

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماریها

دستور العمل مبارزه با بیماری لیشمانیوز در کشور

مقدمه و اهمیت موضوع:

بیماری لیشمانیوز در مناطق گرمسیری آمریکا، آفریقا، شبه قاره هند و در نواحی نیمه گرمسیری آسیای جنوب غربی و ناحیه مدیترانه آندمیک می باشد. این اختلال شامل گروهی از بیماریها با تظاهرات بالینی و عواقب بهداشتی بسیار متنوع است (از ضایعات بد شکل خودبخود بهبود یابنده در تعداد اندکی از افراد تا اپیدمی های شدید با میزان مرگ و میر بالا) تعداد افراد آلوده در دنیا دوازده میلیون نفر تخمین زده می شود. و ۳۵۰ میلیون نفر در مناطقی زندگی می کنند که احتمال ابتلاء به بیماری وجود دارد. ۳ میلیون نفر از اشکال مختلف بیماری رنج می برند. تعداد موارد جدید در هر سال ۱/۵ میلیون نفر می باشد که از این تعداد، پانصد هزار مورد (۵۰۰/۰۰۰) مبتلا به لیشمانیوز احشایی هستند. این تخمین ها مواردی را که بعلت عدم گزارش بسیاری از موارد جدید بیماری (در مناطق روستایی) یا عدم الزام گزارش این موارد در بسیاری از کشورهای آندمیک در نظر آورده نمی شوند، نیز بحساب می آورند. لیشمانیوز احشایی اپیدمی های وسیع ایجاد می کند و تعداد بیماران در سالیان مختلف بسیار متنوع است. در طول سال ۱۹۹۱، اپیدمی های وسیعی در هندوستان بوقوع پیوست. تعداد بیماران در هند به تنهایی حدود ۲۵۰/۰۰۰ نفر بوده است. از آنجا که میزان کشندگی بیماری در موارد تشخیص داده و درمان شده بین ۵ تا ۱۰ درصد (در سودان تا ۱۴٪) و در موارد درمان نشده ۱۰۰٪ می باشد، تخمین می زند که لیشمانیوز احشایی ۷۵/۰۰۰ نفر را در سال ۱۹۹۱ به هلاکت رسانده باشد. ابتلاء به لیشمانیوز پوستی از شدت کمتری برخوردار می باشد. ولی در مناطق آندمیک ناراحتی فراوانی را ایجاد می نماید. (حداقل به خاطر جنبه روانی و اجتماعی و ظاهر زننده ای که بیماری ایجاد می کند). اهمیت این مسئله نزد مردم در مناطق آندمیک از آنجا مشخص می شود که در این مناطق به روش قدیمی لیشمانیواسیون روی می آورند. این روش شامل ایجاد عفونت عمومی و مخاطره آمیز بالیشمانیا به منظور القای ایمنی تمام عمر نسبت به آن و به قیمت بروز یک زخم و ضایعه در مناطقی از بدن است که کمتر در معرض برخورد با عامل بیماری قرار دارند.

اهمیت مراقبت در بیماری لیشمانیوزها : مراقبت این بیماری باتوجه به پیچیدگی اپیدمیولوژیک در حلقه انتقال

این بیماری (وجود مخازن و ناقلین گوناگون) از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می باشد چه با تجهیز شبکه مراقبتی کارآمد و آگاهی سریع از وقوع موارد علی الخصوص در نقاط عاری از بیماری میتوان فرصت کافی جهت آگاهی از وضعیت ناقلین، مخازن، طبقه بندی نوع بیماری که از الزامات اولیه تعیین راه صحیح مبارزه با بیماری است و همچنین در مورد نوع احشایی درمان به موقع و پیشگیری از مرگ و میر فراوان بیماری نقش موثری در مهار بیماری ایفاء نمود. اساس مراقبت صحیح در مورد هر بیماری تعیین تعاریف مشخص جهت گزارش بیماری به سطوح مختلف می باشد که در صفحات بعد به آن خواهیم پرداخت.

عامل بیماری :

یک انگل تک یاخته ای از جنس لیشمانیا (*Leishmania*) است که انواع مختلفی دارد. بعضی از آنها در انسان ایجاد بیماریهایی بنام لیشمانیوز می کند. لیشمانیوز جلدی یا سالک بوسیله لیشمانیاتروپیکا (*L. Tropica*) و لیشمانیا ماژور (*L. Major*) ایجاد می شود که زخم پوستی خوش خیمی می باشد و در اغلب نقاط ایران دیده می شود. لیشمانیا دونووانی (*L. donovani*) با لیشمانیاینفانتوم (*L. infantum*) عامل بیماری کالاآزار و یا لیشمانیوز احشایی است. انگل لیشمانیا جزو تک یاخته های تاژک دار است. در بدن میزبان مهره دار از جمله انسان در داخل سلولهای بیگانه خوار بافتها بشکل گرد یا تخم مرغی با اندازه ۲-۴ میکرون رشد و تکثیر پیدا می کند. در میزبان بی مهره یا پشه خاکی که ناقل بیماری است و هم چنین در محیط کشت بشکل انگلی دراز ، دوکی شکل ، متحرک و دارای یک رشته باریک بنام تاژک می باشد.

ناقل بیماری :

ناقل بیماری پشه ریزی است بنام پشه خاکی یا فلپوتوموس (*phlebotomus*) که اندازه آن ۲-۳ میلیمتر و بدن آن پر از مو برنگ زرد مایل به کرم می باشد. پشه خاکی ماده خونخوار است و از خون انسان و بعضی پستانداران تغذیه می کند . پشه خاکی ماده معمولاً هر ۵ روز یکبار خون می خورد در موقع خون خوردن آلوده می شود پس از حدود ۱۰ روز می تواند آلودگی را به میزبان مهره دار دیگر منتقل کند. خونخواری پشه خاکی معمولاً در شب انجام گرفته و روزها را در جای تاریک و مرطوب در زیر زمین و قسمت سایه دار اماکن انسانی یا حیوانی استراحت می کند. طول عمر پشه خاکی بالغ یکماه است که در این مدت یک یا چند بار تخم گذاری انجام می دهد.

تخم ها پس از طی دور ه های مختلف (حدود یکماه و نیم) به پشه بالغ تبدیل می شوند که می تواند پرواز کند. پشه خاکی انواع زیادی دارد که بعضی از انواع آن ناقل کالا آزار و برخی دیگر ناقل لیشمانیوز جلدی نوع شهری و بعضی ناقل لیشمانیوز جلدی نوع روستایی می باشند.

مخزن انگل:

مخزن انگل در بیماری کالاآزار بر حسب نوع آن فرق می کند در کالاآزار نوع هندی مخزن انسان است که با آلوده شدن توسط نیش پشه خاکی به انسان سالم منتقل می گردد. در نوع مدیترانه ای از جمله کالا آزار ایران سگ و سگ سانان وحشی مانند روباه و شغال مخزن اصلی بیماری هستند و در برخی نقاط مانند آفریقا ، جوندگان مخزن این انگل می باشند. در کالاآزار مدیترانه ای انتقال بیماری توسط پشه خاکی از انسان مبتلا به کالا آزار به انسان سالم امکان پذیر است.

مخزن بیماری لیشمانیوز جلدی در ایران

لیشمانیوز جلدی به دو گونه است . نوع شهری یا خشک (*Anthroponotic*) در این نوع مخزن بیماری انسان بوده ولی سگ هم بطور اتفاقی به بیماری مبتلا می گردد.

در لیشمانیوز جلدی نوع روستایی یا مرطوب (*Zoonotic*) مخزن بیماری عمدتاً جوندگان بوده که مهمترین آنان در ایران رومبومیس اوپیموس (در اصفهان) از خانواده ژربیل ها می باشد جوندگان دیگری نیز بعنوان مخزن لیشمانیوز جلدی نوع روستایی در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته اند که از آنجمله مریونس لیبیکوس در شهرستان نطنز استان اصفهان مریونس هوریانه در سیستان و بلوچستان و تاترایندیکا (*Tatera indica*) در خوزستان.

راههای سرایت بیماری و سیکل زندگی انگل

زندگی انگل دارای دو مرحله است یک مرحله لیشمانیانی و دیگری مرحله لپتومونائی در مرحله لیشمانیانی که به آن آماستیگوت می گویند انگل بصورت ارگانسیم فاقد تاژک با بدن گرد یا بیضوی و گاهی دوکی شکل است که در داخل سلول های بیگانه خوار (ماکروفاژ) پستانداران وجود دارد و اجسام لیشتن نامیده می شود.

در مرحله لپتومونائی که به آن پروماستیگوت نیز می گویند از تغییر شکل حالت لیشمانیانی بوجود می آید، در این شکل انگل تاژکی در قسمت قدامی خود دارد که این شکل انگل در دستگاه گوارش پشه خاکی و هم چنین در داخل محیط کشت دیده می شود. انگل در فرم آماستیگوت در بدن میزبان مهره دار مثل انسان و حیوان قرار دارد و اغلب در داخل ماکروفاژها (سلولهای بیگانه خوار) زندگی می کند. پشه خاکی جنس ماده خونخوار است. و با مکیدن خون، آماستیگوت را می بلعد و در دستگاه گوارش به مرحله پروماستیگوت تبدیل می نماید. این فرم ارگانسیم با تقسیم بندی غیر جنسی دوتایی زیاد می شود و بعد از گذشتن ۵ الی ۲۰ روز تعداد آنها زیاد شده بطوریکه در سالک با نیش زدن پشه خاکی ماده آلوده، این انگل به انسان سالم منتقل شده و باعث بروز زخم سالک می گردد بطور کلی سالک بوسیله انواع پشه خاکی های آلوده به سه طریق زیر بوجود می آید:

۱- انسان به انسان

۲- حیوان به حیوان

۳- حیوان به انسان و بالعکس

و در کالآزار محل استقرار انگلها در سلولهای بیگانه خوار سیستم رتیلولوآندتلیال، بافت طحال، کبد، مغز استخوان، غدد لنفاوی و سایر بافت ها است و ممکن است در منوسیت های خون نیز دیده شوند. در موقع خون خوردن پشه خاکی از میزبان مهره دار آلوده اشکال لیشمانیایی وارد لوله گوارش پشه شده و در آنجا بشکل لپتومونائی (تاژکدار) در می آید در قسمت میانی معده پشه تکثیر شده و در موقع خونخواری از انسان سالم به همراه بزاق وارد بدن میزبان مهره دار می شود. در بدن انسان تاژک خود را از دست داده در سلولهای بیگانه خوار بدن انتشار می یابند. راههای دیگر انتقال ممکن است تماس جنسی، انتقال خون، مادرزادی از طریق جفت و یا آلودگی مخاط چشم و یا زخمهای باز با مواد آلوده مانند ترشح زخم یا مخاط بینی انسان و یا حیوان مبتلا به لیشمانیوز احشایی باشد. حیوانات گوشتخوار ممکن است با خوردن لاشه حیوان آلوده مبتلا شوند.

دوره کمون:

در سالک بسته به نوع بیماری متفاوت است. در لیشمانیوز جلدی نوع مرطوب (روستایی) دوره کمون کوتاهتر (۴-۱) هفته ولی در لیشمانیوز جلدی نوع خشک (شهری) این دوره طولانی تر و بطور معمول (۲ تا ۸ ماه) گاهی ۲-۱ سال می باشد. در لیشمانیوز احشایی (کالآزار) نیز این دوره از چند هفته تا چند ماه و گاهی تا یکسال می باشد.

علائم بیماری در سالک:

ضایعات سالک ممکن است به یکی از اشکال زیر دیده شود:

۱) شکل خشک

۲) شکل مرطوب

۳) اشکال غیر معمول

۴) شکل مزمن

۵) شکل لوپوئید یا عود کننده

۶) ضایعات ناشی از مایه کوبی

که در این نوشته فقط به ذکر انواع خشک و مرطوب آن می پردازیم .

۱- شکل فشک

این شکل بیماری دارای ۴ مرحله پاپول بی درد، مرحله زخم و دلمه ، شروع بهبودی ، بهبودی کامل و به جای ماندن جوشگاه (جای زخم یا اسکار) می باشد.

پس از گذشت دوره کمون در محل گزش پشه پاپول سرخ رنگی ظاهر می شود این پاپول نرم و بی درد است و در اثر فشار محو نمی شود. گاه خارش مختصری دارد. پس از گذشت چند هفته یا چند ماه پاپول فعال شده ، ضایعه بزرگتر شده و اطراف آن را هاله قرمز رنگی فرا میگیرد. و کم کم بر اثر تجمع سلول ها در آن قطعه ضایعه سفت می شود. پس از گذشت ۲ تا ۳ ماه پاپول بصورت دانه ای سرخ و برجسته با سطحی صاف و شفاف و قوامی نرم در می آید. در این هنگام گاه در روی آن فرورفتگی به عمق یک میلیمتر که ته آن پوسته پوسته است دیده می شود. به تدریج سطح این دانه نرم می شود و مایع سروزی ترشح می کند و بالاخره ضایعه بصورت زخمی باز در می آید . زخم حدودی مشخص و حاشیه ای نامنظم و برجسته دارد که روی آن را دلمه ای کثیف و قهوه ای رنگ پوشانده است.

اگر دلمه کنده شود کف زخم فرو رفته است اطراف زخم دارای هاله ای صورتی رنگ که در مقایسه با بافتهای اطراف و زیر آن سفت به نظر می رسد. ضایعه بی درد و گاهی دارای خارش خفیف است. هرچه تعداد ضایعات بیشتر باشد اندازه زخمها کوچکتر و بهبودی آنها سریعتر است . بهبودی زخم بتدریج از مرکز زخم شروع شده و دلمه شروع به خشک شدن می کند . و پس از گذشت ۱۲-۶ ماه و گاه بیشتر ضایعه کاملا بهبود می یابد و اثر آن به صورت جوشگاهی فرورفته با حدودی کاملا مشخص و حاشیه ای نامنظم باقی می ماند.

۲- شکل مرطوب :

این شکل نیز دارای همان چهار مرحله سالک خشک می باشد ولی تظاهرات بالینی آن تفاوتی به شرح ذیل دارند: پس از طی دوره کمون چند هفته تا چند ماه ضایعه بصورت جوش همراه با التهاب حاد ظاهر می شود . پس از دو هفته زخمی شده که بسرعت بزرگ و دور آن پرخون می شود. زیر لبه زخم خالی است و لبه زخم دارای تفاریس و چرک زیاد است . جوش خوردن زخم از وسط و اطراف همزمان اتفاق می افتد و بطور معمول زخم ظرف مدت ۶-۴ ماه پس از شروع آن به کلی خوب می شود و به ندرت در حالتهای عادی بیش از ۸ ماه طول می کشد.

علائم بالینی در کالآزار :

استقرار بیماری معمولا مخفیانه و بدون علائم مشخصی صورت می گیرد و به کندی پیشرفت می کند . تظاهرات آن با تب نامنظم و مواج تا ۴۰ درجه سانتیگراد با بیقراری ، درد ناحیه طحال ، سرفه و کم شدن وزن بدن، بزرگی طحال و کبد و در نتیجه بزرگ شدن شکم بیمار ، کم خونی و کم شدن تعداد عناصر سلولهای خونی (گلبولهای قرمز، سفید و پلاکت ها) ورم صورت و دستها و پاها دیده می شود.

در مواردی رنگ پوست بیمار برنزه و تیره می شود که برخی دلیل نامگذاری بیماری را به مرض سیاه (کالآزار) بهمین دلیل می دانند و برخی نیز به دلیل مرگ و میر زیاد بر اثر این بیماری نام بیماری سیاه به آن داده اند. از بین رفتن سلولهای بیگانه خوار بدن و کاهش قوای دفاعی سبب آمادگی برای پذیرش سایر عفونت ها شده و اگر تشخیص و درمان بموقع انجام نگیرد موجب مرگ بیمار می گردد.

بطور کلی تشخیص بیماری لیشمانیوز جلدی و احشایی براساس آخرین مصوبه کمیته کشوری در انواع مظنون ، محتمل و قطعی بشرح زیر است:

لیشمانیوز جلدی

- **تشخیص مظنون (Suspected):**

وجود پاپول یا زخم پوستی بیشتر در نقاط باز بدن در منطقه آندمیک که بیش از ۱۰ روز طول کشیده باشد.

- **تشخیص محتمل (Probable):**

وجود پاپول یا زخم پوستی که بتدریج افزایش اندازه یافته ، اولسر آن گاه سطحی و برآمده است و گاه بصورت زخم های عمیق و چرکی با کناره های قرمز رنگ می باشد.

- **تشخیص قطعی (Definite):**

دیدن انگل در گسترش تهیه شده از ضایعه پوستی (اسمیر یا کشت)

لیشمانیوز احشایی (کالاآزار)

- **تشخیص مظنون (Suspected):**

بروز علام کلینیکی بصورت بیماری تحت حاد با علائمی نظیر تب ، هپاتومگالی ، اسپلنومگالی ، کاهش وزن ، کم خونی ، تغییر رنگ پوست.

- **تشخیص محتمل (Probable):**

علائم بالینی همراه با آزمایش IPA DAT مثبت

- **تشخیص قطعی (Definite):**

دیدن انگل در گسترش تهیه شده از بافتها (طحال ، مغز استخوان و غدد لنفاوی) و یا بدست آوردن آن در محیط کشت

تشخیص بیماری

تشخیص لیشمانیوز جلدی:

تشخیص بالینی سالک وقتی به اثبات می رسد که میکروارگانیزم در اسمیر رنگ آمیزی شده مایع حاصل از ضایعات جلدی و یا کشت دیده شود و یا در آزمایش بافت شناسی در بافت رنگ آمیزی شده مشاهده گردد.
معیارهای تشخیص آزمایشگاهی :

۱- آزمایشات انگل شناسی مثبت (اسمیر یا کشت از زخم)

۲- آزمایشات سرولوژی مثبت (IFA, ELIZA) فقط برای لیشمانیوز مخاطی

(M.C.L)

تشخیص کالا آزار :

باتوجه به اینکه کالا آزار در ایران اغلب در بچه ها دیده می شود و از علائم ظاهری آن تپهای نامنظم ، بزرگی طحال و کبد و در نتیجه بزرگ شدن شکم ، کم خونی و ضعف و لاغری است موارد مشکوک را می توان جهت تشخیص قطعی به پزشک مرکز درمانی و یا متخصص جهت انجام آزمایشات معرفی نمود.

معیارهای تشخیص آزمایشگاهی :

۱- مثبت بودن آزمایشات انگل شناسی (تهیه گسترش از مغز و استخوان - طحال - کبد - غدد لنفاوی - خون) و کشت از بیوپسی یا مواد آسپیره شده از اعضاء

۲- مثبت آزمایشات سرولوژی (IFA, ELISA, DAT) تهیه نمونه خون برای انجام تستهای سرولوژی بسادگی امکان پذیر است.

میتوان نمونه خود را در لوله های باریک هپارته از نوک انگشت بیمار پس از ضد عفونی کردن انگشت با الکل و سوراخ کردن آن با تیغه نوک تیز استریل یا لانست یکبار مصرف تهیه کرد. پلاسمای آن را بوسیله سانتریفوژ کردن جدا نمود یا با تماس دادن کاغذ صافی آزمایشگاهی با خون روی انگشت بیمار مقداری از خون را بصورت یک لکه یکنواخت بقطر حدود یک سانتیمتر جذب کاغذ کرده و پس از خشک شدن مورد آزمایش آگلوتیناسیون مستقیم که انجام آن را در آزمایشگاههای کوچک و دور افتاده با تجهیزات ساده و دور افتاده عملی است قرار داد.

درمان لیشمانیوز

الف - لیشمانیوز امشائی یا کالا آزار

برای درمان شکل های لیشمانیوز بجز نوع منتشر آن Diffuse Cutaneous Leishmaniasis ترکیبات آنتیموان پنج ظرفیتی جهت استفاده موضعی و عمومی پیشنهاد می شوند . بمنظور اجتناب از عود بیماری ، تقلیل هزینه درمان ، پیدایش مقاومت داروئی بایستی داروئی مناسب بمقدار لازم ودر فاصله زمانی متناسب تجویز گردد . اگر چه آنتیموان پنج ظرفیتی بعنوان داروئی خط اول درمان بیماری پذیرفته شده است ولی تفاوتهای فراوانی در نحوه بکار بردن آن اعمال می شود.

دو داروئی آنتیموان پنج ظرفیتی در دسترس می باشند.مگلو مین آنتیموانات (گلوکانتیم) و سدیم استیبوگلوکونات (پنتوستام) ، که این دو دارو از نظر شیمیایی مشابه بوده و تصور می شود که مدت اثر بخشی و سمیت آنان در درمان لیشمانیوز احشایی به مقدار آنتیموان موجود در دارو بستگی داشته باشد محلول مگلو مین آنتیموانات تقریباً $8.5\% \text{ (} 85\text{mg/ml)}$ Sb^{5+} آنتیموان داشته در حالیکه میزان آنتیموان Sb^{5+} موجود در پنتوستام در حدود $10\% \text{ (} 100\text{mg/ml)}$ می باشد

گلوکانتیم در کشورهای فرانسه زبان و آمریکای لاتین و پنتوستام در کشورهای انگلیسی زبان و آمریکا مصرف می شوند . در ایران تاکنون گلوکانتیم مصرف شده و دزهاژ توصیه شده داروئی فوق برپایه میزان آنتیموان پنج ظرفیتی موجود بوده ودر کالا آزار عبارتست از ۲۰ میلی گرم آنتیموان برای هر کیلو گرم وزن بدن روزانه بمدت بیست روز.

بیمارا نیکه بیماری در آنان باقی مانده و احتیاج به درمان طولانی تری دارند بایستی مدت بیشتری در مان شوند . عدم پاسخ درمانی اولیه که بصورت عدم پاسخ کلینیکی به درمان اولیه با آنتیموان می باشد در بیشتر مناطق بین ۲۰٪ تا ۸٪ است .

بیمارانیکه به درمان با آنتیموان در دوره اول جواب مناسب درمانی نمی دهند ممکنست در دوره دوم یا حتی دوره سوم پاسخ مناسبی بدهند . آنتیموان در این دوره می تواند بدون سمیت تا ۳۰ روز تجویز شود . درمان موفقیت آمیز با دوره طولانی تری (۱۲۰ روزه) در مورد PKDL (لیشمانیوز پوستی بعد از کالا آزار) از هندوستان گزارش گردیده است .

طول دوره درمان در یک منطقه آندمیک با نقاط دیگر متفاوت بوده ولی در تمام موارد درمان باید حداقل ۲ هفته پس از منفی شدن آزمایش انگلی خون ادامه یابد.

تزریق داخل وریدی پنتوستام باید به آرامی (بیش از ۵ دقیقه) و با استفاده از وزن مناسب صورت گیرد تا از احتمال بروز هرگونه ترومبوز جلوگیری شود . درمان باید تحت نظر کادر پزشکی صورت گیرد .
درمان با ترکیبات آنتیموان معمولاً خوب تحمل می شود ولی اگر عوارض جانبی جدی بروز کند (عوارض کبدی و قلبی) می توان موقتاً درمان را متوقف کرد . اگر عود بیماری اتفاق افتد بیماران باید نخست با ترکیبات آنتیموان تحت درمان قرار گیرند و در صورت رضایت بخش بودن پاسخ درمانی انتخاب دوم داروهای آمفوتریسین B و پنتاسیدین خواهند بود .

آمفوتریسین B :

روزانه یا هفته ای سه بار بصورت تزریق داخل وریدی و آنفوزیون داخل دکستروز ۵٪ طی ۴ ساعت تجویز می شود در شروع با دز اولیه ۱۰ - ۵ میلی گرم که بتدریج افزایش یافته و در هر نوبت بمیزان ۱۰-۵ میلی به آن افزوده می شود تا زمانیکه به دز ۰/۵ تا یک میلی گرم در کیلوگرم از وزن بدن برسد . درمان باید تا زمانیکه دز کامل یعنی ۳-۱ گرم داده شود ادامه یابد . طول دوره درمان بستگی به پاسخ درمانی بیمار دارد . عود بیماری یا فقدان پاسخ درمانی مناسب در ۸٪ - ۲٪ موارد اتفاق می افتد بعلت سمیت دارو برای کلیه و قلب درمان باید همیشه در بیمارستان صورت گیرد .

ب (دستورالعمل درمان لیشمانیوز جلدی (سالک)

درمان بیماری سالک در مواد زیر توصیه می شود.

- ۱- کسانی که ضایعات زخمی بزرگ تر از ۳ سانتیمتر دارند
 - ۲- کسانی که ضایعات متعدد اولسراتیو دارند
 - ۳- ضایعات مناطق باز بدن (صورت - پشت دست - پشت پا) محل ضایعه درسه سانتیمتری ارگان های حیاتی مانند چشم - گوش و دهان باشد.
- در سایر موارد پیشنهاد می شود که درمان صورت نگرفته و جهت پیشگیری از گزش مجدد و انتقال به دیگران وهم چنین پیشگیری از ایجاد احتمالی عفونت ثانویه ، با گاز استریل پانسمان گردد.

روش درمان

ترکیبات آنتیموان پنج ظرفیتی (گلوکانتیم و پنتوستام) : که بدوشکل تزریق موضعی و تزریق سیستمیک قابل استفاده است .

تزریق موضعی در موارد زیر اندیکاسیون دارد .

تعداد ضایعات محدود (۲ - ۳) عدد در نزدیکی ارگانهای حیاتی نباشد .

روش تزریق

تزریق معمولاً در چهار نقطه داخل زخم صورت می گیرد تا زمانیکه رنگ محل تزریق ضایعه متمایل به سفید گردد .

مقدار تزریق

بستگی به اندازه ضایعه داشته و فواصل درمان هفته ای یکبار می باشد . درمان یاد شده تا بهبودی کامل ضایعه توصیه می گردد .

تزریق سیستمیک

درموارد زیر توصیه می شود:

- تعداد ضایعات متعدد و السراتیو باشد (از ۳ ضایعه بیشتر)
- همراه با لنفادنوپاتی مجاور ضایعه فرم اسپیروتریکوئید باشد.
- بیمار قادر یا مایل به پذیرش تزریق داخل ضایعه نباشد.
- موارد A.C.L با عامل L.Tropica درایران جهت پیشگیری ازآپیدمی با هر تعداد و فرم ضایعه باید درمان شود.
- در خواست بیمار جهت معالجه بعد از توضیحات علمی توسط پزشک معالج
- توصیه می شود در صورت وجود بیماریهای کبد ، قلبی و کلیوی درمان تحت نظر متخصص پوست انجام شود.
- تزریق در خانم های حامله کاربرد ندارد و توصیه می شود از روش های دیگر درمانی با مراجعه به متخصصین پوست استفاده شود.

مقدار دارو و طول درمان

۲۰ میلی گرم آنتیموان بازاء کیلوگرم وزن بدن (20 mg/kg sb^{+5}) روزانه دریک نوبت تزریق عضلانی که بهتر است بصورت منقسم در دوناحیه (دو باسن ۹ تزریق گردد . بمدت ۱۰ - ۱۴ روز و در صورت نیاز پس از حداقل یکماه مجدداً رژیم درمانی تکرار گردد.

درصورت عدم پاسخ تا دو دوره درمانی ارجاع بیمار به پزشک متخصص پوست توصیه می شود. درصورت عود یا مقاومت انگل به درمان گلوکانتیم تنها باید در دور دوم درمان ، آمپول گلوکانتیم + قرص آلپورنیول ۲۰۰ میلی گرم پارکیلو (تجویز شود .

درصورت وجود عفونت باکتریائی ثانویه توصیه می شود از مراقبتهای موضعی (پانسمان - نظافت زخم) و آنتی بیوتیک مناسب سیستمیک استفاده نمود.

چنانچه دربیماران سنگین وزن ، بیش از ۲ آمپول گلوکانتیم روزانه لازم باشد در دو دوز منقسم (صبح و شب) تزریقات انجام شود.

توصیه می شود از دستکاری زخم اکیداً خود داری شود.

رژیم های درمانی دیگری هم وجود دارند که در صورت نیاز بایستی توسط متخصصین پوست تجویز گردند.

درصورت بروز هرگونه واکنش در محل تزریق (قرمزی . گرمی ، درد ، تورم) و علائم سیستمیک (شکایتهای قلبی ، یرقان ، مشکلات ادراری) درمان قطع و بیمار به پزشک متخصص ارجاع گردد.

برنامه کنترل و پیشگیری بیماری لیشمانیوز در کشور

ارائه خط مشی و انتخاب روشهای عملیاتی مناسب با استفاده از امکانات شبکه های بهداشتی درمانی کشور برای پیشگیری و کنترل بیماری لیشمانیوز براساس بیماریابی - تشخیص بموقع بیماری ، درمان مناسب ، افزایش آگاهی مردم در زمینه راههای سرایت و پیشگیری بیماری و هماهنگی بین بخشی با ارگانهای ذیربط با روشی یکسان در سراسر کشور بگونه ای که در تمام نقاط امکان اجرای آن فراهم بوده و به یک نوع عمل گردد. به عنوان هدف کاربردی اجرای برنامه مبارزه با این بیماری بشمار می رود که باتوجه به شرایط بهداشتی کشور در سطوح مختلف ارائه می گردد.

سطح کشوری :

تشکیل شورای هماهنگی مبارزه با بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان با هدف ایجاد هماهنگی در زمینه گسترش بهداشت عمومی ، کنترل عفونتها با بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان با اعضاء ثابت توسط هیئت محترم وزیران تصویب گردید. هم چنین کمیته فنی جهت بررسی مسائل علمی و اجرائی مربوط به کنترل بیماری لیشمانیوز (جلدی و احشایی) در اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها تشکیل می گردد تا برنامه های زیر تحقق یابد.

- ۱- تهیه و تدوین دستورالعمل اجرائی مبارزه با بیماری در سطح کشور با استفاده از آخرین مطالعات معتبر علمی و نظریه فنی خبرگان فن.
- ۲- تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشی
- ۳- برنامه ریزی نظارت ، مراقبت ، ارزشیابی ، اجرای برنامه مبارزه با بیماری لیشمانیوز
- ۴- ارائه طرح و برنامه های تحقیقاتی و همکاری با انستیتو های تحقیقاتی در زمینه شناخت کانالهای آلوده به بیماری و تعیین نوع لیشمانیوز
- ۵- همکاری در انجام تحقیقات مربوط به داروهای جدید جهت یافتن داروهای با اثر بخشی بیشتر طول درمان کمتر ، عوارض کمتر و قیمت مناسب تر
- ۶- همکاری در اجرای طرح های تحقیقاتی کاربردی جهت یافتن راههای تشخیص ساده تر با حساسیت و ویژگی بیشتر و عملی تر در صحنه علی الخصوص در مورد بیماری کالا آزار
- ۷- همکاری جهت شناخت مخازن بیماری و کاهش آن با مراکز ذیربط
- ۸- همکاری جهت مبارزه با ناقلین با ارگانهای ذیربط و استفاده از متدهای جدید حفاظت فردی جهت جلوگیری از گزش ناقلین
- ۹- تنظیم و برگزاری سمینارهای سالیانه در سطح کشور با همکاری دانشگاههای علوم پزشکی
- ۱۰- تقویت سیستم جمع آوری اطلاعات ،تهیه و ارائه پس خوراند (مراقبت)

سطح دانشگاه (استان):

ریاست دانشگاه بعنوان ریاست شورای هماهنگی مبارزه با بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان بوده و معاون بهداشتی دانشگاه بعنوان دبیر شورا ، مسئولیت اجرائی برنامه را بعهده دارد تا این وظیفه بنحو مطلوب از طریق مرکز بهداشت انجام شود. مرکز بهداشت استان در رابطه با کنترل بیماری لیشمانیوز در سطح استان بایستی نکات زیر را مد نظر قرار دهد.

۱- تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشی با سازمانهای ذیربط در استان :

باتوجه به خصلت اپیدمیولوژیک بیماری و نقش جوندگان مختلف بعنوان میزبان و پشه خاکیهای متفاوت با خصایص زیستی گوناگون و نقش عوامل اصلی و ریشه ای ازدیاد جمعیت این فاکتورها یعنی مخزن و ناقل نظیر ، اماکن مخروبه ، تجمع زباله ، سطح پایین بهداشت محیط زیست، سطح پایین آگاهی بهداشت جامعه ، افزایش حاشیه شهرنشینی ، و برنامه های کویرزدایی با استفاده از پوشش گیاهی میتوان به نقش اساسی سایر بخش های توسعه نظیر اداره کشاورزی ، محیط زیست ، جهاد سازندگی ، میراث فرهنگی ، سازمان آب و فاضلاب وزارت کشور ، اداره منابع طبیعی و ... پی برد.

بدیهی است معاونت های بهداشتی دانشگاههای کشور محور اساسی تشکیل جلسات و توجه نقش حمایتی ارگانهای یاد شده در شکل گیری یک برنامه اجرائی دقیق گروهی با تفکیک و مشخص شدن وظایف و مسئولیت هراگان و انجام کار مستمر و هماهنگ بمنظور کنترل بیماری لیشمانیوز (جلدی و احشایی) می باشند که باین مهم بایستی بعنوان استراتژی اصلی و اقدام کلیدی از سوی دانشگاههای کشور نگرینته شود ترغیب و تشویق سایر ارگانهای ذیربط استان به منظور مبارزه با مخازن (جوندگان در انواع مرطوب بیماری) از طریق شورای بهداشت استان و نظارت به کمیته های شهرستانی مشابه در کانونهای بیماری .

۲- آموزش :

آموزش پرسنل جهت افزایش آگاهی کارکنان فنی اعم از پزشکان، رده های کارشناسی و کاردانی و بهورزان بمنظور ارتقاء مهارت در امر بیماریابی ، تشخیص ، درمان و تقویت سیستم مراقبت آموزش جامعه ، بدلیل اهمیت نقش آحاد جامعه در پیشگیری از ابتلاء به بیماری با رعایت اقدامات حفاظتی و بهداشتی نظیر استفاده از پشه بندهای آغشته به دلتامترین (پشه بند بهداشتی) ، توری ، دفع صحیح و مستمر زباله و نوسازی اماکن مسکونی و ... بایستی با قوت و از طریق وسایل آموزش لازم در مقاطع زمانی مناسب مد نظر قرارگیرد. قبل از گرم شدن هوا و شروع فعالیت پشه ها با استفاده از وسایل ارتباط جمعی و محلی و استانی نظیر سخنرانی ، مصاحبه ، میزگرد در رادیو و تلویزیون محلی و هم چنین سایر وسایل آموزشی نظیر پوستر و پمفلت میتوان در مکانهای آلوده آموزش عمومی را سازماندهی و اجرا نمود.

۱- گزارش ماهیانه موارد به سطح کشوری حداکثر یکماه بعد از بروز بیماری (فرم های بررسی بصورت خلاصه اطلاعات

همه گیری شناسی همه ماهه در سطح استان تهیه و به اداره کل ارسال خواهد گردید.)

۲- تعیین نقشه محلهای آلوده به لیشمانیوز جلدی به تفکیک نوع (مرطوب - خشک) بطور مشخص در استان

۳- آگاهی و نظارت بر روند بیماری بطور سالیانه و فصلی

۴- ترغیب و تشویق ارگانهای مسئول همراه با جلب مشارکت مردم در روستاها جهت راه اندازی سیستم کارآمد جمع

آوری و دفع زباله در کانونهای آلوده به بیماری

۵- نظارت و ارزشیابی بر اجرای کلیه فعالیتهای مشخص شده برای سطوح شهرستانی و محیطی

سطح شهرستان :

مدیر شبکه سیستم ارائه خدمات بهداشت و درمان شهرستان ، بعنوان مسئول برنامه مراقبتهای بهداشتی درمانی در نظام شبکه در سطح شهرستان ریاست شورای هماهنگی مبارزه با بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان بوده و رئیس مرکز بهداشت مسئولیت اجرای برنامه را به عهده دارد و کارشناس مسئول ، کارشناسان مبارزه با بیماریهای واگیر شهرستان مسئولیت حسن اجرایی و مراقبت بیماری را بعهده دارند.

در مرکز بهداشت شهرستان موارد ذیل باید مورد توجه قرار گیرد:

۱- هماهنگی بین بخشی :

۱-۱- ایجاد و گسترش همکاریهای بین بخشی

همانگونه که قبلاً هم ذکر شد مبارزه با عوامل ایجاد کننده بیماری لیشمانیوز (جلدی و احشایی) از اصول اولیه مبارزه علیه این بیماریست و بر هم زدن محیط مناسب جهت تکثیر و افزایش جمعیت مخازن و ناقلین (در مورد Z.C.L یا نوع روستائی) و هم چنین بیماریابی سریع و صحیح با پوشش ۱۰۰٪ و درمان سریع و صحیح بمنظور پیشگیری از مرگ و میر انسان (کودکان) در نوع احشایی بیماری ، از اولویت های نخستین در مبارزه با این بیماری می باشد.

کنترل جمعیت مخزن و ناقلین ،مربوط به انجام اقدامات اساسی جهت بهبود محیط زیست انسانها علی الخصوص در جوامع روستائی و حاشیه شهرها است که از وظایف بخش های غیر از بخش بهداشت (جدایی محل زندگی دام از محل زندگی دام انسان ها ، مشاوره کارشناسی قبل از افزایش حاشیه شهر جهت سکونت افراد یا ساختن شهرکهای جدید از سوی سازمان مسکن و شهرسازی ، مشاوره کارشناسی بهداشتی قبل از استفاده از گیاهان برای ثبت شنهای روان جهت کویر زدایی و تعیین نوع مناسب گیاهی برای این منظور مشاوره بهداشتی در مورد نگهداری اماکن قدیمی و میراث فرهنگی و ...) می باشد که توصیه این مسئله و تعیین این اولویت در شرح وظایف سایر ارگانها بدلیل حساسیتی که در تأمین سلامت انسانی دارا می باشد بایستی در سر لوحه اقدامات مرکز بهداشت شهرستان قرار گیرد.

که البته این بخش ها بسته به نوع فعالیت مورد لزوم جهت کنترل این بیماری با اندک تفاوتیهایی تقریباً در هر سه شکل Z.C.L (فرم مرطوب) A.C.L (فرم خشک) و Z.V.L (نوع احشایی) بیماری مشابه می باشند.

۲- آموزش

۱- آموزش جامعه :

آموزش جوامع انسانی در شهر و روستا جهت اقدام به حفاظت فردی می تواند در کاهش میزان ابتلا به بیماری لیشمانیوز جلدی علی الخصوص در نوع (A.C.L) که دارای مخزن انسانی است موثر باشد کشف بیمار و درمان سریع آن می تواند به کاهش مخزن آلودگی کمک زیادی نماید ضمن اینکه اطلاع از نحوه آلودگی انسان و محیط مناسب زیست و تکثیر پشه خاکی، (زباله، کود حیوانی و ...) رعایت فاصله مناسب زندگی انسان و دام ، پوشاندن روی زخم و تمیز نگهداشتن آن ، ادامه درمان توسط بیمار ، تخریب اماکن متروکه ، استفاده از پشه بند بهداشتی و توری و یا پشه بند معمولی در نوع (A.C.L) . کنترل کودکان جهت بازی در مکانهای آلوده در ساعات عصر و غروب آفتاب و رعایت احتیاط در موقع کشاورزی در ساعت خاصی از روز برای کشاورزان در نوع (Z.C.L) میتواند بسیار موثر باشد.

۲- آموزش کارکنان فنی :

کارکنان فنی در سطح محیطی بایستی آموزش های لازم در نحوه انتقال و پیش گیری از انتشار بیماری دائماً تحت آموزش قرار گیرند. تا بتوانند با انتقال اطلاعات خود به جامعه در معرض خطر از طریق چهره به چهره و مستمر از وقوع موارد بیماری جلوگیری نمایند و هم چنین بمحض برخورد با موارد مشکوک به بیماری اقدام لازم را بعمل آورند. (اقدامات اولیه و ارجاع به مقامات بالاتر)

- کارکنان فنی رده بالاتر (کاردان ، کارشناس، پزشک) بایستی آموزش لازم جهت بررسی موارد ، طبقه بندی بیماری وضعیت بیماری در منطقه ، راه انتقال ، پیشگیری و اقدامات لازم مراقبتی و انعکاس گزارش به

مقامات بالاتر و ... براساس دستور العمل های موجود کشوری گذرانده ، قادر به تصمیم گیری و اجراء
بگونه ای یکسان و منطبق با برنامه های کشوری باشند.

- استفاده از برنامه های صدا و سیمای منطقه ای ، آموزش چهره به چهره و تجمعات مختلف در روستا مثل
نماز جمعه و جلسات شورا میتواند راههای مناسبی جهت انتقال آموزش به جامعه باشد.

۳- مراقبت بیماری :

مراقبت اصلی ترین جزء کنترل بیماریهاست و سریع ترین روش آگاهی از بروز بیماری ، تحلیل وضعیت، برخورد مناسب با
بیماری در قالب سیستمی کارآمد بنام سیستم مراقبت را شامل می شود سه تعریف طبقه بندی شده براساس وضعیت بیماری
(مظنون ، محتمل ، قطعی) وجود دارد.

مورد مظنون لیشمانیوز جلدی :

وجود پاپول یا زخم پوستی ، بیشتر در نقاط باز بدن در منطقه آندمیک که بیش از ۱۰ روز طول کشیده باشد.

مورد محتمل لیشمانیوز جلدی :

وجود پاپول یا زخم پوستی که بتدریج افزایش اندازه یافته اولسرآن گاه سطحی و برآمده است و گاه بصورت زخم های عمیق و
چرکی با کناره های قرمز رنگ می باشد.

مورد قطعی لیشمانیوز جلدی :

وجود علائم مرحله مظنون با اضافه دیدن انگل در گسترش تهیه شده ضایعه پوستی (اسمیر ، کشت) در برنامه کنترل بیماری
سالک ، موارد با تعریف محتمل بایستی گزارش گردند و اطلاعات تکمیلی در فرمهای بررسی منعکس می گردد.

لیشمانیوز احشایی:

مورد مظنون :

بروز علائم کلینیکی بصورت بیماری تحت حاد با علائمی نظیر تب هیپاتومگالی ، اسپلنومگالی ، کاهش وزن ، کم خونی ، تغییر
رنگ پوست

مورد محتمل : علائم بالینی همراه با آزمایش مثبت IFA, DAT و...

مورد قطعی : وجود علائم مرحله مظنون با اضافه دیدن انگل در گسترش تهیه شده از بافتها (طحال ، مغز استخوان و غدد
لنفوی) و با بدست آوردن انگل در محیط کشت

در برنامه کنترل بیماری کالا آزار موارد با تعریف محتمل بایستی گزارش شوند و اطلاعات تکمیلی در فرم بررسی تکمیل می
گردند.

اساس مراقبت (C.L) لیشمانیوز جلدی :

لیشمانیوز جلدی در ۷۲ کشور بصورت آندمیک وجود دارد. بروز سالیانه آن ۱/۰۰۵/۰۰۰ مورد تخمین زده می شود بیماری دارای
چندین فرم کلینیکی می باشد که عبارتند از لیشمانیوز جلدی لوکانیزه - لیشمانیوز جلدی منتشر (D.C.L) مواردی که
بیشترین مشکل را به درمان دارند و لیشمانیوز جلدی مخاطی (M.C.L) که وخیم ترین فرم است و زخم های آن سبب تغییر
شکل در صورت می گردد. در کانونهای لیشمانیوز جلدی انسانی (A.C.L) که انسان تنها مخزن آن است ، همه گیری ها در
ارتباط با مهاجرت انسان از روستا به نواحی حاشیه ای فقیر شهرها اتفاق می افتد.

در کانونهای زئونوتیک (حیوانی) که پستانداران مخزن بیماری می باشند. اپیدمی ها با تغییرات محیطی و جابجائی مردم غیر ایمن به نواحی روستایی ارتباط دارد. برای ایجاد و راه اندازی اقدامات نظارتی موثر به منظور کنترل و کشف اپیدمی ها مراقبت اساس کار است.

مدل های مراقبتی توصیه شده :

- در سطح محیطی ثبت بیماران باید جهت بررسی و مدیریت برنامه نگهداری شود.
- گزارش جاری ماهانه از داد های جمع آری شده از سطح محیطی به میانی و مرکزی
- بین المللی : گزارش سالانه از سطح مرکزی به WHO (در تعداد محدودی از کشورها)
- بیماریابی فعال از طریق بررسی گروههای انتخابی با بررسی های همگانی (بصورت استاندارد و متناوب) از دیگر راههای تخمین شیوع C.L می باشند.

حداقل داده های توصیه شده :

- ۱- ثبت مشخصات بیمار در سطح محیطی
- مشخصات فردی :
سن ، جنس ، اطلاعات جغرافیایی سابقه مسافرت ها ، محل اقامت و دوره اقامت
- داده های مربوط به لیشمانیوز:
سیمای بالینی - تاریخ تشخیص - تشخیص های سرولوژی (فقط برای M.C.L) و پارازیتولوژی ، انواع گونه های لیشمانیا، نتیجه درمان
- ۲- مجموع داده ها جهت گزارش :
تعداد موارد برحسب سن ، جنس ، نوع تشخیص

توصیه ها برای آنالیز ، عرضه و گزارش داده:

جدول : موارد جدید برحسب منطقه جغرافیایی - سن - جنس - نوع تشخیص - ماه و سال ، شیوع نقطه ای (در صورت بیماریابی اکتیو)

نقشه : موارد جدید برحسب روستا

موارد استفاده از داده ها جهت تصمیم گیری :

- ارزیابی وسعت واقعی مشکل و جمعیت در معرض خطر
- ارتقاء و متمرکز کردن فعالیت های کنترلی
- اصلاح مدیریت و پیگیری بیماران M.C.L, D.C.L-C.L
- شناسایی تکنیک ها و مشکلات اجرایی
- ارزیابی تاثیر مداخلات کنترلی
- اپیدمی های مورد انتظار (پیش بینی اپیدمی ها)

شرایط اختصاصی :

از آنجا که اطلاعات موجود در مورد لیشمانیوز جلدی عمدتاً به روش بیماریابی پاسیو جمع آوری میگردد موارد موجود بسیار کمتر از موارد واقعی در جامعه می باشد.

سایر فاکتورهایی که به نقص تشخیص یا عدم تشخیص می انجامد عبارتند از: پراکندگی گسترده کانونها، محدودیت دسترسی به تسهیلات پزشکی، کمبود تسهیلات تشخیصی و محدودیت در استفاده یا استفاده نامنظم از داروهای خط اول

اساس مراقبت لیشمانیوز احشایی (V.L):

:

لیشمانیوز احشایی در ۶۱ کشور بصورت آندمیک وجود دارد. بروز سالانه آن حدود ۵۰۰/۰۰۰ مورد تخمین زده می شود این بیماری یکی از شدیدترین اشکال لیشمانیوز است که در صورت عدم درمان می تواند کشنده باشد. اپیدمی های متعدد و مرگباری در کانونهای لیشمانیوز احشایی با منشا انسانی در بنگلادش، هند، نپال و سودان اتفاق می افتد که در آنجا اعتقاد بر این است که انسان تنها مخزن بیماری است. درنقاطی که بیماری مستقر می باشد در جهت کنترل بیماری و کشف اپیدمی ها مراقبت از اقدامات اساسی می باشد. تعریف توصیه

مدل های توصیه شده مراقبتی:

- گزارش روتین ماهانه داده های جمع آوری شده از سطح محیطی به سطح میانی و مرکزی
- بین المللی: گزارشات سالیانه از سطح مرکزی (کشوری) به WHO (فقط تعدادی از کشورها)
- بیماریابی فعال از طریق بررسی گروههای انتخابی با بررسی همگانی (استاندارد شده و متناوب) این بررسی ها روش های جایگزینی هستند که برای تخمین شیوع V.L بکار می روند.

حداقل داده های توصیه شده:

- ۱- ثبت مشخصات انفرادی بیماران در سطح محیطی
- مشخصات فردی
- مشخصات فرد - سن - جنس - اطلاعات جغرافیایی - سابقه مسافرت - مدت اقامت

داده های مربوط به بیماری:

سیمای بالینی - تاریخ تشخیص - تشخیص سرولوژی و انگلی - انواع گونه های لیشمانیا و نتیجه درمان

۲- مجموعه داده ها جهت گزارش

تعداد موارد برحسب سن - جنس - نوع تشخیص

توصیه ها برای آنالیز، عرضه و گزارش داده ها

جدول: موارد بروز براساس محل جغرافیایی، سن، جنس، نوع تشخیص، گروههای در خطر و سیمای بالینی برحسب ماه و سال، شیوع نقطه ای (در صورت بیماریابی فعال)

موارد استفاده از داده ها جهت تصمیم گیری

- ارزیابی وسعت واقعی مشکل و جمعیت در معرض خطر
- ارتقاء و متمرکز کردن فعالیت های کنترلی
- مشخص نمودن مشکلات تکنیکی و اجرائی
- ارزیابی تاثیر مداخلات
- پیش بینی اپیدمی ها

شرایط اختصاصی

V.L مانند اغلب بیماریهایی که داده های آماری آن فقط بصورت پاسیو جمع آوری می شوند بمقدار زیاد کمتر از موارد واقعی گزارش می گردد. تعداد موارد بیماری که در معرض تماس با عفونت بصورت بدون علامت قرار دارند بسیار مهم تر از مواردیست که کشف می گردند.

توضیح اینکه مدیریت شهرستان با نظارت بر پراکندگی جغرافیائی بیماری ، روند ماهیانه ، سالیانه ، مقایسه میزان بروز بیماری در مقاطع زمانی و مکانی مختلف بایستی دائماً چگونگی وضعیت بیماری را تحت مراقبت داشته تا بمحض بروز اولین اختلال در وضعیت عادی پاسخ مناسب و واکنش لازم را ارائه نماید.

مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی:

- ۱- ثبت موارد مبتلایان و تهیه فرم بررسی و اعلام موارد و کانونهای آلوده به شهرستان
- ۲- تهیه نقشه پراکندگی آلودگی بطور دقیق از منطقه تحت پوشش
- ۳- تهیه نمونه از مبتلایان (لیشمانیوز جلدی) و آزمایش آن . البته نمونه گیری جهت انجام آزمایش آگلوتیناسیون مستقیم در مورد بیماری کالا آزار (DAT) در حال حاضر فقط در چهار استان آذربایجان شرقی ، اردبیل ، فارس ، بوشهر در دست انجام است و سایر استانها بتدریج تحت پوشش قرار خواهند گرفت که در آنصورت نمونه تهیه شده به مرکز بهداشت شهرستان جهت آزمایش فرستاده خواهد شد.
- ۴- درمان سریع مبتلایان طبق دستورالعمل کشوری
- ۵- ادامه درمان و نظارت بر حسن اجرای فعالیتهای واحدهای محیطی
- ۶- شناسائی محل زندگی مخازن ، طعمه گذاری، تخریب با حمایت شهرستان و استان و هماهنگی سایر ادارات ذیربط
- ۷- فعال نمودن سیستم صحیح جمع آوری زباله در روستا و نظارت بر حسن اجرای آن با کمک سایر ادارات ذیربط
- ۸- آموزش جامعه بطور مستمر با روش چهره بچهره توسط رابطین ، بهورزان ، سایر پرسنل بهداشتی
- ۹- نظارت بر کلیه واحدهای محیطی

خانه بهداشت:

- کشف موارد مشکوک و ارجاع به مراکز بالاتر جهت تشخیص قطعی و درمان
- در مورد لیشمانیوز جلدی پس از آموزش کافی در مناطق آلوده و آندمیک تهیه لام از مورد مشکوک توسط بهورز انجام شده جهت تشخیص آزمایشگاهی به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال می گردد. در مورد بیماری لیشمانیوز احشایی کشف موارد مشکوک و ارجاع به مراکز بالاتر جهت تشخیص قطعی فعلا در چهار استان پایلوت طرح بیماریابی تجربی کالا آزار (فارس ، بوشهر، اردبیل ، آذربایجان شرقی) نمونه خون تهیه و به مرکز تشخیص از آزمایشگاه شهرستان ارسال می گردد تا بتدریج کلیه استانها تحت پوشش قرار گیرند.
- ثبت موارد مثبت تأیید شده و گزارش ماهیانه آن و آموزش لازم به مبتلایان جهت رعایت بهداشت زخم و پیگیری درمان
- آغشته نمودن پشه بند به سم
- آموزش چهره به چهره اهالی جهت استفاده از پشه بند و دفع صحیح زباله

مرکز بهداشتی درمانی روستایی..... خانه بهداشت..... تیم روستایی.....	دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... مرکز بهداشت شهرستان	سالک تاریخ تهیه فرم.....
نام خانوادگی:	نام پدر:	سن:
جنس:	ملیت:	
آدرس محل سکونت فعلی:		
آدرس محل سکونت در یکسال گذشته:		
تعداد افراد خانوار محل سکونت:		
تعداد افرادی که در خانه دارای ضایعات جلدی می باشند		
مشخصات ساختمان مسکونی محل سکونت:		
نوساز آ	قدیمی آ	مخروبه آ
علائم بالینی (مشخصات ضایعه):		
محل ضایعه در بدن:	تعداد ضایعات:	
تاریخ بروز علائم (ظهور زخم):	تاریخ تشخیص:	منبع گزارش:
نتیجه آزمایش تشخیصی:		
نوع، مقدار و مدت داروی تجویز شده:		
نتیجه درمان:		
بررسی همه گیر شناسی:		
- نوع مخزن مشخص گردد (در صورت وجود سگ در منزل، وجود ضایعه جلدی آن بررسی شود):		
- وجود و نوع ناقل (پشه فلبوتوم):		
- نوع بیماری (خشک یا مرطوب):		
اقدامات پیگیری:		
نام پزشک بررسی کننده	تاریخ بررسی	امضاء و شماره نظام پزشکی
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان		
امضاء		
یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.		

کالاآزار

تاریخ تهیه فرم

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

تیم روستایی

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

سن:

جنس:

ملیت

آدرس محل سکونت فعلی:

آدرس محل سکونت در یکسال گذشته:

مشخصات ساختمان مسکونی محل سکونت:

نوساز آ

قدیمی آ

مخروبه آ

علائم بالینی

تاریخ بروز علائم

تاریخ تشخیص:

منبع گزارش:

نتیجه آزمایش تشخیصی:

نوع، مقدار و مدت داروی تجویز شده:

نتیجه درمان:

بررسی همه گیر شناسی:

- نوع مخزن:

- وجود و نوع ناقل (پشه فلبوتوم):

اقدامات پیگیری:

نام پزشک بررسی کننده

تاریخ بررسی

نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان

امضاء

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.

