

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تلاش نهایی برای حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی

پرسش و پاسخ

سازمان جهانی بهداشت
(۲۰۰۳)

ترجمه:

دکتر افشین دلشاد
دکتر مهشید ناصحی
الهه محمودی مقدم

ویرایش و بازبینی:
دکتر اسماعیل صائبی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماری‌ها

مرکز نشر
میرا

تلاش نهایی برای حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی: پرسش و پاسخ / [سازمان جهانی بهداشت]؛ مترجمان: افشین دلشاد، مهشید ناصحی، الهه محمودی مقدم؛ بازبینی: اسماعیل صائبی؛ به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها - تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۴
۵۶ ص.

ISBN 964-359-118-2

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیپا.

عنوان اصلی: *The Final Push Strategy to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem (Questions & Answers, 2003)*

۱. جذام -- پیشگیری. ۲. جذام -- درمان. الف. دلشاد، افشین، - ب. سازمان جهانی بهداشت

ج. ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز مدیریت بیماری‌ها.

ت/ ۱۵۴ RC ۶۱۶/۹۹۸

کتابخانه ملی ایران ۸۳-۹۰۵ م

مرکز نشر
میرا

۸۸۵۵۳۴۰۳ و ۸۸۵۵۳۴۲۹

دورنگار: ۸۸۷۱۳۶۵۳

مرکز مدیریت بیماری‌ها

تلاش نهایی برای حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی
پرسش و پاسخ

سازمان جهانی بهداشت

مترجم: دکتر افشین دلشاد، دکتر مهشید ناصحی، الهه محمودی مقدم

ویرایش و بازبینی: دکتر اسماعیل صائبی

خدمات چاپ و نشر: مرکز نشر صدا

طرح روی جلد: هومن مردان‌پور

صفحه‌آرایی: لیلا پورفولادی

نوبت چاپ: دوم (۱۳۸۴)

تعداد: ۵۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۶۴-۳۵۹-۱۱۸-۲

«حق چاپ برای مرکز مدیریت بیماری‌ها محفوظ است.»

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
vii	پیشگفتار
۹	مباحث استراتژیک، راهکار حذف جذام به‌عنوان مشکل بهداشت عمومی
۱۴	پیمان جهانی برای حذف جذام و راهکار تلاش نهایی
۱۸	ادغام جذام در خدمات بهداشت عمومی
۲۳	راهکارهای ارتباطی
۲۷	عملیات ویژه برای حذف جذام
۳۱	مسائل تکنیکی
۳۶	داروهای جایگزین ضد جذام
۳۸	توقف استفاده از اسمیر پوستی برای تشخیص
۳۹	کوتاه‌نمودن دورهٔ MDT برای بیماران MB
۴۱	واکسن‌ها/ پیشگیری دارویی
۴۱	مباحث عملی
۴۳	موارد عود در مقابل واکنش‌ها
۴۴	درمان واکنش‌ها
۴۹	ثبوت
۵۰	عملکرد خوب
۵۰	نقش WHO
۵۲	واژه‌های مصطلح در برنامهٔ جذام

در هر حال، عامل اساسی در کوشش نهایی برای حذف، انسان است. ما به افرادی نیاز داریم که از خود ابتکار نشان‌دهند و از مواجهه با عقاید تازه نهراسند. افرادی که امیدوارند به‌عنوان یک شریک فعال در این کوشش جهانی برای امن‌تر و شادترساختن زندگی برای خود و خانواده‌های خود همکاری نمایند. من همچنین امیدوارم این جزوه در درک بهتر راهکار و فن‌آوری MDT برای تلاش نهایی در حذف جذام مفید باشد. ما مشتاق دریافت نظرها و پیشنهادهای شما هستیم.

دکتر دیوید هی‌من
مدیر اجرایی بیماری‌های واگیر
سازمان جهانی بهداشت، ژنو ۲۰۰۳

پیشگفتار

صدها سال، برای رفاه و آسایش افراد مبتلا به جذام و در بعد وسیع‌تر، جامعه، بیماران را از خانه‌هایشان رانده‌بودند و در آسایشگاه‌های جذامیان نگهداری می‌نمودند. اغلب فرزندان مجبور بودند مدت‌ها جدا از والدین خود به‌سر ببرند. اکنون تمام این بیماران در سراسر دنیا می‌توانند با داشتن یک زندگی کاملاً عادی، درمان و معالجه شوند. امروزه به‌طور منطقی تلاش می‌شود زندگی طبیعی بیماران و کانون خانوادگی آن‌ها حفظ شود. بیشترین کوشش ما باید روی ادغام جذام در سیستم خدمات بهداشتی متمرکز گردد.

کارکنان بهداشتی در تمام سطوح باید روش‌های ساده مورد لزوم برای تشخیص جذام را آموزش ببینند و درمان چنددارویی (MDT) در تمام مراکز بهداشتی اولیه باید در دسترس باشد تا بیماران در نزدیک‌ترین مرکز به منزل خود تحت درمان قرار گیرند.

هم‌زمان با تلاش برای در دسترس قرار دادن درمان آسان، بایستی این باور مثبت در جامعه ایجاد شود که جذام به سادگی سایر بیماری‌ها، قابل درمان است. نقش ما کمک به تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران بهداشتی و جامعه در درک این موضوع است که

«حذف جذام از خانه‌ها، مدرسه‌ها و روستاها غیرممکن نیست.»

ما باید این اطلاعات واضح را به آن‌ها منتقل کنیم و این پیام ساده را برسانیم:

دیگر نباید از جذام ترسید؛

جذام به راحتی قابل درمان است؛

درمان رایگان در دسترس است.

تمام کوشش‌های ما باید صرف این موضوع گردد که حق جوامع برای زیستن در یک دنیای بدون جذام تبیین گردد.

مباحث استراتژیک

راهکار حذف جذام به عنوان مشکل بهداشت عمومی

۱. چرا حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی امکان پذیر است؟

جذام از معدود بیماری‌های عفونی است که برای حذف معیارهای مشخصی دارد:

- تنها مخزن بیماری، انسان‌های آلوده درمان نشده هستند؛
- ابزار ساده و کاربردی برای تشخیص در دسترس است و جذام را می‌توان بر اساس علائم بالینی تشخیص داد؛
- برای قطع زنجیره انتقال عفونت اقدام‌های درمانی مؤثری وجود دارد (MDT)؛
- در حالت طبیعی، «موارد بروز» [موارد جدیدی که اخیراً رخ داده است] کسر کوچکی از بار شیوع بیماری است و کمتر از میزان مشخصی برای شیوع، امکان بازگشت بیماری بسیار غیرمتمثل است؛
- برخلاف سل، وضعیت بیماری جذام تحت تأثیر عفونت HIV قرار نمی‌گیرد.

۲. منظور از حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی چیست؟

در سال ۱۹۹۱ سازمان جهانی بهداشت مصوبه‌ای را انتشار داد که در آن، حذف جذام را تا سال ۲۰۰۰ هدف‌گذاری نمود. حذف جذام به معنای میزان شیوع کمتر از ۱ مورد در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت است.

راهکار حذف براساس کشف و درمان تمام موارد با MDT به منظور کاهش بار بیماری به میزان بسیار پایین است. در سطح بسیار پایین بیماری، انتقال باسیل‌های جذام کاهش خواهد یافت. آن قدر که وقوع موارد جدید در جامعه به تدریج کاهش می‌یابد. نکته اساسی این است که از

دسترسی تمام موارد جدید بیماری به خدمات MDT، به صورت مستمر اطمینان حاصل نماییم.

۳. بازتاب حذف جذام چه بوده است؟

راهکار حذف، اختصاص منابع عمده و ایجاد تعهدات سیاسی را به دنبال داشته است و در نتیجه، باعث اجرای گسترده MDT، کشف تعداد زیادی از بیماران، تحت درمان قرار دادن موارد جدید و کاهش منبع عفونت در جامعه شده است.

متجاوز از ۱۲ میلیون نفر شناسایی و با MDT تحت درمان قرار گرفتند. به علاوه، از ۴ میلیون معلولیت جلوگیری شد. این تأثیرات مهم، برنامه حذف جذام را توجیه پذیر می‌سازد.

در ۱۸ سال گذشته، میزان شیوع جهانی بیماری ۹۰ درصد کاهش یافته است. در پایان سال ۲۰۰۰ جذام به عنوان یک مشکل در سطح جهان حذف شده تلقی گردید. در اوایل سال ۲۰۰۳، متجاوز از ۱۱۰ کشور به هدف حذف جذام رسیده‌اند و فقط در ۱۲ کشور این مشکل همچنان باقی است.

مسئله جذام هم‌اکنون مشکل ۵ کشور آندمیک (هند، برزیل، ماداگاسکار، نپال و موزامبیک) است که متجاوز از ۸۳ درصد شیوع و ۸۸ درصد از موارد جدید جهانی جذام را تشکیل می‌دهند.

میزان شیوع در این کشورها حدود ۴ در ۱۰۰۰۰ نفر است. با افزایش پوشش و اطلاعات مربوط به جذام در سیستم‌های بهداشتی هر ساله تقریباً ۶۰۰۰۰۰ مورد جدید کشف می‌شود و تقریباً درمان آن‌ها کاملاً رایگان و توسط کلینیک‌های محلی در دسترس است.

۴. مشکلات اساسی که فعالیت‌های حذف جذام با آن مواجه است، کدامند؟

مشکلات اساسی فراروی راهکار حذف جذام بیشتر عملیاتی هستند تا تکنیکی.

عنصر اصلی راهکار حذف جذام، فراهم‌ساختن رایگان داروهای MDT برای تمام بیماران مبتلا به جذام است و به‌رحال این راهکارها نیازمند تطابق با واقعیت‌های منطقی، از جمله مشکلات مناطق دوردست و دارای زیرساخت‌های ضعیف بهداشتی، جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است و راهکار براساس آن پیاده‌می‌شود.

یک مشکل عملیاتی این است که در حقیقت تشخیص و درمان جذام به‌شدت متمرکز و فقط توسط افراد متخصص اجرایی‌شود. به‌علاوه، راهکارها در بعضی کشورها بسیار پیچیده و غیرقابل انعطاف شده‌است. در نتیجه، در این کشورها بیماران به‌راحتی به داروهای MDT دسترسی ندارند. این مسئله توضیح‌دهنده وجود موارد عمده پنهان بیماری است که هنوز باقی مانده‌اند و به‌عنوان منبع عفونت در جامعه مطرح هستند و باعث گسترش بیماری در جوامع می‌شوند. دلیل دیگر، پوشش ضعیف جغرافیایی خدمات MDT یا محدودیت آگاهی جوامع از دسترس‌بودن درمان مؤثر و رایگان است. این مسئله به نتایج اسفباری نظیر تشخیص دیررس، میزان معلولیت بالا و بهبودی پایین منجر می‌شود. وحشت شدید از جذام هنوز هم وجود دارد و به طرد و جداسازی افراد مبتلا و خانواده آن‌ها منجر می‌شود.

آنچه مورد نیاز است، هر چه ساده‌تر نمودن رویکرد تشخیص و درمان توسط کارکنان بهداشتی در سطح روستاها و ارائه خدماتی است که باید «بیمارمدار» و بدون پیچیدگی باشد، به نحوی که بیماران دوره درمان خود را با کم‌ترین تغییر در زندگی عادی، تکمیل نمایند.

۵. آیا میزان بالای بیماریابی جدید نشان‌دهنده شکست راهکار حذف جذام است؟

یک جزء جدایی‌ناپذیر راهکار حذف جذام، توسعه پوشش جغرافیایی خدمات مربوط به جذام از طریق ادغام آن‌ها در شبکه‌های بهداشتی و هدایت بسیج‌های حذف جذام است. در کوتاه‌مدت، افزایش موارد جدید نه تنها به معنی شکست نیست، بلکه الزاماً مطلوب نیز هست؛ زیرا تعداد زیادی از بیماران شناسایی نشده از قبل، با این راهکار تشخیص داده شده و تحت درمان قرار می‌گیرند. در واقع، بیشتر بیماران جدید عملاً سال‌هاست از جذام رنج برده‌اند و فقط درصد کوچکی از آن‌ها موارد بروز حقیقی محسوب می‌شوند که بیماری آن‌ها سال گذشته شروع شده‌است.

فقدان ابزار مناسب، سنجش انسیدانس واقعی جذام را غیرممکن ساخته‌است که می‌توانست بهترین ابزار ارزیابی میزان اثرات تلاش‌های انجام‌شده در جهت حذف انتقال جذام در جامعه باشد. استفاده از شاخص میزان‌های کشف موارد، محدودیت‌های شدیدی دارد که عمدتاً از میزان فعالیت‌های عملی و کاربردی منشأ می‌گیرد و بنابراین شاخص مناسبی برای محاسبه میزان انتقال بیماری نیست.

از نقطه نظر همه‌گیرشناسی، افزایش در شاخص میزان کشف موارد جدید با پیشرفت برنامه حذف متناسب است. در تعداد زیادی از کشورها پس از به‌کارگیری گسترده MDT برای چند سال، میزان سالانه موارد جدید بیماری به‌شدت کاهش یافت. روندهای متناقض با میزان‌های کشف به‌نسبت ثابت گزارش شده از برخی کشورهای اندمیک عمده برای مثال هند که ۷۸ درصد موارد کشف‌شده سالانه را به خود اختصاص داده‌است، می‌تواند نتیجه کمبود عوامل متعدد اجرایی و عملکردی باشد تا عوامل اپیدمیولوژیک.

۶. چرا میزان شیوع به عنوان معیار حذف انتخاب شده است؟

میزان شیوع در پایان سال یک شاخص ساده و قابل فهم و نشان دهنده بار بیماری پس از شمارش تعداد بیماران جدید کشف شده و بهبود یافته در طی سال است.

هدف اصلی راهکار حذف جذام، کاهش بار بیماری به میزان بسیار پایین است. به دنبال گسترش ارائه خدمات MDT به مناطق پوشش داده نشده و کم پوشش قبلی، بیشتر موارد بیماران کشف شده، در واقع مواردی هستند که در سال‌های قبل به بیماری مبتلا شده‌اند و به دلایل مختلفی کشف نشده باقی مانده‌اند. میزان موارد واقعاً جدید و یا «بروز» که در طول سال گذشته به بیماری مبتلا شده‌اند، کسر کوچکی از تمام موارد کشف شده است. دوره نهفتگی طولانی و نبود ابزار برای مطالعه انتقال در جامعه، میزان بروز را به عنوان یک معیار استاندارد برای پایش وضعیت بیماری غیرممکن می‌سازد.

سازمان جهانی بهداشت کاملاً از محدودیت‌های شاخص شیوع در حذف جذام آگاه است؛ ولی در صورت نبود جایگزین کاربردی، بهترین شاخص محسوب می‌شود. به هر ترتیب، سازمان جهانی بهداشت در جهت درستی و اهمیت شیوع به عنوان یک شاخص توصیه‌هایی اختصاصی دارد و به عنوان مثال ثبت به روز جذام را توصیه می‌نماید. بایستی بیماران بهبود یافته از فهرست خارج شده تا بار بیماری بیش از میزان واقعی تخمین زده نشود. از طرف دیگر بار بیماری در مناطقی که پوشش نامناسبی دارند کمتر از حد واقعی محاسبه می‌گردد و مردم را تشویق نمی‌نماید تا به دنبال درمان بروند.

۷. چرا برنامه ریشه‌کنی جذام به جای حذف جذام مطرح نگردیده است؟

ریشه‌کنی به معنی از بین رفتن کامل بیماری و عامل بیماری‌زا در سراسر

جهان است. در حال حاضر، امکانات لازم برای مصونیت از ابتلا به بیماری و عفونت، تشخیص و درمان موارد بدون علامت آن را در اختیار نداریم. به این منظور، منابع بسیاری برای توسعه و بهبود ابزار ضروری مورد نیاز است که تقریباً غیرممکن است، درجایی که بیماری‌هایی با میزان‌های بالای مرگ و میر مثل سل و مالاریا وجود دارد، اختصاص آن منابع برای جذام توجیه‌ناپذیر است.

۸. تفاوت حذف با کنترل جذام در چیست؟

کنترل جذام نسبت به حذف آن مفهوم محدودتری دارد و به معنی یافتن موارد و درمان بیماران، بدون نیاز به تلاش برای دستیابی به پوشش کامل جغرافیایی با MDT است. به طور معمول، خدمات کنترل جذام توسط کارکنان متخصص بهتر از کارکنان بهداشت عمومی فراهم می‌شود.

برعکس مفهوم حذف جذام عبارت است از:

- دسترسی به MDT رایگان در درمانگاه‌های محلی بهداشت؛
- تمایل به درگیر نمودن تمام خدمات بهداشت عمومی در برنامه برای یک هدف مشخص در چهارچوب زمانی مشخص؛
- مشارکت فعال جوامع با افزایش فعالیت‌های اطلاع‌رسانی.

پیمان جهانی برای حذف جذام و راهکار تلاش نهایی**۹. دلیل انعقاد پیمان جهانی و طرح راهکار «تلاش نهایی» برای حذف جذام چیست؟**

با وجود موفقیت‌های عظیم هنوز چالش‌هایی باقی مانده است. پذیرش و به کارگیری MDT هنوز در بسیاری از مناطق هیپراندمیک به آرامی

صورت می‌گیرد و پوشش جغرافیایی MDT در بعضی مناطق هنوز پایین است. میزان شیوع بیماری در ۵ کشور اندمیک عمده هنوز ۴ برابر میزان هدف جهانی است.

چالش اساسی، افزایش سریع پوشش خدمات MDT و ارائه خدمات بهداشتی محلی در جوامع و متعهد ساختن آنها برای حذف جذام است. سازمان جهانی بهداشت بر این باور است که بهترین راه کسب موفقیت، مشارکت و همکاری است.

با ابتکار سازمان جهانی بهداشت، گردهمایی حذف جذام (GAEL)^۱ در نوامبر ۱۹۹۹ تبیین شد تا نسبت به اتخاذ راهکار مشترک براساس تجربیات گذشته فعالیت‌های حذف جذام، اجرای وسیع و پایش مؤثر اطمینان نمایند. GAEL سازمان جهانی بهداشت را متعهد ساخت که پس از حذف جذام در سطح جهانی، حذف بیماری در سطح کشوری تا سال ۲۰۰۵ گام بعدی باشد. به نظر می‌رسد ۲/۵ تا ۲/۸ میلیون نفر در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ شناسایی و درمان شوند.

۱۰. اجزای اصلی راهکار «تلاش نهایی» چیست؟

- اجزای کلیدی راهکار تلاش نهایی عبارتند از:
- ادغام خدمات حذف جذام در شبکه‌های بهداشتی - درمانی برای بهبود دستیابی به درمان؛
- فراهم آوردن توانایی لازم برای کارکنان بهداشتی درخصوص شناسایی و درمان جذام؛
- بهبود تدارکات تأمین دارو به منظور اطمینان از کفایت ذخایر MDT در مراکز بهداشتی؛

1. Global Alliance for Elimination of Leprosy

- تغییر نگرش جامعه درباره جذام و ایجاد انگیزه در مردم به منظور مراجعه بهنگام برای درمان؛
- اطمینان از میزان بالای درمان بیماران از طریق سیستم تحویل دارو به صورت انعطاف‌پذیر و بیمارمدار؛
- ساده نمودن پایش و پیگیری پیشرفت برنامه حذف.

۱۱. به دنبال معرفی و اجرای برنامه جهانی در سطح کشوری چه دستاوردی خواهیم داشت؟

در سال اول GAEL پس از بررسی وضعیت در کشورهای اندمیک و با درک بهتر از واقعیت‌های جامعه، انطباق آنها را با شرایط منطقه‌ای و محلی متمرکز ساخته است. به علت نبود اطلاعات درباره وضعیت جذام در بعضی مناطق، مشکلات بسیاری در این کار مهم به وجود آمد که خود ناشی از کمبود زیرساخت‌های بهداشتی، بحران‌های سیاسی، درگیری‌های نظامی و یا عدم دسترسی بوده است.

تغییرات سازمانی مهم و جاری در کشورهای دارای اولویت عبارتند از:

- امروزه برنامه‌های بسیار جدی با پوشش ضعیف MDT (در بیشتر کشورها سیستم بهداشتی کمتر از ۱۰ درصد خدمات MDT را ارائه می‌نماید) در خدمات مراقبت بهداشت همگانی ادغام می‌شوند تا پوشش MDT بهبود یابد؛
- فعالیت‌های حذف جذام که تاکنون تحت مدیریتی کاملاً متمرکز اداره می‌شده‌اند به سوی تمرکززدایی پیش روند، به طوری که مقامات بهداشتی ایالتی و استانی «خود» مسئولیت فعالیت‌های حذف جذام را برعهده گیرند؛

- کارکنان بهداشتی باید تحت آموزش مجدد قرارگیرند؛ زیرا آنان مسئول برنامه حذف هستند؛
- نقش کارکنان برنامه‌های عمودی در حال تجدید نظر و اصلاح است تا کارکنان بهداشت عمومی را حمایت نمایند و یا آن‌ها را مورد آموزش مجدد قرار دهند و یا در سایر برنامه‌های کنترلی بیماری‌ها به کار گمارند؛
- ارتقای سطح آگاهی و مشارکت افراد جامعه در خصوص فعالیت حذف جذام؛
- افزایش میزان بهبودی با ساده‌نمودن خط‌مشی درمان و بهبود مدیریت تدارک MDT به‌ویژه در مناطق مشکل‌دار و با دسترسی کم به MDT باید صورت گیرد.

۱۲. مشکلات احتمالی فراروی برنامه حذف جذام که مانع رسیدن به حذف جهانی در مناطق اندمیک خواهد بود، چیست؟

همه ما باید مراقب مشکلات زیر باشیم:

- کاهش تعهد در ادغام خدمات MDT در سیستم شبکه‌های بهداشتی به‌منظور افزایش پوشش جغرافیایی و دسترسی به خدمات MDT؛
- شکست در تعریف مجدد نقش برنامه‌های عمودی بعد از ادغام و انتقال کارکنان برای سایر عملیات؛
- غرور ناشی از موفقیت‌های اولیه و ابتدایی نباید ما را از دستیابی به پوشش بالا بازدارد؛
- شکست در توسعه خدمات MDT به مناطق پرجمعیت غیرقابل دسترسی که زیرساخت‌های بهداشتی در آن‌جا ضعیف است و یا وجود ندارد؛
- موارد استثنایی مانند توقف کامل در ارائه خدمات بهداشتی در اثر اختلالات شهری (و سایر عوامل مانند بلایای طبیعی) در مناطقی که قبلاً تحت پوشش MDT بوده‌اند.

۱۳. آیا پیشرفت برنامه حذف باعث کاهش حمایت از برنامه خواهد شد؟ همیشه این خطر وجود دارد که تعهد سیاستمداران، برنامه‌ریزان و تأمین‌کنندگان مالی با کاهش تعداد بیماران در طی برنامه‌های حذف، کاهش یابد. به‌علاوه، اولویت‌های دیگر بهداشتی مانند ایدز، مالاریا و سل ممکن است به آسانی جذام را بپوشانند. در عین حال، هیچ دلیلی وجود ندارد که انگیزه تصمیم‌گیرندگان تاکنون کاهش یافته باشد. بلکه برعکس، حتی به نظر می‌رسد در طی برنامه‌های حذف و در نتیجه دستیابی به یک پیشرفت واقعی، افزایش یابد.

۱۴. آیا پس از سال ۲۰۰۵ نیز موارد جدید ابتلا به جذام مشاهده خواهد شد؟ اگر چنین است، چگونه توجیه‌پذیر خواهد بود؟

پس از سال ۲۰۰۵ نیز تعداد بسیار کمی موارد جدید ابتلا به جذام دیده خواهد شد؛ زیرا افرادی وجود دارند که سال‌ها قبل به باسیل جذام آلوده شده‌اند، ولی به‌علت دوره نهفتگی طولانی این بیماری، سال‌ها بعد، علائم آن ظاهر خواهد شد.

به‌رحال با ادغام خدمات و افزایش پوشش MDT در مناطق با پوشش کم و افزایش آگاهی جوامع نسبت به بیماری، موارد جدید آن به‌صورت ثابتی کاهش خواهد یافت.

ادغام جذام در خدمات بهداشت عمومی

۱۵. چرا ادغام جذام در سیستم شبکه بهداشتی - درمانی ضروری است؟ ادغام، پوشش خدمات جذام را در جوامع افزایش می‌دهد و آن را به

یک بخش متصل به سیستم بهداشتی تبدیل می‌سازد. این اقدام، نتایج ذیل را به دنبال خواهد داشت:

- بهبود دسترسی به موقع بیماران به درمان؛
- از بین بردن این باور غلط که «جذام عارضه دار و وحشتناک است»، و ایجاد اطمینان از این که «جذام به راحتی قابل درمان است»؛
- ایجاد اطمینان از فراهم نمودن خدمات MDT به صورت روزانه در نزدیک ترین مرکز بهداشتی - درمانی؛
- گسترش شبکه‌ای کارکنان بهداشتی که قابلیت شناسایی، درمان و به همان اندازه اطلاع رسانی درباره بیماری جذام را دارند؛
- ایجاد اطمینان از دسترسی یکسان تمام گروه‌ها به خدمات MDT (نظیر زنان، قبیله‌ها، روستاییان و اقلیت‌های نژادی)؛
- تحکیم دستاوردهای مهمی که از طریق کاهش بار بیماری به دست می‌آیند.

۱۶. عوامل اساسی مورد نیاز برای ادغام جذام در سیستم بهداشتی چیست؟

سازمان جهانی بهداشت ادغام را بخشی از راهکار «تلاش نهایی» برای حفظ و دستیابی به هدف حذف در تمام کشورها قرار داده است. اصول پنج گانه مورد نظر سازمان جهانی بهداشت ساده هستند:

- هر مرکز بهداشتی در یک منطقه اندمیک بایستی خدمات MDT^۱ را برای تمام روزهای کاری فراهم سازد؛
- حداقل بایستی یکی از افراد پرسنل بهداشتی در هر مرکز بهداشتی آموزش دیده باشد؛

۱. خدمات MDT شامل تشخیص، درمان با MDT، آموزش جامعه، مشاوره بیمار و خانواده و مراکز برای ارجاع موارد عارضه دار است.

- میزان مناسبی از داروهای MDT برای بیماران، بایستی در دسترس و رایگان باشد؛
- مواد اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات (IEC) بایستی برای آموزش و مشاوره بیماران، خانواده و جامعه در دسترس باشد؛
- یک دفتر ثبت ساده برای درمان در دسترس باشد.

۱۷. مفهوم دسترسی آسان به MDT و اهمیت آن چیست؟

دسترسی آسان به این معنی است که خدمات جذام:

۱. نباید از محل سکونت بیمار دور باشد؛
۲. نباید گران باشد (تمام هزینه‌ها، نظیر کرایه حمل و نقل، زمان رفت و آمد، هزینه مشاوره تخصصی و ... در نظر گرفته شود)؛
۳. در تمام روزهای کاری ارائه شود؛
۴. با برخورد خوب و دور از هرگونه تبعیض و ترس به بیماران ارائه شود؛
۵. تشخیص، درمان و مشاوره را به آسانی در دسترس قرار دهد.

دسترسی آسان به خدمات به ویژه در جذام مهم است؛ زیرا جذام:

- در اغلب موارد، افراد فقیر را مبتلامی کند که نمی‌توانند هزینه سفر دور برای معالجه را پرداخت نمایند؛
- بیشتر افراد را در سنین بازدهی گرفتاری می‌سازد (به طور عمده افراد جوان) که اگر درمان برای آنان با تأخیر انجام شود دچار معلولیت می‌گردند؛
- به علت ترس و شرم ایجاد شده، فرد بیماری را پنهان یا کتمان می‌کند، بنابراین هرچه خدمات بهداشتی نزدیک تر باشد، امکان رازداری در مشاوره و درمان بیشتر است.

۱۸. چه نوع آموزشی برای کارکنان بهداشتی باید در نظر گرفته شود؟

- آموزش‌های ارائه شده به کارکنان بهداشتی باید آنان را در موارد ذیل توانمندسازد:
- بیمار مبتلا به جذام را شناسایی و براساس علائم بالینی طبقه بندی کنند؛
- بیمار را با رژیم مناسب MDT تحت درمان قرار دهند؛
- عوارض جذام را درمان و یا بیمار را ارجاع نمایند؛
- شواهد، دفاتر ثبت درمان و گزارش‌های آن را به‌طور مرتب ارسال نمایند؛
- به میزان کافی داروهای MDT را نگهداری نمایند؛
- اطلاعات کافی از بیماری را به بیماران، جامعه و تصمیم‌گیرندگان ارائه دهند.

برای تسهیل ادغام تشخیص و درمان جذام در سیستم شبکه‌های بهداشتی - درمانی، راهنمای ساده‌ای در اختیار کارکنان بهداشتی گذاشته شده است که پیگیری برنامه را شفاف و راحت می‌کند. نشانه‌هایی از بیماری که در راهنما ارائه شده است، ۷۰ تا ۸۰ درصد تظاهرات اختصاصی جذام را شامل می‌شود. اگر کارکنان بهداشتی به‌طور معمول کاهش حس را در هر ضایعه پوستی بررسی کنند، بسیاری از بیماران در مراحل اولیه بیماری شناسایی می‌شوند. به این ترتیب، این روند در وضعیت جاری مناطقی که اغلب به دلایلی، سرویس‌های بهداشتی قادر نبود مبتلایان به جذام را مدت‌ها قبل از معرفی MDT شناسایی کند و یا امید و انگیزه کافی برای این کار وجود داشت، یک پیشرفت اساسی محسوب می‌شود. مکانیسم‌های ارجاع نیز باید برای موارد پیچیده و مشکلی که مورد نیاز است طراحی شوند.

۱۹. چگونه می‌توان MDT را به شیوه بیمارمدار و انعطاف‌پذیر ارائه داد؟

درمان MDT را می‌توان انعطاف‌پذیر و بیمارمدار ارائه داد؛ زیرا:

- به صورت بسته بندی ماهانه در دسترس است؛

- بسیار مؤثر است (تقریباً هیچ‌گونه عودی به دنبال ندارد)؛
- بی‌ضرر است (تقریباً هیچ عارضه‌ای ندارد)؛
- برای بیشتر بیماران استاندارد است و به ندرت نیاز به تغییر دارد؛
- مؤثر است، حتی اگر نامنظم مصرف شود؛
- مقاومت دارویی ایجاد نمی‌کند؛
- نحوه مصرف آن برای بیماران قابل فهم است؛
- در منزل قابل نگهداری است.

۲۰. A-MDT چیست و چرا ارائه می‌شود؟

A-MDT اطمینان می‌دهد که بیماران یک دوره کامل درمانی را گذرانده‌اند. این برنامه برای حل مشکلات شایع درمان در محیط طراحی شده است. اغلب به دلایل کمبود دارو در مراکز بهداشتی دسترسی ضعیف به خدمات بهداشتی و یا عدم حضور کارکنان بهداشتی در زمان مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی، دوره درمان بیماران کامل نمی‌شود.

با روش A-MDT یک بیمار برخوردار می‌شود از:

- دوز کامل MDT در زمان تشخیص؛
- اطلاعات (به صورت مشاوره‌ای و جزوه‌های آموزشی) مربوط به بیماری، درمان، زمان و محل برای پیگیری عوارض بیماری؛
- اصطلاح A-MDT اشاره به همکاری فردی که با بیمار صمیمی باشد و مسئولیت درمان وی را در گذراندن یک دوره کامل درمان به عهده بگیرد، دارد.
- A-MDT از تماس مرتب بیمار با کارکنان بهداشتی جلوگیری نمی‌کند و اغلب باعث می‌شود که کارکنان برای توصیه‌های بهداشتی وقت

بیشتری داشته باشند تا از ایجاد معلولیت پیشگیری شده، و در جهت انجام کارهای معمول، نظیر تحویل و توزیع دارو، انرژی و منابع مالی کمتری صرف شود. پذیرش درمان از طرف بیمار ممکن است افزایش و موارد غیبت از درمان کاهش یابد و بیماران مجبور نخواهند بود همراه مسافت‌های طولانی و هزینه‌های اضافی را جهت رسیدن به مراکز درمانی صرف نمایند.

راهکارهای ارتباطی

۲۱. چرا ما نیاز داریم تصویر جذام را تغییر دهیم؟

تعداد بسیاری از بیماران شناسایی شده هنوز در جامعه وجود دارند که به دلایل متنوعی تحت درمان قرار نگرفته‌اند؛ از جمله:

- عدم آگاهی از فراهم بودن درمان مؤثر و رایگان و ترس غیرمنطقی از جذام و ننگ عمیق اجتماعی آن؛
 - وقت‌گیر و گران بودن شناسایی این موارد با یک برنامه بیماریابی فعال که ممکن است به هر ترتیب به کشف موارد بسیاری که به غلط عنوان مورد جدید اطلاق می‌شود، منجر گردد؛
 - تغییر در برداشت منفی از جذام ضروری است و بیماران باید تشویق شوند تا به محض مشاهده اولین لکه مشکوک جهت بررسی مراجعه نمایند، به علاوه از آنجا که خدمات جذام به صورت پیش‌رونده در سیستم‌های بهداشتی موجود ادغام شده است تغییر در برداشت از جذام به جهت مؤثر بودن خدمات ارائه شده در سطح جامعه ضروری است.
- یک تلاش جذاب و ضروری باید تشویق کند:
- بیماران با ضایعه پوستی را که به دنبال تشخیص و درمان به موقع باشند؛

- کارکنان بهداشتی را که هر وقت بیماران مبتلا به ضایعه‌های پوستی را معاینه می‌کنند، «به جذام فکر کنند»؛
- رهبران جامعه با رفتار تبعیض آمیز مبارزه کنند؛
- افراد جامعه بپذیرند که جذام یک بیماری ساده و درمان پذیر است و افراد را تشویق کنند تا به دنبال درمان خود بروند و آن را بپذیرند؛
- تصمیم‌گیرندگان از برنامه‌های حذف جذام پشتیبانی کنند و دسترسی به خدمات بهداشتی را تسهیل نمایند.

۲۲. مهم‌ترین پیام‌ها درباره جذام برای جامعه چیست؟

برخورد ارتباطی در خصوص معالجه و همچنین تأکید بر درمان رایگان بایستی مثبت و جذاب باشد؛ رویکردهای مبتنی بر ترس مؤثر نیست. این مهم است که پیام‌های ما ساده، روشن و مثبت باشد، به نحوی که کمک کند تا ترس از بیماری از بین برود.

برخی از این پیام‌ها می‌تواند شامل:

- جذام توسط یک میکروب به وجود می‌آید، نه ارثی است و نه یک نفرین؛
- جذام به راحتی، تنها با نشانه‌های بالینی قابل تشخیص است. یک لکه قرمز رنگ و یا کمرنگ و بی‌حس می‌تواند نشانه جذام باشد؛
- MDT میکروب‌ها را می‌کشد و از پخش عفونت جلوگیری می‌کند؛ پس از اولین دوز MDT، بیمار تحت درمان، دیگر آلوده کننده نیست؛
- رژیم MDT به صورت رایگان در تمام مراکز بهداشتی وجود دارد؛
- جذام را می‌توان کاملاً درمان نمود؛
- درمان منظم و زودهنگام از تغییر شکل اندام‌ها جلوگیری می‌کند؛
- بیمارانی که درمان خود را تکمیل نموده‌اند، بهبود یافته تلقی می‌شوند، حتی اگر عوارض پوستی و یا معلولیت باقی مانده داشته باشند؛
- بیماران پس از درمان می‌توانند یک زندگی طبیعی کامل را ادامه دهند.

۲۳. کانال‌های اساسی یک ارتباط منسجم چیست؟

یک ارتباط منسجم و یک برنامه مؤثر باید در جهت هدف قراردادن مخاطبان خودش حرکت نماید. رادیو و تلویزیون در جهت تشویق و ترغیب تمام افراد به مشارکت در برنامه‌های حذف جذام بسیار مؤثر است. با توجه به دسترسی محدود جوامع روستایی به رادیو و تلویزیون، می‌توان از پوستر، تئاتر و یا حتی آوازاها در برقراری ارتباط با افراد به‌طور مؤثر استفاده کرد. پوسترها و نوشته روی تابلوها باید در مناطق مورد توجه قرار داده‌شود تا باعث یادآوری و افزایش تشویق مردم برای مراجعه به مراکز بهداشتی گردد یا این‌که باعث شود تا مردم دربارهٔ جذام با یکدیگر صحبت کنند. ارتباط‌های شخصی به‌خصوص اگر براساس روابط اجتماعی و از طریق روحانیون باشد، بسیار قابل اعتماد است و اطلاعات دقیق‌تری را برای ما فراهم می‌سازد. همچنین، این ارتباط در پذیرش بیماری توسط جامعه و حمایت از بیماران مؤثر است.

علاوه بر تبلیغ مستقل، پیام‌های بهداشتی را می‌توان به راحتی از طریق برنامه‌های سرگرم‌کننده (سریال‌های تلویزیونی، داستان‌های رادیویی و نمایش‌های خیابانی) نیز پخش کرد. جلب حمایت شخصیت‌های مشهور ورزشی، فرهنگی و مذهبی برای تحقق اهداف برنامه‌های ما کمک بسیار مؤثری خواهد بود و این تجربه در برزیل، هند و میانمار با موفقیت همراه بوده است.

ایجاد تعادل بین تحت پوشش قراردادن، تماس، هزینه‌ها و اهداف گرچه بسیار دشوار، ولی ضروری است. به‌طور معمول، یک دوره کوتاه مدت پخش زیاد پیام و به دنبال آن پخش طولانی مدت تعداد کمی از پیام‌های بهداشتی معمول است.

۲۵

راهکارهای ارتباطی

اگر امکان داشته باشد، در جوامعی که افراد آن تحت پوشش هستند، بهتر است یک پیش‌آزمون انجام‌پذیرد تا مشخص شود آیا پیام‌های ما روشن، مؤثر و قابل اعتماد هستند و به درستی درک شده‌اند، و به اندازه کافی جذاب بوده‌اند.

۲۴. چه زمانی باید نسبت به انجام فعالیت‌های ارتباطی اقدام نمود؟

فعالیت‌های ارتباطی نباید قبل از این‌که خدمات بهداشتی در موقعیت دریافت، تشخیص و درمان بیماران جدید قرارگیرند، شروع شود. نباید انتظاراتی را به وجود آورد که قادر به پاسخ‌گویی آن‌ها نباشیم. در این صورت، برنامه ما اعتبار خود را برای همیشه از دست خواهد داد.

تصویر مثبت از جذام فقط موقعی به وجود خواهد آمد که بتوان خدمات را ارائه داد. به این معنا که مردم باید به خدمات تشخیصی و درمانی دسترسی آسان داشته باشند؛ کارکنان بهداشتی آموزش کافی دیده باشند تا به درستی جذام را تشخیص دهند؛ داروهای MDT به اندازه کافی وجود داشته باشد و هزینه درمان برای بیماران (نظیر هزینه مسافرت و غیبت از کار) قابل قبول باشد. اگر یک جامعه تحت تأثیرات عمیق برنامه جذام باشد، درحقیقت، دیدگاه خود را نسبت به بیماری تغییر خواهد داد.

۲۵. چرا باید جوامع به صورت فعال در فعالیت‌های حذف جذام مشارکت نمایند؟

ضروری است جوامع محلی، حذف جذام را برنامه خود بدانند و فعالانه از آن حمایت کنند. با درگیرکردن اعضای جامعه و افزایش مشارکت و آگاهی آن‌ها، ننگ ناشی از جذام در جامعه کاهش خواهد یافت. داوطلبان بهداشتی آموزش دیده برخاسته از جامعه در اطلاع‌رسانی صحیح و انجام توصیه به

۲۶

راهکارهای ارتباطی

سایر افراد جامعه نقش بسیار مهمی دارند. همچنین، این افراد می‌توانند با یادآوری به بیماران در اهمیت مصرف منظم داروهایشان، کمک‌کنند.

عملیات ویژه برای حذف جذام

۲۶. عملیات ویژه چیست؟

عملیات ویژه معمولاً در مناطق و جمعیت‌هایی انجام می‌گیرد که تصویری شود موارد تشخیص داده‌نشده زیادی موجود باشد. به‌طور عمده در این مناطق، پوشش MDT هنوز ضعیف است. آگاهی درباره بیماری در این مناطق ناکافی است و تصور منفی نسبت به جذام هنوز در این جوامع وجود دارد. این ضعف‌ها از مراجعه بیماران برای تشخیص و درمان زودرس جلوگیری می‌کند؛ در نتیجه، شانس معلولیت و انتقال عفونت به سایرین افزایش می‌یابد. برای توجه و تغییر این وضعیت عملیات ویژه فوری ضروری است.

عملیات ویژه شامل سه بخش است:

۱. قادر ساختن کارکنان بهداشتی برای ارائه خدمات MDT به جوامعی که به آن نیاز دارند.
۲. افزایش آگاهی جوامع و تشویق مشارکت آن‌ها برای بهبود خود گزارش دهی بیماری و حذف برداشت منفی نسبت به بیماری.
۳. اطمینان از این‌که تمام بیماران تشخیص داده‌شده و دوز کامل درمانی را دریافت نموده‌اند.

۲۷. چه فعالیت‌هایی در طی یک عملیات ویژه انجام می‌پذیرد؟

معمولاً زمان یک عملیات ویژه به خودی خود کوتاه است و موفقیت

آن به این موضوع بستگی دارد که فعالیت‌های از قبل خوب طراحی شده چگونه انجام شوند.

عملیات روی فعالیت‌های زیر متمرکز می‌شود:

- بیماریابی از طریق ایجاد آگاهی (خود گزارش دهی بیماران) و فراهم ساختن اطلاعات شفاف درباره این‌که بیماران برای تشخیص به کجا مراجعه نمایند.
- شروع درمان با دوز اول MDT و فراهم نمودن اطلاعات شفاف درباره چگونگی ادامه درمان، تهیه دارو و مکانی که جهت پیگیری باید مراجعه کنند.
- حذف برداشت منفی درباره بیماری از طریق IEC (اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباطات)، فعالیت‌ها و استفاده از روش‌های ارتباطی مختلف بر اساس موقعیت جوامع.

۲۸. انجام عملیات ویژه در کجا مورد نیاز است؟ گروه‌های جمعیتی مورد هدف کدامند؟

عملیات ویژه باید در مناطق و گروه‌های هدف زیر صورت پذیرد:

- مناطق روستایی: جایی که خدمات MDT مؤثر عمل نمی‌کند و شواهدی وجود دارد که موارد تشخیص داده‌نشده بیماری (موارد پنهان) همچنان موجود است (نظیر کارگران مهاجر).
- مناطق مرزی و یا صعب‌العبور: جایی که خدمات MDT در دسترس نیست و یا دسترسی به خدمات برای گروه‌های خاص دشوار است (نظیر اقلیت‌های قومی، عشایر، چادر نشینان، افراد بی‌خانمان و مهاجران).
- حاشیه شهرهای بزرگ، مناطق پست شهری: به‌طور معمول در این

مناطق ننگ ناشی از بیماری جدی است. آگاهی نسبت به بیماری اندک است و پوشش MDT به دلیل عدم دخالت مناسب سیستم بهداشت عمومی و بخش خصوصی پایین است. واضح است که در بیشتر برنامه‌ها اختلاف جدی در دسترسی زنان به خدمات MDT وجود دارد (gender gap) تلاش‌ها بایستی در جهت کاهش این فاصله و اختلاف باشد.

۲۹. برای شناسایی تمام موارد چرا یک بررسی خانه‌به‌خانه انجام نمی‌گیرد؟ چرا باید منتظر بود تا افراد دارای علامت، خود مراجعه نمایند؟

مطلوب‌ترین حالت برای جامعه این است که افراد به اندازه‌ای درباره بیماری آگاهی داشته باشند که با اولین نشانه مشکوک جهت تشخیص و درمان به موقع مراجعه کنند. این حالت نیازمند ارائه راهکارهای ارتباطی ویژه‌ای است که با فرهنگ و رسوم جوامع متناسب باشد تا اطمینان از دسترسی آسان به خدمات جذام حاصل شود.

درعوض، بررسی‌های خانه‌به‌خانه بسیار وقت‌گیر است و به منابع مالی و انسانی زیادی نیاز دارد. همچنین، بسیاری از بیماران و افراد خانواده آنان بی دلیل دچار تنش زیادی می‌شوند که به رد تشخیص توسط بیماران منجر شده و در نتیجه درمان نمی‌شوند. همچنین، بیماریابی فعال با درصد بالایی از خطا همراه است.

۳۰. چالش‌های اصلی فراروی عملیات ویژه کدامند؟

مشکلات معمول فراروی یک عملیات ویژه عبارتند از:

- پوشش ناکافی: فعالیت‌ها ممکن است فقط بخش کوچکی از جمعیت مورد نظر را پوشش دهد.

- عدم آگاهی جامعه: اطلاعات فراهم شده برای جامعه ممکن است نامناسب و یا روش‌های به‌کاررفته، جذاب و مؤثر نباشند.
- محدودیت دخالت خدمات بهداشتی: ممکن است در زمان عملیات و بعد از آن به اندازه کافی خدمات بهداشت عمومی درگیر نشوند و خدمات MDT استمرار نیابند.
- تأکید بر تشخیص: اشتیاق بیش از اندازه کارکنان بهداشتی و یا داوطلبان برای کشف موارد ممکن است به افزایش موارد به غلط تشخیص داده شده و یا ثبت مجدد موارد درمان‌شده قبلی به عنوان موارد جدید منجر شود.
- عدم آمادگی کافی: برنامه‌ریزی ضعیف باعث می‌شود که زیرساخت‌های بهداشتی موجود قادر نباشند از عهده افزایش تقاضا برای ارائه خدمات MDT برآیند که موجب کمبود دارو می‌شود و نتیجه آن عدم دریافت و یا دریافت نامنظم دارو توسط بیماران خواهد بود.

۳۱. عملیات ویژه چگونه ارزیابی می‌شود؟

در برنامه‌ریزی ملی باید مطمئن شد که هر برنامه عملیاتی مورد پایش قرارگیرد؛ زیرا فعالیت‌های آتی به دنبال تجربیات گذشته است که ارتقاء می‌یابد.

شاخص‌های زیر در ارزیابی به کار می‌رود:

- افزایش تعداد مراکزی که پس از اجرای عملیات، خدمات MDT را روزانه ارائه می‌دهند.
- اصلاح تشخیص، طبقه‌بندی و ثبت موارد جدید (تعداد موارد پرباسیل، کم‌باسیل، معلولیت درجه ۲، کودکان و زنان) که در طی عملیات کشف شده‌اند.
- حدود مشارکت جامعه و پس‌خوراند آن عملیات.

- تعداد و نوع کارکنان بهداشت عمومی که شایستگی لازم را دارند و واقعاً خدمات MDT را به طور معمول فراهم می‌سازند.
- پوشش فعالیت‌های آموزشی و بازتاب آن به ویژه در مواردی که بیماران جدید خودشان به اولین مرکز بهداشتی مراجعه کنند.

مسائل تکنیکی

درمان چنددارویی (MDT)

۳۲. علت اصلی گسترش MDT چیست؟

MDT به علت رشد مقاومت اولیه و ثانویه نسبت به داپسون به وجود آمد. MDT ترکیبی از دو یا سه داروی کلوفازیمین، ریفامپیسین و داپسون است که استفاده ترکیبی آن‌ها از بروز مقاومت دارویی جلوگیری می‌کند. درمان یک‌بار در ماه با یک آنتی‌بیوتیک (ریفامپیسین ۶۰۰ میلی‌گرم) اساس تمام رژیم‌های MDT است.

«جذام هرگز نباید با یک دارو درمان شود».

۳۳. رژیم‌های درمانی استاندارد توصیه شده برای جذام چیست؟

درمان MDT در بسته‌های آماده برای ۴ هفته تهیه شده است. بلیسترهای مخصوص برای موارد MB و PB برای کودکان و بزرگسالان وجود دارد.

رژیم درمانی استاندارد بزرگسالان مبتلا به جذام پرباسیل:

- ریفامپیسین: ۶۰۰ میلی‌گرم ماهانه،
- کلوفازیمین: ۳۰۰ میلی‌گرم ماهانه و ۵۰ میلی‌گرم روزانه،
- داپسون: ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه،

دوره درمان: ۱۲ ماه

رژیم درمانی استاندارد بزرگسالان مبتلا به جذام کم‌باسیل:

- ریفامپیسین: ۶۰۰ میلی‌گرم ماهانه،
- داپسون: ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه،

دوره درمان: ۶ ماه

رژیم درمانی استاندارد کودکان مبتلا به جذام پرباسیل:

- ریفامپیسین: ۴۵۰ میلی‌گرم ماهانه،
- کلوفازیمین: ۱۵۰ میلی‌گرم ماهانه و ۵۰ میلی‌گرم روزانه،
- داپسون: ۵۰ میلی‌گرم روزانه،

دوره درمان: ۱۲ ماه

رژیم درمانی استاندارد برای کودکان مبتلا به جذام کم‌باسیل:

- ریفامپیسین: ۴۵۰ میلی‌گرم ماهانه،
- داپسون: ۵۰ میلی‌گرم روزانه،

دوره درمان: ۶ ماه

برای کودکان زیر ۱۰ سال باید دوز کمتری از داروها را مصرف کرد.

۳۴. دلایل تأثیر MDT روی جذام پرباسیل و کم‌باسیل چیست؟

کارآزمایی‌های بالینی، تأثیر تمام داروهای موجود MDT را برای درمان جذام تأیید کرده است. تأثیر MDT پس از تکمیل موفق درمان، در کاهش میزان عود به وضوح مشخص شده است (۱/۰ درصد در سال برای PB و ۶/۰ درصد در سال برای MB). این اطلاعات براساس گزارش‌های بسیاری از کشورهای مختلف و اطلاعات در دسترس سازمان

جهانی بهداشت تهیه شده است. به علاوه، عوارض جانبی ناچیز، رژیم MDT را برای بیماران، بسیار قابل قبول ساخته است.

۳۵. آیا شواهدی به نفع اثر آنتاگونیستی بین داروهای رژیم MDT وجود دارد؟

براساس تمام تجربه‌های آزمایشگاهی و بالینی، هیچ‌گونه اثر آنتاگونیستی بین داروهای MDT وجود ندارد.

۳۶. آیا MDT تعداد و شدت واکنش‌های جذام را کاهش می‌دهد؟

براساس شواهد موجود، تعداد و شدت واکنش بازگشتی (نوع ۱) و واکنش اریتما ندوزوم لپروزوم (نوع ۲) در بیماران درمان‌شده با MDT به شدت کاهش می‌یابد که ممکن است به دلیل توقف رشد میکروب در مراحل اولیه و یا به دلیل تأثیر ضدالتهابی داروی کلوفازیمین به‌ویژه در بیماران مبتلا به جذام پرباسیل باشد.

۳۷. چرا ریفامپیسین فقط ماهی یکبار تجویز می‌شود؟

ریفامپیسین یک تأثیر بسیار فوری ضد میکروبی روی باسیل جذام دارد. یک دوز ۶۰۰ میلی‌گرم آن قادر است بیش از ۹۹/۹ درصد ارگانسیم‌های زنده را بکشد و این میزان با دوزهای بعدی افزایش نمی‌یابد. همچنین، ممکن است ریفامپیسین یک تأثیر تأخیری چند روزه داشته باشد که در آن زمان باکتری قادر به تقسیم نیست. اثر کشندگی بالای ریفامپیسین، تجویز ماهانه آن را برای برنامه‌های کنترل جذام ممکن و ارزان ساخته است.

۳۸. چرا کلوفازیمین علاوه بر دوز روزانه، ماهانه نیز تجویز می‌گردد؟

کلوفازیمین دارویی با قابلیت تجمعی در بدن است. این دارو پس از

تجویز در بدن تجمع یافته و به تدریج دفع می‌شود. بنابراین، یک دوز اولیه ۳۰۰ میلی‌گرم در ماه به این دلیل تجویز می‌گردد تا به مقدار کافی کلوفازیمین در بدن وجود داشته باشد؛ حتی اگر بیمار دوزهای روزانه خود را فراموش کند.

۳۹. آیا MDT می‌تواند از بروز مقاومت باسیل هانسن به داروهای ضد جذام جلوگیری کند؟

آری، رژیم MDT اساساً به علت مقاومت ایجاد شده به داپسون و براساس این واقعیت طراحی شده است که در مقابل تمام گونه‌های باسیل جذام مؤثر باشد، صرف‌نظر از این‌که به داپسون حساس هستند یا خیر. تخمین زده می‌شود که یک بیمار پرباسیل درمان‌نشده (جذام لپروماتوز)، در حدود ۱۰^{۱۱} ارگانسیم زنده در بدن دارد. طبق برآورد، به‌طور طبیعی ۱۰^۷ برای ریفامپین و یا ۱۰^۶ برای داپسون و کلوفازیمین مقاومت رخ می‌دهد. بنابراین، ارگانسیم‌های مقاوم به یک دارو به سایر داروهای MDT حساس هستند؛ زیرا مکانیسم عمل آن‌ها متفاوت است. امروزه هر حالتی از بیماری که پس از درمان MDT عود می‌کند با همان رژیم MDT درمان می‌شود.

۴۰. آیا MDT مایکوباکتریوم‌های پایدار لپر را از بین می‌برد؟

باسیل‌های پایدار جذام طبق تعریف عبارتند از: ارگانسیم‌های کاملاً حساس به داروهای ضد جذام که با وجود درمان مناسب هنوز زنده هستند. این حالت به این دلیل رخ می‌دهد که آن‌ها از نظر متابولیکی در وضعیت نهفته به‌سر می‌برند. تاکنون دارویی نداشته‌ایم که قادر به کشتن این نوع مایکوباکتریوم‌ها باشد؛ اگرچه ریفامپیسین می‌تواند این باسیل‌ها را در سایر عفونت‌های مایکوباکتریایی مانند سل از

بین برد. البته براساس شواهد موجود تاکنون باسیل‌های پایدار نقش مهمی در عود جذام درمان‌شده با رژیم MDT نداشته‌اند.

۴۱. آیا کاربرد MDT در بیماران مسلول ممنوع است؟

کاربرد MDT در بیماران مسلول ممنوع نیست و یک رژیم مناسب ضد سل علاوه بر MDT برای بیماران مبتلا به جذام و سل تجویز می‌شود. ریفامپیسین در درمان سل و جذام به کار می‌رود و دوز آن باید متناسب با درمان سل باشد.

۴۲. آیا MDT در افراد آلوده به ویروس HIV منع مصرف دارند؟

MDT در افراد آلوده به HIV منع مصرف ندارد و درمان بیماری و واکنش‌های جذام در آن‌ها مانند سایر افراد است. پاسخ به درمان این افراد نیز مشابه سایر موارد است.

۴۳. آیا MDT در دوران بارداری و شیردهی بی‌ضرر است؟

از آن‌جا که جذام در دوران بارداری تشدید می‌شود، ادامه درمان ضروری است. براساس تمام شواهد، MDT در دوران بارداری بی‌ضرر است. مقدار کمی از داروهای ضد جذام از شیر ترشح می‌شوند؛ ولی تاکنون عوارض جانبی، جز تغییر رنگ پوست نوزاد در اثر مصرف کلوفازیمین گزارش نشده است.

۴۴. چه مدت طول خواهد کشید تا تغییر رنگ ناشی از مصرف کلوفازیمین از بین برود؟

تغییر رنگ ناشی از مصرف کلوفازیمین از سومین ماه درمان MDT

در نوع MB شروع شده و در پایان دوره درمان (۱۲ بسته بلیستر) به بیشترین میزان می‌رسد. پس از قطع MDT، تغییر رنگ ایجاد شده در پوست در عرض ۶ ماه به مقدار قابل ملاحظه‌ای کم‌رنگ می‌شود و بعد از یک سال به حالت اولیه برمی‌گردد.

۴۵. چرا MDT یکی از مؤثرترین و مقرون به صرفه‌ترین مداخله‌ها در سیستم بهداشتی است؟

از زمان معرفی MDT در سال ۱۹۸۱ این رژیم در اغلب نقاط و در شرایط مختلف بسیار مؤثر عمل کرده است؛ زیرا:

- جذام را درمان و سرایت آن را متوقف می‌کند؛
- میزان عود را کاهش داده است (کمتر از یک درصد)؛
- مقاومت دارویی نسبت به ترکیب دارویی MDT گزارش نشده است؛
- عوارض جانبی بسیار کمی دارد؛
- با شروع زودرس درمان از بروز ناتوانی جلوگیری می‌شود؛
- کارکنان بهداشتی به راحتی آموزش می‌بینند که چگونه آن را تجویز نمایند؛
- از طریق خوراکی به سادگی تجویز می‌شود؛
- به صورت بسته‌بندی برای مصرف ۴ هفته‌ای در دسترس است؛
- در شرایط معمولی قابل نگهداری است.

داروهای جایگزین ضد جذام

۴۶. آیا داروهای ضد جذام دیگری هم در کنار داروهای استفاده شده در MDT وجود دارد؟

از گروه تتراسایکلین (ماینوسایکلین)، از گروه کینولون‌ها (اوفلوکساسین

یا موکسی فلوکسازین)، از گروه ماکرولیدها (کلاریترومایسین) و مشتقات جدید ریفاپیسین، پتانسیل کاربرد در درمان جذام را دارند، اما هیچ‌یک از آن‌ها برتری خاصی نسبت به ترکیب به‌کاررفته در MDT ندارند. مهم‌ترین کاربرد این داروها در موارد اندکی است که به دلایل مختلف نمی‌توان رژیم MDT را تجویز کرد (بروز عوارض جانبی، موارد منع مصرف، مقاومت به داروهای MDT).

۴۷. به افرادی که نمی‌توانند MDT را به علت بروز عوارض جانبی یا موارد منع مصرف تحمل کنند چه داروهایی تجویز می‌شود؟

چنین مواردی بسیار نادر هستند؛ ولی به هر حال، اثبات عوارض جانبی ناشی از داروهای ضد جذام، ضروری است. اگر چنین بود، می‌توان از سایر داروهای جدید ضد جذام، استفاده نمود. به جای ریفاپیسین می‌توان روزانه اوفلوکسازین ۴۰۰ میلی‌گرم، ماینوسایکلین ۱۰۰ میلی‌گرم، به علاوه روزانه ۵۰ میلی‌گرم کلوفازیمین برای مدت ۶ ماه اول تجویز نمود. سپس با تجویز روزانه کلوفازیمین ۵۰ میلی‌گرم، اوفلوکسازین ۴۰۰ میلی‌گرم یا ماینوسایکلین ۱۰۰ میلی‌گرم ادامه داد. در بیمارانی که نمی‌توانند کلوفازیمین استفاده کنند، می‌توان ترکیبی از ریفاپیسین ۶۰۰ میلی‌گرم، اوفلوکسازین ۴۰۰ میلی‌گرم و ماینوسایکلین ۱۰۰ میلی‌گرم را برای مدت ۲۴ ماه تجویز کرد. این داروها باید تحت نظارت در مراکز ارجاعی تجویز شوند.

اگر اثرات سمی داپسون در بیماران نوع PB شدید است، این دارو با کلوفازیمین با همان دوز درمانی مصرفی برای بیماران نوع MB فقط برای مدت ۶ ماه جایگزین می‌گردد. اگر در بیماران MB داپسون باید متوقف گردد، درمان ریفاپیسین و کلوفازیمین با دوز استاندارد برای ۱۲ ماه ادامه خواهد یافت.

توقف استفاده از اسمیر پوستی برای تشخیص^۱

۴۸. چرا استفاده از اسمیر پوستی برای تشخیص جذام منسوخ شده است؟

از زمان معرفی MDT، برخی روش‌های درمانی بیماران جذامی توسط کارکنان مراکز بهداشتی ساده شده است. براساس تجربیات در برخی از کشورهای اندمیک، انجام آموزش در سطوح محیطی، کارکنان بهداشتی را قادر می‌سازد تا جذام را تشخیص داده و درمان نمایند.

قبل از آغاز روش MDT، به طور معمول از اسمیرهای پوستی برای طبقه‌بندی جذام کم‌بسیل و پر‌بسیل استفاده می‌شد. به هر حال اسمیر پوستی کم‌ترین نقش را در برنامه‌های حذف جذام داشته است:

در بررسی‌های انجام شده کمتر از ۱۵ درصد موارد جدید تشخیص داده شده نتایج مثبتی به دنبال داشته است.

در عرصه اجرا تشخیص موارد بسیار کمی به وسیله اسمیر پوستی صورت گرفته است، به علاوه در بسیاری از کشورهایی که جذام هنوز اندمیک است روش‌هایی که با سوراخ کردن پوست همراه بوده‌اند، خطر انتقال عفونت‌های HIV و هپاتیت را به دنبال داشته است.

براساس نظر صریح سازمان جهانی بهداشت، اسمیر پوستی پیش‌نیاز اجرای برنامه‌های حذف جذام نیست و منحصراً نیازی به تداوم و یا استقرار خدمات اسمیر پوستی در جذام نیست. تعداد ضایعات پوستی به منظور طبقه‌بندی بالینی بیماران جذامی به دو نوع پر‌بسیل و کم‌بسیل

^۱ لازم به ذکر است که عدم استفاده از اسمیر پوستی فقط برای کشورهایی توصیه می‌گردد که امکانات انجام اسمیر در مراکز بهداشتی وجود نداشته باشد.

مورد استفاده قرار می‌گیرد و اگر تردید وجود داشت بیماران بایستی با رژیم نوع MB درمان شوند.

به طور خلاصه:

- نیازی به انجام اسمیرهای پوستی برای تشخیص و طبقه‌بندی به منظور پایش پیشرفت درمان جذام وجود ندارد؛
- جذام به سادگی با یافته‌های بالینی قابل تشخیص و طبقه‌بندی است؛
- رژیم‌های درمانی MDT استاندارد بوده و معمولاً نیازی به تغییرات میان دوره درمانی با توجه به نتایج اسمیر نیست؛
- بهبودی در جذام وابسته به تکمیل دوره درمانی MDT است؛
- اسمیرهای پوستی از بیشتر بیماران جذامی نتایج منفی به دنبال داشته است؛
- روش‌هایی که با سوراخ شدن پوست همراه است و ضرورتی به انجام آن‌ها نیست غیراخلاقی بوده و علاوه بر دردناک بودن، خطر جدی عفونت را به دنبال دارد (به ویژه HIV و هیپاتیت)؛
- انجام اسمیر پوستی به ویژه برای بررسی‌های خاص (مثل تردید در موارد مقاوم یا عود) و اهداف تحقیقاتی به مراکز ارجاعی محدود می‌شود.

کوتاه نمودن دوره MDT برای بیماران MB

۴۹. چرا دوره درمان MDT برای بیماران MB به ۱۲ ماه کاهش یافت؟

ریفامپیسین مهم‌ترین جزء رژیم MDT است. بیشتر باسیل‌های حساس به ریفامپیسین با چند دوز ماهانه دارو کشته می‌شوند. همچنین ترکیب داپسون و کلوفازیمین به صورت روزانه اثر کشندگی زیادی روی باسیل‌ها دارند و این مجموعه مسئول حذف باکتری‌های مقاوم به ریفامپیسین در بیماران جذام نوع MB طی دوره زمانی ۳ تا ۶ ماه است.

بر اساس نتیجه چند مطالعه، پاسخ درمانی در بیماران تحت درمان با MDT به مدت چند ماه، ۲۴ ماه و یا بیشتر، یکسان بوده است؛ بنابراین، هفتمین کمیته تخصصی سازمان جهانی بهداشت^۱، دوره درمان را به ۱۲ ماه تغییر داد، بدون این که تأثیر درمانی MDT کاهش یابد.

۵۰. آیا مشکلی در درمان دوازده ماهه با رژیم MDT بیماران پرباسیل با ایندکس باکتریولوژیک (BI) بالا پیش بینی می‌شود؟

در بیماران با ایندکس باکتریولوژیک (BI) بالا معمولاً خطر بیشتری برای ایجاد واکنش‌های جذام و آسیب عصبی وجود دارد. در این بیماران، باسیل به آهستگی از ضایعات پوستی پاک می‌شود و احتمالاً پس از پایان ۱۲ ماه، ایندکس باکتریولوژیک قابل توجهی در مقایسه با بیماران با BI پایین‌تر خواهیم داشت. در بیماران با BI بالا بعد از تکمیل ۱۲ دوز MDT، بهبودی ادامه می‌یابد و در تعداد بسیار کمی از آنان، شواهدی از بدتر شدن مشاهده می‌شود. در این موارد، بیماران را به مدت ۱۲ ماه دیگر با رژیم MDT نوع پرباسیل درمان می‌کنند.

۵۱. آیا کوتاه نمودن دوره درمان MDT برای بیماران MB خطر ایجاد مقاومت به ریفامپیسین را افزایش می‌دهد؟

خیر، اگر بیماران تمام داروهای تجویز شده MDT را دریافت نمایند، خطر ایجاد مقاومت وجود ندارد. بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، چند دوز ریفامپیسین تمام ارگانسیم‌های حساس به این دارو را از بین می‌برد. موارد جهش یافته طبیعی مقاوم توسط ترکیب کلوفازیمین

۱. کمیته تخصصی جذام سازمان جهانی بهداشت، هفتمین گزارش، ژنو، سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۸ (گزارش تکنیکی WHO، شماره ۸۷۴)

و داپسون در طی چند ماه از بین می‌روند؛ بنابراین، پس از ۱۲ ماه درمان با MDT شانس یافتن یک باسیل زنده تقریباً صفر است.

واکسن‌ها / پیشگیری دارویی

۵۲. آیا واکسن مؤثری برای جذام وجود دارد؟

خیر، واکسن مشخص و مؤثری علیه جذام وجود ندارد. چند واکسن پیشنهادی مورد آزمایش قرار گرفته‌اند (BCG, M. leprae, M.w, ICRC bacillus, M. habana M. vaccae, ...). ولی هیچ‌یک از آن‌ها یا ترکیبی از آن‌ها سطح قابل قبولی از ایمنی ایجاد نکرده‌اند. براساس نتایج بعضی مطالعات، در برخی افراد، BCG، علاوه بر سل ایمنی محدودی در مقابل جذام ایجاد می‌کند.

۵۳. آیا داروهایی به منظور محافظت در مقابل بیماری جذام وجود دارند؟

خیر، داروهای ضد جذام (نظیر داپسون و داپسون تزریقی طولانی اثر اسداپسون و همچنین ریفامپیسین) برای پیشگیری دارویی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و هیچ نوع اثر حفاظتی یافت نشده‌است. بنابراین، در حال حاضر، تنها روش پیشگیری عملی، شناسایی زودرس بیماران و درمان آن‌ها با MDT است.

مباحث عملی

پذیرش بیمار / غایبین از درمان

۵۴. آیا مهم است که ۶ دوز MDT نوع PB در عرض ۹ ماه و ۱۲ دوز MDT نوع MB در عرض ۱۸ ماه به بیمار داده شود؟

اگرچه مهم نیست، ولی مطلوب این است که تا حد امکان، بیمار تمام دوزهای MDT خود را به طور منظم دریافت نماید. نشان داده شده‌است

که با مصرف اولین دوز MDT بیشتر باکتری‌ها کشته می‌شوند و دیگر جذام واگیر نخواهد بود.

مصرف نامنظم MDT کارایی آن را کاهش نمی‌دهد. استفاده وسیع‌تر از A-MDT و فراهم آوردن اطلاعات مناسب برای بیماران و خانواده آنان در پذیرش بهتر و بهبودی زودرس آن‌ها نقش مهمی دارد.

۵۵. در خصوص مصرف نامنظم داروها توسط بیمار چه اقدامی باید صورت گیرد؟

چنین مواردی در یک برنامه خوب نادر است؛ زیرا خدمات MDT برای بیمار باید به راحتی فراهم شده و درباره اهمیت مصرف منظم آن اطلاعات لازم به بیمار داده شود. مهم است که بیمار نوع کم‌بسیل ۶ دوز MDT و یک بیمار نوع پر بسیل ۱۲ دوز MDT را دریافت کند. به هر حال، با دریافت نامنظم MDT تأثیر آن از بین نمی‌رود. در اغلب موارد اگر یک بیمار در بدو درمان به درستی آگاهی یابد، معمولاً دادن دوره کامل درمان به بیمار امکان‌پذیر است (A-MDT) و به بیمار اجازه می‌دهد خود مسئولیت درمان را قبول کند.

۵۶. غیبت از درمان چیست؟ در صورتی که یک مورد غایب مجدداً برای درمان بازگردد چه باید کرد؟

غیبت‌کننده از درمان، بیماری است که با وجود کوشش‌های مکرر برای یافتن و تشویق او جهت مراجعه، بررسی و درمان در مرکز، داروی خود را در ۱۲ ماه متوالی دریافت نکرده‌است.

اگر بیماری به عنوان غیبت از درمان شناخته شود، از فهرست بیماران باید حذف شود. یک غایب از درمان که به مراکز بهداشتی برای درمان

مجدد مراجعه می‌کند، در صورت داشتن یک یا چند مورد از علائم ذیل بایستی یک دوره جدید MDT دریافت کند:

- ضایعات پوستی برجسته قرمز رنگ،
 - ظاهر شدن ضایعه جدید پس از آخرین معاینه،
 - درگیری جدید عصبی (تغییرات حس پوستی) پس از آخرین معاینه،
 - ندول‌های لپروماتوز،
 - علائم واکنش بازگشتی یا واکنش ENL (اریتما ندوزوم لپروزوم).
- در مورد ثبت بیمار باید توجه نمود که در زمان بازگشت مجدد، غایبین نبایستی به عنوان موارد جدید در نظر گرفته شوند.

موارد عود در مقابل واکنش‌ها

۵۷. زمانی که بیمار درمان خود را متوقف کند، چگونه موارد عود شناسایی می‌شود؟ چگونه می‌توان عود را از انواع واکنش‌ها تشخیص داد؟

عود در بیماران نوع پرباسیل با تکثیر باسیل هانسن تعریف می‌شود که با افزایش BI در هر قسمت منفرد مشخص می‌شود (ایندکس باکتریولوژیک حداقل به اندازه ۲ واحد بیش از میزان قبل)، و معمولاً با بدتر شدن شواهد بالینی (ضایعات یا ندول‌های جدید پوستی و یا ضایعات عصبی جدید) همراه است. این موارد را می‌توان با یافته‌های بالینی و رشد باسیل لپر در کف پای موش اثبات کرد.

شناسایی عود در جذام نوع PB از انواع واکنش‌های جذام تا حدی دشوار است. از نظر تئوری، یک تست درمانی با کورتیکوستروئید ممکن است باعث تمایز این دو حالت شود. بهبودی در طی چهار هفته

از درمان با کورتیکوستروئید نشانه واکنش‌های جذام و عدم پاسخ در این حالت به نفع عود است. شواهد مشخص بالینی (ضایعات پوستی یا عصبی جدید) در یک مورد کم‌بسیل به نفع عود است.

۵۸. آیا بیمارانی که به تنهایی با داپسون شفا یافته‌اند، باید مجدداً با MDT درمان شوند؟

سازمان جهانی بهداشت توصیه نمی‌کند افرادی که بهبود یافته‌اند، دوباره تحت درمان قرار گیرند؛ مگر شواهدی به نفع عود وجود داشته باشد.

درمان واکنش‌ها

۵۹. چگونه باید واکنش‌های جذام درمان شوند؟

واکنش‌های جذام را باید فوری درمان کرد؛ در غیر این صورت ممکن است به معلولیت غیرقابل برگشت منجر شود. بنابراین، تشخیص زودرس و شروع به موقع داروهای ضد التهاب ضروری است. MDT بایستی با دوز کامل و بدون وقفه ادامه یابد. آسپیرین یا استامینوفن بایستی برای کاهش تب و درد تجویز گردد، و استراحت ضروری است.

در موارد خاص، پردنیزولون به صورت ذیل تجویز می‌شود:

- ۴۰ میلی‌گرم روزانه برای هفته اول و دوم،
- ۳۰ میلی‌گرم روزانه برای هفته سوم و چهارم،
- ۲۰ میلی‌گرم روزانه برای هفته پنجم و ششم،
- ۱۵ میلی‌گرم روزانه برای هفته هفتم و هشتم،
- ۱۰ میلی‌گرم روزانه برای هفته نهم و دهم،
- ۵ میلی‌گرم روزانه برای هفته یازدهم و دوازدهم.

مقایسه بیمار در هر هفته و کاهش دوز کورتیکواستروئید هر دو هفته یکبار ضروری است. باید توجه داشت که حداکثر دوز پردنیزولون یک میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است.

۶۰. چگونه بایستی واکنش‌های شدید ENL را درمان نمود؟

دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت برای درمان واکنش ENL

اصول کلی:

- واکنش شدید ENL مزمن بوده و اغلب دچار عود می‌شود و ممکن است تظاهرات متفاوتی داشته باشد؛
- درمان ENL شدید بایستی در یک مرکز ارجاعی تحت نظر پزشک صورت گیرد. دوز و دوره درمان دارویی ضد واکنش بایستی توسط پزشک با توجه به نیاز هر بیمار تنظیم شود.

تعریف: واکنش‌های ENL شدید شامل:

- تعداد زیاد ندول‌های ENL همراه با تب بالا،
- ندول‌های ENL و تورم عصب،
- زخم‌های ENL،
- درگیری سایر ارگان‌ها (چشم‌ها، بیضه‌ها، غدد لنفاوی، تورم مفاصل).

درمان با کورتیکواستروئید:

- اگر بیمار هنوز تحت درمان دارویی ضد جذام است MDT ادامه یابد؛
- استفاده از دوزهای مناسب مسکن برای کنترل تب و درد؛
- استفاده از دوره استاندارد پردنیزولون با دوز روزانه حداکثر یک میلی گرم به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن برای مدت ۱۲ هفته؛

درمان با کلوفازیمین و کورتیکواستروئید - در بیماران با ENL شدید که به درمان با کورتیکواستروئید پاسخ مناسبی نداده‌اند و یا زمانی که خطر مسمومیت با کورتیکواستروئید بالا است:

- اگر بیمار هنوز تحت درمان ضد جذام قرار دارد دوره درمانی MDT ادامه یابد؛
- از دوزهای مناسب مسکن برای کنترل تب و درد استفاده کنید؛
- یک دوره پردنیزولون در دوز روزانه، حداکثر یک میلی گرم به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن استفاده کنید؛
- کلوفازیمین ۱۰۰ میلی گرم سه بار در روز و ادامه آن حداکثر برای مدت ۱۲ هفته؛
- تکمیل دوره درمانی پردنیزولون، ادامه کلوفازیمین نیز به شرح ذیل است: کاهش دوز کلوفازیمین به ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای مدت ۱۲ هفته و سپس ۱۰۰ میلی گرم یکبار در روز برای مدت ۱۲ تا ۲۴ هفته.

زمانی که مصرف کورتیکواستروئید منع شود، درمان با کلوفازیمین به تنهایی در بیماران با ENL شدید به شرح ذیل است:

- اگر بیمار هنوز تحت درمان ضد جذام است MDT را ادامه دهید.
- از دوزهای مناسب مسکن برای کنترل تب و درد استفاده کنید.
- کلوفازیمین ۱۰۰ میلی گرم سه بار در روز را برای مدت حداکثر ۱۲ هفته آغاز نمایید.
- دوز کلوفازیمین را ابتدا ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای مدت ۱۲ هفته و سپس به ۱۰۰ میلی گرم یکبار در روز برای مدت ۱۲ تا ۲۴ هفته کاهش دهید.

نکته:

۱. اگر درمان MDT قبلاً تکمیل شده است درمان ENL بایستی مطابق دستورالعمل ذیل باشد و نیازی به شروع مجدد MDT نیست.
۲. طول دوره استاندارد درمان با کورتیکواستروئید (پردنیزولون) ۱۲ هفته است.
۳. طول دوره درمانی کلوفازیمین با دوز حداکثر، نباید بیش از ۱۲ هفته باشد و طی مدت ۴ الی ۶ هفته کلوفازیمین بیشترین تأثیر را در کنترل ENL خواهد داشت.
۴. داروی مفید دیگر در ENL، پنتکسی فیلین به صورت تنها و یا همراه با کلوفازیمین / پردنیزولون است.
۵. به دلیل اثر تراژونیک شناخته شده، سازمان جهانی بهداشت استفاده از تالیدوماید را برای درمان ENL در جذام توصیه نمی کند.

۶۱. آیا WHO برنامه استفاده از تالیدوماید را برای درمان واکنش های جذام در دستور کار گذاشته است؟

خیر، WHO به علت عوارض شناخته شده تالیدوماید (تراژون بودن) برنامه ای جهت استفاده از آن ندارد. به علاوه، ورود این داروها به بسیاری از کشورهای اندمیک جذام ممنوع است. در موارد بسیار خاصی مرکز ارجاعی می تواند با رعایت ملاحظات اخلاقی، ملی یا بین المللی و در نظر گرفتن مسائل علمی مقدار محدودی از آن را توسط سازنده وارد کند. مهم تر این که تعداد بسیار کمی از بیماران ملزم به مصرف تالیدوماید به علت واکنش های ENL هستند. در واقع با تجویز مناسب سایر داروهای موجود ضد واکنش، بیشتر بیماران به واکنش های جذام را می توان با موفقیت درمان نمود.

۶۲. نقش WHO در درمان با پردنیزولون برای واکنش های جذام در سیستم بهداشتی چیست؟

- WHO درمان بدون کنترل و نظارت پردنیزولون را به دلایل ذیل تشویق نمی کند:
- بیشتر بیماران تحت درمان با MDT (بیش از ۹۰ درصد) دچار واکنش های جذام نمی شوند؛
 - اغلب واکنش ها با داروهای غیراستروئیدی کنترل می شوند؛
 - کمتر از ۲ درصد بیماران تحت درمان با MDT واکنش هایی را نشان می دهند که باید با استروئیدها درمان شوند؛ بنابراین، باید از توزیع درست داروها و دستیابی مطمئن بیماران نیازمند اطمینان حاصل شود؛
 - پردنیزولون موارد منع مصرف زیاد و عوارض جانبی جدی دارد؛ به ویژه اگر طولانی مدت تجویز شود؛
 - پذیرش قطعی بیماران با دوره تجویز شده پردنیزولون و پایش منظم وضعیت بیمار برای نتیجه بخش بودن این درمان ضروری است؛
 - پردنیزولون برای درمان بسیاری از بیماری ها و مشکلات جدی داروی مهمی است؛ بنابراین، محدودیت مصرف آن برای سایر بیماران به جز جذام غیر اخلاقی است؛
 - بسیاری از مراکز بهداشتی دریافت کننده MDT قادر به تهیه مقدار کافی از پردنیزولون نیستند؛
 - سازمان جهانی بهداشت استفاده از پردنیزولون را به عنوان درمان پیشگیری از واکنش های جذام و یا نوریت در سیستم بهداشتی توصیه نمی کند؛
 - در نهایت، بایستی بر تشخیص زودرس بیماری و درمان به موقع با MDT به عنوان مقرون به صرفه ترین راه پیشگیری از بروز معلولیت های ناشی از جذام تأکید شود.

ثبت

۶۳. اهمیت به روز نمودن دفاتر ثبت درمان چیست؟

آمار بیماران تحت درمان ثبت شده، اطلاعات پایه‌ای برای محاسبه شیوع بیماری و نشانگر بار بیماری و میزان کمی مورد نیاز MDT است. حذف موارد بهبود یافته از موارد ثبت، روش استاندارد مناسبی در برنامه است، حتی اگر موردی فراموش شده باشد. باقی نگه داشتن موارد بهبود یافته در فهرست ثبت موارد نه تنها غیراخلاقی است، بلکه ننگ اجتماعی ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد و نیازهای غیرضروری در برنامه‌های ملی ایجاد می‌کند. به علاوه، نگه داشتن موارد بهبود یافته باعث مخدوش ساختن تحلیل وضعیت، برآورد نیاز MDT و همچنین اجرای معقول و مقرون به صرفه سیستم تحویل دارو می‌شود.

۶۴. چه زمانی بیماران بهبود یافته تلقی می‌گردند و باید از فهرست موارد تحت درمان حذف شوند؟

هر بیمار پرباسیل که ۱۲ دوز ماهانه MDT نوع MB و هر بیمار کم‌باسیل که ۶ دوز ماهانه MDT نوع PB را دریافت داشته است، باید از فهرست ثبت موارد درمان حذف گردد.

۶۵. آیا مراقبت فعال بیماران پس از تکمیل درمان ضروری است؟

خیر، از آنجا که پس از تکمیل رژیم MDT توصیه شده WHO خطر بازگشت بیماری بسیار اندک است، مراقبت فعال بیماران پس از MDT ضروری نیست. در عین حال، وقتی درمان بیماران کامل شد، باید علائم اولیه بازگشت بیماری و واکنش‌ها را به او آموزش داد و اهمیت گزارش فوری آن را به اولین مرکز یادآوری کرد.

عملکرد خوب

۶۶. مواردی که در برنامه جذام به عنوان عملکرد خوب در نظر گرفته می‌شوند، چیست؟

عملکرد خوب یعنی:

- دوست بودن، اطمینان دادن و تشویق کردن؛
- مطلع بودن از بیماری و دادن اطلاعات صحیح به بیمار؛
- پاسخ گوبودن، از بین بردن ابهامات؛
- رازداری؛
- حفظ آمار و ثبت به روز؛
- دادن حق انتخاب به بیمار که کی و کجا برای معاینه مجدد مراجعه کند؛
- استفاده از A-MDT هر جا که لازم است؛
- ارائه خدمات MDT به صورت رایگان؛
- اجتناب از بررسی‌ها و تجسس‌های بی مورد.

نقش WHO

۶۷. نقش WHO در تضمین برنامه حذف جذام چیست؟

سازمان جهانی بهداشت در تمام سطوح تلاش می‌کند تا حذف جذام را به یک واقعیت تبدیل کند. نقش او شامل موارد ذیل است:

فن‌آوری:

ساده و استانداردسازی تکنولوژی‌های موجود، و همچنین فراهم آوردن حمایت تکنیکی در سطح کشوری.

پشتیبانی:

پیش بینی سالانه میزان مورد نیاز MDT، فراهم نمودن و توزیع MDT رایگان در تمام موارد نیاز، از جمله در مناطقی که دسترسی به MDT دشوار است.

عملیاتی:

برنامه ریزی، راهنمایی، پایش و نظارت بر راهکار متمرکز.

اجتماعی:

تغییر نگرش منفی نسبت به جذام.

سیاسی:

به تحرک واداشتن تعهدات سیاسی در تمام سطوح و منابع مورد لزوم.

مشارکت:

تشویق مشارکت افراد درگیر در سطح کشوری و بین المللی.

۶۸. آیا هر کشوری می تواند MDT را از WHO به صورت رایگان درخواست نماید؟

آری، سازمان جهانی بهداشت ارائه رایگان MDT را از طریق شرکت دارویی نووارتیس، برای تمام کشورها از طریق وزارت بهداشت و همچنین سازمان های معتبر غیردولتی (NGOs) از طریق مسئولان بهداشتی کشور برعهده دارد. درعین حال چند سازمان غیردولتی بین المللی در حال حاضر، MDT را از سایر منابع نیز خریداری می کنند که ائتلاف منابع محسوب می گردد.

در موارد استثنایی، مثل مناطقی که در آن ها جنگ رخ داده یا مناطقی که دسترسی برنامه ملی به آن ها دشوار است و یا اصلاً وجود ندارد، سازمان جهانی بهداشت به طور مستقیم MDT رایگان را در اختیار سازمان های

غیردولتی (NGOs) قرار می دهند تا به بیماران تحویل نمایند. در مناطقی که بین کشورهای همسایه مرز مشترک وجود دارد توزیع دارو از طریق NGOs ضرورت دارد.

۶۹. نقش WHO در پیشگیری و مراقبت از ناتوانی های ناشی از جذام چیست؟

WHO با تأکید بر تشخیص زودرس و درمان، سعی در جلوگیری از بروز ناتوانی ها دارد. همچنین WHO بر این باور است که در سطح جوامع باید به مشکلاتی که افراد معلول دارند، بدون در نظر گرفتن علت اولیه معلولیت توجه داشت؛ بنابراین، فراهم ساختن دستیابی تمام برنامه های موجود به سازمان های رفاهی اجتماعی معلولان، از جمله توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) که بایستی در دسترس تمام جذامیان دچار معلولیت قرار گیرد.

واژه های مصطلح در برنامه های جذام

بیمار جذامی

به کسی اطلاق می شود که ضایعه یا ضایعات پوستی با کاهش مشخص حس داشته باشد و هنوز یک دوره کامل درمان با MDT را تمام نکرده است. افراد بهبود یافته که معلولیت به جامانده از جذام دارند، بیمار جذامی تلقی نمی شوند.

مورد جدید

شخصی است که به عنوان مورد جذامی شناسایی شده و تا به حال داروی MDT دریافت نکرده است.

مورد غلط تشخیص داده شده

شخصی که به غلط برای او تشخیص جذام داده باشند.

مورد مجدد

کسی که معمولاً با علائم به‌جامانده از جذام، دورهٔ ناقص MDT را گذرانده‌است؛ اما در حال حاضر دوباره به‌عنوان یک مورد جدید تشخیص داده‌شده و مجدداً درمان MDT برای او شروع شده‌است.

مورد غیبت

کسی که به‌عنوان مورد جذام شناسایی و درمان MDT او شروع شده‌است، اما:

- کسی که دورهٔ درمان را تکمیل نکرده‌است، و
- کسی که در ۱۲ ماه متوالی دورهٔ MDT را دریافت ننموده‌است.

یادداشت:

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

یادداشت:

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

یادداشت:
