

مقاله خودآموزی

بر اساس تصویب اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله ۱/۵ امتیاز به متخصصین داخلی، کودکان، زنان و زایمان و پزشکان عمومی تعلق می گیرد

مروری بر فارنژیت

دکتر جمشید آیت اللهی*، دکتر رضوان بحرالعلومی^۲

استرپتوککی موجود است و می توان کشت حلق را برای مواردی در نظر گرفت که سیر بیماری به طرف بهبودی نبوده و یا به آنتی بیوتیک ها جواب نمی دهند.

واژه های کلیدی: فارنژیت، درد گلو

مقدمه

فارنژیت یکی از شایع ترین علل مراجعه بیماران به پزشک می باشد^(۱-۶). چون علل فارنژیت زیاد است گرفتن شرح حال، معاینه دقیق و انجام آزمایشات مناسب جهت تعیین علت آن اهمیت زیادی دارد. تعیین علت فارنژیت به خصوص استرپتوکک بتا همولیتیک گروه A (GABHS) برای جلوگیری از عوارض چرکی و غیر چرکی آن اهمیت زیادی دارد^(۷-۹).

اپیدمیولوژی و پاتوژنز: تخمین زده می شود علت ۱/۱٪ موارد مراجعه بیماران به پزشکان عمومی و یکی از ۲۰ بیماری گزارش شده توسط پزشکان عمومی، فارنژیت می باشد^(۴). حداکثر شیوع بیماری در اواخر زمستان و اوایل بهار می باشد^(۵). انتقال ویروس ها و استرپتوکک و عامل فارنژیت بیشتر به علت تماس دست با ترشحات بینی است تا تماس دهانی^(۹،۱۰). علایم بالینی معمولاً پس از یک دوره کمون ۲۴ تا ۷۲ ساعت مشاهده می شود.

تشخیص های افتراقی: شایع ترین علت درد گلو، عفونت ویروسی یا باکتریال گلو می باشد^(۵). GABHS عامل ۳۰-۱۵٪ موارد

اهداف:

هدف از نگارش این مقاله، آشنا کردن بیشتر پزشکان با انواع فارنژیت می باشد.

اهداف یادگیری:

این مقاله مروری جهت استفاده کلیه پزشکان به خصوص پزشکان عمومی و متخصصین بیماریهای عفونی و گرمسیری ارایه گردیده است به طوری که در پایان قادر باشند:

انواع علل عفونی و غیر عفونی فارنژیت را بدانند.

با خصوصیات اپیدمیولوژیک فارنژیت آشنا شوند.

خصوصیات بالینی و تشخیص افتراقی انواع فارنژیت را شرح دهند.

کاربرد انواع روشهای آزمایشگاهی بیماری را بدانند.

درمان انتخابی و انواع درمانهای جانشین را شرح دهند.

خلاصه

درد گلو یکی از شایع ترین عللی است که بیماران را نزد پزشک می آورد و شایع ترین علت درد گلو (فارنژیت) علل عفونی است هر چند فقط ۲۰٪ موارد آن احتیاج به تجویز آنتی بیوتیک دارد (مانند مواردی که علت آن استرپتوکک های بتا همولیتیک گروه A است). امروزه روش های تشخیص سریع آنتی ژن های

* نویسنده مسئول: دانشیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری یزد بیمارستان آموزشی شهید صدوقی - مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری
تلفن ۰۳۵۱-۸۲۲۴۰۰۱-۹، نمابر: ۰۳۵۱-۸۲۲۴۱۰۰
Email: jamshidayatollahi@yahoo.com

^۲ - دندانباز پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

باعث کاهش مدت علایم بالینی و باعث کاهش انتشار عفونت به یک روز و از اکثر عوارض بیماری جلوگیری می‌کند.

عوارض عفونت GABHS: احتمال بروز عوارضی چون تب روماتیسمی حاد و آبسه‌های اطراف لوزه‌ها کمتر از آن چیزی است که معمولاً فکر می‌شود^(۱۸). در صورت درمان احتمال آبسه اطراف لوزه‌ها (Peritonsillar abscess) کمتر از ۱٪ است^(۱).

بیماران مبتلا به آبسه معمولاً قیافه توکسیک و در معاینه ته حلق توده موج اطراف لوزه‌ها مشاهده و زبان کوچک به یک طرف متمایل شده است^(۲). با این وجود با معاینه تا حدودی می‌توان آبسه را تشخیص داد برای مثال در یک مطالعه بر روی ۱۴ بیمار (با حساسیت ۷۸٪ و اختصاصی بودن ۵۰٪) پزشکان توانستند فقط با معاینه تشخیص آبسه اطراف لوزه را مطرح کنند^(۲۲) در صورت شک به آبسه با سونوگرافی داخل دهان می‌توان بیماری را به درستی تشخیص داد.

احتمال ابتلا به تب روماتیسمی در کشورهای پیشرفته بسیار کم و احتمال بروز سالیانه آن یک مورد در صد هزار مورد عفونت می‌باشد^(۲۲). در صورت وجود عفونت استرپتوککی طی یک ماه گذشته و مشاهده تورم و درد مفاصل، ندول‌های زیر جلدی، اریتم مارژیناتوم و یا سوفل قلبی باید به فکر این بیماری افتاد. در آزمایش خون تیترا (ASO) (antistreptolysin O) و ESR افزایش نشان می‌دهد.

گلوبولونفریت (poststreptococcal glomerulonephritis) یک عارضه نادر دیگر فارنژیت‌های ناشی از GABHS می‌باشد که با تجویز آنتی‌بیوتیک نمی‌توان از آن جلوگیری نمود. در صورتی که بیماران به دنبال فارنژیت استرپتوککی دچار هماچوری، تکرر ادرار و افزایش تیترا ASO شدند باید به فکر این عارضه بود^(۱).

یکی از تابلوهای بالینی همراه فارنژیت GABHS تب مخملک (Scarlet Fever) می‌باشد که ضایعات پوستی روز اول یا دوم درد گلو از گردن شروع و تمام بدن به جز کف دست و پا را گرفتار می‌کند. این ضایعات قرمز رنگ کمی برجسته و در لمس به پوست حالت کاغذ سنباده داده و در چین خوردگی‌های پوست مانند گردن، آرنج، کشاله ران و زیر بغل به هم چسبیده و به صورت خطوط قرمز رنگی (pastia's lines) خودنمایی

فارنژیت اطفال و ۱۵-۵٪ موارد بالغین می‌باشد^(۶،۷،۱۱،۱۲). سایر علل درد گلو عبارتند از: رفلاکس گاستروازوفاژیال، ترشحات پشت بینی به علت رینیت، سرفه طولانی، تیروئیدیت، آلرژی، جسم خارجی و سیگار^(۱۰،۱۲) عوامل عمده فارنژیت به شرح زیر می‌باشند:

ویروس‌ها

ویروس‌ها شایعترین علت درد گلو می‌باشند و هر ویروسی در فصول خاصی از سال به صورت شایع تری دیده می‌شود^(۵). در جریان درد گلو اگر آبریزش بینی، کتزیکتیویت، کوفتگی، گرفتگی صدا و درجات پایین تب دیده شود به نفع عفونت‌های ویروسی می‌باشد^(۱۳). فارنژیت ویروسی در اطفال می‌تواند همراه با علایمی چون تنفس دهانی، استفراغ، درد شکم و اسهال باشد^(۱۰،۱۴).

منونوکلئوز عفونی

منونوکلئوز عفونی در سنین ۱۵ تا ۳۰ سالگی شایع تر^(۱۵) و علایم آن تب، درد گلو و احساس خستگی می‌باشد. در معاینه گردن لنف آدنوپاتی زنجیره خلفی گردن مشاهده می‌شود که اگر دیده نشود، این بیماری کمتر مطرح می‌گردد. در معاینه شکم ممکن است هپاتواسپلنو مگالی مشاهده شود^(۱۲-۱۴). اگر برای بیماران مبتلا به منونوکلئوز عفونی آموکسی سیلین یا آمپی سیلین تجویز شود در ۹۰٪ موارد بشورات کلاسیک ماکولوپاپولر بر روی بدن ظاهر خواهد شد^(۱۶،۱۷).

باکتری‌ها

اگر علت درد گلو باکتری‌ها باشند بیماران علایمی چون آبریزش بینی، سرفه و کتزیکتیویت نخواهند داشت. در مناطق گرم معمولاً بروز فارنژیت باکتریال در فصل زمستان و اوایل بهار افزایش می‌یابد^(۱۸). استرپتوکک بتاهمولیتیک گروه A شایع‌ترین علت فارنژیت باکتریال می‌باشد^(۱۸-۲۰).

عفونت استرپتوکک بتاهمولیتیک گروه A (GABHS): علایم فارنژیت استرپتوککی می‌تواند شامل اریتم گلو و تورم آن، آگرودای لوزه‌ها، تورم uvvula پششی سقف دهان و لنف آدنوپاتی زنجیره قدامی گردن باشد. اگر فارنژیت GABHS درمان نشود معمولاً در عرض ۷ تا ۱۰ روز بهبودی می‌یابد^(۵،۱۵،۲۱). بدون درمان، در طی مرحله حاد و تا چندین هفته پس از آن این بیماران می‌توانند عفونت را به دیگران منتقل کنند^(۱). درمان مؤثر

می کند^(۱۵،۲۱). در معاینه حلق قرمز رنگ بوده و آگزودا روی لوزه ها و ته حلق مشاهده می شود و زبان در شروع بیماری از یک لایه سفید رنگ پوشیده شده که به تدریج بر طرف شده و زبان یک دست قرمز (Strawberry tongue) می شود^(۱۹).

سایر علل باکتریال فارنژیت

گنوکک در افراد فعال از نظر جنسی می تواند باعث فارنژیت شده که از علایم آن تب، درد شدید گلو، سوزش ادرار و آگزودای سبز رنگ می باشد^(۲۰). نقش کلامیدیا پنومونیا و مایکوپلاسما پنومونیا به عنوان عامل فارنژیت حاد هنوز مورد سوال است به خصوص مواردی که ریه گرفتار نباشد^(۲۰).

دیفتری یک عامل گرفتاری حاد دستگاه تنفسی فوقانی یا علایم و نشانه های درد گلو، تب خفیف، آگزودای خاکستری چسبیده به لوزه ها و تورم لوزه ها، حلق و یا مجرای بینی می باشد^(۱۸،۲۴).

در دیفتری درد گلو متوسط و غدد لنفاوی گردن در لمس حساس هستند. طی ۵ دهه گذشته مرگ و میر فارنژیت دیفتریایی حدود ۱۰-۵٪ باقی مانده است^(۲۵). فارنژیت ناشی از دیفتری اخیراً از چند کشور گزارش شده است^(۲۶). اگر در هنگام معاینه ترشحات Serosanguineous بینی و منبران خاکستری مایل به سفید روی لوزه ها، زبان کوچک و کام نرم و فارنژیت و التهاب لوزه و لنف آدنوپاتی گردنی مشاهده شد تشخیص احتمالی دیفتری مطرح می شود. دوره کمون عفونت ناشی از کورینه باکتریوم دیفتریا دو تا چهار هفته و تشخیص قطعی با آزمایشات میکروبیولوژی می باشد.

بیماری کاوازاکی

علت بیماری کاوازاکی (kawasaki disease) احتمالاً یک عامل

عفونی ناشناخته می باشد بیماری اغلب موارد اطفال زیر ۵ سال را گرفتار و علایم آن عبارتند از: درد گلو، تب، کنژکتیویت دو طرفه غیر چرکی، بزرگی غدد لنفاوی زنجیره قدامی گردن و التهاب ته حلق و زبان توت فرنگی. ضایعات پوستی معمولاً سه روز پس از شروع تب مشاهده^(۱۶،۲۰) و لب ها ترک دار و قرمز و ضایعات متنوع پوستی قرمز رنگ منتشر همراه با ادم و قرمزی دست و پا و پوسته ریزی periungual وکنده شدن پوست کف دست به تدریج مشاهده که مجموعه این علایم و نشانه ها باعث تشخیص بیماری می شود^(۱۵).

تشخیص

بررسی کلی: وقتی که یک بیمار فقط با شکایت گلو درد مراجعه می کند موارد زیر را باید در نظر گرفت:

طیف وسیعی از عوامل عفونی از جمله انواع ویروس ها تا GABHS، آلرژی، رفلکس و به ندرت نئوپلاسم ها و بیماری کاوازاکی. به همین علت باید شرح حال دقیق گرفت، معاینه انجام شود و شرایط محیطی واپیدمیولوژیک را نیز در نظر گرفت. همچنین باید درمورد چگونگی شروع بیماری، مدت علایم تنفسی، بزرگی غدد لنفاوی، سابقه تماس با بیمار دیگر و بیماریهای زمینه ای مانند دیابت سوال شود. ته گلو از نظر اریتم، هیپرتروفی، جسم خارجی، آگزودا، توده های غیرطبیعی، پستی و آدنوپاتی بررسی شود. بیماران همچنین از نظر وجود سوفل قلبی و هپاتواسپلنومگالی و لنف آدنوپاتی سایر نقاط بدن نیز باید بررسی شوند. چند آزمایش که کمک به تشخیص علت فارنژیت می کند در جدول (۱) آمده است^(۲۹-۲۳،۴۰،۷۰،۹۰،۱۳۰،۱۹۰،۲۵-۲۹).

جدول (۱): آزمایشات لازم جهت تشخیص تعدادی از علل فارنژیت

نام آزمایش	نوع آزمایش	حساسیت و اختصاصی بودن
کشت گلو	نمونه به وسیله سواب گلو به خصوص از قسمت خلفی تونسیلوفارنژیال گرفته و به محیط Sheep-bloodagar حاوی دیسک باسیتراسین منتقل که برای استرپتوکوک در عرض ۷۲-۴۸ ساعت مثبت می شود.	حساسیت ۹۷٪ و اختصاصی بودن ۹۹٪ ولی میزان آنها بستگی به تکنیک، محیط کشت به کار برده شده و مدت نگه داری نمونه دارد
آزمایش تعیین سریع آنتی ژن استرپتوکوک	تعیین کربو هیدرات استرپتوکوک گروه A در سواب گلو، تغییر رنگ به معنی مثبت بودن آزمایش است که در عرض چند دقیقه مشخص می شود و به خصوص برای مطب ها خوب است	اختصاصی بودن آن بیش از ۹۵٪ و حساسیت آن ۹۷-۸۰٪ است.
آزمایش Monospot	آزمایش سریع آگلوتیناسیون روی اسلاید برای بیماری منونوکلئوز عفونی	حساسیت کلی ۸۶٪، اختصاصی بودن کلی ۹۹٪، در هفته اول حساسیت ۶۹٪ و اختصاصی ۸۸٪، هفته دوم حساسیت ۸۱٪ و اختصاصی ۸۸٪

آزمایش تعیین آنتی ژن در خواست و برای افراد گروه سوم درمان تجربی را شروع می‌کنیم که این برنامه درمانی توسط CDC آمریکا نیز تأیید شده است (۳۰،۳۱).

بررسی آزمایشگاهی

یک روش تشخیص فارنزیت ناشی از GABHS کشت گلو است برای گرفتن بیشترین نتیجه باید سواب را روی لوزه‌ها و حلق مالید و نمونه‌ها را به محیط ۵٪ خون گوسفند (Sheep-blood agar) منتقل نمود که در این حالت حساسیت کشت ۹۷٪ و اختصاصی بودن آن ۹۹٪ برای GABHS است (۲۶). در این روش بعد از ۲۴ ساعت کشت مثبت می‌شود (۱۵،۲۵،۲۸).

آزمایشات تشخیص سریع آنتی ژن (Rapid Antigen Detection Tests) اگر درست انجام شوند حساسیت آنها شبیه کشت گلو می‌باشد (۱۹،۲۸،۲۹). انجام این آزمایشات آسان و جواب آنها در عرض چند دقیقه مشخص می‌شود و در صورتی که جواب این آزمایشات منفی بود، به خاطر حساسیت بالای این آزمایشات، دیگر احتیاج نیست کشت درخواست شود (۳۲). بیمارانی که آزمایش تعیین آنتی ژن آنها مثبت است تحت درمان قرار می‌گیرند و آنهایی که منفی است پیگیری شده و در صورتی که علایم بیماری به طرف بهبودی ترفند برای آنها کشت گلو درخواست می‌شود (۳۳).

سایر علل عفونی

اگر در بیماری که با شکایت درد گلو مراجعه نموده، در آزمایش CBC لنفوسیت آتی پیک بیش از ۱۰٪ گزارش شد با احتمال ۹۲٪ می‌توان گفت بیمار مبتلا به منونوکلئوز عفونی است و اگر سایر علایم بالینی بیمار به نفع این بیماری بود احتیاج به هیچ آزمایش دیگری نیست (۳۴). در صورت شک می‌توان از آزمایش هتروفیل آنتی بادی ضد Epstein-Barr virus (Monospot test) استفاده نمود. این آزمایش اگر هفته اول بیماری انجام شود یک سوم موارد بیماری را نمی‌تواند تشخیص دهد ولی در هفته دوم بیش از ۸۰٪ موارد مثبت می‌شود. در صورت باقی ماندن شک و منفی بودن آزمایش فوق می‌توان از آنتی بادی نوع capsid antigen IgM Viral کمک گرفت.

در صورت شک به فارنزیت گنوککی باید نمونه‌های تهیه شده

مطالعه ای سیستماتیک، یک سوکور و آینده‌نگر با استفاده از کشت گلو انجام و مشخص شد وجود چرک بر روی لوزه‌ها و ته حلق و شرح حال تماس با یک مورد دیگر عفونت استرپتوککی طی دو هفته گذشته، بیشترین کمک بالینی را برای تشخیص عفونت GABHS می‌کند (۲). عدم وجود لنف آدنوپاتی دردناک گردنی زنجیره قدامی و عدم بزرگی لوزه‌ها و همچنین عدم وجود چرک بر روی لوزه‌ها یا حلق بیشترین کمک را برای کنار گذاشتن GABHS می‌کند. با این وجود هیچ یافته بالینی یا در شرح حال وجود ندارد که به قدر کافی حساس یا اختصاصی باشد که بتواند به تنهایی عفونت استرپتوککی گلو را ثابت یا رد کند (۲،۵). به همین علت مطالعات زیادی انجام شده تا بتوان روش‌های تشخیص را درجه بندی نمود (۵،۲۰،۲۶).

در یک مطالعه، محققین چهار نکته در شرح حال و معاینه بیمار (بالغین و کودکان) پیدا کردند که بدون وابستگی به همدیگر مثبت شدن کشت گلو از نظر GABHS را پیش بینی می‌کردند (۲۸) که این موارد عبارتند از: چرک بر روی لوزه‌ها، بزرگی غدد لنفاوی زنجیره قدامی گردن، عدم وجود سرفه و تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد. با در نظر گرفتن سن بیماران و موارد گفته شده طبق جدول (۲) بیماران را به سه گروه کم، متوسط یا شدیداً در معرض خطر می‌توان تقسیم بندی نمود (۲۶).

جدول (۲): درجه بندی عفونت استرپتوککی در بالغین و اطفال

نمره	علایم
۱	تب
۱	عدم وجود سرفه
۱	حساسیت غدد لنفاوی زنجیره قوامی
۱	تورم لوزه‌ها یا وجود چرک
	سن
+۱	کمتر از ۱۵ سال
۰	۱۵-۴۵ سال
-۱	بیشتر از ۴۵ سال

نمره ۱- تا صفر = عفونت استرپتوککی وجود ندارد

نمره ۱-۳ = آزمایش درخواست و براساس جواب آن تصمیم گیری می‌شود

نمره ۴-۵ = درمان تجربی با احتمال عفونت استرپتوککی شروع شود

بر این اساس گروه کم خطر احتیاج به درمان ضد استرپتوککی و آزمایش نداشته، جهت افراد گروه متوسط آزمایش کشت گلو یا

کشت و آزمایش هتروفیل آنتی بادی منفی باشد، لارنگوسکوپی اندیکاسیون دارد تا بیماران از نظر وجود جسم خارجی، ضایعات بدخیم و سایر علل غیر معمول بررسی شوند.

از گلو و همچنین از واژن، سرویکس، رکتوم و آلت تناسلی مرد را در محیط (Thayer-Martin) کشت نمود^(۲۹،۳۵).
در مواردی که درد گلو طول کشیده و یا به کرات عود کند و

منابع

- 1- آیت اللهی-جمشید، بحرالعلومی-رضوان، بهجتی-مصطفی. *تشخیص و درمان فارنزیت استرپتوکوک پیوژن*. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد. سال دوازدهم. شماره سوم. پائیز ۸۳ ص ۹۱-۱۰۱.
- 2- آیت اللهی-جمشید، بهجتی-مصطفی. *شیوع استرپتوکوک گروه A در بچه های مهد کودک های شهر یزد*. مجله طلوع بهداشت. سال اول، شماره اول. پاییز ۸۱ ص ۴۷-۸۰.
- 3- Perkins A. *An approach to diagnosing the acute sore throat*. Am Fam Physician 1997;55:131-8,141-2.
- 4- Cherry DK, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2000 summary. Adv Data 2002; 328: 1-32.
- 5- Gerber MA. *Diagnosis of group A streptococcal pharyngitis*. Pediatr Ann 1998;27:269-73.
- 6- Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. *Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis*. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2002;35:113-25.
- 7- Singer K. *The 15-minute visit (acute pharyngitis)*. Patient Care 2001;35:20-3.
- 8- Kirkpatrick GL. The common cold. Prim Care 1996;23:657-75.
- 9- Goldmann DA. *Transmission of viral respiratory infections in the home*. Pediatr Infect Dis J 2000; 19(Suppl 10): S97-102.
- 10- Rotbart H. Enteroviruses. In: Katz SL, Gershon AA, Hotez PJ, Krugman S, eds. *Krugman's Infectious diseases of children*. 10th ed St. Louis: Mosby, 1998;81-97.
- 11- Goldstein MN. *Office evaluation and management of the sore throat*. Otolaryngol Clin North Am 1992;25:837-42.
- 12- Ruppert SD. *Differential diagnosis of common causes of pediatric pharyngitis*. Nurse Pract 1996;21:38-42,44,47-8.
- 13- Middleton DB. *An approach to pediatric upper respiratory infections*. Am Fam Physician 1991; 44(5 suppl): 33S-40S,46S-47S.
- 14- Middleton DB. *Pharyngitis Prim Care* 1996; 23: 719-39.
- 15- Mc Whinney IR. A textbook of family medicine. 2th ed. New York: Oxford University

- Press, 1997.
- 16- Katz BZ, Miller G. Epstein-Barr virus. In: Katz SL, Gershon AA, Hotez PJ, Krugman S, eds. *Krugman's Infectious diseases of children*. 10th ed. St Louis: Mosby, 1998:98-101.
- 17- Peter J, Ray CG. *Infectious mononucleosis*. *Pediatr Rev* 1998;19:276-9
- 18- Zaoutis T, Klein JD. *Enterovirus infections*. *Pediatr Rev* 1998;19:183-91.
- 19- Crump J, Harrison V, Shope T, Rion R. *Pharyngitis*. Guidelines for clinical care. Accessed July 17, 2003, at: <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/phrngts.pdf>.
- 20- Bisno AL. *Acute pharyngitis*. *N Engl J Med* 2001;344:205-11.
- 21- Kaplan EL. *Streptococcal infections*. In: Katz SL, Gershon AA, Hotez PJ, Krugman S, eds. *Krugman's Infectious diseases of children*. 10th ed. St Louis: Mosby, 1998:487-500.
- 22- Scott PM, Loftus WK, Kew J, Ahuja A, Yue V, van Hasselt CA. *Diagnosis of peritonsillar infections: a prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis*. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 229-32.
- 23- Olivier C. *Rheumatic fever-is it still a problem?* *J Antimicrob Chemother* 2000;45(suppl): 13-21.
- 24- Zucker JR, Friedman S. Alert ends: update on the possible outbreak of diphtheria in Delaware county, Pa. Accessed July 17, 2003, at: http://www.nycms.org/article_view.Php3?view=174&part=1.
- 25- Pitetti RD, Wald ER. *Strep throat: considering the diagnostic options*. *Patient Care* 1999;33:119-45.
- 26- McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. *The validity of a sore throat score in family practice*. *CMAJ* 2000;163:811-5.
- 27- Vincent MT, Celestin N, Earle B. *Upper respiratory infections II: pharyngitis*. Accessed July 17, 2003, at: http://www.turner-white.com/pdf/brm_FP_pre4_4.pdf.
- 28- Geber MA, Tanz RR. *New approaches to the treatment of group A streptococcal pharyngitis*. *Curr Opin Pediatr* 2001;13:51-5.
- 29- Lieu TA, Fleisher GR, Schwartz JS. *Cost-effectiveness of rapid latex agglutination testing and throat culture for streptococcal pharyngitis*. *Pediatrics* 1990;85:246-56.
- 30- Linder JA, Stafford RS. *Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians*. *JAMA* 2001;286:1181-6.
- 31- Ebell M. *Strep Throat*. *Am Fam Physician* 2003;68:937-8.
- 32- Mayes T, Pichichero ME. *Are follow-up throat cultures necessary when rapid antigen detection tests are negative for group A streptococci?* *Clin Pediatr [Phila]* 2001;40:191-5.
- 33- Attia MW, Zaoutis T, Klein JD, Meier FA. *Performance of a predictive model for streptococcal pharyngitis in children*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:687-91.
- 34- Brigden ML, Au S, Thompson S, Brigden S, Doyle P, Tsaparas Y. *Infectious mononucleosis in an outpatient population: diagnostic utility of 2 automated hematology analyzers and the sensitivity and specificity of Hoagland's criteria in heterophile-positive patients*. *Arch Pathol Lab Med* 1999; 123: 875-81.
- 35- Judson F. *Gonorrhea*. *Medical Clinics of North America* 1990; 1353-1367

سؤالات خودآموزی مروری بر فارنژیت

- ۱- حد اکثر شیوع فارنژیت در چه فصلی می باشد؟
 الف- اواخر بهار و اوایل تابستان
 ب- اواخر تابستان و اوایل پاییز
 ج- اواخر پاییز و اوایل زمستان
 د- اواخر زمستان و اوایل بهار
- ۲- پسر ۱۰ ساله ای به علت درد گلو مراجعه، در معاینه بر روی لوزه ها چرک دیده می شود چند درصد احتمال دارد عامل فارنژیت این کودک GABHS باشد؟
 الف- ۱۵-۳۰
 ب- ۳۰-۴۵
 ج- ۴۵-۵۰
 د- ۵۰-۶۰
- ۳- بیماری با شکایت درد گلو، آبریزش بینی، کنژکتیویت و گرفتگی صدا مراجعه کرده است تب بیمار ۳۸ درجه سانتیگراد است احتمال کدامیک از موارد زیر بیشتر مطرح است؟
 الف- ویروس
 ب- آلرژی
 ج- GABHS
 د- تیروئیدیت
- ۴- جوان ۲۰ ساله ای به علت درد گلو به پزشک مراجعه می کند. با تجویز پزشک، بیمار آموکسی سیلین مصرف می کند ولی به دنبال آن دچار بثورات ماکولوپاپولر بر روی بدن می شود. در معاینه بیمار دارای بزرگی کبد وطحال است. کدامیک از موارد زیر بیشتر برای بیمار مطرح می باشد؟
 الف- EBV
 ب- CMV
 ج- آدنوویروس
 د- GABHS
- ۵- دیدن خطوط قرمز رنگ (pastia's lines) در چین خوردگی های بدن کودکی که دچار درد گلو و تب می باشد به نفع کدام بیماری می باشد؟
 الف- تب مخملک
 ب- منو نوکلئوز عفونی
 ج- عفونت با HIV
 د- حساسیت دارویی
- ۶- کودک ۴ ساله ای با شکایت درد گلو و تب مراجعه کرده است. در معاینه بیمار کنژکتیویت دو طرفه غیر چرکی و بزرگی غدد لنفاوی
 الف- تب مخملک
 ب- منو نوکلئوز عفونی
 ج- عفونت با HIV
 د- حساسیت دارویی
- زنجیره قدامی گردن و ضایعات متنوع پوستی قرمز رنگ منتشر روی بدن دارد. کدامیک از بیماریهای زیر بیشتر مطرح می باشد؟
 الف- تب مخملک
 ب- کاوازاکی
 ج- تیفوئید
 د- بروسلوز
- ۷- بیماری با شکایت درد گلو مراجعه کرده است. درجه حرارت بیمار ۳۸ درجه سانتیگراد و پرده سفید مایل به خاکستری بر روی لوزه ها و زبان کوچک بیمار مشاهده می شود. از بینی بیمار نیز ترشحات serosanguineous جاری می باشد. کدامیک از عوامل عفونی زیر بیشتر احتمال دارد که عامل این بیماری باشد؟
 الف- GABHS
 ب- استا فیلو کک آنترئوس
 ج- سائتومگالوویروس
 د- کورینه باکتریوم دیفتریا
- ۸- کودک ۹ ساله ای با شکایت درد گلو مراجعه کرده است. در معاینه چرک بر روی لوزه ها مشاهده و در لمس غدد لنفاوی زنجیره قدامی گردن دردناک هستند. بیمار سرفه ندارد کدامیک از اقدامات زیر را برای این بیمار انجام می دهید؟
 الف- تحت نظر گرفتن
 ب- درخواست کشت گلو
 ج- تجویز داروی ضد استرپتوکک
 د- بستری در بیمارستان
- ۹- بیماری با شکایت درد گلو مراجعه نموده است. آزمایش تعیین سریع آنتی ژن از نظر GABHS مثبت شده است. اقدام بعدی شما چیست؟
 الف- درمان
 ب- کشت
 ج- تکرار آزمایش قبلی
 د- درنظر گرفتن بیمار
- ۱۰- جوان ۲۰ ساله ای با شکایت درد گلو مراجعه کرده است. در آزمایش CBC لنفوسیت آتی بیک بیش از ۱۰٪ گزارش شده است. در معاینه بیمار بزرگی کبد و طحال نیز دارد. اقدام بعدی شما چیست؟
 الف- درمان ضد استرپتوکک
 ب- درخواست آزمایش Monospot
 ج- درخواست آزمایش هتروفیل آنتی بادی
 د- احتیاج به هیچ اقدام دیگری نیست

شرایط دریافت گواهی شرکت در برنامه خودآموزی

- ۱- پاسخ صحیح به حداقل ۷۰ درصد از سؤالات مربوط
 ۲- تکمیل فرم ثبت نام به طور کامل و خوانا
 * خواهشمند است پاسخنامه را به همراه فرم ثبت نام حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۵/۱۲/۱۵ به آدرس یزد: میدان باهنر - سازمان مرکزی دانشگاه - معاونت آموزشی - دفتر آموزش مداوم ارسال فرمایید.

پاسخنامه

الف	ب	ج	د	الف	ب	ج	د
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

محل مهر نظام پزشکی متقاضی

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی
درخواست ثبت نام

عنوان خودآموزی: مروری بر فارنزیت

سازمان برگزار کننده: مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد - پاییز ۱۳۸۵

نام خانوادگی:	۲- نام:	۱۰- سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی
۳- شماره شناسنامه:	۴- صادره از:	۱۱- محل فعالیت:
۵- جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		الف) استان محل فعالیت:
۶- تاریخ تولد:		ب) شهر محل فعالیت:
۷- شماره نظام پزشکی		ج) محل فعالیت: <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/> روستا
لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید.	۹- سال اخذ:	۱۲- نوع فعالیت: الف) <input type="checkbox"/> هیئت علمی
۸- مدرک تحصیلی:		<input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> (ب) <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> (ه)
الف) لیسانس در رشته:		<input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/> (ج) <input type="checkbox"/> طرح <input type="checkbox"/> (و)
ب) فوق لیسانس در رشته:		<input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> (د) <input type="checkbox"/> پیام آور <input type="checkbox"/> (ز)
ج) دکترا در رشته:		
د) تخصص در رشته:		۱۳- آدرس پستی:
ه) فوق تخصص در رشته:		کد پستی:
و) دکترا (Ph.D) در رشته:		۱۴- شماره تلفن:
ز) سایر مدارک:		۱۸- امضاء مسئول و مهر محل برگزاری:
۱۵- امضاء متقاضی	۱۷- مهر	
۱۶- تاریخ:		
لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید		
کد بر نامه	کد سازمان برگزار کننده	
امتیاز	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه
شماره گواهینامه:		تاریخ صدور

توجه مهم: خواهشمند است متقاضیان محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل نمایند و حتماً از مهر استفاده نمایند.