



بسمه تعالی

جزوه آموزشی مراقبین سلامت در خصوص بیماریهای واگیر دار و غیر واگیر

جزوه مذکور گزیده مطالبی از دستورالعمل 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.

بخش اول: ایمن سازی

برنامه گسترش ایمن سازی EPI

پیامدهای نامطلوب ایمن سازی

بخش دوم: بیماری های واگیر دار

بیماریهای مشمول گزارش دهی فوری و غیر فوری

آنفلوآنزای انسانی و آنفلوآنزای پرندگان

هاری و حیوان گزیدگی

تب خونریزیدهنده کریمه کنگو

تب مالت

لیشمانیوز جلدی

مالاریا

ایدز

سل

پدیکولوزیس و گال

دیفتری

سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی

سرخک و بیماری های بثوری تب دار

سیاه سرفه

فلج شل حاد

کزاز نوزادی و کزاز بالغین

طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا

وبای التور

بو تولیسم

بخش دوم: بیماری های واگیر دار

ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیر کشنده

پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ

ثبت افراد مبتلا به سرطان

دستورالعمل آزمایش ها و اندازه گیری ها

آسم

تالاسمی

فنیل کتنوری

هیپوتیروئیدی

واکسیناسیون

اهمیت بهداشتی

سازمان جهانی بهداشت واکسیناسیون کودکان را از موثرترین اقدامات بهداشتی شناخته شده برای ارتقاء سلامت جامعه محسوب می نماید. برنامه گسترش ایمن سازی در کشور ما از سال ۱۳۶۳ آغاز شد و در حال حاضر ایمنسازی کودکان بر علیه بیماری های دیفتری، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال، سرخک، سرخچه، اوریون، سل، هیپاتیت B، هموفیلوس آنفلوانزای تیپ B، اجرا می شود. با انجام برنامه گسترش ایمن سازی و افزایش پوشش واکسیناسیون بر علیه بیماری های قابل پیشگیری با واکسن، کشور از سال 1379 عاری از فلج اطفال شده، بیماری کزاز نوزادی حذف شده و بیماری های سرخک و سرخچه مادرزادی در آستانه حذف شدن هستند. پوشش واکسیناسیون کودکان در سطح کشوری % 99 می باشد.

حداقل فاصله بین نوبت های اصلی واکسن ها:

حداقل فاصله بین نوبت های اصلی واکسن های سه گانه، فلج اطفال، Hib، MMR، نوبت اول و دوم واکسن پنج گانه و نوبت اول و دوم هیپاتیت ب: یک ماه

حداقل فاصله بین نوبت دوم و سوم هیپاتیت ب: دو ماه

حداقل فاصله بین نوبت اول و سوم پنج گانه: چهار ماه

حداقل فاصله بین نوبت اول و سوم هیپاتیت ب: چهار ماه

حداقل فاصله بین نوبت آخر واکسن سه گانه/ پنج گانه و فلج اطفال و یادآور اول واکسن سه گانه و فلج اطفال: ۱۲ - ۶ ماه

نکات مهم واکسیناسیون:

1- شروع برنامه ایمن سازی کودکان نارس (کمتر از ۳۷ هفته) و وزن بیش از ۲۰۰۰ گرم، در صورت وضعیت بالینی تثبیت شده، همانند جدول ایمن سازی عادی است.

2- نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۰۰۰ گرم بایستی چهار نوبت واکسن هیپاتیت ب در زمان های بدو تولد، یک، دو و شش ماهگی دریافت کنند؛ ولی چنانچه این نوزادان بعد از یک ماهگی برای دریافت اولین نوبت واکسن مراجعه نمایند، برنامه ایمن سازی آن ها بدون توجه به وزن تولد همانند سایر کودکان خواهد بود.

3- واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی تعویض خون شده اند یا خون و فرآورده های خونی دریافت کرده اند باید مطابق جدول ایمن سازی انجام شود.

4- واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی به هر علت دچار زردی شده اند، باید مطابق جدول ایمن سازی انجام شود.

5- در افراد مبتلا به هموفیلی و بیماری های خونریزی دهنده، همه واکسن های تزریقی بایستی زیر نظر پزشک انجام گیرد.

6- سوء تغذیه نه تنها مانعی برای ایمن سازی نیست، بلکه ایمن سازی به موقع کودکان مبتلا به سوء تغذیه لازم است.

7- شل بودن مدفوع و یا سرماخوردگی و تب مختصر مانع ایمن سازی نیست.

8- برنامه زمان بندی دریافت واکسن در افرادی که تزریق مکرر خون دارند (مانند بیماران مبتلا به تالاسمی)، مطابق جدول روتین می باشد.

9- در صورتی که واکسن های زنده ویروسی تزریقی به طور همزمان مورد استفاده قرار نگیرند، باید بین آنها حداقل یک ماه فاصله باشد.

10- در صورت تزریق گاماگلوبولین عضلانی به کودکان فاصله تجویز واکسن های ویروسی زنده ضعیف شده (به جز واکسن پولیو خوراکی - روتا ویروس و تب زرد) با گاماگلوبولین و فرآورده های خونی حداقل 3 ماه و در مورد گاماگلوبولین وریدی حداقل 6 ماه خواهد بود.

11- چنانچه طی دو هفته بعد از تلقیح واکسن های زنده ویروسی (به جز واکسن پولیو خوراکی و تب زرد) به هر علت گاماگلوبولین عضلانی و فرآورده های خونی تزریق شود، باید پس از سه ماه و در صورت گاماگلوبولین وریدی پس از شش ماه (در مورد تزریق حجم های زیاد گاماگلوبولین ممکن است با نظر پزشک این حداقل زمان افزایش یابد) این واکسن ها تکرار شود.

12- برای گروه های سیار در مناطق کوهستانی و یا صعب العبور، فاصله واکسیناسیون نوبتهای اول - دوم و سوم سه گانه، فلج اطفال و نوبت های اول و دوم هپاتیت رابه یک ماه می توان تقلیل داد.

13- در صورت فقدان کارت ایمن سازی یا سابقه معتبر ایمن سازی، پس از بررسی کامل و دقیق از جمله حافظه مادر در صورت نیاز ایمن سازی ادامه یابد.

14- ملاک سابقه معتبر واکسیناسیون سند مکتوبی است که نشان دهنده واکسیناسیون فرد باشد، از قبیل کارت

واکسیناسیون، ثبت در دفاتر مراکز بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت و تیمهای سیار و گواهی پزشک.

15- در زنان باردار، استفاده از واکسنهای ویروسی زنده (به جز تب زرد) ممنوع است؛ جز در مواردی که خطر ابتلا به بیماری بر عوارض آن غالب باشد.

16- در صورتی که مابین دوزهای یک واکسن فاصله ای بیش از مقدار توصیه شده باشد نیازی به شروع مجدد سری واکسیناسیون از ابتدا یا تجویز دوز اضافی نیست و بایستی برنامه ایمن سازی را در هر زمان ادامه داد.

17- از تزریق واکسن ها در ناحیه سرین به دلیل احتمال آسیب به عصب سیاتیک و یا کاهش اثربخشی واکسن به علت بافت چربی زیاد آن ناحیه بایستی خودداری نمود.

18- در کودکان کوچکتر از دو سال باید تزریق واکسن در ناحیه قدامی خارجی ران و در افراد بالاتر از دو سال در عضله دلتوئید صورت گیرد.

19- در افراد بالاتر از دو سال نیز چنانچه حجم عضله دلتوئید کم باشد، لازم است تزریق در ناحیه قدامی خارجی ران صورت گیرد.

20- اگر لازم باشد در یک جلسه واکسیناسیون، بیش از یک نوع واکسن تزریق شود باید در محل های جداگانه حداقل به فاصله 2/5 سانتی متر و یا در دو سمت انجام شود.

21- محل تزریق زیرجلدی واکسن ها همان محل هایی است که تزریق عضلانی انجام می شود. تزریق زیر جلدی واکسن ها مثل (MMR) در کودکان کوچکتر از دو سال می تواند در ناحیه بازو هم انجام شود.

22- واکسن BCG باید در حد فاصل یک سوم فوقانی و دو سوم تحتانی بازو به صورت داخل جلدی تزریق گردد.

23- تلقیح واکسن BCG تا ۱۲ ماهگی توصیه می شود و بعد از این سن توصیه نمی شود.

24- کسانی که در سن سه ماهگی و بالاتر واکسن ب.ث.ژ دریافت نموده و در مدت 72 ساعت در محل تزریق واکنش نشان داده اند، بایستی توسط پزشک از نظر سل بررسی گردند.

25- در افراد مبتلا به علائم ایدز فقط واکسن ب.ث.ژ منع استفاده دارد و استفاده از سایر واکسن های برنامه گسترش ایمن سازی بلامانع می باشد در مورد واکسن فلج اطفال توصیه می شود از نوع تزریقی (IPV) استفاده شود.

26- واکسیناسیون کودکان HIV مثبت فاقد علامت کاملاً ضروری است و بایستی طبق برنامه جاری ایمن سازی

انجام شود؛ لیکن بهتر است در صورت در دسترس بودن به جای واکسن پولیو قطره خوراکی (OPV) از واکسن تزریقی پولیو (IPV) استفاده شود. در ضمن BCG در کودکان با عفونت شناخته شده HIV منع مصرف دارد.

27- اگر کودکی در هنگام دریافت قطره فلج اطفال مبتلا به اسهال شدید باشد و همزمان قطره به او خوراندن شود بایستی یک دوز اضافی واکسن با فاصله حداقل یک ماه دریافت دارد.

28- تغذیه با هر نوع شیر از جمله شیر مادر، با خوراندن قطره فلج اطفال مغایرتی ندارد و لازم نیست که قبل و یا بعد از خوراندن قطره، شیر قطع شود. در صورت استفراغ در کمتر از ۳۰ دقیقه پس از دریافت قطره فلج اطفال بایستی تجویز قطره تکرار شود.

29- واکسن پولیو صفر باید در بدو تولد و هنگام خروج نوزاد از زایشگاه تجویز شود. اما اگر به هر دلیل، تجویز واکسن در آن زمان مقدور نباشد، در اولین فرصت ممکن تا روز سی ام تولد بایستی تجویز شود و بعد از آن تجویز پولیو صفر ضرورتی ندارد.

30- واکسن فلج اطفال برای افراد بالای 18 سال بلامانع است؛ ولی در خانم های باردار در صورت ضرورت استفاده، نوع تزریقی آن (IPV) توصیه می شود.

31- در بیماران دچار آترزی مری که دارای گاسترو ستومی (Esophageal Atresia) می باشند بهتر است به جای OPV از IPV استفاده گردد.

32- در کودکان دارای نقص اولیه سیستم ایمنی و کودکان تحت درمان با داروهای پایین آورنده قدرت دفاعی بدن نظیر کورتیکواستروئیدها و یا کودکان تحت درمان با اشعه و مبتلایان به لوسمی، لنفوم و سرطان ها، استفاده از واکسن پولیو زنده خوراکی ممنوع است و به جای آن باید از واکسن تزریقی پولیو، استفاده کرد.

33- تزریق واکسن سه گانه در کودکان دارای ضایعات مغزی پیشرونده ممنوع است و باید به آنها واکسن دوگانه خردسال تزریق کرد.

34- پس از پایان سن 6 سال و 11 ماه و 29 روز، تلقیح واکسن سه گانه مجاز نیست و باید به جای آن، واکسن دوگانه بزرگسالان را تزریق کرد.

35- در مورد کسانی که سابقه تشنج دارند و با مصرف دارو تحت کنترل هستند تزریق واکسن DTP بلامانع است.

36- در بزرگسالانی که سابقه دریافت حداقل 4 نوبت واکسن سه گانه یا دوگانه دارند، باید هر ده سال یک بار واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان تکرار شود.

37- جهت بالا بردن سطح ایمنی بزرگسالان در مقابل دیفتتری توصیه می شود در کلیه مواردی که باید در با لغین

واکسن کزاز تزریق شود، از جمله در زنان باردار و زنان سنین باروری (49-15) واکسن دو گانه ویژه بزرگسالان تلقیح شود.

38- واکسن های سه گانه، دوگانه خردسالان و بزرگسالان را باید حتماً به شکل داخل عضلانی و عمیق تزریق کرد (تزریق این نوع واکسن ها در زیر جلد یا داخل جلد می تواند موجب تحریک موضعی، تشکیل گرانولوم، نکروز بافتی و بروز آبسه استریل شود)

39- در حال حاضر دوز یادآور واکسیناسیون هپاتیت ب توصیه نمی شود.

40- در صورتی که نوبت های قبلی واکسیناسیون هپاتیت ب با استفاده یکی از دو نوع واکسن پلاسمایی یا نوترکیبی (Recombinant) باشد، ادامه واکسیناسیون با نوع دیگر در نوبت های بعدی بلامانع است.

41- در صورتی که نوزاد از مادر HBSAg+ متولد شده باشد، باید به طور همزمان نیم میلی لیتر ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت ب در عضله یک ران و واکسن هپاتیت ب در عضله ران دیگر در اسرع وقت و ترجیحاً در ظرف 12 ساعت پس از تولد تزریق شود .

42- اگر پس از تولد و تزریق واکسن هپاتیت ب مشخص شود که نوزاد از مادر HBSAg+ حداکثر زمان دریافت ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت ب یک هفته بعد از تولد می باشد.

43- نوزادانی که از مادران HBSAg + متولد شده اند و علاوه بر دریافت نوبت اول واکسن، ایمونوگلوبولین نیز دریافت داشته اند باید از نظروضعیت HBSAg, و HBSAb طی ماههای 9 تا 18 ماه بعد از تولد بررسی شوند.

44- در افراد مبتلا به هموفیلی، واکسن هپاتیت ب باید زیر جلد تزریق شود.

45- واکسیناسیون هپاتیت ب هیچ گونه مورد منع تلقیح ندارد، حتی اگر فرد HBSAg مثبت باشد.

باورهای غلط در مورد ممنوعیت ایمن سازی :

- مواجهه اخیر با یک بیماری عفونی
- بیماری خفیف با تب مختصر مانند سرماخوردگی، عفونت گوش و اسهال خفیف
- دوره نقاهت یک بیماری
- دریافت آنتی بیوتیک (بجز در مورد واکسن خوراکی تیفوئید)
- دریافت داروهای ضد ویروسی (بجز در مورد واکسن آبله مرغان و واکسن زنده آنفلوانزا)

- نارس بودن شیرخوار یا وزن کم هنگام تولد
- تماس خانگی با خانم باردار
- سابقه حساسیت خفیف یا غیر اختصاصی در دریافت کننده واکسن یا بستگان وی تغذیه با شیر مادر
- سوء تغذیه
- سابقه سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار در خانواده
- تماس خانگی با فرد دچار نقص ایمنی
- سابقه جراحی اخیر یا جراحی در آینده نزدیک
- بیماری های مزمن غیرواگیر قلب، ریه (مانند آسم)، کلیه یا کبد و بیماری های متابولیک (مانند دیابت)
- بیماری ها و شرایط پایدار و غیر پیش رونده عصبی (مانند سندرم داون، فلج مغزی)
- سابقه تشنج در خانواده
- سابقه خانوادگی پیامد نامطلوب ایمن سازی (مگر موارد مرتبط با نقص ارثی سیستم ایمنی)

مدت زمان نگهداری واکسن ها پس از باز کردن ویال:

- ۱- نباید در یک زمان، بیش از یک ویال از یک نوع واکسن باز شود، بلکه پس از اتمام یک ویال، باید برای باز کردن ویال بعدی اقدام کرد.
- ۲- واکسن های با ویال های چند دزی (OPV و IPV، DTP، دوگانه، کزاز، HeB و پنج گانه) پس از باز شدن ویال در مراکز ارائه خدمات ایمن سازی، در صورتی که شرایط زنجیره سرما و سترونی حفظ شود و به شرطی که بیش از یک ماه از زمان باز شدن ویال نگذشته باشد، تا پایان تاریخ انقضا قابل مصرف است.
درمورد ویال های چند دزی، بایستی تاریخ اولین روز استفاده روی ویال درج شود.
- ۳- در تیم های سیار واکسیناسیون، ویال های باز شده واکسن باید در پایان کار روزانه دور ریخته شود، ولی ویال های باز نشده به شرط رعایت کامل زنجیره سرما، باید در روزهای بعد در اولویت مصرف قرار گیرند.
- ۴- ویال های آماده شده پس از زمان های زیر باید دور ریخته شوند:
BCG ۴ ساعت، MMR ۶ ساعت، آبله مرغان 30 دقیقه
- ۵- هر یک از ویال های باز شده در شرایط زیر باید دور ریخته شوند:

(الف) اگر شرایط سترونی بطور کامل رعایت نشده باشد.

(ب) اگر شواهدی دال بر احتمال وجود آلودگی واکسن (مانند غوطه ورشدن ویال محتوی واکسن پس از باز شدن در یخ آب شده داخل یخدان، ذرات قابل رویت در ویال واکسن، ترک خوردگی ویال واکسن و یا کنده شدن برچسب واکسن مشاهده شود.

۶- چنانچه این تغییرات در ویال های باز نشده مشاهده شود، باید باحفظ کامل زنجیره سرما، واکسن به رده بالاتر اجرایی برگشت داده شود.

توصیه های پس از تزریق واکسن :

پس از واکسیناسیون، برخی واکنش ها مانند تب، درد و تورم در محل تزریق و بی قراری کودک شایع می باشد. (یادآوری این مطلب به والدین از نگرانی ایشان می کاهد).

اگر در محل تزریق واکسن، تورم و قرمزی وجود داشته باشد، قرار دادن پارچه سرد و مرطوب تمیز در محل می تواند در کاهش درد موثر باشد.

توصیه می شود بعد از تزریق واکسن پنج گانه و یا سه گانه در صورت بروز تب، درد و بی قراری، استامینوفن با دز مناسب تجویز شده و در صورت نیاز، هر ۴ ساعت یکبار (حداکثر تا ۵ بار در ۲۴ ساعت) تکرار شود. در مورد کودکان دچار بیماری های قلبی که مستعد نارسایی حاد احتقانی در اثر عوامل تسهیل گر مثل تب هستند، استامینوفن تا ۴۸ ساعت ادامه یابد.

پس از واکسیناسیون باید از پوشاندن لباس تنگ به کودک که موجب وارد آمدن فشار به محل تزریق می شود، اجتناب شود.

شستن محل تزریق واکسن و استحمام کودک پس از واکسیناسیون منعی ندارد.

تزریق ایمن

سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند در سال ۱۶ میلیارد تزریق انجام می شود که ۵۰ درصد آنها غیرایمن هستند، حدود ۹۵ درصد تزریقات به منظور درمان و ۵ درصد تزریقات مربوط به واکسیناسیون می باشد. همچنین تخمین زده میشود که بیش از ۱/۳ میلیون موارد مرگ های سالانه مربوط به تزریقات غیرایمن باشد.

برای اطمینان از حفظ سلامت کودکان استفاده از سرنگ و سرسوزن یک بار مصرف AD را به عنوان یکی از مهمترین اجزای تزریقات ایمن توصیه نموده است و علاوه بر آن استفاده از ظروف جمع آوری سرنگ و سرسوزن یعنی جعبه ایمن (Safety Box) نیز در خدمات ایمن سازی توصیه شده است. برای امحاء وسایل و ضایعات حاصله از خدمات ایمن سازی (سرنگ و سرسوزن) روش سوزاندن از طریق زباله سوز در مناطق شهری و یا سوزاندن در گودال و دفن مناسب آن توصیه می شود.

مشخصات سر سوزن: برای تزریقات زیر جلدی و داخل جلدی و واکسیناسیون نوزادان نارس، (Needle): سوزن با طول ۱/۵ cm و gauge ۲۶-۲۷ و برای تزریقات عضلانی سوزن با طول ۲/۵cm و gauge 23 استفاده می شود. سرنگ و سرسوزن های استفاده شده را در داخل جعبه ایمن (Safety Box) غیر قابل نفوذ و مقاوم نسبت به سوراخ شدگی که برای جمع آوری ضایعات تعیین شده است بیاندازید و جعبه را بیش از $\frac{3}{4}$ پر نکنید. در تزریقات مربوط به واکسیناسیون نیازی به اسپیراسیون نمی باشد. بعد از استفاده از سرنگ، آن را مجدداً سرپوش گذاری نکنید و سرنگ را هنگامی پر کنید که آماده تزریق باشید و هیچ گاه ویال های نیمه مصرف شده را با هم مخلوط نکنید.

پیامدهای نامطلوب ایمن سازی:

طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت و راهنمای کشوری مراقبت، هر عارضه ای که پس از واکسیناسیون برای گیرنده واکسن رخ دهد و پزشک، خانواده و یا خود فرد آن را به واکسیناسیون نسبت دهند به عنوان یک مورد AEFI تلقی می شود. بدیهی است این امر به معنی تایید رابطه علیتی نیست؛ بلکه این موارد باید بررسی و به اشکال ذیل طبقه بندی گردند.

طبقه بندی پیامدهای نامطلوب پس از ایمن سازی

واکنش به واکسن (Vaccin reaction): واکنش ناشی از خصوصیات خود واکسن است و به دلیل ماهیت واکسن به وجود می آید.

خطای برنامه (Program error): عوارضی که ممکن است به دلیل اشتباه در مراحل ایمن سازی روی دهد.

همزمانی (Coincidental): عارضه به طور تصادفی بعد از ایمن سازی رخ داده و ربطی به واکسیناسیون ندارد؛ ولی موقتاً به واکسن ارتباط داده می شوند.

واکنش به تزریق (Injection reaction): هیجان یا درد در زمان تزریق که مربوط به تزریق بوده و به واکنش مرتبط نمی باشد. عوارضی که به دلیل اضطراب و تشویش در اثر ترس و یا درد تزریق بروز می کند.

واکنش ناشناخته (Unknown): عوارضی که در اثر عوامل ناشناخته ایجاد می شوند.

چه عوارضی باید گزارش شوند؟

- کلیه شوک ها که در مدت 24 ساعت پس از واکسیناسیون رخ دهد.
 - کلیه آبسه های محل تزریق واکسن که در مدت 72 ساعت پس از واکسیناسیون رخ دهد .
 - لنفادنیت های ناشی از واکسن BCG در هر زمان پس از تزریق واکسن (حتی تا شش ماه بعد از واکسیناسیون) ، ایجاد گردند.
 - عوارض موضعی شدید یا غیرشدید که در مدت 72 ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند .
 - بروز تب بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی که در مدت 72 ساعت پس از واکسیناسیون رخ دهد.
 - فلج متعاقب دریافت هر نوع واکسن به ویژه واکسن فلج اطفال که در مدت یک ماه پس از واکسیناسیون رخ می دهد.
 - بروز تشنج که در مدت 72 ساعت پس از واکسیناسیون رخ می دهد .
 - درد مفاصل (آرتراآلژی) که متعاقب واکسیناسیون رخ دهد
 - جیغ زدن مداوم یا بی قراری که بیش از سه ساعت به طول انجامد
 - بروز استفراغ مکرر.
 - کلیه موارد مرگ که در فاصله 4 هفته پس از واکسیناسیون اتفاق افتد و هیچ بیماری خاص یا دلیل قابل قبول دیگری برای مرگ وجود نداشته نباشد.
 - سایر رویدادهای غیرمعمول که تصور می رود مربوط به واکسیناسیون باشد و در طی چهار هفته پس از واکسیناسیون اتفاق افتد.
 - سایر عوارض شامل حساسی تهای پوستی، تنگی نفس، بی قراری، کاهش سطح هوشیاری که بعد از انجام واکسیناسیون بروز نمایند.
- در صورت مشاهده موارد عوارض نامطلوب ایمن سازی ، ضمن انجام اقدام لازم و دعوت والدین به حفظ آرامش، مورد را به سطح بالاتر گزارش نمایید.

عوارضی که فوری (تلفنی) باید گزارش شوند:

- کلیه موارد مرگ ناشی از واکسیناسیون .
- کلیه موارد بستری شدن در بیمارستان به علت عوارض ناشی از واکسیناسیون
- کلیه آبسه های محل تزریق .
- هر گونه عارض های که باعث تشویش عمومی و نگرانی جامعه شود .

بیماریهای مشمول گزارش دهی فوری و غیر فوری

بیماری های مشمول گزارش غیر فوری غیر فوری (کتبی)

غیر واگیر

- دیابت
- فشار خون
- سوانح و حوادث
- بیماریهای قلب و عروق
- سرطان
- مار و عقرب گزیدگی
- کمبود آنزیم G6PD
- آسم و COPD

واگیر

- سل
- تیفوئید
- هپاتیت ویروسی
- ایدز
- بیماریهای آمیزشی
- لیشمانیوز جلدی و احشائی
- تب مالت
- سیاه زخم جلدی
- کیست هیداتیک
- توکسوپلاسموزیس
- جذام
- لپتوسپیروزیس
- فاسیولازیس
- شیبگلوز
- پدیکولوزیس و گال
- سایر عوارض ایمنسازی (غیر از موارد فوری)

بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفنی)

غیر واگیر

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

واگیر

- فلج شل حاد
- سرخک
- سرخچه و سندرم سرخچه
- مادرزادی
- دیفتری
- سیاه سرفه
- مننژیت
- کزاز نوزادی و بالغین
- وبا
- مالاریا
- طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذا
- طاعون
- تولارمی
- هاری و حیوان گزیدگی
- تب زرد
- تب راجعه
- بوتولیسم
- تب دنگی
- آنفلوآنزای پرندگان
- تب های خونریزی دهنده
- سیاه زخم تنفسی
- عوارض ایمن سازی (مرگ، بستری، آیس، عوارض خوشه ای، عوارض نگران کننده جامعه)
- شپش تن
- ابولا
- کروناویروس جدید (mers)

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 (شبانہ روزی)

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 (Influenza Like Illness=ILI):

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 آنفلوانزا

(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 بیمار به بستری شدن در بیمارستان

بعبارت دیگر بیماری که تعریف شبه آنفلوانزا در مورد وی صادق باشد و ضمناً در بیمارستان بستری شود یا نیاز به بستری داشته باشد.

ب - آنفلوانزای پرندگان

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

تماس با فرد / افراد مشکوک به آنفلوانزای پرندگان.

تماس با پرندگان / حیوانات مشکوک یا قطعی مبتلا به بیماری .

تماس با کانون آلوده به بیماری آنفلوانزای پرندگان.

مورد مشکوک :

بیمار مبتلا به عفونت حاد دستگاه تنفسی تحتانی بدون علت مشخص، همراه با تب بیش از 38 درجه زیرزبانی، سرفه و تنگی نفس یا تنفس سطحی به همراه حداقل یکی از موارد تماس زیر در طی 7 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 آنفلوانزای 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 آنفلوانزای 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 آنفلوانزای پرندگان در یک ماهه اخیر وجود داشته است

- تماس نزدیک با موارد حیوانی قطعی مبتلا به آنفلوانزای 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 آنفلوانزای 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 مشکوکی به همراه جواب مثبت در یکی از روشهای تشخیصی آزمایشگاهی آنفلوانزا.

اقدامات مورد نیاز:

الف - درمانی

چهار داروی ضدویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوانزا مطرح شده اند
اوسلتامیویر (OSELTAMIVIR). زانا میویر (ZANAMIVIR)

ریمانتادین، (RIMANTADINE) - آمانتادین (AMANTADINE)

اوسلتامیویر برای درمان (به مدت 5 روز) و برای پروفیلاکسی (به مدت 10-7 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 گزارشدهی، ارزیابی، نمونه برداری و مداخلات بهداشتی درمانی مورد نیاز از جمله جداسازی و محدودسازی می باشد.

گزارشدهی 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 A, B انسانی سواب ترشحات بینی و یا آسپیراسیون و سوابهای نازوفارنکس نمونه های مناسبی میباشند. در مورد بیمارانی که انتوبه هستند گرفتن یک آسپیراسیون از نای یا جمع کردن یک نمونه در حین لاواژ برونکوالوئولار بهتر است.

باید از سوابهای استریل حاوی ابریشم مصنوعی و یا داکرون با دسته های پلاستیکی 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 2 الی 3 سی سی از محیط ترانسپورت مناسب استفاده میگردد.

زمان نمونه گیری

سواب گلو بایستی در 3 روز اول بعد از شروع علایم گرفته شود. البته باید به این نکته توجه داشت که ویروس به طور عمومی از سوابهای گلو در زمان شروع علایم یا حتی قبل از شروع علایم 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 علایم بیماری آنفلوآنزا

۳- نمونه گیری از موارد دارای علایم

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 مثبت میزان دمای بدن ۲بار در روز وسایر علائم آنفلوانزا 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 وتست 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 - درآوردن ماسک
۶ - پوشیدن دستکش	۶ - شستشوی دست

هاری و حیوان گزیدگی

هاری یک بیماری حاد ویروسی و صدر صد کشنده 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 و حتی چنگ زدگی حیوان (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

- مشخصات و نشانی کامل کلیه موارد گاز گرفتگی و حتی چنگ زدگی حیوان (اهلی یا وحشی) باید به صورت فوری و طی تماس تلفنی به ستاد مرکز بهداشت شهرستان گزارش شوند.
- زدودن و خارج کردن ویروس هاری از محل زخم با شستشو با آب و صابون و حتی با استفاده از برس به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه
- خارج کردن کف صابون از لابه لای زخم با فشار آب
- قطع یا برداشت کامل قسمت های نکرز
- ضدعفونی کردن محل جراحی با الکل ۴۰ درصد یا بتادین ۱% و یا سایر مواد ضدعفونی کننده
- بستن و بخیه نزدن محل زخم (تنها استثنا در مورد شریان های خونریزی دهنده است)
- تجویز آنتی بیوتیک مناسب با نظر پزشک
- تزریق سرم و واکسن ضدکزاز (ثلاث یا توام)
- تزریق واکسن هاری
- تحت نظر قرار دادن حیوان مهاجم :در صورتی که حیوان مهاجم (فقط سگ و گربه) در دسترس باشد، ضمن شستشو، تزریق سرم و واکسیناسیون باید ۱۰ روز حیوان را بسته و تحت مراقبت قرارداد. اگر در طی این مدت علائم ظاهر نشده و حیوان تلف نشود، واکسیناسیون روزهای ۱۴ و ۲۸ لازم نیست و تزریق ۳ نوبت واکسن در روزهای صفر، ۳ و ۷ برای حیوان گزیده کافی است.
- پیگیری جهت تکمیل واکسیناسیون
- آدرس واحد هاری : خیابان امام ۲۰ متری شهید بهشتی ، مرکز بهداشت شهرستان قم شماره تماس ۳۶۶۳۰۵۴۰

• 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 40% موجب مرگ و میر می شود. اصولاً 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 عضلات 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 3 عدد و به فواصل زمانی زیر تهیه می شود:

نمونه اول بلافاصله بعد از تشخیص، نمونه دوم 5 روز پس از نمونه اول و نمونه سوم 10 روز بعد از نمونه اول.

نمونه ها باید به اندازه ای باشد که پس از سانتریفیوژ حداقل 6 CC 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 مبتلا 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 محتملی که با معیار تشخیص 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 با گان آلوده منتقل می شود. بیماری در تمام سنین وجود دارد ولی وفور آن در سنین 30 - 20 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.
- از خوردن شیر حرارت ندیده و محصولات لبنی غیرپاستوریزه اجتناب شود. حرارت جوش (استریلیزاسیون) به مدت 1 دقیقه یا پاستوریزاسیون 68 (درجه سانتی گراد) به مدت 15 دقیقه میکروکوکوس ملی تنسیس در شیرآلوده را نابود می کند؛ ولی برای اینکه اطمینان از حرارت جوش (خصوصاً در مناطق روستایی و عشایری) حاصل شود، توصیه بر این است که شیر به مدت 5 دقیقه در حرارت جوش قرار گیرد. پنیر تازه به مدت حداقل 2 ماه در آب نمک نگهداری (عموماً مدت زمان 3 ماهه برای نگهداری پنیر در نظر گرفته شده است) و سپس مصرف شود.
- 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:

1- نوع شهری یا خشک که مخزن آن انسان است و سگ مخزن تصادفی است. عامل سالک نوع شهری لیشمانیا تروپیکا و پشه خاکی ناقل آن فلبوتوموس سرژنتی می باشد.

2- نوع روستایی یا مرطوب که مخزن آن عمدتاً جوندگان هستند. عامل سالک نوع روستایی لیشمانیا ماژور و پشه خاکی ناقل آن فلبوتوموس پاپاتاسی می باشد. بروز لیشمانیوز جلدی در کشور بر اساس گزارش دانشگاه ها در سال 1390 به میزان 27 در صد هزار نفر جمعیت بوده است.

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

- در مواردی که بیمار اندیکاسیون درمان موضعی دارد تزریق موضعی ترکیبات آنتی موان 5 ظرفیتی به صورت هفته ای یک بار و انجام کرایوتراپی با ازت مایع به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود.
 - در مواردی که تعداد ضایعات بیش از 5 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. در خصوص زخم هایی که فاقد اندیکاسیون درمان است توصیه می شود فقط با گاز استریل پانسمان شوند.
 - پانسمان زخم در سالک نوع شهری انجام شود.
- در حال حاضر مراکز جامع سلامت امام حسن عسگری و امام رضا(ع) و مرکز مسجد جامع مراکز نمونه برداری و درمان سالک در شهر و مراکز قنات و قمرود مراکز روستایی نمونه برداری و درمان رایگان سالک می باشند.

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 1400 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.

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 با 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.
- هدف از درمان سریع موارد مالاریای کشور درمان در کمتر از ۲۴ ساعت پس از بروز اولین علائم است.
- توصیه می شود تمام بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپاروم یا عفونت توأم (فالسیپاروم و ویواکس) برای اطمینان از بهبودی کامل پیگیری شوند و روزهای 3، 7، 14، 21، 28، ۰ از آنها لام خون محیطی تهیه گردد

در حال حاضر مراکز جامع سلامت امام حسن عسگری و امام رضا(ع) و مرکز مسجد جامع مراکز نمونه برداری و درمان مالاریا در شهر و مراکز جعفریه و قنوات مراکز روستایی نمونه برداری و درمان رایگان مالاریا می باشند.

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.

گروههای زیر باید از نظر ابتلا به ویروس HIV بررسی 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.
- کلیه مادران باردار (برنامه PMTCT)
- افرادی که علائم 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. 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، لازم است هر سه ماه آزمایش تکرار شود.
- درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد و کلیه مراحل مشاوره قبل از انجام تست (PIT) انجام شود و نتیجه آزمایش به صورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود.
- تشخیص قطعی HIV با 3 نوبت الایزای مثبت (یا یک تست سریع و 2 الایزا) صورت می گیرد.
- در نوزادان زیر 18 ماهگی الایزای مثبت ارزش تشخیصی ندارد و باید از روش PCR استفاده کرد.
- کلیه افراد دارای عوامل خطر باید برای دریافت مشاوره و آزمایشات تکمیلی اچ آی وی به مراکز/پایگاه های مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شوند. 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
- آدرس مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری (میدان نوبت روبروی امامزاده سید معصوم شماره تماس ۳۸۶۱۸۰۰۸)

برنامه پیشگیری از انتقال از مادر به کودک (PMTCT)

پیشگیری از انتقال مادر به کودک یکی از راهبردهای مهم و استراتژیک در پیشگیری از انتقال HIV/AIDS و بیماری‌های آمیزشی در برنامه‌های ملی می‌باشد و در این سیاست و برنامه اصول ذیل مد نظر می‌باشد:

- پیشگیری از ابتلاء به HIV و بیماری‌های آمیزشی در زنان در سنین باروری با آموزش و مشاوره
- پیشگیری از حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده در زنان آسیب پذیر و زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی
- پیشگیری از انتقال HIV و سیفیلیس از مادران باردار مبتلا به HIV به نوزادان
- ارائه درمان ضد رتروویروسی برای کلیه مادران باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی
- تأمین نظام مراقبت و درمان لازم برای مادران و نوزادان مبتلا به اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی

پیوند برنامه‌های سلامت باروری و برنامه‌های کنترل HIV و عفونت‌های آمیزشی به منظور حذف انتقال HIV و سیفیلیس از مادر به نوزاد بر چهار محور به شرح زیر برنامه‌ریزی شده است:

- دوران قبل از بارداری
 - دوران بارداری
 - دوران زایمان
 - دوران نوزادی، شیرخوارگی و کودکی.
- برخی از مزایای اتصال این برنامه به سیستم مراقبت‌های اولیه عبارتند از:
- افزایش دسترسی و استفاده از خدمات کلیدی HIV و سلامت باروری
 - دسترسی بیشتر افراد مبتلا به HIV و عفونت‌های آمیزشی به خدمات سلامت جنسی و سلامت باروری مناسب با نیازهای آنان
 - کاستن از بار انگ و تبعیض HIV
 - افزایش تاثیر و کارایی برنامه‌ها

برنامه پیشگیری از انتقال مادر به کودک در زنان باردار از سال ۱۳۹۳ در ۱۶ دانشگاه علوم پزشکی بصورت پایلوت اجرا شده و تا پایان سال ۱۳۹۶ این برنامه در کل کشور اجرایی گردید. از ابتدای شهریورماه ۱۳۹۷ این برنامه برای اجرا به تمام مراکز شهری و روستایی و پایگاهها و خانه‌های بهداشت ابلاغ گردید و بعد از تجهیز آنها از نظر کیت تشخیص سریع ایدز عملاً از ابتدای مهر ماه اجرایی گردید. در حال حاضر تمام مادران باردار یکبار در طول بارداری و در اولین مراقبت در ۸-۱۰ هفتگی بعد از انجام مشاوره PIT به صورت آگاهانه و با رضایت کامل در خصوص انجام آزمایش، توسط مراقبین سلامت و ماماها سطح مراکز و پایگاههای بهداشت بوسیله کیت تشخیص سریع ایدز بررسی می‌شوند. در صورتی که مادر باردار در هر زمانی از بارداری مراجعه کند ولی از نظر ویروس HIV بررسی نشده باشد باید اینکار صورت گیرد و نتیجه منفی آزمایش در دفترچه زرد مراقبت مادر ثبت گردد. باید از ثبت نتیجه مثبت در پرونده الکترونیک و دفترچه زرد اجتناب شود و موارد مثبت سریعاً به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری گزارش و ارجاع شوند و پیگیری لازم جهت مراجعه صورت گیرد. با توجه به کمبود شدید کیت تشخیص سریع ایدز در سطح کشور و به دنبال آن نبود کیت در برخی مراکز و پایگاهها، طبق مکاتبات صورت گرفته با مراکز و پایگاهها خواسته شد تا تامین کیت، بعد از انجام مشاوره PIT در آزمایشات روتین بارداری آزمایش فوق درخواست شود.

سل

بیماری سل در اثر مایکوباکتریوم 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:

نمونه اول در اولین مراجعه بیمار و زیر نظر کارکنان بهداشتی دریافت می شود
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.
نمونه سوم در مراجعه روز دوم به واحد بهداشتی، پس از تحویل نمونه دوم، یک نمونه خلط دیگر در جا از او گرفته میشود.

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.

• درمان بیماران شناسایی شده

پس از تشخیص هر مورد مبتلا 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 دارو ایزونیازید-ریفامپین-اتام بوتول-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 6 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 کورتیکوستروئید طولانی مدت، داروهای شیمی درمانی، داروهای ضد رد پیوند یا آنتاگونیست های TNF α) 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 نیازمند ایزولاسیون تنفسی به مدت حداقل 2 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- علایم بالینی

۵- شیره معده

در صورتی که ۳ معیار از ۵ معیار فوق مثبت باشد کودک بیمار محسوب شده و باید تحت درمان سل قرار گیرد.

کودک زیر 6 سال در تماس نزدیک با بیمار مبتلا به سل ریوی عفونت زا، در صورت داشتن تست پوستی توبرکولین بیشتر از 5 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 6 ماهه درمان پیشگیری در صورت رد سل فعال) دریافت کند.

پدیکولوزیس و گال

پدیکولوز: 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 چسبد. 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 ۱۰-۷ 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 *Pediculus humanus humans*

۳. شپش عانه *Phthirus Pubis (crablice)*

تشخیص شپش

- **مورد مشکوک:** وجود خارش در یکی از نواحی سر، تن یا عانه در جامعه آلوده به شپش.
- **مورد احتمالی:** وجود ضایعات به صورت خارش جلدی با یا بدون عفونت و وجود آدنوپاتی موضعی در ناحیه پشت گوش و گردن (در آلودگی به شپش سر)، وجود خارش 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

الف) درمان شپش سر

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 متاثر 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.

۱. شامپوی پرمترین ۱٪:

ابتدا موها را با شامپوی معمولی شستشو داده شود، پس از اینکه آب موها گرفته شد (موها مرطوب باشد)، لازم 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.

۲. لوسیون دایمتیکون ۴٪:

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.

□ رشک زدایی

هیچ یک از ترکیبات فوق، توان جداسازی رشک ها (تخم های شپش) را از موها ندارند؛ لذا در هر مورد پس از درمان 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، ترجیحا سرکه سفید بهداشتی).

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

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

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

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).

• در خارج از شرایط خاص می توان با استفاده از جاروبرقی نسبت به حذف شپش از فرش، مبیل 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 لازم است قبل از هر فعالیتی نسبت به تعویض یا شستشوی لباس ها به یکی از طرق زیر اقدام نمود:

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

۲ - شستن با آب و پودرهای رختشویی معمولی، خشک کردن در آفتاب و سپس اتو کردن آنها بخصوص اتو کشی 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)

• قرار دادن البسه در کیسه پلاستیکی و نگهداری کیسه دور از محل تردد افراد به مدت حداقل ۱۰ روز

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 پستی 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 معلمان 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.
- درمدارس شهری دارای مراقب سلامت، بررسی و شناسایی پدیکولوزیس توسط مربی بهداشت بر اساس بسته آموزشی انجام می شود 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

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 درگیری کند.

تشخیص گال: وجود تظاهرات بالینی و ابتلای 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:

بر 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 هیستامین ها 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 بمدت 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 سایر داروها 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 یافته‌هاي کلينيکی از محیط تا بالاترين سطح این گزارش بر اساس اطلاعات در فرم گزارش تلفني و خلاصه اطلاعات بیماری انجام می‌شود.
- هر مورد بیماری باید در عرض ۲۸ 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 داده‌هاي مبتنی بر مورد در هر طخيان
- ارسال گزارش ماهيانه از تمام سطوح بهداشتی و درمانی (بخش دولتی و بخش خصوصی) الف: تکميل فرم بررسی اپیدمیولوژیک جهت بیماران در سطح شهرستان و استان ب: تکميل فرم خلاصه اطلاعات بیماری و ارسال آن از طریق سیستم پورتال به مرکز مدیریت بیماریها
- ارسال گزارش صفر ماهيانه از طریق فرم بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن 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 نظر وجود باسیل منفي شوند. اگر امکان کشت موجود نباشد ۱۴ روز پس از اتمام درمان با آنتی بیوتیک‌هاي مناسب می‌توان جدا سازی بیمار را خاتمه داد.
- تزریق آنتی توکسین بر حسب محل ضایعه و شدت بیماری به بیمار
- تزریق آنتی بیوتیک پنی سیلین پروکائین جی با دزهاي مربوطه برای کودکان و افراد بالغ به مدت ۱۴ روز.

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 7 روز از جهت بروزعلائم 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 5 سال اخیر واکسن محتوی توکسوئید دیفتتری دریافت نکرده نباشند، یک دوز یادآور از واکسن متناسب با سن تزریق می شود. در کودکان کمتر از 7 سال چنانچه از آخرین نوبت واکسن آنها بیش از 3 سال گذشته باشد باید یک دوز واکسن دریافت نمایند.

در افراد در تماس نزدیک بدون علامت که سابقه واکسیناسیون کامل (بیش از 3 دوز از توکسوئید دیفتتری) 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 شوندالزامی است. دو نمونه کشت باید حداقل 24 ساعت پس از قطع آنتی بیوتیک و هر یک با فاصله 24ساعت از یکدیگرگرفته شوند. اگر امکان کشت موجود نباشد، 14 روز پس از اتمام درمان با آنتی بیوتیک های مناسب می توان جداسازی بیمار را خاتمه داد

سرخجه و سندروم سرخجه مادرزادی

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

موارد 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 ۱۲ سال که کارمندان بهداشتی مشکوک به CRS در او می شوند .
هر کودک کمتر از ۱۲ سال 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 بشورات از رفتن به مدرسه یا محل کار اجتناب نمایند.

واکسیناسیون = واکسن زنده ضعیف شده ویروس سرخچه به صورت مونووالان و همراه واکسن اوریون و سرخک MMR به صورت پلی والان تلقیح و باعث کنترل بیماری می شود.

موارد مصرف واکسن سرخچه

- در زنان نوجوان و جوان غیر ایمن که باردار نیستند (زنان تا 28 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 بیمارستا نها، درمانگاه ها و مربیان مهد کودک ها

سرخک و بیماری های بثورى تب دار

سرخک یکی از مسرى ترین بیماری های عفونى است؛ به طوری که بیش از 90% افراد حساس در تماس نزدیک با بیمار آلوده مى شوند.

با توجه به تغییر هدف مراقبت بیماری سرخک از مرحله کنترل به مرحله حذف ویروس سرخک در کشور، توجه ودقت زیادى در ارتقاء سطح پوشش واکسیناسیون (بالتر از 95 درصد در سطح تمامى شهرستا نها) بایستى صورت گیرد.

افراد مبتلا به طور متوسط از 3 روز قبل از شروع علائم تا 4 روز بعد از شروع بثورات جلدی مى توانند ویروس را منتشر نمایند

از روی علائم بالینی نمى توان با قطعیت در مورد تشخیص بیماری نتیجه گیرى کرد؛ لذا تشخیص نهایی با جدا کردن آنتى بادی IgM اختصاصى سرخک در خون و یا بزاق بیمار انجام مى شود.

مورد مشکوک: هر فرد با تب و بثورات جلدی ماکولو پاپولر.

مورد تایید شده بالینی: هر شخص با تب و راش ماکولو پاپولر (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 7 الی 21 روز قبل از بروز علائم) با یک مورد قطعی آزمایشگاهی داشته است، ولی از خود بیمار نمونه تهیه نشده است.

مورد قطعی آزمایشگاهی: وجود آنتى بادی IgM اختصاصى سرخک در نمونه خون یا بزاق بیمار .

اقدامات مورد نیاز

- در صورت مواجهه با هر مورد مشکوک به سرخک (تب و راش ماکولو پاپولر) باید به صورت فوری به سیستم بهداشتی گزارش داد.
- **تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژى بیماری بثورى 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 ی واکسیناسیون آن ها بررسی و افراد سنین 9 ماه تا 12 سالی که سابقه قطعی ایمن سازی و یا ابتلای قبلی ندارند ، برای واکسیناسیون به نزدیک ترین مرکز بهداشتى درمانی و یا مرکز بهداشت شهرستان ارجاع و باید در فاصله زمانى کمتر از 72 ساعت از شروع علائم در بیمار واکسینه شوند.
- کودکان در سن مدرسه باید به مدت 4 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 نمى شود .
- در بیمارستان جداسازی تنفسی از شروع مرحله کاتارال تا 4 روز پس از بروز راش ها توصیه مى شود.

سیاه سرفه

بیماری سیاه سرفه که عامل آن میکروبی به نام برده تلا پرتوسیسی 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.

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

- 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 اریترومايسين به میزان 50 mg/kg به مدت ۱۴-۱۰ روز انجام م ی شود. اریترومايسين 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 90% موارد عفونت بدون علامت بوده یا علائم خفیف دارد و کمتر از 1% 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 (Polio free) قرار دارد. کشور ایران در مرحله ریشه کنی فلج اطفال می باشد.

به دلیل اینکه دلایل 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 2 مورد فلج شل حاد به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت زیر 5 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 با هر مورد تشخیص گیلن باره در افراد زیر 15 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 2 نمونه مدفوع به فاصله حداقل 24 ساعت از هم تهیه شده و در دمای حدود 4 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 60 برای تمام بیماران مشکوک به فلج شل حاد از نظر وجود فلج باقیمانده.
- به دلیل دفع ویروس از مدفوع افراد آلوده لازم است تا مدت حداقل 2 هفته پس از آغاز بیماری، نکات بهداشتی درمورد 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 خورانده شود

بیماری کزاز نوزادی

بیماری کزاز نوزادی یکی از علل مرگ ومیر نوزادان در کشورهای در حال توسعه است .

مورد مشکوک

هر مورد مرگ نوزاد در سن 3 تا 28 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 ۰.۵ 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 15 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 ضرورت های مهم استقرار نظام مراقبت بیماری های منتقله از غذا است. گزارش طغیان نهایی بیماری های منتقله از غذا نه تنها نشانه دهنده بدبودن وضعیت بهداشتی منطقه نم یباشد 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 24 تا 48 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 2 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 ۱ O139 یا O139 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 وفصلی)

• 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 5 روز بعد از تماس توصیه می شود.

• جمع آوری و انتقال نمونه ها:

- نمونه برداری باید در مدت زمان 24 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، 360 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 7 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 کلسترییدیوم 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:

- ۱- مسمومیت غذایی بدون تب .
- ۲- 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.
- ۳- درگیری اعصاب حرکتی کرانیال (بدون درگیری اعصاب 1 و 2 و اعصاب حسی)
- ۴- گشاد شدن مردمک چشم ها.

اقدامات مورد نیاز

- شرح حال دقیق بیمار از 48 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 (۱- نمونه مدفوع به مقدار ۵۰-۳۰ گرم ۲- نمونه محتویات معده آسپیره شده به مقدار ۵۰-۳۰ 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.

ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده

گروه هدف در این برنامه افراد با سن 30 سال و بالاتر هستند که دارای یکی از عوامل خطر زیر می باشند:

- ابتلا به دیابت
- ابتلا به فشارخون بالا
- افراد با دور کمر مساوی یا بیش از 90 سانتی متر
- مصرف دخانیات
- مصرف الکل
- سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده
- سابقه حوادث قلبی عروقی زودرس (در زنان کم تر از 65 سال و در مردان کم تر از 55 سال) در افراد درجه یک خانواده
- سابقه نارسایی کلیه در افراد درجه یک خانواده
- سن 40 سال و بیشتر

خلاصه اقدامات برای پیشگیری از سکته های قلبی و مغزی از طریق مراقبتهای ا دغام یافته دیابت و فشارخون بالا و اختلالات چربی های خون عبارتند از:

- ۱- غربالگری گروه هدف
- ۲- ارزیابی و مدیریت احتمال خطر 10 ساله بروز سکته های قلبی و مغزی با استفاده از داده های فشارخون، دیابت، کلسترول خون و مصرف دخانیات
- ۳- شناسایی و ارجاع افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا به پزشک
- ۴- پیگیری و مراقبت مبتلایان به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا
- ۵- آموزش

فراخوان و غربالگری گروه هدف

در ابتدا برای مراجعه افراد 30 ساله و بالاتر به خانه بهداشت/ پایگاه سلامت اطلاع رسانی گردیده و فراخوان داده شود. شرایط ناشتا بودن برای اندازه گیری قند خون اطلاع رسانی گردد (برای اندازه گیری کلسترول خون ناشتا بودن الزامی نیست)

اگر پاسخ به همه سوالات غربالگری منفی باشد (یعنی در افراد 30 - 40 سال فاقد علائم) به موارد زیر توجه شود

۱- از خانم‌ها در خصوص سابقه دیابت بارداری در حاملگی‌های قبلی، سابقه سقط بیش از دو بار و مرده زایی تولد نوزاد بالای 4 کیلوگرم سوال شود. در صورت پاسخ مثبت به یکی از موارد فوق، فرد در معرض خطر ابتلا به دیابت است.

۲- فشار خون مردان و زنان بر اساس استاندارد ذکر شده در زیر، اندازه‌گیری شود. در صورتی که میزان متوسط فشارخون مساوی 90 / 140 و بالاتر باشد، ممکن است فرد مبتلا به فشار خون بالا باشد.

۳- در صورت وجود شرایط بند 1 و بند 2، آزمایشات قند (ناشتا) و کلسترول برای فرد انجام می‌شود و براساس نتیجه در صورت نیاز، به پزشک ارجاع می‌گردد.

۴- بر اساس پروتکل آموزشی به فرد آموزش داده شود.

۵- توصیه گردد 3 سال دیگر برای ارزیابی سلامتی مراجعه کند.

اگر پاسخ حداقل یکی از سوالات فوق مثبت بود، اقدامات زیر انجام شود:

با رعایت شرایط اندازه‌گیری فشارخون، فشارخون در حالت نشسته و از دست راست اندازه‌گیری شده و ثبت گردد.

نوبت دوم با فاصله 2 دقیقه اندازه‌گیری شده و میانگین دو نوبت فشارخون محاسبه شود. برای خطر سنجی تنها از میانگین فشار خون سیستولیک استفاده می‌شود (جمع دو فشارخون سیستول تقسیم بر 2)

با استفاده از دستگاه سنجش و نوار آزمایش طبق دستورالعمل قندخون ناشتا و کلسترول خون اندازه‌گیری شده و مقدار آن‌ها در فرم/نرم افزار ثبت گردد. (در صورت نبود دستگاه اندازه‌گیری قند و کلسترول خون در خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی، مراجعه کننده برای انجام این آزمایشات به مرکز / آزمایشگاه ارجاع می‌گردد.)

میزان قد، وزن و نمایه توده بدنی (BMI) برای تعیین خطر سکنه‌های قلبی و مغزی مورد نیاز نیست، اما اضافه وزن و چاقی یکی از عوامل خطر بیماری‌های دیابت، فشارخون و چربی خون بالا است و در پیگیری و مراقبت بیماری‌های مذکور نیز مورد استفاده است. لذا اندازه‌گیری قد و وزن و ثبت آن در فرم/نرم افزار لازم است.

نکته: افراد مبتلا به چاقی ($BMI \geq 30$) و کسانی که اندازه دور کمر مساوی یا بیش از 90 سانتیمتر دارند باید جهت ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع شوند.

تعیین میزان خطر با استفاده از اطلاعات زیر انجام می‌گردد:

- ابتلاء یا عدم ابتلاء به دیابت

- جنس
- مصرف یا عدم مصرف دخانیات
- سن
- مقدار فشارخون سیستولیک بر حسب میلی متر جیوه
- مقدار کلسترول تام خون بر حسب میلی گرم در دسی لیتر

افرادی که بدون سابقه قبلی ابتلا به بیماری های دیابت، فشار خون بالا یا اختلال چربی خون هنگام ارزیابی میزان خطر 10 ساله سکتته های قلبی و مغزی، فشار خون، قند و کلسترول خون بیش از حد طبیعی دارند، لازم است که پس از ارزیابی خطر، جهت تأیید ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های دیابت، فشار خون بالا، اختلال چربی خون به پزشک ارجاع شوند. به عبارت دیگر اگر قندخون ناشتا مساوی یا بیش از 100 میلی گرم در دسی لیتر (قند خون 126 میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر ملاک دیابت است اما به دلیل امکان پیشگیری از این بیماری در مرحله پره دیابت، میزان قند مساوی و بیش از 100 ارجاع داده میشوند) و یا فشارخون مساوی یا بالاتر از ۹۰/۱۴۰ میلیمترجیوه و یا میزان کلسترول مساوی یا بیش از 200 میلی گرم در دسی لیتر باشد برای تعیین وضعیت ابتلاء به بیماری دیابت (یا پره دیابتی بودن) و یا فشارخون بالا و یا کلسترول خون بالا، افراد باید به پزشک ارجاع داده شوند و پس از بررسی توسط پزشک و تشخیص قطعی ابتلا به فشارخون بالا و یا هیپرلیپیدمی (اختلال چربی های خون) و همچنین ابتلا به دیابت یا پره دیابتی بودن فرد، ضمن انجام اقدامات درمانی، ارزیابی مجدد بر اساس زمان تعیین شده در اولین ارزیابی خطر انجام خواهد شد.

نکات مهم

- 1- اگر میانگین فشارخون 180 / 110 میلی متر جیوه و بیشتر باشد، فرد به پزشک ارجاع فوری داده شود.
- 2- افرادی که میانگین فشارخون آنان بالای 120 / 80 تا 139 / 89 باشد به عنوان «پیش فشارخون با لا» در نظر گرفته می شوند و بهورز / مراقب سلامت ضمن آموزش اصلاح شیوه زندگی، فرد را سالانه مورد ارزیابی قرار می دهد.

گروه بندی افراد پس از ارزیابی میزان خطر ده ساله سکتته های قلبی و مغزی و اقدامات مورد نیاز

افرادی که مورد ارزیابی میزان خطر سکتته های قلبی و مغزی قرار گرفته اند، به چهار گروه تقسیم می شوند:

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| ۱- خطر کمتر از 10 % | ارایه کارت سبز |
| ۲- خطر 10 تا کمتر از 20 % | ارایه کارت زرد |
| ۳- خطر 20 تا کمتر از 30 % | ارایه کارت نارنجی |
| ۴- خطر 30 % و بالاتر | ارایه کارت قرمز |

تبصره: باید توجه داشت برای افرادی که کمتر از 10 درصد در معرض خطر 10 ساله بروز سکته های قلبی و مغزی هستند و فاقد بیماری یا عامل خطر به استثنای عامل خطر سن (بالای 40 سال) می باشند، کارت خطرسنجی تکمیل نمی گردد.

به افرادی که کمتر از 10 درصد در معرض خطر 10 ساله بروز سکته های قلبی و مغزی هستند، پس از آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایی سالم و پیگیری مطابق با دستورالعمل تغذیه، فعالیت بدنی کافی، عدم مصرف دخانیات و الکل)، توصیه شود جهت ارزیابی مجدد خطر یک سال بعد مراجعه نمایند.

افرادی که بین 10 تا کمتر از 20 درصد در معرض خطر 10 ساله بروز سکته های قلبی و مغزی هستند آموزش داده شوند و هر 9 ماه پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد.

افرادی که بین 20 تا کمتر از 30 درصد در معرض خطر 10 ساله سکته های قلبی و مغزی هستند، علاوه بر آموزش، به پزشک ارجاع غیر فوری شده و هر 6 ماه پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد. پیگیری اجرای دستورات پزشک مورد تاکید است. این افراد از پزشک به کارشناس تغذیه نیز، برای مشاوره تغذیه ارجاع داده می شوند.

افرادی که 30 درصد یا بیشتر در معرض خطر 10 ساله سکته های قلبی و مغزی هستند، علاوه بر آموزش، به پزشک ارجاع فوری شده و هر 3 ماه پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد. اگر میزان خطر با اقدامات فوق و پیگیری دستورات پزشک پس از 6 ماه کاهش نیافت، لازم است که فرد توسط پزشک به سطح 2 ارجاع شود (این ارزیابی خطر شامل بیماران قلبی عروقی نمی شود). این گروه هم نیاز به مشاوره و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه دارند.

پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون و دیابت هر ماه توسط بهورز / مراقب سلامت و هر 3 ماه توسط پزشک انجام می گیرد.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلال چربی های خون و چاقی هر 3 ماه توسط بهورز / مراقب سلامت و هر 6 ماه توسط پزشک انجام می گیرد.

ثبت افراد مبتلا به سرطان

در این برنامه، هدف شناسایی همه افراد مبتلا به سرطان و ضایعات پیش بدخیم در جمعیت تحت پوشش، گزارش آن به پزشک و ثبت آن در سامانه است به طوری که امکان پیگیری های بعدی و خدمت رسانی به این بیماران تسهیل گردد.

از خانواده هایی که در آن ها فرد مبتلا به سرطان یا ضایعات پیش سرطانی (پیش بدخیم) زندگی می کند خواسته می شود که همه گزارش های مربوط به تشخیص بیماری فرد را ارائه نمایند.

افراد مبتلا به سرطان باید دست کم سالی یک بار ارزیابی شوند

پیشگیری، تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان روده بزرگ و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

گروه هدف افراد 50 تا 69 سال می باشند.

در صورتی که سن فردی زیر 50 یا بالای 69 سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی شود. در این افراد همه ارزیابی ها مطابق دستورالعمل انجام می شود.

پیگیری و مراقبت بیماران

افرادی که به پزشک ارجاع و ارزیابی های کامل تری می شوند برای پیگیری های دوره ای باید مطابق شرایط به صورت دوره ای ارزیابی شوند. در صورتی که فردی دارای سابقه فردی یا خانوادگی نبود، علامت دار نبود و تست FIT نیز منفی بود، زمان فراخوان بعدی دو سال بعد خواهد بود.

اگر فرد صرفاً به دلیل تست FIT مثبت به پزشک ارجاع شده باشد، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دوم مشخص می شود.

جدول راهنمای برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری روده بزرگ، بهورز یا مراقب سلامت

<ul style="list-style-type: none"> ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. ○ توصیه شود پس از دو سال جهت ارزش یا بی مجدد مراجعه کند. ○ توصیه شود در صورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کند 	<p>دارا بودن همه موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ بدون علامت ○ سابقه خانوادگی منفی ○ سابقه فردی منفی ○ تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی 	<p>الف - شرح حال:</p> <p>بررسی علایم</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته اید؟ 2. بیبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته اید؟ 3. کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر داشته اید؟
<ul style="list-style-type: none"> ○ فرد به پزشک ارجاع داده شود ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. 	<p>دارا بودن یکی از موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ علامت دار ○ سابقه خانوادگی مثبت ○ سابقه فردی مثبت ○ تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی 	<p>بررسی سابقه خانوادگی</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. سابقه خانوادگی سرطان یا آدنوم روده بزرگ در فامیل درجه یک دارید؟ (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) 2. سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر پنجاه سال بروز کرده باشد دارید؟ (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدربزرگ) <p>بررسی سابقه فردی</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ در گذشته 2. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ در گذشته 3. سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) بیماری کرون یا کولیت اولسروز) <p>ب - انجام تست خون مخفی در مدفوع (FIT)</p>

دستورالعمل آزمایش ها و اندازه گیری ها

برای به دست آوردن نتیجه صحیح از این آزمایش، آماده سازی بیمار برای نمونه گیری و نگه داری مناسب نمونه به دست آمده از اهمیت بسیار برخوردار است. ناشتا یا غیر ناشتا بودن برای انجام آزمایشات قند و کلسترول امکان پذیر است. در این خصوص به موارد ذیل توجه گردد:

اندازه گیری فشارخون

در اندازه گیری فشارخون با دستگاه فشارسنج جیوه ای، باید موارد زیر را رعایت کرد:

مانومتر نباید بیشتر از 90 - 100 سانتیمتر از اندازه گیرنده فشارخون فاصله داشته باشد، تا به راحتی بتوان اعداد را خواند. ستون جیوه باید عمودی و هم سطح چشم قرار گیرد. برای خواندن مقدار فشارخون باید بالاترین نقطه هلال جیوه در ستون یا لوله شیشه ای را در نظر گرفت. بهتر است فشارخون از دست راست و در وضعیت نشسته اندازه گیری شود.

افراد معاینه شوند (افراد که فشارخون آن ها اندازه گیری می شود) قبل از اندازه گیری فشارخون باید شرایط زیر را رعایت کنند:

30 دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون از مصرف کافئین (قهوه و چای) و الکل و مصرف محصولات دخانی خودداری کنند و فعالیت بدنی شدید نداشته باشند، در غیر این صورت فشارخون نباید اندازه گیری شود. همه این موارد روی مقاومت شریانیچه ها اثر می گذارند و افزایش غیر واقعی فشارخون خواهیم داشت. نباید به مدت طولانی ناشتا باشند.

قبل از اندازه گیری فشارخون مثانه آنها خالی باشد.

مدت 5 دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون استراحت کنند و صحبت نکنند.

برای اندازه گیری فشارخون لازم است پاهای فرد دارای تکیه گاه باشد لذا باید کف پا را روی زمین یا یک سطح محکم بگذارد، در یک وضعیت آرام و راحت بنشیند و پشت خود را تکیه دهد و دستها و پاهایش را روی هم نگذارد.

بازوی دست راست بیمار باید طوری قرار گیرد که تحت حمایت باشد (تکیه گاه داشته باشد) و به طور افقی و همسطح قلب قرار گیرد. این سطح باید در وسط جناغ سینه باشد. بازوی فرد تا سطح قلب او بالا برده شده و به طور راحت روی میز گذاشته شود. دست فرد نباید خم باشد و مشت نکند. دست او نباید آویزان

باشد. بازو چه در حالت اندازه گیری نشسته، چه ایستاده و چه دراز کشیده باید در سطح قلب باشد و تکیه گاه مناسب داشته باشد. در حالت دراز کشیده بهتر است یک بالش کوچک زیر دست قرار گیرد تا هم سطح قلب شود. در حالت ایستاده می توان با یک دست بازوی دست فرد معاینه شونده را گرفت تا برای او تکیه گاه ایجاد گردد. نباید از خود فرد برای ایجاد تکیه گاه دست او کمک گرفته شود. در استفاده از دستگاره های دیجیتالی مچی یا انگشتی نیز دست باید هم سطح قلب قرار گیرد.

از گفتگوهای مهیج و شوخی با فرد معاینه شونده، باید خودداری شود.

در حین اندازه گیری فرد باید آرام و بی حرکت بنشیند و ساکت باشد و گیرنده فشارخون نیز باید ساکت باشد.

معمولاً فشارخون سیستول در دست راست 10 میلی متر جیوه بیشتر از دست چپ است به همین دلیل غالباً از دست راست برای اندازه گیری فشارخون استفاده می شود. بازویی که فشار خون در آن اندازه گیری می شود باید تا شانه لخت باشد و اگر آستین لباس بالا زده می شود بایستی نازک و به اندازه کافی گشاد باشد تا روی بازو فشار نیارد و مانع جریان خون و نیز مانع قرار گرفتن صحیح بازوبند روی بازو شود. اگر آستین لباس تنگ است بهتر است فرد لباس خود را در آورد. آستین تنگ باعث می شود مقدار فشارخون کمتر از مقدار واقعی خوانده شود.

اگر بازوبند کوچک باشد باعث می شود مقدار فشارخون زیادتر از مقدار واقعی و اگر بازوبند بزرگ باشد، مقدار فشارخون کمتر از مقدار واقعی نشان داده می شود.

بعد از بستن بازوبند، در ابتدا فشار خون از طریق نبض شریان رادیال (شریان مچ دست) اندازه گیری شود. این مقدار برآورد تقریبی از فشارخون سیستول است.

اگر لازم بود اندازه گیری از طریق نبض تکرار شود، حداقل 1 تا 2 دقیقه صبر نموده و مجدداً کاف باد شود.

حدود یک دقیقه بعد از اندازه گیری فشارخون به روش لمس، اندازه گیری دقیق با استفاده از گوشی پزشکی و شنیدن صداهای کوروتکوف انجام گیرد.

اگر لازم بود اندازه گیری با گوشی تکرار شود، یک دقیقه صبر نموده یا 5 تا 6 ثانیه دست فرد بالا نگه داشته شود و مجدداً اندازه گیری تکرار گردد.

به علت این که در اندازه گیری اتفاقی فشارخون در موقعیت های مختلف اعداد گوناگونی بدست می آید، تصمیم گیری براساس مقداری که فقط از یک بار اندازه گیری فشارخون بدست آمده است، منجر به تشخیص نادرست و مدیریت نامناسب بیماری می شود. با تکرار اندازه گیری می توان به مقادیر حاصل از اندازه گیری اعتماد بیشتری داشت.

اندازه گیری دور کمر

برای اندازه گیری دور کمر در ابتدا فرد باید بایستد و دو دست خود را در دو طرف بدن آزاد قرار دهد. محل تقاطع خط عمودی میانی (خط پهلو که از زیر بغل تا لبه بالایی استخوان لگن ادامه می یابد) در محل مربوط به آخرین دنده قفسه سینه و لبه فوقانی استخوان لگن خاصره (یعنی محل بالای کمرست ایلیاک) سمت راست فرد را پیدا نموده و علامت زده شود و سپس دقیقاً وسط این دو نقطه با نوار اندازه گیری تعیین و علامت زده شود و نوار را روی آن قرار داده و به طور افقی به دور شکم حلقه گردد. قبل از خواندن اعداد نوار اندازه گیری، اطمینان حاصل شود که نوار تا خوردگی و چرخش نداشته باشد و به صورت مماس بر روی پوست شکم قرار گرفته است و به آن فشار نمی آورد. این نوار باید موازی سطح زمین باشد.

اندازه گیری دور کمر باید در انتهای یک بازدم طبیعی تنفس، انجام شود. به طور چشمی هم می توان به چربی شکمی یا دور کمر پی برد.

اندازه گیری قد بیمار

فرد باید به طور عمودی بایستد. با یک خط کش بر روی سر، کنترل گردد.

سطح زمین باید صاف و سفت باشد (سطح سیمانی، موزائیک) و نباید توسط فرش یا کفپوش های نرم پوشیده شده باشد. اگر اینطور باشد باید از یک تخته چوبی صاف برای زیر پا استفاده کرد.

فرد باید کفش خود را درآورده و وسایل سنگین به همراه نداشته باشد.

فرد باید پشتش را به قد سنج تکیه دهد. پشت سر، پشت تنه، باسن، ساق و پاشنه پاها باید به طور مستقیم به قد سنج تکیه داده شود. فرد باید سر را مستقیم به سمت جلو نگه دارد و به یک نقطه در مقابل نگاه کند.

یک خط کش روی سر گذاشته تا بر روی مو فشار آورد. سپس از محل تقاطع خط کش با دیوار تا پایین اندازه گیری شود. یا از خط کش قد سنج استفاده گردد. قد بر حسب سانتیمتر و با یک رقم اعشار نوشته شود. گفته خود فرد ملاک نیست فقط در مورد افرادی که قادر به حرکت نیستند می توان اندازه قد را از خود فرد سوال کرد و یادداشت نمود.

اندازه گیری وزن بیمار

سطح زمین باید سفت و صاف باشد و مفروش نباشد.

وزنه باید روی صفر تنظیم شود.

فرد باید کفش و لباس های اضافی خود را در آورد و وسایل سنگین به همراه نداشته باشد.

فرد باید مستقیم و در مرکز ثقل بایستد.

اگر وزنه از نوع دیجیتالی است، پس از ثابت شدن عدد، خوانده شود.

میزان وزن برحسب کیلوگرم و با یک رقم اعشار نوشته شود.

گفته خود فرد ملاک نیست، فقط در مورد افرادی که قادر به حرکت نیستند می توان وزن را از خود فرد سوال کرد و یادداشت نمود. فرد نباید خودش میزان وزن را بخواند بلکه حتماً باید توسط پرسشگر خوانده شود.

برای انجام آزمایش قند

برای انجام این آزمایش در صورت ناشتا بودن، باید از خوردن مواد غذایی و نوشیدن مایعات به جز آب برای ۸ ساعت پیش از آزمایش خودداری شود.

افرادی که قند خون ناشتای کمتر از 100 میلی گرم در دسی لیتر دارند، متابولیسم گلوکز طبیعی دارند. افرادی که قند خون ناشتای مساوی 100 تا 125 میلی گرم در دسی لیتر (یا اصطلاحاً اختلال قند ناشتا) دارند محتملاً «پره دیابتی» شناخته می شوند. برای افرادی که قند خون ناشتای 126 میلی گرم در دسی لیتر و یا بیشتر دارند، دوباره آزمایش قند خون ناشتا انجام می شود و در صورتی که مجدداً قند ناشتا 126 میلی گرم در دسی لیتر و یا بیشتر بود تشخیص دیابت داده می شود.

در موارد غیر ناشتا، نتیجه آزمایش قند خون بالاتر از 200 میلی گرم بر دسی لیتر همراه با علائم بیماری احتمال ابتلای به دیابت را دارد.

برای انجام آزمایش کلسترول از آنجا که بالا بودن کلسترول در خون علایمی ایجاد نمی کند، آزمایش خون تنها راه پی بردن به مقدار کلسترول است. کلسترول بالا باعث ایجاد پلاک در عروق و شریان ها و منجر به بیماری های قلبی می شود.

برای انجام این آزمایش در صورت ناشتا بودن، باید از خوردن مواد غذایی و نوشیدن مایعات به جز آب برای ۸ تا ۱۲ ساعت پیش از آزمایش خودداری شود.

انجام این آزمایش به صورت ناشتا و غیرناشتا امکان پذیر است و کلسترول تام مساوی یا بیش از 200 میلی گرم در دسی لیتر ملاک ارجاع می باشد.

آسم

آسم واژه ای یونانی است و بیانگر بیماری است که در آن علائم مکرر سرفه، تنگی نفس همراه با خس خس سینه و احساس خفقان وجود دارد. بطور کلی در این بیماری در افراد مستعد از نظر ارثی، به دنبال واکنش راههای هوایی به عوامل محرک و حساسیت زا (آلرژیک)، وقایع زیر در راههای هوایی رخ می دهد:

- پوشش داخلی راههای هوایی متورم و ملتهب می گردد.
- ترشحات مخاطی راههای هوایی (موکوس) زیاد می شود.
- عضلات دیواره راههای هوایی منقبض می گردد.

علت دقیق و اصلی آسم هنوز نامشخص است و محصولی از ترکیب عوامل محیطی، سبک و نحوه زندگی و خصوصیات زیستی و ذاتی فرد (ژنتیک) می باشد

شایعترین علائم آسم

(۱) سرفه : سرفه بیماران آسمی معمولاً خشک است، اغلب در اواسط و آخر شب و اوایل صبح و یا هنگام ورزش و یا برخورد با عوامل خطر محیطی بدتر می شود و مانع خواب می گردد. ممکن است تک تک یا حمله ای باشد ولی اکثراً به مدت طولانی ادامه می یابد. اگر سرفه کودکی بیش از ۴ هفته طول بکشد، باید بیمار از جهت آسم بررسی گردد.

(۲) خس خس : نوعی صدای زیر است که هنگام تنفس و اغلب در بازدم، بیشتر در هنگام شب و انجام ورزش شنیده می شود.

(۳) تنگی نفس : علائم آلرژی بینی (عطسه مکرر، خارش، گرفتگی و آبریزش بینی) و یا وجود ضایعات پوستی خارش دار (اگزما) نیز علائمی است که ممکن است وجود داشته باشد.

هشدار: هر بیمار آسمی در هر سطحی از شدت بیماری، می تواند دچار حمله شدید و ناگهانی گردد و از اورژانس های پزشکی است.

وقتی شدت علائم آسم از حد معمول بیشتر شود به آن حمله آسم اطلاق می گردد. همه حملات آسم مشابه نیستند و شدتهای متفاوتی دارند. بعضی از آنها می توانند آنقدر شدید باشند که سبب مرگ گردند.

بنابراین حمله آسم از اورژانس های پزشکی است .

یکی از وظایف مهم مسئول مراقبتهای بهداشتی در ارتباط با بیماران آسمی ، آموزش علائم هشدار دهنده وقوع حمله آسم است

علائم حمله آسم :

- بدتر شدن پیش رونده سرفه، خس خس سینه، تنگی نفس و یا احساس فشردگی قفسه سینه
- هر گونه سختی در نفس کشیدن در حین راه رفتن و صحبت کردن
- غیبت از مدرسه به خاطر تشدید علائم بیماری
- نیاز به استفاده زیاد از داروی تسکین دهنده (سالبوتامول) در روز یا شب یعنی بیشتر از ۲ بار استفاده از افشانه سالبوتامول در هفته.

- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج (پیک فلومتر) به کمتر از مقدار طبیعی بیمار

علائم حمله آسم شدید

- تنگی نفس شدید، تنفس سریع
- خس خس پیشرونده
- استفاده از عضلات فرعی تنفس بصورت داخل کشیده شدن پوست قفسه سینه و عضلات بین دنده ای
- ناتوانی در بیان حتی یک جمله
- افت سطح هوشیاری و ایجاد خواب آلودگی
- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از مقدار طبیعی بیمار
- کبودی لب ها و انتهای انگشتان دست و پا

آموزش بیماران کلید ایجاد یک ارتباط موفق بین بیمار و مراقب بهداشتی او است.

باید دانست که داروها تنها راه کنترل آسم نیستند. بلکه پرهیز از عوامل محرکی که سبب التهاب مجاری هوایی و بدتر شدن آسم می شوند نیز بسیار مهم است. این عوامل خطر **آغازگر آسم** نامیده می شوند. هر بیمار باید راههای اجتناب از عوامل آغازگر بیماری خود را بشناسد.

در بیماری آسم استفاده از اسپری ها (افشانه ها) استنشاقی در کمترین زمان ممکن و با حداقل مقدار مصرف، موثرترین مقدار دارویی را به ریه ها می رساند.

اهداف درمان موفق آسم عبارتند از:

- (۱) علائم بیمار در روز یا شب کاملاً از بین برود یا حداقلی باشد.
- (۲) حمله و تشدید علائم نداشته یا حداقلی باشد.
- (۳) نیاز به داروهای تسکین بخش درمان آسم وجود نداشته یا حداقلی باشد.
- (۴) خواب راحت داشته باشد و سایر فعالیتهای طبیعی زندگی را بدون بروز علایم انجام دهد.
- (۵) عوارض سوء مربوط به درمان حداقلی باشد.

در صورت بروز علائم حمله آسم باید اقدامات زیر توسط مربی بهداشت صورت گیرد:

- (۱) اگر دانش آموز در حال ورزش است، ورزش را قطع کنید و وی را در وضعیت راحت قرار دهید تا تنفس آسان داشته باشد.
 - (۲) به کودک آرامش و اطمینان خاطر بدهید.
 - (۳) تجویز ۲ پاف سالبوتامول استنشاقی هر ۲۰ دقیقه به کمک محفظه مخصوص تا سه نوبت انجام شود و به والدین اطلاع دهید.
 - (۴) در صورت حمله شدید و یا عدم پاسخ به درمان پس از سه نوبت تجویز سالبوتامول، شروع استروئید خوراکی طبق دستورالعمل مکتوب و اطلاع به اورژانس
 - (۵) در صورت ارجاع فوری، هر ۲۰ دقیقه ۲ پاف سالبوتامول در بین راه داده شود.
- پس از ارجاع اولیه بیمار مشکوک به آسم و ویزیت او توسط پزشک، در صورت تایید تشخیص و شروع درمان باید در مدت ۲-۴ هفته بعد بیمار از نظر بهبودی علایم بیماری و استفاده صحیح از داروها و وسایل کمک درمانی بررسی شود.

مراقبت از نظر ابتلا به آسم

لازم است مراقب سلامت بتواند نشانه‌های آسم را به درستی طبقه بندی کند و براساس نتیجه طبقه بندی آسم، اقدام مناسب را انجام دهد و بتواند موارد ابتلا به آسم را به درستی شناسایی کند.

بیماری آسم (مراقب سلامت/بهورز)

سوال	نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • سابقه تشخیص آسم توسط پزشک • تجویز اسپری استنشاق توسط پزشک طی یک سال گذشته <p>وجود علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته</p>	<p>مثبت بودن پاسخ فرد به هر یک از سوال ها</p>	<p>فرد مشکوک به بیماری آسم</p>	<p>ارجاع به پزشک به منظور تایید یا رد بیماری و ارزیابی های تکمیلی</p>
<p>وجود علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته</p>	<p>منفی بودن پاسخ فرد به کلیه سوالات</p>	<p>عدم ابتلای فرد به بیماری آسم</p>	<p>دادن آموزش های لازم در خصوص عوامل زمینه ساز بروز آسم (به ویژه در افرادی که سابقه بیماری آسم در اعضاء درجه یک خانواده و یا سابقه فردی و یا خانوادگی بیماری های اتوپیک (رینیت، آلرژیک یا اگزما) دارند)</p>

تالاسمی

دستورالعمل مجموعه استانداردهای پیشگیری از تالاسمی ماژور شامل سه استراتژی است :

استراتژی اول: برای کنترل موارد بروز در زوج‌های آتی است. این استراتژی آینده نگر است.

استراتژی دوم: این استراتژی گذشته نگر است و در مورد پیگیری والدین مبتلایان به تالاسمی ماژور است.

استراتژی سوم: نیز گذشته نگر است و زوج‌هایی را که قبل از سال ۷۲ ازدواج کرده اند و بدلیل عدم آغاز غربالگری تالاسمی در منطقه و یا به دلایل دیگر آزمایشات شناسایی زوجین در معرض خطر تالاسمی را به انجام نرسانده‌اند، پوشش می‌دهد.

هدف کلی این دستورالعمل پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور است.

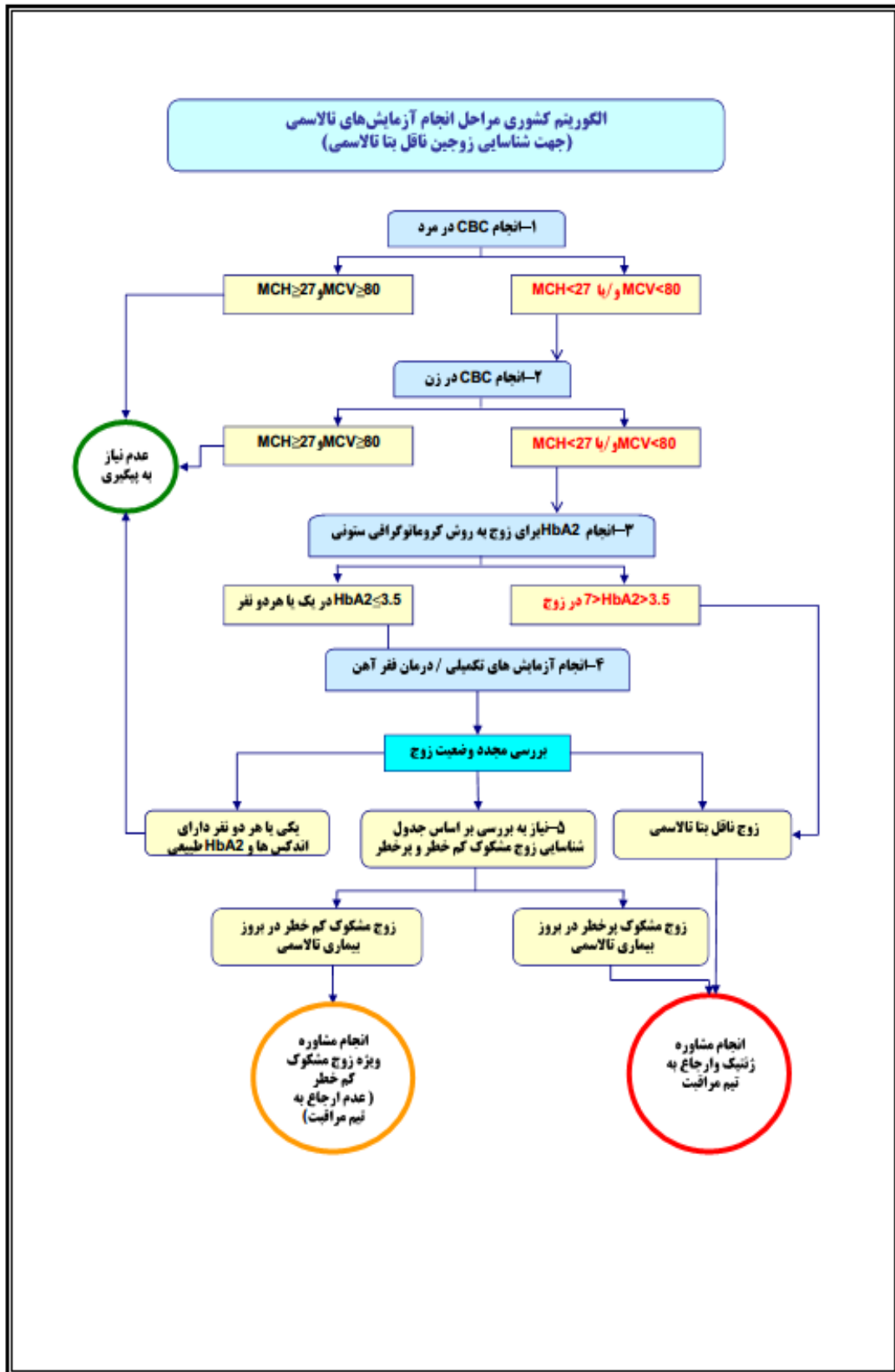
اهداف اختصاصی آن شامل:

- ۱- شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در سراسر کشور به میزان ۱۰۰ درصد.
 - ۲- مراقبت ویژه از زوج‌های ناقل تالاسمی شناسایی شده واجد شرایط مراقبت، در سراسر کشور به میزان ۱۰۰ درصد.
- راهبردهای مربوط به هدف اختصاصی اول (شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی):
- ۱- غربالگری تالاسمی در زوج‌های متقاضی ازدواج (استراتژی اول)
 - ۲- غربالگری والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور (استراتژی دوم)
 - ۳- غربالگری در زوج‌هایی که قبلاً به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایشات تالاسمی را انجام نداده‌اند و در حال حاضر باردار می‌باشند (استراتژی سوم)
- توجه به نکات ذیل می‌تواند در راستای اجرای برنامه مراقبت از زوجین مشکوک/ناقل بتا تالاسمی، نقش کمک‌کننده‌ای داشته باشد.

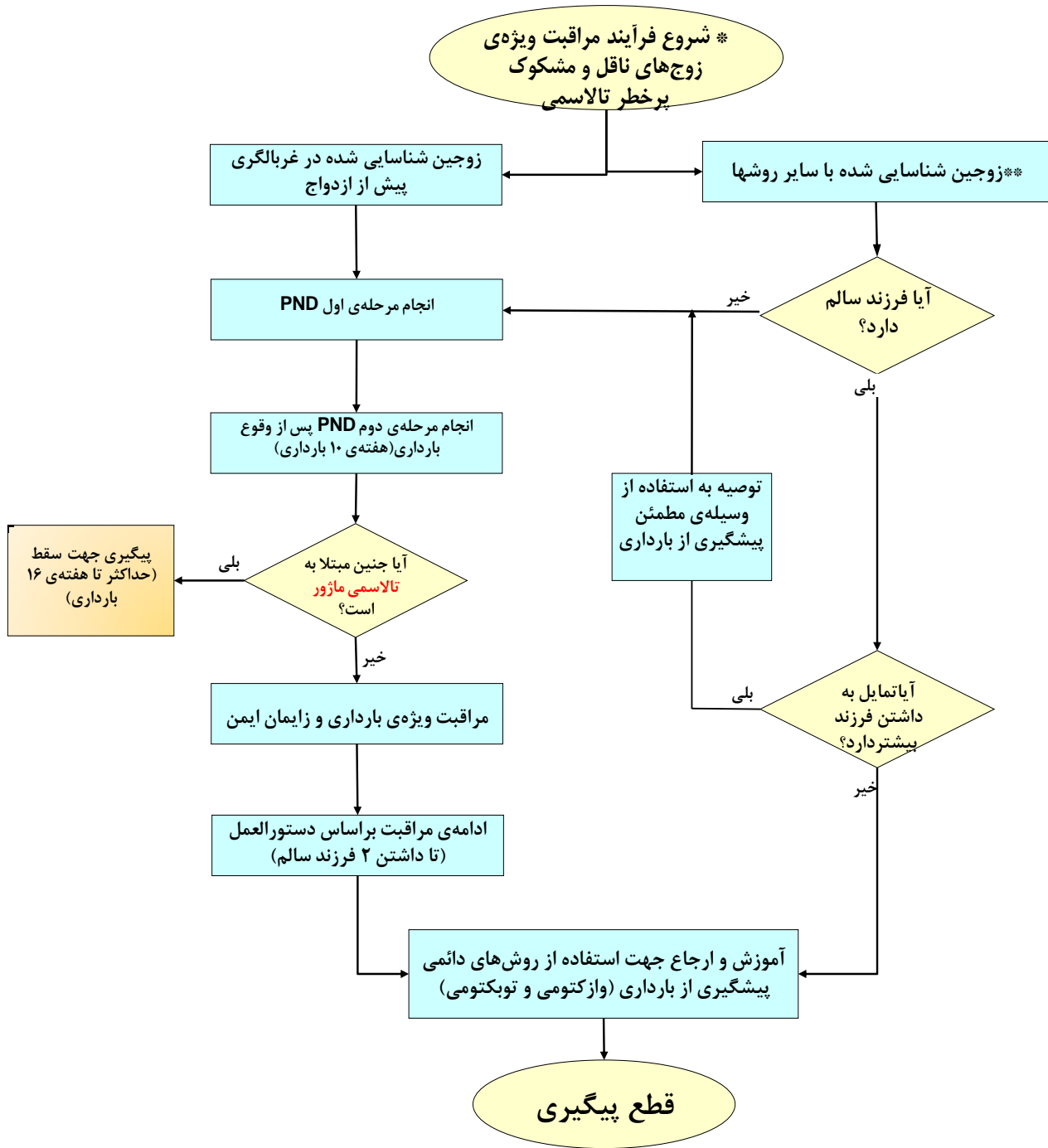
در صورت کم خون بودن خانم بارداری، ابتدا از همسر ایشان آزمایش کم خونی بعمل آمده و در صورت وجود کم خونی در هر دو زوج ($MCV < 80$ و/یا $MCH < 27$) زوجین به صورت فوری (با عنایت به محدود بودن زمان سقط جنین) به مرکز مشاوره امیرالمومنین(ع) ارجاع داده شوند. نظر به متفاوت بودن کیت‌های مصرفی در آزمایشگاه‌های سطح شهر، در صورت لب مرزی بودن جواب آزمایش CBC، زوجین برای تعیین تکلیف نهایی به مرکز فوق‌الذکر ارجاع گردند. ضمناً می‌توان در صورت لزوم با همکاران مستقر در مرکز مشاوره امیرالمومنین(ع) (سرکار خانم دکتر اقبالیون ۳۷۸۳۷۸۰۰) هماهنگی بعمل آید. (

وظایف مراکز و پایگاههای سلامت

آموزش	مراقبت	مراقبت
۱. آموزش زوج‌های ناقل و پرخطر تالاسمی	۸. شناسایی زنان مشکوک به تالاسمی مینور (سالم ناقل) و ارجاع شوهر آنها جهت انجام آزمایش CBC (MCH-MCV)	۱. مراقبت ویژه‌ی زوج‌های ناقل تالاسمی براساس فلوجارت مربوط
۲. آموزش زوج‌های ناقل (دارای ۲ فرزند سالم و یا بیشتر) درخصوص اهمیت و لزوم استفاده از روش‌های مطمئن و دائمی پیشگیری از بارداری	۹. ارجاع زوج‌های باردار یا متمایل به بارداری که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش‌های تالاسمی را انجام نداده‌اند، به مرکز بهداشتی‌درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی	۲. ارجاع زوج‌های ناقل واجد شرایط به مرکز بهداشتی‌درمانی ویژه‌ی مشاوره ژنتیک جهت انجام مرحله‌ی اول PND (در صورت عدم مراجعه‌ی قبلی)
۳. آموزش زوج‌های ناقل (بدون فرزند یا کمتر از ۲ فرزند سالم) درخصوص اهمیت و لزوم استفاده از روش‌های مطمئن و غیردائمی پیشگیری از بارداری	۱۰. پیگیری انجام واکسیناسیون بیماران تالاسمی	۳. ارجاع زوج‌های ناقل به مرکز ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی جهت انجام مرحله‌ی دوم PND (حدود هفته‌ی ۱۰ بارداری)
۴. آموزش و تشویق زوج‌های ناقل به بیمه‌شدن.	۱۱. مراقبت از والدین بیماران تالاسمی شناسایی‌شده‌ی جدید	۴. پیگیری نتیجه‌ی PND و پیگیری انجام سقط در صورت ابتلای جنین به تالاسمی ماژور (حداکثر تا هفته‌ی ۱۶ بارداری)
۵. آموزش دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی و پسر سال سوم دبیرستان براساس طرح و دستورالعمل مربوط	۱۲. ارجاع والدین بیمارانی که فرزند بیمار آنها فوت‌شده (فعالاً فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نداشته و متمایل به بچه‌دار شدن دارند) به مرکز بهداشتی‌درمانی ویژه‌ی مشاوره ژنتیک	۵. ارجاع زوج‌های ناقلی که تمایل به بارداری ندارند، جهت انجام وازکتومی یا توبکتومی
۶. آموزش افراد صاحب نفوذ در محله یا روستا		۶. بررسی CBC (MCH-MCV) تمام زنان باردار (ازدواجی قبل از آغاز غربالگری در شهرستان)
۷. آموزش عاقدان محلی به‌منظور جلب مشارکت آنها در راستای انجام عقد (دائم و یا موقت) پس از انجام آزمایش‌های تالاسمی		۷. ارجاع تمام زنان واجد شرایط براساس الگوریتم شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در مزدوجین قبل از آغاز غربالگری در شهرستان جهت انجام CBC (MCH-MCV)
۸. آموزش عموم جامعه		
۹. آموزش بیماران و خانواده‌ی آنها جهت مراجعه‌ی منظم به مرکز تزریق خون و ضرورت اجرای دستورات دارویی		



فلوچارت مراقبت زوجین ناقل / مشکوک پرخطر تالاسمی



* در صورتی که زوج معرفی شده به تیم مراقبت، به هر دلیلی شناسایی نشده و یا زوجین همکاری لازم را نداشته باشند مراتب به سطح بالاتر گزارش می‌گردد.

**زوجین شناسایی شده به روشهای زیر:

- زوجین شناسایی شده با بروز بیماری در فرزندان
- زوجین شناسایی شده بر اساس الگوریتم شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در زوجینی که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش‌های تالاسمی را انجام نداده‌اند

فنیل کتونوری (PKU)

حروف P.K.U به ترتیب از اول کلمه های Uria.Keton.Phenyl گرفته شده است (فنیل کتون در ادرار). پی.کی.یو یک بیماری ارثی و متابولیک می باشد (شبیه تالاسمی ماژور) که از پدر و مادر به فرزند منتقل می شود و به علت کمبود نوعی آنزیم (فنیل آلانین هیدروکسیداز) در کبد نوزاد به وجود می آید. نوزاد مبتلا به علت کمبود این آنزیم، قادر به هضم فنیل آلانین نیست. در ادرار مبتلایان به این بیماری موادی به نام فنیل کتون دفع می شود که حاصل هضم ناقص فنیل آلانین است. به همین جهت بیماری را فنیل کتون اوری نامیده اند.

نشانه های بیماری P.K.U

این بیماری در بدو تولد نشانه بارزی ندارد و ظاهر نوزاد در هفته های اول زندگی سالم است. اما به تدریج ، علائمی مانند تأخیر در رشد و تکامل، بی قراری، استفراغ، ضایعات پوستی در سطح بدن، بور شدن موهای سر بدون سابقه خانوادگی و بوی زننده و نامطبوع عرق و ادرار ظاهر می شود. با گذشت زمان، کودک دچار عقب ماندگی ذهنی می شود و اغلب ناآرام و پرجنب و جوش (بیش فعال) است. همچنین صحبت کردن، نشستن و راه رفتن کودک مختل می شود و ممکن است این عارضه ها همیشگی شود. علائم بیماری تا ۵ و ۶ ماهگی گمراه کننده است، به همین دلیل پزشکان در بسیاری موارد دچار تشخیص اشتباه می شوند.

میزان بروز PKU:

بر اساس مطالعات انجام شده، در ایران، طی اجرای برنامه غربالگری نوزادان در سه استان بزرگ کشور (تهران، مازندران، فارس)، از سال ۱۳۸۶ تاکنون و بر اساس نتایج بدست آمده از این برنامه بروز ۱ در ۸۰۰۰ محاسبه شده است.

تشخیص: (آزمایش غربالگری):

آزمایش غربالگری بعد از روز سوم (پس از ۷۲ ساعت تغذیه با شیر مادر) تا روز پنجم بعد از تولد (در صورتی که نوزاد به اندازه کافی با شیر تغذیه شده باشد) صورت می گیرد. برای انجام آزمایش، قطره ای از خون پاشنه پای نوزاد بر روی کاغذ فیلتر گرفته می شود و به روش رنگ سنجی، مقدار phe تعیین می شود.

اگر جواب آزمایش برابر یا بالاتر از 4mg/dl باشد نوزاد برای آزمایش تشخیص تأیید (نمونه خون وریدی) به روش HPLC ارجاع می شود.

تنها و بهترین راه تشخیص بیماری، اندازه گیری غلظت فنیل آلانین خون نوزاد در بدو تولد است.

درمان :

اقدامات درمانی این بیماری متمرکز بر کاهش فنیل آلانین و متابولیت های آن در خون است و هدف آن ممانعت یا کاهش صدمه مغزی است. فنیل آلانین رژیم این بیماران باید محدود شود. این رژیم باید هر چه سریعتر با شیرهای مخصوص رژیمی، تحت نظر یک متخصص تغذیه تنظیم گردد و با آزمایشات مکرر خون از سطح مناسب فنیل آلانین خون اطمینان حاصل شود

هدف از رژیم درمانی در فنیل کتونوری:

مهمترین هدف رژیم درمانی در بیماران مبتلا به فنیل کتونوری، کاهش میزان فنیل آلانین دریافتی از رژیم غذایی به منظور حفظ سطح فنیل آلانین خون در محدوده ۲-۶ میلی گرم در دسی لیتر است.

این بیماران بایستی تا آخر عمر بر اساس نظر کارشناس تغذیه و متخصص بالینی (رژیم غذایی

فاصل داشته باشند.

هدف کلی:

کاهش بار بیماری فنیل کتونوری

اهداف اختصاصی:

کاهش بروز بیماری

کاهش معلولیت جسمی

کاهش عقب ماندگی ذهنی

کاهش صدمه به خانواده به عنوان واحد زیر بنای اجتماع

استراتژی ها :

۱) غربالگری و شناسایی کودکان مبتلا و درمان استاندارد آنها

۲) مشاوره ژنتیک و تشخیص پیش از تولد در خانواده و فامیل نزدیک بیمار

۳) ساماندهی خدمات بالینی بیماران مبتلادر بیمارستان کودکان منتخب استان

❖ استراتژی ۱: غربالگری و شناسایی کودکان مبتلا و درمان استاندارد آنها

مراکز نمونه گیری خون (غربالگری نوزادان):

مراکز نمونه گیری در استان قم در حال حاضر مرکز بهداشتی درمانی امام رضا (ع) و مسجد جامع می باشد. این آزمایش صرفاً باید در این دو مرکز و با درج مهر مرکز غربالگری بر روی کارت واکسن نوزادان توسط این دو مرکز انجام شود.

(در استان قم آزمایشگاه غربالگری در مرکز بهداشتی درمانی مسجد جامع قرارداد دارد.)

نوزادانی که آزمایش اولیه آنها مثبت باشد، توسط مرکز مسجد جامع فراخوان و نمونه مجدد اخذ و به آزمایشگاه نور تهران برای انجام آزمایش تایید با روش HPLC ارسال می گردد.

❖ استراتژی ۲: مشاوره ژنتیک و تشخیص پیش از تولد در خانواده و فامیل نزدیک بیمار

مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک:

(۱) پذیرش و تشکیل پرونده ژنتیک جهت موارد ارجاع شده از بیمارستان منتخب (بیمارستان کودکان) توسط پزشک متخصص منتخب PKU

(۲) انجام مشاوره ژنتیک والدین بیمار و ارجاع آنها برای تعیین موتاسیون به آزمایشگاه های منتخب عضو شبکه تشخیص ژنتیک پیش از تولد PKU و ...

- خدمات تشخیص پیش از تولد PND1 قبل از بارداری و به منظور بررسی ژنتیک والدین بیمار و کودک بیمار انجام می شود. به دلیل طولانی شدن روند آزمایش بهتر است PND1 حتماً قبل از بارداری انجام شود.
- خدمات تشخیص پیش از تولد PND2 در اوایل بارداری (هفته ۱۰-۱۲) و به منظور تشخیص ژنتیکی جنین (سالم، ناقل، بیمار) انجام می شود.
- در صورتی که جنین مبتلا به بیماری PKU (مثل بتا تالاسمی ماژور) باشد قبل از ۴ ماهگی (۱۸ هفته) مجوز سقط توسط پزشکی قانونی صادر می شود و بعد از این زمان سقط ممنوع می باشد.

• کلیه زوج ناقل شناسایی شده، فقط توسط مرکز بهداشتی درمانی مشاوره امیرالمومنین (ع) (تیم مشاوره) به آزمایشگاه های ژنتیک پیش از تولد ارجاع می شوند.

- تیم مشاوره ژنتیک متشکل از پزشک عمومی دوره دیده، کارشناس مراقب سلامت (خانم دکتر اقبالیون و خانم حیدری) مستقر در مرکز مشاوره امیرالمومنین (ع) می باشند.
- در صورتی که به هر دلیل PND1 قبل از بارداری انجام نشود، همزمان با PND2 در بارداری انجام می شود.

تلفن مرکز مشاوره امیرالمومنین : ۳۷۸۳۷۸۰۰

❖ استراتژی ۳: ساماندهی خدمات بالینی بیماران مبتلا در بیمارستان کودکان منتخب استان

اعضای تیم مراقبت پی کی یو در بیمارستان کودکان:

در استان قم بیمارستان کودکان حضرت معصومه (س) به عنوان بیمارستان منتخب مراقبت بالینی می باشد که کلیه خدمات بالینی - آزمایشگاهی - داروخانه و تغذیه ای جهت بیماران در آن انجام می شود.

شرح وظایف مرکز خدمات جامع سلامت و خانه بهداشت:

- ۱) ارجاع فوری بیماران جدید (اعلام شده از سوی مرکز بهداشت) به بیمارستان منتخب مرکز استان برای شروع برنامه درمانی
- ۲) پیگیری و گزارش موارد غیبت از درمان بیماران اعلام شده به آن مرکز
- ۳) آموزش و ارتقاء سطح آگاهی عموم مردم در زمینه روش‌های پیشگیری از بیماری با تأکید بر غربالگری بعد تولد کودک (تشکیل جلسات گروهی و یا چهره به چهره).
- ۴) شناسایی زنان باردار و آموزش ایشان به ویژه در ۳ ماهه آخر بارداری در خصوص لزوم انجام غربالگری P.K.U و هیپوتیروئید.
- ۵) حساس سازی و ترغیب زنان باردار در خصوص مراجعه به هنگام (روزهای ۳-۵ تولد) به مرکز نمونه گیری P.K.U و هیپوتیروئید.
- ۷) آموزش و مراقبت از زوجین ناقل شناسایی شده در خصوص (تنظیم خانواده، آزمایشات ژنتیک، مراجعه منظم و ماهیانه به تیم درمانی در بیمارستان منتخب کودکان).
- ۸) مشاوره و آموزش زوجین ناقل در زمینه لزوم انجام آزمایش ژنتیک PND₁ قبل از بارداری و ارجاع به مرکز مشاوره قبل از تصمیم گیری برای بارداری (آزمایش PND₁ فقط یک بار انجام می شود).
- ۱۰) ارجاع زوجین ناقل باردار برای انجام آزمایش PND₂ در هفته های ۱۰-۱۲ حاملگی به مرکز مشاوره امیرالمومنین^(ع) جهت مراجعه به آزمایشگاه ژنتیک (در هر بارداری انجام آزمایش ضرورت دارد).
- ۱۱) در مراقبت از زنان باردار حتما از زوج، ناقل بودن (تالاسمی، پی کی یو) سوال شود.
- ۱۲) مراقبت کودک بیمار (از نظر رشد و تکامل، وضعیت تغذیه و...) و تأکید بر مراجعه منظم به تیم مراقبت پی کی یو در درمانگاه بیمارستان کودکان و ثبت در فرم پیگیری موجود در پرونده خانوار
- ۱۳) ارجاع کلیه کودکان با اختلال رشد و تکامل به پزشک مرکز

مراقبت زوجین ناقل (تالاسمی و پی کی یو) به عنوان مراقبت ویژه محسوب می گردد.

کم کاری مادرزادی تیروئید

تعریف:

کم کاری تیروئید نتیجه کاهش در سنتز هورمون تیروئید و یا نقصان فعالیت گیرنده های هورمون تیروئید است. شایعترین علت کم کاری مادرزادی تیروئید اختلال در تکامل کامل یا نسبی غده تیروئید، یا اختلال در جایگزینی نامناسب تیروئید در دوران جنینی است. علل دیگر از جمله: استفاده زن باردار از بعضی از داروها مثل داروهای ضد تیروئید، داروهای حاوی مقادیر زیاد ید و اختلالات ارثی منجر به عدم توانایی در ساخت هورمون تیروئید نیز می توانند وجود داشته باشند.

هیپوتیروئیدی در اطفال به دو صورت مادرزادی و اکتسابی وجود دارد. کم کاری مادرزادی تیروئید برای مواردی از کم کاری تیروئید بکار می رود که قبل و یا در زمان تولد وجود داشته باشد.

در موارد کمبود هورمون تیروئید شدید، معمولاً علائم در هفته اول تا دوم تولد بروز می کنند. اما در مواردی که کمبود هورمون خفیف تر است ممکن است علائم تا ماهها بعد از تولد دیده نشود. کمبود هورمون تیروئید در شیرخوار باعث عقب افتادگی ذهنی می شود، مگر اینکه تشخیص و درمان مناسب در اوایل زندگی نوزاد شروع شود.

عوامل مساعد کننده

کم کاری مادرزادی تیروئید به دو گروه دائمی و گذرا تقسیم می گردد. عوامل متعددی در بروز آنها نقش دارند.

عوامل مساعد کننده هیپوتیروئیدی گذرا در نوزادان

علیرغم تلاش های بین المللی، هنوز افراد زیادی در جهان از مشکل کمبود ید و عوارض آن رنج می برند. در مناطقی که کمبود ید شدید است، هیپوتیروئیدی نوزادان آندمیک می باشد (کرتینیسم آندمیک) و با عقب ماندگی ذهنی، قد کوتاه، ناشنوایی، لالی و اختلالات نورولوژیک همراه است.

هیپوتیروئیدی گذرا عبارت است از علائم تشخیصی هیپوتیروئیدی در زمان تولد که به طور خود بخود و کامل در عرض چند هفته یا ماه از بین میرود. تشخیص گذرا یا دائمی بودن هیپوتیروئیدی و در واقع تشخیص نهایی در هر نوزاد نیاز به پیگیری جدی و مستمر دارد.

کمبود ید شایعترین علت هیپوتیروئیدی مادرزادی گذرا بوده و بر میزان بروز بیماری تأثیرگذار است. بطوری که می تواند این میزان را تا حدود ۱ مورد در هر ۱۰ تولد افزایش دهد.

از طرف دیگر، ازدیاد ید نیز از علل کم کاری مادرزادی تیروئید گذرا است. بطور کلی، نوزادان ممکن است بطور مستقیم یا غیر مستقیم در معرض ید زیاد قرار گیرند. مصرف موضعی از بتادین (بر روی پوست یا مخاط) در نوزادان و یا مادران در دوران پری

ناتال، استفاده از ماده حاجب، که حاوی مقادیر زیاد ید هستند، و یا استفاده از داروهای حاوی ید زیاد مانند شربت های اکسیکتوران از موارد مذکور می باشند. عبور داروهای ضد تیروئید از جفت نیز از علل دیگر کم کاری مادرزادی گذرای نوزادان است و می تواند با ایجاد گواتر در نوزاد همراه باشد.

نوزادان نارس نسبت به اثرات مهارکننده ازدیاد ید و ایجاد هیپوتیروئیدی گذرا حساس تر می باشند.

در بعضی از موارد نیز علت هیپوتیروئیدی گذرا در نوزادان ناشناخته باقی می ماند.

هیپوتیروئیدی گذرا در نوزادان ۵ تا ۱۰٪ موارد هیپوتیروئیدی را شامل می شود. این قبیل نوزادان مقادیر کم یا نرمال تیروکسین را همراه با مقادیر متفاوتی از TSH افزایش یافته نشان می دهند. شایعترین علل هیپوتیروئیدی گذرا در آمریکای شمالی عوامل گواتروژن و آنتی بادی های ضد گیرنده TSH با منشأ مادری است.

اگر هیپوتیروئیدی بیش از ۲ هفته طول بکشد، درمان ضرورت دارد.

عدم درمان هیپوتیروئیدی گذرا در اوایل زندگی می تواند منجر به کاهش ظرفیت هوشی در بچه ها گردد.

علائم و نشانه های بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید

تظاهرات بیماری در طول سه ماه اول زندگی	تظاهرات بیماری در طول اولین ماه زندگی	تظاهرات بیماری در ابتدای دوران نوزادی
* فتق نافی	* سیانوز محیطی و mottling	* زردی طول کشنده
* بیبوست	انتهاها	* ادم (خیز) در صورت و بدن
* پوست خشک و sallow	* ادم در دستگاه تناسلی خارجی	* مدت حاملگی بیش از ۴۲ هفته
* بزرگی زبان	* دیسترس تنفسی	* وزن زمان تولد بیش از ۴ کیلوگرم
* میکزدم ژنرالیزه	* وزن نگرفتن و مک زدن ضعیف	* کم اشتھائی و شیر خوردن ناکافی
* گریه خشن	* بیبوست	* هیپوترمی (اغلب زیر ۳۵ درجه)
* سوفل قلبی و کاردیومگالی	* اتساع شکمی	* کم تحرکی و حرکات آهسته
* پلورال افیوژن بدون علامت	* ضربان قلب کند	* اتساع شکمی
* کم خونی ماکروسیتیک	* کاهش فعالیت	* بیبوست
* رشد جسمی کم	* خواب آلودگی	* فونتanel خلفی بزرگ (بیش از ۵ mm)
	* اختلال تنفسی ناشی از بزرگ بودن زبان	* آپنه و تنفس صدادار

در موارد شدید در سنین بالاتر، دهان شیرخوار بدلیل بزرگی زبان باز می ماند. چشمها بیش از حد طبیعی فاصله دارند و صورت پف آلوده است. دندانها دیرتر از زمان معمول پدیدار شده، گردن کوتاه و کلفت، دستها پهن و انگشتان کوتاه هستند. پوست خشک و پوسته پوسته و با تعریق کم است. پوست بدن زردرنگ اما اسکلرا سفید باقی می ماند. موها خشک، شکننده و کم پشت هستند و پیشانی کوتاه و چین خورده است.

بطور کلی، رشد و تکامل در شیرخواران مبتلا به کم کاری تیروئید کند بوده، صدا خشن و قدرت یادگیری کلمات و سخن گفتن در آنها کم است. درجه عقب افتادگی ذهنی و جسمی با افزایش سن بیشتر می شود. بعلاوه، تکامل جنسی می تواند دیر و یا هرگز اتفاق نیفتد.

ولی اکثر نوزادان مبتلا به کم کاری تیروئید، قبل از مرخص شدن از زایشگاه، علائم و نشانه های بسیار کم دارند و یا حتی فاقد علامت هستند و فقط توسط آزمایشات غربالگری قابل شناسایی هستند و علائم بالینی در آنها معمولاً تا سن ۳-۲ ماهگی ظاهر نمی گردد.

نوزادانی که دارای شرایط ذیل باشند. علاوه بر نمونه گیری در روزهای ۳ تا ۵، یک هفته بعد یعنی در روزهای ۱۰ تا ۱۵

بعد از تولد نیز مجدداً از آنها نمونه گیری بعمل خواهد آمد

۱. نوزادان نارس

۲. نوزادان کم وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)

۳. نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم (ماکروزوم)

۴. نوزادانی که سابقه بستری در بیمارستان دارند.

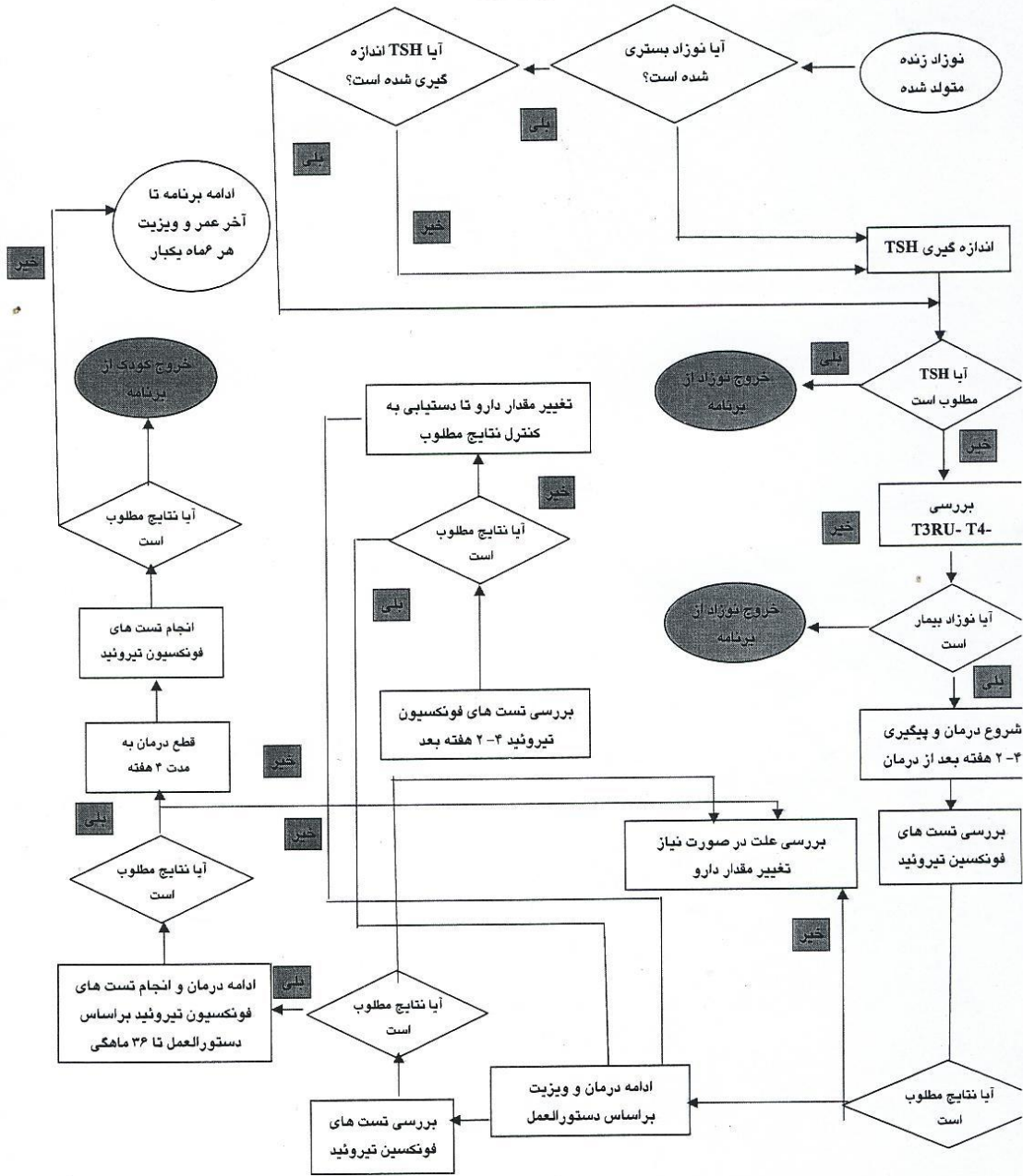
۵. نوزادانی که داروهای خاص مصرف می نمایند.

۶. دو و چندقلوها

۷. نوزادانی که سابقه دریافت و یا تعویض خون داشته اند.

۸. نوزادانی که در غربالگری از پاشنه پا (نوبت اول)، TSH بین ۵ تا ۹/۹ داشته اند.

فلوچارت برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید و افزایش گذاری TSH در نوزادان



نمای روند تشخیصی بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید نمای فعالیت های از ابتدا تا شروع درمان

