

مقدمه

هرگز به ذهن ما نمیرسید که روزی بشر جذام را مغلوب نماید. با اینکه بیماری تعداد زیادی از مردم را مبتلا می سازد ولی در حال حاضر امکان حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی وجود دارد به دنبال کاربرد ترکیب داروهای ضد جذام که به نام رژیم چند دارویی (MDT) شناخته میشود در سال ۱۹۹۱، مجمع جهانی بهداشت مصمم به حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی تا سال ۲۰۰۰ گردید پس از آن سازمان جهانی بهداشت خط مشی کلی اجرای استراتژی حذف جذام را بیان نمود و از آن زمان عملاً تمام کشورهای آندمیک برنامه های حذف بیماری را در دست اجرا دارند. تأکید اصلی استراتژی حذف جذام بنا به توصیه سازمان جهانی بهداشت قرار دادن MDT در دسترس تمام بیماران از جمله افرادی که در مکانها و جمعیت های دور از دسترس زندگی میکنند است.

هدف از این راهنما توانمند سازی کارکنان، بهداشتی، کشورهای آندمیک جذام برای مشارکت در وظیفه خطیر و شناخته شده دستیابی تمام بیماران مجذوم به روش درمانی MDT و نیل به هدف حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشت همگانی است. اگر چه این راهنما برای همه کارکنان بهداشتی در سطوح مختلف مفید است ولی تأکید اصلی روی افرادی است که مسئولیت سازماندهی و اجرای کار در زمینه جذام را به عهده دارند. این جزوه میتواند به صورت خودآموز و نیز متن آموزشی مورد استفاده قرار گیرد.

بیماری جذام

جذام یک بیماری عفونی مزمن است که توسط باسیل اسید فاست و میله ای شکل مایکوباکتریوم لپرا ایجاد می شود. این بیماری بیشتر پوست، اعصاب محیطی مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و نیز چشمها را گرفتار می کند ولی اعضای دیگر نیز گرفتار می شوند.

از زمانهای خیلی قدیم جذام انسان را رنج داده است. زمانی این بیماری تمام قاره ها را درگیر کرده بود و تصویر وحشتناکی از نقص عضو و طرد شدن از اجتماع را در ذهن بشر و تاریخ به جا گذاشته است.

اپیدمیولوژی برخی حقایق

- جذام میتواند هر دو جنس را در تمام سنین مبتلا سازد.
- بیماری دوره نهفتگی بسیار طولانی دارد و میتواند چند سال به طول انجامد ولی در اکثر موارد ۳ تا ۵ سال است جذام یک بیماری عفونی است که به طور مستقیم از انسان به انسان سرایت میکند ولی نیاز به دوره تماس طولانی دارد و فقط نسبت کمی از مردم به آن مبتلا میشوند.
- سرایت جذام از یک شخص درمان نشده به شخص دیگر از طریق دستگاه تنفسی یا پوست است.

اهمیت مسئله

جذام در طی هزاران سال ترس و وحشت را در انسانها ایجاد کرده، و یک بیماری شناخته شده در تمدنهای چین، مصر و هندوستان بوده است تعداد افرادی که در طی هزاران سال از ناتوانیهای جسمی و تغییر شکلهای غیر قابل علاج آن رنج برده اند قابل محاسبه نیست. از زمانهای دور جذام

[Type here]

یک بیماری لاعلاج علیل — کننده و مسری قلمداد می شده است این مسائل به واکنشهای شدیدی از سوی جامعه منجر شده و افراد مبتلا بیشتر از خود بیماری از این عکس العملها ترس داشتند.

در کشورهای زیادی در آسیا آفریقا و آمریکای لاتین تعداد قابل توجهی بیمار وجود دارد.

در سال ۱۹۹۷ در حدود دو میلیارد و یک صد میلیون نفر از سان در ک شورهای زندگی میکردند که شیوع بیماری در آنها بیشتر از یک مورد در ده هزار نفر جمعیت بوده است.

برآورد میشود در سال ۱۹۹۷ بین یک تا دو میلیون نفر در دنیا وجود داشته باشند که از معلولیتهای آشکار و غیرقابل برگشت ناشی از جذام رنج می برند و این افراد نیازمند مراقبت توسط جامعه ای هستند که در آن زندگی میکنند. سیمای اجتماعی جذام در طی دهه های اخیر تغییر کرده است و به این بیماری بیشتر از پیش همانند سایر مشکلات بهداشت عمومی نگرسته می شود و بیماران به طور فزاینده ای در سرویسهای خدمات بهداشت عمومی تحت درمان قرار می گیرند. تمام کشورها به طور کلینیکهای سرپایی را به عنوان پایه درمان جذام پذیرفته اند و آسایشگاههای قدیمی و ننگ آور جذام را از دور خارج کرده اند.

این رویکرد خوب شبینانه نیاز به حمایت قوی پرسنل بهداشتی و سایر افراد در تمام سطوح دارد تا درمان به طور کامل انجام شود و عزت نفس بیماران تضمین گردد.

وضعیت گذشته

هنگامی که در سال ۱۸۷۳ مایکوباکتریوم لیرا توسط جی.ای. هانسن کشف گردید اولین باکتری مولد بیماری در انسان محسوب می شد که شناسایی شده بود اما معالجه بیماران بعد از کشف داپسون و مشتقات آن در اواخر دهه ۱۹۴۰ میسر گردید. این کشف انقلابی در کنترل جذام ایجاد کرده؛ زیرا درمان بیماران به صورت سرپایی مقدور شد و دیگر نیازی به جداسازی ننگ آور بیماران نبود.

[Type here]

به تدریج مقاومت با سیل جذام در مقابل داپ سون ظاهر گردید و گسترش یافت. بهبودی بیماران به کندی صورت می گرفت و دوره معالجه بسیار طولانی شد و نتیجه این که آنها به حضور نامنظم و عدم پذیرش درمان متمایل شدند بنابراین موفقیت درمان تک دارویی با داپسون به تدریج کمتر شد و کنترل بیماری اغلب ناموفق گردید.

وضعیت کنونی

۱۶ کشور در صدر کشورهای آندمیک، جهان ۹۱ در صد موارد تخمینی جذام را به خود اختصاص داده اند و بیش از ۸۰ در صد موارد مربوط به ۵ کشور اول است در سال ۱۹۹۷، ۱۵/۱ میلیون مورد تخمینی جذام در جهان وجود داشت که بیشتر آنها در آسیای جنوب شرقی آفریقا و آمریکا متمرکز بودند. از میان این تعداد ۸۹۰ هزار مورد ثبت شده برای درمان وجود داشتند که بیش از ۹۷ در صد آنها با روش چند دارویی (MDT) معالجه شدند. تعداد موارد جدید کشف شده جذام در جهان حدود نیم میلیون نفر در سال است.

آغاز درمان چنددارویی (MDT)

با اولین توصیه گروه مطالعه شیمی درمانی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۱، در مورد رژیمهای استاندارد چند دارویی، عصری همراه با خوشبینی و امیدواری آغاز شد این توصیه ها با حمایت مشتاقانه کشورهای آندمیک جذام سازمانهای دولتی و غیردولتی، مؤسسه های خیریه و گروههای حرفه ای همراه گردید. آنچه در ۱۰ سال گذشته غیر ممکن بود با یک دوره درمان چند دارویی نسبتاً ارزان و ساده به واقعیت پیوست درمان چند دارویی (MDT) توسط بیماران به خوبی تحمل و پذیرفته میشود و بسیار مؤثر است. MDT به سرعت بیماران را درمان و انتقال بیماری را متوقف میکند و در نتیجه حذف جذام را ممکن می سازد. شروع و گسترش MDT تغییرات چشم گیری در سیمای کلی جذام در تمام کشورهای آندمیک ایجاد نموده است. شیوع تخمینی در جهان طی ۱۲ سال گذشته بیش از ۸۵ در صد کاهش داشته است. MDT به حدی مؤثر است که حتی وقتی توسط سرویسهای خدمات بهداشتی با زیر

[Type here]

ساخت و منابع محدود به کار گرفته شود تنها محدودی از بیماران دچار شکست درمانی میشوند. برآورد شده است تا سال ۱۹۹۷ MDT در مقایسه با درمان تک دارویی با داپسون از حدود پانصد هزار تا یک میلیون مورد عود جلوگیری نموده است.

مزایای MDT

- معالجه بیماران بسیار مؤثر است
 - دوره درمان را کاهش میدهد توسط بیماران به خوبی پذیرفته میشود
 - کاربرد آن آسان است
 - از توسعه مقاومت دارویی جلوگیری می کند
 - زنجیره انتقال عفونت را قطع می نماید خطر عود را کاهش میدهد از بروز معلولیت جلوگیری می کند نگرش جامعه را بهبود می بخشد
- علاوه بر این ترکیبهای چند دارویی به کار گرفته شده در این رژیمها از بروز مقاومت دارویی جلوگیری می نماید. به علت اثربخشی این رژیمها و همچنین بهبودی غیر مستقیم در بیماریابی و مراقبت از بیمار تخمین زده میشود که از پیدایش یک تا دو میلیون معلولیت جسمی پیشگیری شده است. پیام درمان پذیری کامل این بیماری به طور وسیعی گسترش یافته است و باعث شده تا وحشت عمومی از جذام و تفکر
- جداسازی مبتلایان آن از جامعه رو به کاهش گذارد. در همین حال، آگاهی جامعه درباره بیماری افزایش یافته است و تعداد افرادی که شخصاً برای تشخیص و معالجه به مراکز بهداشتی مراجعه مینمایند مرتب افزایش می یابد. در برنامه هایی که به طور مطلوب سازماندهی شده اند تعداد موارد جدید کشف شده در سال به طور مداوم کاهش یافته است که نشانگر تأثیر واضح MDT بر انتقال بیماری است.

حذف جذام

مبارزه علیه جذام اکنون به مرحله حساسی رسیده است. این مبارزه در جبهه های گوناگونی باید انجام شود. اما مانند سایر جنگها نتیجه آن در میدان عمل یعنی جایی که کارکنان مبارزه با جذام زحمات سخت و طولانی را متحمل میشوند تعیین خواهد شد. ما با مبارزه ای بزرگ و فرستی استثنائی جهت نابودی جذام از طریق اجرای جدی MDT مواجه هستیم در نتیجه جوامع به مراقبت از افرادی که به علت جذام اغلب برای تمام عمر معلول شده اند نیازی نخواهند داشت.

حذف و ریشه کنی تا حدودی معانی متفاوتی از هم دارند. اصطلاح حذف به طور فزاینده ای برای توصیف کاهش شدید میزان شیوع بیماری به کار میرود به طوری که دیگر به عنوان یک مشکل بهداشت همگانی مطرح نباشد از طرف دیگر ریشه کنی، به قطع کامل انتقال بیماری در نتیجه از بین رفتن عامل مولد آن اطلاق می شود.

باید اذعان داشت با این که حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی تا سال ۲۰۰۰ میلادی میسر است اما برای ریشه کنی آن به زمان بسیار طولانی تری نیاز است.

در سال ۱۹۹۱ در مجمع جهانی بهداشت اعضای منطقه ای سازمان جهانی بهداشت طی قطع نامه ای توجه اعضا را به حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشت همگانی تا سال ۲۰۰۰ جلب کرد. در همان سال، گروه جذام WHO طرح کلی استراتژی حذف بیماری را فراهم نمود.

استراتژی حذف یک رویکرد انعطاف پذیر

استراتژی حذف جذام بر پایه رویکردی انعطاف پذیر و متمرکز استوار است. توزیع موارد جذام در کشورهای مختلف و در داخل یک کشور هم بسیار ناهمگون است و در نتیجه ارائه خدمات کنترل جذام نیز هم از نظر کیفیت و هم از نظر کمیت تفاوت قابل توجهی خواهند داشت.

بعضی مناطق خدمات اختصاصی جذام را ایجاد کرده اند، در حالی که در مناطق دیگر مراقبت بیماران به صورت خدمات بهداشتی ادغام یافته ارائه میشود البته اکثراً دارای نظارت های تخصصی و بخشهای ارجاعی هستند.

[Type here]

با توجه به این تفاوتها و ماهیت هدف از نظر محدودیت زمانی استراتژی حذف باید قادر به انطباق خود با نیازها و شرایط متفاوت باشد.

ارکان ضروری استراتژی حذف جزام

MDT در تمام جوامع و مناطق در دسترس باشد.

تمام موارد ثبت شده به روش MDT درمان شوند؛

تمام موارد جدید بیماری سریعاً تشخیص داده و درمان شوند؛ کیفیت مراقبت از بیماری از جمله جلوگیری و مراقبت از معلولیت بهبود یابد؛ نسبت به درمان کامل و منظم بیماران اطمینان حاصل شود؛ حمایت جامعه برای اجرای برنامه جلب شود.

استراتژی حذف باید به اندازه کافی ساده باشد تا بتوان آن را به طور گسترده اجرا نمود و به اندازه کافی انعطاف پذیر باشد تا بتوان آن را با نیازهای متغیر کنترل بیماری مطابقت داد. ضروری است پرسنل برنامه که با ایجاد و انجام سیاستهای ملی کنترل بیماری درگیر هستند، به ارکان کلیدی این استراتژی جهانی توجه داشته باشند پرسنل سطوح میانی و محیطی درگیر در این جریان لازم است به اصولی از استراتژی که به فعالیتهای روزمره در محل میپردازد، توجه داشته باشند.

عملکردهایی برای سرعت بخشیدن برای دستیابی به حذف جزام مهمترین وظیفه این عملکردها

عبارتنداز:

- ۱- ارائه خدمات بهداشتی سراسری جهت دستیابی آسان به روش درمانی MDT در تمام نواحی؛
- ۲- هدایت عملیات بسیج حذف جزام (LEC) در جهت پوشش کامل طرح MDT و افزایش آگاهی اجتماع درباره جزام تا مواردی که تاکنون کشف نشده اند، کشف و درمان شوند؛
- ۳- به کاربردن روش های نوین و قابل انعطاف برای ایجاد خدمات قابل دسترسی MDT برای جمعیت تحت پوشش و جوامعی که در نواحی جغرافیایی صعب العبور زندگی می کنند
- ۴- یا وضعیت هایی که به برنامه ریزی خاص جهت حذف جزام (SAPEL) ۲ نیاز دارد.

بسیج حذف جذام (LEC)

:ابتکار عملی است که کشف موارد جدید جذام به خصوص انواع پر باسیل آن که تا به حال در جامعه کشف نشده اند و همچنین درمان این موارد کمک میکند این مسئله ترکیبی از سه عامل زیر است

۱- مشخص نمودن شرح وظایف کارکنان محلی بهداشتی در جهت بهبود خدمات . MDT

۲- افزایش مشارکت اجتماع جهت تقویت سطوح فعالیتهای جنبی حذف جذام ..

۳- تشخیص و بهبودی بیماران

طرح ویژه عملیاتی برای حذف جذام (SAPEL)

SAPEL ابتکار عملی است که به ایجاد خدمات MDT ، به بیمارانی که در نواحی خاص زندگی میکنند و دسترسی به آن نواحی مشکل است و یا ارائه خدمات به جمعیتهایی که فراموش شده اند، تعلق دارد. مهمترین عمل جهت برنامه حذف جذام ایجاد مراکز جهت برآوردن نیاز افراد به MDT است. ابتکار و استراتژیهای عملی اساساً مستلزم راهحلهای عملی برای ارائه روش درمانی MDT جهت این بیماران خواهد بود.

یک مورد ، جذام به شخصی اطلاق میگردد که یک یا چند مورد از موارد زیر را دارد و هنوز دوره

کامل درمان را دریافت نکرده است

۱- ضایعه یا ضایعات پوستی کم رنگ هیپرپیگمانته یا قرمز رنگ همراه با از دست دادن مشخص حس؛ آسیب به

اعصاب محیطی که با از دست دادن حس و ضعف ماهیچه های دستها، پاها و یا صورت تظاهر میکند؛

۲- اسمیرهای پوستی مثبت

تشخیص

تشخیص جذام عموماً براساس علائم و نشانه های بالینی است. این علائم و نشانه ها کارمند بهداشتی که آموزش کوتاه مدتی دیده باشد، قابل مشاهده و شناسایی است. در عمل معمولاً افرادی که چنین شکایاتی دارند خود شان به مراکز بهداشتی مراجعه می نمایند در تعداد کمی از موارد نیاز به آزمایشگاه و برر سیهای دیگر جهت تأیید تشخیص جذام وجود دارد.

علائم اصلی جذام

در یک منطقه یا کشور آندمیک هر فردی که یکی از علائم اصلی زیر را نشان دهد به عنوان مبتلا به جذام تلقی می شود

۱- ضایعه پوستی مطابق با جذام همراه با بی حسی مشخص

۲- اسمیرهای پوستی مثبت

ضایعه پوستی معمولاً کم رنگتر از پوست اطراف است و ممکن است منفرد یا متعدد باشد. گاهی اوقات ضایعه قرمز یا مسی رنگ است. این ضایعات ممکن است به اشکال مختلفی دیده شوند، ولی عموماً به صورت ماکول (مسطح)، پاپول (برجسته) و یا ندول هستند. بی حسی تظاهر تیپیک جذام است از دست دادن حس در ضایعات پوستی را میتوان با استفاده از سوزن و یا لمس ملایم تشخیص داد. آسیب عصبی معمولاً در تنه های اعصاب محیطی یکی دیگر از خصوصیات جذام است که به صورت از دست دادن حس در پوست و یا ضعف ماهیچه هایی که توسط اعصاب مبتلا عصب دهی میشوند مشخص میشود در صورتی که این علائم وجود نداشته باشند، کلفتی اعصاب به تنهایی اگر همراه با بی حسی یا ضعف عضلات، نباشد اغلب علامت قابل اعتمادی از جذام نیستند. اسمیر پوستی مثبت در نسبت کمی از موارد در نمونه های گرفته شده از پوست، مبتلایان پس از رنگ آمیزی مناسب، با سیل میله ای شکل و قرمز رنگ جذام ممکن است مشاهده شود. این یافته برای بیماری جنبه تشخیصی دارد.

یک آزمایش ساده برای تشخیص

به یک سوزن یا سنجاق نوک تیز و تمیز نیاز خواهید داشت.

آنچه را که میخواهید انجام دهید به شخص بگویید و به وی نشان دهید

شخص باید چشمهایش را ببندد و یا از مانعی استفاده نماید تا نتواند انجام عملیات را ببیند.

مرکز لکه پوستی را با سوزن لمس کنید فشار ملایمی وارد کنید هرگز سوزن را در پوست فرو نکنید و سبب خونریزی نشوید.

مسئولیت اخلاقی در تشخیص جذام

[Type here]

به خاطر داشته باشید که تشخیص جذام برای خود فرد و خانواده وی یک موضوع جدی است. اگر کمترین شکی دارید، از بیان تشخیص اجتناب نموده و فرد را به عنوان مورد مشکوک «طبقه بندی کنید. اطلاعاتی درباره علائم و نشانه های شایع بیماری به وی بدهید و از او بخواهید که ۶ ماه بعد یا در صورت بدتر شدن علائم و نشانه ها مجدداً مراجعه نماید، یا اینکه میتوانید فرد را در صورتی که شرایط مناسب باشد به متخصصهای دیگری ارجاع دهید (مثلاً متخصص پوست یا اعصاب تا تشخیص درست بیماری قطعی شود.

معاینه های بالینی

شرح حال بیماری :

در شرح حال جذام موارد زیر باید مشخص شود :
- ماهیت اولین علامت یا ضایعه و پیشرفت بعدی آن زیرا ضایعات پوستی معمولاً آهسته و در طی ماهها ایجاد می شوند و آزاردهنده نیستند؛
* درمان انجام شده در گذشته : تا در صورت نیاز به درمان اضافی، تصمیم گیری شود
* سابقه بیماری های مهم در گذشته و حال: توجه به موارد منع تجویز MDT و در صورت امکان درمان یا ارجاع سایر بیماریها.

معاینه بیمار جذامی

معاینه بیمار ترجیحاً در روز نور آفتاب انجام شود.
ضمن احترام به مسائل خصوصی بیمار، تمام سطح بدن وی باید معاینه شود.
در یک نمودار ساده از بدن محل ضایعات پوستی باید علامت گذاری شود.
یک یا چند ضایعه پوستی مشخص باید از نظر فقدان حس آزمایش شوند.
برای مشخص کردن کلفتی یا حساس بودن، اعصاب، تنه های اعصاب محیطی اصلی باید لمس شوند.
پاها، دستها و چشمها باید معاینه شوند و در صورت وجود هرگونه معلولیت با توجه به سیستم درجه بندی WHO طبقه بندی شوند (معلولیت درجه صفر، یک و دو).

[Type here]

در هر کشور آندمیک شخصی که یک لکه پوستی کم رنگ (هیپوپیگمانته یا قرمز رنگ با بی حسی مشخص داشته باشد یک مورد جذام تلقی میشود

مورد مشکوک

اگر شخصی دارای ضایعات پوستی و یا نشانه های ضایعات عصبی باشد و نشانه های اصلی جذام را نداشته باشد یا این نشانه ها مورد شک و تردید باشند و نیز تشخیص واضح دیگری را نتوان بر وی گذاشت به این بیمار یک مورد مشکوک» میگویند. به چنین افرادی باید نکات پایه را درباره جذام گفت و به آنان توصیه کرد که اگر علائم بیش از ۶ ماه باقی بمانند و یا در صورت بدتر شدن، مجدداً مراجعه نمایند. این موارد را میتوان جهت تشخیص قطعی به مراکز ارجاعی که امکانات تشخیص بیشتری دارند فرستاد. در بعضی برنامه ها دفاتری را جهت ثبت چنین مواردی تحت عنوان ثبت مورد مشکوک جهت ارزیابی دوره ای وضعیت آنان در نظر میگیرند.

ارجاع جهت تشخیص

موارد مشکوک ممکن است در یکی از گروههای زیر قرار گیرند:

۱ یک یا چند لکه پوستی مشکوک با حس طبیعی

۲ از دست دادن حس در سطح وسیع در دستها یا پاها، بدون نشانه دیگری از جذام

۳ بزرگ شدن قابل توجه یک یا چند تنه عصب محیطی بدون بی حسی یا ضایعه پوستی

۴. اعصاب دردناک بدون نشانه دیگری از جذام

۵ زخمهای بدون درد در دستها و یا پاها بدون نشانه دیگری از جذام

۶ ندولهایی در پوست بدون نشانه های دیگر

برخی از این یافته ها در بیماریهای دیگری به غیر از جذام نیز ممکن است دیده شوند بهتر است افرادی که چنین علائمی دارند به نزدیکترین مرکز ارجاعی فرستاده شوند. این افراد ممکن است به بررسیهای دقیق تری از جمله آزمونهای آزمایشگاهی و غیره نیاز داشته باشند

طبقه بندی جذام

انتخاب رژیم چنددارویی مناسب

[Type here]

جذام را میتوان براساس تظاهرات بالینی و نتایج اسمیر پوستی طبقه بندی نمود. در طبقه بندی بر اساس اسمیر پوستی، تمام بیمارانی که اسمیر پوستی آنها در تمام مناطق منفی است به عنوان جذام کم باسیل (PB) و بیمارانی که اسمیر آنها حتی در یک منطقه مثبت است به عنوان جذام پر باسیل (MB) طبقه بندی میشوند. ولی در عمل در اکثر برنامه ها از معیارهای بالینی برای طبقه بندی و تصمیم گیری رژیم درمانی مناسب جهت بیمار استفاده می شود، به خصوص اگر خدمات اسمیر پوستی در دسترس یا قابل اعتماد نباشند. سیستم بالینی طبقه بندی برای درمان، بیماران شامل تعداد ضایعات پوستی و اعصاب گرفتار است که اساس طبقه بندی بیماران جذامی به دو گروه پر باسیل و کم باسیل است. در بعضی برنامه های بیماریابی تعداد قابل توجهی از بیماران کم باسیل که فقط یک ضایعه پوستی دارند ممکن است جداگانه به نام کم باسیل تک ضایعه (SLPB) تقسیم بندی شوند.

راهنمای طبقه بندی بالینی *

جذام کم باسیل تک ضایعه SLPB	جذام کم باسیل PB	جذام پر باسیل MB	
- فقط یک ضایعه پوستی	- ۲ تا ۵ ضایعه توزیع غیر قرینه از دست دادن مشخص حس	- بیش از ۵ ضایعه توزیع قرینه تر از دست دادن حس	ضایعات پوستی شامل ماکول ها (ضایعات مسطح)، پاپول ها (ضایعات برجسته) و ندول ها
- بدون گرفتار نمودن تنه عصبی	- فقط یک تنه عصبی	- چند تنه عصبی	آسیب عصبی (که به از دست دادن حس یا ضعف عضلات مربوط به عصب درگیر منجر می شود)

* در بعضی برنامه ها، طبقه بندی جذام با سیستم های دیگری صورت می گیرد. برای درمان، این طبقه بندیها ضروری نیستند.

ولی اگر چنین سیستمی به کار می رود: جذام پر باسیل شامل جذام لپروماتوز (L) و بینابینی (B) در طبقه بندی مادرید و BL،

[Type here]

BB، LL و بعضی از موارد BT در طبقه‌بندی ریدلی و چاپلینگ است. جذام کم‌باسیل شامل جذام نامشخص (I) و جذام توپرکولوئید (T) در طبقه‌بندی مادرید و I و TT و اکثر موارد BT در طبقه‌بندی ریدلی و چاپلینگ است. جذام کم‌باسیل تک‌ضایعه (SLPB) اساساً نوع I و TT را در طبقه‌بندی ریدلی و چاپلینگ دربرمی‌گیرد.

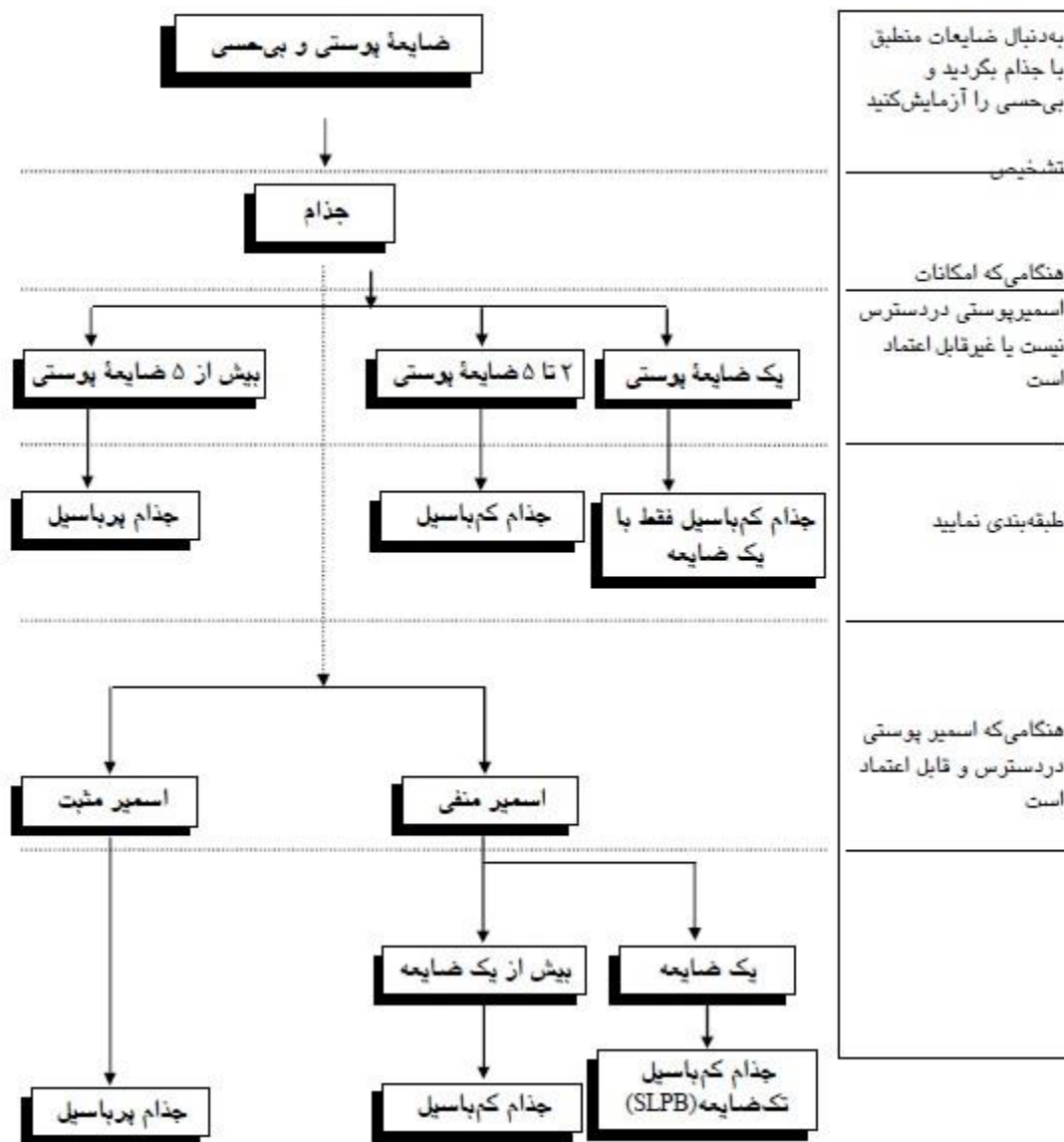
مهم

هر بیماری که ا سمر پو ستی او مثبت با شد، بدون در نظر گرفتن طبقه‌بندی بالینی باید با رژیم مناسب MDT برای جذام پر باسیل درمان شود. هنگام طبقه‌بندی جذام، اطمینان از این که بیماران پر باسیل تحت درمان با رژیمهای درمانی بیماران کم باسیل قرار نگیرند اهمیت ویژه ای دارد بنابراین اگر طبقه‌بندی همراه با شک و تردید باشد بیماران را باید با رژیم MDT برای جذام پر باسیل معالجه کرد.

نمودار قدم به قدم برای تشخیص و طبقه‌بندی

[Type here]

نمودار قدم به قدم برای تشخیص و طبقه‌بندی



بررسی باکتریولوژیک یک روش ساده شده

[Type here]

دفعات آزمایشهای اسمیر پوستی

اگر امکانات قابل اعتماد جهت انجام اسمیرهای پوستی در دسترس باشند، مطلوب است که قبل از شروع MDT تمام بیماران یکبار آزمایش شوند، شونند هدف اصلی این کار این است که از درمان موارد MB با رژیم درمانی PB جلوگیری شود. محلهای برداشت اسمیر پوستی برای مقاصد معمول، فقط از یک یا دو محل از لبه ضایعات جذام نمونه گرفته شود.

گرفتن اسمیر

- روش انجام کار را برای بیمار و در مورد کودکان برای والدین آنها توضیح دهید.
- از بیمار بخواهید که راحت روی چهارپایه بنشینند. دستهای خود را با آب و صابون بشویید. تمام روشهای ضد عفونی باید رعایت شوند.
- محلی از پوست را که برای گرفتن اسمیر انتخاب کرده اید با یک سواب پنبه ای آغشته به الکل تمیز نمایید و صبر کنید تا خشک شود.
- سپس پوست را به صورت یک چین بین دو انگشت نشانه و شست نگه دارید.
- با یک تیغ استریل یکبار مصرف شکافی به طول ۵ میلیمتر و عمق ۳ میلیمتر ایجاد نموده و فشار انگشتان خود را همچنان حفظ نمایید، اگر خون یا مایع بافتی خارج شد با یک پنبه خشک و استریل آن را پاک کنید.
- لبه تیغ جراحی را ۹۰ درجه نسبت به خط برش بچرخانید و زخم را چندبار خراش دهید به طوری که مایع و مواد بافتی برکناره تیغ جمع شوند.
- سپس این مواد را به آرامی روی یک لام شیشه ای با استفاده از کناره پهن تیغ جراحی گسترش دهید به طوری که یک اسمیر یک دست نسبتاً ضخیم در منطقه ای به قطر ۵ تا ۷ میلیمتر ایجاد شود. برای این لام باید با دقت برچسبی تهیه نمود که حاوی مشخصات، بیمار تاریخ و نام مرکز باشد.
- محل برش را با یک گاز استریل کوچک پانسمان نمایید.

به دلیل شیوع فزاینده عفونت هپاتیت B و ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV)، در اغلب کشورهای که جذام در آنها همچنان آندمیک است تعداد برداشت نمونه پوستی و جمع آوری نمونه باید به حداقل لازم محدود شود به یاد

[Type here]

داشته باشید که تمام روشهایی که طی آنها پوست سوراخ میشود، خطر بالقوه انتقال عفونت HIV و هیپاتیت B را به همراه دارند.

ثابت کردن اسمیرها

برای تثبیت نمونه ها باید لام را ۲ یا ۳ بار، به طوری که اسمیر بر سطح رویی آنها با شد از روی چراغ الکی عبور داد. اسمیر نباید با شعله تماس مستقیم پیدا کند و لام در موقع لمس فقط باید اندکی گرم باشد.

نگهداری و حمل

تمام لامها باید در یک جعبه لام از گرد و غبار و رطوبت محافظت شوند به جعبه حاوی لامها باید برچسب زده شود و هرچه زودتر به آزمایشگاه ارسال گردد.

رنگ آمیزی

رنگ آمیزی اسمیرهای جذام را عموماً با روشی موسوم به زیل نیلسن تعدیل شده رنگ آمیزی میکنند روش کار به شرح زیر است

- لام را در محلول تازه صاف شده کاربول - فوشین غوطه ور کنید و اجازه دهید ۲۰ دقیقه در این حالت بماند به آرامی زیر شیر آب بشویید.
- با مخلوط اسید - الکل به مدت ۳ تا ۵ ثانیه رنگ را پاک کنید. به آرامی زیر شیر آب بشویید.
- به مدت یک دقیقه با محلول متیلن بلو اسلاید را رنگ آمیزی کنید. به آرامی زیر شیر آب بشویید و بگذارید تا خشک شود.

بررسی زیر میکروسکوپ

- عدسیهای چشمی کم قدرت را روی اسمیر متمرکز نمایید.
- یک قطره روغن ایمرسیون روی اسمیر بریزید.
- اسمیر را زیر لنز مخصوص روغن ایمرسیون بگذارید
- بررسی را از یک انتهای نمونه شروع کنید و به صورت زیگزاگ ادامه دهید.
- میدانهای مجاور را یکی یکی بررسی کنید تا وقتی که باسیل لیرا دیده شود.

[Type here]

- اگر باسیل لپرا دیده، شد جستجو را متوقف نموده و نتیجه را مثبت ثبت کنید.
- اگر بعد از جستجوی ۱۰۰ میدان هیچ باسیلی مشاهده نشد نتیجه را منفی گزارش کنید

گزارش نتایج

نتیجه آزمایش باید به صورت مثبت یا منفی گزارش شود.

لطفاً از تیغ یکبار مصرف جدید برای بیمار بعدی استفاده کنید هرگز از همان تیغ قبلی برای بیمار بعدی استفاده نکنید.

سازماندهی خدمات تشخیص

مؤثرترین رویکرد با توجه به، هزینه ترغیب افراد است تا اگر ضایعات مشکوکی دارند خودشان به مرکز بهداشتی درمانی برای تشخیص مراجعه نمایند میتوان این کار را با اطمینان دادن به جامعه در مورد قابل درمان بودن جذام و آگاه نمودن آنها از فراهم بودن خدمات درمانی مؤثر و در دسترس انجام داد.

دو اصل اساسی برای رسیدن به خود گزارش دهی فوری وجود دارد

فراهم نمودن خدمات بهداشتی مؤثر برای تشخیص و درمان جذام؛ و

II افزایش آگاهی جامعه درباره علائم اولیه جذام و قابل درمان بودن آن که گاهی اوقات به وسیله اقدامهای ویژه میسر است.

فراهم نمودن خدمات بهداشتی مؤثر

این خدمات باید تواناییهای زیر را دربرگیرد:

تشخیص جذام و طبقه بندی آن حداقل به صورت بالینی به دو گروه MB

شناسایی و درمان عوارض شایع بیماری

شناسایی و ارجاع عوارض شدید تدارک منظم داروهای MDT

داشتن داروهای کمکی برای معالجه بعضی بیماریهای شایع

شناسایی و درمان یا ارجاع هرگونه عوارض جانبی داروها

برقراری ثبت موارد و گزارش دهی مناسب

[Type here]

سازماندهی کلینیک‌هایی با مکان در دسترس و زمان کار مناسب

حفظ ارتباط دوستانه و صمیمانه با تمام بیماران و جامعه محلی

ایجاد تعهد و انگیزه برای حذف جذام از منطقه

چگونه هوشیاری جامعه را افزایش دهیم؟

علائم جذام معمولاً در مراحل اولیه بیماری کم هستند. گاهی اوقات بیماران ممکن است زمانی بیماری خود را گزارش کنند که بیماری در مراحل آخر و کاملاً آشکار شده‌ای است. فعالیتهای زیر ممکن است به گزارش زودرس بیماری کمک کنند:

- جامعه را نسبت به علائم و نشانه های جذام، با تأکید شدید بر قابل درمان بودن آن و تشویق بیماران به درمان بدون درنگ بیماری خود آگاه کنید،
- مکان و زمان خدمات در دسترس را به اطلاع جامعه برسانید جامعه را از رایگان بودن درمان آگاه کنید
- جامعه را از این که شروع بدون درنگ درمان به پیشگیری از معلولیت منجر خواهد شد مطلع کنید،
- از رهبران محلی، معلمان رهبران مذهبی و پزشکان سنتی درخواست نمایید که در فعالیتهای آموزش بهداشت مشارکت نمایند
- از، روزنامه ها رادیو و تلویزیون محلی برای آموزش عموم استفاده کنید
- اقدام های ویژه را سازماندهی نمایید.

سطوح، وظایف و مسئولیتها برای تشخیص و درمان سطوح وظایف

سطوح	وظایف	مسئولیتها
جامعه و اعضای خانواده	شناسایی ضایعات پوستی و ازدست دادن حس	گزارش به مرکز بهداشتی درمانی برای تشخیص
داوطلبان بهداشتی جامعه	آگاه کردن خانواده ها درباره علائم ابتدایی، درمان و خدمات در دسترس	راهنمایی افراد به مرکز بهداشتی درمانی برای تشخیص
کارکنان خدمات بهداشتی اولیه	آموزش داوطلبان بهداشتی جامعه و	تشخیص موارد و شروع درمان

[Type here]

آگاه کردن جامعه	چندارویی	
آموزش کارکنان بهداشتی جامعه	تشخیص موارد مشکلی که از طرف مرکز	
ارجاء خدمات	بهداشتی درمانی ارجاع شده است	

چه کسی احتمال دارد به مرکز بهداشتی درمانی گزارش شود؟

اشخاصی که به مرکز بهداشتی درمانی جهت تشخیص و درمان جذام گزارش میشوند عبارتند از:

اقدامی که باید انجام شود

اشخاص گزارش شده	اقدامی که باید انجام شود
موارد جذام که قبلاً هرگز درمان نشده اند	به دقت معاینه کنید، تشخیص دهید، طبقه بندی نمایید، نکاتی را درباره بیماری و درمان شرح دهید، MDT را آغاز کنید.
موارد جذام که قبلاً با دایسون درمان شده اند	جزئیات درمان قبلی را بررسی کنید، در صورت دسترسی، پرونده ها را کنترل نمایید. اگر MB است، MDT را شروع کنید. اگر PB است، به دقت معاینه کنید. اگر علائم فعال جذام وجود داشت، MDT را شروع کنید. اگر علائم فعال وجود نداشت، دوباره اطمینان دهید و نکاتی را درباره بیماری شرح دهید. اگر شک دارید، MDT را آغاز کنید.

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول صفحه قبل

اشخاص گزارش شده	اقدامی که باید انجام شود
موارد جذام که قبلاً با MDT درمان شده اند	جزئیات درمان قبلی را بررسی کنید، در صورت دسترسی، پرونده ها را کنترل نمایید و به دقت معاینه کنید. اگر یک دوره کامل و مناسب MDT را تکمیل کرده است دوباره اطمینان دهید. نکاتی درباره بیماری شرح دهید و توصیه کنید که در صورت لزوم مراجعه نماید. در غیر این صورت MDT را آغاز کنید.
موارد مشکوک	به دقت معاینه کنید، اگر علائم جذام وجود داشت، دوباره اطمینان دهید. نکاتی درباره بیماری شرح دهید و توصیه کنید در صورت لزوم مراجعه نماید. اگر شک دارید، ارجاع دهید.
سایر وضعیت هایی که سبب ضایعات پوستی می شوند	به دقت معاینه کنید، بیماری پوستی را تشخیص داده و درمان کنید و یا ارجاع دهید.
سایر وضعیت هایی که سبب آسیب عصبی می شوند	به دقت معاینه کنید. بیماری را تشخیص داده و درمان کنید و یا ارجاع دهید.
موارد تماس بیماران جذامی برای معاینه	به دقت معاینه کنید. اگر علائم اصلی جذام وجود داشت تشخیص دهید، طبقه بندی و درمان کنید. در غیر این صورت نکاتی را درباره بیماری شرح داده و توصیه نمایید که در صورت لزوم مراجعه کند.
اشخاص سالم که برای دریافت اطلاعات یا معاینه مراجعه می نمایند	به دقت معاینه کنید. نکاتی را درباره بیماری شرح دهید. شک و شبهه ها را برطرف کنید.

درمان جذام

[Type here]

برای تمام موارد ثبت شده و جدید کشف شده باید بلافاصله رژیم مناسب MDT را شروع کرد رژیمهای MDT توصیه شده توسط WHO قدرتمند هستند یعنی بی نظمی های خفیف در مصرف، کارآیی آنها را مختل نمی کند

برای شروع برنامه MDT فقط یک پیش نیاز وجود دارد فراهم بودن داروهای MDT درمان جذام فقط با یک داروی ضد جذام، همیشه موجب افزایش ایجاد مقاومت دارویی نسبت به آن دارو میشود درمان با داپسون یا هر داروی ضد جذام دیگر به صورت تک دارویی باید به عنوان یک عمل غیر اخلاقی در نظر گرفته شود.

داروهای MDT

داروهای مورد استفاده در رژیم MDT توصیه شده توسط WHO ترکیبی از، ریفامپیسین کلوفازیمین و داپسون برای بیماران پرباسیل و ترکیبی از ریفامپیسین و داپسون برای بیماران کم باسیل است. برای بیماران گروه کم باسیل، تک ضایعه یک دوز مرکب از ریفامپیسین، اوفلوکساسین و ماینو سایکلین (ROM) موجود در بسته های دارویی را میتوان به کار برد. در بین آنها ریفامپیسین مهمترین دارو است و به همین دلیل در معالجه انواع جذام به کار میرود.

ریفامپیسین

این دارو ماهی یکبار داده می شود اثرات سمی در مصرف ماهانه آن به ندرت گزارش شده است چند ساعت بعد از مصرف ادرار ممکن است کمی قرمز رنگ شود این موضوع باید هنگام شروع برای بیمار توضیح داده شود.

کلوفازیمین

کلوفازیمین بیشترین فعالیت را هنگامی دارد که به صورت روزانه تجویز شود. این دارو در دوزازی که برای MDT به کار میرود به خوبی تحمل میشود و تقریباً سمیت ندارد این دارو موجب خشکی و تغییر رنگ پوست به سیاه مایل به قهوه ای می. شود اگرچه چند ماه بعد از قطع درمان این حالت بر طرف میشود ولی با این حال باید به بیمار در شروع درمان جذام نوع MB درباره آن توضیح داده شود.

داپسون

داپسون در دوز مورد استفاده در MDT بسیار بی خطر و اثرات جانبی آن نادر است. عمده ترین آنها واکنش آلرژیک به شکل بثورات جلدی خارش دار و درماتیت اکسفولیاتیو است. بنابراین به بیمارانی که به هر کدام از داروهای سولفامیدی حساسیت دارند نباید داپسون داده شود.

[Type here]

اوفلوکساسین

این دارو متعلق به آنتی بیوتیکهای فلوئوروکینولون است و با دوز ۴۰۰ میلی گرم در درمان جذام مؤثر است عوارض جانبی آن نادر و خفیف و شامل عوارض گوارشی سردرد و سرگیجه است. این دارو برای درمان خانمهای باردار و کودکان کمتر از ۵ سال توصیه نمی شود.

ماینوسایکلین

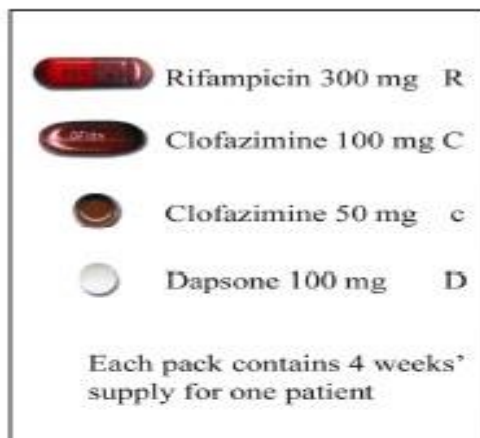
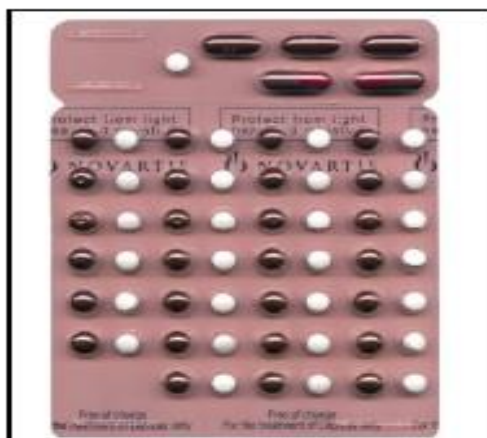
این دارو از آنتی بیوتیکهای گروه تترا سایکلین است که در دوز ۱۰۰ میلیگرم تأثیر متوسطی بر ضد جذام نشان داده است. سرگیجه شایع ترین عارضه جانبی گزارش شده است که ممکن است تا چند ساعت از دریافت دارو طول بکشد این دارو برای درمان خانمهای باردار و کودکان کمتر از ۵ سال توصیه نمی شود.

[Type here]

رژیم‌های MDT توصیه‌شده توسط WHO
بسته‌بندی دارویی، مخصوص بیماران پرباسیل

روبه‌رو

داروهای MDT



دوزاژ (کودک MB ۱۰-۱۴ ساله)

درمان ماهانه: روز اول
ریفامپیسین ۴۵۰-mg (۳ × ۱۵۰-mg)
کلوفازیمین ۱۵۰-mg (۳ × ۵۰-mg)
داپسون ۵۰-mg
درمان روزانه: روزهای ۲ تا ۲۸
کلوفازیمین ۵۰-mg یک روز در میان
داپسون ۵۰-mg روزانه
مدت درمان:
۱۲ بسته دارویی ماهانه، باید طی دوره‌ای
حداکثر تا ۱۸ ماه مصرف شود.

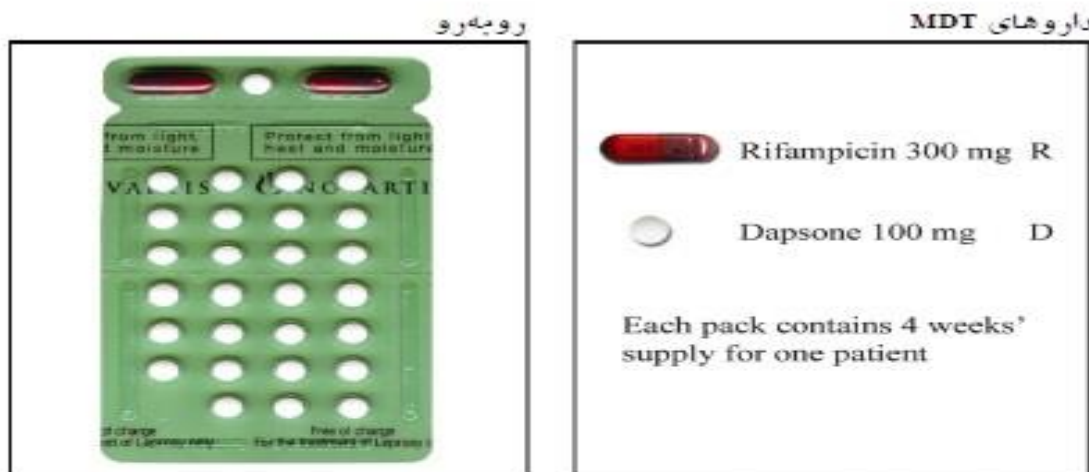
دوزاژ (بزرگسال MB)

درمان ماهانه: روز اول
ریفامپیسین ۶۰۰-mg (۲ × ۳۰۰-mg)
کلوفازیمین ۳۰۰-mg (۲ × ۱۵۰-mg)
داپسون ۱۰۰-mg
درمان روزانه: روزهای ۲ تا ۲۸
کلوفازیمین ۵۰-mg
داپسون ۱۰۰-mg
مدت درمان:
۱۲ بسته دارویی ماهانه، باید طی دوره‌ای
حداکثر تا ۱۸ ماه مصرف شود.

برای کودکان زیر ۱۰ سال دوز را باید تطبیق داد برای مثال، ریفامپیسین ۳۰۰ میلی گرم داپسون ۲۵ میلی گرم و کلوفازیمین ۱۰۰ میلی گرم یک بار در ماه ۵۰ میلی گرم دوبار در هفته.

[Type here]

بسته بندی دارویی، مخصوص بیماران کم باسیل



دوز (کودک، PB ۱۰-۱۴ ساله)

درمان ماهانه: روز اول
ریفامپیسین ۴۵۰-mg (۳ × ۱۵۰-mg)
داپسون ۵۰-mg
درمان روزانه: روزهای ۲ تا ۲۸
داپسون ۵۰-mg روزانه
مدت درمان:
۶ بسته دارویی ماهانه، باید طی دوره‌ای
حداکثر تا ۹ ماه مصرف شود.

دوز (بزرگسال PB)

درمان ماهانه: روز اول
ریفامپیسین ۶۰۰-mg (۲ × ۳۰۰-mg)
داپسون ۱۰۰-mg
درمان روزانه: روزهای ۲ تا ۲۸
داپسون ۱۰۰-mg
مدت درمان:
۶ بسته دارویی ماهانه، باید طی دوره‌ای
حداکثر تا ۹ ماه مصرف شود.

برای کودکان زیر ۱۰ سال دوز را باید تطبیق داد برای مثال، ریفامپیسین ۳۰۰ میلی گرم داپسون ۲۵ میلی گرم
یک روش امکان پذیر برای درمان جذام کم با سیل تک ضایعه به صورت دوز واحد در کشورهایی که تعداد زیادی از
موارد جذام کم باسیل تک ضایعه (SLPB) وجود دارد ممکن است از رژیم جایگزین توصیه شده توسط هفتمین کمیته
تخصصی جذام در سازمان جهانی بهداشت استفاده شود (۱۹۹۷) کشورهایی که تعداد اندکی از موارد جذام کم باسیل
تک ضایعه دارند، ممکن است این روش درمانی را برای اجتناب از مشکلات علمی و تدارکاتی به کار نبرند.

[Type here]

بسته‌بندی دارویی مخصوص بیماران کم‌بازسبیل تک‌ضایعه (SLBP)

دور دارویی: دور منفرد (ROM) روبه‌رو

ROM Treatment
For single lesion PB leprosy only



Batch No: _____
Expiry Date: _____

To be taken under supervision

بزرگسال

ریفامپیسین ۶۰۰mg (۳۰۰mg×۲)
اوفلوکساسین ۴۰۰mg (۲۰۰mg×۲)
ماینوسایکلین ۱۰۰mg (۵۰mg×۲)

کودک

ریفامپیسین ۳۰۰mg (۳۰۰mg×۱)
اوفلوکساسین ۲۰۰mg (۲۰۰mg×۱)
ماینوسایکلین ۵۰mg (۵۰mg×۱)

- دو بسته برای یک بزرگسال بیمار
- یک بسته برای یک کودک بیمار ۵-۱۴ ساله

احتیاط‌های کلی برای داروهای MDT

- داروهای MDT نباید برای بیماران مبتلا به اختلال عمل شدید کبد یا کلیه تجویز شوند.
 - داپسون را نباید به بیماران مبتلا به کم‌خونی شدید داد. کم‌خونی باید قبل از شروع دارو با درمان مناسب برطرف شود.
 - بیمارانی که به داروهای سولفامیدی حساسیت دارند، نباید داپسون مصرف نمایند.
 - اوفلوکساسین و ماینوسایکلین برای خانم‌های باردار و کودکان زیر ۵ سال توصیه نمی‌شود
- در صورت سمیت شدید داپسون بیماران PB باید روزانه ۵۰ میلی گرم کلوفازیمین و ماهانه ۳۰۰ میلی گرم به عنوان جانشین داپسون مصرف نمایند بیماران MB باید درمان با کلوفازیمین و ریفامپیسین را با دوز معمول ادامه دهند.

مراحل شروع MDT برای بیمار

- ۱- طبقه‌بندی را ارزیابی نمایید اگر شک وجود دارد، به عنوان MB طبقه‌بندی کنید.
- ۲- نکته‌های اساسی را درباره بیماری جذام و نحوه درمان آن توضیح دهید.
- ۳- درباره مصرف روزانه و ماهانه هر یک از داروهای MDT بیمار توضیح دهید.
- ۴- به بیمار درباره دوره درمان با توجه به وضعیت او اطلاعات

[Type here]

۵- دربارهٔ عوارض جانبی شایع داروهای MDT اطلاعاتی بدهید. مثلاً قرمز شدن رنگ ادرار به علت ریفامپیسین، قهوه ای شدن رنگ پوست ناشی از کلوفازیمین و بثورات خارش دار نادر ناشی از داپسون است.

۶- اگر مخلوطی از داروهای ریفامپیسین، اوفلوکساسین و ماینو سایکلین (ROM) توسط بیمار مصرف می شود، درباره سرگیجه عارضه شایعی که تا چند ساعت از مصرف پس دارو طول می کشد تذکر لازم به بیمار داده شود این ترکیب برای خانمهای باردار و کودکان زیر ۵ سال استفاده نشود).

۷- بیمار را از عوارض شایع بیماری جذام مطلع کنید، به ویژه در مورد مراجعه فوری در صورت وجود درد یا حساسیت اعصاب یا پیشرفت بی حسی یا ضعف عضلات.

۸- از بیمار بخواهید که در صورت مشاهده هرگونه اثر جانبی یا عارضه هرچه زودتر مراجعه نماید.

۹ تاریخ و وقت مراجعه بعدی را به بیمار اطلاع دهید و داروی کافی به وی بدهید تا در طول این مدت کمبود دارویی نداشته باشد.

در شرایط ویژه مانند دوری، مسافت موقعیتهای اجتماعی و فرهنگی شغلی و زندگی به صورت چادر نشینی میتوان برای بیش از یک ماه به بیمار دارو داد و حتی در شرایط استثنایی میتوان داروهای دوره ۶ ماهه را برای بیماران PBS و دوره ۱۲ ماهه را برای بیماران MB به آنها داد

تکمیل درمان و بهبودی

اولین اولویت برای کامل کردن درمان این است که بیماران کم باسیل درمان ۶ ماهه را حداکثر در ۹ ماه و بیماران پرباسیل درمان ۱۲ ماهه را حداکثر در ۱۸ ماه به پایان برسانند.

- هر بیمار کم باسیل که در طی یک دوره ۹ ماهه به مدت ۶ ماه، دوز کامل رژیم PB را مصرف کرده باشد، باید بهبود یافته تلقی شود.

- هر بیمار پرباسیل که در طی یک دوره ۱۸ ماهه ۱۲ ماه، دوز کامل از رژیم MB را مصرف کرده باشد، باید بهبود یافته تلقی شود.

به تمام این بیماران باید دربارهٔ علائم اولیه واکنشها و عود بیماری و لزوم مراجعه فوری در صورت ایجاد چنین مواردی، اطلاع داده شود اگر شخصی گرفتار عوارض باقیمانده ناشی از بیماری (مثلاً) معلولیت، است باید او را ترغیب و کمک نمود تا بتواند از امکانات موجود در مرکز بهداشتی درمانی یا در مرکز ارجاع مناسب استفاده کند.

[Type here]

به خاطر دا شته با شید که یک بیمار جذامی که دوره کامل درمان را طی کرده نباید دیگر به عنوان یک مورد جذام در نظر گرفته شود حتی اگر عوارضی از جذام در او باقی مانده باشد.

اقدامهای تدبیری موارد غایب

یک مورد غایب بیماری است که به مدت ۱۲ ماه متوالی دارو دریافت نکرده است به ضی برنامه ها ممکن است مدت زمان متفاوتی را برای تعریف مورد غایب انتخاب نمایند. با این حال مهم این است که کوشش کافی برای پیدا کردن موارد صورت گیرد و قبل از حذف آنها از موارد ثبت شده ترغیب برای بازگشت و ارزیابی مجدد درمان صورت پذیرد. نگهداری موارد غایب در لیست موارد ثبت شده به مدت نامحدود بدون هیچ گونه اقدام اصلاحی قابل قبول نیست.

دلایل غیبت	اقدامی که باید انجام شود
کوتج بیمار از منطقه	این اطلاعات را در پرونده درمان ثبت کنید
بیمار از مرکز بهداشتی درمانی دیگری دارو دریافت می کند	این اطلاعات را در پرونده درمان ثبت کنید
بیمار عوارض جانبی ناخوشایندی دارد که به درمان نسبت می دهد	دادن اطمینان دوباره به بیمار حائز اهمیت است و در صورت لزوم، او را جهت بررسی و درمان ارجاع دهید
بیمار فکرمی کند که وضعیت وی کاملاً بهبود یافته است	از طریق معاینات کلینیکی و در صورت امکان به وسیله آزمایش اسمیر پوستی، ثابت کنید که بیمار بهبود یافته است. اگر هیچ نشانه فعالی از جذام وجود ندارد و اسمیر پوستی منفی است، بیمار را بهبود یافته تلقی نمایید. اگر نشانه های فعال جذام وجود دارد یا اسمیر پوستی مثبت است، دوباره طبقه بندی آن را ارزیابی و مجدداً درمان را با رژیم مناسب MDT شروع نمایید
اطمینان به خدمات درمانی وجود ندارد	کیفیت خدمات را بهبود دهید تا اطمینان بیمار و جامعه به دست آید
خدمات فراهم نیست	سعی کنید خدمات MDT را برقرار کنید و بیماران و جامعه را از این موضوع آگاه کنید

مثال: اقدامهای تدبیری موارد غایب

الف) مرکز باید دفتر موارد ثبت درمان را سالانه در ماه فروردین مرور کند؛

ب) از بیمارانی که در ۱۲ ماه گذشته درمان خود را دریافت نکرده اند فهرستی تهیه کنید؛

ج) به خانه های چنین بیمارانی در طی ماه فروردین مراجعه شود و آنها را ترغیب کنید که برای ارزیابی مجدد و در صورت نیاز به ادامه درمان به مرکز مراجعه کنند؛

[Type here]

د) اگر بیمار را در طی بازدید اول پیدا نکردید، از خانواده دوستان یا همسایگان او تقاضا کنید بیمار را برای مراجعه به مرکز ترغیب نمایند؛

ه) اگر بیمار در طی یک هفته مراجعه نکرد برای دومین بار به منزل وی مراجعه کنید؛
و در پایان ماه، فروردین دفتر درمان را مرور نموده و موارد غایبی را که احتمالاً برنمی گردند، حذف نمایید؛
ز اگر به دنبال آن یک مورد غایب مراجعه نمود، معاینات بالینی را به دقت انجام دهید در صورت امکان همراه با اسمیر پوستی و اگر نشانه های فعالی از جذام یافتید نام بیمار را دوباره ثبت کنید و یک دوره جدید درمان را با رژیم MDT مناسب شروع نمایید.

درمان مجدد موارد غایب

برای مورد غایبی که به مرکز بهداشتی درمانی جهت معالجه مراجعه می نماید و یک یا چند مورد از نشانه های زیر را بروز دهد باید یک دوره جدید MDT را تجویز نمود
ضایعات پوستی قرمز و یا برجسته (MB) و (PB)
ظهور ضایعات پوستی جدید پس از آخرین معاینه (MB) و (PB)
درگیری اعصاب جدید پس از آخرین معاینه (MB و PB)
ندول های اپروماتوز (MB)
علائمی از (MB EL) یا واکنش بازگشتی (MB و PB).
بیمارانی که نیازهای ویژه دارند

حاملگی

رژیم های استاندارد هم برای مادر و هم برای طفل بی خطر محسوب میشوند و بنابراین در طی دوران حاملگی باید بدون تغییر ادامه یابند.
گروه های ایزوله
برخی از بیماران که در مناطق جغرافیایی غیر قابل دسترس زندگی میکنند یا افرادی که روش زندگی آنها به شکلی است که مراجعه منظم به مرکز برای آنها میسر نیست (مانند چادر نشینان)

[Type here]

و یا نمی توانند در موقع مقرر به درمانگاه مراجعه نمایند (مثلاً دلیل فصل بارندگی باید داروی کافی را برای پوشش دوره غیبت به آنها داد دادن یک دوره کامل درمان به این بیماران قابل قبول است اما باید به در صورت مشاهده آنها توصیه شود هرگونه عارضه به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنند.

بیمارانی که در یک زمان به سل و جذام مبتلا هستند، علاوه بر درمان چند دارویی استاندارد نیاز به درمان مناسب ضد سل نیز دارند. ریفامپین سین در هر دو رژیم درمانی مشترک خواهد بود و باید براساس دوز مورد نیاز برای درمان سل تجویز شود.

عفونت HIV

درمان بیمار جذامی که به عفونت HIV مبتلا است همانند دیگر بیماران میباشد اطلاعات موجود نشان داده است که چنین بیمارانی به رژیم MDT همانند هر بیمار جذامی دیگری جواب میدهند و، درمان از جمله درمان واکنشها به هیچ گونه تغییری نیاز ندارد.

عود

بیماری که دوره کامل درمان را دریافت کرده به ندرت ممکن است لکه های پوستی و یا ندولهای جدید و یا گرفتاری عصبی جدیدی را نشان دهد و ممکن است مشکوک به عود باشد. به هر حال در صورت کشف چنین موردی باید به وسیله یک مرکز ارجاعی تأیید شود. اگر به عنوان عود تأیید شود، بیماران پرباسیل باید یک دوره دیگر از رژیم MDT بیماران پرباسیل را دریافت کنند بیماران کم باسیل در صورتی که بیماری آنها همچنان کم باسیل باشد باید مجدداً به وسیله رژیم MDT بیماران کم باسیل درمان شوند. ولی اگر هنگام عود جذام پرباسیل تشخیص داده شود، باید درمان مجدد را با MDT بیماران پرباسیل انجام داد.

نکاتی درباره درمان چنددارویی (MDT) هر بیمار جذامی باید با بیش از یک داروی ضد جذام درمان شود

رژیم استاندارد MDT بسیار بی خطر و مؤثر است

در اکثر مراکز برای درمان، جذام به طور رایگان در دسترس است رژیم MDT استاندارد برای یک دوره ثابت است ۶ ماه برای بیماران کم باسیل (PB) یا ۱۲ ماه برای بیماران پرباسیل (MB) و یک دوز ROM برای جذام کم باسیل تک ضایعه (SLPB) با تکمیل یک دوره کامل MDT بیمار بهبود یافته است

[Type here]

از معیارهای بالینی برای طبقه بندی استفاده نمایید و دربارهٔ رژیم درمانی تصمیم بگیرید اگر درباره طبقه بندی بیمار شک دارید، رژیم درمانی MB را تجویز کنید

واکنشهای جذام

واکنشهای جذام حملاتی از افزایش ناگهانی فعالیت بیماری هستند به نظر میرسد که این واکنشها در نتیجه تغییر در وضعیت ایمنولوژیک بیمار به وجود می. آیند واکنشها علت اصلی آسیب عصبی و معلولیت در جذام هستند بنابراین باید در مراحل اولیه کشف و سریعاً درمان شوند.

واکنش ها عموماً در طی مرحله اولیه بیماری اتفاق می افتند. گاهی اوقات ممکن است بیمار برای اولین بار همراه با واکنش به مرکز مراجعه نماید و یا واکنشها بعد از تکمیل درمان دیده شوند. وقوع واکنش های جذام به این معنی نیست که داروهای MDT مفید نیستند و بنابراین در طی واکنشها نباید MDT را قطع کرد و واکنشها قسمتی از سیر طبیعی بیماری هستند و ممکن است فراوان اتفاق بیافتند و در جذامهای درمان نشده شدیداً آسیب زا باشند درمان با MDT به طور قابل ملاحظه ای از فراوانی و شدت واکنش ها می کاهد. احتمال وقوع واکنشها را باید برای بیمار شرح داد تا علائم و نشانه های واکنشها توسط آنان به عنوان عوارض جانبی داروها تلقی نشود یا فکر نکنند درمانی را که دریافت میکنند به آنها زیان میرساند.

واکنش بازگشتی (ریورسال) یا واکنش نوع

مهم ترین نوع واکنش موسوم به واکنش بازگشتی ریورسال است این واکنش ممکن است در هر دو نوع جذام پرباسیل و جذام کم باسیل روی دهد. بیمار ممکن است یک یا چند مورد از تظاهرات زیر را داشته باشد

- ضایعات پوستی قرمز و متورم
- درد، حساسیت و تورم اعصاب محیطی
- علائم آسیب عصب از دست دادن حس و ضعف عضلات
- تب و بی حالی
- دستها و پاها ممکن است متورم شوند
- به ندرت ممکن است ضایعات پوستی جدید ظاهر شوند.

درمان واکنش بازگشتی

تشخیص و درمان واکنش بازگشتی یک فوریت است؛ زیرا خطر آسیب دائمی به تنه های اعصاب وجود دارد. اگر درگیری عصبی یعنی، درد حساسیت یا تورم و از دست دادن حس و ضعف عضلات وجود نداشته باشد واکنش را میتوان به وسیلهٔ استراحت و داروهای ضد درد (آسپرین و استامینوفن) کنترل نمود.

طی واکنش بازگشتی، درمان با MDT را بدون وقفه همزمان با درمان واکنش ادامه دهید.

در صورت درگیری عصب واکنش از نوع شدید است علاوه بر استراحت و داروهای ضد التهاب نیاز به مصرف کورتیکواستروئیدها (مانند پردنیزولون) خواهد بود. دوز روزانه پردنیزولون نباید بیش از یک میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن باشد

حداکثر دوز برای یک شخص بزرگسال با وزن ۶۰ کیلوگرم ۶۰ میلی گرم است پردنیزولون عموماً به صورت قرصهای ۵ میلی گرمی موجود است.

دوره پیشنهادی پردنیزولون برای بیمار بزرگسال به شرح زیر است

۴۰ میلی گرم یکبار در روز برای ۲ هفته اول، سپس

۳۰ میلی گرم یکبار در روز برای هفته های ۳ و ۴ و ۲۰ میلی گرم یکبار در روز برای هفته های ۵ و ۶ و ۱۵ میلی گرم یکبار در روز برای هفته های ۷ و ۸ و ۱۰ میلی گرم یکبار در روز برای هفته های ۹ و ۱۰، و ۵ میلی گرم یکبار در روز برای هفته های ۱۱ و ۱۲

در صورت درد عصبی شدید و یا فلج حرکتی ناگهانی، توصیه می شود که با حداکثر دوز (۶۰ میلی گرم در روز) درمان شروع شده و سپس همان طور که در بالا نشان داده شده است، به تدریج دوز دارو را کاهش داده و قطع کنید ۵ تا ۱۰ میلی گرم هر ۲ هفته). به علاوه، مهم است که با استفاده از یک آتل بالشتک دار یا هر وسیله مناسب دیگری مفصل یا مفاصل نزدیک عصب آسیب دیده را تا برطرف شدن نشانه های بی حرکت نگه داریم تا به این ترتیب عصب و اندام آسیب دیده در حالت استراحت باقی بماند، درد و تورم کاهش یابد و از افزایش آسیب عصبی جلوگیری شود.

در واکنش بازگشتی شدید که به درمان با پردنیزولون بعد از هفته پا سخ ندهد و یا در هر زمانی بدتر شدن علائم را نشان دهد بیمار باید به نزدیکترین مراکز ارجاعی فرستاده شود.

[Type here]

واکنش های بازگشتی گاهی ممکن است پس از اتمام درمان اتفاق بیافتند درمان این بیماران نیز مشابه موارد ذکر شده در بالا است. در چنین مواردی باید به بیماران اطمینان داد که بروز واکنش به معنی عود بیماری نیست

واکنش ENL (اریتما ندوزوم لپروزوم) یا واکنش نوع ۲ ENL

نوع دیگری از واکنش است و فقط در موارد MB روی می دهد.

تظاهرات اصلی آن عبارتند از:

ندولهای پوستی قرمز حساس

تب، درد مفصل و بی حالی

گاهی اوقات تورم و دردناک شدن اعصاب

گرفتاری چشم ممکن است اتفاق بیافتد.

درمان واکنش ENL

- برای واکنشهای خفیف استراحت در بستر و تجویز آسپیرین و استامینوفن کافی هستند.
- زمانی که گرفتاری عصبی وجود داشته باشد، درمان با پردنیزولون را باید، بلافاصله به همان صورتی که در واکنش بازگشتی شرح داده شد شروع نمود. استراحت در بستر و حرکت ندادن عصب، مبتلا، میزان آسیب به اعصاب را به حداقل خواهد رساند.
- در واکنشهای ENL شدید که بعد از ۴ هفته به درمان جواب نمی دهد یا هر زمانی که بدتر شدن علائم را نشان دهند، باید درمان عوارض بیمار را به نزدیکترین مرکز ارجاعی که داروهای دیگری ممکن است استفاده شود فرستاد.
- بیماران ممکن است طی واکنش ENL با مشکلات چشمی مراجعه کنند. این مشکل عموماً ابریدو سیکلیت نامیده می شود و ساختمانهای داخلی چشم را مبتلا می کند.
- تظاهرات اصلی عبارتند از درد سرخی و ریزش اشک از چشم که موارد خفیف ممکن است در خود مرکز با آتروپین موضعی و پمادها و قطره های چشمی استروئید درمان شوند. موارد شدیدتر باید به نزدیکترین بیمارستان ارجاع شوند.
- در طی واکنش ENL MDT را بدون وقفه همزمان با درمان واکنش ادامه دهید.

[Type here]

بیمارانی که در معرض خطر ایجاد آسیب عصبی هستند

بیمارانی که برای تشخیص دیر مراجعه می کنند و با MDT درمان نمی شوند، احتمالاً معرض خطر بالای ایجاد آسیب عصبی قرار دارند.

اگرچه سایر بیماران، جذامی به ویژه آنها که دچار واکنشهای برگشتی شده اند یا بیمارانی که ضایعات متعدد پوستی و یا عصب ضخیم شده و حساس دارند نیز در معرض آسیب هستند.

چگونه آسیب عصبی را کشف کنیم؟

آسیب عصبی به طور عمده با درد عصب از دست دادن حس و

ضعف عضلانی نمودار می شود بیمار اولین کسی است که متوجه

هرگونه تغییر در حس یا قدرت عضلات میشود.

او ممکن است با شکایاتی از درد عصب یا با تاولها و زخمهای بدون درد یا فقط با منطقه ای که حس خود را از دست داده است مراجعه نماید.

وی همچنین ممکن است در انجام وظایف ساده مانند بستن دکمه پیراهن نگه داشتن قلم در دست یا بلند کردن اشیای کوچک و یا در قدم زدن مشکل داشته باشد تمام این شکایتها باید به وسیله گرفتن شرح حال دقیق درباره ماهیت و مدت شکایت بررسی شوند؛ زیرا درمان فوری میتواند آنها را اصلاح و یا حداقل از آسیب بیشتر جلوگیری کند.

پیشگیری از معلولیتها.

در صورت وجود بی حسی اقدامهای ساده ای را میتوان به بیماران آموخت تا بتوانند در مقابل آسیبها از خود محافظت نمایند. برخی از این مثالها عبارتند از استفاده از کفش برای محافظت از پاهای بی حس استفاده از دستکش هنگام کار با وسایل داغ و تیز و استفاده از عینک محافظ جهت محافظت چشمها در مقابل گرد و خاک. اگرچه معلولیت های مزمن

[Type here]

و جا افتاده را به ندرت می توان بهبود بخشید اما ثابت شده است که تمرین ساده روزانه در حفظ نرمی، پوست حرکت مفاصل و بازگشت قدرت عضلانی درموردی از فلج های جزئی مؤثر است.

راه حل پیشگیری از معلولیت عبارت است از تغییر سریع بیماران با توجه به فعالیتهای ویژه در زندگی روزمره آنها این وظیفه با برقراری رابطه خوب با بیماران و اعضای خانواده آنان انجام میشود به طوری که بیماران مشکل دار سریعاً به مرکز بهداشتی درمانی گزارش خواهند شد.

بهترین راه پیشگیری از معلولیت عبارت است از: تشخیص فوری و درمان سریع جذام با MDT

مرحله بعد:

شناسایی علائم و نشانههای واکنشهای جذام همراه با درگیری عصبی و

شروع سریع درمان با پردنیزولون

درجه بندی معلولتها

دستها و پاها

درجه صفر بی حسی آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده وجود ندارد.

درجه یک بی حسی وجود دارد اما آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده ای وجود ندارد.

درجه دو آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده وجود دارد.

دست و پا باید جداگانه ارزیابی و درجه بندی شود.

چشم ها

درجه صفر: اختلال چشمی به علت جذام وجود ندارد. شواهدی دال بر از دست دادن بینایی وجود ندارد

درجه یک: اختلال چشمی وجود دارد اما میزان دید بیمار زیاد تغییر نکرده است دید بیمار در حد ۶۰/۶ یا بهتر است و می تواند انگشتان را از فاصله ۶ متری بشمارد.

درجه دو: اختلال بینایی شدید دید بیمار کمتر از ۶۰/۶ ناتوانی در شمردن انگشتان از فاصله ۶ متری)،

لاگو فتالموس افتادگی پلک ایریدوسیکلitis (التهاب

عنیه و اجسام مژگانی) و کدورت قرنیه.

[Type here]

هر چشم باید به طور جداگانه ارزیابی و طبقه بندی شود.

در هرگونه معلولیتی باید به علل دیگری به جز جذام نیز توجه داشت وجود این معلولیتها در درجه بندی جذام در نظر گرفته نمیشود.

درجه بندی کلی بیمار

لازم است اطلاعاتی در زمینه میزان کلی ناتوانی بیمار تهیه شود.

در چنین مواردی بالاترین درجه ناتوانی ناشی از جذام برای هر عضو باید به عنوان درجه کلی ناتوانی بیمار در نظر گرفته شود.

مشکلات شایع و اقدامهایی که باید انجام گیرد

تشخیص: اگر فردی علائم زیر را دارد:

مشکل	اقدامهایی که باید انجام گیرد
— لکه پوستی مطابق با جذام بدون شواهد دیگر، یا	جهت تأیید یا دیگر اقدامهای تشخیصی ارجاع نمایند
— بیحسی در پوست بدون لکه یا شواهد دیگر، یا	
— کلفتی عصب بدون شواهد دیگر	

طبقه بندی

مشکل	اقدامهایی که باید انجام گیرد
اگر مورد تشخیص داده شده بیش از پنج لکه پوستی دارد.	به عنوان پریاسیل طبقه بندی و درمان نمایند.
اگر مورد تشخیص داده شده دو تا پنج لکه پوستی دارد.	به عنوان کم یاسیل طبقه بندی و درمان نمایند.
اگر مورد تشخیص داده شده فقط یک لکه پوستی دارد.	تشخیص را تأیید و به عنوان SLPB طبقه بندی و درمان کنید.

درمان

مشکل	اقدامهایی که باید انجام گیرد
بیمار از خشکی پوست شکایت می کند	به بیمار آموزش دهید که قسمت های مبتلا را مرتب در آب

[Type here]

قراردهد و از وازلین استفاده نماید.	بیمار از مصرف کلوفازیمین به علت تغییر رنگ پوست امتناع می کند.
توضیح دهید که تغییر رنگ پوست طی چند ماه پس از اتمام درمان با MDT برطرف خواهد شد.	اگر بیمار با بیماری های شدیدی نظیر یرقان، ثورات پوستی، کم خونی یا دیگر اختلالات سیستمیک مراجعه نماید.
امکان دارد که واکنش آلرژیک شدید به داپسون یا ریفامپسین داشته باشد. درمان را قطع و فوری بیمار را به بیمارستان ارجاع دهید.	اگر بیماری را به عنوان جذامی تشخیص داده اید که همزمان از بیماری کتله یا کیدی شدید رنج می برد.
به منظور بررسی ها و درمان مناسب از جمله درمان جذام به بیمارستان ارجاع دهید.	بیماری که سل دارد، به عنوان جذامی تشخیص داده شده است.
درمان سل را انجام دهید و رژیم MDT مناسب را شروع نمایید، ریفامپسین را طبق دوز استاندارد برای معالجه سل به کار ببرید.	زن بارداری که به عنوان جذامی تشخیص داده شده است.
رژیم مناسب MDT را شروع کنید. MDT برای کودک و مادر بی خطر تلقی می شود.	بیماری که به علت عوارض جانی شدید یک یا چند دارو، قادر به مصرف MDT نیست.
در صورت لزوم، بیمار را به یک مرکز ارجاعی برای بررسی و درمان جایگزین بفرستید.	

واکنش های جذام

مشکل	اقدام هایی که باید انجام گیرد
بیماری که با اعصاب متورم و بسیار دردناک و حساس مراجعه می نماید و از ضعف عضلات شکایت دارد.	این یک مورد توریت حاد است. با داروهای ضد درد و پردنیزولون درمان کنید. به اندام مبتلا استراحت بدهید. اگر امکانات کافی ندارید به بیمارستان ارجاع دهید.
بیماری با توریت حاد که بعد از ۴ هفته مصرف پردنیزولون، بهبود رضایت بخشی را نشان نداده است.	بیمار را به بیمارستان ارجاع دهید.
بیماری مبتلا به درد عصبی مزمن و غیر قابل درمان همراه با قلع ثابت شده.	به بیمارستان ارجاع دهید.

مراقبت از چشم ها

مشکل	اقدام هایی که باید انجام گیرد
بیمار زخم قرنیه دارد.	پماد آنتی بیوتیک استفاده نماید، چشم ها را بپوشانید و ارجاع دهید.

بیمار مبتلا به کدورت عدسی ها (کاتاراکت)	ارجاع دهید.
تغییر ناگهانی در حدت بینایی	ارجاع دهید.
بیمار نمی تواند پلک های چشم خود را به خوبی ببندد (لاگوپتالموس)	اگر ضایعه حاد بوده و یا این که اخیراً به وجود آمده باشد (کمتر از ۶ ماه) با یک دوره پردنیزولون درمان کنید؛ آموزش دهید که پلک های خود را تمرین دهد، توصیه کنید که از عینک دودی استفاده نماید، توصیه کنید که از پمادهای چشمی برای جلوگیری از خشکی چشم استفاده کند. اگر این وضعیت به مدت طولانی ادامه یافت، ارجاع دهید.
بیمار با قرمزی چشم، تاری دید، ترشح و فتوفوبی مراجعه می نماید (ایریدوسیکلیت حاد)	این عارضه بعضی اوقات به عنوان قسمتی از واکنش ENL اضافی می افتد. آسپرین بدهید، قطره آتروپین ۱٪ و پماد استروئید به کار ببرید، چشم ها را بپوشانید و ارجاع دهید.

[Type here]

مراقبت از دست‌ها

مشکل	اقدام‌هایی که باید انجام گیرد
بیمار مبتلا به آسیب دست‌ها	زخم را تمیز و پانسمان کنید. قسمت آسیب‌دیده را با آتل ساده بی‌حرکت نموده و به بیمار توصیه کنید استراحت نماید. چگونگی محافظت از دست‌ها را آموزش دهید.
بیماران مبتلا به قیسورها و ترک‌های خشک	به بیمار خمیر کردن دست‌ها و مصرف منظم وازلین را آموزش دهید.
بیمار مبتلا به مفاصل خشک	نرمش‌های دست و مفاصل را آموزش داده و توصیه نمایید که با وازلین ماساژ دهد.
بیمار مبتلا به آسیب‌های سوختگی به علت صدمات آشپزخانه	محل سوختگی را پانسمان کنید. توصیه کنید که از دستکش و از ظرف‌هایی با دسته چوبی استفاده کنند.

مراقبت از پاها

مشکل	اقدام‌هایی که باید انجام گیرد
اگر بیماری به‌طور ناگهانی دچار افتادگی پا (foot drop) شد	استراحت توصیه‌نمایید. یک دوره کامل پردنیزولون بدهید و اگر بهبود نیافت، ارجاع دهید.
بیماری مبتلا به افتادگی پا که بعد از ۶ ماه بهبود نیافته است	ارجاع دهید.
بیماری مبتلا به پاهای متورم و گرم همراه با تب	ارجاع دهید.
بیمار مبتلا به ترک‌خوردگی و خشکی پاها	به بیمار خمیر کردن پاها و مصرف منظم وازلین را آموزش دهید.
بیمار مبتلا به تاول‌هایی در کف پا و لای انگشتان	تاول را با پارچه تمیز و باندهای پنبه پانسمان کنید. به بیمار استراحت و بالا نگه داشتن اندام را توصیه کنید. در صورت نیاز می‌تواند از عصا استفاده کند.
بیماران مبتلا به زخم‌های کم‌عمق یا عمیق بدون ترشح	زخم را با آب و صابون تمیز کنید و پس از ضدعفونی، زخم‌ها را بپوشانید. استراحت و استفاده از کفش مناسب را توصیه کنید.
بیمار با زخم عمیق همراه با ترشح	زخم را تمیز نمایید. از پانسمان ضدعفونی استفاده کنید. توصیه‌نمایید استراحت کند. اگر در طی ۴ هفته بهبودی حاصل نشد، ارجاع دهید.

هدف اصلی این است که داروهای MDT در دسترس تمام بیماران منطقه قرار گیرد تمام مراکز بهداشتی درمانی موجود باید قادر به ارائه این خدمات به بیماران در منطقه تحت پوشش خود باشند.

وقتی که خدمات MDT در دسترس قرار گرفت و جامعه آگاه شد اکثر بیماران جدید و قدیم خود به مرکز بهداشتی مراجعه خواهند نمود.

مرحله ۱: به روز نمودن موارد ثبت شده

[Type here]

این امر مستلزم بازبینی تمام موارد ثبت شده برای درمان است تا به این ترتیب مواردی که به علت مرگ یا مهاجرت حذف شده اند از لیست خارج شوند مواقعی که اطلاعاتی در این زمینه وجود ندارد باید از منازل بیمارانی که در طی ۱۲ ماه گذشته یا بیشتر مراجعه نکرده اند بازدید به عمل آید.

مرحله ۲: غربالگری بیماران

تمام بیماران ثبت شده باید معاینه شوند و از نظر نیاز به MDT ارزیابی گردند. تمام بیمارانی که قبلاً با داپسون معالجه شده اند به عنوان پرباسیل طبقه بندی شده اند باید برای دریافت یک دوره درمان چند دارویی نوع پرباسیل مشخص شوند. تمام بیماران کم باسیل باید از نظر وجود ضایعات فعال ارزیابی شوند و در صورت نداشتن ضایعه فعالی از موارد ثبت شده حذف بهبود یافته محسوب گردند. در صورت هرگونه تردید، تمام بیمارانی را که با داپسون معالجه شده اند با رژیم مناسب درمان نمایید

مرحله ۳: انتخاب رژیم MDT

تمام بیمارانی که به عنوان پرباسیل طبقه بندی شده اند باید رژیم درمانی MDT برای MB را دریافت نمایند و بیماران کم باسیل هم رژیم درمانی MDT برای بیماران PB را مصرف نمایند. اگر موارد جدید تشخیص داده شد آنها نیز باید بر اساس طبقه بندی بالینی، بیماری رژیم MDT مناسب را دریافت نمایند. از آن جمله اختصاص یک دوز از ROM برای بیماران SLPB است.

مرحله ۴ تهیه دفتر ثبت درمان

دفتر ثبت درمان باید حاوی نامهای تمام بیمارانی باشد که نیاز به درمان با MDT دارند علاوه بر نام، بیماران باید طبقه بندی جذام، تاریخ ماه شروع MDT، ۶ یا ۱۲ ستون برای دوزهای ماهانه برای PB و MB شامل ستونی برای درمان SLPB و ستونی برای توضیحات وجود داشته باشد ثبت جداگانه بیماران پرباسیل و کم باسیل ممکن است آسانتر باشد این دفاتر هر ماه بازبینی شوند تا بیمارانی که تعداد دوزهای مورد نیاز خود را به طور کامل دریافت نموده اند (۶) از ۹ ماه برای PB و ۱۲ از ۱۸ ماه برای MB باید بلافاصله به عنوان بهبود یافته از موارد ثبت شده حذف گردند. ستون توضیحات را میتوان برای شرح هرگونه حادثه غیر معمول از قبیل واکنشهای جذام عوارض جانبی و غیره مورد استفاده قرار داد.

مرحله ۵ ارائه MDT به بیماران

جامعه را درباره فراهم بودن خدمات MDT آگاه نمایید؛

درباره قابل درمان بودن جذام با MDT تبلیغ کنید؛

به مردم اطلاع دهید که درمان جذام رایگان است؛

درمان مناسب را در اولین فرصت ممکن شروع کنید؛

درباره درمان روزانه و ماهانه و طول مدت درمان توضیح دهید؛

به بیمار مقادیر کافی دارو بدهید تا زمان مراجعه بعدی دارو داشته باشد؛

درباره عوارض جانبی داروها توضیح دهید و از آنها بخواهید که در صورت لزوم بی درنگ مراجعه نمایند.

هر بیمار جذامی که در منطقه شما زندگی میکند و نیاز به درمان دارد باید با رژیم MDT درمان شود.

مرحله ۶ مدیریت تدارک MDT

۱- تخمین نیازهای MDT در حال حاضر برای تمام بیماران MDT در بسته های خاص در دسترس است هر بسته

حاوی ۴ هفته دارو برای رژیم MB یا PB و دوز بزرگسال ROM شامل دو بسته و دوز کودکان شامل یک بسته است.

تخمین باید حداقل شامل ۶ ماه MDT باشد برای

(i) تعداد موارد ثبت شده بیماران MB و PB، به علاوه

(i) تعداد تخمینی بیماران MB، PB و SLPB جدید که احتمالاً در ۶ ماه آینده کشف خواهند شد، به علاوه

(ii) ۱۰ درصد اضافی برای پوشش دادن به ضایعات دارو، کمبود و تقاضاهای خارجی.

۲-تدارک:

بهتر است که داروهای جدید را از مدتی قبل سفارش داد. وجود مقداری ذخیره اضافی مفید است تا در صورت

تأخیر در رسیدن داروهای جدید از آنها استفاده شود. مقدار دارویی که به عنوان ذخیره نگهداری می‌کند به

ارتباطها و امکانات حمل و نقل موجود در منطقه بستگی دارد. همیشه ذخیره دارویی را با بخشی از داروهای تازه

جایگزین کنید و از داروهای قدیمی استفاده نمایید تمام مراکز بهداشت در یک

[Type here]

کشور اندمیک باید داروهای MDT را موجود داشته باشند، حتی آنهایی که تاکنون مورد ثبت شده از جذام نداشته اند.

۳- نگهداری:

داروهای MDT تهیه شده به صورت بسته های آماده به خوبی محافظت شده هستند اما این بسته ها را در جعبه چوبی یا قفسه نگه داری نمایید.

۴- نیم عمر قفسه ای Shelf life:

نیم عمر قفسه ای برای بسته های آماده MDT یا داروهای باز حدود ۳ سال است. این موضوع معمولاً به وسیله کارخانه سازنده روی بسته ها مشخص شده است. از داروهایی که تاریخ مصرف آنها گذشته است استفاده نکنید. ۵ دفتر ثبت تهیه: یک دفتر ثبت ساده برای داروهای رسیده و توزیع شده و داروهای موجود اهمیت بسیاری دارد. تدارک منظم و بدون وقفه داروها در برنامه های MDT اهمیت بسیار دارد.

وضعیت های ویژه و راه حلها

هدف اصلی برنامه باید گسترش خدمات MDT به تمام بیماران باشد. ارائه این خدمات به اکثر بیماران نسبتاً ساده خواهد بود ولی ممکن است برای بعضی بیماران به علت دوری مشکلات اجتماعی، روش متفاوت، زندگی یا به علت نبود اعتماد به خدمات چنین کاری مشکل باشد. برخی از این مشکلات تاکنون مورد بررسی قرار گرفته اند ولی تهیه فهرستی از تمام مشکلات و ارائه راه حل برای آنها ممکن نیست؛ زیرا این مشکلات به موقعیت محلی بستگی دارند و از بیماری تا بیمار دیگر متفاوت هستند. با این حال در گفتگو با بیمار خانواده و جامعه او رویکردهای نو و قابل انعطاف ممکن است برای حل اکثر مشکلات یافت شوند.

[Type here]

مشکل	اقدامی که باید انجام شود
بسته‌های مخصوص MDT برای کودکان در دسترس نیست	از بسته‌های مخصوص بزرگسالان قرص‌ها را برداشته و با دوز مناسب به بیمار بدهید، برای والدین توضیح دهید.
قرص‌ها آسیب‌دیده یا تغییر رنگ داده‌اند یا کپسول‌ها پاره شده‌اند	از داروهای آسیب‌دیده استفاده نکنید، از بسته جدیدی استفاده کنید.
تاریخ مصرف دارو گذشته است	آن را استفاده نکرده و از بسته جدیدی استفاده کنید.
کمبود دارو	با ذخیره کافی و سفارش از قبل از چنین وضعیتی اجتناب نمایید. از نزدیک‌ترین مرکز جهت تدارک موقت درخواست دارو نمایید.
بیماران در مناطقی زندگی می‌کنند که دسترسی به آن‌ها مشکل است	از محل بازدید کنید و بیماران را ارزیابی نمایید. چگونگی استفاده از MDT را توضیح داده و یک دوره کامل رژیم درمانی به آن‌ها بدهید. از اعضای خانواده یا جامعه او بخواهید که نظارت نمایند.
مرکز بهداشتی درمانی در فصل بارندگی تعطیل است	به تمام بیماران داروی کافی برای پوشش این دوره زمانی بدهید.

داروهای ویژه

حداقل یک داروی ویژه یعنی پردنیزولون که از عهده درمان واکنشها برآید مورد نیاز خواهد بود برای یک دوره درمان که در صفحه ۴۷ پیشنهاد شده است نیاز به ۳۳۶ قرص پردنیزولون ۵ میلی گرم خواهید داشت برای شروع به ازای ۱۰۰ بیمار، ذخیره ای معادل ۲۰۰۰ قرص میتواند کافی باشد.

ارزیابی پیشرفت اجرای MDT

تعدادی از شاخصها:

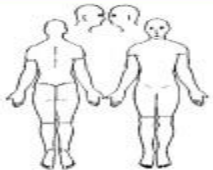
پوشش (MDT) (بیماران) عبارت است از نسبت بیمارانی که MDT دریافت مینمایند به کل بیماران ثبت شده در هر زمان معین این شاخص معمولاً به صورت درصد بیان می شود.

بهبودیافته با MDT عبارت است از تعداد تجمعی بیمارانی که از شروع اجرای برنامه به طور کامل با MDT درمان شده اند. این شاخص به صورت اعداد مطلق بیان می شود.

[Type here]

موارد غایب این شاخص عبارت است از تعداد مطلق بیمارانی که به عنوان غایب از دفتر ثبت موارد درمان حذف شده اند (یعنی ۱۲ ماه متوالی MDT دریافت نکرده اند در یک دوره زمانی مشخص).

مصرف داروهای MDT عبارت است از نسبت بسته های دارویی مصرف شده در طی مدت زمان معین به کل داروهای دریافتی در همان زمان

کارت بیمار		(نمونه)	
اطلاعات شناسایی: (نام، آدرس، سن و غیره)			
	تعداد ضایعات پوستی		
	آزمایش باکتریولوژی		انجام نشده
	نتیجه		
	طبقه بندی		SLPB PB MB
	تاریخ کشف		
تاریخ شروع MDT			

درمان								
						۱	مقدار مصرف	
						SLPB	تاریخ	
		۶	۵	۴	۳	۲	۱	مقدار مصرف
PB								تاریخ
		۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	مقدار مصرف
MB								تاریخ

		تاریخ بهبودی	
با معلولیت درجه ۲	بدون معلولیت درجه ۲	بهبود یافته	