

آمیبیاز

دکتر حسین حاتمی

آمیبیاز، نوعی بیماری تک سلولی است که در اثر آنتاموبا هیستولیتیکا ایجاد می‌شود و در اغلب موارد، باعث بروز ضایعات التهابی و زخمی در ناحیه کولون می‌گردد ولی ندرتاً ممکن است به نواحی خارج روده‌ای و مخصوصاً کبد نیز دست یافته و منجر به انهدام بافتی شود. در اهمیت اپیدمیولوژی این بیماری به ذکر این نکته بسنده می‌شود که طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۰٪ مردم جهان دچار آلودگی ناشی از آمیب‌های مهاجم و بویژه غیرمهاجم آنتاموبا می‌باشند، هر یک از افراد مبتلا به عفونت آمیبی بدون علامت، روزانه ۱۵ میلیون کیست، دفع می‌کنند و آمیبیاز، بعد از بیماری شیستوزومیازیس و مالاریا به عنوان سومین بیماری تک سلولی مرگ‌زا در سطح جهان شناخته شده است و سالانه عده کثیری را به کام مرگ فرو می‌برد. همه ساله حدود ۵۰-۳۴ میلیون مورد آمیبیاز همراه با علائم بالینی و یکصد هزار مورد مرگ ناشی از آن رخ می‌دهد و این در حالیست که با آگاهی از همه‌گیری شناسی بیماری و آموزش و ارتقاء سطح بهداشت می‌توان از بروز آن جلوگیری نمود.

سبب شناسی

E. histolytica قبلاً به عنوان یک یوکاریوت تک سلولی با مورفولوژی زیر، تعریف می‌شد، تروفوزوئیتی با یک هسته واحد به قطر ۴۰-۲۰ میکرومتر، سیست‌ها با ۱۶-۱۰ میکرومتر قطر و در مرحله بلوغ، واجد ۴ هسته و در مرحله قبل از بلوغ، دارای یک هسته و یک واکوئل و اغلب اجسام کروماتوئید، هسته وزیکولر و کروی بوده و غشایی پوشیده شده با گرانول‌های کروماتینی و *Karyosome* کروی مرکزی کوچک دارد. هم‌اکنون اطلاعات بیوشیمیایی، ایمونولوژیکی و ژنتیکی نشان می‌دهد که ۲ گونه با خصوصیات فوق وجود دارند، *E. histolytica* و *E. dispar* که قبلاً به ترتیب به عنوان آنتاموبا هیستولیتیکای بیماری‌زا و غیر بیماری‌زا شناخته می‌شدند. ولی تنها آنتاموبا هیستولیتیکا قادر به ایجاد بیماری مهاجمی است (جدول ۱). هنگامی که تشخیص با میکروسکوپ نوری داده شد، کیست‌های ۲ گونه (به قطر ۱۶-۱۰ میکرومتر) که غیرقابل افتراق هستند باید به صورت *E. histolytica/E. dispar* گزارش شوند.

تروفوزوئیت‌هایی که در مدفوع تازه یا دیگر نمونه‌های حاوی گلبول‌های قرمز خون یافت می‌شوند یا تروفوزوئیت‌های موجود در بیوپسی بافت، قویاً حاکی از وجود آمیب هیستولیتیکا و بیماری مهاجم هستند. در افراد واجد علائم بالینی، وجود عیار بالای آنتی‌بادی اختصاصی، قویاً مرتبط با بیماری مهاجم می‌باشد. تعریف آمیبیاز، از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، عبارتست از عفونت بدون علامت یا با علامت ناشی از آنتاموبا هیستولیتیکا به مفهوم جدید آن. لازم به تاکید است که از آنجا که آنتاموبا دیسپار، حتی در مبتلایان به ایدز نیز باعث ایجاد عفونت گذرا و

خودمحدودشونده‌ای می‌شود این نتیجه حاصل می‌گردد که سویه‌های دیسپار، اصلاً قادر به تهاجم به جدار روده نمی‌باشند در حالی که این موضوع، در مورد ایزوسپورا بلی و کریپتوسپوریدیوم، صدق نمی‌کند و در مبتلایان به ایدز، باعث ایجاد عفونت مضمحل کننده‌ای می‌گردند.

جدول ۱- تشابهات و تفاوت‌های آنتاموبا هیستولیتیکا و آنتاموبا دیسپار

تفاوت‌ها	تشابهات
۱ - فقط آنتاموبا هیستولیتیکا قادر به ایجاد بیماری مهاجم است.	۱ - هر دو گونه از طریق بلع کیست‌های عفونت‌زا وارد دستگاه گوارش می‌شوند.
۲ - فقط عفونت ناشی از آنتاموبا هیستولیتیکا باعث مثبت شدن آزمون سرمی آمیبیاز می‌شود.	۲ - کیست‌های هر دو گونه از نظر شکل ظاهری شبیه یکدیگر هستند.
۳ - هر یک از این دو گونه دارای سکانس‌های rRNA مجزایی هستند.	۳ - هر دو گونه در روده بزرگ انسان باعث تشکیل کلنی می‌شوند.
۴ - هر یک از گونه‌ها دارای شاخص‌های ایزو آنزیمی و آنتی ژنی سطحی مجزایی می‌باشند.	

بدیهی است که با بهره‌گیری از آزمون الیزای Gal/GalNac مدفوع می‌توان این دو گونه را از یکدیگر افتراق داد.

اپیدمیولوژی توصیفی و وقوع بیماری

دوره نهفتگی

از چند روز تا چند ماه و یا چند سال متفاوت است ولی معمولاً بین ۲ تا ۴ هفته در نظر گرفته می‌شود.

سیر طبیعی

بیماری ممکن است به صورت یک عفونت بدون علامت بالینی، عفونت غیر مهاجم روده‌ای، اسهال خونی، کولیت برق‌آسای همراه با پارگی روده، مگاکولون توکسیک، کولیت مزمن بدون اسهال خونی، آمبوما، اولسرهای اطراف مقعد و بیماری‌های خارج روده‌ای نظیر آبسه کبدی، پریتونیت، آمپیم، پریکاردیت، آبسه ریوی، آبسه مغزی و بیماری‌های اداری - تناسلی تظاهر نماید که هر کدام از این چهره‌های بالینی، دارای سیر و پیش‌آگهی متفاوتی هستند به طوری که کولیت آمیبی بدون نیاز به هیچ گونه زمینه‌ای در هر دو جنس و در تمامی سنین ایجاد شده و پیش‌آگهی خوبی دارد در حالی که کولیت برق‌آسا به طور نادری ایجاد می‌شود ولی در زمینه سوء تغذیه، بارداری، درمان با استروئیدها و سن خیلی پایین، حادث می‌گردد و با مرگ و میر بالایی همراه می‌باشد. مگاکولون سمی نیز هرچند عارضه نادری است ولی در زمینه درمان نامناسب با استروئیدها ایجاد شده، به درمان با داروهای ضد آمیب جواب نمی‌دهد و نیاز به عمل جراحی دارد در حالی که آمبوما (توده آمیبی) معمولاً به صورت یک ضایعه حلقوی

در ناحیه کولون ایجاد می‌شود و از کارسینوم کولون، غیرقابل افتراق است. سندروم آمیبیاز مزمن بدون اسهال خونی، گاهی سیر ۵-۱ ساله‌ای را طی می‌کند. در مجموع، عفونت‌های بدون علامت آمیبی، در رابطه با آنتاموبا دیسپار، حدود ده برابر آنتاموبا هیستولیتیکا حادث می‌شود و در تمامی زمینه‌های شناخته شده حالت خودمحدودشونده دارد و آمیبیاز با علامت بالینی، فقط در ده درصد افرادی که مبتلا به عفونت ناشی از آنتاموبا هیستولیتیکا هستند بروز می‌نماید و در نتیجه فقط یک درصد کل افرادی که حامل کیست آنتاموبا هیستولیتیکا / دیسپار، هستند، دچار آمیبیاز می‌گردند.

میزان کشندگی بیماری در حدود یک نفر در پانصد تا یک هزار نفر محاسبه شده است و در مجموع، میزان کشندگی در موارد شدیدی که منجر به بستری شدن در بیمارستان می‌گردد، بیشتر است. همچنین طی مطالعه‌ای میزان مرگ ناشی از بیماری در کودکان، حدود ۹٪ گزارش شده است. لازم به ذکر است که مرگ این بیماران، بیشتر ناشی از نکروز و پارگی روده می‌باشد.

لازم به تاکید است که اغلب ناقلین بدون علامت و از جمله مردان همجنس‌باز و مبتلایان به ایدز دچار آلودگی ناشی از آنتاموبا دیسپار هستند ولی عفونت حاصله در تمامی حالات، خودمحدودشونده می‌باشد و گونه دیسپار، بر خلاف انگل‌های کریپتوسپوریوم و ایزوسپورا پلی حتی در این زمینه‌ها قادر به ایجاد بیماری نمی‌باشد. در عین حال براساس نتایج برخی از مطالعات، ۱۰٪ مبتلایان به عفونت آمیبی بدون علامت، نهایتاً دچار کولیت آمیبی می‌شوند.

انتشار جغرافیایی

الف - وضعیت جهانی و منطقه‌ای بیماری

آمیبیاز، دارای انتشار جهانی است و تخمین زده می‌شود که حدود ۵۰۰ میلیون نفر از مردم جهان، ناقل آنتاموبا هیستولیتیکا یا آنتاموبا دیسپار هستند و سالانه پنجاه میلیون نفر از مردم دنیا دچار آمیبیاز فعال می‌گردند که از آن حدود صد هزار نفر به هلاکت می‌رسند. شیوع عفونت آمیبی از ۵ درصد در آمریکا تا ۵۰ درصد در بعضی از کشورهای در حال توسعه آفریقایی متفاوت است و در قاره آسیا آلوده ترین کشورها عبارتند از چین، هندوستان، عراق، کره و ویتنام.

ب - وضعیت بیماری در ایران

براساس نتایج طرح بررسی سلامت و بیماری در سطح کشور ایران که در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع انجام شده است شیوع آلودگی به کیست آمیب هیستولیتیکا / دیسپار، در گروه‌های سنی مختلف، یکسان و در حدود ۰/۴ درصد برآورد شده و این میزان در هر دو جنس یکسان بوده است و جالب توجه است که میزان آلودگی در جامعه روستایی کشور نیز، برابر جامعه شهری گزارش گردیده است. در رابطه با انتشار آمیبیاز در نقاط مختلف ایران بررسی‌های زیادی انجام گرفته اما با توجه به مشکل بودن تشخیص آنتاموبا هیستولیتیکا در نمونه مدفوع و عدم استفاده از روش‌های تشخیص آزمایشگاهی مناسب و بررسی به وسیله افراد مختلف، تناقض‌هایی در آمارهای ارائه شده، وجود دارد. با این وجود به گزارش‌هایی چند از انتشار این انگل در نقاط مختلف ایران اشاره می‌گردد:

تهران ۸/۷٪، اهواز ۸٪، مجتمع کوی و غذاخوری‌های دانشگاه تهران ۲/۲٪، شهرهای شمالی ایران حدود ۱۲٪ و روستاهای شمال ۱۲/۴٪، روستاهای تبریز ۱۱/۶٪، روستاهای بندرعباس ۳۴/۶٪، میناب ۲۵/۲۸٪، شهرستان بوشهر و دشتستان ۳/۸٪، اسدآباد همدان ۱۲/۴٪، کازرون ۱۴/۵٪ و کنگاور ۸/۷٪ درصد. این که آیا ۰/۶ درصد بدست آمده در نتایج طرح بررسی سلامتی و بیماری در ایران صحیح است یا ارقام و اعداد فوق، نیاز به بررسی مولکولی را می‌طلبید که آن هم خوشبختانه انجام گردیده و حاکی از آن است که هرچند شیوع آلودگی آمیبی بر اساس بررسی میکروسکوپی مدفوع در نقاط مختلف کشور بین ۱ تا ۳۰ درصد گزارش شده است ولی بررسی مولکولی از طریق PCR این میزان را در مناطق مرکزی ایران، ۰/۷۸ درصد، در مناطق شمالی ۳/۹ درصد و در مناطق جنوبی ۴/۶ درصد نشان داده است. به طوری که کمترین میزان مربوط به تهران، یزد و اردکان با فراوانی ۰/۶ درصد و بیشترین میزان مربوط به مناطق روستایی اطراف اهواز بوده که رقم ۸/۳ درصد را نشان داده است. نسبت هیستولیتیکا به دیسپار در مناطق جنوبی کشور بیشتر از سایر مناطق به دست آمده است. شایان ذکر است که بدون توجه به صحت و سقم نتایج بررسی‌های غیرمولکولی که طی چندین سال قبل انجام و منتشر شده است با توجه به این که بررسی‌های مولکولی به طور انسجام یافته و طی سال‌های اخیر انجام گردیده و در سال ۱۳۹۱ منتشر شده است به عنوان وضعیت فعلی اپیدمیولوژی مولکولی آمیبیاز در ایران در نظر گرفته می‌شود.

روند زمانی

روند زمانی خاصی برای آمیبیاز ذکر نشده است. این بیماری در مناطق معتدله در فصول گرم سال، از شیوع بیشتری برخوردار است.

تأثیر سن، جنس، شغل و موقعیت اجتماعی

توزیع سنی بیماری یکنواخت نیست و طی دوران عمر طبیعی، دوبار به اوج می‌رسد به طوری که در سنین ۳-۲ سالگی با میزان میرایی ۲۰ درصد و پس از ۴۰ سالگی با کشندگی حدود ۶۹ درصد جلب توجه می‌کند. تفاوت واضحی در توزیع جنسی بیماری به اثبات نرسیده است و هر دو جنس، تقریباً به یک نسبت گرفتار می‌شوند. ممکن است چهره‌های بالینی و پیش‌آگهی بیماری در سنین مختلف، متفاوت باشد مثلاً تشکیل کلونی، اسهال و کولیت در سنین شیرخوارگی تا پیش دبستانی از شیوع بیشتری برخوردار است ولی آبسه آمیبی کبد و مغز در اغلب موارد در مردان جوان، رخ می‌دهد.

تأثیر عوامل مساعدکننده

نامطلوب بودن وضعیت اقتصادی - اجتماعی در مناطق آندمیک، نظیر ازدحام جمعیت، عدم برخورداری از آب لوله کشی سالم، حضور مهاجرینی که از مناطق آندمیک آمده‌اند، افراد ساکن موسسات نگهداری، نظیر عقب افتادگان ذهنی، زندگی اشتراکی، مردان همجنس‌باز مفعول، سن کودکی و مخصوصاً نوزادی، بارداری و دوران پس از زایمان، استفاده از استروئیدها، بدخیمی‌ها و سوء تغذیه می‌توانند بر شیوع و شدت آمیبیاز، تأثیر بارزی اعمال نمایند.

حساسیت و مقاومت در مقابل بیماری

هرگاه یکی از اعضاء خانواده آلوده باشد احتمال آلودگی سایرین نیز وجود دارد ولی این که چرا بعضی از افراد در یک محیط، دچار عفونت با علامت و برخی دیگر مبتلا به عفونت بدون علامت بالینی می‌شوند، مشخص نشده است. هرچند نقش فلور طبیعی روده، میزان آلودگی و وضعیت تغذیه اشخاص را نمی‌توان بی تاثیر دانست. ایمنی محافظت کننده ناشی از ابتلاء به آمیبیاز، در مدل‌های حیوانی به اثبات رسیده و در انسان نیز ثابت شده که بیماری تا حدودی باعث ایجاد مصونیت می‌گردد به طوری که پس از یکبار ابتلاء، احتمال ابتلاء مجدد کاهش می‌یابد. ضمناً کسانی که کیست آمیب دیسپار، دفع می‌کنند دچار این بیماری نمی‌شوند.

میزان حملات ثانویه

در این مورد اظهار نظر صریحی نشده است ولی در مقایسه با شیگلوز، به نظر می‌رسد در حد خیلی پایین‌تری قرار داشته باشد و همانطور که قبلاً نیز اشاره شد در مرحله حاد بیماری، قابلیت سرایت بیماری به حداقل می‌رسد.

منابع و مخازن، نحوه انتقال بیماری و دوره قابلیت سرایت

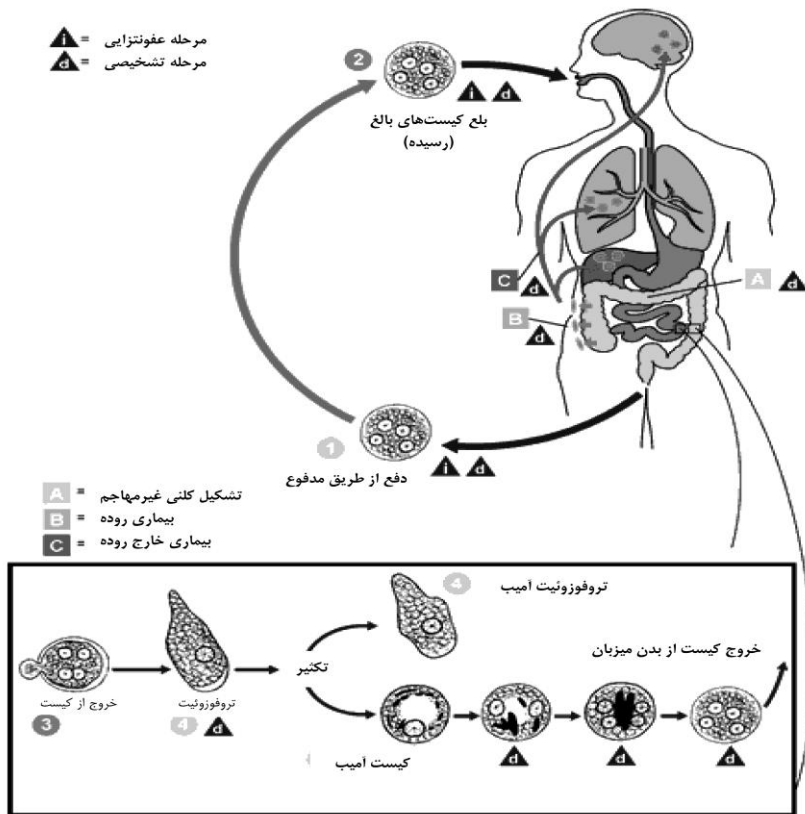
چرخه حیاتی آنتاموبا فاقد هر گونه پیچیدگی است به طوری که کیست‌ها پس از خارج شدن از روده، به مدت چند هفته در محیط‌های مناسب، به حیات خود ادامه می‌دهند و در صورتی که به وسیله میزبان مناسبی خورده شوند داخل روده باریک از حالت کیستی خارج شده و تروفوزوئیت‌های حاصله در مخاط روده بزرگ، بیماری‌زا می‌شوند و در شرایط نامساعد روده بزرگ، ممکن است مجدداً به کیست تبدیل شده و چرخه تکرار گردد. این انگل عمدتاً از طریق مصرف مواد غذایی و آب آلوده به مدفوعی که حاوی کیست‌های مقاوم به کلر است، انتقال می‌یابد. انتقال جنسی آن از طریق انحراف جنسی دهانی - مقعدی به اثبات رسیده است. به علت حساس بودن تروفوزوئیت‌ها و عدم وجود کیست آمیب در مدفوع مبتلایان به اسهال حاد، ممکن است این افراد خطر چندانی از نظر انتقال به دیگران نداشته باشند.

راه‌های انتقال کیست‌ها به ترتیب شیوع، عبارتست از:

۱. غذای آلوده
۲. آب آلوده
۳. دستان آلوده
۴. تماس جنسی دهانی - مقعدی
۵. انتقال داخل رکتوم از طریق وسایل و تجهیزات پزشکی آلوده
۶. انتقال به وسیله حشرات از طریق آلوده کردن مواد غذایی

انسان‌ها و معمولاً بیماران مزمن و یا دافعین بدون علامت کیست آمیب، مخزن اصلی عفونت، به حساب می‌آیند. مگس، سوسک و جوندگان نیز می‌توانند به عنوان منبع عفونت، اشکال کیستیک را با خود حمل نموده باعث آلودگی آب و غذا شوند. اشکال کیستیک انگل در مقابل شرایط محیطی مقاومت چشمگیری داشته، به مدت

چندین هفته تا چندین ماه در شرایط مناسبی نظیر هوای مرطوب و دمای پایین به حیات خود ادامه می‌دهند ولی در مقابل جوشاندن، خشک شدن، تابش نور مستقیم خورشید، اشعه ماوراء بنفش، حرارت بیش از ۵۵ درجه سانتیگراد و محلول ید با غلظت ۲۰۰ PPM، به آسانی مضمحل می‌گردند. بدیهی است که هرچند کلر، قادر به از بین بردن اشکال کیستیک آمیب می‌باشد ولی مقدار کلری که طی تصفیه آب‌ها به کار برده می‌شود کافی نبوده و منجر به از بین بردن کیست‌ها نمی‌گردد. با توجه به این که طی دوره حاد بیماری، کیست آمیب دفع نمی‌شود و یا تعداد کمتری دفع می‌گردد، بیماران در این مرحله از بیماری، قابلیت سرایت چندانی برای اطرافیان خود ندارند. دوز عفونت‌زای کیست‌ها کمتر از ده کیست، می‌باشد.



شکل ۱- چرخه زندگی آمیب هیستولیتیکا

پیشگیری و کنترل

پیشگیری اولیه

۱- آموزش

از آنجا که پیشگیری و کنترل آمیبیاز در گرو آگاهی از علل آندمی یا اپیدمی بیماری در جامعه است لذا آموزش راه‌های انتقال و پیشگیری بیماری به افراد جامعه، روش کنترلی موثری به حساب می‌آید. کیست‌های آمیب می‌توانند در زیرناخن‌های بلند، قرار گرفته و به خود فرد ناقل یا به مواد غذایی، انتقال یابند بنابراین لازم است بر کوتاه کردن ناخن‌ها به‌ویژه در مناطق آندمی بیماری تاکید شود.

نظارت مراکز بهداشت بر وضعیت سلامت و بهداشت افرادی که در تهیه و پخت اغذیه عمومی فعالیت می‌نمایند و نیز رعایت نظافت عمومی این‌گونه اماکن، و آزمایش منظم مدفوع افرادی که دست‌اندرکار تهیه غذا هستند از وظایف مسلم مامورین متعهد بهداشت است که در بسیاری از استان‌های کشور به خوبی از عهده این مهم برآمده‌اند.

۲- تامین آب سالم

عفونت ناشی از آنتاموبا هیستولیتیکا را می‌توان با بهره‌مند شدن از آب سالم، بهداشت مناسب و اجتناب از شرایط محیطی که منجر به انتقال مستقیم مدفوعی - دهانی می‌شود کنترل نمود. لازم به ذکر است که جوشاندن، تنها راه قابل اعتماد از بین بردن کیست‌های آمیب است و لذا در مناطق آندمی بیماری بایستی از صرف مواد غذایی خامی نظیر سالاد و سبزی‌ها خودداری نمود.

در مورد دفع بهداشتی مدفوع، وظیفه‌ای به عهده سازمان آب و فاضلاب است که در حد توان بودجه و امکانات، در حال انجام آن می‌باشند و وظیفه‌ای به عهده مردم است که با آگاه کردن آن‌ها بخصوص در مناطق بومی بیماری می‌توان از آلودگی آب‌ها با فضولات انسانی، جلوگیری به عمل آورد. لازم به ذکر است که اضافه کردن کلر به آب‌های آشامیدنی که معمولاً به وسیله شرکت‌های آب و فاضلاب صورت می‌گیرد، نمی‌تواند تمامی کیست‌ها را از بین ببرد ولی آب‌های آشامیدنی را می‌توان با ید الکلی ۲٪ (هشت قطره در یک لیتر آب) یا تتراکلیسین هیدروپروبوداید، ضدعفونی کرد. مواد باید حداقل ۱۰ دقیقه و در صورتی که آب سرد باشد نیم ساعت در تماس با آب باشند. صافی‌های قابل حمل که قطر سوراخ‌های آن‌ها کمتر از یک میکرون است نیز برای تصفیه آب مفید هستند. آب‌هایی که کیفیت آن‌ها معلوم نیست را می‌توان با جوشاندن، به مدت یک دقیقه، قابل شرب نمود. ارزش شستشوی سبزی‌ها و میوه‌ها با مواد ضدعفونی کننده در پیشگیری از انتقال آنتاموبا مورد تردید است. ولی شستشوی این مواد، با آب تمیز و خشک کردن آن‌ها در مجاورت هوا ممکن است مفید واقع شود، زیرا کیست آمیب در اثر خشک شدن و حرارت بیش ۵۰ درجه سانتی گراد و تابش اشعه، حیات خود را از دست می‌دهد.

۳- واکسیناسیون

در حال حاضر واکسن موثری وجود ندارد.

۴ - تجویز گاماگلوبولین

تجویز گاماگلوبولین، تاثیری بر پیشگیری آمیبیاز ندارد.

۵ - پیشگیری دارویی

پیشگیری دارویی، نقشی در کنترل آمیبیاز ندارد.

۶ - ایزولاسیون بیماران به منظور قطع زنجیره انتقال

مراقبت‌های مرتبط با دفع روده‌ای در خصوص چگونگی دست زدن به مدفوع، لباس و وسایل خواب در بیماران بستری شده در بیمارستان باید مراعات گردد. ضمناً افراد آلوده تا رفع کامل آلودگی، نباید در تهیه اغذیه عمومی مداخله نمایند.

پیشگیری ثانویه به منظور بازگرداندن سلامتی افراد بیمار و جلوگیری از بروز عوارض

۱- تشخیص به موقع

۱. تست الیزای مثبت از نظر وجود آنتی ژن انگل در نمونه مدفوع تازه
۲. وجود تروفوزوئیت در نمونه بیوپسی مخاط روده و یا قطعات مخاطی موجود در اسهال خونی
۳. وجود تروفوزوئیت در نمونه بیوپسی نسوج خارج از روده.

۲- درمان زودرس

۱-۲- درمان اختصاصی حالت ناقلی (دافعین کیست)

درمان ناقلین شناخته شده و تاکید بر شستشوی کامل دست بعد از اجابت مزاج به منظور پیشگیری از آلودگی مجدد به وسیله سایر دافعین کیست که در یک منزل زندگی می‌کنند، می‌تواند منجر به قطع زنجیره انتقال گردد. دافعین کیست را می‌توان به روش زیر درمان نمود:

- ۱ - دیلوکسانید فوروات ۵۰۰ میلی گرم / سه بار در روز / ۱۰ روز
- ۲ - پارومومایسین ۱۰ میلی گرم / سه بار در روز / ۱۰-۵ روز.
- ۳ - یدوکینول ۶۵۰ میلی گرم / سه بار در روز / ۲۰ روز

۲-۲- درمان اختصاصی بیماری آمیبیاز

الف - کولیت حاد آمیبی

- تینیدازول ۲ گرم / یک بار در روز / ۵ روز + یکی از درمانهای حالت ناقلی

ب - آبسه آمیبی کبد

- مترونیدازول ۷۵۰ میلی گرم / سه بار در روز / ۱۰ روز + یکی از درمانهای حالت ناقلی همانطور که قبلاً نیز ذکر شد مرگ این بیماران در اثر نکروز و پارگی روده رخ می‌دهد و مداخله به موقع جراحی،

باعث کاهش میزان مرگ ناشی از این عوارض از ۱۰۰ درصد به ۲۸ درصد می‌گردد. همچنین میزان مرگ ناشی از آبسه آمیبی کبد را حدود ۱۰ درصد و ناشی از گرفتاری پلور را بالغ بر ۱۴ درصد ذکر کرده‌اند و حال آن که وقتی باعث گرفتاری مغزی بشود میزان مرگ به حدود ۹۶ درصد افزوده می‌گردد.

پیشگیری ثالثیه

- درمان آبسه کبد به منظور جلوگیری از انتشار عفونت به پلور، پریکارد و پریتون
- درمان و مداخله جراحی به موقع در موارد آمیبیاز خارج روده‌ای به منظور کاهش احتمال بروز ضایعات پایدار
- درمان مگاکولون توکسیک با بهره‌گیری از شیوه‌های جراحی به منظور نجات جان بیماران.

سایر اقدامات کنترلی

اقداماتی که طی همه‌گیری‌ها باید انجام شود:

۱. اثبات فوری موارد اولیه با ارسال نمونه به آزمایشگاه‌های مرجع
۲. تحقیق در مورد منبع مشترک آلودگی، اعم از آلودگی آب شهر و روستا، اغذیه فروشی‌ها و امثال آن
۳. اصلاح وضعیت آبرسانی عمومی، در صورت اثبات آلودگی
۴. کنترل همه‌گیری رعب و وحشت حاصله با خودداری از پنهانکاری و اطلاع رسانی صحیح به جمعیت در معرض خطر از طریق وسایل ارتباط جمعی و شوراهای اسلامی محلی.

اقداماتی که طی بروز حوادث باید انجام شود:

بروز اختلال در تاسیسات آبرسانی و آلودگی اغذیه عمومی، در جوامعی که ناقلین و دافعین کیست آمیب، به فراوانی حضور دارند ممکن است منجر به بروز همه‌گیری گردد و لذا به هنگام بروز سیل‌های مخرب، زلزله و امثال آن‌ها باید به این امر توجه شود.

چند نکته:

- شیوع واقعی حالت ناقلی کیست هیستولیتیکا / دیسپار، در سطح کشور، به هیچ وجه مشخص نبوده، نیاز به یک مطالعه جامع و همه جانبه در قالب یک طرح کشوری با همکاری تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، در این خصوص کاملاً محسوس می‌باشد.
- احتمال انتقال آمیبیاز حاد، آنقدر کم است که می‌توان بیماران مبتلا به شکل حاد این بیماری را غیرمصری فرض کرد و لذا آنچه که اهمیت اپیدمیولوژیک دارد ناقلین کیست آنتاموبا هیستولیتیکا می‌باشد.

منابع

1. Ontario Public Health Standards, Infectious Diseases Protocol, 2016: Amebiasis. Available at: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/infdispro.aspx#m .[Last accessed June 2016].
 2. William A. Petri, Jr., and Rashidul Haque. Entamoeba Species, Including Amebic Colitis and Liver Abscess In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed. 2015, pp. 3047-58.
 3. Rosa M. Andrade, Sharon L. Reed. Amebiasis and infection with Free-Living Amebas, In: Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed. 2015, pp. 1363-68.
 4. Hooshyar H, Rostamkhani P, Rezaian M. Molecular Epidemiology of Human Intestinal Amoebas in Iran. Iran J Public Health 2012; 41: 10-17.
 5. Park K, Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, 20th ed. 2009, pp. 212-14.
 6. Fredrick L., Schuster and Carol A. Glaser, Amebiasis, In: Bennett and Plum; Cecil Textbook of Medicine 23rd edition, 2008 pp. 2404-409.
 7. Heymann DL, editor. Control of communicable diseases. 19th ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2008. pp. 11-15.
 8. Feigin & Cherry Textbok of Pediatric Infectious Diseases, 2nd ed. 2004,
 9. Carl J. Carft, Amebiasis, In pp. Paul D. Hoeprieh, M. Golin Jordan Infectious Diseases 4th ed. 1994, pp. 729-735.
 10. WHO, Amebiasis, WER, No. 14, April 1997, pp. 97-100.
۱۱. طرح سلامت و بیماری در ایران، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۷۴ / بانک اطلاعاتی رایانه‌ای سلامت و بیماری، حوزه معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، ویرایش اول، سال ۱۳۷۵ به کوشش حسین حاتمی
۱۲. رضائیان م. اپیدمیولوژی ژیاوردیاز در: عزیز، فریدون، کتاب اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع در ایران، ویرایش اول، سال ۱۳۷۲.