

اخبار مراقبت



اردیبهشت

۱۳۹۴ - سال شانزدهم - شماره ۱۰۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی بوشهر میزبان مراسم بزرگداشت روز جهانی مالاریا

همه ساله ۲۵ ماه آوریل روزی است که به نام روز جهانی مالاریا نامیده شده است و کارشناسان و دست اندرکاران مبارزه با این بیماری انگلی در سراسر جهان آخرین دست آوردهای فنی و مدیریتی مبارزه با مالاریا را بررسی می نمایند و برای جلب مشارکت سرمایه های بیشتر برای تداوم و تسریع این راه تلاش های گسترده ای صورت می پذیرد.



امسال در ۱۶ و ۱۷ اردیبهشت ماه همایش روز جهانی و نشست سالیانه مالاریا به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با حضور ۲۴۰ نفر برگزار گردید.

امسال در سراسر دنیا در تاریخ ۲۵ آوریل ۲۰۱۵ روز جهانی مالاریا با شعار حذف مالاریا، سرمایه ای برای آینده به تبیین اهداف برنامه مبارزه با مالاریا پرداختند. امید می رود که بتوان تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۹۰٪ از بار بیماری در ابعاد ابتلا و مرگ و میر را در جهان کاهش داد... (ادامه در صفحه دوم)



سازمان جهانی بهداشت رسماً پایان طغیان Ebola

در لیبریا را اعلام نمود (مشروح مطلب در صفحه ۶)



نگرانی سازمان جهانی بهداشت در

مورد انتقال جنسی Ebola

مطالعات اخیر نشان داده اند که ویروس Ebola را پس از بهبودی بیماران مذکر می توان تا ۱۹۹ روز پس از شروع علائم از مایع Semen آنها جدا نمود. در ترشحات واژینال زنانی که پس از ابتلا به Ebola بهبودی کامل یافته اند نیز توانسته اند ویروس را تا پس از ۳۳ روز مجدداً جداسازی نمایند. تا قبل از این مطالعات سالهای قبل نشان می داد که تا ۸۲ روز بعد از ابتلا می توان ویروس را از مایع Semen جدا نمود. از این رو نتایج بررسی های اخیر مبنی بر... (ادامه در صفحه ۶)

پایان فصل آنفلوانزا کشور

فصل آنفلوانزای امسال که از آذر ماه ۱۳۹۳ آغاز شده و تا پایان اردیبهشت ۱۳۹۴ به طول انجامید یکی از سنگین ترین فصول آنفلوانزا در سال های اخیر از لحاظ بار بیماری بود و به دلیل همزمانی با طغیان بیماری Ebola در غرب افریقا با حاشیه هایی در فضای مجازی همراه بود که با تلاش همکاران محترم در کلیه شهرستان ها و استفاده صحیح از سامانه الکترونیکی HISS با کمترین عوارض و مشکلات ممکن پشت سر گذاشته شد و درس آموخته های ارزشمندی نیز برای نظام سلامت و ... (ادامه در صفحه ۴)

در این شماره می خوانید:

- ۱ روز جهانی مالاریا
- ۱ پایان فصل آنفلوانزا
- ۲ کمیته مشورتی حشره شناسی
- ۳ آموزش ایدز با مدل SHEP
- ۵ طغیان های سرخ کشور
- ۶ دومین مورد Ebola در ایتالیا
- ۶ پایان Ebola در لیبریا
- ۷ خطر وبا در زلزله نپال
- ۸ MERS در کره جنوبی
- ۱۱ طغیان مننژیت در کشور نیجر



25 April 2015
INVEST IN THE FUTURE, DEFEAT MALARIA



”روز جهانی مالاریا“

خدمات بهداشت درمانی سراسر کشور بود. همایش روز جهانی مالاریا از سال ۱۳۹۰ تاکنون همه ساله برگزار می گردد برنامه در سالهای پیش به میزبانی دانشگاه های شیراز، یزد، بندرعباس، مازندران برگزار شده است. از اهم برنامه های مورد بحث در این دو روز، گزارش نظام ارزشیابی آزمایشگاه های مالاریا، معرفی تدوین برنامه عملیاتی مالاریا تا سطوح شهرستان و پایگاه جمع آوری اطلاعات مالاریا می باشد.

در اولین روزهای خرداد ماه ۱۳۹۴ شصت و هشتمین نشست سازمان جهانی بهداشت برگزار گردید که یکی از مقاد دستور جلسه بررسی راهبردهای فنی جدید جهانی برای مبارزه با مالاریا در سال های ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ بود. خلاصه اخبار این نشست در اخبارمراقبت خرداد ماه خواهد آمد.

میلادی تخمین زده می شود که این بیماری انگلی باعث مرگ ۳۶۷۰۰۰ تا ۷۵۵۰۰۰ نفر در جهان شده باشد که عموماً کودکان آفریقای با سن کمتر از ۵ سال بوده اند. با تلاش های فراوانی که در ابعاد مختلف در سطح جهان انجام گرفته است، مرگ و میر ناشی از این بیماری نسبت به سال ۲۰۰۰ میلادی ۴۷٪ کاهش داشته است.

امسال در ۱۶ و ۱۷ اردیبهشت ماه همایش روز جهانی و نشست سالیانه مالاریا به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با حضور ۲۴۰ نفر برگزار گردید. در این سالروز مرکز مدیریت بیمار یهای واگیر میزبان نمایندگان محترم برنامه سازمان جهانی بهداشت در ایران، اساتید محترم دانشگاه تهران و مدیران محترم گروه مبارزه با بیماریها و کارشناسان محترم مسئول مالاریا از دانشگاه های علوم پزشکی و

امسال در سراسر دنیا در تاریخ ۲۵ آوریل ۲۰۱۵ روز جهانی مالاریا با شعار حذف مالاریا، سرمایه ای برای آینده فعالیت هایی در این راستا انجام می گیرد که نشانگر اهداف این برنامه می باشد اهداف این برنامه مهم هزاره در برنامه ”Post-2015“ می باشد. به عنوان مثال مقرر شده است تا سال ۲۰۳۰ میلادی بتوان ۹۰٪ از تعداد مبتلایان و موارد مرگ و میر ناشی از این بیماری باستانی کاهش داده شود. در این روز از تازه ترین پیشرفت های حاصل شده در مبارزه با این بیماری در سراسر جهان صحبت شده و تلاش می شود تا سرمایه های جدیدی برای تداوم این راه بزرگ جلب شود. در حال حاضر اعتقاد بر این وجود دارد که ابزار لازم برای مبارزه با این بیماری در جهان وجود دارد و تنها به کمک های مالی فوری برای رساندن ابزار موجود به مناطقی وجود دارد که بسیار نیازمند آن می باشند. در سال ۲۰۱۳

کارگاه مدیریت کنترل ناقلین مالاریا

کارگاه مدیریت کنترل ناقلین مالاریا با همکاری دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و با حضور مدرسین ملی و بین المللی در تاریخ های ۴ الی ۶ خرداد ماه سال جاری با حضور ۲۵ نفر از همکاران واحد مبارزه با بیماری های دانشگاههای زاهدان، ایرانشهر، بندرعباس، شیراز، اهواز، کرمان، جیرفت، قم و جهرم برگزار خواهد شد. از رؤس مطالب این کارگاه بحث و بررسی در مورد روش های نوین کنترل بیماری های منتقله توسط ناقلین، مالاریا، لیشمانیوز، تب دنگ و... می باشد. علاوه بر آن بررسی مشکلات اجرایی کنترل ناقلین و ارائه راه حل های مناسب اجرایی در دستور کار قرار دارد.

اولین جلسه کمیته مشورتی حشره شناسی و کنترل ناقلین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جلسه نخست کمیته مشورتی حشره شناسی و کنترل ناقلین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در روز شنبه ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۴ با حضور رییس و معاون محترم مرکز مدیریت بیماری های واگیر، روسای محترم اداره مبارزه با مالاریا و بیماری های منتقله از راه ناقلین و اداره مبارزه با بیماری های منتقله از حیوان به انسان، و اساتید به نام داخلی و خارجی این حوزه (آقایان دکتر زعیم، دکتر وطن دوست، دکتر یعقوبی ارشادی، دکتر عنایتی، دکتر رنجبر، دکتر حنفی، و آقایان مهندس عبائی و مهندس موسوی) تشکیل گردید.

دستور کار این نشست شامل، تبیین اهداف تشکیل جلسه، تدوین روش کار کمیته و مشخص کردن چارچوب، محورها و موضوعات مربوطه، تدوین استانداردهای حمایت از تحقیقات متناسب با نیازهای برنامه های کشوری مرتبط و مشخص نمودن اولویت های مشکلات در بخش های بهداشت و کشاورزی بود. همچنین پیرامون شرح وظایف کمیته و چگونگی ارتباط آن با سایر سازمان های ذیربط در حوزه مدیریت بیماریهای منتقله بحث و تبادل نظر گردید. در پایان مقرر گردید نشست های کمیته بر اساس نیاز و حسب تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برگزار شود.



برگزاری نشست‌های تخصصی هم‌اندیشی ایدز در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

اهداف تعیین شده تأکید دارد.

گزارش عملکرد و پایش و ارزشیابی مراکز مشاوره دانشگاه‌های شرکت‌کننده و مروری بر برنامه‌های جاری از جمله مشاوره و آزمایش داوطلبانه، برنامه‌های ویژه زنان آسیب‌پذیر و زنان باردار، مراقبت و درمان مبتلایان و تازه‌های درمان، برنامه‌های کاهش آسیب و لزوم شناسایی گروه‌های سخت در دسترس از مباحث مطرح شده در این نشست است.

♦ طبق برنامه ریزی انجام شده سومین نشست با حضور دانشگاه‌های جنوب کشور در بندرعباس در اردیبهشت ماه ۹۴ برگزار گردید. براساس جدول زمان بندی شده این برنامه پوشش کشوری داشته و تمامی دانشگاه‌ها در این نشست‌ها حضور داشتند.

مدعوین محترم این نشست‌ها شامل معاون بهداشتی، مدیر گروه بیماری‌های واگیر و کارشناس ایدز هر منطقه می‌باشند. انتظار می‌رود تیم‌های شرکت‌کننده در بازگشت به دانشگاه‌های خود تلاش نمایند تا با رویکردی جدید، برنامه‌ها را پوشش دهند.

♦ اولین نشست تخصصی هم‌اندیشی ایدز به میزبانی دانشگاه آذربایجان غربی در ارومیه با شرکت دانشگاه‌های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، زنجان و قزوین در دی ماه ۹۳ برگزار گردید. دومین نشست در اسفند ماه ۹۳ به میزبانی دانشگاه مازندران در ساری و با شرکت دانشگاه‌های شمال کشور برگزار شد.

اهداف جهانی کنترل ایدز که قرار است تا سال

۲۰۲۰ تحقق یابند عبارتند از:

- ♦ ۹۰٪ مبتلایان از ابتلای خودآگاه باشند.
- ♦ ۹۰٪ افرادی که از ابتلای خودآگاه هستند تحت مراقبت و درمان باشند.



♦ در ۹۰٪ کسانی که تحت درمان هستند تکثیر ویروس به حداقل رسیده باشد و بار ویروسی در خون کمتر از ۲۰۰ باشد.

تجارب جهانی نشان می‌دهد بدون مداخلات جامع و مدیریت شده، دسترسی به این اهداف در زمان باقیمانده ممکن نیست. در حال حاضر بالاترین شیوع HIV در کشور مربوط به تزریق کنندگان مواد مخدر بوده ولی شواهد حاکی از موج سوم اپیدمی ایدز و تغییر الگوی انتقال به سمت انتقال جنسی است. **شیوع مصرف مواد روان‌گردان و صنعتی، از چالش‌های مهم برنامه‌های کنترل ایدز به ویژه در جوانان و نوجوان و نیز تهدیدی جدی برای بازگشت موج دوم همه‌گیری اچ‌آی‌وی می‌باشد.**

سلسله نشست‌های **هم‌اندیشی ایدز** بر اهمیت و لزوم مداخلات منطقه‌ای برای کنترل اپیدمی ایدز، رفع نواقص و موانع اجرایی، اهمیت پشتیبانی سیاست‌گذاران و مدیران ارشد در موفقیت برنامه‌ها و نهایتاً تحقق

تفاهم نامه با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری جهت اجرای برنامه آموزشی پیشگیری و کنترل HIV/ایدز



در راستای ارتقای سلامت دانشجویان و به منظور افزایش سواد سلامت دانشجویان، اساتید و کارکنان دانشگاه‌ها و موسسات عالی وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در زمینه پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی/ایدز مابین **معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاون وزیر و رئیس سازمان امور دانشجویان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری** تفاهم نامه



جمهوری اسلامی ایران

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

دو جانبه‌ای منعقد گردید. موضوع این تفاهم نامه برگزاری کارگاه‌های تربیت مربی (TOT) سلامت از کادر مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و دانشجویان همسان منتخب و برگزاری جلسات آموزش دانشجویی در کلیه دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی وابسته به آن وزارتخانه می‌باشد. مدت این تفاهم نامه ۲ سال بوده که قابل تمدید می‌باشد. اهداف اختصاصی این برنامه تربیت مربی پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز بین کارکنان، اساتید و دانشجویان، ایجاد نظام گزارش‌گیری آموزشی فعال و هماهنگ در دانشگاه‌های سراسر کشور، طراحی و اجرای کمپین و بسیج اجتماعی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری ایدز است.

در این برنامه به منظور تربیت مربی تعداد ۶ کارگاه آموزشی منطقه‌ای ۲ روزه با مدل SHEP در کشور برگزار خواهد شد و هر دانشجویی همسان موظف است حداقل ۵ کلاس نفری برای دانشجویان برگزار نماید.



تفاهم نامه همکاری فی مابین مرکز مدیریت بیماری های واگیر و سازمان جوانان هلال احمر (پروژه پیشگیری از ایدز و آگاه سازی افراد جامعه)



مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور آموزش اعضای جوان سازمان هلال احمر در زمینه پیشگیری از ابتلا به اچ آی وی/ایدز تفاهم نامه همکاری به منظور آموزش جوانان و آشنایی آنها با بیماری ایدز با این سازمان امضا نمود. تفاهم نامه مذکور تا ۲ سال قابل اجرا است. در این طرح جوانان علاوه بر آموزش به گروه های هم سن خود، این آموزش ها را به صورت چهره به چهره به سایر اقشار جامعه نیز انتقال می دهند. همچنین جوانان با شناسایی افراد واجد شرایط انجام آزمایش، به آنها مشاوره های اولیه را داده و آنها را برای آزمایش اچ آی وی ترغیب نمایند. این تفاهم نامه در راستای وظایف سازمان جوانان جمعیت هلال احمر مبنی بر

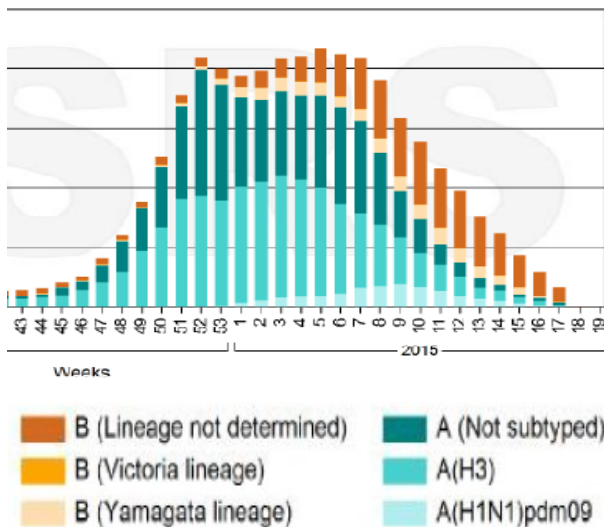
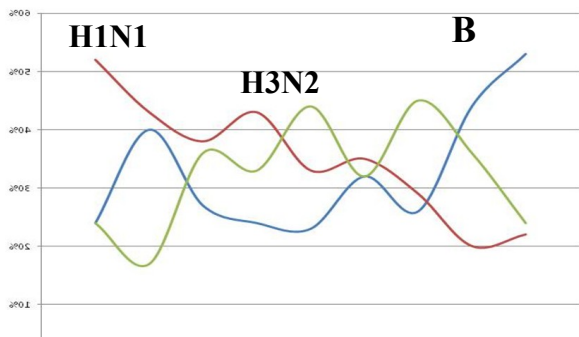
پیشگیری از آسیب های اجتماعی و بهره گیری هرچه بیشتر از ظرفیت بالای داوطلبان جوان هلال احمر در سطح کشور، جلوگیری از گسترش ایدز و بیماری های آمیزشی و همچنین استفاده مناسب از ظرفیت های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی امضا شد. تهیه محتوای آموزشی ویژه مخاطبان مختلف جمعیت هلال احمر و به زبان های متفاوت و برگزاری کمپین های اطلاع رسانی ایدز از دیگر موارد موجود در این تفاهم نامه است. اجرای پژوهش های مشترک در زمینه موضوعات مرتبط با جوانان و برگزاری همایش های علمی مشترک در کل کشور از دیگر موضوعات تفاهم نامه است.

... ادامه پایان فصل آنفلوانزا از صفحه ۱:

مراقبت بیماری ها به دنبال داشت. در فصل آنفلوانزایی که گذشت شاهد گردش ۳ سوش ویروس آنفلوانزا بطور همزمان در کشور بودیم که این اتفاق باعث افزایش تعداد مبتلایان و در نتیجه عوارض و مرگ و میر بدنیا آمد. نگاهی به آمار سال های گذشته در کشور و آمار رسمی سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که حجم موارد بیماری در ماه های گذشته تقریباً دو برابر موارد ابتلا و بستری در زمان مشابه در سال های گذشته بوده است.

همه گیری بیماری آنفلوانزای امسال با ویروس نوع A آغاز شد (در ابتدا نوع H1N1 غلبه داشت که در بهمن ماه نوع H3N2 نوبت غالب گردید) و در ۲ ماه فروردین و اردیبهشت با نوع B پایان پذیرفت.

شایعترین ویروس آنفلوانزا فصل گذشته در کشور، ویروس آنفلوانزا نوع A(H1N1) بود.





گزارشی از بروز طغیانهای سرخک در کشور در ابتدای سال ۱۳۹۴

از ابتدای سال جاری در چند نقطه کشور شاهد تعدادی طغیان بیماری سرخک در کشور بوقوع پیوسته است. لازم به توضیح است از ابتدای سال ۲۰۱۵ میلادی تعریف طغیان سرخک در کشور تغییر یافت و بروز حتی یک مورد بیماری سرخک هم طغیان بیماری سرخک تلقی می گردد. از ابتدای سال جاری تا نیمه خرداد ماه امسال تعداد ۲۵۶ مورد بیماری سرخک (با تایید آزمایشگاهی) در کشور شناسایی گردیده که بیشتر آنها بصورت تک گیر در مناطق مختلف کشور رخ داده که با توجه به اینکه بعنوان طغیان سرخک تلقی گردیده اند از تمامی دانشگاه های علوم پزشکی کشور خواسته شده است کلیه اقدامات لازم را که در مواجهه با طغیان سرخک در خصوص بررسی و پاسخ دهی به آنها لازم می باشد را بعمل آورند. بررسی زنجیره انتقال و کشف منبع عفونت در مرحله حذف بیماری از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.

طغیانهای بزرگ سرخکی که از ابتدای سال جاری در کشور رخ داده است شامل استان های مختلف از جمله استان سیستان و بلوچستان شامل شهرستانهای زاهدان (با ۴۷ مورد) چابهار (با ۲۲ مورد) سراوان (با ۸ مورد) خاش (با ۱۲ مورد) میرجاوه (با ۹ مورد) کنارک (با ۷ مورد) ایرانشهر (با ۱۲ مورد) زابل و زهک (با ۱۲ مورد) استان کرمان شامل شهرستانهای جیرفت و روبر جنوب و کهنوج و قلعه کنج (۶۰ مورد) رفسنجان (با ۵ مورد) کرمان (با ۷ مورد) استان بوشهر شامل شهرستان جم (با ۲۵ مورد) استان یزد شامل شهرستان خاتم و یزد (۱۲ مورد) و استان خراسان رضوی شامل شهرستان کاشمر (۶ مورد) و استان گلستان شامل شهرستان گنبدکاووس (۹ مورد) در سایر شهرستانها تعداد موارد کمتر بوده است.

در پاسخ به این طغیان های سرخک عملیات های متعددی از واکسیناسیون تکمیلی بر علیه سرخک در کشور انجام یافته است که بزرگترین این عملیات ها در دانشگاههای علوم پزشکی جیرفت (با واکسیناسیون بیش از ۲۰ هزار نفر جمعیت گروه سنی ۹ ماه تا ۱۵ سال) و بوشهر (با واکسیناسیون بیش از ۱۷ هزار نفر جمعیت در همین گروه سنی) بعمل آورده شده است که در از آنها به جهت برگزاری این عملیتهای گسترده واکسیناسیون تقدیر و تشکر می نمایم.

با عنایت به اینکه کشور ما در همسایگی با کشورهایی قرار گرفته است که بیماری سرخک در آنها آندمیک بوده و میزان بروز بیماری در آنها بخصوص پاکستان و افغانستان بالا می باشد موضوعی که می بایست بطور جدی مورد توجه تمامی همکاران در سراسر دانشگاههای علوم پزشکی کشور قرار گیرد توجه به وضعیت پوشش های واکسیناسیون در شهرستانهای تحت پوشش خود می باشند که می بایست هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی وضعیت واکسیناسیون در تمامی مناطق بخصوص مناطق حاشیه شهر ها و مناطق در معرض خطر مورد توجه جدی قرار گیرد. توجه به جمعیت های مهاجر و کولی نشین که در طغیانهای اخیر سرخک در شهرهای کاشمر و تربت جام هم منشا بروز طغیانهای سرخک بوده اند بسیار مهم می باشد. حرکت های جمعیتی بخصوص در کارگران فصلی اعم از ایرانی و غیر ایرانی می بایست با دقت تحت مراقبت قرار گیرد همچنانکه منشا طغیانهای سرخک رخ داده در زمستان گذشته در تهران و اصفهان وارده از کشور افغانستان در کارگران بکار گرفته شده بوده است. بنابراین شناسایی و برطرف نمودن نقاط ضعف سیستم واکسیناسیون مورد تاکید می باشد. بروز موارد سرخک در شهرستانهای ایلام و مشکین شهر و مراغه در استانهای غربی کشور نشاندهنده در معرض خطر بودن همه نقاط کشور می باشد.

همچنین نظام مراقبت بیماریهای تبار و بثور دهنده می بایست کاملاً هشیار عمل نموده و کلیه موارد مشکوک به سرخک را بررسی و گزارش نماید تا هیچ مورد بیماری سرخکی در کشور مورد غفلت قرار نگیرد. در مواجهه با بروز یک مورد بیماری سرخک که طغیان محسوب می گردد می بایست حداکثر پاسخ لازم داده شود و از انتشار و گستردگی آن ممانعت بعمل آید. پاسخ دهی بموقع و مناسب از جمله مراقبت بالینی مناسب و جداسازی فرد بیمار و واکسیناسیون تکمیلی در آن منطقه می تواند طغیانهای سرخک را بخوبی مهار نماید.



دومین مورد ابتلا به Ebola در کادر درمانی ایتالیا

یک کادر درمانی (پرستار) داوطلب ایتالیایی که برای کمک به آسیب دیدگان طغیان بیماری مرگبار Ebola به کشور سیرالئون سفر نموده بود پس از سه ماه فعالیت به این بیماری مبتلا گردید. وی در ۱۵ فوریه ۲۰۱۵ میلادی به سیرالئون رفته بود و به عنوان یک عضو NGO به بیماران مبتلا به Ebola کمک می نمود. در تاریخ ۷ ماه می به ایتالیا بازگشت و بازگشت او توسط سازمان NGO به وزارت بهداشت ایتالیا (بر اساس برنامه مراقبتی که از پائیز سال قبل برای مسافران بازگشتی از سیرالئون و کشورهای درگیر Ebola بدان مکلف شده بودند) اطلاع داده شد. در معاینات انجام شده در فرودگاه هیچگونه از علائم بیماری Ebola در وی دیده نمی شد و درجه حرارت بدن وی نیز ۳۶.۳ درجه سانتی گراد بود. سه روز بعد از بازگشت درجه حرارت بدن وی افزایش می یابد و وی در خانه ایزوله می گردد و ۲۴ ساعت بعد به بخش عفونی بیمارستان ساردینیا منتقل می شود و ۲۴ ساعت بعد از بستری جواب نمونه ارسالی از نظر Ebola مثبت گزارش می شود. به محض مثبت شدن جواب آزمایش با همکاری نیروی هوایی ایتالیا، این مرد جوان به بیمارستان پیشرفته مخصوص مراقبت از این بیماران که توان اجرای سطح بالای موازین کنترل عفونت را دارد منتقل گردید. از نظر حال عمومی وضعیت وی مناسب می باشد.



پایان طغیان Ebola در لیبیا

در بیانیه ۹ ماه می سازمان جهانی بهداشت با توجه به گذشت ۴۲ روز (۲ دوره کمون) از آخرین مورد ابتلا در کشور لیبیا، پایان طغیان Ebola در این کشور اعلام گردید. لیبیا که یکی از ۳ کشور غرب آفریقا بود که شدیداً درگیر همه گیری Ebola شده بود فراز و نشیب های زیادی را در طی یکسال گذشته پشت سر نهاد. اولین مسافر آفریقایی که بیماری را به کشور آمریکا برد از لیبیا سفر نموده بود. اولین بیماری که Ebola را به کشور همسایه نیجریه از طریق پرواز وارد نمود یک لیبیایی بود. در لیبیا که سال های طولانی گرفتار جنگ های داخلی بوده است در مورد فراری دادن بیماران بستری شده Ebola در بیمارستان هم حملات مسلحانه به بیمارستان ها رخ داد و با این حال سرانجام Ebola در لیبیا پایان گرفت.



... ادامه انتقال جنسی Ebola از صفحه ۱:

... ماندگار طولانی تر ویروس Ebola در ترشحات تناسلی مبتلایان باعث نگرانی کارشناسان و مسئولین بهداشت در جهان گردیده است. در آخرین روزهای پاک شدن لیبیا از بیماری Ebola خانمی به این بیماری مبتلا شد که هیچگونه عامل خطر ابتلا به این بیماری را نداشت و تنها مورد مشکوکی که در شرح حال وی به عنوان راه اکتساب بیماری شناخته شد، برقراری رابطه جنسی محافظت نشده با مردی بود که حدود ۶ ماه قبل از بیماری Ebola بهبود یافته بود و در آن زمان هیچگونه علائمی از بیماری در وی وجود نداشت.

از آنجا که راه انتقال جنسی می تواند باعث تداوم بیماری در کشورهای گرفتار Ebola گردد یا بیماری از این طریق به کشورهای دیگر منتقل گردد لذا سازمان جهانی بهداشت در زمینه احتیاطات لازم بهداشتی توصیه هایی را به تمامی کشورها ارائه نموده است از جمله اینکه توصیه می شود مایع Semen مردان بهبود یافته از بیماری Ebola سه ماه بعد از بهبودی و سپس بطور ماهانه از نظر وجود ویروس Ebola بررسی شود تا زمانی که ۲ بار جواب آزمایش مایع Semen منفی از نظر Ebola بدست آید. مبتلایان بهبود یافته بیماری Ebola و شرکا جنسی ایشان باید مشاوره کامل از نظر خطر انتقال جنسی بیماری دریافت نمایند و تا زمان اطمینان از عدم وجود ویروس در ترشحات تناسلی از کاندوم در برقراری روابط جنسی استفاده نمایند. در صورتی که بیماران بهبود یافته تمایلی به بررسی ویروس شناختی ترشحات تناسلی خود ندارد توصیه شده است که تا ۶ ماه بعد از شروع علائم بیماری Ebola هنگام برقراری رابطه جنسی از کاندوم استفاده نمایند.



خطر طغیان وبا پس از زلزله نپال

۲۵ آوریل امسال در حالی که کارشناسان بهداشتی جهان خود را آماده برگزاری روز جهانی مالاریا می نمودند، بلای بزرگ دیگری به غیر از مالاریا توجه همگان را بخود جلب نمود. در زلزله بزرگ نپال که ۲۵ آوریل ۲۰۱۵ رخ داد ۳۵ شهرستان آن کشور آسیب دیدند که از آن میان ۱۴ شهرستان بیشترین خسارات را متحمل شدند. زلزله ای با ۷.۸ ریشتر که باعث آسیب و جراحت ۱۹۰۰۰ از اهالی و فوت ۸۰۰۰ نفر گردید. جمعیتی حدود ۲ تا ۳ میلیون نفر از خانه خود آواره و سرگردان شده اند.

ارزیابی سریع سازمان جهانی بهداشت نشان داد که بیمارستان های منطقه از نظر منابع و لجستیک دارویی در وضعیت بسیار نامناسبی هستند. خسارات فراوان زیرساختی، دسترسی ناکافی به آب بهداشتی و مشکلات بهداشتی فراوان در دفع فاضلاب همگی برای بروز زغیان وبا در این کشور که یکی از کشورهای آندمیک با سابقه طولانی وبا می باشد، زمینه را فراهم می نماید.

در همسایگی نپال کشوری قرار دارد که "سرزمین مادری وبا" نامیده می شود و آن کشور بنگلادش است. بنگلادش در ۶ پاندمی از ۷ پاندمی بزرگ وبا در جهان شرکت داشته است. اولین همه گیری ثبت شده وبا در کشور نپال مربوط به سال ۱۸۲۳ می شود که پس از آن همه گیری های متعددی در منطقه کاتماندو (محل فعلی زلزله نپال) در سال های ۱۸۳۱، ۱۸۴۳، ۱۸۵۶، ۱۸۶۲ و ۱۸۸۷ رخ دادند.



اولین مستند علمی موجود در مورد طغیان های وبا در نپال متعلق به سال ۱۸۸۶ می باشد که وضعیت بهداشتی آن زمان در کشور نپال را به خوبی توصیف نموده است اما حدود یکصد سال وقفه پس از آن در انتشار مستندات علمی رخ داده است و علی رغم پیشرفت های ولو اندک کشور نپال گزارش قابل توجهی در مورد این بیماری در آن کشور موجود نمی باشد.

اولین موج مقالات علمی در مورد وبا در نپال از اوایل دهه ۹۰ قرن بیستم شروع

می شود و مشخص گردید که سوش باکتری زای جدید وبا به نام التور Ogawa شناخته می شود در نپال بطور بومی وجود دارد. این مطالعات علمی نشان می دهند که بیماری وبا در نپال حالت فصلی دارد و در فصول پر باران بیماری بیشتر دیده می شود که این دوره از ماه خرداد شروع شده و تا آبان ماه در آن کشور به طول می انجامد. ۲۰٪ از جمعیت نپال که عموماً در روستاها و مناطق شهری دور از دسترس هستند در معرض خطر ابتلا به وبا قرار دارند. بزرگترین طغیان وبای شناخته شده در نپال مربوط می شود به سال ۲۰۰۹ که در منطقه Jajarkot رخ داد و حدود ۳۰ هزار نفر را مبتلا نمود که منجر به مرگ ۵۰۰ نفر گردید. آخرین طغیان وبای نپال در سال قبل بوده است که ۶۰۰ نفر در Rautahat به این بیماری کشنده باکتریایی مبتلا شدند.

از آنجا که مطالعات اخیر نشان داده است که باکتری وبا در نپال به برخی آنتی بیوتیک ها مقاوم است لذا اقداماتی که اخیراً انجام داده اند از جمله راه اندازی نظام مراقبت مقاومت آنتی بیوتیکی در نپال و استفاده از واکسن وبای توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت در آن کشور تا حدی ممکن است بتواند از بروز طغیان های بزرگ جدید جلوگیری نماید هر چند تجربه های برخی کشورهای دیگر نشان داده است که وجود برخی عوامل می تواند بسیاری از تلاش های انجام گرفته را کمرنگ نماید و طغیان وبای غیرقابل انتظاری در نپال مجدداً رخ دهد که یکی از علل مهم آن کم بودن میزان اختصاص داده شده از درآمد ملی در نپال به امر بهداشت می باشد. با کمک های بین المللی و حمایت سازمان ملل امید است تا از بروز طغیان بزرگ وبا در نپال جلوگیری شود.



کره جنوبی : بزرگترین طغیان تنفسی MERS-CoV در خارج از خاور میانه



در ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۴ پس از تایید اولین مورد مثبت ابتلا به کوروناویروس MERS در کشور کره جنوبی بلافاصله سازمان جهانی بهداشت در جریان قرار گرفت. در ابتدا به نظر می رسید که این مرد ۶۸ ساله که به ۴ کشور عربستان، قطر، امارات متحده عربی و بحرین سفر نموده بود اولین و آخرین مورد ابتلا به MERS-CoV در کره جنوبی باشد اما برخلاف باور بسیاری کارشناسان موارد زنجیره وار **انتقال فرد به فرد** بیماری باعث گردید تا در ظرف مدت کوتاهی (۱۶ روز) تعداد موارد قطعی در آن کشور به ۴۱ نفر رسیده است و در این میان ۶ نفر جان خود را از دست داده اند. افزایش موارد ابتلا در آن کشور همچنان ادامه دارد.

بزرگترین طغیان مننژیت قارچی آمریکا



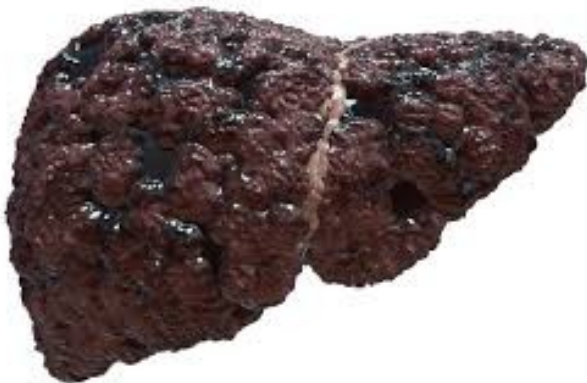
بزرگترین طغیان مننژیت قارچی در تاریخ پزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۲ در ایالات متحده آمریکا بوقوع پیوست که بدنال تزریق متیل پردنیزولون استات (ساخت یک کارخانه در ماساچوست) در نخاع بیماران بوجود آمد. در مطالعه ای که اخیرا مرکز کنترل بیماری های آمریکا (CDC) منتشر نموده است تخمین زده اند که همکاری نزدیک مرکز کنترل بیماری ها با همکاران بهداشت و درمان در سطوح ایالتی و محلی باعث شده است که بتوانند بلافاصله دستورالعمل های تشخیص و درمان را منتشر نمایند و حدود ۱۳۵۰۰ بیمار را که در معرض قرار گرفته بودند تحت اطلاع رسانی سریع قرار دهند. در این طغیان بزرگ ۷۵۰ نفر بیمار شدند که منجر به فوت ۶۴ بیمار گردید و مطالعه اخیر نشان می دهد تلاش های هزاران کارشناس بهداشت و تیم درمان در سراسر دوره طغیان، توانسته است تا از بیمار شدن ۱۵۳ مورد مننژیت قارچی (*Aspergillus fumigatus*) و ۱۲۴ مرگ ناشی از این دارو پیشگیری نماید. این تخمین نشان می دهد که اگر تلاش های انجام شده تیم تحقیقات و کنترل طغیان CDC نبود تعداد مبتلایان و ابعاد طغیان چقدر می توانست بزرگتر گردد چراکه با جمع کردن سریع ویال های داروی توزیع شده از مصرف ۳۱۰۰ دوز دیگر پیشگیری نمود.

نگرانی ها بعد از فوت بیمار مبتلا به تب کریمه کنگو (CCHF) در پاکستان

پانزده نفر از پزشکان و کادر درمانی یک بیمارستان خصوصی در پاکستان پس از بستری و فوت شدن یک بیمار مبتلا به تب کریمه کنگو تحت پایش دقیق علائم بیماری قرار گرفته اند. این جوان ۳۰ ساله اهل افغانستان با تشخیص اولیه نارسایی کبد به یکی از بیمارستان های خصوصی شهر پشاور پاکستان جهت بستری در آی سی یو اعزام شده بود. بیمار در عرض دو روز بعد از بستری دچار نارسایی شدید تنفسی، کبدی، کلیوی گردیده و بدنال خونریزی شدید و ایست قلبی فوت می شود. جواب نمونه آزمایش شده ۳ روز بعد از فوت وی از نظر کریمه کنگو مثبت اعلام می شود. برخی از بیماری های منتقله از حشرات از جمله تب خونریزی دهنده کریمه کنگو دارای مخزن حیوانی نیز می باشند که قابلیت انتقال به انسان از طریق ترشحات حیوانات یا دام های آلوده را دارا می باشند. گزارش هایی از دست در کشورهای همسایه، می تواند به عنوان یک هشدار تلقی شود و نشان می دهد که انتقال بیماری از طریق دام های وارده از راه قاچاق به کشور می تواند گسترش یابد. تقویت همکاری بین بخشی مداوم بین نیروی انتظامی، سازمان دامپزشکی و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای کاهش خطرات بیماری هایی از این دست که سلامت جامعه را تهدید می نمایند بسیار مهم است. همچنین گرفتن شرح حال ابتدایی دقیق از بیماران باید مورد تاکید قرار گیرد. جهت حسن اجرای موازین کنترل عفونت و جداسازی مناسب بیماران مشکوک به بیماری واگیر لازم است تا از قبل زیرساخت و فضای مناسب در بیمارستان ها و مراکز درمانی فراهم گردیده و آموزش و تمرین کافی جهت ضدعفونی سطوح و لوازم آلوده شده انجام گرفته باشد.



صرفه اقتصادی رژیم های خوراکی درمانی هپاتیت C



هرچند **درمان مبتلایان به هپاتیت C** با نسل جدید داروهای خوراکی هزینه بالایی نیاز دارد اما در نهایت برای جامعه به صرفه بوده و امری اقتصادی می باشد. داروهای خوراکی نسل جدید درمان هپاتیت C دارای اثر بهتر و عوارض کمتری هستند و هزینه یک دوره ۱۲ هفته ای درمان هپاتیت C با این داروها چند ده هزار دلار خواهد شد، اما مطالعات جدید نشان داده اند که استفاده از این داروها در آمریکا و ۵ کشور اروپایی دیگر می تواند باعث صرفه جویی سالانه بیش از ۳ میلیارد دلار گردد که اثرات مثبت اقتصادی قابل توجهی برای جامعه دارد. مقبولیت این رژیم تمام خوراکی از طرف بیماران و تداوم درمان تا پایان دوره، نتیجه درمانی بهتر، عوارض کمتر و امکان بازگشت سریعتر و موثرتر به محل کار و شغل روزانه،

باعث می شوند که رژیم های ترکیبی تمام خوراکی بیماری هپاتیت C با Sofosbuvir و Ledipasvir بطور کلی از بازدهی اقتصادی بسیار بالایی برخوردار شوند.

در این مطالعه که بر روی ۱۹۰۰ مبتلا به هپاتیت مزمن C انجام گردید میزان پاسخ به درمان حدود ۹۴ تا ۹۹٪ بوده و کمترین عوارض ممکن را به دنبال داشت. در این مطالعه مشخص شد با این رژیم داروی جدید، هزینه عدم غیبت از سر کار و بهره وری بالاتر بیماران شاغل در ۵ کشور اروپایی تحت مطالعه معادل حدود ۵۵۰ میلیون دلار و در کشور آمریکا حدود ۲ میلیون و ششصد هزار دلار تخمین زده شد. محققین این مطالعه اشاره نموده اند که هزینه های محاسبه شده در مطالعه حداقل صرفه جویی اقتصادی است و مطالعات آینده نشان خواهد داد که استفاده از رژیم های خوراکی صرفه اقتصادی بسیار بالاتری در پی خواهند داشت.

گیاهان می توانند پریون های بیماریز را جابجا نمایند

محققان دانشگاه تگزاس نشان دادند که پریون های عفونی می تواند بر روی علوفه و گیاهان وجود داشته و بیماری را انتقال دهند. گوزن ها و همسترهایی که این علوفه آلوده را مصرف می نمودند نیز متعاقبا به این پریون ها آلوده می شدند. سپس محققین دریافتند که علوفه و مراتع بیشتری می تواند با ادرار و مدفوع همستر ها و گوزن ها آلوده شود.

پریون ها مواد عفونی پروتئینی هستند که می توانند بیماری های مختلف اسفنجی شکل مغزی ایجاد نمایند که در نهایت به مرگ منجر می گردند. پریون ها می توانند منجر به بیماری واریان جاکوب-کروتزفیلد در انسان، بیماری ضعف مزمن در گوزن ها، بیماری اسکرابی در گوسفندان و انسفالوپاتی اسفنجی گاوی (جنون گاوی) در گاوها گردد. گیاهان حتی می توانند پریون ها را از خاک های آلوده گرفته و به بخش های دیگر گیاه منتقل نمایند.



امنیت مواد غذایی چگونه تامین شود؟

ماده غذایی نامطمئن

بیش از ۲۰۰ بیماری



باکتری های
بیماریزا



ویروس



اتکل ها



مواد شیمیایی



بیماریهای منتقله از غذا از طریق آسیب رسانی به نظام مراقبت بهداشتی درمانی و به خطر انداختن اقتصاد، توريسم و تجارت مانع توسعه اجتماعی اقتصادی می شوند

از مزرعه تا سفره امنیت ماده غذایی را تامین نمایید

برپایی آزمایشگاه پیشرفته در لیبیا جهت

مراقبت ژنتیکی Ebola

(genomic surveillance)

مراقبت ژنتیکی بیماری ها از ابزارهای جدید مراقبت بیماری های واگیر است که به کشورها این توان را می بخشد که تغییرات ژنتیکی تدریجی عوامل بیماریزای هدف را تحت نظر بگیرند و بتوانند در مورد تغییرات احتمالی اثر بخشی واکسیناسیون و درمان های جاری پیشاپیش تدابیر لازم را اتخاذ نمایند. ویروس Ebola از جمله عوامل بیماریزایی است که با گذر زمان و

چرخش در بین جامعه و انتقال از بیماری به بیمار دیگر به تدریج دستخوش تغییر می شود لذا هرچه تعداد مبتلایان در جامعه بالاتر رود امکان تغییرات ژنتیکی بیشتر می شود و ممکن است یکی از این تغییرات بتواند در سرعت انتقال و شدت بیماریزایی یا درمان بیماری تاثیر حیاتی گذاشته و از نظر بهداشتی اهمیت یابد. مرکز تحقیقات پزشکی ارتش آمریکا در لیبیا تصمیم گرفته است تا تکنولوژی مراقبت ژنتیکی Ebola را فراهم نماید. این تکنولوژی به کارشناسان بهداشت این امکان را می بخشد که تغییرات کلیدی ژنتیکی را در عرض کمتر از یک هفته (و نه در عرض یک ماه و بیشتر) شناسایی و ارزیابی نمایند.

بزرگترین طغیان مننژیت در

کمر بند افریقا



بر اساس گزارشی که سازمان جهانی بهداشت از وزارت بهداشت **کشور نیجر** دریافت نمود در عرض ۴ ماه ابتدایی سال جدید میلادی، ۵۸۵۵ مورد مشکوک مننژیت در آن کشور شناسایی و

ثبت شده است که از این میان ۴۰۶ نفر جان خود را از دست داده اند. آنچه عجیب است سرعت زیاد رشد این طغیان است. در عرض دو هفته پایانی اردیبهشت ماه تعداد موارد مشکوک سه برابر گردید. این طغیان اولین طغیان بزرگ مننژیت ناشی از *Neisseria meningitidis* serogroup C می باشد که تا کنون در کمر بند مننژیت افریقا (شامل ۲۱ کشور از سنگال تا اتیوپی) رخ داده است. در مناطق دوسو، تیلبری و نیامی (پایتخت) تا کنون ۱۰ شهرستان گرفتار این طغیان شده اند که تنها در ۵ شهرستان متعلق به منطقه نیامی ۳۹۱۹ نفر مشکوک به مننژیت مننگوکوکی شناسایی و ثبت شده است. این طغیان از نظر بهداشتی بسیار نگران کننده است چراکه به مناطق شهری پرجمعیتی مانند نیامی رسیده است که بسیار شلوغ و متراکم است و جمعیتی بیش از ۱ میلیون نفر را در خود جا داده است. کشور نیجر در غرب افریقا قرار دارد و نیامی پایتخت کشور نیجر و پرجمعیت ترین شهر این کشور می باشد و در کنار رودخانه نیجر قرار دارد.

نکته دیگر این طغیان اینست که مننژیت های مننگوکوکی تیپ C آن است که تا کنون هیچگاه در گذشته این باکتری در افریقا مشکل بهداشتی مهمی نبوده است، هرچند در کشورهای غنی این باکتری یکی از گونه های شایع می باشد. در این طغیان هرچند عموماً گونه C جدا

شده است اما در برخی بیماران مننگوکوک نوع W به عنوان عامل بیماری شناسایی شده است. مننژیت ها در کمر بند مننژیت افریقا معمولاً در فصول خشک (از ماه دسامبر تا ماه ژوئن) رخ می دهند. در افریقا در طول ۴۰ سال گذشته تنها موارد تک گیر مننژیت مننگوکوکی نوع C گزارش می شد و گهگاه طغیان های کوچکی را باعث می شده که در برخی موارد مخلوط با نوع A مننگوکوکی بوده است. این طغیان ها در سال ۱۹۷۵ در نیجریه، در ۱۹۹۱ در نیجر و در ۲۰۱۳-۲۰۱۴ در نیجریه رخ داده اند. از این نظر این طغیان یک هشدار جدی برای منطقه محسوب می گردد.

با شروع این طغیان مننژیت مننگوکوکی به تدریج ذخیره دارویی واکسن مناسب این نوع از باکتری مننگوکوک دچار کمبود شده است. برای کنترل این طغیان کمیته ملی تشکیل شده در کشور نیجر از همکاری تیم هایی از سازمان جهانی بهداشت و شرکای بین المللی آن استفاده نموده است و تلاش گردیده تا نظام مراقبت این کشور را در برابر این طغیان تقویت نمایند. سازمان بهداشت جهانی با همکاری تیم های دیگر بین المللی مانند UNICEF، هلال احمر، طلیب سرخ و پزشکان بدون مرز در برگزاری دوره های واکسیناسیون همگانی نیز با نیجر همکاری دارد. دوره های واکسیناسیون همگانی با گروه هدف کودکان ۲ تا ۱۵ ساله در ۷ شهر از ده شهر گرفتار طغیان شروع شده است. پزشکان بدون مرز نیز با حضور تیم و تسهیلات درمانی خود و ۱۸۵۰۰ ویال سفتریاکسون به کمک مردم آسیب زده رفته است و با همه تلاش های انجام شده سرانجام موفق شده اند تا میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری را در منطقه از ۱۱٪ در هفته های گذشته به ۷٪ کاهش دهند. از آنجاکه تهیه یک و نیم میلیون دوز واکسن درخواستی برای یک کارخانه دشوار است از کارخانه انسیتو Finlay در کوبا و کارخانه Bio-manguinhos در برزیل درخواست ۶۰۰۰۰۰ دوز واکسن پلی ساکارییدی شده است که توافقات اولیه انجام گردیده است.



وضعیت Ebola در گینه و سیرالئون

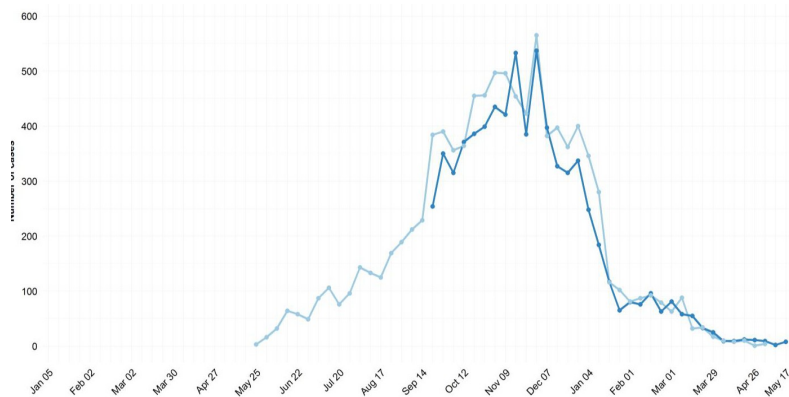
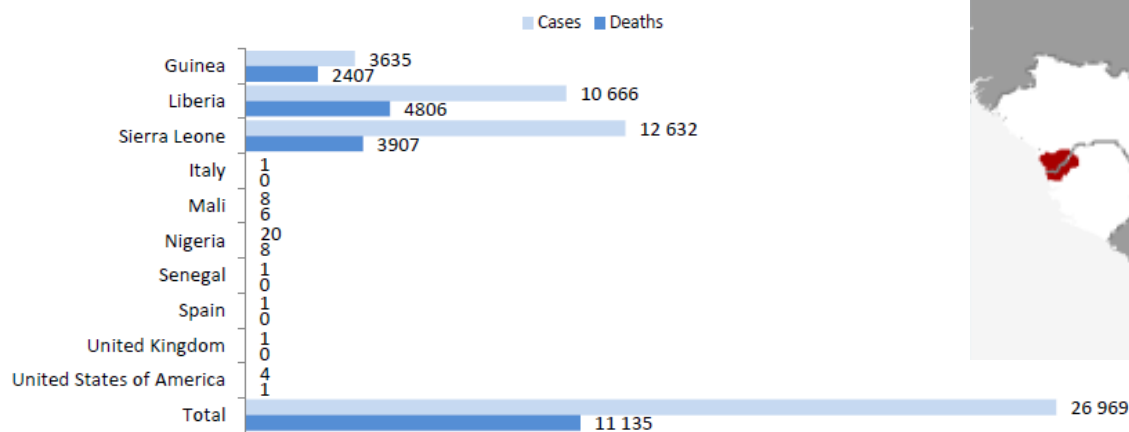
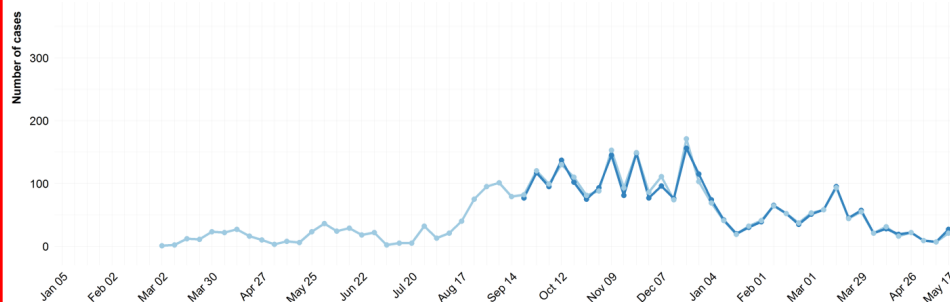
با پایان گرفتن همه گیری Ebola در لیبریا بسیاری انتظار دارند که بزودی شاهد پایان گرفتن این طغیان در کشورهای گینه و سیرالئون هم باشند در حالی که در این دو کشور شرایط بسیار متفاوت است. شاخص های پیشرفت در کنترل بیماری در غرب آفریقا نشان می دهد که در کشور گینه هنوز وضعیت دفن بهداشتی اجساد و شناسایی بیماران در مراحل اول بیماری به هیچ وجه رضایت بخش نیست.

مراقبت ضعیف تر بیماری های در سیرالئون و گینه وجود دارد و رعایت نکردن موازین کنترل عفونت در بیمارستان، منزل و هنگام جابجایی اجساد باعث شده است ویروس Ebola همچنان در این دو کشور در گردش باشد.

در بسیاری کشورهای جهان نیز برای جابجایی و دفن صحیح اجساد متوفیان این بیماری ویروسی هنوز به اندازه کافی تمرین انجام نشده است و میزان آمادگی در برخورد با این بیماری به حد قابل قبول نرسیده است. سازمان جهانی بهداشت برای افزایش سطح آمادگی کشورهای عضو دوره های عملی

برخورد با طغیان این بیماری را برگزار نموده است و انتظار می رود رفته رفته سطح آمادگی کشورها افزایش یابد. فرارسیدن فصل پرباران کشورهای غرب آفریقا زمینه را برای تداوم بیشتر همه گیری Ebola فراهم می نماید و بررسی ها و ماموریت های میدانی در جنگل های انبوه را دشوارتر می نماید.

در نمودار ذیل تعداد مبتلایان بیماری Ebola در گینه مشاهده می شود که در آن کشور همچنان شاهد موارد تازه بیماری هستند، مواردی که قبل از ابتلا قابل شناسایی بودند و سابقه تماس با بیمار قطعی داشته اند اما بدلیل نقص نظام مراقبت بیماری های واگیر توانسته اند قبل از ابتلا آن بیمار را شناسایی نمایند و این موضوع احتمال ابتلا سایر افراد خانواده را نیز مطرح می نماید.



کشور سیرالئون که بیشترین موارد ابتلا را در بین سه کشور غربی به خود اختصاص داده بود روند نسبتاً مطلوبی را در کنترل همه گیری طی نموده است اما هنوز موارد ابتلای جدید و گسترش بیماری در آن کشور دیده می شوند. هرچند موارد ابتلای جدید در آن کشور بسیار ناچیز شده است اما همچنان Ebola از نظر سازمان جهانی بهداشت به عنوان PHEIC مطرح می باشد.