگاکولون توکسیک و سندروم اورمیک همولیتیک ایجاد می شود (۱).

روش تشخیص موارد محتمل، مظنون و قطعی:

۱. آزمایش مدفوع
۲. تست لاکتوفرین مدفوع که گلبول سفید را می سنجد و به نام لوکوتست معروف می باشد.
۳. کشت مدفوع، ارزیابی توکسین بر حسب شرایط بالینی بیمار تصمیم گیری می شود (۳)

علائم خطر (Red flags):

۱. تب بیش از ۳۸.۵
۲. اسهال آبکی حجیم همراه با کم آبی شدید بدن
۳. درد شدید شکم به خصوص در افراد بالاتر از ۵۰ سال
۴. اسهال خونی
۵. اسهال در فرد دارای آنمی همولیتیک یا نارسایی کلیه
۶. سندروم دیسانتری بیشتر از سه روز
۷. سن ۷۹ ساله و بالاتر
۸. نقص ایمنی
۹. در اپیدمی ها (۳)



درمان:

اساس درمان ارزیابی کم آبی در بیمار و اصلاح اختلالات آب و الکترولیت می باشد.

از ترکیبات ضد اسهال و کاهنده حرکات روده به شدت پرهیز باید کرد.

آنتی بیوتیکها (۱ و ۲):

۱. سفتریاکسون تزریقی به مدت دو روز با دوز ۵۰ mg/kg/day . در

شیگلوزیس سفالوسپورین خوراکی موثر نیستند.

۲. سیپروفلوکساسین خوراکی ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز به مدت ۵

روز (در افراد زیر ۱۷ سال تایید نشده است).

۳. آزیترومایسین خوراکی ۱۲ mg/kg/day روز اول و در ۴ روز بعد

۶ mg/kg/day.

۴. قرص کوتریموکسازول دو عدد هر ۱۲ ساعت برای ۵ روز.

منبع:

۱. راهنمای جامع نظام مراقبت بیماریهای واگیر طب عمومی

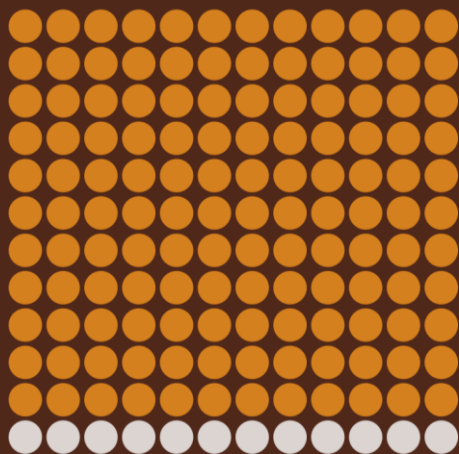
۲. طب عمومی مورتاگ

۳. رفرنس پزشکی خانواده راکل





کپیر





کهیر

تعریف بیماری:

کهیر یک بیماری شایع با ضایعات پوستی بصورت پلاک های اریتماتو و به شدت خارش دار. گاهی می تواند همراه با آنژیوادم باشد که نشانه درگیری لایه های عمقی تر پوست است. معمولا عواملی مثل غذا، داروها، گزش حشرات و عفونت شروع کننده کهیر هستند.

علائم شایع:

پلاک های اریتماتو برجسته با حاشیه مشخص و رنگ پریدگی قسمت وسط و خارش دار



روش تشخیص:

بر اساس شرح حال بالینی از غذا یا عفونت یا ... و سوابق مشابه قبلی بیمار و معاینه

علائم خطر:

وجود علائم تنفسی مثل تنگی نفس یا ویز و ... یا گوارشی بصورت اسهال و استفراغ یا افت فشار خون که باعث شک به آنافیلاکسی شود.

درمان:

آنتی هیستامین ها :

سیتیزین (۱۰ میلی یکبار روزانه)

لوراتادین (۱۰ میلی یک تا دو بار در روز)

فکسوفنادین ۱۸۰ میلی گرم روزانه

هیدروکسی زین ۲۵ میلی هر شش ساعت

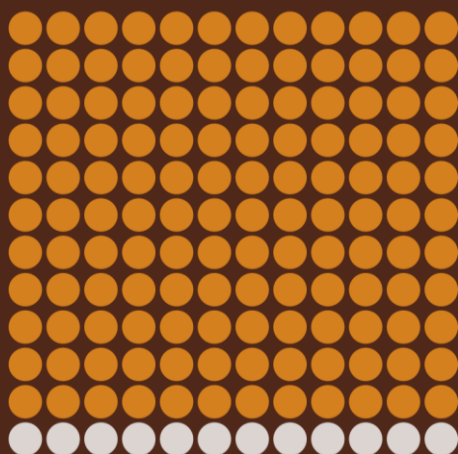
منبع :

۱.





کووید ۱۹





کووید ۱۹

تعریف بیماری: کووید ۱۹ یک بیماری تنفسی حاد بدنبال ویروس نوپدید کرونا در کل جهان بوده که میتواند بی علامت، یا دارای علائم خفیف، متوسط یا شدید و همراه با درگیری چند ارگان باشد .

علائم شایع:

مرحله بدون علامت :
مرحله خفیف بیماری: بیمار علائم خفیف دستگاه تنفس فوقانی بدون درگیری پارانشیم ریه، گوارشی، تب،
ضعف، خستگی، از دست دادن حس بویایی/چشایی، ... دارد. علائم حیاتی با ثبات است

مرحله متوسط بیماری: تنگی نفس، تاکی پنه، افت سطح اشباع اکسیژن بصورت مداوم، افت سطح هشیاری، افت فشار خون، تداوم درد ودهیدراتاسیون

مرحله شدید بیماری: $RR \geq 30$ ، $SpO_2 < 90\%$ ، درگیری ریوی بیشتر از ۵۰٪

مرحله بسیار شدید بیماری: بروز علائم نارسایی تنفسی علیرغم اکسیژن درمانی غیر تهاجمی، بروز علائم شوک سپتیک، نارسایی چند ارگانی

روش تشخیص:

شرح حال و معاینه

آزمایش تشخیصی بیماری: تست RT-PCR یا Rapid test

سایر آزمایش ها: بر اساس شرایط بالینی و زمینه ای بیمار از جمله CBC, CRP, SGOT, SGPT, ALP, BUN/Cr, Ferritine, D-dimer, CPK, LDH, Ca, P, BS, ECG توصیه میشود. ترجیحا CRP کمی باشد. به لنفوپنی توجه شود.

اقدامات تصویر برداری: scan ریه

علائم خطر ($RR \geq 30$, Red flags): $SpO_2 < 90\%$ ، درگیری ریوی بیشتر از ۵۰٪ و داشتن بیماریهای زمینه ای جدی

درمان:

مدیریت مرحله خفیف بیماری

به انجام آزمایشات و تصویر برداری: نیازی نیست و نباید انجام شود

اقدامات مراقبتی- درمانی: عمدتاً در این مرحله درمانها علامتی می باشند. بر حسب شکایت بیماران اقدامات مراقبتی و درمان دارویی جهت کاهش علائم بیمار نظیر تب، بدن درد، سرفه، گلودرد، تهوع، استفراغ، اسهال، سرگیجه و... توصیه می شود. اصلاح وضعیت تغذیه ای بیمار، توصیه های غذایی مناسب و کاهش باورهای غلط تغذیه ای اهمیت بسیاری دارد.

نیاز به تجویز آنتی بیوتیک و کورتون نیست.

برای کاهش تب و درد می توان از استامینوفن ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت یا ناپروکسن ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ تا ۱۲ ساعت استفاده کرد.

برای سرفه از دیفن هیدرامین یا دکسترومتورفان ۱۵-۱۰ میلی لیتر هر ۶ ساعت استفاده شود. دیفن هیدرامین داروی مناسبی برای کاهش تهوع بوده و خاصیت خواب آور و آرام بخشی نیز دارد.

ترجیحاً از اندانسترون و متوکلوپرامید برای کاهش تهوع و استفراغ استفاده نشود.

دیمن هیدرینات داروی مناسب دیگر برای کاهش تهوع و استفراغ است.

نصف قرص نیم ساعت قبل از هر وعده غذا

مرحله متوسط و شدید بیماری

پس از اقدامات حمایتی اولیه سریعاً به یک مرکز مجهز تر اعزام شود

منبع:

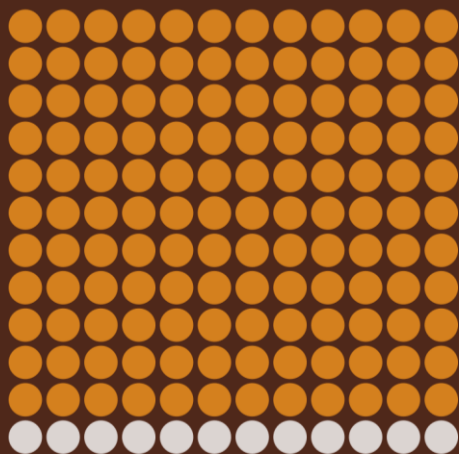
۱. نسخه یازدهم راهنمای تشخیص و درمان کووید-۱۹ دی ماه

۱۴۰۰



۱۹

گال





گال

تعریف بیماری:

گال انتشار جهانی دارد و در همه گروه های سنی دیده می شود. انگل بیماری در اپیدرم پوست اقدام به حفر تونل یا بارو می کند. انتقال بیماری از طریق تماس پوستی رخ می دهد. ایجاد آلودگی از طریق جنسی و در گروه های خانوادگی از راه غیر جنسی شایع است.

علائم شایع:

خارش بخصوص در هنگام شب و در محیط گرم
علامت پاتوگنومیک بیماری وجود بارو بصورت مستقیم یا به شکل حرف S و دارای رنگ صورتی، سفید یا تیره و مختصری برآمده است. بارو ها معمولا در روی مچ، کنار دست ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، اسکروتوم، زیر بغل و پستان ها دیده می شود.



روش تشخیص:

بر اساس وجود تظاهرات بالینی و ابتلای چند نفر در یک جمع. تشخیص قطعی با بررسی میکروسکوپی و مشاهده مایت یا تخم انگل می باشد.

درمان:

بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن، لوسیون پرمترین یا لیندان را از چانه تا انگشتان پا مالیده و پس از ۱۲-۸ ساعت شسته شود.

ملحفه تعویض شوند. لباس ها و ملحفه ها را باید با شستن در دمای ۶۰ درجه از آلودگی پاک کرد.

برای درمان علامتی خارش دار از آنتی هیستامین ها مانند سیتیزین یا هیدروکسی زین می توان استفاده کرد.

افراد آلوده و کسانی که تماس بدنی نزدیک با آنها داشته اند بدون توجه به وجود یا فقدان تظاهرات بالینی به طور همزمان درمان شوند.

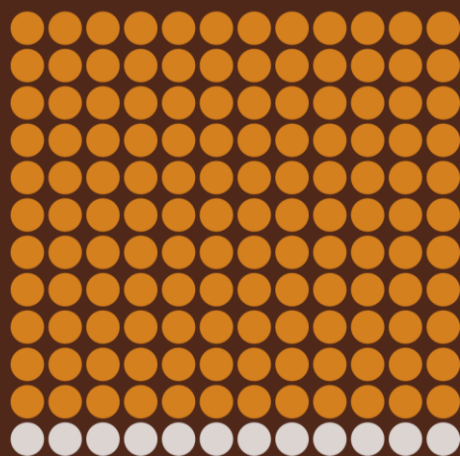
منبع:

۱. راهنمای جامع نظام مراقبت بیماری های واگیر





گرم‌زدگی





گرم‌زدگی (Heat exhaustion)

تعریف بیماری:

گرم‌زدگی (Heat exhaustion) وضعیتی است که در نتیجه قرار گرفتن در معرض دمای بالا، به ویژه هنگامی که با رطوبت بالا و فعالیت بدنی همراه باشد، به وجود آمده و در صورت عدم درمان به هنگام ممکن است به گرم‌زدگی شدید یا heatstroke بیانجامد.

علائم شایع:

- ❖ سردرد
- ❖ سرگیجه و گیجی (dizziness and confusion)
- ❖ از دست دادن اشتها
- ❖ احساس بی حالی و ضعف



- ❖ تعریق بیش از حد
- ❖ پوست رنگ پریده، سرد و مرطوب
- ❖ گرفتگی در بازوها، پاها و اسپاسم معده
- ❖ تهوع و استفراغ
- ❖ افت فشارخون وضعیتی
- ❖ تنفس سریع
- ❖ نبض تند و ضعیف
- ❖ دمای بالای ۳۸ درجه سانتیگراد
- ❖ تشنگی زیاد

روش تشخیص:

بر اساس تاریخچه و علائم بالینی است. دمای بدن معمولاً بالای ۳۸ درجه سانتیگراد است و اگر دمای مرکزی بدن به بیش از ۴۰ درجه سانتیگراد برسد باید heatstroke را در نظر داشت.

علائم خطر (Red flags):

۱. دمای مرکزی بدن (رکتالی) بالای ۴۰ درجه سانتیگراد
۲. از دست دادن هوشیاری
۳. پوست گرم، قرمز و خشک
۴. نبض تند و قوی

پیشگیری:

۱. عدم انجام فعالیت سنگین در نور مستقیم آفتاب بین ساعات ۱۲ تا ۵ عصر
۲. پوشیدن لباسهای روشن و نازک و کلاه آفتابگیر
۳. نوشیدن آب خنک فراوان به خصوص هنگام فعالیت
۴. گرفتن دوش آب سرد در صورت امکان هنگام فعالیت در مناطق گرم و مرطوب
۵. پاشیدن آب خنک روی پوست و لباسها هنگام فعالیت

درمان:

۱. اگر بیمار نیاز به CPR نداشت ولی نیاز به اعزام داشت اصل بر خنک کردن هر چه سریعتر بیمار و سپس اعزام است(اول کاهش دما بعد اعزام)
۲. در اولین فرصت ممکن لباسهای بیمار را در آورده و او را در سایه و یک محل خنک می خوابانیم پاهای بیمار را قدری بالا آورده و در صورت هوشیار بودن تا هر میزان که می خواهد آب خنک به او می دهیم.
۳. اگر دمای مرکزی بیمار زیر ۴۰ درجه بود و گرمازدگی شدید (heatstroke) رد شد حوله های خیس شده با آب یخ یا آیس پک را در نواحی گردن، کشاله ران و گودی آرنج (که غنی از عروق محیطی هستند) می گذاریم. در یک کولد باکس بزرگ تعدادی

- حوله و مقداری یخ و آب ریخته و ۶ حوله خیس شده در آن را در ۶ ناحیه بدن قرار داده و بعد از هر ۳ دقیقه حوله های روی بدن را با حوله های جدید جایگزین می کنیم .
۴. می توان روی بدن بیمار آب سرد اسپری کرده و کنار بیمار پنکه یا فن روشن کرد. ظرف نیم ساعت حال بیمار باید بهتر شود.
۵. اگر دمای رکتالی بالای ۴۰ درجه بود و شک به heatstroke داریم بیمار را در وان آب یخ با دمای ۵ تا ۱۵ درجه سانتی گراد غوطه ور کرده و وقتی دما به زیر ۳۹ درجه رسید او را اعزام می کنیم.
۶. در صورت عدم دسترسی به وان آب یخ موارد بند ۳ و ۴ را انجام میدهیم و در صورت دسترسی تنها به یخ، روی بیمار یخ ریخته و یک ملافه یا برزنت دور فرد می پیچانیم و در صورت ذوب یخ آن را جایگزین میکنیم.
۷. لرز ایجاد شده در اثر کاهش دما را با بنزودیازپین ها (لورازپام، دیازپام یا ترجیحا میدازولام IV) برطرف می کنیم.
۸. از بیمار جهت رد هیپوگلیسمی و هیپوناترمی نمونه تهیه می کنیم.
۹. مطالعات جدید اثربخشی لاواژ معده با آب سرد و همچنین دریافت مایعات وریدی سرد جهت کاهش دمای بدن را خیلی موثر ندانسته است.
۱۰. دی هیدراسیون و تغییرات الکترولیتی در صورت بروز باید طبق پروتکلهای مربوطه درمان شوند.



منبع :

۱. <https://www.nhs.uk/conditions/heat-exhaustion-heatstroke>

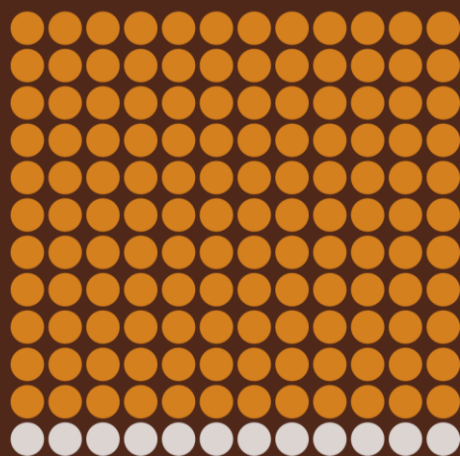
۲. <https://www.cdc.gov/disasters/extremeheat/warning.html>

۳. <https://www.uptodate.com>





لیتوسپیروزیس





لپتوسپیروزیس

تعریف بیماری:

لپتوسپیروزیس یکی از مهمترین بیماری های عفونی اسپروکتی قابل انتقال بین حیوان و انسان می باشد. عامل بیماری معمولاً از طریق حیوان آلوده دفع شده و سبب آلودگی مزارع و محیط می شود. راه انتقال بیماری به انسان از طریق تماس با آب یا خاک آلوده، خوردن غذا یا آب آلوده، تماس پوستی مخاطی، خراش های پوستی و تنفس آئروسل می باشد. دوره کمون بیماری معمولاً ۷ تا ۱۴ روز است.

علائم شایع:

۱. بدون علامت (۱۵ تا ۴۰ درصد)
۲. شکل بدون ایکتر: بیش از ۹۰ درصد موارد علامت دار به شکل بیماری خفیف و معمولاً بدون ایکتر و مننژیت است.



علائم در مراحل اول به صورت حاد با تب و لرز، سردرد، درد عضلانی، استفراغ یا اسهال شروع و تا یک هفته ادامه می یابد. سایر تظاهرات شامل راش های پوستی، اسهال، گلودرد، فتوفوبی، کونژنکتیویت (که مشخصه بیماری بوده و در روز سه یا چهار ظاهر می شود.) و درگیری ریه است. موارد بدون ایکتر هرگز کشنده نیست.

۳. شکل ایکتریک یا سندرم ویل: ده درصد موارد علامت دار را شامل شده که بیماری شدید با ایکتر و گاهی با نارسایی کبدی، کلیوی، مننژیت، خونریزی، آنمی، اختلالات هوشیاری، میوکاردیت همراه است.

روش تشخیص موارد محتمل، مظنون و قطعی:

- مورد مشکوک: موردی که با توصیف بالینی بیماری مطابقت داشته باشد.
- مورد محتمل: مورد مشکوک همراه با آزمایش مثبت بررسی آنتی بادی به روش IC، آگلوتیناسیون، IFA، ELISA، MAT با رقت یک صدم یا بیشتر
- مورد قطعی: مورد مشکوک یا محتمل با یک آزمایش مثبت به روش زیر:
۱. افزایش چهار برابر تیتراژ آنتی بادی به روش MAT بعد دو هفته
 ۲. جدا کردن لپتوسپیرا از نمونه ۳.

علائم خطر (Red flags):

آنسفالیت، مننژیت، اختلال بینایی، نوریت محیطی، فلج اعصاب مرکزی، رادیکولوپاتی، میلیت، سندرم گیلن باره، نارسایی کلیوی یا کبدی

درمان:

۱. درمان موارد خفیف :

- الف) داکسی سایکلین خوراکی دو بار در روز برای هفت روز
 ب) آمپی سیلین ۵۰۰-۷۵۰ میلی گرم خوراکی هر ۶ ساعت برای ۵-۷ روز
 ج) آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی هر ۶ ساعت برای ۵-۷ روز (۱)
 د) آزیترومایسین ۵۰۰ میلی گرم روزانه برای سه روز (۲)

۲. درمان موارد شدید :

- الف) پنسیلین G یک و نیم میلیون واحد در روز به صورت وریدی هر ۶ ساعت حداقل هفت روز.
 ب) آمپی سیلین ۵۰۰-۱۰۰۰ میلی گرم وریدی هر ۶ ساعت حداقل هفت روز
 ج) سفتریاکسون یک گرم وریدی هر ۱۲ ساعت حداقل هفت روز
 د) در صورت حساسیت به پنسیلین، اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم وریدی هر ۶ ساعت حداقل هفت روز (۱)



ه) داکسی سایکلین وریدی ۱۰۰ میلی گرم دو بار در روز برای حداقل هفت روز (۲)

منبع:

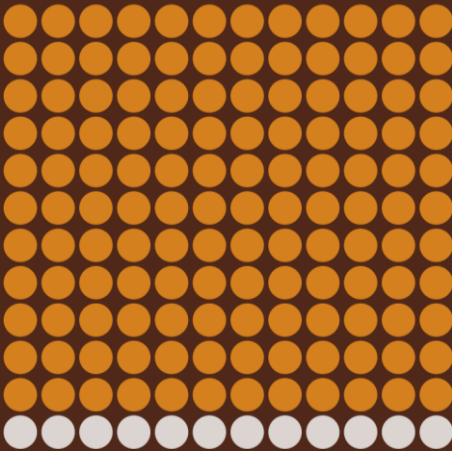
۱. بیماری های واگیر برای پزشک خانواده

۲. <https://www.uptodate.com>





منشیت





مننژیت

تعریف بیماری:

مننژیت بیماری التهابی لپتومننژ بوده و یکی از اورژانس های پزشکی است. تشخیص زود هنگام و آغاز هرچه سریعتر درمان آنتی بیوتیکی و درمان عوارض ایجاد شده حائز اهمیت است. هموفیلوس آنفلونزا تیپ b، مننگوکوک و پنوموکوک عامل ۷۵ درصد تمام موارد مننژیت باکتریال و ۹۰ درصد موارد مننژیت کودکان هستند. مننگوکوک عامل اصلی اکثر موارد همه گیری مننژیت می باشد.

علائم شایع:

علائم به صورت تب، سردرد شدید، تهوع و استفراغ و اغلب سفتی گردن ظاهر می کند. در اغلب موارد راش های جلدی پشتی شکل وجود دارد. (۱) با مثبت شدن معاینات Kernig (در حالی که بیمار به پشت خوابیده



است و هیپ بیمار در حالت فلکسیون ۹۰ درجه است، ساق بیمار را در ناحیه زانو باز میکنیم، اگر در زاویه ۱۳۵ درجه باز شدن زانو، درد در ناحیه پشت یا خلف ران ایجاد شود، تست مثبت است) و Brudzinski (بیمار را به پشت خوابانده و گردن را به قفسه سینه می چسبانیم اگر در ناحیه زانو و هیپ بیمار فلکسیون ایجاد شود، تست مثبت است.) و Jolt accentuation of headache (بیمار سر خود را به صورت افقی دو تا سه بار در ثانیه می چرخاند، اگر سردرد بیمار با این مانور تشدید شود، تست مثبت است.) به مننژیت شک می کنیم. (۲)

روش تشخیصی موارد محتمل، مظنون و قطعی:

مشکوک: هر فردی در هر سنی با تب ناگهانی بالای ۳۸/۵ و یکی از علائم سفتی گردن، کاهش سطح هوشیاری، علائم مننژیال (سردرد، استفراغ و هر نوع عارضه نورولوژیک ناگهانی)، ملاحظ برجسته (در اطفال).
محتمل: هر مورد مشکوکی که آزمایش CSF او حداقل یکی از موارد ذیل را نشان دهد:

ظاهر کدر و چرکی، افزایش گلبول سفید بیش از ۱۰۰ cells/microL، افزایش گلبول سفید ۱۰-۱۰۰ cells/microL به همراه افزایش پروتئین بیش از ۱۰۰ mg/dl یا کاهش قند به کمتر از ۴۰ mg/dl، وجود یکی از نتایج مقابل در رنگ آمیزی گرم (باسیل گرم منفی مطرح کننده هموفیلوس آنفلوآنزا، دیپلوکوک گرم منفی مطرح کننده نایسریا مننژیتیس، دیپلوکوک گرم مثبت مطرح کننده استرپتوکوک پنومونیه).



قطعی: مواردی که کشت مثبت وجود دارد یا آنتی ژن جرم پاتوژن در مایع مغزی نخاعی و یا خون فرد دارای علائم بالینی یافت شود.

علائم خطر (Red flags):

نقص ایمنی، سابقه بیماری CNS، حمله جدید تشنج، ادم پای، کاهش سطح هوشیاری، علائم نورولوژیک فوکال

درمان:

تمام موارد به محض شک باید به بیمارستان ارجاع اورژانسی شوند (۱) و بعد از گرفتن کشت خون و LP (در صورت عدم کتراندیکاسیون) اولین دوز آنتی بیوتیک تجربی* و دگزامتازون تجویز شود (۲).

*ampicillin 2gr/IV q4 (بالای ۵۰ سال) + ceftriaxone 2g/IV q12h:

منبع:

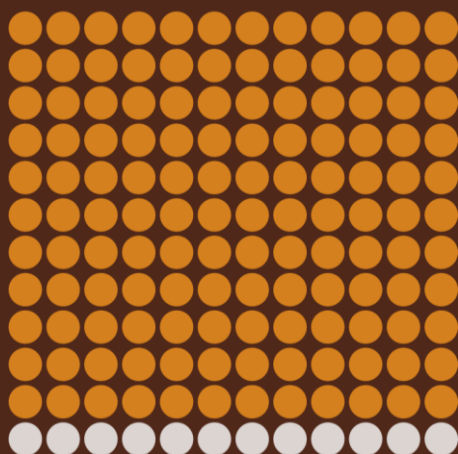
۱. راهنمای جامع نظام مراقبت بیماریهای واگیر برای پزشک خانواده

۲. <https://www.uptodate.com>





هیپوگلیسمی





هیپو گلیسمی

تعریف بیماری:

هیپوگلیسمی به طور شایع در افراد دیابتی که دارو مصرف می کنند مشاهده می گردد. طبق آخرین تعریف انجمن دیابت برای سطح قند خون در هیپوگلیسمی آستانه خاصی در نظر گرفته نشده و هر ایزودی از کاهش قند خون غیرطبیعی (چه با علامت چه بدون علامت) که فرد را در معرض صدمه قرار دهد هیپوگلیسمی خوانده می شود. اما قند خون کوچکتر یا مساوی ۷۰ mg/dl به عنوان آستانه هشدار هیپوگلیسمی در نظر گرفته شده است.

علائم شایع:

نشانه ها به دو گروه عمده اتونومیک و نوروگلیکوپنیک تقسیم می شوند.

نشانه های اتونومیک:

❖ تپش قلب



- ❖ تعریق
- ❖ اضطراب
- ❖ گرسنگی
- ❖ تهوع
- ❖ گرگز (Tingling)

نشانه های نورو گلیکوپنیک:

- ❖ کاهش تمرکز
- ❖ گیجی
- ❖ ضعف
- ❖ خواب آلودگی
- ❖ اختلال بینایی
- ❖ اختلال در تکلم

❖ سردرد/ سرگیجه - سیاهی رفتن چشم ها

نشانه های نورو گلیکوپنیک بیشتر در افراد مسن تر دیده می شوند.

انواع هیپوگلیسمی بر اساس شدت :

هیپوگلیسمی خفیف (mild): تنها علائم اتونومیک وجود دارند، بیمار قادر به انجام خود درمانی است.

هیپوگلیسمی متوسط (moderate): علائم اتونومیک و نوروگلیکوپنیک وجود دارند، بیمار قادر به انجام خود درمانی است.



هیپوگلیسمی شدید (severe): بیمار نیازمند دریافت کمک از فرد دیگری است. ممکن است بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری شده باشد.

درمان:

- هیپوگلیسمی خفیف (mild): بیمار هوشیار، آگاه و قادر به بلع است.
۱. ۱۵ تا ۲۰ گرم کربوهیدرات سریع‌الاث‌ر (۳ تا ۴ حبه قند) به بیمار بدهید. پس از ۱۵ دقیقه قند خون بیمار را پایش کنید. اگر همچنان کمتر از ۷۰ mg/dl بود این چرخه را ۳ بار تکرار کنید.
۲. در صورت ۳ بار عدم پاسخ، گلوکز هیپرتونیک وریدی یا ۱ میلی‌گرم گلوکاگون عضلانی یا زیرجلدی برای بیمار تجویز کنید.
۳. در حال حاضر بایستی قند خون بیمار بالاتر از ۷۰ mg/dl باشد. ۲۰ گرم کربوهیدرات طولانی‌ا‌ثر به او بدهید (بیمار میتواند ۲ عدد بیسکویت یا یک برش نان یا در صورت تمایل وعده غذایی بعدی را میل کند) در صورت تزریق گلوکاگون عضلانی یا زیرجلدی، ۴۰ گرم کربوهیدرات طولانی‌ا‌ثر به بیمار بدهید تا جایگزین ذخایر گلوکاگون شود.

هیپوگلیسمی متوسط (moderate): بیمار هوشیار اما گیج، ناآگاه یا پرخاشگر است و همچنان قادر به بلع است.

۱. اگر بیمار همکاری لازم را دارد، ۱۵ تا ۲۰ گرم کربوهیدرات سریع الاثر به او بدهید. پس از ۱۵ دقیقه قند خون بیمار را پایش کنید
۲. اگر بیمار همکاری ندارد ۱ میلی گرم گلوکاگون عضلانی برای بیمار تجویز کنید.
۳. پس از ۱۵ دقیقه قند خون بیمار را پایش کنید، اگر همچنان کمتر از $mg/dl 70$ بود، ۱۵ تا ۲۰ گرم کربوهیدرات سریع الاثر به او بدهید. قند خون را هر ۱۵ دقیقه پایش کنید. اگر همچنان کمتر از $mg/dl 70$ بود از این چرخه را ۳ بار تکرار کنید.
۴. در صورت ۳ بار عدم پاسخ، گلوکز وریدی برای بیمار تجویز کنید.

هیپوگلیسمی شدید (severe): بیمار هوشیار نیست، بسیار پرخاشگر بوده یا دهانش قفل شده است.

۱. علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.
۲. تزریق انسولین را قطع کنید.
۳. در صورت دسترسی ۱ میلیگرم گلوکاگون عضلانی یا زیر جلدی به وی تزریق کنید
۴. یک ویال گلوکز هیپرتونیک وریدی تزریق کرده و این فرایند را ۳ بار تکرار کنید.
۵. فوراً اقدامات ارجاع به بیمارستان را انجام دهید

۶. قند خون بیمار را پس از ۱۵ دقیقه پایش کنید، بایستی بالاتر از ۷۰ mg/dl باشد. درمان را بر اساس اصول مراحل قبلی ادامه دهید. در صورت قفل شدن دهان، گلوکز ۱۰٪ را به صورت ۱۰۰ ml/hr وریدی تجویز نمایید تا زمانی که این مشکل برطرف شود و بیمار به بیمارستان برسد.

در درمان هیپوگلیسمی بیمار دیابتی در هر سطح از شدت هرگز دوزهای بعدی انسولین را حذف نکنید، پایش منظم قند خون بیمار را به مدت ۲۴ تا ۴۷ ساعت ادامه دهید. اصول پیشگیری و درمان هیپوگلیسمی را به بیمار آموزش دهید.

پیشگیری:

تنظیم قند خون به هنگام پیاده روی طولانی در دیابت نوع یک: قبل از پیاده روی:

❖ قند خون مناسب قبل از یک پیاده روی متوسط ۱۲۰ تا ۱۸۰ mg/dl است.

❖ اگر قند خون زیر ۱۲۰ باشد ۱۵ گرم کربوهیدرات باید مصرف شود.

❖ اگر قند خون بالای ۲۵۰ باشد و کتون مثبت باشد فعالیت بدنی زیاد ممنوع است.

❖ اگر قند خون بالای ۳۰۰ باشد با کتون منفی هم فعالیت بدنی زیاد ممنوع است.

- ❖ در پیاده روی شدید یا متوسط که زیر ۹۰ دقیقه طول می کشد و حدود یک ساعت و نیم قبل یا بعد از غذا اتفاق می افتد کاهش دوز انسولین سریع الاثر قبل از غذا باید مد نظر قرار گیرد.
- ❖ ۲۵۰ سی سی آب جهت حفظ آب بدن ۲۰ دقیقه قبل از پیاده روی طولانی باید نوشیده شود.

در حین پیاده روی:

- ❖ هر ۳۰ دقیقه قند خون چک شود.
- ❖ در طی فعالیت بدنی سنگین هر ۲۰ دقیقه ۲۵۰ سی سی آب نوشیده شود.
- ❖ اگر در طی فعالیت بدنی متوسط تا شدید قند خون به زیر ۱۰۰ رسید هر ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ۱۵ گرم کربوهیدرات مصرف شود.

بعد از پیاده روی :

- ❖ در یک فعالیت بدنی غیر معمول چک قند خون در طول شب توصیه می شود.
- ❖ استفاده از کربوهیدرات اضافه آهسته رهش جهت جلوگیری از هیپوگلیسمی شبانه توصیه می شود.

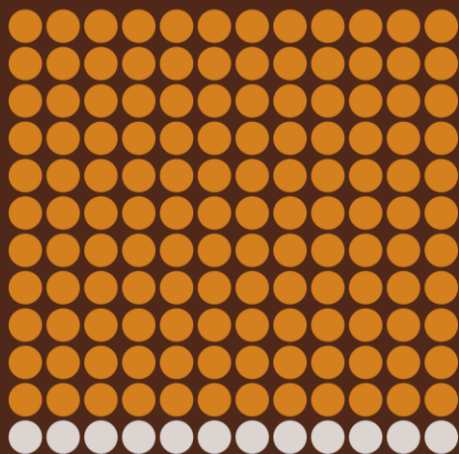
منبع:

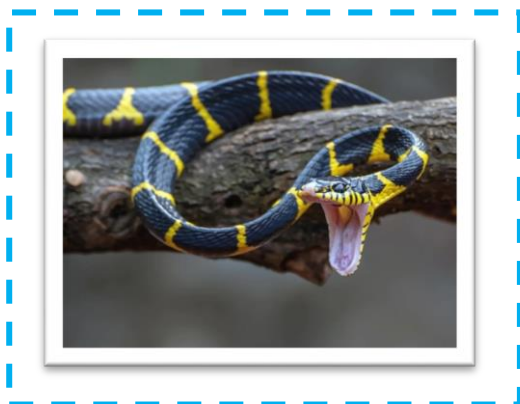
۱. <https://www.uptodate.com>
۲. راهنمای بالینی دیابت مرکز تحقیقات غدد دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. textbook of Family Medicine 9th edition- Rakle



۲۴

مار، عقرب و زنبورگزیدگی





مار، عقرب و زنبورگزیدگی

مارگزیدگی

بیش از ۳۰۰۰ نوع مار در سراسر جهان وجود دارد که ۱۵۰ تا ۱۸۰ گونه آنها سمی خطرناک هستند.

میتوان مارهای سمی را با درنظر گرفتن مشخصات زیر از مارهای غیرسمی تشخیص داد:

۱. سر مثلثی شکل در مارهای سمی، در مقایسه با سر باریک و

مدور در مارهای غیرسمی؛

۲. حفره بین چشمها در صورت و حفره بینی در افعیهای حفره دار و

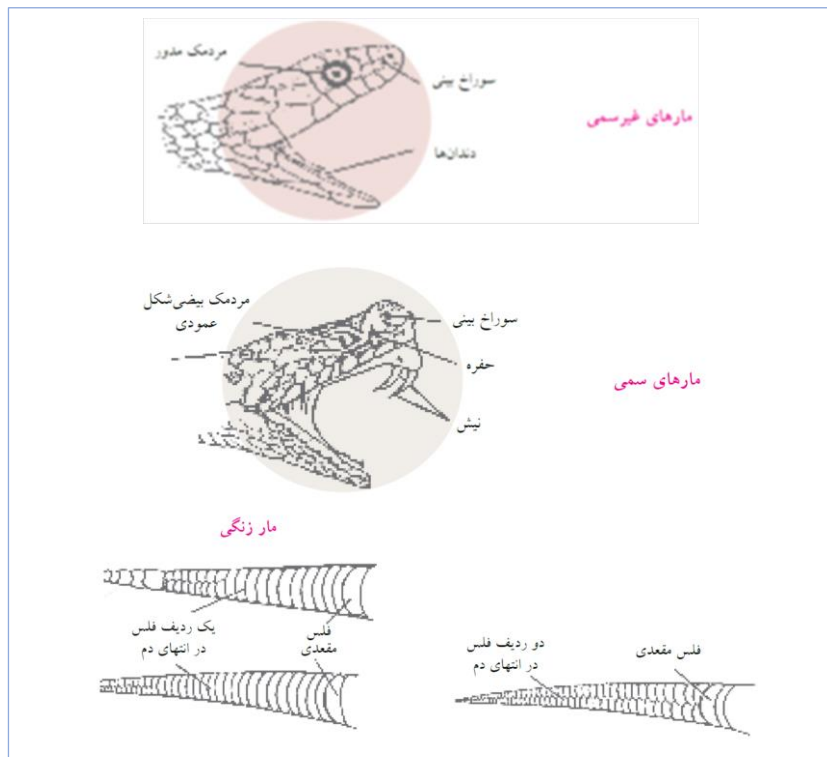
نبود این حفره ها در سایر گونه ها

۳. مردمکهای بیضی شکل عمودی (مانند گربه) در مارهای سمی، در

مقایسه با مردمک های مدور در مارهای غیرسمی (مارهای سمی از

تیره مرجان با توجه به داشتن مردمکهای مدور استشنا هستند).

۴. یک ردیف فلس در انتهای دم مارهای سمی، در مقایسه با دو یا چند ردیف فلس در انتهای دم مارهای غیرسمی
۵. دندانهای اختصاص یافته تزریق زهر در مارهای سمی، و نبود این نوع دندان ها در انواع مارهای غیرسمی.





شرح حال در برخورد با مارگزیدگی:

چه موقع فرد گزیده شده است؟ آیا درد موضعی شدیدی دارد؟

معاینه

بررسی نشانه‌های خطر

❖ درد موضعی یا تورم

❖ نکروز موضعی

❖ ادرارقهوه‌ای تیره تا سیاه رنگ

❖ مشکل در بلعیدن و صحبت کردن

❖ مشکل تنفسی

❖ افتادگی پلک و فلج عضلات

❖ خونریزی خارجی از لثه‌ها، زخم‌ها و علائم خونریزی داخلی

خصوصاً خونریزی داخل جمجمه

❖ تمایل به خونریزی: پتشی، خونریزی ازبینی، خونریزی از دستگاه

گوارش، ادرار خونی، خلط خونی) خون روشن با سرفه یا کف

آلود ازدهان)

❖ گزیدگی ناحیه سر، گردن و تنه

آزمون لخته مثبت: آزمون لخته ۱۰ دقیقه‌ای باریختن ۲ سی سی خون به

داخل لوله آزمایشی که حاوی مواد ضد انعقاد نیست و مشاهده لخته سازی

قابل انجام است. لوله آزمایش حاوی خون باید ۱۰ دقیقه کناری قرار گیرد.

اگر در طی این مدت لخته‌ای تشکیل نشد، بیمار مسمومیت با زهر دارد

(تاثیر زهر) و نیازمند ارجاع فوری است



اقدامات خطرناک و ممنوع:

- ❖ ایجاد برش، خراش یا سوراخ در محل گزیدگی
- ❖ تلاش در جهت ساکشن سم از محل گزیدگی
- ❖ سفت بستن تورنیکه به دور اندام مارگزیده
- ❖ شوک الکتریکی؛
- ❖ به کار بردن موضعی مواد شیمیایی یا گیاهی
- ❖ کمپرس سرد

اقدامات اولیه

- ❖ آرام نمودن آسیب دیده مضطرب و اطمینان دادن به او که مرگ ناشی از مارگزیدگی بسیار نادر و خیلی کمتر از زنبورگزیدگی است
- ❖ دورنمودن آسیب دیده از محل حادثه (به منظور جلوگیری از گزیدگی مجدد)
- ❖ قراردادن بیمار در وضعیت نشسته یا درازکش؛ درحالی که اندام مارگزیده در موقعیت افقی قرارگیرد
- ❖ بی حرکت نمودن اندام مارگزیده به وسیله آتل یا باند پارچ های هر گونه حرکت یا انقباض عضلانی ممکن است به افزایش ورود سم مار به جریان خون و لنف منجر شود)
- ❖ خارج ساختن تمام وسایل زینتی مانند ساعت و انگشتر
- ❖ پرهیز از هرگونه دستکاری زخم ناشی از گزیدگی (ممکن است به عفونت، افزایش جذب سم و خو نریزی موضعی منجرشود)

- ❖ شستشوی محل گزش با آب و صابون و بانداز اندام مارگزیده
- ❖ استفاده از برانکارد، در صورت نیاز به حمل مارگزیده.

طبقه بندی و اقدام درمانی:

۱. مارگزیدگی بدون مسمومیت: شرح حال مارگزیدگی بیشتر از ۶ ساعت وعدم وجود هیچیک ازعلائم مسمومیت
 - ❖ ازکمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید
 - ❖ زخم را تمیز کنید
 - ❖ وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید
 - ❖ برای ۸ تا ۱۲ ساعت بیمار را زیر نظر بگیرد و دوباره بررسی کنید
۲. مارگزیدگی با مسمومیت: شرح حال مارگزیدگی با یکی از علائم مسمومیت
 - ❖ زخم را تمیز کنید
 - ❖ روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهان زهر را مکش نکنید.
 - ❖ ازکمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید
 - ❖ اندام آسیب دیده (دست یا پا) را با آتل بی حرکت نگهدارید و در سطح پایین تر از قلب نگه دارید
 - ❖ در صورت وجود علائم نورو توکسیک، از محل انگشتان تا قسمت پروگزیمال محل گزش بانداز کنید.
 - ❖ از تورنیکه استفاده نکنید.
 - ❖ فوری به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید

عقرب گزیدگی:

عقربها برخلاف تصور عمومی موجودات مهاجمی نیستند و فقط مواقعی نیش میزنند که تحریک شوند و برایشان مزاحمتی ایجاد شود. عقربها در هربار نیش زدن حدود نیمی از محتویات غده ی سمی خود را به خارج میریزند و پس از چند بار نیش زدن مداوم، محتوای غده ی سمی فوق العاده کم می شود و مدتی طول می کشد تا دوباره سم تولید و غده ی سمی پر شود.

برخی گونه های عقرب حفار، برخی نیمه حفار و برخی غیرحفار هستند. غیرحفارها در زیر تخته سنگها، آجرها و سایر اشغالها مخفی میشوند. گونه های حفار و نیمه حفار درون شن، خاکهای سست یا ماسه لانه می سازند.

بررسی علایم خطر

- ❖ علائم شوک مانند تعریق ناگهانی یا اندام های سرد
- ❖ تنفس مشکل یا استریدور
- ❖ اختلال دید
- ❖ درد عضلانی متناوب
- ❖ محل گزیدگی یا وجودنیش

طبقه بندی و اقدام

۱. گزش شدید: وجود یکی از علایم خطر
- ❖ ازکمپرس آب سرد یا یخ برای کاهش درد و تورم موضعی استفاده کنید.

- ❖ زخم را تمیز کنید
- ❖ روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهان زهر را مکش نکنید و از تورنیکه استفاده نکنید
- ❖ به دنبال شوک آنافیلاکسی یا علائم آنافیلاکسی قریب الوقوع (مانند خارش عمومی، خشونت صدا، تورم زبان کوچک) بگردید و اقدامات زیر را به سرعت انجام دهید:
- ✓ آدرنالین عضلانی (۱:۱۰۰۰): ۲ ml
- ✓ آمپول کلرفنیرامین مالئات ۱-۲ mg عضلانی / وریدی
- ✓ هیدروکورتیزون ۵۰-۱۰۰ mg عضلانی / وریدی
- ✓ نبولایزر سالبوتامول یا اسپری آن در صورت وجود اسپاسم برونش
- ✓ فوری به بیمارستان ارجاع دهید

۲. گزش غیر شدید: واکنش (تحریک) موضعی

- ❖ زخم را تمیز کنید
- ❖ وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید.
- ❖ شربت دیفن هیدرامین تجویز کنید.
- ❖ در صورت نیاز، استامینوفن بدهید.
- ❖ بیمار را به مدت ۶ تا ۱۲ ساعت زیر نظر بگیرید. اگر علائم پیدا کرد فوری ارجاع دهید.



زنبور گزیدگی:

گونه های زنبور شامل زنبورهای عسل (معمولی و درشت) و زنبورهای وحشی (زرد، قرمز و کاغذی) است. کلنی های بزرگ زنبور ممکن است خطرات بالقوهای برای انسان به وجود آورند. تحریک این کلنی ها، به خصوص توسط کودکان، ممکن است به گزشهای متعدد منجر شود. سم زنبور باعث آسیب به بدن انسان می شود. این آسیب اکثراً محدود به ناحیه ی نزدیک گزش است، ولی گاهی نیز عوارض خطرناکی را موجب می شود که ممکن است تهدیدکننده ی حیات باشد.

موارد زیر به مراقبتهای پزشکی و ارجاع نیاز دارد:

۱. وجود یک واکنش بزرگ موضعی؛
۲. وجود علائم عفونت در محل گزش (افزایش درد، ورم، قرمزی و خروج چرک از محل و تب)؛
۳. ادامه یافتن این علائم برای بیش از ۲-۱ روز
۴. وجود شک به واکنشهای خطرناک حساسیتی که در این صورت باید به سرعت فرد را به نزدیکترین مرکز اورژانس منتقل کرد
۵. گزش در بچه ها، سالمندان یا بیمارانی که دچار یک بیماری زمینه ای دیگر هستند؛
۶. گزش در دهان یا حلق به خصوص در کودکان رخ داده باشد یا در بزرگسالان بیش از یک گزش در این نواحی رخ دهد (به علت تورم حلق و انسداد راه تنفسی)
۷. گزش به طور مستقیم کره ی چشم را درگیر کرده باشد؛

۸. فردی که قبلاً در اثر نیش زنبور واکنش حساسیتی نشان داده بود، مجدداً گزیده شود. حتی اگر در گزش فعلی علائم حساسیتی نداشته باشد، بهتر است به مرکز درمانی مراجعه نماید. زیرا ممکن است این افراد به طور ناگهانی به طرف واکنشهای حساسیتی شدید سوق پیداکنند.

کمکهای اولیه در زنبورگزیدگی برای گزشهای ساده:

- ❖ توصیه میشود، بلافاصله نیش حشره(به خصوص درباره ی زنبور عسل که معمولاً در پوست باقی می ماند) را از محل گزش بیرون آورید؛
- ❖ برای جلوگیری از عفونت باکتریایی پوست محل گزش را با آب و صابون بشویید.
- ❖ کمپرس آب سرد باعث کاهش درد، تورم و قرمزی محل گزش میشود.
- ❖ در صورت نیاز میتوان از یک آنتی هیستامین، مثل دیفن هیدرامین برای رفع خارش و از استامینوفن برای کاهش درد استفاده کرد.
- ❖ گذاشتن خمیر درست شده از جوش شیرین و آب در محل گزش ممکن است به کاهش درد کمک کند.

درمان در صورت مشاهده ی علائم شدید:

در صورت وجود واکنشهای حساسیتی دارند، مثل کهیر منتشر بدن، تنگی نفس، کاهش فشارخون، خس خس سینه، کبودی لبها(سیانوز) و... باید

آسیب دیده را هرچه سریعتر به نزدیکترین مرکز درمانی (اورژانس) منتقل کرد و اقدامات زیر را به سرعت انجام داد:

۱. آدرنالین عضلانی (۱:۱۰۰۰): ۲ ml
۲. آمپول کلرفنیرامین مالئات ۱-۲ mg عضلانی / وریدی
۳. هیدروکورتیزون ۵۰-۱۰۰ mg عضلانی / وریدی
۴. نبولایزر سالبوتامول یا اسپری آن در صورت وجود اسپاسم برونش

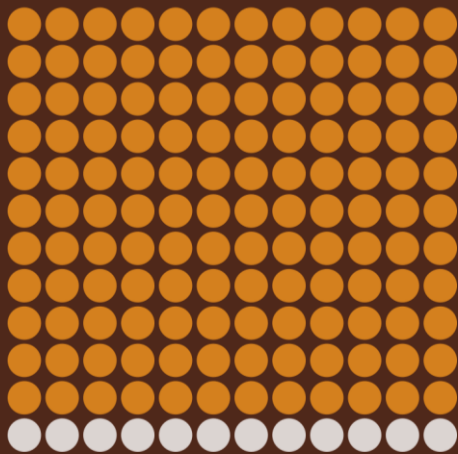
منابع:

- راهنمای کشوری پیشگیری از مارگزیدگی و درمان آن (ویژه پزشکان) شاهین شادنیا، کامبیز سلطانی نژاد، علیرضا مغیثی؛ ویرایش علمی مهدی بلالی مود؛ نظارت محمدمهدی گویا. تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۸.
- راهنمای کنترل گزش جانوران زهردار (ویژه ی کارکنان بخش سلامت) تهیه و تدوین: حوزه ی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان (مینو مشایخی، شیرین موبد مهدی آبادی)؛ نظارت: علیرضا مغیثی؛ برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماریها، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، معاونت بهداشتی. تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۵.





اسامی همکاران





اسامی همکاران (به ترتیب حروف الفبا)

❖ دکتر بابک اسدی	متخصص پزشکی خانواده
❖ دکتر مسعود اسدی	متخصص اخلاق پزشکی
❖ دکتر سید حسین پرهیز	متخصص پزشکی خانواده
❖ دکتر پژمان خسروی	متخصص پزشکی خانواده
❖ دکتر مریم زرین کمر	متخصص پزشکی خانواده
❖ دکتر رضا صفری	متخصص پزشکی خانواده
❖ دکتر مریم فیروزجایی	متخصص پزشکی خانواده
❖ دکتر مژگان گران	متخصص پزشکی خانواده
❖ دکتر رضا یعقوبیان	متخصص پزشکی خانواده

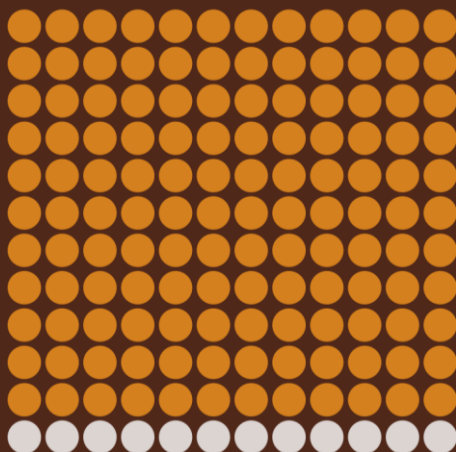




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مازندران
مرکز بهداشت استان مازندران



منابع:





منابع:

- راهنمای کشوری مراقبت و درمان بیماران مشکوک/مبتلا به وبا ویرایش ۱۴۰۱
- راهنمای نظام جامع مراقبت بیماریهای واگیر برای پزشکان خانواده
- راهنمای بالینی تشخیص، درمان و پیشگیری از پنومونی
- راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو
- راهنمای واکسیناسیون کشوری مصوب ۱۳۹۴
- راهنمای جامع نظام مراقبت بیماریهای واگیر طب عمومی
- نسخه یازدهم راهنمای تشخیص و درمان کووید-۱۹ دی ماه ۱۴۰۰
- راهنمای بالینی دیابت مرکز تحقیقات غدد دانشگاه علوم پزشکی تهران



○ راهنمای کشوری پیشگیری از مارگزیدگی و درمان آن(ویژه پزشکان) شاهین شادنیا، کامبیز سلطانی نژاد، علیرضا مغیثی؛ ویرایش علمی مهدی بلالی مود؛ نظارت محمدمهدی گویا. تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۸.

○ راهنمای کنترل گزش جانوران زهردار(ویژه ی کارکنان بخش سلامت) تهیه و تدوین: حوزه ی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان(مینو مشایخی، شیرین موبد مهدی آبادی)؛ نظارت: علیرضا مغیثی؛ برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماریها، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، معاونت بهداشتی. تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۵.

- تکست بوک پزشکی خانواده راکل
- دستورالعمل کشوری آسم
- طب عمومی مورتاگ
- راهنمای بالینی آنافیلاکسی
- مندل.
- طب عمومی مورتاگ

- Thntinallis Emergency Medicine
- Tintinallis Emergency Medicine
- <https://www.nhs.uk/conditions/heat-exhaustion-heatstroke>
- <https://www.cdc.gov/disasters/extremeheat/warning.html>
- textbook of Family Medicine 9th edition- Rakle
- <https://www.uptodate.com>



راهنمای حاضر به همت مرکز بهداشت استان
مازندران و توسط گروهی از متخصصین پزشکی
خانواده، به منظور استفاده پزشکان مستقر در
موكب ها و كاروان های حاضر در همایش پیاده
روی اربعین حسینی (ع) تهیه شده است.
در این راهنما سعی شده است با بررسی
مشكلات و بیماری های شایع راهپیمایان،
راهنمای خلاصه ای به منظور شناسایی و درمان
این بیماری ها مطابق با آخرین دستورالعمل های
بهداشتی و درمانی در اختیار تیم پزشکی حاضر
در راهپیمایی قرار گیرد.
امید است این محتوا گامی کوچک در جهت
امداد رسانی به زوار آن مرقد شریف و متبرک
بوده و مورد قبول باری تعالی قرار گیرد



1133398330