

بسمه تعالی

بیماری های واگیردار

فراگیر گرامی

جزوه مذکور گزیده مطالبی از دستور العمل های کشوری وزارت بهداشت می باشد و به عنوان رفرانس نمی باشد فقط برای آشنایی شما با نکات کاربردی و اجرایی می باشد لذا برای مطالعه بیشتر و نیاز به اطلاعات بیشتر، به دستورالعمل های کشوری وزارت بهداشت مراجعه شود .

عناوین سرفصلها

- ✓ بیماریهای مضمول گزارش دهی فوری و غیر فوری
- ✓ آنفلوآنزای انسانی و آنفلوآنزای پرندگان
- ✓ هاری و حیوان گزیدگی
- ✓ بوتولیسم
- ✓ تب خونریزیدهنده کریمه کنگو
- ✓ دیفتری
- ✓ سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- ✓ سرخک و بیماری های بثوری تب دار
- ✓ سیاه سرفه
- ✓ طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا
- ✓ فلج شل حاد
- ✓ کزاز نوزادی و کزاز بالغین
- ✓ مالاریا
- ✓ وبای التور
- ✓ ایدز
- ✓ پدیکولوزیس و گال
- ✓ تب مالت
- ✓ سل
- ✓ لیشمانیوز جلدی
- ✓ کرونا

بیماریهای مشمول گزارش دهی فوری و غیر فوری

بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفنی)

غیرواگیر

- کم کاری تیروئید
- مادرزادی
- فتیل کتونوری
- تالاسمی
- زوج ناقل
- تالاسمی (باردار)
- زوج ناقل
- تالاسمی (جدید)

واگیر

- فلج نل حاد
- سرخک
- سرخچه و سندرم سرخچه
- مادرزادی
- دیفتری
- سیاه سرفه
- مننژیت
- کزاز نوزادی و بالغین
- ویا
- مالاریا
- طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا
- طاعون
- تولارمی
- هاری و حیوان گزیدگی
- تب زرد
- تب راجعه
- پوتولیسیم
- تب دانگی
- انفلوانزای پرندگان
- تب های خوتربیزی دهنده
- سیاه زخم تنفسی
- عوارض ایمن سازی (مرگ
- بستری-ایسه، عوارض خوشه
- ای، عوارض نگران کننده
- جامعه)
- شپش تن
- ایولا
- کرونا ویروس جدید (mers)

بیماری های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی)

غیرواگیر

- دیابت
- فشارخون
- سوانح و حوادث
- بیماریهای قلب و عروق
- سرطان
- مار و عقرب گزیدگی
- کمبود آنزیم G-۶PD
- اسم و COPD

واگیر

- سل
- تیفوئید
- هیپاتیت ویروسی
- ایدز
- بیماریهای آمیزشی
- لیشمانیوز جلدی و احشائی
- تب مالت
- سیاه زخم جلدی
- کیست هیداتیک
- توکسوپلاسموزیس
- جدام
- لیتوسپیروزیس
- فاسیولازیس
- شیگلوز
- پدیکولوزیس و گال
- سایر عوارض ایمنسازی (غیر از موارد فوری)

تلفن های تماس جهت گزارش فوری

۳۶۶۲۱۸۶۳	شماره تماس واحد مبارزه با بیماری های شهرستان قم (صبح)
۳۶۶۱۰۴۰۰	شماره تماس واحد مبارزه با بیماری های استان قم (عصر و شب و روزهای تعطیل)
۳۶۶۳۰۵۴۰	شماره تماس واحد درمان پیشگیری هاری شهرستان قم (شبانه روزی)

شماره تماس ها

مرکز بهداشت شهرستان یک ۳۷۷۱۵۷۴۷

مرکز بهداشت شهرستان دو ۳۶۶۲۱۸۶۳

مرکز بهداشت استان قم ۳۶۶۱۰۴۰۰

مرکز درمان پیشگیری هاری ۳۶۶۳۰۵۴۰

آنفلوآنزای انسانی و آنفلوآنزای پرندگان:

آنفلوآنزا یک بیماری تنفسی بسیار مسری در انسان و حیوانات است که عموماً در فصل های سرد سال مبتلا می کند. این بیماری بسیار عفونی بوده و به سرعت می تواند از فردی به فرد دیگر منتقل گردد.

• عامل بیماری

سه نوع ویروس آنفلوآنزا وجود دارد: آنفلوآنزای A، B و C

ویروس A و B آنفلوآنزای انسانی مسئول همه گیریهای فصلی هستند، در حالی که عفونت های نوع C آنفلوآنزا معمولاً بیماری های تنفسی بسیار ملایم را ایجاد می کنند و به نظر نمی رسند که همه گیر شوند. ویروس آنفلوآنزا نوع A باعث بروز همه گیریهای وسیع در سر تا سرجهان و بیماری شدیدتر نسبت به سایر انواع می گردد. تعدادی از گونه های ویروس می تواند بسیار بیماری شدیدتر نسبت به سایر گونه ها ایجاد نماید. دوره واگیری از ۱ روز قبل از بروز علائم تا ۷ روز بعد از بروز نشانه ها بالینی بیماری، شخص می تواند بیماری را به دیگری منتقل نماید.

• علائم بالینی آنفلوآنزا در انسان

سه علامت اصلی: تب، گلودرد، سرفه

سایر علائم: بی اشتها، لرز، تهوع، احساس ضعف و خستگی، استفراغ، سردرد، اسهال، آبریزش بینی، احساس کوفتگی (دردهای استخوانی و عضلانی)، احساس گرفتگی بینی و عطسه

• تعاریف مورد استفاده در نظام مراقبت آنفلوآنزا

الف. آنفلوآنزای انسانی

مورد مشکوک یا مورد شبه آنفلوآنزا: (ILI=Illness Like Influenza): هر فرد مبتلا به عفونت تنفسی حاد به همراه تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد دهانی و سرفه که شروع آن در طی هفت روز اخیر باشد.

مورد عفونت تنفسی حاد و شدید مشکوک به آنفلوآنزا (Severe Acute Respiratory illness=SARI): هر فرد مبتلا به عفونت تنفسی حاد به همراه سابقه تب یا تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد دهانی و سرفه با شروع در طی هفت روز اخیر و نیاز به بستری شدن در بیمارستان؛ به عبارت دیگر بیماری که تعریف شبه آنفلوآنزا در مورد وی صادق باشد و ضمناً در بیمارستان بستری شود یا نیاز به بستری داشته باشد.

ب. آنفلوآنزای پرندگان

مورد تماس انسانی: فرد در معرض تماس در یکی از حالات زیر تعریف می گردد:

- تماس با فرد / افراد مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان .
- تماس با پرندگان / حیوانات مشکوک یا قطعی مبتلا به بیماری .
- تماس با کانون آلوده به بیماری آنفلوآنزای پرندگان .

مورد مشکوک:

بیمار مبتلا به عفونت حاد دستگاه تنفسی تحتانی بدون علت مشخص، همراه با تب بیش از ۳۸ درجه زیرزبانی، سرفه و تنگی نفس یا تنفس سطحی به همراه حداقل یکی از موارد تماس زیر در طی ۷ روز قبل از شروع علائم.

- تماس نزدیک کمتر از یک متر (برای مثال همسفر بودن، صحبت کردن یا لمس) با مورد مشکوک یا متحمل یا قطعی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان .

- تماس با ماکیان یا پرندگان وحشی (برای مثال حمل و نقل، ذبح، پرکنی، قصابی و آماده کردن) یا فضولات آنها یا تماس با محیط آلوده به فضولات آنها در منطقه ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان در یک ماهه اخیر وجود داشته است .
- خوردن خام یا نیم پز فرآورده های ماکیان در منطقه ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان در یک ماهه اخیر وجود داشته است
- تماس نزدیک با موارد حیوانی قطعی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان به غیر از ماکیان یا پرندگان وحشی (برای مثال گربه و خوک)

مورد محتمل:

مورد محتمل شامل یکی از موارد زیر است:

- مورد مشکوک به همراه یکی از موارد زیر:
 - وجود کدورت یا شواهد پنومونی حاد در رادیوگرافی قفسه سینه به همراه علائمی از نارسایی تنفسی، هیپوکسی و تاکی پنه شدید
 - تأیید آزمایشگاهی آلودگی به آنفلوآنزای A و ناکافی بودن شواهد آزمایشگاهی مبنی بر عفونت
 - فردی که به دلیل بیماری تنفسی حاد بدون علت مشخص فوت نموده و از نظر اپیدمیولوژیک ارتباط زمانی و مکانی و تماس با یک مورد محتمل یا ثابت شده داشته باشد .
- مورد قطعی یا تایید شده :

مورد محتمل یا مشکوک به همراه جواب مثبت در یکی از روشهای تشخیصی آزمایشگاهی آنفلوآنزا.

اقدامات مورد نیاز :

الف. درمان

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

- اوسلتامیویر . (OSELTAMIVIR)، زانا میویر (ZANAMIVIR)

- ریمانتادین (RIMANTADINE)، آمانتادین (AMANTADINE)

اوسلتامیویر برای درمان (به مدت ۵ روز) و برای پروفیلاکسی (به مدت ۱۰-۷ روز) مورد استفاده قرار می گیرد

ب. پیشگیری آموزش رعایت اصول بهداشت فردی و اجتماعی به مردم و کارکنان به ویژه در مورد سرفه و عطسه کردن و شستشوی دست ها .

ج. مراقبت: پیشگیری اولیه در سطح جامعه: شامل آموزش و اطلاع رسانی، استفاده از واکسن و استفاده از داروهای ضدویروسی به عنوان پیشگیری.

انجام اقدامات کنترلی در سطح بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی و محیط: شامل گزارش به مسئولین بهداشتی منطقه، جداسازی بیماران و محافظت تماس ها .

اقدامات در طغیان/همه گیری: شامل گزارش دهی، ارزیابی، نمونه برداری و مداخلات بهداشتی درمانی مورد نیاز از جمله جداسازی و محدودسازی می باشد .

گزارش دهی در آنفلوآنزای انسانی در شرایط معمول، گزارش هفتگی و در صورت شک به طغیان یا همه گیری وبه خصوص در فصول سرد گزارش فوری و در آنفلوآنزای پرندگان نیز گزارش فوری است .

• نمونه گیری

از هر مورد مشکوک انسانی باید نمونه گیری بعمل آید. بر روی هر نمونه بایستی مشخصات یعنی نام بیمار یا کد شناسایی آن و اطلاعات مربوط به نمونه یعنی نوع نمونه و زمان و محل نمونه گیری نوشته شود .

در مورد آنفلوآنزای مرغی سوابهای گلو(پشت حلقی)بهترین نمونه هستند. ولی در مورد ویروسهای آنفلوآنزای B,A انسانی سواب ترشحات بینی و یا آسپیراسیون و سوابهای نازوفارنکس نمونه های مناسبی میباشند. در مورد بیمارانی که اینتوبه هستند گرفتن یک آسپیراسیون از نای یا جمع کردن یک نمونه در حین لاواژ برونکوآلوئولار بهتر است .

باید از سوابهای استریل حاوی ابریشم مصنوعی و یا داکرون با دسته های پالستیکی استفاده نمود. زیرا سوابها با دسته های چوبی یا آلزینات کلسیم و یا سوابهای حاوی کتان ممکن است موادی داشته باشند که برخی ویروسها را غیرفعال نمایند .

برای هر نمونه، یک ویال حاوی ۲ الی ۳ سی سی از محیط ترانسپورت مناسب استفاده میگردد. زمان نمونه گیری سواب گلو بایستی در ۳ روز اول بعد از شروع علائم گرفته شود.البته باید به این نکته توجه داشت که ویروس به طور عمومی از سوابهای گلو در زمان شروع علائم یا حتی قبل از شروع علائم تا اواخر هفته دوم و گاهی هفته سوم قابل جداسازی است.

• **اقدامات مورد نیاز در مراقبت موارد مشکوک آنفلوآنزای پرندگان :**

- اقدامات لازم توسط پرسنل مبارزه با بیماریها در صورت گزارش موارد مشکوک آنفلوآنزای پرندگان:
- ۱- استفاده از لباس حفظت فردی
 - ۲- بررسی تمام کارگران مرغداری از نظر علائم بیماری آنفلوآنزا
 - ۳- نمونه گیری از موارد دارای علائم
 - ۴-ارایه داروی پیشگیری به افراد فاقد علائم تا ۷روز
 - ۵-ارایه داروی درمان به افراد دارای علائم تا ۵روز
 - ۶-بررسی کارگران از نظر بروز تب و مثبت میزان دمای بدن ۲بار در روز وسایر علائم آنفلوآنزا تا ۱۰روز
 - ۷-تکمیل فرم گزارش وضعیت منطقه آلوده(فرم شماره ۶) و تکمیل لیست افراد برای بررسی تا ۱۰روز
- ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی:	ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی:
۱- شستشوی دست	۱-درآوردن دستکش
۲-پوشیدن گان	۲- شستشوی دست
۳-زدن ماسک و تست فیکس بودن آن	۳-درآوردن گان و پیش بند
۴- پوشیدن کلاه	۴-درآوردن عینک یا محافظ صورت
۵-زدن عینک یا محافظ صورت	۵-در آوردن ماسک
۶-پوشیدن دستکش	۶-شستشوی دست

بیماری کرونا

بیماری های تنفسی، بیماری های ریوی که تنفس دچار اختلال شود. از جمله این بیماری ها، کروناویروس می باشد.

کرونا به معنی تاج و به زبان لاتین می باشد. به یک گونه بزرگ ویروس ها تعلق دارند. باعث بیماری های متنوعی در انسان و حیوانات می شوند. در گذشته به عنوان عامل سرماخوردگی انسان شناخته می شدند. در حال حاضر مشخص شده است که کروناویروس ها می توانند سبب طیفی از بیماریها، اعم از سرماخوردگی و مرس تا سندرم تنفسی حاد شدید (SARS) در انسان شوند. سوش های مختلفی از ویروس کرونا وجود دارد. کروناهای آلفا، بتا، گاما و دلتا که دارای زیرگروه های آلفا، بتا، دلتا، گاما، اومیکرون و ... از انواع مختلف کرونا می باشد.

دوره کمون بیماری کرونا ۱۴-۳ روز و دوره واگیری آن، یک روز قبل از بروز علائم تا دو هفته پس از بروز علائم می باشد. این ویروس نیز همچون سایر ویروس ها دارای جهش است که البته جهش در ویروس کرونا به نسبت آنفلوانزا کمتر است.

مورد مشکوک: فردی با سرفه خشک، لرز، گلودرد با تنگی نفس یا بدون تب که با علائم اپیدمیولوژیک دیگر قابل توجه نباشد یا سابقه تماس نزدیک با بیماری کووید ۱۹ در عرض ۱۴ روز قبل از شروع علائم بیماری را داشته باشد یا کارکنان بهداشتی و درمانی

مورد محتمل: مورد مشکوکی که با تظاهرات رادیولوژیک مثبت یا ct scan ریه مثبت مراجعه کند یا فرد مبتلا به پنومونی که علیرغم درمان های مناسب پاسخ بالینی نامناسب داشته باشد و وضعیت بیمار حادثر و وخیم تر شده یا فوت کند.

مورد قطعی: فرد با تایید آزمایشگاهی ویروس کووید ۱۹ صرف نظر از وجود علائم و نشانه های بالینی و ارتباط نزدیک

راه انتقال بیماری کرونا، مستقیم و غیرمستقیم می باشد مستقیم از طریق تنفسی و غیرمستقیم از جمله اشیا آلوده می باشد. مخزن بیماری انسان بیمار و همچنین پرندگان و حیوانات بیمار می باشد.

راه های پیشگیری از بیماری کرونا

- شستشوی دست ها، به صورت بهداشتی موثرترین راه در کنترل بیماری های عفونی از جمله وبا، آنفلوانزا، کروناویروس می باشد. در شستشوی دست ها، خطوط کف دست، زیر ناخن ها، لای انگشتان، شست دست را باید مدنظر داشت.
- رعایت فاصله ۱-۲ متر
- پوشاندن دهان و بینی هنگام عطسه و سرفه (ماسک معمولی)
- استفاده از دستمال (ترجیحا کاغذی) هنگام عطسه و سرفه
- دفع دستمال های استفاده شده در سطل زباله دردار
- رعایت اصولی توسط فرد بیمار شامل عدم حضور در اجتماعات، عدم مصافحه و دست و روبوسی، حفظ فاصله با دیگران

یکی از مهم ترین راه های پیشگیری از ابتلا و یا تسریع در بهبودی و حتی الامکان پیشگیری از مرگ کرونا، تقویت سیستم ایمنی است که با ورزش سبک، استرحت مناسب و تغذیه کامل فراهم می گردد. مهم ترین راه پیشگیری از بیماری کرونا به ویژه در دوره زمانی افزایش بحرانی بیماری و البته قبل از پیک بیماری، واکسیناسیون می باشد. لازم به ذکر است قدرت پیشگیرانه واکسن ها در واریانت های مختلف متفاوت است. بدیهی است رعایت زنجیره سرما در اثر بخشی واکسن ضروری است. هنگام برخورد با پیامدهای نامطلوب متعاقب واکسیناسیون با واکسن ها باید براساس دستورالعمل سیستم گزارش دهی عارضه ناشی از واکسن (AEFI) اقدام نمود.

گروه های پرخطر بیماری کرونا شامل سالمندان بالای ۶۵ سال و بیماران (بدخیمی ها، نارسایی مزمن کله، COPD= بیماری های مزمن ریوی، BMI>30، آنمی سیکل سل، پیوند عضو، دیابت تیپ ۲، آسم، CVA، پرفشاری خون، سیگار، مصرف کورتیکواستروئیدها و سایر داروهای ایمونوساپرسیو «مصرف بیش از 20mg/d پردنیزولون بیش از دو هفته») می باشد.

اندیکاسیون بستری بیماران مبتلا به کرونا، در انواع کرونا و همچنین بسته به شرایط بیمارستان ها، متفاوت است؛ SPO2 (سطح طبیعی اکسیژن خون) بیماران کمتر از ۹۳، درد و فشار در قفسه سینه درگیری ریه، پیشرفت سریع علائم تنفسی، تنگی نفس و میزان ضربان قلب بیش از ۳۰، تب بالا و مداوم، بدحالی بیمار و همچنین شواهد اسکن دال بر کلسیفیه شدن ریه باشد بستری کردن بیمار ضروری است.

بیماری کرونا درمان اختصاصی ندارد و سیستم ایمنی بیماران، تحت درمان حمایتی، با ویروس ها مبارزه کرده بهبودی یا فوت برای بیماری کرونا رقم میخورد. درمان حمایتی در بیمارستان شامل تجویز داروهای ضدویروسی و تقویت کننده سیستم ایمنی بدن بیمار می باشد و در منزل علاوه بر توصیه به استراحت و رعایت اصول بهداشتی همچون حفظ فاصله، پوشاندن دهان و بینی و ... مصرف مایعات گرم، سوپ، آش، دمنوش و ... می باشد.

بیماران بسته به شرایط مختلف (نوع ویروس و شرایط مراجعه) تحت نمونه گیری قرار میگیرند. بیمارانی که در فاصله ۹۰ روز عفونت مجدد داشته باشند، ابتلا به بیماری ۱۴ روز پس از دریافت واکسن کروناف انتقال حیوانی بیماری، عفونت طولانی مدت در نقص سیستم ایمنی و HIV، علائم غیرمعمول و شکست درمان و نهایتا چنانچه بیمار از طریق حیوانات، مبتلا شده باشد.

بهترین روش نمونه گیری، تهیه نمونه از نازوفارنکس است؛ نمونه توسط سواپ داکرون و در شرایط کاملا ایمنی اخذ می گردد؛ نمونه های به روش RT-PCR آزمایش می شوند و نتیجه اعلام می شود. در زمان طغیان و بحران بیماری، رهگیری بیماران درب منزل و محل کار امری معمول بود.

در اماکن عمومی و شلوغ، توجه به تهویه مکان، فاصله اجتماعی، اتاق جداسازی بیمار، ضدعفونی سطوح و وسایل بسیار مهم است.

• پایگاه دیده وری بیماریهای تنفسی (آنفلوانزا و کرونا):

در نظام مراقبت دیده وری، داده های یک روز در هفته وارد میشود و هدف آن بررسی سیر بیماریهای تنفسی در طول زمان و محاسبه خطر بیماری است.

- شرح وظایف پایگاه دیده وری:

1- تطبیق موارد بیماری با تعریف استاندارد

2- تکمیل فرمهای مربوطه و ثبت بیماران در پورتال

3- تهیه نمونه براساس دستورالعمل و با رعایت ضوابط تعیین شده

4- ارسال نمونه به آزمایشگاه

5- پیگیری تا وصول نتیجه آزمایشگاهی

• دیده وری سرپایی و بستری: از هر دانشگاه یک بیمارستان و یک مرکزی که بیشترین مراجعات بیماران

سرپایی را دارد به عنوان دیده وری انتخاب می شوند. آمار همه موارد بیماران به هر دلیل که در 24 ساعت مورد نظر در بیمارستان دیده وری بستری شده اند و آمار بیماریهای تنفسی بستری شده در یک روز خاص هر هفته جمع آوری و در پورتال دیده وری ثبت می شود. از کلیه بیماران بستری شده با سندرم تنفسی شدید نمونه گیری می شود.

هاری و حیوان گزیدگی

هاری یک بیماری حاد ویروسی و صددرد کننده است که موجب آنسفالومیلیت در انسان و همه پستانداران خونگرم می شود. این بیماری یکی از مهم ترین و قدیمی ترین بیماریهای منتقله بین انسان و حیوان (زئونوز) و ویروسی است.

• تعاریف بیماری

مورد مشکوک: هر نوع گاز گرفتگی، چنگ زدگی حیوان (گره و گربه سانان)، لیسیدن پوست و مخاطات (اهلی یا وحشی)

مورد محتمل: بروز علائم بالینی آنسفالومیلیت (ترشح بزاق، سردرد، ترس از نور، ترس از آب و ...) با توجه به سابقه اپیدمیولوژیکی (تماس با بزاق حیوان و یا گزش و یا پیوند عضو)

قطعی: وجود علائم مرحله مشکوک همراه با تشخیص قطعی آزمایشگاهی (جداکردن ویروس از مغز مورد یا بزاق و یا پوست ناحیه گردن و یا مشاهده اجسام نگری در سلول های عصبی مغز)

• اقدامات مورد نیاز در هنگام مراجعه فرد حیوان گزیده

- زدودن و خارج کردن ویروس هاری از محل زخم با شستشو با آب و صابون به مدت ۱۵ دقیقه برای هر زخم
- خارج کردن کف صابون از محل جراحت با فشار آب
- قطع یا برداشت کامل قسمت های نکروزه
- ضدعفونی کردن محل جراحت با الکل ۴۰ درجه یا بتادین ۱٪ و یا سایر مواد ضدعفونی کننده
- نبستن و بخیه نزدن محل زخم (تنها استثنا در مورد شریان های خونریزی دهنده است)
- تجویز آنتی بیوتیک مناسب با نظر پزشک
- تزریق واکسن ثلاث یا توام مشخصات

- ارجاع فرد حیوان گزیده به مرکز درمان پیشگیری هاری: ضروری است ضمن توضیح نشانی به مجروح حتما کاغذی حاوی نشانی مرکز هاری به مجروح تحویل دهید

نشانی مرکز درمان پیشگیری هاری: قم - خیابان امام - خیابان ۲۰ متری شهید بهشتی - روبروی کوچه ۶ - مرکز بهداشت شهرستان شماره دو - مرکز هاری
شماره تماس: ۳۶۶۳۰۵۴۰

- **زمان فعالیت مرکز هاری:** واحد هاری به صورت شبانه روزی حتی روزها تعطیل فعال می باشد؛ تا ساعت ۲۱ کشیک و از آن به بعد تا صبح کاری روز بعد به صورت آنکال می باشد.
- گزارش تلفنی و فوری مورد حیوان گزیده به مرکز هاری: نشانی و مشخصات مجروح به طور کامل، فوری و تلفنی به مرکز هاری
- **تزریق واکسن ضد هاری:** در حال حاضر دو روش به کار برده می شود، عضلانی و اینترادرمال
 ۱. روش عضلانی: نوبت های عضلانی در روزهای صفر- ۳- ۷ و ۱۴ در صورتی که حیوان مهاجم (فقط سگ و گربه) سالم و در دسترس باشد، ضمن شستشو، تزریق سرم و واکسیناسیون، باید ۱۰ روز حیوان را تحت نظر قرارداد؛ نوبت واکسیناسیون روز ۱۴ قطع خواهد شد.
 ۲. روش اینترادرمال: نوبت های اینترادرمال در روزهای صفر- ۳ و ۷ به صورت داخل جلدی و در هر بار مراجعه دو تزریق به مقدار ۰,۱ سی سی در دو عضو مختلف انجام می شود.

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو یک بیماری خونریزی دهنده تب دار حاد ویروسی است و موجب طغیان های شدید می گردد و تا ۴۰٪ موجب مرگ و میر می شود. اصولا این بیماری از طریق کنه ها و حیوانات اهلی به انسان منتقل می شود. انتقال انسان به انسان به دلیل تماس با خون، ترشحات بافت ها یا مایعات بدن بیمار آلوده اتفاق می افتد. میزبان های CCHF شامل طیف وسیعی از حیوانات اهلی و وحشی مانند گاو، گوسفند و بز می باشند. بسیاری از پرندگان به عفونت مقاومت دارند؛ اما شترمرغ حساس است. کنه های آلوده پس از گزش حیوانات موجب آلودگی آن ها می شوند و ویروس در داخل خون آن ها تا یک هفته باقی می ماند و در صورت گزش توسط کنه دیگر، چرخه (کنه - حیوان - کنه) تکمیل می شود. اگرچه گونه های مختلف کنه به وسیله ویروس CCHF آلوده می شوند، ولی گونه هیالوما ناقل اصلی می باشد.

مورد مشکوک: شروع ناگهانی بیماری با تب همراه با درد عضالت و خونریزی شامل: راش، پتشی، خونریزی از بینی و 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 و اقامت یا مسافرت در محیط روستایی که احتمال تماس با دام ها یا کنه وجود داشته باشد.

مورد محتمل: مورد مشکوک + ترومبوسیتوپنی که میتواند با لکوپنی یا لکوسیتوز همراه باشد. طبق جدول معیارهای تشخیصی بالینی تب خونریزی دهنده چنانچه جمع امتیاز ۱۲ و بیشتر شود به عنوان محتمل تلقی شده و تحت درمان قرار میگیرد.

مورد قطعی: وجود علائم مرحله مشکوک همراه با تشخیص قطعی آزمایشگاهی

• اقدامات مورد نیاز:

- کلیه موارد مشکوک باید ضمن گزارش فوری تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان، به صورت فوری به بیمارستان ارجاع داده شوند. اقدامات تشخیصی برای قرار دادن بیمار در گروه محتمل، پس از بستری در بیمارستان انجام می شود.
- جمع آوری و انتقال نمونه ها: نمونه سرم خون بیماران به تعداد ۳ عدد و به فواصل زمانی زیر تهیه می شود

نمونه اول بلافاصله بعد از تشخیص

نمونه دوم ۵ روز پس از نمونه اول و نمونه سوم ۱۰ روز بعد از نمونه اول

نمونه ها باید به اندازه ای باشد که پس از سانتریفیوژ حداقل 6CC سرم تهیه و در سه ظرف جداگانه مخصوص جمع آوری نمونه تفکیک شوند. این نمونه ها تحت نظر امور آزمایشگاه های استان و مرکز بهداشت استان تهیه و در شرایط زنجیره سرد به آزمایشگاه رفرانس کشوری (انستیتو پاستور ایران) ارسال می شود.

تب مالت

مورد مشکوک: وجود علائم کلینیکی سازگار با بیماری تب مالت همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوان مشکوک یا قطعی مبتال به بروسلوز یا فرآورده های آلوده حیوانی.

مورد محتمل: مورد مشکوکی که آزمایش رایت آن دارای تیترا مساوی یا بیشتر از ۱/۸۰ باشد.

مورد قطعی: مورد مشکوک یا احتمالی که با معیار تشخیصی های قطعی آزمایشگاهی همراه باشد.

بیماری تب مالت در انسان نشان دهنده گسترش بیماری در حیوانات است. معمولاً عفونت در انسان به تماس مستقیم با حیوانات آلوده یا فرآورده های آنها وابسته است. بیماری در تمام سنین وجود دارد؛ ولی وفور آن در سنین ۳۰ - ۲۰ سالگی می باشد. بیماری را نمی توان انحصاراً یک بیماری شغلی محسوب نمود؛ ولی شغل به عنوان یک عامل خطر در ابتلا به بیماری مطرح است. بیماری در تمام فصول وجود دارد؛ اما در فصل بهار و تابستان همزمان با فصل زایش و شیردهی دام ها بیشتر دیده می شود.

اقدامات مورد نیاز

- گزارش به مرکز بهداشت شهرستان
- پیگیری بیمارانی که از نظر بیماری تب مالت تشخیص داده شده اند و نظارت بر مصرف داروی آن ها
- آموزش به بیمار و اطرافیان در مورد مراقبت و راه های انتقال و پیشگیری از بیماری تب مالت
- هماهنگی با دامپزشکی برای شناسایی منبع عفونت و بررسی واکسیناسیون دام های منطقه .

روش های پیشگیری:

- از خوردن شیر حرارت ندیده و محصولات لبنی غیرپاستوریزه اجتناب شود: حرارت جوش (استریلیزاسیون) به مدت ۱ دقیقه یا پاستوریزاسیون ۶۸ (درجه سانتی گراد) به مدت ۱۵ دقیقه میکروکوکوس ملی تنسیس در شیرآلوده را نابود می کند؛ ولی برای اطمینان از حذف سایر میکروب ها از جمله باکتری سل، توصیه بر این است که شیر به مدت ۵ دقیقه در حرارت جوش قرار گیرد.
- پنیر تازه به مدت حداقل ۳ ماه در آب نمک نگهداری و سپس مصرف شود .

توجه: دوره های کوتاه درمان با داروهای ضد بروسلوز ممکن است به محو شدن موقتی نشانه های بیماری منجر شوند؛ اما برای درمان کامل کافی نیستند. درمان ناقص یکی از فاکتورهای منتهی به توسعه بروسلوز مزمن می باشند.

لیشمانیوز جلدی

یک بیماری انگلی و بومی ایران است که عامل آن گونه های لیشمانیا بوده و به وسیله پشه خاکی منتقل می شود. این بیماری معمولاً به صورت زخم پوستی تظاهر نموده و ممکن است تا بیش از یک سال طول بکشد و اسکار آن تا پایان عمر باقی می ماند.

لیشمانیوز جلدی در ایران به دو شکل است:

- **نوع شهری یا خشک:** که مخزن آن انسان است و سگ مخزن تصادفی است. عامل سالک نوع شهری لیشمانیا ترپیکا و پشه خاکی ناقل آن فلپوتوموس سرژنتی می باشد.

- **نوع روستایی یا مرطوب:** که مخزن آن عمدتاً جوندگان هستند. عامل سالک نوع روستایی لیشمانیا ماژور و پشه خاکی ناقل آن فلپوتوموس پاپتاسی می باشد.

بروز لیشمانیوز جلدی در کشور بر اساس گزارش دانشگاه ها در سال ۱۳۹۰ به میزان ۲۷ در صد هزار نفر جمعیت بوده است.

• تعاریف بیماری:

مورد مشکوک: وجود پاپول یا زخم پوستی منطبق بر علائم بالینی به ویژه در نقاط باز بدن که بیش از ۱۴ روز طول کشیده باشد.

مورد محتمل: مورد مشکوک به همراه وجود سابقه اپید میولوژیک در منطقه یا سابقه ابتلا به سالک در همان محل قبلی و احتمال عود آن.

مورد قطعی: دیدن انگل در گسترش تهیه شده از ضایعه پوستی و کشت مثبت انگل یا نتیجه مثبت آزمایشات تخصصی دیگر که در آزمایشگاههای تخصصی انجام می شود.

• اقدامات مورد نیاز

- **درمان بیمار:**

الف. در مواردی که بیمار اندیکاسیون درمان موضعی دارد تزریق موضعی ترکیبات آنتی موان ۵ ظرفیتی به صورت هفته ای یک بار و انجام کرایوتراپی با ازت مایع به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود.

ب. در مواردی که تعداد ضایعات بیش از ۵ عدد، ضایعه روی مفصل یا نزدیکی چشم، بینی یا لب، اندازه ضایعه بزرگتر از ۳ سانتیمتر، شکل ضایعه اسپوروتریکوئید یا مورد عود یا شکست درمان وجود داشته باشد، درمان به شکل سیستمیک انجام می شود

ج. در خصوص زخم هایی که فاقد اندیکاسیون درمان است توصیه می شود فقط با گاز استریل پانسمان شوند.

مراکز سالک در استان قم: در شهر قم مرکز جامع سلامت امام رضا(ع)

سایر مراکز از جمله قنات و قمرود و دستجرد، تشخیص و درمان را در خارج از شهر قم به عهده دارند

نکته: آزمایش، تشخیص و درمان سالک رایگان است.

مالاریا

در حال حاضر، در نتیجه اجرای نیم قرن برنامه های موفق پیشگیری و کنترل، انتقال محلی مالاریا فقط در نواحی محدودی از کشور ایران (استان های جنوب و جنوب شرقی کشور) رخ می دهد و انتشار و انتقال محلی بیماری در سطح کشور به قریب ۳۰ شهرستان که در استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و کرمان واقع شده اند، محدود می شود .

هدف نهایی برنامه حذف مالاریا: در افق ۱۴۰۰ توقف انتقال محلی بیماری طی سه برنامه پنج ساله می باشد. حذف مالاریا یعنی اینکه میزان بروز مالاریا یک مورد به ازای هر هزار نفر جمعیت در سال باشد.

• تعاریف بیماری:

مورد مشکوک: هر بیمار با علائم از قبیل تب، لرز، ضعف عمومی و درد عضلانی به همراه سابقه مسافرت به مناطق دارای انتقال محلی موارد مالاریا طی یک ماه گذشته، مورد مشکوک تلقی می شود.

مورد قطعی: هر مورد مشکوک که دارای لام خون محیطی مثبت از نظر وجود انگل مالاریا یا نتیجه مثبت کیت تشخیص سریع مثبت باشد، مورد قطعی در نظر گرفته می شود.

• اقدامات مورد نیاز:

- گزارش فوری هر مورد مالاریای تایید شده توسط لام خون محیطی یا کیت تشخیص سریع به مرکز بهداشت شهرستان الزامی است.

- در صورت مواجهه یا تبادل جمعیت به ویژه در مورد افغانه، پاکستانی ها و سایر ملیت های مهاجر ضمن اعلام فوری موضوع به مرکز بهداشت شهرستان، مراقبت از منطقه و جمعیت مهاجرین به صورت تهیه لام خون یا انجام تست های سریع و چهار بار تکرار آن به فاصله یک هفته انجام می شود

- نمونه گیری با کیت های تشخیص سریع و یا لام نمونه گیری انجام می شود .

- درمان در کمتر از ۲۴ ساعت پس از بروز اولین علائم

- تهیه لام های تعقیب: باید از تمام بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپاروم یا عفونت توأم (فالسیپاروم و ویواکس) در روزهای صفر، ۳، ۷، ۱۴، ۲۱ و ۲۸ لام خون محیطی تهیه گردد

مراکز مالاریا در استان قم:

مرکز امام رضا (ع) تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان دو، تنها قطب تشخیص لام محیطی مالاریا می باشد.

سایر مراکز در شهر و روستا: در صورت مراجعه بیمار، وظیفه نمونه گیری، ارسال فوری و در همان روز لام خون محیطی تهیه شده به همراه نمونه به مرکز امام رضا، گزارش تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان مربوطه، همکاری کامل با کارشناس مرکز مالاریا (تکمیل فرم، پیگیری نتیجه آزمایش و تکمیل درمان بیمار، بررسی اطرافیان و ...) می باشد

نکته: ضروری است هر بهورز و مراقب سلامت، از تمامی افرادی که به مناطق مالاریاخیز سفر داشته اند صرف نظر از ملیت فرد (ایرانی یا خراجی) بلافاصله نمونه گیری نمایند،

• مناطق مالاریاخیز:

ایران: سه استان سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان

خارج از کشور: پاکستان، افغانستان، هند، کشورهای افریقایی و آمریکای جنوبی+ هر بیماری که علامتی از مالاریا بروز می دهند.

ایدز

پاندمی ایدز بزرگ ترین چالش قرن پس از جنگ جهانی دوم می باشد. ایدز بیماری سندرمیک و نشان دهنده مراحل آخر ابتلا به ویروس نارسایی ایمنی انسان (HIV) است. میزان کشندگی نزد افراد مبتلایی که تحت درمان مؤثر ضد رتروویروسی قرار نمی گیرند بسیار زیاد است . الزام است افراد زیر برای انجام مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری به ارجاع شوند:

- مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکا جنسی آنان (حدود چند درصد از موارد انتقال HIV از طریق مقاربت جنسی محافظت نشده می باشد)
- افرادی که سابقه رفتارهای جنسی حفاظت نشده با افراد متعدد دارند و شرکای جنسی آنان
- افرادی که سابقه زندان دارند و شرکای جنسی آنان.
- افرادی که علایم بالینی مشکوک به این بیماری را دارند
- همسران افراد شناخته شده مبتلا
- فرزندان متولد شده از مادران مبتلا
- مبتلایان به بیماری های آمیزشی.
- مبتلایان به سل در مناطق توصیه شده و یا مسلولینی که در خطر ابتلا به HIV قرار دارند.
- بیماران مبتلا به هیپاتیت های ویروسی به ویژه هیپاتیت C
- افراد با مواجهه شغلی (مثل پرستاران- کارکنان آزمایشگاه و..)
- افراد در مواجهه با وسایل تیز و برنده آلوده (نظیر تیغ و سرسوزن آلوده و..)

نشانی مرکز مشاوره بیماری های رفتاری: قم- نیروگاه- میدان نبوت - روبروی امامزاده سید معصوم
شماره تماس: 38618008 و 38618700

زمان فعالیت مراکز جامع سلامت و مرکز مشاوره بیماری های رفتاری: ساعات اداری
افراد با عوامل خطر بالا در ساعات غیراداری و تعطیلات به مرکز آموزشی درمانی کامکار بخش کنترل عفونت مراجعه نمایند.

نکته:

- با توجه به این که از بدو ورود ویروس به بدن تا رسیدن سطح آنتی بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش ممکن است بین دو هفته تا چند ماه طول بکشد، در افرادی که رفتارهای پرخطر دارند اما نتیجه تست منفی است، الزام است هر سه ماه آزمایش تکرار شود .
- درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد و نتیجه آزمایش به صورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود .
- تشخیص قطعی HIV با آزمایش الایزا انجام می شود.
- در نوزادان زیر ۱۸ ماهگی الایزای مثبت ارزش تشخیصی ندارد و باید از روش PCR استفاده کرد.
- کلیه افراد دارای عوامل خطر باید برای دریافت مشاوره و آزمایش اچ آی وی به مراکز جامع سلامت/مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شوند

- ممکن است تست بررسی اولیه یا تست سریع در منطقه محل فعالیت شما وجود داشته باشد که در صورت مثبت شدن بایستی جهت انجام آزمایشات تکمیلی به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری مراجعه نمایید (تست سریع ایدز مثبت لزوماً به معنی ابتلا به HIV/ایدز نمی باشد و تایید آن فقط از طریق آزمایشات تکمیلی الایزا می باشد)
- کلیه موارد اثبات شده ابتلا به اچ آی وی باید برای دریافت خدمات پیشگیری، مراقبت های دوره ای و درمان های لازم به مرکز مشاوره بیمار یهای رفتاری ارجاع شوند.
- کلیه خدمات مشاوره و آموزش، آزمایش، مراقبت و تحویل وسایل پیشگیری در این مرکز رایگان بوده و اطلاعات مراجعین محترم کاملاً محرمانه است.

بیماری سل

بیماری سل در اثر میکوباکتریوم توبرکلوزیس ایجاد می شود و قادر است هر یک از بافت های زنده بدن را درگیر کند. در حال حاضر تقریباً یک سوم جمعیت جهان به میکروب این بیماری آلوده بوده و لذا در خطر ابتلا به بیماری فعال سل قرار دارند. آلودگی همزمان به ویروس ایدز خطر ابتلا به بیماری سل را به طور معناداری افزایش می دهد. همزمان، مقاومت چند دارویی که نتیجه مدیریت ضعیف درمان سل است مشکلی جدی و روبه فزونی در بسیاری از کشورهای جهان می باشد. بیماری سل دارای مرتبه دهم در بار جهانی بیماری ها است.

مهم ترین علامت ابتلا به سل ریوی سرفه بیش از ۲ هفته می باشد.

• اقدامات کلی

- نمونه گیری خلط: در حال حاضر فقط دونمونه گرفته می شود
- الف.** نمونه اول در اولین مراجعه بیمار و زیر نظر کارکنان بهداشتی دریافت می شود
- ب.** نمونه دوم در همان روز اول یک ظرف خلط به بیمار داده می شود تا فردا صبح زود خلط صبحگاهی خود را در آن جمع آوری کرده و به واحد بهداشتی بیاورد .
- زمان ایده آل ارسال نمونه به آزمایشگاه ۷۲ ساعت از نمونه آخر می باشد، ارسال نمونه به آزمایشگاه نباید بیشتر از یک هفته به طول بینجامد، آزمایشگاه ظرف ۲۴ ساعت باید نتیجه نمونه را تعیین و گزارش نماید.
- ج.** درمان بیماران شناسایی شده پس از تشخیص هر مورد ابتلا به سل (اعم از ریوی یا خارج ریوی)-تعیین گروه درمانی و رژیم دارویی صحیح مهم است. درمان معمولاً به مدت ۶ ماه می باشد که ۲ ماه آن مرحله حمله ای با ۴ داروهای ایزونیازید-ریفامپین-تامبوتول-پیرازینامید و ۴ ماه با ۲ داروی ایزونیازید و ریفامپین است.
- مهمترین راه پیشگیری از بیماری سل در جامعه، کشف بیماران مسلول ریوی اسمیر مثبت و درمان آنها می باشد.
- بیمار در مرحله حمله ای ۲ هفته یکبار و در مرحله نگهدارنده ماهی یکبار توسط پزشک از نظر وضعیت بیماری و عوارض دارویی و توزین بیمار بررسی می شود .
- بیماران مسلول ریوی در ابتدا و انتهای درمان نیاز به بررسی رادیو گرافی دارند .
- اتمام درمان بیماران مسلول خارج ریوی با دستور پزشک متخصص تشخیص دهنده بیماری انجام می شود.

- پایش حین درمان از طریق توزین بیمار و تهیه نمونه خلط در پایان دوره حمله ای، درمان برای مبتلایان به تمامی انواع سل و نیز حداقل دو نوبت نمونه گیری آزمایش اسمیر خلط مجدد در طی مرحله نگهدارنده، درمان برای موارد مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت می باشد.
- پس از شناسایی مورد مسلول، باید بررسی افراد در تماس با بیمار حداکثر ظرف ۷ روز پس از شروع درمان بیمار انجام شده باشد .
- افراد در معرض خطر بالا و دارای اندیکاسیون دریافت درمان پیشگیری
- شیرخواران مادران مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت.
- کلیه کودکان کمتر از ۶ سال که در معرض تماس نزدیک با بیماران مبتلا به سل مسری بوده اند؛ ولی ابتلا به بیماری سل فعال در آنها رد شده است .
- آن دسته از افراد در تماس نزدیک با بیماران مبتلا به سل مسری که دریافت کننده داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی (نظیر کورتیکواستروئید طولانی مدت، داروهای شیمی درمانی، داروهای ضد رد پیوند یا آنتاگونیست های) $TNF\alpha$ بوده اند، ولی ابتلا به بیماری سل فعال در آنها رد شده است .
- افراد $HIV+$ به شرط رد ابتلا به بیماری سل فعال اطرافیان بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت، سل حنجره و کودکان مسلول در زمره گروه هایی هستند که باید تحت بیماریابی فعال سل قرار گیرند .
- بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت و سل حنجره در صورت حساس بودن به داروهای ضد سل نیازمند
- ایزوالاسیون تنفسی به مدت حداقل ۲ هفته از آغاز درمان هستند .

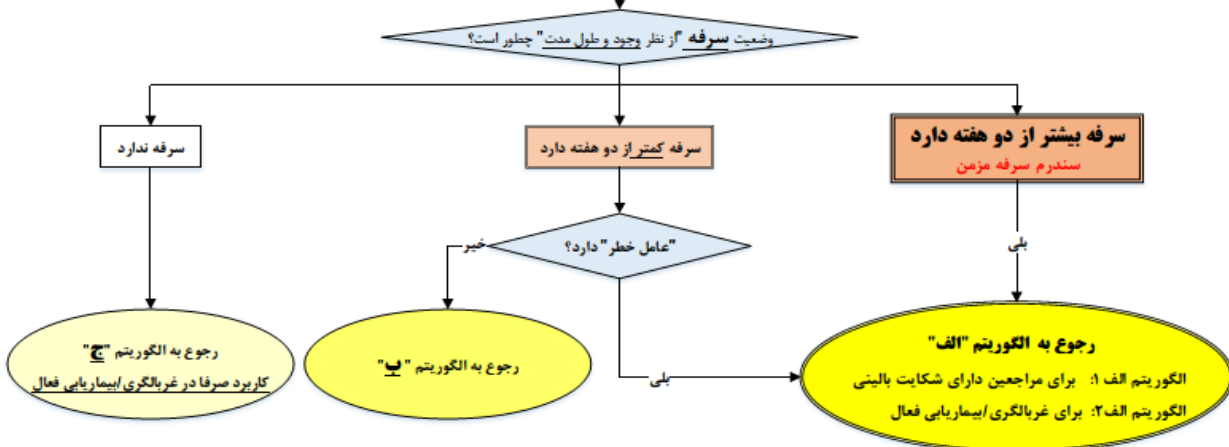
• معیار های پنج گانه تشخیص سل در کودکان:

- ۱- سابقه تماس با بیمار مسلول ریوی اسمیر مثبت
- ۲- گرافی قفسه سینه
- ۳- تست توبرکولین (PPD)
- ۴- علائم بالینی
- ۵- شیره معده

نکته: در صورتی که ۳ معیار از ۵ معیار فوق مثبت باشد کودک بیمار محسوب شده و باید تحت درمان سل قرار گیرد. کودک زیر ۶ سال در تماس نزدیک با بیمار مبتال به سل ریوی عفونت زا، در صورت داشتن تست پوستی توبرکولین بیشتر از ۵ میلی متر (در هر زمان از فرایند فوق باید درمان کامل شش ماه را اعم از درمان ضد سل کامل در صورت تائید سل فعال و یا دوره کامل ۶ ماهه درمان پیشگیری در صورت رد سل فعال) دریافت کند.

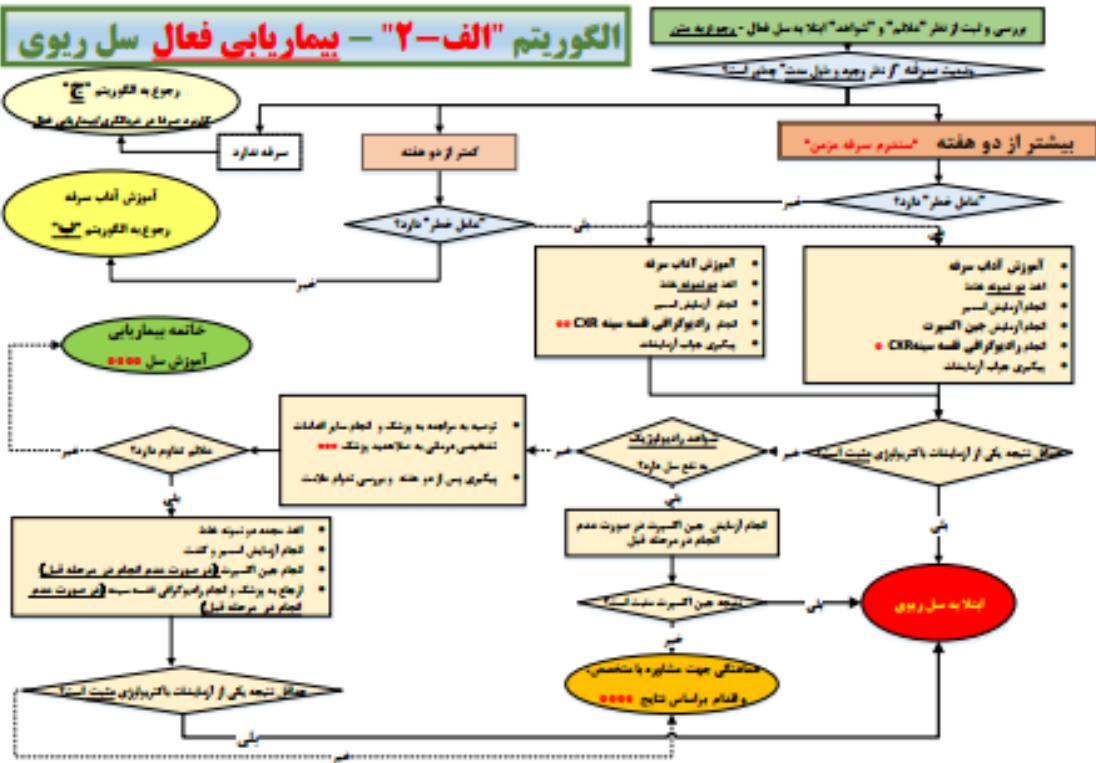
الگوریتم های تشخیص سل ریوی در یک نگاه

بررسی و ثبت از نظر "علائم" و "شواهد" ابتلا به سل فعال - رجوع به توضیحات زیر



توضیحات:

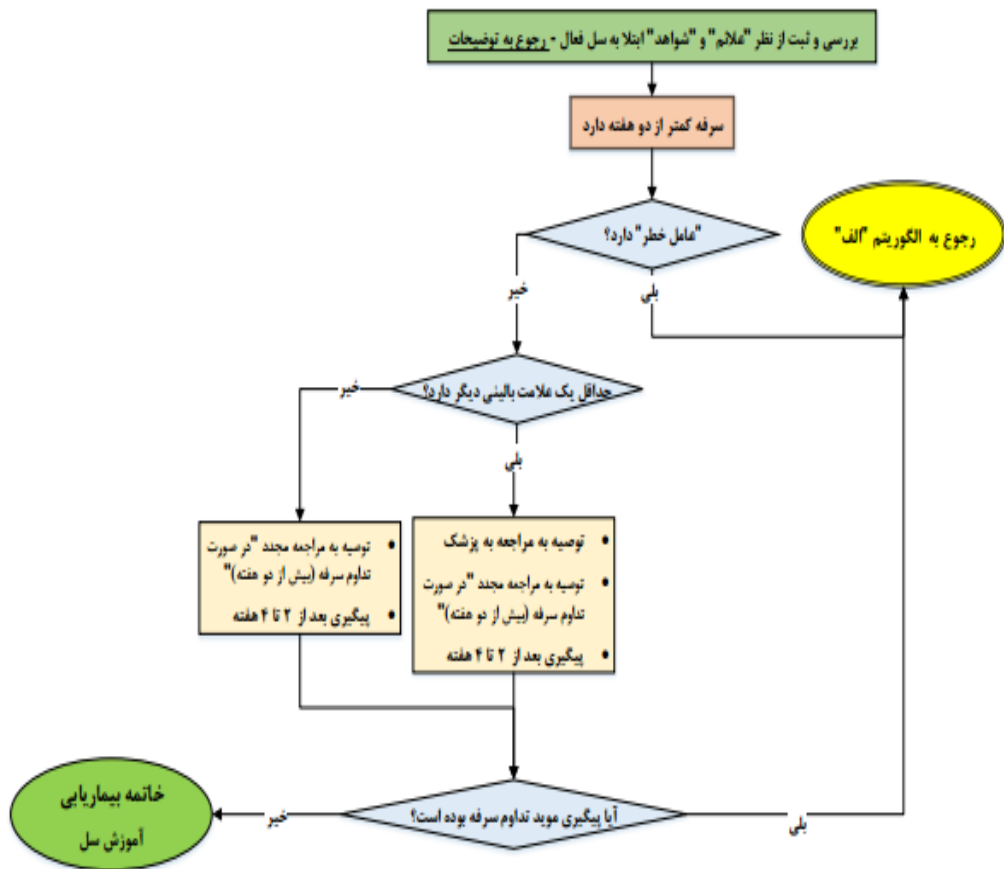
- فرآیند بیماریابی سل نباید صرفاً به پرسش در مورد سرفه طول کشیده محدود شود.
- در بیماریابی سل لازمست وجود 7 علامت و نشانه بالینی (شامل سرفه، خلط (و بویژه خلط خونی)، تب، تعریق شبانه، کاهش وزن، تنگی نفس و درد قفسه سینه) و حداقل 6 عامل خطر / ریسک فاکتور (شامل سابقه تماس با بیمار مسلول، سابقه ابتلای قبلی به سل، سیلیکوزیس، افراد کاندید دریافت پیوند عضو یا مغز استخوان، انجام همودیالیز، ابتلا به بیماریها یا مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی) ارزیابی و ثبت شود.
- در الگوریتم های جدید، اخذ دو نمونه خلط از هر فرد مشکوک به سل ریوی جایگزین شیوه قبلی (یعنی سه نمونه) شده است؛ و حداقل یکی از این دو نمونه باید خلط صبحگاهی باشد.



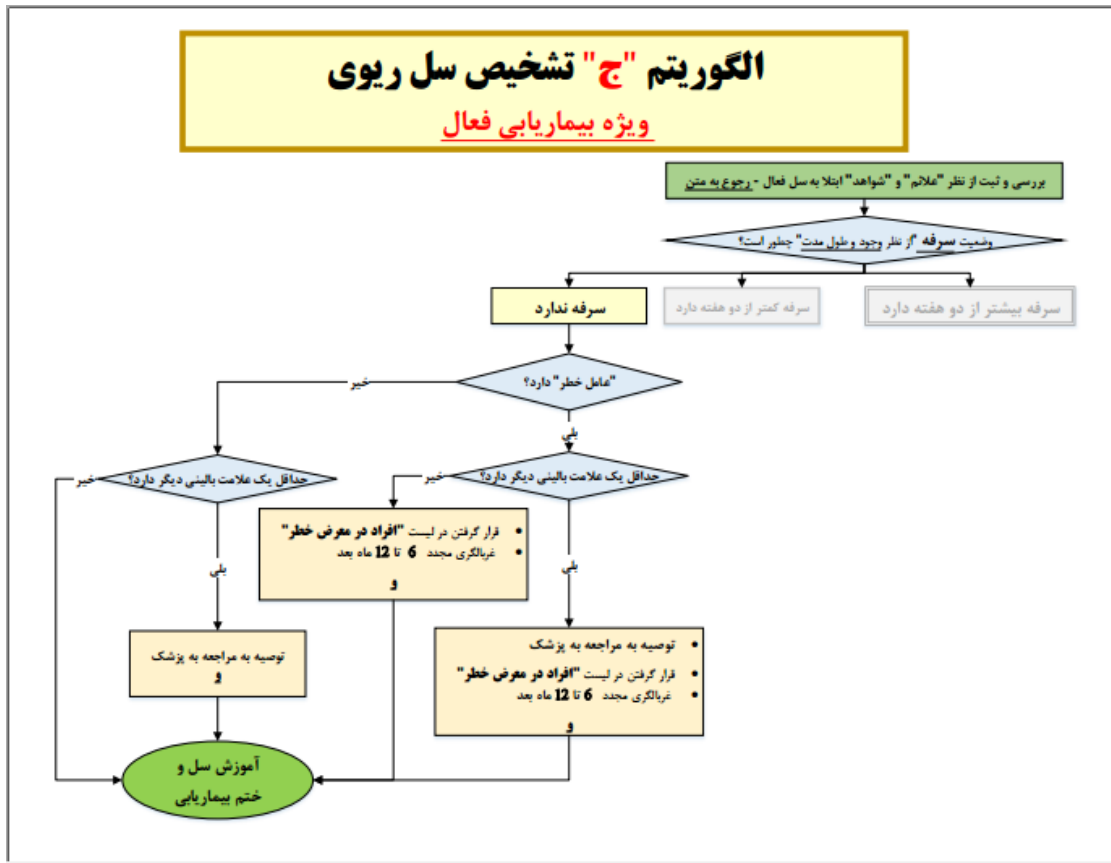
توضیحات الگوریتم الف-۲:

- قبل از اقدام به بیماریابی فعال در گروه های در معرض خطر تعریف شده در برنامه راهاندازی کشوری مبارزه با سل، لازمست زمینه صدور نسخه الکترونیک درخواست رادیوگرافی را فراهم سازید. این امر نیازمند حضور فیزیکی و با همکاری مجاری پزشک در برنامه بیماریابی است.
- انجام رادیوگرافی قفسه سینه برای موارد مشکوک به سل لازم شامل عطر" ، مشروط به فراهمی بستر و منابع مالی مورد نیاز می باشد.
- در این مرحله از فرآیند بیماریابی:
 - (۱) چنانچه تصمیم پزشک بر تجویز آنتی بیوتیک باشد، ضرورت دارد از تجویز داروهای ضد سل و کینولون ها اجتناب شود؛
 - (۲) چنانچه فرد مشکوک، به یکی از گروه های دارای "اندیکاسیون تشخیص و درمان سیستماتیک سل نهفته مندرج در راهنمای کشوری مبارزه با سل" تعلق دارد، با هدف کاهش تعداد مراجعات، انجام تست تشخیص سل نهفته توصیه می شود.
- چنانچه فرد مشکوک به یکی از گروه های دارای "اندیکاسیون تشخیص و درمان سیستماتیک سل نهفته مندرج در راهنمای کشوری مبارزه با سل" تعلق دارد، به محض آنکه فرآیند بیماریابی سل عاقلانه باید فرا نتیجه مشاوره با پزشک متخصص یا کمیته فنی دانشگاه شهرستان، ذیل بر فرآیند سل فعال باشد. لازمست بر اساس راهنمای کشوری مبارزه با سل، درمان سل نهفته تجویز و مدیریت شود.

الگوریتم "ب" تشخیص سل ریوی



الگوریتم "ج" تشخیص سل ریوی ویژه بیماریابی فعال



هیپاتیت های ویروسی B و C

هیپاتیت های ویروسی یکی از اصلیترین چالشهای سلامتی در جهان هستند که برای مقابله با آن، نیاز به پاسخ سریع است. هیپاتیتهای B و C برای مدت های مدید در سراسر جهان به عنوان قاتل خاموش مطرح بودند. این دو ویروس علت اصلی بیماری مزمن کبدی بوده که میتوانند به سیروز، سرطان کبد (کارسینوم هیپاتوسلولار) و مرگ منجر شوند. چنانچه پاسخ مناسب و سریع برای این بیماری وجود نداشته باشد، در 40-50 سال پیش روی، پیش بینی می شود که این بیماری بار زیادی را به اقتصاد سلامت جهان تحمیل خواهد کرد. شواهد خوبی در دسترس است که حذف هیپاتیت های ویروسی امکان پذیر است. بدین منظور، باید موارد جدید ابتلای به هیپاتیت های B و C تا 90 درصد کاهش یابد. از سوی دیگر دسترسی همگانی به درمانهای کلیدی تا 80 درصد افزایش یابد. این دسترسی میتواند باعث شود تا مرگهای مرتبط با هیپاتیت تا 65 درصد کم شود. پوشش بالای واکسیناسیون هیپاتیت B توانسته است بروز این بیماری را در جهان و نیز در ایران کاهش دهد. همچنین با کشف داروهای ضد ویروسی جدید، انقلابی در درمان مبتلایان به هیپاتیت C ایجاد شده است.

احتمال مواجهه عده زیادی از مردم با بیماری، فقدان علایم اختصاصی تشخیص بالینی، گرانی خدمات و آزمایشات تخصصی و ناآگاهی، هیپاتیت های ویروسی را یکی از معضلات بهداشتی درمانی اولویت دار در کشور نموده است. با توجه به استقرار مناسب نظام ارایه خدمات بهداشتی اولیه در کشور و تجربه موفق واحد های مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV/AIDS، شرایط مناسبی برای توجه بیشتر به این دو بیماری در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور فراهم می باشد

برنامه حذف هیپاتیت هم اکنون جزء اهداف سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است. بطوریکه تا به امروز ۱۵۰ کشور دنیا متعهد به حذف هیپاتیت های ویروسی تا سال ۲۰۳۰ میلادی شده اند. ایران نیز یکی از کشورهای متعهد به حذف هیپاتیت های ویروسی می باشد. متأسفانه بستر نظام شبکه کشور عمدتاً برای اقدامات پاسیو برای کنترل بیماریها طراحی شده است و امکان بیماریابی فعال (Active Case Finding) در آن تعریف نشده است. لازم به ذکر است که بیماری هیپاتیت های ویروسی در ایران عمدتاً در جمعیت های آسیب پذیر (Vulnerable)، در حاشیه (Marginalized)، در معرض خطر (At Risk) و پرخطر (High Risk) متمرکز است. که برای دریافت خدمات به دلایل متعدد مراجعه نمیکنند. رسیدن به اهداف حذف هیپاتیت در ایران نیاز به بازتعریفی خدمات در نظام شبکه کشور و لحاظ نمودن امکان بیماریابی فعال (ACF) در بستر نظام شبکه دارد تا این بیماران شناسایی و تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.

در بهترین حالت تنها ۱ نفر از هر ۱۰ نفر فرد مبتلا به هیپاتیت از بیماری خود آگاه بوده و می تواند به درمان دسترسی داشته باشد..

علیرغم اینکه ایران در حال حاضر جزو کشورهای با شیوع نسبتاً کمتر هیپاتیت C و B محسوب می شود، ولی میزان بروز سالیانه این بیماری در سال ۱۳۹۹ ۵,۹ در صد هزار، و هیپاتیت C ۲,۳ در صد هزار برآورد شده است. بر این اساس بار اقتصادی هیپاتیت B کشور در سال ۲۰۱۳ حدود ۴۵۰ میلیون دلار برآورد گردیده است. هزینه کشوری درمان سالیانه بیماران مبتلا به هیپاتیت B بالغ بر ۲۲۶ میلیون دلار بوده که هزینه دارو قسمت عمده ای از آن را شامل می شود.

• **هدف کلی:** شناسایی و مراقبت زودهنگام بیماران مبتلا به هیپاتیت ویروسی B و C در نظام شبکه سلامت

• **اهداف اختصاصی:**

- افزایش میزان دسترسی گروههای در معرض خطر بیماری و سایر گروههای هدف به خدمات آموزشی، مشاوره ای، تشخیصی، درمانی و مراقبت از بیماریهای هیپاتیت B و C
- تقویت نظام غربالگری هیپاتیت B و C
- شناسایی زود هنگام موارد ابتلا و پیشگیری از انتقال هیپاتیت B و C به اطرفیان و موارد تماس نزدیک
- درمان موارد تشخیص داده شده براساس پروتکل کشوری درمان هیپاتیت B و C
- تقویت نظام ثبت و گزارشدهی در سامانه های سطح یک
- پایش و ارزشیابی

• **گروه های هدف:**

(۱) کلیه افراد جامعه هدف (مبتلایان به زردی، معتادان تزریقی، زنان باردار و زنان و مردان با رفتارهای پرخطر جنسی، کودکان کار و خیابان) جهت دریافت آموزش، مشاوره و خدمات مراقبتی، حمایتی، درمانی هیپاتیت B و C (Passive Case Finding)

(۲) گروههای در معرض خطر و دارای رفتارهای پرخطر و ساکن در حاشیه شهرها و مراکز MMT، DIC (مراکز گذری کاهش آسیب)، VCT، زندان، و کمپ های ترک اعتیاد (Active Case Finding)

(۳) مبتلایان به هیپاتیت B و C و خانواده آنها

- ۴) افراد در معرض مواجهه شغلی
- ۵) بیماران خاص و دریافت‌کنندگان خون و فرآورده های خونی
- ۶) کلیه زنان باردار

• محل های ارائه خدمات

خانه بهداشت، پایگاه سلامت، مرکز خدمات جامع سلامت، مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری (موارد عفونت همزمان هپاتیت C و HIV، پایگاه بهداشتی کاهش آسیب (DIC)

- نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت: تیم سلامت شامل بهورز، ماما، مراقب سلامت، مراقب سلامت ناظر، پزشک عمومی دوره دیده
- خدمات پاسیو(غیر فعال)

- پذیرش افراد مبتلا به هپاتیت معرفی شده از سایر بخشها و مراکز مرتبط با گروههای هدف(همانند زندانها، VCT، DIC، بهزیستی، آزمایشگاه، بیمارستانها، مطب ها، انتقال خون و ...)
- پذیرش مستقیم فرد مشکوک به ابتلا به هپاتیت
- انجام مشاوره انجام خدمات تشخیصی (با استفاده از کیت تشخیص سریع هپاتیت) و درمان بر اساس گایدلاین درمان هپاتیت B و C .
- مشاوره و آموزش دوره ای فرد مبتلا به هپاتیت دارای پرونده الکترونیک توسط بهورز، مراقب سلامت یا ماما، مراقب ناظر
- مشاوره و آموزش خانواده و افراد در تماس نزدیک فرد مبتلا به هپاتیت
- پیگیری دوره ای خانواده و افراد در تماس نزدیک در تاریخ های مشخص شده
- ارائه مشاوره در موارد آسیب با سر سوزن به همکاران و مراجعین بر اساس پروتکل احتیاطات استاندارد
- پیگیری دوره ای کیفیت مراقبت و درمان فرد مبتلای شناسایی شده
- ارجاع فرد مبتلا به هپاتیت به پزشک عمومی دوره دیده (شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت) جهت شروع دریافت خدمات درمانی مطابق با گاید لاین کشوری درمان هپاتیت های ویروسی B و C، در صورت نیاز و ثبت سوابق

• خدمات اکتیو(فعال)

- مراجعه مستقیم برای انجام غربالگری و بیماریابی فعالانه افراد در معرض خطر در مراکز همانند، زندانها، VCT، MMT، مراکز بهزیستی، آرایشگاه ها و جمعیت های در معرض خطر نظیر جمعیت زنان آسیب پذیر^۱(CSW) و مردان آسیب پذیر^۲(MSM)
 - غربالگری فعالانه از خانواده و افراد در تماس نزدیک فرد مبتلا شناسایی شده
 - پیگیری فعالانه و هماهنگی جهت واکسیناسیون دانشجویانی که واکسن هپاتیت B دریافت نکرده اند و کارکنان بهداشتی درمانی و سایر اصناف، مطابق با دستورالعمل کشوری برنامه ایمن سازی
- تبصره:** تشخیص اولیه و درمان بیماران گروههای ذیل، با استفاده از داروهای هپاتیت C اختصاص داده شده به دانشگاههای کشور، به صورت رایگان انجام می شود.

۱) افراد بی بضاعت و معتاد، و مبتلایان به عفونت همزمان هپاتیت C و HIV

۲) زنان سرپرست خانواده

1. Commercial Sex Worker

2. Men Who Have Sex with Men

۳) افراد تحت تکفل پوشش کمیته امداد و بهزیستی

۴) زندانیان بی بضاعت

۵) معلولین جسمی یا روانی بی بضاعت

پدیکولوزیس:

شپش های انسانی حشراتی کوچک، بدون بال و خونخوار هستند. شپش ها می توانند سر، تن یا عانه را در انسان آلوده کنند. تخم شپش، رشک نام دارد که بیضی شکل، سفید رنگ و به اندازه ته سنجاق است و بر حسب نوع، به مو و درز لباس ها می چسبند. انتقال شپش انسان فقط از انسان به انسان ممکن است و هیچ موجود دیگری نمی تواند به عنوان مخزن عمل کند. مدت زمان زنده ماندن شپش تن ۷-۱۰ روز، شپش سر ۹ ساعت و شپش عانه کمتر از ۲۴ ساعت است.

• انواع شپش انسانی عبارتند از:

۱. شپش سر = *Pediculus humanus capitis*
۲. شپش تن = *humans Pediculus humanus*
۳. شپشک عانه = *Phthirus Pubis (crablice)*

• تعاریف:

مورد مشکوک: وجود خارش در یکی از نواحی سر، تن یا عانه در جامعه آلوده به شپش.
مورد احتمالی: وجود ضایعات به صورت خراش جلدی با یا بدون عفونت و وجود آدنوپاتی موضعی در ناحیه پشت گوش و گردن (در آلودگی به شپش سر)، وجود خراش های موازی بین دو کتف بر روی شانه) در آلودگی به شپش تن (و دور ناف و ناحیه عانه) در آلودگی به شپش عانه (و مشاهده رشک در نواحی مودار بدن)

مورد قطعی: مشاهده رشک یا شپش همراه با مشخصات بالینی فوق.

• تشخیص های افتراقی

- شپش سر: شوره و پوسته ریزی
- شپش تن و عانه: اگزما، فولیکولیت، ضایعات قارچی

• درمان شپش

درمان شپش سر

۱. شستشوی مرتب سر با شامپو های معمولی و آب گرم، تعداد شپش های بالغ را کاهش می دهد. در موارد آلودگی به انواع شپش، اساس درمان متأثر از رعایت دقیق اصول بهداشت فردی، دسترسی و انجام استحمام منظم، امکان تعویض مرتب و صحیح البسه است. ضروریست در کلیه موارد آلودگی، مراتب به واحدهای بهداشتی گزارش و اعضای خانوار فرد آلوده و سایر موارد تماس نزدیک از قبیل همکلاسی های وی نیز معاینه و درمان شوند. بدیهی است که گزارش موارد آلودگی به شپش تن به سطح بالاتر نظام شبکه تا سطح ملی بایستی به صورت تلفنی و نمابر انجام گیرد. در درمان آلودگی به انواع شپش بایستی درمان اپیدمیولوژیک (شناسایی منابع و مخازن آلودگی از طریق بررسی اعضا خانواده و موارد تماس و درمان دسته جمعی آنها) به عنوان زیر بنای عملکرد کنترلی مورد توجه قرار گیرد. در این درمان ضروریست شانه، برس، کلاه، روسری، مقنعه و چادر نماز مشترک، بالش، ملحفه و سایر وسایل شخصی که در انتشار آلودگی نقش دارند نیز از نظر انهدام رشک و شپش، مورد توجه

قرار گیرند. در کلیه موارد، بایستی افراد درمان شده یک تا دو هفته بعد از درمان اولیه تحت درمان مجدد قرار گیرند. ضمناً تاکید می گردد در آموزش مراقبت افراد آلوده به ویژه دانش آموزان، به مسایل روانی و اجتماعی فرد آلوده و خانواده وی توجه شود و از هر گونه توهین و آزار روانی پرهیز گردد.

۲. رشک زدایی: هیچ یک از ترکیبات ضد شپش، توان جداسازی رشک ها (تخم های شپش) را از موها ندارند؛ لذا لازم است با استفاده از روش زیر نسبت به جدا کردن رشک ها از مو اقدام شود:

- مخلوط آب و سرکه به نسبت ۵۰٪ تهیه شود؛ اضافه کردن یک پیمانه آب به یک پیمانه سرکه،

ترجیحاً سرکه سفید بهداشتی.

- مخلوط آب و سرکه، مستقیماً بر روی تمامی موها مالیده و ماساژ داده شود.

- بعد از ۲۰-۳۰ دقیقه با آب فراوان و شانه دندانه ریز شستشو شود.

۳. شپش زدایی: با استفاده از مواد شپش زدا (شامپو یا لوسیون) نسبت به حذف شپش اقدام شود.

الف. شامپوی پرمترین 1٪

ابتدا موها را با شامپوی معمولی شستشو داده شود، پس از اینکه آب موها گرفته شد (موها مرطوب باشد)، الزم است تمامی موها و کف سر فرد آلوده کاملاً به شامپوی پرمترین آغشته گردد. موهای آغشته به شامپو پس از ۱۰ دقیقه با آب فراوان شسته شود؛ سپس با شانه دندانه ریز و زیر فشار آب نسبت به حذف شپش های مرده و رشک اقدام گردد. توصیه می شود یک هفته بعد، درمان تکرار شود.

نکته: لازم به ذکر است این مشتقات باعث مسمومیت نمی شود و اثر ابقایی بر موهای سر دارد و اثر آن تا یک هفته در مو باقی می ماند.

ب. لوسیون دایمتیکون 4٪:

لوسیون دایمتیکون، روغنی گیاهی است که مصرف دارویی دارد و به عنوان ضد نفخ استفاده می شود. این لوسیون با مکانیسم ایجاد پوشش کامل اطراف شپش و خفه کردن آن، آلودگی به شپش سر را برطرف می نماید. دایمتیکون یک داروی شیمیایی نیست و بر اساس مطالعات انجام شده عوارض جانبی قابل ملاحظه ای برای آن گزارش نشده است؛ از طرفی هیچگونه منع مصرفی برای گروه های مختلف سنی از جمله کودکان زیر دوسال و زنان باردار ذکر نشده است.

• طریقه مصرف لوسیون دایمتیکون:

ابتدا باید از ریشه تا نوک موهای خشک به لوسیون دایمتیکون ۴٪ آغشته شود (موها نباید خیس یا مرطوب باشد). باید دقت نمود که تمامی پوست سر کاملاً توسط لوسیون پوشانده شود. پس از ۸ ساعت، بایستی موها را با شامپوی معمولی شستشو داده، زیر فشار آب به کمک شانه دندانه ریز، شپش های مرده و تخم شپش ها را از موها جدا نمود. برای اطمینان از درمان، می توان یک هفته بعد نیز استفاده از لوسیون را مجدداً تکرار کرد. ضمناً لازم است در صورتیکه فرد یا افراد دیگری در خانواده، آلوده شده اند به همین روش و به طور همزمان درمان شوند.

نکته: کوتاه نمودن موها در درمان شپش تاثیری ندارد ولی برای تسهیل در امر شانه کردن و رشک زدایی کمک کننده است؛ در این خصوص لازم است توصیه شود قبل از کوتاه کردن مو، آرایشگر از آلودگی فرد به شپش مطلع گردد تا باعث انتشار آلودگی در آرایشگاه نشود یا می توان در منزل نسبت به کوتاه کردن مو اقدام نمود.

۱. پس از خشک شدن موها نسبت به جداسازی تک تک رشک ها با انگشت اقدام شود.

۲. شپش زدایی از محیط

- در خارج از شرایط خاص می توان با استفاده از جاروبرقی نسبت به حذف شپش از فرش، مبل و سایر لوازم منزل اقدام کرد.

- گندزدایی لباس ها و زدودن تخم و شپش بالغ از لباس افراد؛ در درمان آلودگی به شپش تن، این روش در اولویت قرار دارد و الزام است قبل از هر فعالیتی نسبت به تعویض یا شستشوی لباس ها به یکی از طرق زیر اقدام نمود:

۱. قرار دادن البسه در کیسه پالستیکی و نگهداری کیسه دور از محل تردد افراد به مدت حداقل

۱۰ روز

۲. شستن در دمای ۵۰-۶۰ درجه به مدت ۱۰ دقیقه در ماشین رختشویی یا جوشاندن لباس ها به مدت چند دقیقه

۳. شستن با آب و پودرهای رختشویی معمولی، خشک کردن در آفتاب و سپس اتو کردن آنها بخصوص اتوکشی درزهای البسه - وسایل شخصی و پوششی نظیر کلاه، روسری و امثال اینها بایستی با در حرارت بالا شسته و خشک شوند (ترجیحا در ماشین لباسشویی)

• توصیه های بهداشتی مهم برای مبارزه با آلودگی به شپش

- برای مبارزه با شپش بایستی به طور کامل شکل ظاهری، رفتار و خصلت های آن را شناخت و به جامعه آموزش داد.

- رعایت بهداشت فردی مهم ترین تاثیر را در پیشگیری از آلودگی به شپش دارد.

- استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس، شانه، لباس، روسری، کلاه و دیگر وسایل شخصی از اصول مهم پیشگیری از شپش است.
- در شرایط گسترش آلودگی به شپش تن، آموزش به مردم در مورد شستشوی لباس و ملحفه در آب جوش، استفاده از ماشین لباسشویی و خشک کن، اتو کردن منظم لباس، به ویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک مهم می باشد.

- پرهیز از تماس لوازم شخصی و لباس های افراد آلوده و عدم استفاده از وسایل شخصی مانند کلاه، شانه، برس و سایر وسایل دیگران بایستی به طور مداوم به مردم آموزش داده شود .

- در موارد آلودگی بسیار شدید، شپش سر حتی از طریق پشتی صندلی اتومبیل و اتوبوس، سالن های اجتماعات و سمینارها نیز قابل انتقال است و بایستی به مردم آموزش داده شود. با توجه به مطالب فوق، احتمال آلوده شدن کودکان با سطح بهداشت فردی نامطلوب نیز در شرایط همه گیری وسیع وجود دارد .
- در هنگام ورزش و بازی و سایر فعالیت ها، به علت گرما و تعریق بدن، شپش تن لباس را ترک کرده، در نتیجه افراد و دانش آموزان همجوار را آلوده می سازد .

- مهم ترین امر در مهار شپش دانش آموزان عبارتست از بازدید مرتب موی سر آنها توسط معلمین و مربیان بهداشتی مدارس و ارجاع سریع موارد آلوده به واحدهای بهداشتی درمانی برای درمان فرد آلوده به همراه خانواده و اطرافیان وی. طول موی سر در آلوده شدن به شپش سر نقشی ندارد و امروزه در صورت رعایت مسایل بهداشت فردی و دسترسی به درمان مناسب، کوتاه کردن موی سر ضروری نیست.

- پس از انجام درمان ضدشپش، احتمال انتقال آلودگی از بین می رود؛ لذا نیازی به جداسازی دانش آموزان نیست.

با توجه به اینکه آلودگی به پدیکولوز، بیماری محسوب نمی شود و شپش سر نیز هیچ بیماری واگیری را منتقل نمی کند؛ لذا غربالگری پدیکولوزیس، جزء سیاست های جاری مراقبت از بیماری های کشور نیست. در صورتی که در مراکز تجمعی مانند مدارس، مهدکودک ها، پادگان های نظامی، زندان ها، آسایشگاه های سالمندان و معلولین، خوابگاه های شبانه روزی و... موارد آلودگی پیدا شود، لازم است افراد آلوده، خانواده های آنان و سایر موارد تماس، مورد بررسی و معاینه قرار گیرند و آموزش های ضروری و درمان صحیح و مناسب، صورت پذیرد .

- در مدارس شهری دارای مراقب سلامت، بررسی و شناسایی پدیکولوزیس توسط مربی بهداشت بر اساس بسته آموزشی انجام میشود و در مدارس شهری فاقد مربی بهداشت، در صورت بروز اپیدمی و شرایط اضطراری، تشخیص اپیدمی و شرایط اضطراری به عهده دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و سازمان آموزش و پرورش در سطح استان ها است و اقدامات لازم برای کنترل آلودگی، با هماهنگی و نظارت کارشناسان سلامت آموزش و پرورش، بهداشت مدارس و مبارزه با بیماری های مرکز بهداشت، از طریق تشکیل تیم سلامت پیگیری خواهد شد .

- در موارد آلودگی به انواع مختلف شپش در صورت عدم رعایت اصول بهداشت فردی و محیط و عدم درمان صحیح و مناسب، موارد عود به وفور مشاهده می شود. ضمناً آلودگی به پدیکولوزیس مصونیت ندارد

گال

انتقال بیماری از طریق تماس پوستی رخ می دهد. خارش مهمترین یافته بالینی است که در شب هنگام و در محیط گرم از شدت بیشتری برخوردار است. چند شکلی بودن ضایعات، ویژگی خاص بیماری است و ضایعات اولیه در مدت کوتاهی به علت خاراندن تخریب می شوند. اغلب در انتهای کانال، وزیکول به صورت یک نقطه تیره رنگ به چشم می خورد که محل زندگی مایت ماده است. ضایعات معمولاً روی مچ، کنار دست ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، اسکروتوم، آلت تناسلی مردان، زیر بغل و پستان ها را درگیر می کند. تشخیص گال: وجود تظاهرات بالینی و ابتلا چند نفر از یک جمع می تواند کلید تشخیص باشد؛ ولی تشخیص قطعی گال با بررسی میکروسکوپی و شناسایی مایت، تخم یا مدفوع آن انجام می گیرد. ضایعات در کودکان در کف دست و پا مشاهده می شود و در شیر خواران و افراد مسن سر و گردن را ممکن است

• درمان:

با رعایت اصول درمان صحیح بیماران و موارد تماس بیماری گال به راحتی درمان میشود. کسانی که در تماس نزدیک با افراد آلوده داشته اند باید بدون توجه به وجود یا فقدان تظاهرات بالینی به طور هم زمان درمان شوند.

برای درمان علامتی خارش در دو نوع گال از آنتی هیستامینها می توان استفاده کرد.

- کرم پرمترین ۵٪ که از اثر بالا و سمیت کم برخوردار است برای درمان با این کرم لازم است بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن، کرم پرمترین را از چانه تا نوک انگشتان پا مالید باید دقت کرد که پوست بدن از جمله وسط انگشتان دست و پا، مچ ها و زیر بغل کاملاً به کرم آغشته شود و پس از ۸-۱۲ ساعت بدن از سر به پایین تنه با شامپو و صابون شسته شود و ملحفه ها و لباسها تعویض شوند درمان به روش فوق یک هفته بعد باید تکرار کرد.

شستشوی پوست با پودر لباسشوئی یا صابون محرک و استعمال خودسرانه پمادهای کورتون (مثل بتامتازون، کلوبتازول و ...) ممکن است باعث بدتر شدن بیماری شود.

لباسها، ملحفه و حوله هایی را که در ۴۸ ساعت قبل از درمان مورد استفاده قرار گرفته اند، با آب جوش شسته و در آفتاب خشک کنید لوازم شخصی که قابل شستشو نمی باشد را باید به مدت ۱۰ روز در یک نایلون پلاستیکی در بسته گذاشته در نور آفتاب قرار داده و سپس استفاده نمائید.

• عوامل شکست درمان در بیماری گال

- عدم تشخیص، درمان صحیح و به موقع توسط افراد غیر متخصص و بیمار
- عدم گزارش به موقع به مقامات فوق بهداشتی در اپیدمی ها به منظور کنترل سریع
- تداخل دارویی (استفاده از سایرداروها بدون اطلاع پزشک معالج)
- رعایت نکردن اصول بهداشتی فردی و محیط توسط فرد مبتلا به گال و اطرافیان بیمار
- مقاومت دارویی در برخی از افراد
- تراکم جمعیت در فضای ناکافی و تماس های مکرر با افراد الوده

دیفتری

تعریف بالینی مورد بیماری تنفسی: هر بیماری که با فارنژیت، لارنژیت و یا تونسیلیت به همراه غشاء چسبنده روی لوزه ها، حلق و یا داخل بینی مراجعه نماید. اکثریت موارد ابتلا بدون علامت یا با علائم خفیف است یک بیماری حاد باکتریایی که بسیار مسری و کشنده است .

• به دو فرم تنفسی و پوستی دیده میشود:

- تنفسی : به حلق ، حنجره و حفره های بینی محدود میشود .
- مشخصه اصلی بیماری: ایجاد یک غشا کاذب خاکستری یا شیری رنگ و انتشار آن در سطح لوزه ها و حلق گاهی با انتشار توکسین از طریق خون : ایجاد ضایعات هموراژیک و نکروتیک، گرفتاری پوست ، ملتحمه ، گوش و ژنیتال

سیستم گزارش‌دهی بیماری دیفتري

- گزارش فوري تلفني و ثبت آن با تعريف محتمل و بر اساس یافته های کلينيکي از محیط تا بالاترين سطح این گزارش بر اساس اطلاعات در فرم گزارش تلفني و خلاصه اطلاعات بیماری انجام می شود.

- هر مورد بیماری باید در عرض ۴۸ ساعت گزارش و بررسی شود و از هر مورد محتمل قبل از شروع درمان باید نمونه برداري انجام گیرد.

- بررسی فوري محل سکونت و کار بیماران جهت یافتن موارد احتمالی دیگر و جمع آوري داده های مبتنی بر مورد در هر سطحان

- ارسال گزارش ماهیانه از تمام سطوح بهداشتی و درمانی (بخش دولتی و بخش خصوصی) الف: تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک جهت بیماران در سطح شهرستان و استان ب: تکمیل فرم خلاصه اطلاعات بیماری و ارسال آن از طریق سیستم پورتال به مرکز مدیریت بیماریها

- ارسال گزارش صفر ماهیانه از طریق فرم بیماریهای قابل پیشگیری با واکنش از سطوح محیطی به شهرستان و سپس به استان و مرکز مدیریت بیماریها

اقدامات لازم در اولین برخورد با

بیمار محتمل به دیفتري

- گزارش دهی فوري بیماری

- جدا سازی بیمار تا وقتی که کشت دو نمونه از ترشحات حلق و بینی از نظرو وجود باسیل منفي شوند. اگر امکان کشت موجود نباشد ۱۴ روز پس از اتمام درمان با آنتی بیوتیک های مناسب می توان جدا سازی بیمار را خاتمه داد.

- تزریق آنتی توکسین برحسب محل ضایعه و شدت بیماری به بیمار

- تزریق آنتی بیوتیک پنی سیلین پروکائین جی با دزهای مربوطه برای کودکان و افراد بالغ به مدت ۱۴ روز.

• تعاریف:

مورد محتمل: موردی است که معیار بالینی را داشته باشد .

مورد قطعی: موردی که علاوه بر معیارهای بالینی دارای معیارهای آزمایشگاهی نیز باشد و یا ارتباط تایید شده همه گیرشناسی با مورد قطعی آزمایشگاهی داشته باشد .

مراقبت برای افراد در تماس: در صورتی که افراد، علامت دار باشند و با تعریف مورد محتمل مطابقت داشته باشند باید گزارش فوری به مرکز بهداشت شهرستان داده شود. افراد در تماس باید از جهت وضعیت ایمنی و قابلیت پیگیری و یا پذیرش پیشگیری بررسی شوند. افراد خانواده به خصوص کسانی که لوازم مشترک و یا اتاق مشترک با فرد (بیش از دو نفر در یک اتاق برای خواب) دارند و یا کمتر از یک بار در هفته حمام می کنند و نیز کسانی که سابقه اگزما دارند، در معرض خطر بالاتری از ابتلا هستند.

• در افرادی که تماس نزدیک داشته اند، علیرغم کنترل سابقه ایمنسازی باید این اقدامات انجام شود:

- باید تا ۷ روز از جهت بروز علائم بیماری پیگیری شوند.
- نمونه کشت از جهت کورینه باکتریوم انجام شود.
- در افراد در تماس نزدیک بدون علامت با سابقه قبلی ایمن سازی، در صورتی که در ۵ سال اخیر واکسن محتوی توکسوئید دیفتری دریافت نکرده نباشند، یک دوز یادآور از واکسن متناسب با سن تزریق می شود. در کودکان کمتر از ۷ سال چنانچه از آخرین نوبت واکسن آنها بیش از ۳ سال گذشته باشد باید یک دوز واکسن دریافت نمایند.
- در افراد در تماس نزدیک بدون علامت که سابقه واکسیناسیون کامل (بیش از ۳ دوز از توکسوئید دیفتری) ندارند، باید واکسن متناسب با سن دریافت نمایند.
- جداسازی بیمار تا وقتی که کشت دو نمونه از ترشحات حلق و بینی یا زخم های بیمار از نظر وجود باسیل منفی شوند الزامی است. دو نمونه کشت باید حداقل ۲۴ ساعت پس از قطع آنتی بیوتیک و هر یک با فاصله ۲۴ ساعت از یکدیگر گرفته شوند. اگر امکان کشت موجود نباشد، ۱۴ روز پس از اتمام درمان با آنتی بیوتیک های مناسب می توان جداسازی بیمار را خاتمه داد.

سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی

هدف نظام مراقبت، حذف سرخجه و سندروم سرخجه مادرزادی است؛ به این معنی که هیچ موردی از ابتلا بومی به این بیماری در کشور رخ ندهد. برای دستیابی به این هدف تعاریف زیر استفاده می شوند:

مشکوک به سرخجه: هر بیمار در تمام گروه های سنی که کارمندان بهداشتی در او به سرخجه مشکوک شوند

هر بیمار با تب و راش ماکولوپاپولار همراه با یک یا چند از علائم آدنوپاتی گردنی، پشت سری یا پشت گوشی، درد یا تورم مفاصل

مورد بالینی سرخجه: بیماری که با تشخیص پزشک دچار سرخجه است و یا هر بیماری که تب، راش ماکولوپاپولر ویکی از علائم آدنوپاتی گردنی، پس سری یا پشت گوش و یا آرترالژی و آرتریت را داشته باشد و نمونه آزمایشگاهی تهیه و ارسال نشده باشد.

مورد قطعی سرخجه: مورد مشکوک به بیماری که نمونه سرمی IgM مثبت از نظر داشته باشد. موارد مشکوک به CRS

هر شیرخوار کمتر از یکسال که کارمندان بهداشتی مشکوک به CRS در او می شوند.

هر کودک کمتر از یکسال دارای تاریخچه مادری مشکوک یا تایید شده ابتلا به سرخجه در دوران حاملگی هر نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به اختلال شنوایی و یا یک یا چند علامت چشمی مثل کاتاراکت، کاهش بینایی، حرکات پاندولی چشم ها (نیستاگموس)، میکروفتالمی و گلوکوم مادرزادی

• اقدامات مورد نیاز

- در صورت برخورد با هر مورد مشکوک بیماری سرخجه و یا سندروم سرخجه مادرزادی باید گزارش دهی فوری به سیستم بهداشتی انجام شود .
- **تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری سندروم سرخجه مادرزادی**
- ارجاع مورد مشکوک به مرکز نمونه گیری برای تهیه نمونه سرمی IgM
- سرخجه بدون عارضه نیازی به درمان اختصاصی ندارد .
- کودکان و بزرگسالان مبتلا، به مدت یک هفته بعد از بثورات از رفتن به مدرسه یا محل کار اجتناب نمایند .
- واکسیناسیون: واکسن زنده ضعیف شده ویروس سرخجه به صورت مونووالان و همراه واکسن اوریون و سرخک MMR به صورت پلی والان تلقیح و باعث کنترل بیماری می شود .

• موارد مصرف واکسن سرخجه

- در زنان نوجوان و جوان غیر ایمن که باردار نیستند(زنان تا ۲۸ روز پس از واکسیناسیون نباید باردار شوند) واکسیناسیون زنان باردار ممنوع است؛ ولی اگر سهواً واکسیناسیون انجام شود دلیلی برای توصیه به سقط نیست .
 - کارکنان بیمارستانها، درمانگاه ها و مربیان مهد کودک ها
 - سرخک و بیماری های بثوریتی تب دار
 - سرخک یکی از مسری ترین بیماری های عفونی است؛ به طوری که بیش از ۹۰٪ افراد حساس در تماس نزدیک با بیمار آلوده می شوند .
 - با توجه به تغییر هدف مراقبت بیماری سرخک از مرحله کنترل به مرحله حذف ویروس سرخک در کشور، توجه ودقت زیادی در ارتقاء سطح پوشش واکسیناسیون (بالتر از ۹۵ درصد در سطح تمامی شهرستانها) بایستی صورت گیرد.
 - افراد مبتلا به طور متوسط از ۳ روز قبل از شروع علائم تا ۴ روز بعد از شروع بثورات جلدی می توانند ویروس را منتشر نمایند
 - از روی علائم بالینی نمی توان با قطعیت در مورد تشخیص بیماری نتیجه گیری کرد؛ لذا تشخیص نهایی با جدا کردن آنتی بادی IgM اختصاصی سرخک در خون و یا بزاق بیمار انجام می شود.
- تعاریف:

مورد مشکوک: هر فرد با تب و بثورات جلدی ماکولوپاپولر .

مورد تایید شده بالینی: هر شخص با تب و راش ماکولوپاپولر(غیر وزیکولار) به همراه یکی از علائم سرفه، کوریزا (آبریزش بینی) یا کنژنکتیویت که نتوانسته باشیم نمونه آزمایشگاهی لازم را تهیه نماییم .

مورد تایید شده اپیدمیولوژیک: مورد بالینی که ارتباط اپیدمیولوژیک (تماس مستقیم در ۷ الی ۲۱ روز قبل از بروز علائم) با یک مورد قطعی آزمایشگاهی داشته است، ولی از خود بیمار نمونه تهیه نشده است .
مورد قطعی آزمایشگاهی: وجود آنتی بادی IgM اختصاصی سرخک در نمونه خون یا بزاق بیمار

• اقدامات مورد نیاز

- در صورت مواجهه با هر مورد مشکوک به سرخک (تب و راش ماکولوپاپولر) باید به صورت فوری به سیستم بهداشتی گزارش داد .
- **تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری بثوریتی تب دار**

- راهنمایی بیمار به آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان برای دادن نمونه آزمایشگاهی (خون، ادرار و گلو) افرادی که در تماس نزدیک با بیمار بوده اند، باید از نزدیک معاینه شوند. سابقه واکسیناسیون آن ها بررسی و افراد سنین ۹ ماه تا ۱۲ سالی که سابقه قطعی ایمن سازی و یا ابتلا قبلی ندارند، برای واکسیناسیون به نزدیک ترین مرکز بهداشتی درمانی و یا مرکز بهداشت شهرستان ارجاع و باید در فاصله زمانی کمتر از ۷۲ ساعت از شروع علائم در بیمار واکسینه شوند .
- کودکان در سن مدرسه باید به مدت ۴ روز پس از ظهور راشها از رفتن به مدرسه خودداری کنند .
- جداسازی و قرنطینه بیمار به جز موارد مربوط به پادگان و خوابگاه ها، در سایر موارد توصیه نمی شود
- در بیمارستان جداسازی تنفسی از شروع مرحله **کاتارال** تا ۴ روز پس از بروز راش ها توصیه می شود .

سیاه سرفه

بیماری سیاه سرفه که عامل آن میکروبی به نام برده تلاپرتوسیس است یکی از عوامل اصلی مرگ و میر و عوارض در دوران شیر خواری و کودکی است. این بیماری هنوز هم در کشورهای در حال توسعه شایع است و یکی از مهم ترین بیماری های کشنده و قابل پیشگیری با واکسن محسوب می شود .

• تعاریف:

مورد مشکوک: هر فردی که حداقل دو هفته سرفه همراه با حداقل یکی از علائم زیر را داشته باشد :

- حملات سرفه قطاری

- Whoop-

- هنگام دم

- استفراغ بعد از حمله سرفه

مورد بالینی: موردی که معیارهای بالینی را داشته باشد ولی اثبات آزمایشگاهی نداشته باشد.

مورد قطعی: موردی که معیارهای بالینی را داشته باشد و از نظر آزمایشگاهی نیز تایید شود. اقدامات مورد نیاز

اقدامات:

- در صورت مواجهه با هر مورد مشکوک بیماری باید به صورت فوری به سیستم بهداشتی گزارش شود .
- **تکمیل فرم بررسی موارد سیاه سرفه**
- موارد شناخته شده بیماری باید از نظر تنفسی ایزوله شوند. موارد مشکوک نیز نباید در تماس با کودکان کم سن و نوزادان باشند. مدت جداسازی در صورت شروع درمان ۵ روز و در غیر این صورت سه هفته است .
- درمان با اریترومایسین به میزان 50 kg/mg به مدت 10-14 روز انجام میشود. اریترومایسین دوره سرایت را کوتاه می کند ولی تغییری در علائم بالینی ایجاد نمی کند .
- در طول بیماری باید به بیمار تغذیه مناسب و مایعات کافی داد.

فلج شل حاد

پولیومیلیت یک بیماری عفونی ناشی از پولیو ویروس است که اغلب موارد به دنبال ایجاد فلج شل ناگهانی، شناخته می شود. ویروس پولیو در دستگاه گوارش با انتشار به لنف های ناحیه ای و در تعداد کمی از بیماران به سیستم عصبی اتفاق می افتد. بیش از ۹۰٪ موارد عفونت بدون علامت بوده یا علائم خفیف دارد و کمتر از ۱٪ موارد بیماری علائم فلجی را نشان می دهند .

در دوازده سال اخیر مواردی از بیماری دیده نشده است و کشور در مرحله عاری از پولیو (free Polio) قرار دارد. کشور ایران در مرحله ریشه کنی فلج اطفال می باشد .

به دلیل اینکه دالیل مختلفی برای بروز تابلوی بالینی فلج شل حاد به غیر از پولیومیلیت وجود دارد، لذا در صورتی که هیچ موردی از بیماری فلج اطفال در کشور وجود نداشته باشد باید حداقل ۲ مورد فلج شل حاد به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت زیر ۵ سال در هر سال شناسایی و گزارش شود .

مورد مشکوک فلج شل حاد: بروز هر گونه فلج شل ناگهانی بدون سابقه ضربه در هر سنی و یا هر مورد تشخیص گیلن باره در افراد زیر ۱۵ سال .

اقدامات مورد انتظار در مواجهه با مورد فلج شل حاد

• گزارش تلفنی فوری به مرکز بهداشت شهرستان .

تکمیل فرم بررسی موارد فلج شل حاد

• از هر بیمار باید ۲ نمونه مدفوع به فاصله حداقل ۲۴ ساعت از هم تهیه شده و در دمای حدود ۴ درجه سانتی گراد برای آزمایشگاه مرجع کشوری فلج اطفال در تهران ارسال شوند .

• ارجاع فوری بیمار به مرکز تخصصی .

• آموزش خانواده بیمار در خصوص ضرورت بررسی تخصصی و اقدامات اپیدمیولوژیک.

• بررسی سابقه بیماری مشابه در اطرافیان و موارد تماس .

• بررسی سابقه واکسیناسیون اطرافیان و آموزش در مورد تکمیل واکسیناسیون .

• پیگیری روز ۶۰ برای تمام بیماران مشکوک به فلج شل حاد از نظر وجود فلج باقیمانده .

به دلیل دفع ویروس از مدفوع افراد آلوده الزم است تا مدت حداقل ۲ هفته پس از آغاز بیماری، نکات بهداشتی در مورد تماس با مدفوع بیمار به صورت شستن دست ها و دفع صحیح مدفوع بهداشتی رعایت شود .

با توجه به زنده بودن ویروس فلج در قطره خوراکی فلج اطفال باید قطره فلج (نوبت صفر واکسن) در موقع ترخیص از بیمارستان به نوزاد خوراندن شود

بیماری کزاز نوزادی

بیماری کزاز نوزادی یکی از علل مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه است . مورد مشکوک

هر مورد مرگ نوزاد در سن ۳ تا ۲۸ روزگی که علت مرگ مشخص نباشد .

هر نوزادی که طبق گزارش به علت کزاز نوزادی فوت نموده و مورد بررسی قرار نگرفته است . مورد قطعی

نوزادی که دو روز اول زندگی به طور طبیعی قادر به مکیدن پستان و گریستن بوده و سالم باشد و بیماری از روز های سوم تا بیست و هشتم با عدم توانایی در مکیدن شیر شروع شده و به دنبال آن دچار سفتی و اسپاسم عضلات و نهایتاً تشنج ظاهر می شود. کزاز نوزادی که توسط پزشک گزارش شود، به عنوان مورد قطعی تلقی می شود .

اقدامات مورد نیاز

• تزریق ۵،۰ میلی لیتر واکسن برای کودکان و بالغین به صورت عضلانی

• در صورت داشتن علائم بالینی ضمن انجام اقدامات فوق، ارجاع فوری به بیمارستان و گزارش فوری به مرکز بهداشت شهرستان ضروری است .

• اگر سابقه دریافت واکسن کزاز در زنان باردار منفی یا ناقص است، لازم است دو نوبت واکسن دریافت نماید

• نوبت دوم واکسن باید حداقل ۱۵ روز با زمان زایمان فاصله داشته باشد .

طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا

طغیان بیماری های منتقله از غذا به دلیل پدیده جهانی شدن، افزایش مسافر تنها، توسعه گردشگری و همچنین افزایش مصرف غذا در خارج از منزل، جابه جایی های جمعیتی و گسترش تجارت مواد غذایی در جهان به عنوان یک مشکل بهداشتی جهانی مطرح شده است. علاوه بر اهمیت کنترل و مراقبت از بیماری های منتقله از غذا، حملات بیوتروریستی با عوامل منتقل شونده از طریق غذا در جوامع مختلف از ضرورتهای مهم استقرار نظام مراقبت بیماری های منتقله از غذا است. گزارش طغیانهای بیماری های منتقله از غذا نه تنها نشانه دهنده دلبودن وضعیت بهداشتی منطقه نمیباشد بلکه هوشیاری و آمادگی سیستم مراقبت بهداشتی آن منطقه را در کشف، گزارش و کنترل به موقع این طغیانها نشان می دهد .

تعریف اپیدمیولوژیک

اگر دو نفر یا بیشتر از یک غذا یا آشامیدنی مشترک استفاده کرده و علائم بالینی مشترکی داشته باشند طغیان بیماری منتقله از غذا اتفاق افتاده است .

علائم و نشانه های بالینی در اغلب بیماری های منتقله از غذا شامل اسهال، تهوع، استفراغ و کرامپ های شکمی است. این نشانه ها به طور متوسط در مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از عفونت ظاهر شده و برای یک تا دو روز ادامه می یابند. دوره کمون کلید تشخیصی مهمی در تعیین علت بیماری است .

اقدامات مورد نیاز

اعلام موارد و گزارش فوری طغیان به مرکز بهداشت شهرستان جهت بررسی اپیدمیولوژیک . درمان مناسب بیماران بر اساس نوع بیماری شامل اصلاح اختلالات آب و الکترولیت و درمان های آنتی بیوتیکی تهیه نمونه های انسانی و غذایی و آب برای تشخیص آزمایشگاهی .

وبای التور

این بیماری شروع ناگهانی اسهال آبکی شدید بدون درد همراه با تهوع و استفراغ در مراحل اولیه بیماری است . در بیماران درمان نشده، دهیدراتاسیون سریع، اسیدوز، کولاپس عروقی، هیپوگلیسمی در بچه ها و نارسایی کلیه شایع است. در سویه های بیوتایپ التور به خصوص اینابا موارد بدون علامت بیماری از اشکال بالینی آن شایع ترند و موارد خفیف با اسهال معمولی به ویژه در بچه ها دیده می شود .

عفونت کلرا در ایران به صورت بومی است و هر از چندگاهی به صورت همه گیری در می آید .

مورد مشکوک وبا :

• هر فرد ۲ سال و بالاتر مبتلا به اسهال حاد آبکی شدید یا متوسط در تمام فصول سال

• مرگ از اسهال با هر سنی (تهیه نمونه از موارد تماس مورد فوت شده)

• هر مورد طغیان بیماری اسهال آبکی (افزایش ناگهانی موارد بیماری) در منطقه صرف نظر از سن یا شدت بیماری

مورد قطعی وبا :

• فرد دچار اسهال که ویبریوکرای O1 یا O1390 از مدفوعش جدا شده باشد.

اقدامات مورد نیاز

بررسی و گزارش موارد :

۱- نمونه گیری مستمر از موارد مشکوک انسانی در تمام فصول سال

۲- تشخیص

۳- درمان موارد

۴- بررسی اپیدمیولوژیکی و انجام سریع اقدامات بعد از گزارش مورد مثبت

۵- گزارش منظم داده ها و اقدامات به سطوح بالاتر (امار نمونه گیری ماهیانه فصلی)

بررسی موارد تماس :

مراقبت افرادی که از نظر خوردن و آشامیدن با بیمار در تماس بوده اند از ۵ روز قبل از بروز علائم بالینی تا ۲ روز بعد از شروع درمان اختصاصی در بیمار کشت مثبت توصیه می شود. تا ۵ روز بعد از تماس توصیه می شود .
جمع آوری و انتقال نمونه ها :

نمونه برداری باید در مدت زمان ۲۴ ساعت اول بیماری قبل از مصرف هرگونه آنتی بیوتیک یا داروی دیگری انجام شود. نمونه برداری با استفاده از سواب رکتال در محیط کری بلر انجام می شود. برای تهیه آن یک سواب با نوک پنبه های تمیز را وارد مقعد بیمار یا مدفوع تازه دفع شده کرده ۳۶۰، درجه می چرخانند. پس از اطمینان از مرطوب شدن پنبه و آغشته شدن به مدفوع، در محیط انتقال کری بلر قرار می گیرد. نوک سواب باید به طور کامل داخل محیط کری بلر قرار داده شود. سپس انتهای چوبی سواب را شکسته و درب لوله را می بندند. نمونه پس از جمع آوری باید در جای خنک نگه داری شود و با استفاده از ظروف خنک کننده با رعایت زنجیره سرد ترجیحاً در اولین فرصت ممکن (حداکثر در ظرف مدت ۷ روز) به آزمایشگاه ارسال شود . بهتر است قبل از ارسال نمونه با آزمایشگاه با واحد بیماری های مرکز بهداشت هماهنگی انجام شود .

برقراری نظام مراقبت شامل نمونه برداری مدفوع از نظر التور از کلیه موارد اسهال شدید : چون هدف از نمونه گیری مدفوع، ردیابی وجود بیماری در منطقه است، باید نمونه گیری در تمام ماه های سال در حداقل مورد انتظار انجام شود.

بوتولیسم

بیماری بوتولیسم ناشی از مسمومیت با پروتئین نوروتوکسین ترشح شده از کلستریدیوم بوتولینوم (باسیل بزرگ گرم مثبت و بی هوازی اجباری مطلق) بوده که با تاثیر بر سیناپس های اتونومیک و محل اتصال اعصاب عضلانی محیطی سبب ضعف عضلانی و فلج شل پایین رونده و در صورت عدم درمان، با تاثیر بر عضلات تنفسی سبب وقفه تنفسی و مرگ سریع می شود .

چهار علامت مشخصه بیماری عبارتند از :

1- مسمومیت غذایی بدون تب .

2- فلج شل پایین رونده قرینه که به دلیل گرفتاری اعصاب جمجمه ای از چشم ها شروع و اولین علامت افتادگی دو طرفه پلک ها یا پتوز می باشد .

3- درگیری اعصاب حرکتی کرانیال (بدون درگیری اعصاب ۱ و ۲ و اعصاب حسی)

4- گشاد شدن مردمک چشم ها .

اقدامات مورد نیاز

- شرح حال دقیق بیمار از ۴۸ ساعت قبل و فهرست غذاهای خورده شده توسط بیمار در این مدت اخذ شود و بیماری بوتولیسم در تشخیص های افتراقی موارد مسمومیت قرار گیرد. در صورتی که فاصله زمانی خوردن غذای آلوده کم (فقط چند ساعت) باشد تجویز مواد استفراغ آور یا شستشوی معده می تواند مفید باشد .

- گزارش تلفنی و فوری به شبکه بهداشت و هماهنگی برای ارجاع بیمار و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه انستیتو پاستور ایران با رعایت زنجیره سرما .

- تهیه نمونه ها قبل از شروع درمان و نگهداری در یخچال . (- نمونه مدفوع به مقدار ۳۰-۵۰ گرم - ۲ نمونه محتویات معده آسپیره شده به مقدار ۳۰-۵۰ گرم - ۳ نمونه غذای آلوده مصرف شده توسط بیمار ۵۰ گرم) ارجاع به بیمارستان مجهز دارای بخش مراقبت های ویژه .

- تهیه و تجویز آنتی توکسین بیماری طبق دستورالعمل کشوری و تحت نظر پزشک معالج .