

راهنمای حذف جدام

به عنوان یک مشکل بهداشتی

سازمان جهانی بهداشت

۱۹۹۷ میلادی

راهنمای حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی / [سازمان جهانی بهداشت]؛ مترجمان: شهرام مجدی، عبدالحمید انگیزه؛ ویرایش و بازبینی: اسماعیل صائبی، غلامرضا خزاعی، مهشید ناصحی، الهه محمودی مقدم، غلامرضا بختیاری؛ برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها. — تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳، ۶۴ ص.

ISBN: 964-359-135-2

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیپا.

A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem

عنوان اصلی:

Second Edition 1997

۱. جذام - پیشگیری. ۲. جذام - درمان. الف. مجدی، شهرام . . . - ب. سازمان جهانی بهداشت ج. ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز مدیریت بیماری‌ها.

۶۱۶/۹۹۸

RC ۱۵۴ / ۸ت

م ۸۳-۹۰۵

کتابخانه ملی ایران



۸۵۵۳۴۰۳ و ۸۵۵۳۴۲۹

دورنگار: ۸۷۱۳۶۵۳

مرکز مدیریت بیماری‌ها

راهنمای حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی

سازمان جهانی بهداشت

مترجمان: دکتر شهرام مجدی، عبدالحمید انگیزه

ویرایش و بازبینی: دکتر اسماعیل صائبی، دکتر غلامرضا خزاعی، دکتر مهشید ناصحی،

الهه محمودی مقدم، غلامرضا بختیاری

خدمات چاپ و نشر: مرکز نشر صدا

طرح روی جلد: هومن مردان‌پور

صفحه‌آرا: نرجس صادق‌زاده

نوبت چاپ: اول (۱۳۸۳)

تعداد: ۵۰۰۰ نسخه

سراغاز

«این کتاب برای مرکز مدیریت بیماری‌های عفونی و تناسلی است.»

مرکز مدیریت بیماری‌های کشور که مسئولیت تدوین راهنماهای علمی عملیاتی کشور را به‌عهده دارد، در راستای وظایف سنگین خود در جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، ناگزیر است از سیستم‌های مراقبت اپیدمیولوژیک، پیشگیری اپیدمیولوژیک، گزارش‌دهی، همه‌گیری‌شناختی، آموزش، مشاوره، پروفیلاکسی‌های گوناگون، شناخت عوامل، شناخت میزبان و شناخت محیط بهره‌گیرد. این مرکز در مسیر حرکت خود، به عشق و فداکاری انسان‌های علاقه‌مند، به علم و دانش اساتید دلسوز، به خرد و اندیشه عارفانه محققان خاموش و پرکار، به عمل هنرمندانه عواملان بی‌تکلف و تلاش کارشناسان زبده همواره وابسته است.

مجموعه حاضر تحت عنوان *راهنمای حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی* به‌منظور توانمندسازی کارکنان بهداشتی کشورهای آندمیک جذام، برای مشارکت در وظیفه خطیر و شناخته‌شده دستیابی تمام بیماران مجذوم به روش درمانی MDT و نیل به هدف حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی همگانی است.

مرکز مدیریت بیماری‌ها از نقطه‌نظرها، پیشنهادها و انتقادهای تمام صاحب‌نظران و تمام دست‌اندرکاران آموزشی، پژوهشی و اجرایی امور بهداشتی‌درمانی استقبال می‌کند؛ بنابراین خواهشمند است این مرکز را در جهت بهبود کیفی متون عملی و پژوهشی یاری‌فرمایید.

«دکتر محمد مهدی گویا»

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها

سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷ میلادی

این نشریه از اسناد رسمی سازمان جهانی بهداشت نیست و تمام حقوق برای سازمان محفوظ است. بررسی، خلاصه کردن، ترجمه و تکثیر تمام یا قسمتی از این نشریه به شرط اینکه برای فروش یا اهداف تجاری نباشد امکان پذیر است. مسئولیت نقطه نظرهای طرح شده در این نشریه برعهده نویسندگان آن است.

چاپ اول، ۱۹۹۵ میلادی

ترجمه: دکتر شهرام مجدی (کارشناس جذام)
عبدالحمید انگیزه (کارشناس جذام)

چاپ دوم، ۱۹۹۷ میلادی

ویرایش و بازبینی: دکتر اسماعیل صائبی (فوق تخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری)
دکتر غلامرضا خزاعی (متخصص پوست)
دکتر مهشید ناصحی (رئیس اداره سل و جذام)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	مقدمه‌ای بر چاپ دوم
۹	بیماری جذام
۹	اهمیت مسئله
۱۱	وضعیت گذشته
۱۱	وضعیت کنونی
۱۲	آغاز درمان چنددارویی (MDT)
۱۴	حذف جذام
۱۵	استراتژی حذف
۱۶	ارکان ضروری استراتژی
۱۹	تشخیص جذام
۱۹	تشخیص
۱۹	علائم اصلی جذام
۲۱	معاینه‌های بالینی
۲۲	مورد مشکوک
۲۳	طبقه‌بندی جذام
۲۶	بررسی باکتریولوژیک

۲۹	سازماندهی خدمات تشخیص
۲۹	فراهم نمودن خدمات بهداشتی مؤثر
۳۰	چگونه هوشیاری جامعه را افزایش دهیم؟
۳۱	چه کسی احتمال دارد به مرکز بهداشتی درمانی گزارش شود؟
<hr/>	
۳۳	درمان جذام
۳۳	داروهای MDT
۳۷	یک روش امکان پذیر برای درمان جذام کمباسیل تکضایعه به صورت دوز واحد
۳۷	احتیاط‌های کلی برای داروهای MDT
۳۸	مراحل شروع MDT برای بیمار
صفحه	عنوان
۳۹	تکمیل درمان و بهبودی
۴۰	اقدام‌های تدبیری موارد غایب
۴۲	بیمارانی که نیازهای ویژه دارند
<hr/>	
۴۵	درمان عوارض
۴۵	واکنش‌های جذام
<hr/>	
۵۱	مراقبت از بیمار و فعالیت‌های ارجاعی برای پیشگیری و درمان معلولیت
۵۱	بیمارانی که در معرض خطر ایجاد آسیب عصبی هستند
۵۱	چگونه آسیب عصبی را کشف کنیم؟
۵۲	پیشگیری از معلولیت‌ها
۵۴	مشکلات شایع و اقدام‌هایی که باید انجام گیرد
<hr/>	
۵۷	سازماندهی خدمات MDT
۶۱	ارزیابی پیشرفت اجرای MDT
۶۳	کارت بیمار(نمونه)
۶۴	Selected reading material

مقدمه‌ای بر چاپ دوم

هرگز به ذهن ما نمی‌رسید که روزی بشر جذام را مغلوب نماید. با این‌که بیماری تعداد زیادی از مردم را مبتلا می‌سازد، ولی در حال حاضر امکان حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی وجود دارد. به‌دنبال کاربرد ترکیب داروهای ضد جذام که به نام رژیم چندارویی (MDT) شناخته می‌شود، در سال ۱۹۹۱، مجمع جهانی بهداشت مصمم به «حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی تا سال ۲۰۰۰» گردید. پس از آن سازمان جهانی بهداشت خط‌مشی کلی اجرای استراتژی حذف جذام را بیان نمود و از آن زمان عملاً تمام کشورهای آندمیک برنامه‌های حذف بیماری را در دست اجرا دارند. تأکید اصلی استراتژی حذف جذام بنا به توصیه سازمان جهانی بهداشت «قراردادن MDT در دسترس تمام بیماران» از جمله افرادی که در مکان‌ها و جمعیت‌های دور از دسترس زندگی می‌کنند است.

هدف از این راهنما توانمندسازی کارکنان بهداشتی، کشورهای آندمیک جذام برای مشارکت در وظیفه خطیر و شناخته‌شده، دستیابی تمام بیماران مجزوم به روش درمانی MDT و نیل به هدف حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشت همگانی است. اگرچه 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 به‌عهده دارند. این جزوه می‌تواند به‌صورت خودآموز و نیز متن آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. هدف این راهنما ارائه تصویر روشنی از نیازهای اجرایی برنامه MDT و نیل به حذف جذام است. این نشریه تمام جنبه‌های بیماری جذام را دربرمی‌گیرد و به‌طور مسلم به‌عنوان جایگزین یک کتاب درسی و مرجع مطرح نیست. صرفاً مفاهیم اصلی مورد بحث قرار گرفته و جزئیاتی از فعالیت‌های لازم‌الاجرا از جمله مراحل عملیاتی ذکر شده‌است. جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به منابع مندرج در آخر جزوه مراجعه‌نمایید.

دکتر اس.کی.نوردین

مسئول برنامه اجرایی حذف جذام

سازمان جهانی بهداشت – ژنو

بیماری جذام

جذام یک بیماری عفونی مزمن است که توسط باسیل اسید فاست و میله‌ای شکل مایکوباکتریوم لپرا ایجاد می‌شود. این بیماری بیشتر پوست، اعصاب محیطی، مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و نیز چشم‌ها را گرفتار می‌کند، ولی اعضای دیگر نیز گرفتار می‌شوند.

از زمان‌های خیلی قدیم جذام انسان را رنج داده‌است. زمانی این بیماری تمام قاره‌ها را درگیر کرده بود و تصویر وحشتناکی از نقص عضو و طرد شدن از اجتماع را در ذهن بشر و تاریخ به جا گذاشته‌است.

اپیدمیولوژی: برخی حقایق

- ◀ جذام می‌تواند هر دو جنس را در تمام سنین مبتلا سازد.
- ◀ بیماری دورهٔ 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 به‌طور مستقیم از انسان به انسان سرایت می‌کند، ولی نیاز به دورهٔ تماس طولانی دارد و فقط نسبت کمی از مردم به آن مبتلا می‌شوند.
- ◀ سرایت جذام از یک شخص درمان‌نشده 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 شناخته‌شده در تمدن‌های چین، مصر و هندوستان بوده‌است. تعداد افرادی که در طی هزاران سال از ناتوانی‌های جسمی و تغییر شکل‌های غیرقابل علاج آن رنج برده‌اند قابل محاسبه نیست. از زمان‌های دور، جذام یک بیماری لاعلاج، علیل‌کننده و مسری قلمداد می‌شده‌است. این مسائل به واکنش‌های شدیدی از سوی جامعه منجرشده و افراد مبتلا بیشتر از خود بیماری از این عکس‌العمل‌ها 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 یکصد میلیون نفر انسان در کشورهای زندگی می‌کردند که شیوع بیماری در آن‌ها بیشتر از یک مورد در ده‌هزار نفر جمعیت بوده‌است.

برآورد می‌شود در سال ۱۹۹۷ بین یک تا دو میلیون نفر در دنیا وجود داشته‌باشند که از معلولیت‌های آشکار و غیرقابل برگشت ناشی از جذام رنج می‌برند و این افراد نیازمند مراقبت توسط جامعه‌ای هستند که در آن زندگی می‌کنند. سیمای اجتماعی جذام در طی دهه‌های اخیر تغییر کرده‌است و به این بیماری بیشتر از پیش همانند سایر مشکلات بهداشت عمومی نگریسته می‌شود، و بیماران به‌طور فزاینده‌ای در سرویس‌های خدمات بهداشت عمومی تحت درمان قرار می‌گیرند. تمام کشورها به‌طور رسمی کلینیک‌های سرپایی را به‌عنوان پایه‌ی درمان جذام پذیرفته‌اند و آسایشگاه‌های قدیمی و ننگ‌آور جذام را از دور خارج کرده‌اند.

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

وضعیت گذشته

هنگامی که در سال ۱۸۷۳، میکوباکتریوم لپرا توسط جی.ای. هانسن کشف گردید، اولین باکتری مولد بیماری در انسان محسوب می‌شد که شناسایی شده بود. اما معالجهٔ بیماران بعد از کشف داپسون و مشتقات آن در اواخر دههٔ ۱۹۴۰ میسر گردید. این کشف، انقلابی در کنترل جذام ایجاد کرده؛ زیرا درمان بیماران به‌صورت سرپایی مقدور شد و دیگر نیازی به جداسازی ننگ‌آور بیماران نبود. به‌تدریج مقاومت باسیل جذام در مقابل داپسون ظاهر گردید و گسترش یافت. بهبودی بیماران به‌کندی صورت می‌گرفت و دورهٔ معالجه بسیار طولانی شد و نتیجه این‌که آن‌ها به حضور نامنظم و عدم پذیرش درمان متمایل شدند. بنابراین موفقیت درمان تک‌دارویی با داپسون به‌تدریج کمتر شد و کنترل بیماری اغلب ناموفق گردید.

وضعیت کنونی

۱۶ کشور در صدر کشورهای آندمیک جهان، ۹۱ درصد موارد تخمینی جذام را به خود اختصاص داده‌اند و بیش از ۸۰ درصد موارد مربوط به ۵ کشور اول است. در سال ۱۹۹۷، ۱/۱۵ 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 درصد آن‌ها با روش چنددارویی (MDT)^۱ 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 چنددارویی، عصری همراه با خوش بینی و امیدواری آغاز شد. این توصیه‌ها با حمایت مشتاقانه کشورهای آندمیک جذام، سازمان‌های دولتی و غیردولتی، مؤسسه‌های خیریه و گروه‌های حرفه‌ای همراه گردید. آنچه در ۱۰ سال گذشته غیرممکن بود با یک دوره درمان چنددارویی نسبتاً ارزان و ساده به واقعیت پیوست. درمان چنددارویی (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 می‌سازد.

شروع و گسترش MDT تغییرات چشم‌گیری در سیمای کلی جذام در تمام کشورهای آندمیک ایجاد نموده است. شیوع

تخمینی در جهان طی ۱۲ سال گذشته بیش از ۸۵ درصد کاهش داشته‌است. MDT به حدی مؤثر است که حتی وقتی توسط سرویس‌های خدمات بهداشتی با زیرساخت و منابع محدود به‌کار گرفته‌شود، تنها معدودی از بیماران دچار شکست درمانی می‌شوند. برآورد شده‌است تا سال ۱۹۹۷، MDT در مقایسه با درمان تک‌دارویی با داپسون، از حدود پانصد هزار تا یک میلیون مورد عود جلوگیری نموده‌است.

مزایای MDT

- ◀ در معالجهٔ بیماران بسیار مؤثر است
 - ◀ دورهٔ درمان را کاهش می‌دهد
 - ◀ توسط بیماران به‌خوبی پذیرفته‌می‌شود
 - ◀ کاربرد آن آسان است
 - ◀ از توسعهٔ مقاومت دارویی جلوگیری می‌کند
 - ◀ زنجیرهٔ انتقال عفونت را قطع می‌نماید، خطر عود را کاهش می‌دهد
 - ◀ از بروز معلولیت جلوگیری می‌کند
 - ◀ نگرش جامعه را بهبود می‌بخشد
- علاوه‌بر این ترکیب‌های چنددارویی به‌کار گرفته‌شده در این رژیم‌ها از بروز مقاومت دارویی جلوگیری می‌نمایند. به علت اثربخشی این رژیم‌ها و همچنین بهبودی غیرمستقیم در بیماریابی و مراقبت از بیمار، تخمین زده‌می‌شود که از پیدایش یک تا دو میلیون معلولیت جسمی پیشگیری شده‌است.
- پیام درمان‌پذیری کامل این بیماری به‌طور وسیعی گسترش یافته‌است و باعث‌شده تا وحشت عمومی از جذام و تفکر

جداسازی مبتلایان آن از جامعه رو به کاهش گذارد. در همین حال، آگاهی جامعه دربارهٔ بیماری افزایش یافته‌است و تعداد افرادی که شخصاً برای تشخیص و معالجه به مراکز بهداشتی مراجعه می‌نمایند مرتب افزایش می‌یابد. در برنامه‌هایی که به‌طور مطلوب سازماندهی شده‌اند، تعداد موارد جدید کشف‌شده در سال به‌طور مداوم کاهش یافته‌است که نشانگر تأثیر واضح MDT بر انتقال بیماری است.

حذف جذام

مبارزه علیه جذام اکنون به مرحلهٔ حساسی رسیده‌است. این مبارزه در جبهه‌های گوناگونی باید انجام‌شود. اما مانند سایر جنگ‌ها نتیجهٔ آن در میدان عمل یعنی جایی که کارکنان مبارزه با جذام زحمات سخت و طولانی را متحمل می‌شوند تعیین خواهد شد. ما با مبارزه‌ای بزرگ و فرصتی 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 شده‌اند، نیازی نخواهند داشت.

تعریف

حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشت همگانی، یعنی کاهش میزان شیوع جذام به کمتر از یک مورد در ده‌هزار نفر جمعیت.

حذف و ریشه‌کنی تا حدودی معانی متفاوتی از هم دارند. اصطلاح حذف به‌طور فزاینده‌ای برای توصیف کاهش شدید میزان شیوع بیماری به‌کار می‌رود، به‌طوری که دیگر به‌عنوان یک مشکل بهداشت همگانی مطرح نباشد. از طرف دیگر ریشه‌کنی، به قطع کامل انتقال بیماری در نتیجه از بین رفتن عامل مولد آن اطلاق می‌شود.

باید اذعان داشت با این‌که حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی تا سال ۲۰۰۰ میلادی میسر است، اما برای ریشه‌کنی آن به زمان بسیار طولانی‌تری نیاز است.

در سال ۱۹۹۱، در مجمع جهانی بهداشت اعضای منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت طی قطع‌نامه‌ای، توجه اعضا را به حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشت همگانی تا سال ۲۰۰۰ جلب کرد. در همان سال، گروه جذام WHO طرح کلی استراتژی حذف بیماری را فراهم‌نمود.

استراتژی حذف: یک رویکرد انعطاف‌پذیر

استراتژی حذف جذام برپایه رویکردی انعطاف‌پذیر 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 کرده‌اند، در حالی که در مناطق دیگر مراقبت بیماران به‌صورت خدمات بهداشتی ادغام یافته ارائه می‌شود، البته اکثراً دارای نظارت‌های تخصصی و بخش‌های ارجاعی هستند.

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.

حذف جذام زمانی حا

— MDT در تمام جویج و ر — — — — —

— تمام موارد ثبت‌شده 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 بهبودیابد؛

— 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 به‌طور گسترده اجرا نمود و به اندازه کافی انعطاف‌پذیر 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 جذام

مهم‌ترین وظیفه این عملکردها عبارتند از:

۱. ارائه خدمات بهداشتی سراسری جهت دستیابی آسان به روش درمانی MDT در تمام نواحی؛
۲. هدایت عملیات بسیج حذف جذام (LEC)^۱ در جهت پوشش کامل طرح MDT و افزایش آگاهی اجتماع درباره جذام تا مواردی که تاکنون کشف نشده‌اند، کشف و درمان شوند؛
۳. به‌کاربردن روش‌های نوین و قابل انعطاف برای ایجاد خدمات قابل دسترسی MDT برای جمعیت تحت پوشش و جوامعی که در نواحی جغرافیایی صعب‌العبور زندگی می‌کنند و یا وضعیت‌هایی که به برنامه‌ریزی خاص جهت حذف جذام (SAPEL)^۲ نیاز دارد.

1. Leprosy Elimination Campaigns(LEC)

2. Special Action Projects for the Elimination of Leprosy(SAPEL)

بسیج حذف جذام (LEC)

LEC ابتکار عملی است که به کشف موارد جدید جذام به‌خصوص انواع پرباسیل آن که تا به حال در جامعه کشف نشده‌اند، 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 شده‌اند، 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.

تشخیص جذام

یک مورد جذام، به شخصی اطلاق می‌گردد که یک یا چند مورد از موارد زیر را دارد و هنوز دوره کامل درمان را دریافت نکرده‌است:

- ◀ ضایعه یا ضایعات پوستی کم‌رنگ(هیپوپیگمانته) یا قرمز رنگ همراه با ازدست دادن مشخص حس؛
- ◀ آسیب به اعصاب محیطی که با ازدست دادن حس و ضعف ماهیچه‌های دست‌ها، پاها و یا صورت تظاهر می‌کند؛
- ◀ اسمیرهای پوستی مثبت.

تشخیص

تشخیص جذام عموماً براساس علائم و نشانه‌های بالینی است. این علائم و نشانه‌ها توسط هر کارمند بهداشتی که آموزش کوتاه‌مدتی دیده‌باشد، قابل مشاهده و شناسایی است. در عمل معمولاً افرادی که چنین شکایاتی دارند، خودشان به مراکز بهداشتی مراجعه می‌نمایند. در تعداد کمی از موارد، نیاز به آزمایشگاه و بررسی‌های 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 جدام تلقی می‌شود:

۱. ضایعه پوستی مطابق با جدام همراه با بی‌حسی مشخص
۲. اسمیرهای پوستی مثبت.

ضایعه پوستی معمولاً کم‌رنگ‌تر از پوست اطراف است و ممکن است منفرد یا متعدد باشد. گاهی اوقات ضایعه قرمز یا مسی‌رنگ است. این ضایعات ممکن است به اشکال مختلفی دیده شوند، ولی عموماً به صورت ماکول (مسطح)، پاپول (برجسته) و یا ندول هستند. بی‌حسی تظاهر تپیک جدام است، ازدست دادن حس در ضایعات پوستی را می‌توان با استفاده از سوزن و یا لمس ملایم تشخیص داد.

آسیب عصبی معمولاً در تنه‌های اعصاب محیطی یکی دیگر از خصوصیات جدام است که به صورت ازدست دادن حس در پوست و یا ضعف ماهیچه‌هایی که توسط اعصاب مبتلا عصب‌دهی می‌شوند، مشخص می‌شود. در صورتی که این علائم وجود نداشته باشند، کلفتی اعصاب به تنهایی اگر همراه با بی‌حسی یا ضعف عضلات نباشد، اغلب علامت قابل اعتمادی از جدام نیستند.

اسمیر پوستی مثبت: در نسبت کمی از موارد، در نمونه‌های گرفته شده از پوست مبتلایان، پس از رنگ‌آمیزی مناسب، باسیل میله‌ای شکل و قرمز رنگ جدام ممکن است مشاهده شود. این یافته برای بیماری جنبه تشخیصی دارد.

یک آزمایش ساده برای تشخیص

- ◀ به یک سوزن یا سنجاق نوک‌تیز 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).
- ◀ از شخص بپرسید که آیا درد را حس می‌کند.

مسئولیت اخلاقی در تشخیص جذام

به خاطر داشته‌باشید که تشخیص جذام برای خود فرد و خانواده وی یک موضوع جدی است. اگر کمترین شکی دارید، از بیان تشخیص اجتناب‌نموده و فرد را به‌عنوان مورد «مشکوک» طبقه‌بندی کنید. اطلاعاتی درباره علائم و نشانه‌های شایع بیماری به وی بدهید و از او بخواهید که ۶ ماه بعد یا در صورت بدتر شدن علائم و نشانه‌ها مجدداً مراجعه‌نماید، یا این‌که می‌توانید فرد را در صورتی که شرایط مناسب باشد به متخصص‌های دیگری ارجاع‌دهید (مثلاً متخصص پوست یا اعصاب) تا تشخیص درست بیماری قطعی شود.

معاینه‌های 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 می‌شوند و آزاردهنده نیستند؛

— درمان انجام شده در گذشته: تا در صورت نیاز به درمان اضافی، تصمیم‌گیری شود؛

— سابقه بیماری‌های 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 علامت‌گذاری شود.

— یک یا چند ضایعه پوستی مشخص باید از نظر فقدان حس آزمایش شوند.

— برای مشخص کردن کلفتی یا حساس بودن اعصاب، تنه‌های اعصاب محیطی اصلی باید لمس شوند.

— پاهای، دست‌ها و چشم‌ها باید معاینه شوند و در صورت وجود هرگونه معلولیت، با توجه به سیستم درجه‌بندی WHO طبقه‌بندی شوند(معلولیت درجه صفر، یک و دو).

در هر کشور آندمیک، شخصی که یک لکه پوستی کم‌رنگ(هیپوپیگمانته) یا قرمز رنگ با بی‌حسی مشخص داشته‌باشد، یک مورد جذام تلقی می‌شود.

مورد مشکوک

اگر شخصی دارای ضایعات پوستی و یا نشانه‌های ضایعات عصبی باشد و نشانه‌های اصلی جذام را نداشته‌باشد یا این نشانه‌ها 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 دربارهٔ 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 برنامه‌ها دفاتری را جهت ثبت چنین مواردی تحت عنوان «ثبت مورد مشکوک» جهت ارزیابی دوره‌ای وضعیت آنان در نظر می‌گیرند.

ارجاع جهت تشخیص

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

۱. یک یا چند لکهٔ پوستی مشکوک با حس طبیعی
۲. ازدست دادن حس در سطح وسیع در دست‌ها یا پاها، بدون نشانهٔ دیگری از جذام
۳. بزرگ شدن قابل توجه یک یا چند تنهٔ عصب محیطی بدون بی‌حسی یا ضایعهٔ پوستی
۴. اعصاب دردناک بدون نشانهٔ دیگری از جذام
۵. زخم‌های بدون درد در دست‌ها و یا پاها بدون نشانهٔ دیگری از جذام
۶. ندول‌هایی در پوست بدون نشانه‌های دیگر.

برخی از این یافته‌ها در بیماری‌های دیگری به غیر از جذام نیز ممکن است دیده شوند. بهتر است افرادی که چنین علائمی

دارند به نزدیک‌ترین مرکز ارجاعی فرستاده‌شوند. این افراد ممکن‌است به بررسی‌های دقیق‌تری از جمله آزمون‌های آزمایشگاهی و غیره نیاز داشته‌باشند.

طبقه‌بندی جذام

انتخاب رژیم چنددارویی مناسب

جذام را می‌توان براساس تظاهرات بالینی و نتایج اسمیر پوستی طبقه‌بندی نمود. در طبقه‌بندی براساس اسمیر پوستی، تمام بیمارانی که اسمیر پوستی آن‌ها در تمام مناطق، منفی است به‌عنوان جذام کم‌باسیل (PB)، و بیمارانی که اسمیر آن‌ها حتی در یک منطقه مثبت است به‌عنوان جذام پرباسیل (MB) طبقه‌بندی می‌شوند. ولی در عمل، در اکثر برنامه‌ها از معیارهای بالینی برای طبقه‌بندی و تصمیم‌گیری رژیم درمانی مناسب جهت بیمار استفاده می‌شود، به‌خصوص اگر خدمات اسمیر پوستی در دسترس یا قابل اعتماد نباشند. سیستم بالینی طبقه‌بندی برای درمان بیماران، شامل تعداد ضایعات پوستی و اعصاب گرفتار است که اساس طبقه‌بندی بیماران جذامی به دو گروه پرباسیل و کم‌باسیل است. در بعضی برنامه‌های بیمارایی تعداد قابل توجهی از بیماران کم‌باسیل که فقط یک ضایعه پوستی دارند، ممکن‌است جداگانه به نام کم‌باسیل تک‌ضایعه (SLPB) تقسیم‌بندی شوند.

راهنمای طبقه‌بندی بالینی*

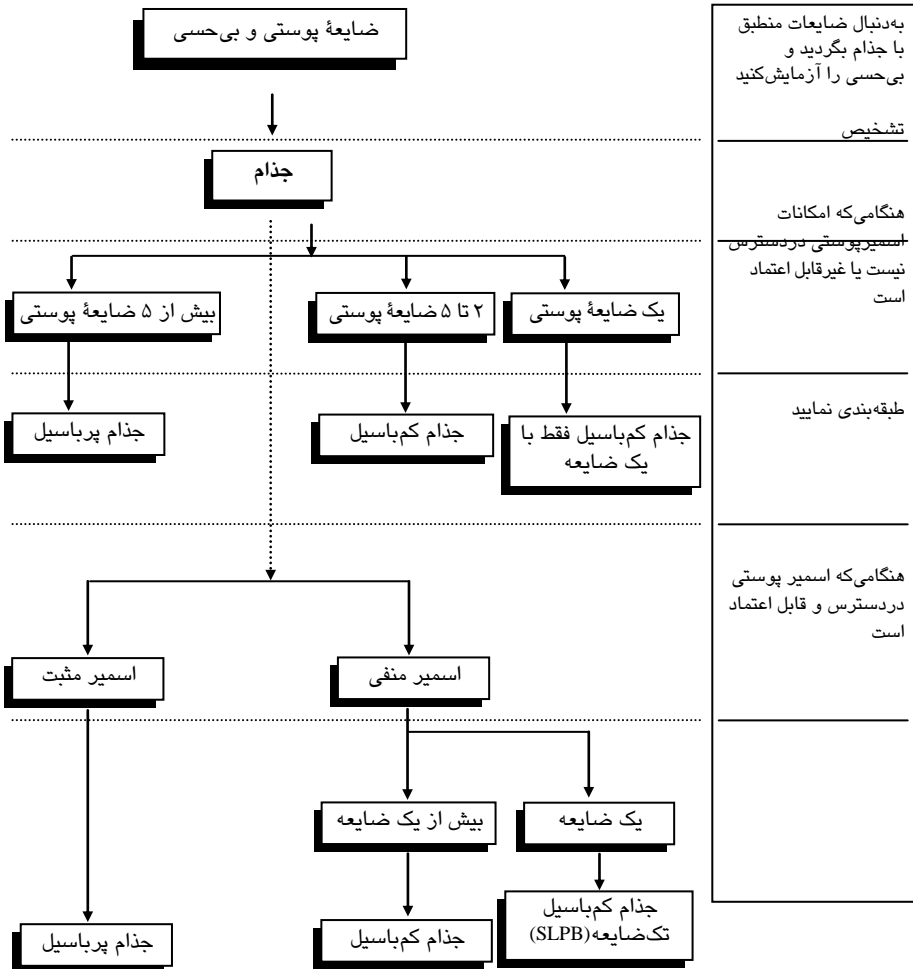
جذام پرباسیل MB	جذام کم‌باسیل PB	جذام کم‌باسیل تک‌ضایعه SLPB	
بیش از ۵ ضایعه توزیع قرینه‌تر از دست دادن حس	۲ تا ۵ ضایعه توزیع غیرقرینه از دست دادن مشخص حس	فقط یک ضایعه پوستی	ضایعات پوستی شامل ماکول‌ها(ضایعات مسطح)، پاپول‌ها(ضایعات برجسته) و ندول‌ها
چند تنهٔ عصبی	فقط یک تنهٔ عصبی	بدون گرفتار نمودن تنهٔ عصبی	آسیب عصبی (که به از دست دادن حس یا ضعف عضلات مربوط به عصب درگیر منجر می‌شود)

* در بعضی برنامه‌ها، طبقه‌بندی جذام با سیستم‌های دیگری صورت می‌گیرد. برای درمان، این طبقه‌بندی‌ها ضروری نیستند. ولی اگر چنین سیستمی به کار می‌رود: جذام پرباسیل شامل جذام لپروماتوز (L) و بینابینی (B) در طبقه‌بندی مادرید و LL, BB, BL و بعضی از موارد BT در طبقه‌بندی ریدلی و جاپلینگ است. جذام کم‌باسیل شامل جذام نامشخص (I) و جذام توبرکولوئید (T) در طبقه‌بندی مادرید و I و TT و اکثر موارد BT در طبقه‌بندی ریدلی و جاپلینگ است. جذام کم‌باسیل تک‌ضایعه (SLPB) اساساً نوع I و TT را در طبقه‌بندی ریدلی و جاپلینگ در بر می‌گیرد.

مهم

هر بیماری که اسمیر پوستی او مثبت باشد، بدون در نظر گرفتن طبقه‌بندی بالینی، باید با رژیم مناسب MDT برای جذام پرباسیل درمان شود.
 هنگام طبقه‌بندی جذام، اطمینان از این‌که بیماران پرباسیل تحت درمان با رژیم‌های درمانی بیماران کم‌باسیل قرارنگیرند، اهمیت ویژه‌ای دارد. بنابراین اگر طبقه‌بندی همراه با شک و تردید باشد بیماران را باید با رژیم MDT برای جذام پرباسیل معالجه کرد.

نمودار قدم به قدم برای تشخیص و طبقه‌بندی



به دنبال ضایعات منطبق با جذام بگردید و بی‌حسی را آزمایش کنید
تشخیص

هنگامی که امکانات اسمیر پوستی در دسترس نیست یا غیر قابل اعتماد است

طبقه‌بندی نمایند

هنگامی که اسمیر پوستی در دسترس و قابل اعتماد است

بررسی باکتریولوژیک

یک روش ساده‌شده

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، 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 بنشیند.
- ◀ دست‌های خود را با آب و صابون بشویید. تمام روش‌های ضدعفونی باید رعایت شوند.
- ◀ محلی از پوست را که برای گرفتن اسمیر انتخاب کرده‌اید با یک سواب پنبه‌ای آغشته به الکل تمیز نمایید و صبر کنید تا خشک شود.
- ◀ سپس پوست را به‌صورت یک چین بین دو انگشت نشانه و شست نگه‌دارید.
- ◀ با یک تیغ استریل یک‌بار مصرف، شکافی به طول ۵ میلی‌متر و عمق ۳ میلی‌متر ایجاد نموده و فشار انگشتان خود را همچنان

حفظ‌نمایید، اگر خون یا مایع بافتی خارج‌شد با یک پنبه خشک و استریل آن را پاک‌کنید.

◀ لبه تیغ جراحی را ۹۰ درجه نسبت به خط برش بچرخانید و زخم را چندبار خراش‌دهید به‌طوری که مایع و مواد بافتی برکناره تیغ جمع شوند.

◀ سپس این مواد را به آرامی روی یک لام شیشه‌ای با استفاده از کناره پهن تیغ جراحی گسترش‌دهید، به‌طوری که یک اسمیر یک‌دست و نسبتاً ضخیم در منطقه‌ای به قطر ۵ تا ۷ میلی‌متر ایجاد‌شود. برای این لام باید با دقت برچسبی تهیه‌نمود که حاوی مشخصات بیمار، تاریخ و نام مرکز باشد.

◀ محل برش را با یک گاز استریل کوچک پانسمان‌نمایید.

به‌دلیل شیوع فزاینده عفونت هیپاتیت B و ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV)، در اغلب کشورهای که جدام در آن‌ها همچنان آندمیک است، تعداد برداشت نمونه پوستی و جمع‌آوری نمونه باید به حداقل لازم محدود شود. به‌یاد داشته‌باشید که تمام روش‌هایی که طی آن‌ها پوست سوراخ می‌شود، خطر بالقوه انتقال عفونت HIV و هیپاتیت B را به همراه دارند.

ثابت‌کردن اسمیرها

برای تثبیت نمونه‌ها، باید لام را ۲ یا ۳ بار، به‌طوری که اسمیر بر سطح رویی آن‌ها باشد، از روی چراغ الکلی عبور‌داد. اسمیر نباید با شعله تماس مستقیم پیدا‌کند 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 زده‌شود و هرچه زودتر به آزمایشگاه ارسال‌گردد.

رنگ‌آمیزی

اسمیرهای جذام را عموماً با روشی موسوم به زیل نیلسن تعدیل شده رنگ‌آمیزی می‌کنند. روش کار به شرح زیر است:

- ◀ لام را در محلول تازه صاف‌شده کاربول - فوشین غوطه‌ور 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 رنگ‌آمیزی کنید.
- ◀ به آرامی زیر شیر آب بشویید و بگذارید تا خشک شود.

بررسی زیر میکروسکوپ

- ◀ عدسی‌های چشمی کم‌قدرت 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 به‌صورت زیگزاگ ادامه دهید.
- ◀ میدان‌های مجاور را یکی‌یکی بررسی کنید تا وقتی که باسیل لپرا دیده شود.
- ◀ اگر باسیل لپرا دیده‌شد، جستجو را متوقف‌نموده و نتیجه را مثبت ثبت کنید.
- ◀ اگر بعد از جستجوی ۱۰۰ میدان هیچ باسیلی مشاهده‌نشد، 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. می توان 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 خودگزارش دهی فوری وجود دارد:
- I. 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 اقدام های ویژه میسر است.

فراهم نمودن خدمات بهداشتی مؤثر

این خدمات باید توانایی های زیر را دربرگیرد:

- تشخیص جذام و طبقه بندی آن حداقل به صورت بالینی
- به دو گروه MB و PB
- شناسایی و درمان عوارض شایع بیماری
- شناسایی و ارجاع عوارض شدید

- تدارک منظم داروهای MDT
- داشتن داروهای کمکی برای معالجهٔ بعضی بیماری‌های شایع
- شناسایی و درمان یا ارجاع هرگونه عوارض جانبی داروها
- برقراری ثبت موارد و گزارش‌دهی مناسب
- سازماندهی کلینیک‌هایی با مکان در دسترس و زمان کار مناسب
- حفظ ارتباط دوستانه و صمیمانه با تمام بیماران و جامعهٔ محلی
- ایجاد تعهد و انگیزه برای حذف جذام از منطقه

چگونه هوشیاری جامعه را افزایش دهیم؟

علائم جذام معمولاً در مراحل اولیهٔ 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 نشانه‌های 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 روزنامه‌ها، رادیو و تلویزیون محلی برای آموزش عموم استفاده کنید،

— اقدام‌های ویژه را سازماندهی نمایید.

سطوح، وظایف و مسئولیت‌ها برای تشخیص و درمان

مسئولیت‌ها	وظایف	سطوح
گزارش به مرکز بهداشتی‌درمانی برای تشخیص	شناسایی ضایعات پوستی و ازدست دادن حس	جامعه و اعضای خانواده
راهنمایی افراد به مرکز بهداشتی‌درمانی برای تشخیص	آگاه‌کردن خانواده‌ها درباره علائم ابتدایی، درمان و خدمات در دسترس	داوطلبان بهداشتی جامعه
تشخیص موارد و شروع درمان چندارویی	آموزش داوطلبان بهداشتی جامعه و آگاه‌کردن جامعه	کارکنان خدمات بهداشتی اولیه
تشخیص موارد مشکلی که از طرف مرکز بهداشتی‌درمانی ارجاع شده‌است	آموزش کارکنان بهداشتی جامعه	کارکنان خدمات ارجاعی

چه کسی احتمال دارد به مرکز بهداشتی‌درمانی گزارش شود؟

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

اشخاص گزارش شده	اقدامی که باید انجام شود
موارد جذام که قبلاً هرگز درمان نشده‌اند	به‌دقت معاینه کنید، تشخیص دهید، طبقه‌بندی نمایید، نکاتی را درباره بیماری و درمان شرح دهید، MDT را آغاز کنید.

موارد جذام که قبلاً با داپسون درمان شده‌اند	جزئیات درمان قبلی را بررسی کنید، در صورت دسترسی، پرونده‌ها را کنترل‌نمایید. اگر MB است، MDT را شروع کنید. اگر PB است، به‌دقت معاینه کنید. اگر علائم فعال جذام وجود داشت، MDT را شروع کنید. اگر علائم فعال وجود نداشت، دوباره اطمینان‌دهید و نکاتی را دربارهٔ بیماری شرح دهید. اگر شک دارید، MDT را آغاز کنید.
---	---

ادامهٔ جدول در صفحهٔ بعد ←

→ ادامهٔ جدول صفحهٔ قبل

اشخاص گزارش شده	اقدامی که باید انجام شود
موارد جذام که قبلاً با MDT درمان شده‌اند	جزئیات درمان قبلی را بررسی کنید، در صورت دسترسی، پرونده‌ها را کنترل‌نمایید و به‌دقت معاینه کنید. اگر یک دورهٔ کامل و مناسب MDT را تکمیل کرده‌است دوباره اطمینان‌دهید. نکاتی دربارهٔ بیماری شرح دهید و توصیه کنید که در صورت لزوم مراجعه‌نمایند. در غیر این صورت MDT را آغاز کنید.
موارد مشکوک	به دقت معاینه کنید، اگر علائم جذام وجود داشت، دوباره اطمینان‌دهید. نکاتی دربارهٔ بیماری شرح دهید و توصیه کنید در صورت لزوم مراجعه‌نمایند. اگر شک دارید، ارجاع دهید.
سایر وضعیت‌هایی که سبب ضایعات پوستی می‌شوند	به‌دقت معاینه کنید، بیماری پوستی را تشخیص داده و درمان کنید و یا ارجاع دهید.
سایر وضعیت‌هایی که سبب آسیب عصبی می‌شوند	به‌دقت معاینه کنید. بیماری را تشخیص داده و درمان کنید و یا ارجاع دهید.
موارد تماس بیماران جذامی برای معاینه	به‌دقت معاینه کنید. اگر علائم اصلی جذام وجود داشت تشخیص دهید، طبقه‌بندی و درمان کنید. در غیر این صورت نکاتی را دربارهٔ بیماری شرح داده و توصیه‌نمایید که در صورت لزوم مراجعه‌کنند.
اشخاص سالم که برای دریافت اطلاعات یا معاینه مراجعه می‌نمایند	به‌دقت معاینه کنید. نکاتی را دربارهٔ بیماری شرح دهید. شک و شبهه‌ها را برطرف کنید.

قبل از این‌که تشخیص جذام را به فرد و خانواده‌اش اعلام کنید، دوباره فکر کنید:

- یافته‌های خود را کنترل‌نمایید
- علائم اصلی را مجدداً تأیید کنید
- اگر شک دارید: توضیح دهید. منتظر بمانید. پیگیری کنید. ارجاع دهید.

درمان جذام

برای تمام موارد ثبت شده و جدید کشف شده باید بلافاصله رژیم مناسب MDT را شروع کرد. رژیم های 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 ضدجذام، همیشه موجب افزایش ایجاد مقاومت دارویی نسبت به آن دارو می شود. درمان با داپسون یا هر داروی ضدجذام دیگر به صورت تک دارویی باید به عنوان یک عمل غیراخلاقی 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 ماینوسایکلین (ROM) موجود در بسته های دارویی را می توان به کار برد. در بین آنها، ریفامپیسین مهم ترین دارو است و به همین دلیل در معالجه انواع جذام به کار می رود.

ریفامپیسین

این دارو ماهی یک بار 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 MDT 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 می رود، به خوبی تحمل می شود و تقریباً سمیت ندارد. این دارو موجب خشکی و تغییر رنگ پوست به سیاه مایل به قهوه‌ای می شود. اگرچه چند ماه بعد از قطع درمان این حالت برطرف می شود، ولی با این حال باید به بیمار در شروع درمان جذام نوع MB، درباره آن توضیح داده شود.

دایسون

دایسون 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 دایسون داده شود.

اوفلوکساسین

این دارو متعلق به آنتی بیوتیک‌های فلئوئوروکینولون 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.

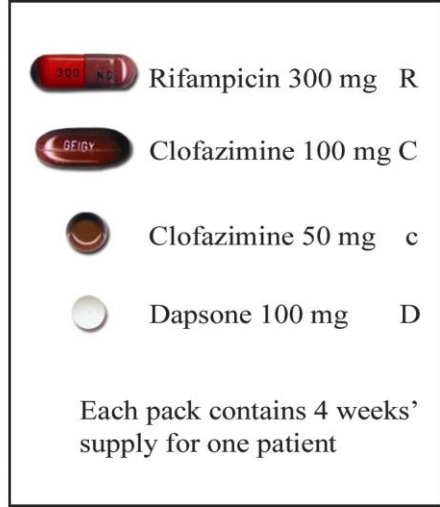
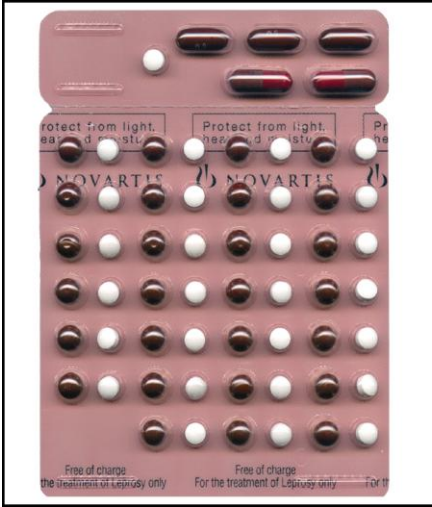
ماینوسایکلین

این دارو از آنتی بیوتیک‌های گروه تتراسایکلین است که در دوز ۱۰۰ میلی گرم تأثیر متوسطی بر ضد جذام نشان داده است. سرگیجه شایع ترین عارضه جانبی گزارش شده است که ممکن است تا چند

ساعت پس از دریافت دارو طول‌بکشد. این دارو برای درمان خانم‌های باردار و کودکان کمتر از ۵ سال توصیه‌نمی‌شود.

رژیم‌های MDT توصیه‌شده توسط WHO
 بسته‌بندی دارویی، مخصوص بیماران پرباسیل
 روبه‌رو

MDT‌های



دوزاژ (کودک MB ۱۰-۱۴ ساله)

دوزاژ (بزرگسال MB)

درمان ماهانه: روز اول

ریفامپیسین ۴۵۰ mg (۲ × 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 مصرف‌شود.

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:

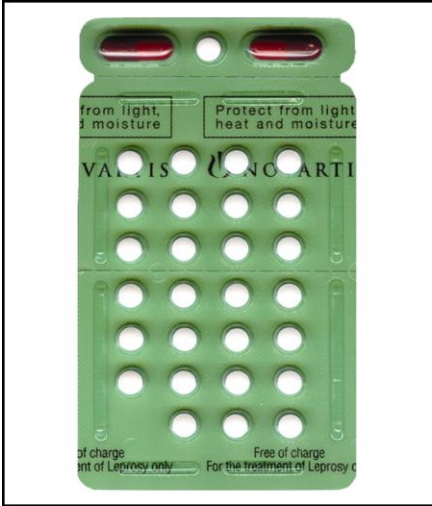
۱۲ بسته دارویی ماهانه، باید طی دوره‌ای

حداکثر تا ۱۸ ماه مصرف‌شود.

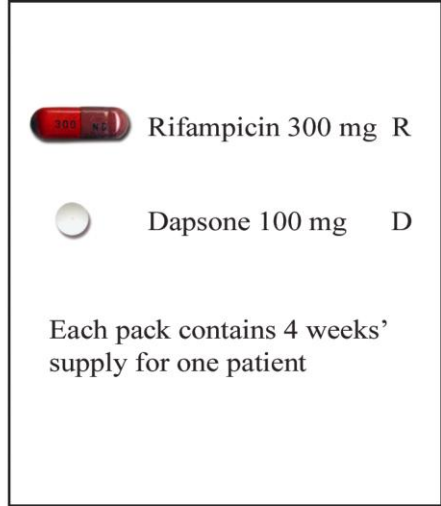
برای کودکان زیر ۱۰ سال دوز را باید تطبیق داد. برای مثال، ریفامپیسین ۳۰۰ میلی‌گرم، داپسون ۲۵ میلی‌گرم و کلوفازیمین ۱۰۰ میلی‌گرم یک‌بار در ماه و ۵۰ میلی‌گرم دوبار در هفته.

بسته‌بندی دارویی، مخصوص بیماران کم‌بازایی

روبه‌رو



MDT های داروهای



دوزاژ (کودک، PB ۱۰-۱۴ ساله)

درمان ماهانه: روز اول

ریفامپیسین ۴۵۰ mg (۲ × 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 مصرف‌شود.

دوزاژ (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 مصرف‌شود.

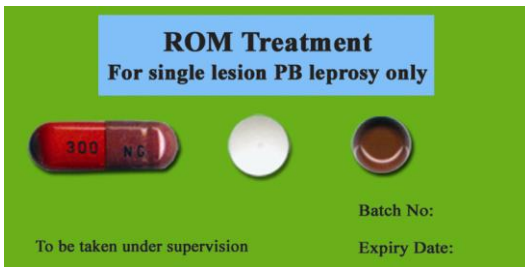
برای کودکان زیر ۱۰ سال، دوز را باید تطبیق داد. برای مثال، ریفامپیسین ۳۰۰ میلی‌گرم، داپسون ۲۵ میلی‌گرم.

یک روش امکان‌پذیر برای درمان جذام کم‌باسیل تک‌ضایعه به صورت دوز واحد

در کشورهای که تعداد زیادی از موارد جذام کم‌باسیل تک‌ضایعه (SLPB) وجود دارد، ممکن است از رژیم جایگزین توصیه شده توسط هفتمین کمیته تخصصی جذام در سازمان جهانی بهداشت استفاده شود (۱۹۹۷). کشورهای که تعداد اندکی از موارد جذام کم‌باسیل تک‌ضایعه دارند، ممکن است این روش درمانی را برای اجتناب از مشکلات علمی و تدارکاتی به کار نبرند.

بسته‌بندی دارویی مخصوص بیماران کم‌باسیل تک‌ضایعه (SLBP)

دوز دارویی: دوز منفرد (ROM) روبه‌رو



بزرگسال

ریفامپیسین $600\text{ mg} \times 2$ ($300\text{ mg} \times 2$)
 اوفلوکسازین $400\text{ mg} \times 2$ ($200\text{ mg} \times 2$)
 ماینوسایکلین $100\text{ mg} \times 2$ ($50\text{ mg} \times 2$)

کودک

ریفامپیسین $300\text{ mg} \times 1$ ($300\text{ mg} \times 1$)
 اوفلوکسازین $200\text{ mg} \times 1$ ($200\text{ mg} \times 1$)
 ماینوسایکلین $50\text{ mg} \times 1$ ($50\text{ mg} \times 1$)

- دو بسته برای یک بزرگسال بیمار
- یک بسته برای یک کودک بیمار ۱۴-۵ 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 میلی‌گرم کلوفازیمین و ماهانه ۳۰۰ میلی‌گرم به‌عنوان 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، به‌عنوان 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 به بیمار توضیح دهید.
۴. به بیمار درباره دوره درمان با توجه به وضعیت او اطلاعات کافی بدهید.

۵. دربارهٔ عوارض جانبی شایع داروهای MDT اطلاعاتی بدهید. مثلاً قرمز شدن رنگ ادرار به علت ریفامپیسین، قهوه‌ای شدن رنگ پوست ناشی از کلوفازیمین و بشورات خارش دار نادر ناشی از داپسون است.
 ۶. اگر مخلوطی از داروهای ریفامپیسین، اوفلوکساسین و ماینوسایکلین (ROM) توسط بیمار مصرف می‌شود، دربارهٔ سرگیجه، عارضهٔ شایعی که تا چند ساعت پس از مصرف دارو طول می‌کشد، 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 مراجعهٔ فوری در صورت وجود درد یا حساسیت اعصاب یا پیشرفت بی‌حسی یا ضعف عضلات.
 ۸. از بیمار بخواهید که در صورت مشاهدهٔ هرگونه اثر جانبی یا عارضه، هرچه زودتر مراجعه نماید.
 ۹. تاریخ و وقت مراجعهٔ 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 یک‌ماه به بیمار دارو داد و حتی در شرایط استثنایی می‌توان داروهای دورهٔ ۶ ماهه را برای بیماران PB و دورهٔ ۱۲ ماهه را برای بیماران MB به آن‌ها داد.

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

◀ هر بیمار کم‌باسیل که در طی یک دوره ۹ ماهه به مدت ۶ ماه، دوز کامل رژیم PB را مصرف کرده‌باشد، باید بهبودیافته تلقی شود.

◀ هر بیمار پرباسیل که در طی یک دوره ۱۸ ماهه به مدت ۱۲ ماه، دوز کامل از رژیم MB را مصرف کرده‌باشد، باید بهبودیافته تلقی شود.

◀ به تمام این بیماران باید درباره علائم اولیه و واکنش‌ها و عود بیماری و لزوم مراجعه فوری در صورت ایجاد چنین مواردی، اطلاع داده‌شود. اگر شخصی گرفتار عوارض باقی‌مانده ناشی از بیماری (مثلاً معلولیت) است، باید او را ترغیب و کمک‌نمود تا بتواند از امکانات موجود در مرکز بهداشتی‌درمانی یا در مرکز ارجاع مناسب، استفاده‌کند.

مهم است به خاطر داشته‌باشید که یک بیمار جذامی که دوره کامل درمان را طی کرده، نباید دیگر به‌عنوان یک مورد جذام در نظر گرفته‌شود، حتی اگر عوارضی از جذام در او باقی مانده‌باشد.

اقدام‌های تدبیری موارد غایب

یک مورد غایب، بیماری است که به مدت ۱۲ ماه متوالی دارو دریافت نکرده است. بعضی برنامه‌ها 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
کوچ 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 نشانه‌های 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 نکرده‌اند، فهرستی تهیه کنید؛

ج) به خانه‌های 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؛

د) اگر بیمار را در طی بازدید اول پیدانکردید، 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 برنمی‌گردند، 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 نشانه‌های 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 بهداشتی‌درمانی جهت معالجه مراجعه می‌نماید و یک یا چند مورد از نشانه‌های 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)
 —ندول‌های لیپوماتوز (MB)
 —علائمی از ENL (MB) یا واکنش بازگشتی (MB و PB).

بیمارانی که نیازهای ویژه دارند

حاملگی

رژیم‌های استاندارد، هم برای مادر و هم برای طفل بی‌خطر محسوب می‌شوند و بنابراین در طی دوران حاملگی باید بدون تغییر ادامه یابند.

گروه‌های ایزوله

برخی از بیماران که در مناطق جغرافیایی غیرقابل دسترس زندگی می‌کنند یا افرادی که روش زندگی آن‌ها به شکلی است که مراجعه منظم به مرکز برای آن‌ها میسر نیست (مانند چادرنشینان) و یا نمی‌توانند در موقع مقرر به درمانگاه مراجعه نمایند (مثلاً به 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 آن‌ها توصیه شود که در صورت مشاهده هرگونه عارضه به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنند.

سل

بیمارانی که در یک زمان به سل و جذام مبتلا هستند، علاوه بر درمان چندارویی استاندارد، نیاز به درمان مناسب ضد سل نیز

دارند. ریفامپیسین 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 داده‌است که چنین بیمارانی به رژیم MDT همانند هر بیمار جذامی دیگری جواب می‌دهند و درمان، از جمله درمان واکنش‌ها به هیچ‌گونه تغییری نیاز ندارد.

عود

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

نکاتی دربارهٔ درمان چندارویی (MDT)

- ◀ هر بیمار جذامی باید با بیش از یک داروی ضد جذام درمان شود
- ◀ رژیم استاندارد MDT بسیار بی‌خطر و مؤثر است
- ◀ MDT در اکثر مراکز برای درمان جذام، به‌طور رایگان در دسترس است
- ◀ رژیم MDT استاندارد برای یک دورهٔ ثابت است: ۶ ماه برای بیماران کم‌باسیل (PB) یا ۱۲ ماه برای بیماران پر‌باسیل (MB) و یک دوز ROM برای جذام کم‌باسیل تک‌ضایعه (SLPB)
- ◀ با تکمیل یک دورهٔ کامل MDT، بیمار بهبود یافته‌است
- ◀ از معیارهای بالینی برای طبقه‌بندی استفاده‌نمایید و دربارهٔ رژیم درمانی تصمیم‌بگیرید
- ◀ اگر دربارهٔ طبقه‌بندی بیمار شک‌دارید، 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 می‌آیند. واکنش‌ها علت اصلی آسیب عصبی و معلولیت در جذام هستند. بنابراین باید در مراحل اولیه کشف، و سریعاً درمان شوند.

واکنش‌ها عموماً در طی مرحله اولیه بیماری اتفاق می‌افتند. 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 واکنش‌های 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 آسیب‌زا باشند. درمان با MDT به طور قابل ملاحظه‌ای از فراوانی و شدت واکنش‌ها می‌کاهد. احتمال وقوع واکنش‌ها را باید برای بیمار شرح داد تا علائم و نشانه‌های 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 ۱

مهم‌ترین نوع واکنش موسوم به واکنش بازگشتی (ریورسال) است. این واکنش ممکن است در هر دو نوع جذام پرباسیل و جذام

کم‌بسیل 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، ازدست 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 تنه‌های اعصاب وجود دارد. اگر درگیری عصبی یعنی درد، حساسیت یا تورم و ازدست دادن حس و ضعف عضلات وجود نداشته باشد، واکنش را می‌توان به وسیله 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 و علاوه بر استراحت و داروهای ضدالتهاب 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.

دورهٔ پیشنهادی پردنیزولون برای بیمار بزرگسال به شرح زیر است:

- ۴۰ میلی‌گرم یک‌بار در روز برای ۲ هفتهٔ اول، سپس
- ۳۰ میلی‌گرم یک‌بار در روز برای هفته‌های ۳ و ۴
- ۲۰ میلی‌گرم یک‌بار در روز برای هفته‌های ۵ و ۶
- ۱۵ میلی‌گرم یک‌بار در روز برای هفته‌های ۷ و ۸
- ۱۰ میلی‌گرم یک‌بار در روز برای هفته‌های ۹ و ۱۰، و
- ۵ میلی‌گرم یک‌بار در روز برای هفته‌های ۱۱ و ۱۲.

در صورت درد عصبی شدید و یا فلج حرکتی ناگهانی، توصیه‌می‌شود که با حداکثر دوز (۶۰ میلی‌گرم در روز) درمان شروع‌شده و سپس همان‌طور که در بالا نشان‌داده شده‌است، به تدریج دوز دارو را کاهش‌داده و قطع‌کنید (۵ تا ۱۰ میلی‌گرم هر ۲ هفته).

به‌علاوه، مهم است که با استفاده از یک آتل بالشتک‌دار یا هر وسیلهٔ مناسب دیگری، مفصل یا مفاصل نزدیک عصب آسیب‌دیده را تا برطرف‌شدن نشانه‌ها بی‌حرکت نگاه‌داریم تا به این ترتیب عصب و اندام آسیب‌دیده در حالت استراحت باقی‌بماند، درد و تورم کاهش‌یابد و از افزایش آسیب عصبی جلوگیری‌شود.

در واکنش بازگشتی شدید که به درمان با پردنیزولون بعد از ۴ هفته پاسخ‌ندهد و یا در هر زمانی بدترشدن علائم را نشان‌دهد، بیمار باید به نزدیک‌ترین مراکز ارجاعی فرستاده‌شود.

واکنش‌های بازگشتی گاهی ممکن است پس از اتمام درمان اتفاق بیافتند. درمان این بیماران نیز مشابه موارد ذکر‌شده در بالا است. در چنین مواردی باید به بیماران اطمینان‌داد 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 می‌دهد. تظاهرات اصلی آن عبارتند از:

- ندول‌های پوستی قرمز حساس
- تب، درد مفصل و بی‌حالی
- 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 داشته‌باشد، درمان با پردنیزولون را باید بلافاصله، به همان صورتی که در واکنش بازگشتی شرح داده‌شد، 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 نمی‌دهد یا هر زمانی که بدتر شدن علائم را نشان‌دهند، باید بیمار را به نزدیک‌ترین مرکز ارجاعی که داروهای دیگری ممکن است استفاده‌شود فرستاد.

بیماران ممکن است طی واکنش ENL با مشکلات چشمی مراجعه‌کنند. این مشکل عموماً ایریدوسیکلیت نامیده می‌شود و ساختمان‌های داخلی چشم را مبتلامی‌کند.

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 قطره‌های 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.

مراقبت از بیمار و فعالیت‌های ارجاعی برای پیشگیری و درمان معلولیت

بیمارانی که در معرض خطر ایجاد آسیب عصبی هستند

بیمارانی که برای تشخیص دیر مراجعه می‌کنند و با MDT درمان نمی‌شوند، احتمالاً در معرض خطر بالای ایجاد آسیب عصبی قرار دارند.

اگرچه سایر بیماران جذامی، به‌ویژه آن‌ها که دچار واکنش‌های برگشتی شده‌اند، یا بیمارانی که ضایعات متعدد پوستی و یا عصب ضخیم‌شده و حساس دارند نیز در معرض آسیب هستند.

چگونه آسیب عصبی را کشف کنیم؟

آسیب عصبی به‌طور عمده با درد عصب، ازدست دادن حس و ضعف عضلانی نمودار می‌شود. 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 منطقه‌ای که حس خود را ازدست 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 شکایات 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 بی‌حسی، اقدام‌های ساده‌ای 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 بی‌حس، استفاده از دستکش هنگام کار با وسایل داغ و تیز و استفاده از عینک محافظ جهت محافظت چشم‌ها در مقابل گردوخاک.

اگرچه معلولیت‌های مزمن و جافتاده را به‌ندرت می‌توان بهبود بخشید، اما ثابت شده است که تمرین ساده روزانه در حفظ نرمی پوست، حرکت مفاصل و بازگشت قدرت عضلانی در مواردی از فلج‌های جزئی مؤثر است.

راه‌حل پیشگیری از معلولیت عبارت است از تغییر سریع رفتار بیماران با توجه به فعالیت‌های ویژه در زندگی روزمره آنها. این وظیفه با برقراری رابطه خوب با بیماران و اعضای خانواده آنان انجام می‌شود، به‌طوری‌که بیماران مشکل‌دار 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.

درجه‌بندی معلولیت‌ها

دست‌ها و پاها

درجه صفر: بی‌حسی، آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده وجود ندارد.

درجه یک: بی‌حسی وجود دارد، اما آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده‌ای وجود ندارد.

درجه دو: آسیب یا تغییر شکل قابل مشاهده وجود دارد.

دست و پا باید جداگانه ارزیابی و درجه‌بندی شود.

چشم‌ها

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

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

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

لاگو فتالموس (افتادگی پلک)، ایریدوسیکلیت (التهاب عنبیه و اجسام مژگانی) و کدورت قرنیه. هر چشم باید به‌طور جداگانه ارزیابی و طبقه‌بندی شود. در هر گونه معلولیتی باید به علل دیگری به‌جز جذام نیز توجه داشت (وجود این معلولیت‌ها در درجه‌بندی جذام در نظر گرفته نمی‌شود).

درجه‌بندی 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 به‌عنوان درجه کلی ناتوانی بیمار در نظر گرفته شود.

مشکلات شایع و اقدام‌هایی که باید انجام‌گیرد

تشخیص: اگر فردی علائم زیر را دارد:

مشکل	اقدام‌هایی که باید انجام‌گیرد
<ul style="list-style-type: none"> — لکه پوستی مطابق با جذام بدون شواهد دیگر، یا — بی‌حسی در پوست بدون لکه یا شواهد دیگر، یا — کلفتی عصب بدون شواهد دیگر 	جهت تأیید یا دیگر اقدام‌های تشخیصی ارجاع‌نمایید

طبقه‌بندی

مشکل	اقدام‌هایی که باید انجام‌گیرد
اگر مورد تشخیص داده‌شده بیش از پنج لکه پوستی دارد.	به‌عنوان پرباسیل طبقه‌بندی و درمان‌نمایید.
اگر مورد تشخیص داده‌شده دو تا پنج لکه پوستی دارد.	به‌عنوان کم‌باسیل طبقه‌بندی و درمان‌نمایید.
اگر مورد تشخیص داده‌شده فقط یک لکه پوستی دارد.	تشخیص را تأیید و به‌عنوان SLPB طبقه‌بندی و درمان‌کنید.

درمان

مشکل	اقدام‌هایی که باید انجام‌گیرد
بیمار از خشکی پوست شکایت می‌کند	به بیمار آموزش دهید که قسمت‌های مبتلا را مرتب در آب قرار دهد و از وازلین استفاده نماید.

بیمار از مصرف کلوفازیمین به علت تغییر رنگ پوست امتناع می‌کند.	توضیح دهید که تغییر رنگ پوست طی چند ماه پس از اتمام درمان با MDT، برطرف خواهد شد.
اگر بیمار با بیماری‌های شدیدی نظیر یرقان، بثورات پوستی، کم‌خونی یا دیگر اختلالات سیستمیک مراجعه‌نماید.	امکان‌دارد که واکنش آلرژیک شدید به داپسون یا ریفامپیسین داشته‌باشد. درمان را قطع و فوری بیمار را به بیمارستان ارجاع‌دهید.
اگر بیماری را به‌عنوان جذامی تشخیص داده‌اید که هم‌زمان از بیماری کلیه یا کبدی شدید رنج می‌برد.	به منظور بررسی‌ها و درمان مناسب از جمله درمان جذام به بیمارستان ارجاع‌دهید.
بیماری که سل دارد، به‌عنوان جذامی تشخیص داده شده‌است.	درمان سل را انجام‌دهید و رژیم MDT مناسب را شروع‌نمایید، ریفامپیسین را طبق دوز استاندارد برای معالجه سل به‌کار برید.
زن بارداری که به‌عنوان جذامی تشخیص داده شده‌است.	رژیم مناسب MDT را شروع‌کنید. MDT برای کودک و مادر بی‌خطر تلقی می‌شود.
بیماری که به‌علت عوارض جانبی 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.

واکنش‌های جذام

مشکل	اقدام‌هایی که باید انجام گیرد
بیماری که با اعصاب متورم و بسیار دردناک و حساس مراجعه می‌نماید و از ضعف عضلات شکایت‌دارد.	این یک مورد نوریت حاد است. با داروهای ضد درد و پردنیزولون درمان‌کنید. به اندام مبتلا استراحت بدهید. اگر امکانات کافی ندارید به بیمارستان ارجاع‌دهید.
بیماری با نوریت حاد که بعد از ۴ هفته مصرف پردنیزولون، بهبود رضایت‌بخش را نشان نداده‌است.	بیمار را به بیمارستان ارجاع‌دهید.
بیماری مبتلا به درد عصبی مزمن و غیر قابل درمان همراه با فلج ثابت‌شده.	به بیمارستان ارجاع‌دهید.

مراقبت از چشم‌ها

مشکل	اقدام‌هایی که باید انجام گیرد
بیمار زخم قرنیه دارد	پماد آنتی‌بیوتیک استفاده‌نمایید، چشم‌ها را بپوشانید و ارجاع‌دهید.
بیمار مبتلا به کدورت عدسی‌ها(کاتاراکت)	ارجاع‌دهید.
تغییر ناگهانی در حدت بینایی	ارجاع‌دهید.

<p>اگر ضایعه حاد بوده و یا این‌که اخیراً به وجود آمده باشد (کمتر از ۶ ماه) با یک دوره پردنیزولون درمان کنید؛ آموزش دهید که پلک‌های 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.</p>	<p>بیمار نمی‌تواند پلک‌های چشم خود را به خوبی ببندد (لاگوفتالموس)</p>
<p>این عارضه بعضی اوقات به‌عنوان قسمتی از واکنش ENL اتفاق می‌افتد. آسپرین بدهید، قطره آتروپین ۱٪ و پماد استروئید به‌کار ببرید، چشم‌ها را بپوشانید و ارجاع دهید.</p>	<p>بیمار با قرمزی چشم، تاری دید، ترشح و فتوفوبی مراجعه می‌نماید (ایریدوسیکلیت حاد)</p>

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 فیسورها و ترک‌های خشک	به بیمار خیس کردن دست‌ها و مصرف منظم وازلین را آموزش دهید.
بیمار مبتلا به مفاصل خشک	نرمش‌های دست و مفاصل را آموزش داده و توصیه‌نمایید که با وازلین ماساژدهد.
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 کند.

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 نیافته‌است	ارجاع دهید.
بیماری مبتلا به پاهای متورم و گرم همراه با تب	ارجاع دهید.
بیمار مبتلا به ترک خوردگی و خشکی پاها	به بیمار خیس 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 تمیزنمایید. از پانسمان ضدعفونی استفاده کنید. توصیه‌نمایید استراحت کند. اگر در طی ۴ هفته بهبودی حاصل نشد، ارجاع دهید.

سازماندهی خدمات MDT

هدف اصلی این است که داروهای MDT در دسترس تمام بیماران منطقه قرارگیرد. 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 قرارگرفت و جامعه آگاه شد، اکثر بیماران جدید و قدیم خود به مرکز بهداشتی مراجعه خواهند نمود.

مرحله ۱: به روز نمودن موارد ثبت شده

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 و به عنوان پرباسیل طبقه بندی شده اند باید برای دریافت یک دوره درمان چنددارویی 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 و بهبود یافته محسوب گردند. در صورت هرگونه تردید، تمام

بیمارانی را که با داپسون معالجه شده‌اند با رژیم مناسب MDT درمان نمایند.

مرحله ۳: انتخاب رژیم MDT

تمام بیمارانی که به‌عنوان پرباسیل طبقه‌بندی شده‌اند باید رژیم درمانی MDT برای MB را دریافت نمایند و بیماران کم‌باسیل هم رژیم درمانی MDT برای بیماران PB را مصرف نمایند. اگر موارد جدید تشخیص داده‌شد، آن‌ها نیز باید براساس طبقه‌بندی 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 طبقه‌بندی جذام، تاریخ، ماه شروع MDT، ۶ یا ۱۲ ستون برای دوزهای ماهانه برای PB و MB و شامل ستونی برای درمان SLPB و ستونی برای توضیحات وجود داشته‌باشد. ثبت جداگانه بیماران پرباسیل و کم‌باسیل ممکن است آسان‌تر باشد. این دفتر هر ماه بازبینی شوند تا بیمارانی که تعداد دوزهای مورد نیاز خود را به‌طور کامل دریافت‌نموده‌اند (۶ از ۹ ماه برای PB و ۱۲ از ۱۸ ماه برای MB) باید بلافاصله به‌عنوان بهبودیافته از موارد ثبت‌شده حذف‌گردند. ستون توضیحات را می‌توان برای شرح هرگونه حادثه غیرمعمول از قبیل واکنش‌های جذام، عوارض جانبی و غیره مورد استفاده قرارداد.

مرحله ۵: ارائه MDT به بیماران

— جامعه را درباره فراهم‌بودن خدمات MDT آگاه‌نمایید؛

- دربارهٔ 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؛
- دربارهٔ درمان روزانه و ماهانه و طول مدت درمان توضیح دهید؛
- به بیمار مقادیر کافی دارو بدهید تا زمان مراجعهٔ بعدی دارو داشته باشد؛
- دربارهٔ عوارض جانبی داروها توضیح دهید و از آن‌ها بخواهید که در صورت لزوم بی‌درنگ مراجعه نمایند.

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

مرحلهٔ ۶: مدیریت تدارک MDT

۱. تخمین نیازهای MDT: در حال حاضر برای تمام بیماران MDT در بسته‌های 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 ثبت‌شدهٔ بیماران MB و PB، به‌علاوهٔ
 - (ii) تعداد تخمینی بیماران MB، PB و SLPB جدید که احتمالاً در ۶ ماه آینده کشف خواهند شد، به‌علاوهٔ
 - (iii) 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 ذخیرهٔ اضافی مفید است تا در صورت

تأخیر در رسیدن داروهای جدید از آن‌ها استفاده‌شود. مقدار دارویی که به‌عنوان ذخیره نگه‌داری می‌کنید به ارتباطها و امکانات حمل‌ونقل موجود در منطقه بستگی دارد. همیشه ذخیره دارویی را با بخشی از داروهای تازه جایگزین کنید و از داروهای قدیمی استفاده‌نمایید. تمام مراکز بهداشت در یک

تأمین بی‌وقفه داروهای MDT برای تداوم تأثیر برنامه حذف جذام در منطقه حیاتی است.

کشور اندمیک باید داروهای MDT را موجود داشته‌باشند، حتی آن‌هایی که تاکنون مورد ثبت‌شده از جذام نداشته‌اند.

۳. **نگهداری:** داروهای MDT تهیه‌شده به‌صورت بسته‌های آماده به‌خوبی محافظت‌شده هستند، اما این بسته‌ها را در جعبه چوبی یا قفسه نگه‌داری‌نمایید.

۴. **نیم‌عمر قفسه‌ای (Shelf - life):** نیم‌عمر قفسه‌ای برای بسته‌های آماده MDT یا داروهای باز حدود ۳ سال است. این موضوع معمولاً به وسیله کارخانه سازنده روی بسته‌ها مشخص شده‌است. از داروهایی که تاریخ مصرف آن‌ها گذشته‌است استفاده‌نکنید.

۵. **دفتر ثبت:** تهیه یک دفتر ثبت ساده برای داروهای رسیده و توزیع‌شده و داروهای موجود اهمیت بسیاری دارد.

تدارک منظم و بدون وقفه داروها در برنامه‌های MDT اهمیت

وضعیت‌های ویژه و راه‌حل‌ها

هدف اصلی برنامه باید گسترش خدمات MDT به تمام بیماران باشد. ارائه این خدمات به اکثر بیماران نسبتاً ساده خواهد بود، ولی ممکن‌است برای بعضی بیماران به علت دوری فاصله، مشکلات اجتماعی، روش متفاوت زندگی، یا به علت نبود اعتماد به خدمات چنین کاری مشکل باشد. برخی از این مشکلات تاکنون مورد بررسی قرار گرفته‌اند، ولی تهیه فهرستی از تمام مشکلات و ارائه راه‌حل 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 ممکن‌است برای حل اکثر مشکلات یافت‌شوند.

بسیار دارد.

مشکل	اقدامی که باید انجام شود
بسته‌های مخصوص MDT برای کودکان دردسترس 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 پاره‌شده‌اند	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 اجتناب‌نمایید. 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 ارزیابی‌نمایید. چگونگی استفاده از MDT را توضیح داده و یک دوره کامل رژیم درمانی به آن‌ها بدهید. از اعضای خانواده یا جامعه او بخواهید که نظارت‌نمایند.
مرکز بهداشتی‌درمانی 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 میلی‌گرم خواهید داشت. برای شروع، به ازای ۱۰۰ بیمار، ذخیره‌ای 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 ثبت‌شده در هر زمان معین. این شاخص معمولاً به‌صورت درصد بیان می‌شود.

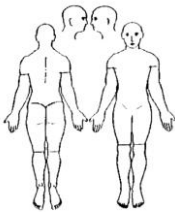
بهبودیافته با MDT: عبارت است از تعداد تجمعی بیمارانی که از شروع اجرای برنامه به‌طور کامل با MDT درمان شده‌اند. این شاخص به‌صورت اعداد مطلق بیان می‌شود.

موارد غایب: این شاخص عبارت است از تعداد مطلق بیمارانی که به‌عنوان غایب از دفتر ثبت موارد درمان حذف شده‌اند (یعنی ۱۲ ماه متوالی MDT دریافت نکرده‌اند) در یک دوره زمانی مشخص.

مصرف داروهای MDT: عبارت است از نسبت بسته‌های دارویی مصرف‌شده در طی مدت‌زمان معین به کل داروهای دریافتی در همان زمان.

کارت بیمار

(نمونه)

اطلاعات شناسایی: (نام، آدرس، سن و غیره)			
	تعداد ضایعات پوستی		
	نتیجه	انجام نشده	
	MB	PB	SLPB
	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
بدون معلولیت درجه ۲	بهبود یافته
با معلولیت درجه ۲	

SELECTED READING MATERIAL

1. Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes. Report of a WHO Study Group, TRS 675, 1982.
2. Who Expert Committee on Leprosy. Sixth Report. TRS 768, 1988.
3. Chemotherapy of Leprosy. Report of a WHO Study Group, TRS 847, 1994.
4. Risk of Relapse in Leprosy. WHO/CTD/LEP/94.1
5. Progress towards in Leprosy elimination. WHO Weekly Epidemiological Record. June 1997.
6. Global Strategy for the Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. WHO/LEP/96.7.
7. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem. Pocket Edition. WHO, Geneva, 1995.
8. Managing Programmes for Leprosy Control. WHO Training Modules, 1993.
9. Prevention of disabilities in patients with leprosy. A practical Guide. WHO, Geneva, 1993.
10. Elimination of Leprosy. Questions and Answers. WHO/LEP/96.4.
11. MDT-Questions and Answers. WHO/LEP/97.8.
12. Prevention of Blindness in Leprosy. Revised Edition. The International Center for Eye Health, London, 1991.
13. Leprosy. Edited by Hastings. R.C., Churchill Livingstone. Edinburgh, Second Edition 1994.
14. Leprosy Elimination Campaigns(LEC) and Special Action Projects for the elimination of leprosy (SAPEL) - Questions and Answers. WHO/LEP/97.3.
15. Shortening duration of treatment for multibacillary leprosy. WHO Weekly Epidemiological Record, May 1997.

خواهشمند است پس از مطالعه این راهنما، توصیه‌های کمک‌کننده خود را برای تدوین چاپ بعدی به آدرس زیر ارسال‌نمایید:

Director

