

راهنمای مراقبت سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی (CRS)

Guidelines for Surveillance of Congenital rubella syndrome (CRS) and Rubella

مراقبت از سندرم سرخچه مادرزادی (CRS) نیازمند يك سیستم توصیفی برای گزارش موارد مشکوک به CRS در نوزادانی است که در سرویس‌های مختلف بهداشتی مشاهده می‌شوند. اکثر کشورهای صنعتی سیستم مراقبت تثبیت شده‌ای برای CRS با برنامه‌های ثبت ملی بیماریها و یا برنامه‌های پایش نقایص مادرزادی دارند. در کشورهای در حال توسعه موارد CRS همانند کزاز نوزادی در بعضی مناطق کمتر گزارش می‌شوند در چنین مناطقی ثبت همه‌گیرهای ناگهانی سرخچه در تشخیص موارد CRS می‌تواند کمک کننده باشد.

مراقبت سرخچه در کشورهایی که به مرحله حذف سرخک رسیده‌اند بیشتر عملی می‌باشد و از نظام مراقبت بیماری‌های همراه با تب و بثورات و ثبت آنها و انجام تستهای آزمایشگاهی برای گزارش چرخش ویروسهای سرخک- سرخچه استفاده می‌گردد.

سندرم سرخچه مادرزادی از علل بسیار مهم کوری، کری، بیماریهای قلبی مادرزادی و عقب ماندگی ذهنی است. پاندمی جهانی سرخچه در فاصله سالهای 1962 تا 1965 میلادی اهمیت آن را آشکار نمود. مطالعات مختلفی در کشورها انجام شده است و شیوع بیماری را بین 0/4 تا 3/4 مورد به ازای هر هزار تولد زنده نشان داده است.

در بین شیرخواران مبتلا به 60% CRS اختلال شنوایی، 45% بیماری مادرزادی قلب، 27% میکروسفالی، 25% کاتاراکت، 23% وزن کم در هنگام تولد (کمتر از 2500 گرم)، 17% پورپورا، 19% هپاتواسپلنومگالی، 13% اختلالات شعوری و 10% منگوانسفالیت گزارش شده است. در بررسی توسط سازمان جهانی بهداشت میزان سرونگاتیو بودن زنان سنین باروری نسبت به سرخچه در 12 کشور 25% و بالاتر، در 20 کشور بین 10% تا 24% و در 13 کشور کمتر از 10% بوده است.

بیماری :

در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها، عفونت ناشی از سرخچه به شکل زیر طبقه‌بندی شده است:

2- سندرم سرخچه مادرزادی

1- بیماری سرخچه

بیماری سرخچه :

سرخجه یکی از علل شایع بیماری‌های حاد تبار و بنوری می‌باشد. بیماری دارای چندین عارضه می‌باشد. عفونت سرخجه در حاملگی می‌تواند منجر به سقط، مرده‌زایی یا نوزاد مبتلا به عفونت سرخجه مادرزادی گردد. اولین توصیف دقیق از سرخجه در سال 1740 میلادی به عمل آمد و اصطلاح روبلا در 1866 برای آن به کار برده شد. مطالعات در سال 1941 ثابت کرد ابتلاء مادر به ویروس سرخجه در ماه‌های اول آستانه‌ی موجب کاتاراکت و بیماری‌های قلبی در نوزاد وی می‌گردد.

ویروس سرخجه از ویروس‌های RNA دار و نسبت به حلال‌های چربی حساس است و در گروه توگاویروسها قرار دارد. ویروس سرخجه توسط گروه کثیر از عوامل شیمیایی، PH کمتر از 6/8 یا بیش از 8/1 و تحت اثر اشعه ماوراء بنفش غیرفعال می‌گردد. در حرارت اطاق تا 37 درجه سانتیگراد ویروس ناپایدار است و بهترین درجه حرارت جهت نگهداری آن 60 درجه سانتیگراد زیر صفر است. انسان تنها میزبان طبیعی ویروس سرخجه است. انتقال عامل بیماری از طریق ترشحات دستگاه تنفس شخص مبتلا صورت می‌گیرد و در اکثر موارد ناشی از تماس طولانی و نزدیک با بیمار است. اپیدمی‌های سرخجه در فواصل 6 تا 9 سال یک بار ولی به دفعات کمتری از همه‌گیری‌های سرخک مشاهده می‌گردد. سرخجه بیشتر از همه در کودکان دیده می‌شود اما سن ابتلا به آن بعد از زمان معمول برای ابتلا به سرخک است. در برخی از کشورها تعداد قابل توجهی از بالغین (حدود 15 درصد) فاقد آنتی‌بادی HI نسبت به سرخجه هستند.

به‌طور معمول تنها یک مورد از 5 تا 10 مورد بالینی بیماری سرخجه گزارش می‌شود و به علاوه به ازاء هر یک مورد با تظاهرات بالینی یک یا چند مورد عفونت بدون علائم بالینی وجود دارد که از نظر اپیدمیولوژیکی، به اندازه موارد بالینی بیماری با اهمیت هستند.

اگر چه واگیر بودن سرخجه کمتر از سرخک و بسیاری از بیماری‌های دیگر کودکان است ولی با بروز اپیدمی در سربازخانه‌ها و یا مؤسسات شبانه روزی کلیه افراد حساس به بیماری مبتلا خواهند شد. در سرخجه اکتسابی زمان سرایت‌پذیری بیماری کوتاه است و از یک هفته قبل از بروز بثورات تا 5 روز بعد از آن ادامه خواهد داشت (حداکثر تا 21 روز بعد از بروز بثورات) اما حداکثر سرایت‌پذیری آن یک روز قبل از ظهور نشانه‌هاست.

واضح است بیماری که در جریان سرخجه دچار راش نمی‌شود نیز آلوده کننده است. نوزادان مبتلا به سرخجه مادرزادی نیز یک منبع عفونت محسوب می‌گردند و در حلق، ادرار و مدفوع بسیاری از این نوزادان ویروس یافت می‌شود. تماس افراد حساس با چنین نوزادانی موجب ابتلاء آنها به سرخجه می‌گردد.

به‌طور کلی یک بار ابتلا طبیعی به سرخجه شخص را برای تمام عمر در مقابل بیماری سرخجه محافظت می‌کند هر چند که وقوع عفونت مجدد با یا بدون نشانه‌های بالینی در افراد واکسینه شده و بندرت در آنهایی که قبلاً به بیماری مبتلا شده‌اند، گزارش شده است. بیماری سرخجه

مانند بسیاری از بیماریهای ویروسی می‌تواند در دوره حاد عفونت موجب کاهش پاسخ‌های ایمنی سلولی میزبان گردد.

نشانه‌های بالینی :

پس از دوره نهفتگی (حدود 18 روز) نشانه‌های دوره مقدماتی به صورت بی‌اشتهایی، ضعف، سردرد، کونژونکتیویت، تب خفیف و علائم تنفسی از یک تا 5 روز قبل از بروز بثورات جلدي مشاهده شده و در بالغین معمولاً واضح‌تر است. در بالغین یا اطفال بزرگتر ورم ملتحمه، بثورات جلدي، چند غده لنفاوی بزرگ و حساس، افزایش درجه حرارت بین 37/2 تا 37/8 درجه سانتیگراد و ضعف مختصر، تظاهرات بالینی بیماری سرخچه هستند. چنانچه بثورات جلدي وجود نداشته باشد تنها معدودی از افراد متوجه بیماری خود می‌شوند. به ندرت بیماران نیاز به بستری شدن و مراجعه به پزشک پیدا می‌کنند.

بثورات جلدي در مدت یک تا دو روز محو می‌شوند و بیمار فعالیت طبیعی خود را از سر می‌گیرد و به این جهت آن را سرخک سه روزه می‌نامیدند.

مشخصات بثورات : بثورات جلدي به صورت ماکول قرمز رنگ و کوچک هستند. بثورات جلدي کاملاً مسطح و دایره‌ای می‌باشند و با وجود خصوصیات ذکر شده گاهی تشخیص آنها از بثورات سرخکی، بثورات مربوط به حساسیت دارویی و مخمک دشوار می‌گردد. بثورات جلدي ابتدا روی صورت و خط رویش مو در پیشانی، در اطراف دهان و پشت گوشها ظاهر می‌شود. معمولاً بثورات جلدي در روی صورت خیلی شدید نیستند. در روی تنه تعداد آنها بسیار کم و اندازه بثورات جلدي حدود ته سنجاق و در موارد کمی به ابعاد 3 تا 4 میلی‌متر می‌رسد. در انواع شدید بیماری بثورات علاوه بر تنه روی ساعد و ساق پا دیده می‌شود. به ندرت لکه‌ها به هم متصل گردیده و به صورت اریتم منتشر (شبيه به مخمک) ظاهر می‌شوند. پتشی و پورپورا در نوزادان مبتلا به سرخچه مادرزادی غیرمعمول نیست اما در سرخچه بالغین پیدایش پورپورا نادر است. این عارضه ممکن است در جریان بیماری سرخچه و یا زمان کوتاهی پس از محو بثورات جلدي و یا اواخر دوره نقاهت پیش آید. در مرحله اول غالباً پورپورا ناشی از اثر ویروس روی پلاکتها یا عروق خونی است ولی در دوره نقاهت علت ایمونوپاتولوژیک دارد. در موارد نادر خونریزی شدید پیدا می‌شود و منجر به مرگ بیمار می‌گردد.

غدد لنفاوی : بزرگ شدن غدد لنفاوی در سرخچه شایع‌ترین علامت است و اغلب به تشخیص بیماری کمک می‌کند بخصوص زمانی که بثورات جلدي غیرمشخص هستند. غالباً غدد لنفاوی ناحیه پشت سر و پشت گوش بزرگ می‌شوند ولی هر غده لنفاوی گردنی ممکن است گرفتار گردد. طحال بزرگ، اما در اکثر موارد غیرقابل لمس است. حساسیت غدد لنفاوی بزرگ شده در بیماران متفاوت است. تقریباً همیشه تورم غدد لنفاوی (آدنوپاتی) مقدم بر ظهور بثورات جلدي است.

چشم‌ها : پرخونی خفیف ملتحمه بخصوص در بالغین شایع است اما به شدت سرخک نیست و بیمار ترس از نور (فتوفوبی) یا اشک ریزش ندارد. در موارد استثنایی، پرخونی شدید ملتحمه (کونژونکتیویت) و حتی خشکی چشم (کراتیت)، در سرخجه گزارش شده است.

حلق و مخاط دهان: لوزه‌ها و کام نرم اغلب قرمز هستند. برخی از محققان پتشی (نقاط قرمز رنگ کوچک) را روی سقف دهان گزارش کرده‌اند اما این مسئله در بیماری ناشی از مونونوکلئوز بسیار شایع‌تر است.

لکه‌های ماکولوپاپولر یا خونمردگی (اکیموتیک) قرمز روشن را در روی کام نرم، Forchheimer spot نامیده‌اند. تورم مخاط بینی و سقف دهان و لته‌ها در برخی از اپیدمیها گزارش شده است.

سرخجه اغلب یک بیماری خفیف و در مقایسه با سرخک در شروع بیماری معمولاً فاقد آبریزش شدید از بینی است. سرخجه بندرت به صورت یک بیماری شدید ظاهر می‌شود و گاهی نیز به علت وجود تورم غدد لنفاوی پشت کردن (آدنوپاتی) ممکنست بیماری با سفتی گردن نیز همراه باشد. گاهی لرز و تب (38/5 تا 39/5 درجه سانتیگراد) همراه با درد عمومی شدید بدن وجود دارد. افراد بالغ بیشتر از کودکان از چنین نشانه‌هایی رنج می‌برند.

علائم بیماری معمولاً در مدت یک تا دو روز فروکش می‌کنند و به سرعت رو به بهبودی می‌روند. احتمال عفونت دوباره در سرخجه نسبت به سایر بیماریهای ویروسی بیشتر و حدود 5 تا 8 درصد است.

سرخجه بدون بثورات جلدي :

انواع خفیف و پنهان سرخجه با استفاده از روشهای اندازه‌گیری آنتی بادی و جدا کردن ویروس ثابت شده است و چندان هم غیرشایع نیستند. این پدیده در مادرانی که در سه ماه اول حاملگی دچار شکل خفیف و غیر آشکار عفونت می‌شوند، اهمیت زیادی دارد. در یک همه‌گیری سرخجه حدود 40 درصد از بیماران بثورات جلدي نداشتند و ابتلای آنها به بیماری با جدا کردن ویروس و بالا بودن عیار آنتی‌بادی ثابت شد. اشکال بدون بثورات جلدي سرخجه در اطفال زیر ده سال بیش از بالغین دیده می‌شود.

تشخیص‌های افتراقی :

تشخیص سرخجه از روی علائم بالینی قطعی نمی‌باشد و تشخیص‌های افتراقی شامل سرخک، تب دانگ، پاروویروس B19، ویروس هرپس انسانی 9، کوکساکسی، اکو و سایر آنترو ویروسها، آدنوویروسها و استرپتوکوکوس گروه A (بتاهمولیتیک) می‌باشند. سرخک اغلب همراه با سرخه، آبریزش شدید و قرمزی ملتحمه چشم می‌باشد این علائم نسبتاً غیراختصاصی و مشترک در تعدادی از عفونت‌های ویروسی هستند. علائم مفصلی در بیشتر از 60% زنان بالغ مبتلا به

سرخرجه مشاهده می‌شود اما علائم مفصلی در عفونت با پاروویروس B19 و تب دانگ و دیگر بیماریهای آروویروسی نیز شایع می‌باشند. تورم غدد لنفاوی (آدنوپاتی) پشت گوش در سرخرجه و روزنولایفانتوم (این بیماری معمولاً در کودکان زیر 4-2 سال دیده می‌شود) مشترک است بنابراین تشخیص افتراقی این بیماریها در کودکان مشکل می‌باشد. به این دلایل تأیید سرخرجه بدون تستهای آزمایشگاهی غیرممکن است.

پاسخ ایمنی در سرخرجه :

پاسخ ایمنی هم‌مورال به عفونت سرخرجه بخوبی شناخته شده است در عفونت حاد سرخرجه IgM اختصاصی قابل تشخیص است. IgM معمولاً در 4 روز بعد از شروع بثورات جلدي ظاهر می‌شود و 4 تا 12 هفته بالا باقی می‌ماند. IgG اختصاصی سرخرجه يك شاخص طولانی مدت سابقه عفونت سرخرجه است: IgG بعد از شروع بثورات جلدي شروع به بالا رفتن می‌کند و در حدود 4 هفته بعد به اوج می‌رسد و عموماً برای تمام عمر باقی می‌ماند.

سندرم سرخرجه مادرزادی (CRS) :

حینینی که با ویروس سرخرجه عفونی شده باشد، ممکن است با سندرم سرخرجه مادرزادی متولد شود. (CONGENITAL RUBELLA SYNDROME=CRS). تعدادی از نقایص همراه با CRS ممکن است در هنگام تولد تشخیص داده شوند در حالیکه دیگر نقایص ماهها یا حتی چندین سال بعد گزارش می‌شوند. تظاهرات CRS ممکن است گذرا (مثل پورپورا) یا تظاهرات دائمی (مثل کری، نقایص سیستم عصبی مرکزی، بیماری قلبی مادرزادی، مردمک سفید یا کاتاراکت) یا بصورت علائم دیررس (مثل دیابت ملیتوس) باشند.

تظاهرات عمده بالینی سرخرجه مادرزادی

طبقه بندی	تظاهر ویژه
عمومی	سقط خودبخودی و مرده‌زایی تولد نوزاد با وزن کم عقب ماندگی ذهنی
سیستم شنوایی	کری حسی عصبی: یکطرفه یا دوطرفه کری مرکزی اشکال در حرف زدن
سیستم قلبی و عروقی	VSD-PS-PDA (به ترتیب: باز باقی مانده مجرای شریانی، تنگی شریان ریوی، نقص دیواره بین بطنی) - ترکیبی از بیماریهای قلبی مادرزادی

سیستم بینایی	رتینوپاتی بیگمانتر، کاتاراکت: 50% موارد یکطرفه و در اغلب موارد بارتینوپاتی، کره چشم کوچک (میکروفتالمی)
تظاهرات نوزادی گذرا (ممکن است همراه با عفونت منتشر و مرک و میر بالا باشد)	کاهش پلاکت‌ها (ترومبوسیتوپنی) همراه و یا بدون پوریورا، بزرگی کبد و طحال (هیپاتواسپلنومگالی)، منگوانسفالیت، رادیولوسنسی استخوانی، تورم غدد لنفاوی (آدنوپاتی)
علائم دبررس	پنومونی بافت بینا بینی (اینترستیشیال) با شروع تأخیری (در سن 12-3 ماهگی) دیابت ملیتوس وابسته به انسولین

علائم چشمی : برخلاف کری همراه با CRS، اکثر علائم چشمی CRS بسرعت به وسیله والدین و پرسنل مراقبت‌های بهداشتی تشخیص داده می‌شوند.

نوزادان با CRS، ویروس سرخچه را برای مدتهای طولانی با اشک دفع می‌کنند. ویروس سرخچه می‌تواند در ترشحات نازوفارنکس در 80% نوزادان با CRS در طی ماه اول زندگی، 62% در سن 1 تا 4 ماهگی، 33% در سن 5 تا 8 ماهگی، 11% در سن 9 تا 12 ماهگی و 3% در طی سال دوم زندگی یافت شود. نوزادان با CRS که ویروس سرخچه را با ترشح اشک دفع می‌کنند عفونی بوده و اقدامات احتیاطی مناسب باید برقرار شود. بویژه برای جلوگیری از در معرض خطر قرار گرفتن زنان باردار غیرایمن و انتقال به جنین این امر مهم است.

پاسخ‌های ایمنی در کودکان مبتلا به CRS :

پاسخ‌های ایمنی که در نوزادان مبتلا به CRS مشاهده می‌شود با آن چیزی که در سرخچه طبیعی دیده می‌شود فرق می‌کند. در زمان تولد، آنتی‌بادی‌های اختصاصی سرخچه از کلاس IgG موجود در سرم نوزاد متعلق به مادر بوده و آنتی‌بادی‌های اختصاصی IgM متعلق به خود نوزاد می‌باشد. بنابراین برای تشخیص می‌توان از شناسایی IgM در خون نوزاد استفاده نمود. در 100% کودکان مبتلا به CRS معمولاً از بدو تولد تا 5 ماهگی IgM شناسایی می‌گردد. این میزان در سن 12-6 ماهگی به 60% کاهش می‌یابد و در سن 12 تا 18 ماهگی در 40% کودکان مبتلا IgM دیده می‌شود. بعد از 18 ماهگی بندرت IgM در سرم این کودکان قابل شناسایی است.

مراحل مراقبت سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی :

سه مرحله در مراقبت سرخچه و (CRS) وجود دارد.

مرحله 1 : برنامه ریزی جهت واکسیناسیون سرخچه:

این مرحله با برنامه ریزی جهت استفاده از واکسن سرخچه (واکسن MMR در برنامه واکسیناسیون جاری کشور و انجام بسیج های واکسیناسیون سراسری) به اجرا در می آید.

ذکر این نکته ضروری است که برنامه واکسیناسیون سراسری بر علیه سرخک و سرخچه با پوشش بالغ بر 33 میلیون نفر از افراد 5 تا 25 سال در سال 1382 اجرا گردید و واکسن MMR نیز در برنامه واکسیناسیون جاری (از ابتدای سال 1383) گنجانده شد.

مرحله 2 : برنامه ریزی جهت پیشگیری از CRS :

پایش پوشش واکسن سرخچه در بخش های عمومی و خصوصی در همه گروه های هدفی که واکسن دریافت می کنند بر حسب سال و منطقه جغرافیایی صورت پذیرفته و مراقبت CRS بر حسب مورد (مراقبت موردی CRS) با بررسی و تست آزمایشگاهی هر مورد مشکوک انجام می گیرد. در طغیان سرخچه اقدامات مناسب بایستی صورت پذیرد.

مرحله 3 : برنامه ریزی جهت حذف سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی :

در این مرحله هدف حذف سرخچه و CRS سازماندهی شده و برنامه معمولاً در هدف حذف سرخک ادغام یافته است. پایش پوشش واکسن سرخچه انجام گرفته و هدایت مراقبت موردی CRS با بررسی و انجام تست آزمایشگاهی در هر مورد مشکوک صورت می پذیرد.

مراقبت موردی به وسیله ارزیابی آزمایشگاهی هر مورد مشکوک به سرخک انجام شده و در صورت منفی بودن، نمونه مربوطه از نظر سرخچه بررسی می شود. مضافاً اینکه هر مورد مشکوک به سرخچه مستقیماً مورد بررسی قرار خواهد گرفت و (در صورت منفی بودن نتیجه سرخچه از نظر سرخک بررسی می شود).

فعالیت های مراقبتی:

مراقبت موردی CRS در نوزادان صفر تا 11 ماهه	
بررسی موارد مشکوک	
گزارش تعداد کل موارد CRS در سال	مراقبت CRS:

گزارش تعداد موارد CRS به ازای هر 1000 تولد زنده در سال	
گزارش تعداد موارد مشکوک سرخچه مراقبت موارد مشکوک بررسی هر مورد مشکوک انجام تستهای آزمایشگاهی	مراقبت سرخچه:
در طی طغیان بررسی موارد بیماری بنوری (از طریق انجام تستهای آزمایشگاهی) برای تأیید اینکه سرخچه سبب طغیان بوده یا خیر انجام می‌گیرد. در طی طغیان، بررسی تمام موارد بیماری بنوری در حاملگی صورت پذیرد. در طی طغیان (و تا 9 ماه بعد) مراقبت فعال برای گزارش موارد مشکوک به CRS در نوزادان صفر تا 11 ماهه انجام شود.	بررسی طغیان*:
پایش پوشش واکسن سرخچه در گروههای هدف بررسی پوشش بررسی فرصتهای از دست رفته	پوشش واکسن سرخچه:

* تعریف طغیان: هرگاه تعداد موارد مشاهده شده نسبت به موارد مورد انتظار (در يك ناحیه جغرافیایی و دوره زمانی مشابه) افزایش یابد اصطلاحاً طغیان گفته می‌شود.

(روند و سیر بیماری در سال قبل باید بررسی شود. اگر اطلاعات قبلی در دسترس نباشد می‌توان اطلاعات در مورد افزایش غیرطبیعی در ظهور بیماری ماه قبل مورد استفاده قرار داد.)

هماهنگ کننده‌های سیستم مراقبت CRS / سرخچه :

تعیین يك پزشك با قابلیت برای هر استان یا ناحیه به‌عنوان هماهنگ‌کننده اجرایی و همچنین استقرار يك متخصص در يك بیمارستان مرجع استانی یا ناحیه به‌عنوان هماهنگ کننده علمی برنامه ضروری می‌باشد.

بطور کلی مسئولیتهای هماهنگ کننده‌های CRS / سرخچه شامل موارد زیر می‌باشد:

1. تهیه و توزیع مواد آموزشی همسو با سیستم مراقبتی ملی ؛
2. هماهنگی و آموزش پزشکان واجد شرایطی که توانایی معاینه نوزادان مشکوک به CRS را دارا باشند ؛
3. هماهنگی با آزمایشگاه ملی سرخجه و اطمینان از اینکه نمونه‌ها در زمان مناسب به آزمایشگاه ارسال شده‌اند و کنترل گزارشات به عمل آمده ؛
4. هدایت و اجرای آموزشهای سیستم مراقبت CRS / سرخجه ؛
5. تهیه و ارسال و نگهداری لیست خطی موارد مشکوک به سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی ؛
6. انجام هماهنگی‌های لازم و بررسی طغیانها ؛
7. هماهنگی و اجرای نظارت و پایش و ارزشیابی پوشش واکسن سرخجه و برنامه مراقبت سرخجه و CRS ؛
8. تجزیه و تحلیل اطلاعات مراقبت و تهیه پس‌خوراند ؛
9. همکاری و مشارکت در برنامه‌های ابلاغی در راستای سیستم مراقبت سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی.

ارتباط منظم میان هر مرکز گزارش دهنده و هماهنگ کننده ضروری است. هماهنگ کننده مراقبت باید يك شخص مشخص را در هر مرکز گزارش‌دهی تعیین کند که ضمن بیماریابی و شناسایی دقیق بیماران نسبت به تکمیل فرم‌های گزارش‌دهی موارد و اطمینان از مناسب بودن نمونه‌های خون جمع‌آوری و حمل شده به آزمایشگاه و تحویل فرم‌های گزارش موارد پاسخگو باشد. فرم‌های گزارش مورد بایستی از نظر تکمیل بودن و دقت در زمان پذیرش، بازنگری شوند.

مراقبت CRS :

مراقبت جاری CRS مبتنی بر تشخیص نوزادان 0 تا 11 ماهه مبتلا به CRS می‌باشد اگر چه تعدادی از علائم مربوط به CRS ممکن است تا سنهای بالاتر بارز نباشند. در کودکان با سن بالای یکسال تأیید سرخجه به‌عنوان عامل ناهنجاریهای مادرزادی خیلی مشکل است.

تعداد سالیانه موارد CRS و همچنین میزان سالیانه موارد CRS بر مبنای 1000 تولد زنده بایستی

گزارش گردد. برای محاسبه میزان، نیاز به تعداد تولدهای زنده سالیانه در همان نواحی می باشد.

پایگاهها و متخصصین زیر می بایستی در برنامه مراقبت بیماری مشارکت داشته باشند:

1- پایگاههایی که به طور عادی در مراقبت بیماریهای EPI مشارکت دارند (شامل کارمندان بهداشتی، پرستاران و اپیدمیولوژیست ها)

2- بخشهای نوزادان و واحدهای مراقبت ویژه نوزادان

3- سرویسهای زایمان دارای متخصصین زنان و ماما

4- بیمارستانهای عمومی دارای بخش اطفال

5- بیمارستانهای مرجع

6- متخصصین چشم – بینایی سنجی و کارمندان مراقبت اولیه چشم

7- متخصصین گوش و شنوایی سنجی

8- متخصصین قلب و جراحان قلب.

تعریف موارد :

مورد مشکوک CRS :

مورد مشکوک عبارتست از :

تعریف 1. هر کودک کمتر از یکسال که کارمندان بهداشتی در او مشکوک به CRS می شوند.

تعریف 2. هر کودک کمتر از یکسال دارای تاریخچه مادری مشکوک یا تأیید شده ابتلاء به سرخچه در دوران حاملگی.

تعریف 3. هر نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به کری و یا با یک یا چند علامت از علائم

چشمی زیر:

مردمك سفید (كاتاراکت)، کاهش دید، حرکات پاندولي چشم (نیستاگموس)، لوچی، کره چشم کوچک (میکروفتموس)، قرنيه بزرگتر (گلوکوم مادرزادي)

توجه : کارمندان بهداشتی بایستی همه موارد مشکوک به CRS را به پزشک برنامه ارجاع دهند.

مورد تأیید شده بالینی CRS :

یک مورد تأیید شده بالینی، فردی است که توسط پزشک دوره دیده به ترتیب ذیل با 2 عارضه از گروه الف و یا یک عارضه از گروه الف و یک عارضه از گروه ب گزارش شود

گروه الف : کاتاراکت، گلوکوم و یا کاتاراکت همراه با گلوکوم، بیماری قلبی مادرزادي، نقص شنوایی، رتینوپاتی بیگمانته.

گروه ب : یوربورا، اسپلنومگالی، میکروسفالی، عفب ماندگی ذهنی، منگوانسفالیت، بیماری استخوانی رادیولوسنت، زردی که در 24 ساعت اول تولد شروع شود.

مورد تأیید شده آزمایشگاهی CRS :

مورد تأیید شده آزمایشگاهی CRS نوزادي است که علائم بالینی CRS را دارد و IgM اختصاصی سرخچه در خون او شناسایی شده است.

عفونت سرخچه مادرزادي (CRI) :

نوزاد با تست خونی مثبت از نظر IgM سرخچه که تأیید بالینی CRS را ندارد بعنوان فردی که عفونت سرخچه مادرزادي (CRI) دارد طبقه بندی می شود.

گزارش موارد :

برای هر مورد مشکوک به CRS علاوه بر تنظیم لیست خطی و اعلام به سطوح بالاتر باید یک فرم بررسی اپیدمیولوژیک نیز تکمیل گردد.

تستهای آزمایشگاهی :

یک نمونه خون به میزان 1 میلی لیتر باید از هر نوزاد مشکوک به CRS بعد از تولد در اسرع وقت تهیه شود. تقریباً همه نوزادان مبتلا به CRS نتیجه آزمایش IgM اختصاصی سرخچه آنها در طی 6 ماه اول زندگی مثبت و 60% آنها در طی 6 ماهه دوم زندگی نیز مثبت می باشند. در راستای

اهداف مراقبت يك نمونه خون به طور كلي براي تأييد يا رد كردن CRS بنظر كافي مي رسد. بهر حال اگر اولين نمونه براي IgM سرخچه منفي بود و شك زياد باليني يا اپيدميولوژيك به CRS وجود دارد يك نمونه خون ثانويه بايد درخواست شود.

مراقبت سرخچه :

تعريف موارد :

مورد مشکوك به سرخچه :

تعريف 1. هر بیمار در تمام گروههای سني که کارمندان بهداشتي در او به سرخچه مشکوك هستند.

تعريف 2. هر بیمار با تب و راش ماکولوپاپولر همراه با يك يا چند از علائم زير: بزرگی غدد لنفاوي گردني، پشت سري يا پشت گوشي، درد مفاصل يا تورم مفاصل.

معمولاً تشخيص سرخچه از بيماريهاي سرخك، دانگ و يا ديگر بيماريهاي بئوري تبار از نظر باليني غيرممکن است. در مرحله حذف سرخك - سرخچه موارد مشکوك به سرخك و سرخچه در يك طبقه بندي مراقبتي به عنوان بيماري بئوري تبار براي موارد مشکوك به اين دو بيماري قرار مي گيرند.

مورد تأييد شده آزمایشگاهی سرخچه :

بدليل سخت بودن تشخيص باليني سرخچه، تأييد آزمایشگاهی مورد نیاز مي باشد. يك مورد تأييد شده آزمایشگاهی سرخچه عبارتست از مورد مشکوكی که تست خون مثبت از نظر IgM اختصاصي سرخچه را دارا باشد.

مورد تأييد شده اپيدميولوژيك سرخچه:

يك مورد تأييد شده اپيدميولوژيك سرخچه فردي است با بيماري بئوري تبار که از نظر آزمایشگاهی مورد بررسي قرار نگرفته است ولي از نظر اپيدميولوژي با مورد تأييد شده آزمایشگاهی سرخچه مرتبط است.

بررسی زن باردار مشکوك به سرخچه :

به منظور تشخيص موارد CRS در نوزادان، بررسي بيماري بئوري در زنان باردار مهم مي باشد. اگر يك زن باردار به سرخچه مشکوك است مراحل زير بايد پيگيري شود:

1. شك به CRS براي بیمار بایستی توضیح داده شود و نمونه خون تهیه گردد.

2. نمونه خون بایستی از نظر IgM اختصاصی سرخچه در آزمایشگاه معتبر بررسی شود.

3. در صورتیکه نتیجه آزمایش نمونه خون از نظر IgM اختصاصی سرخچه مثبت بود، بیمار بایستی از نظر انجام ویزیت بعدی پیش از تولد و پیگیری مورد مشورت قرار گیرد.

4. در صورتیکه نتیجه نمونه خون از نظر IgM اختصاصی سرخچه منفی باشد و اولین نمونه خون در 6 روز اول شروع بثورات جلدي تهیه شده باشد، بایستی نمونه خون دوم تهیه شده و از نظر IgM اختصاصی سرخچه آزمایش شود.

5. برای تمامی موارد عفونت سرخچه در طی بارداری که از نظر آزمایشگاهی تأیید شده‌اند، نام بیمار و دیگر اطلاعات مرتبط بایستی در بررسی سرخچه بارداری ثبت شود. مشاوره و پیگیری طبی بایستی ارائه شود.

6. از نوزاد مادری که در دوران بارداری نتیجه آزمایش عفونت به سرخچه آن تأیید شده بایستی نمونه خون برای تعیین IgM اختصاصی سرخچه تهیه شود و به وسیله یک پزشک دوره دیده در اسرع وقت بعد از تولد معاینه شود.

تذکر : در مراقبت زنان باردار مشکوک به سرخچه لازم است تمامی واحدهای سیستم بهداشتی بالاخص بهداشت خانواده (با توجه به انجام مراقبتهای دوران بارداری) توجیه گردند.

نکته: با توجه به اینکه برخی از افراد میزان قابل شناسایی IgM را تولید نمی‌کنند، ممکن است فردی مبتلا به سرخچه باشد ولی در خون او IgM شناسایی نشود و علاوه بر این در برخی موارد دیده شده است که در عفونت مجدد با سرخچه نیز IgM تولید می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه تشخیص عفونت اولیه و یا مجدد سرخچه در زن باردار اهمیت زیادی دارد لذا لازم است صرفنظر از پاسخ مثبت یا منفی IgM برای وی، سرم خون زن باردار مشکوک به سرخچه با روش Rubella IgG avidity assay مورد بررسی قرار گیرد. پاسخ‌های Avidity Low به منزله تشخیص قطعی عفونت اولیه سرخچه خواهند بود ولی پاسخ High avidity به عنوان تشخیص قطعی ایمنی قبل از بیماری تلقی می‌گردد.

این روش در بخش ویروس شناسی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران راه‌اندازی گردیده و قبلاً نیز در بررسی زنان بارداری که واکسن MR دریافت کرده بودند اعمال شده است.

گزارش موارد:

از طریق گزارش تلفنی بر اساس لیست خطی و ارسال اطلاعات با فرمهای لیست خطی و فرم بررسی اپیدمیولوژیک گزارش موارد صورت می‌گیرد. ضمناً فرم ارسال نمونه نیز به همراه هر نمونه بایستی تکمیل و به آزمایشگاه ارسال گردد.

تست‌های آزمایشگاهی :

سرخجه می‌تواند فقط به وسیله تست آزمایشگاهی تأیید شود. تأیید آزمایشگاهی سرخجه بوسیله گزارش Igm اختصاصی سرخجه در نمونه خون صورت می‌پذیرد (نمونه خونی که بایستی در ظرف 28 روز اول از شروع راش بنورات جلدي تهیه شده باشد).

فعالیت‌های اختصاصی در طغیان شناخته شده سرخجه :

زمانیکه سرخجه به عنوان علت طغیان بیماری بنوری تب‌دار مشخص می‌شود، توجه ویژه‌ای باید به گزارش سرخجه در زنان سن بارداری به عمل آید. برای تعیین موارد بالقوه CRS، همه بیماری‌های بنوری تب‌دار زنان باردار باید بررسی و ارزیابی شوند.

طغیان‌های سرخجه ممکن است از 2 تا چند سال ادامه یابد و اغلب یک طغیان کوچکتر پیش‌زمینه طغیان بزرگتری می‌باشد. متخصصین زنان، متخصصین اطفال، متخصصین نوزادان، ماماها و دیگر کسانی که سرویس‌های بهداشتی را برای زنان و یا نوزادان ارائه می‌کنند باید نسبت به ظهور طغیان هوشیار باشند و از تعاریف مورد سرخجه و مشکوک به CRS آگاهی داشته باشند و فرم‌های بررسی موارد را به‌طور مقتضی تکمیل کنند. مراقبت CRS باید حداقل برای 9 ماه بعد از گزارش آخرین مورد سرخجه ادامه یابد.

توجه: در صورت مشاهده مورد مشکوک به سرخجه لازم است به کلیه زنان در سنین باروری غیرایمن با رعایت موارد منع واکسن، واکسن حاوی جزء سرخجه تلقیح گردد.

مراقبت فعال برای گزارش موارد CRS :

مراقبت فعال برای موارد CRS با تأکید خاص بر پیگیری زنانی که در 16 هفته اول حاملگی در معرض تماس قرار داشته‌اند می‌تواند در طی طغیان سرخجه و تا 9 ماه بعد از آخرین مورد گزارش شده سرخجه ادامه یابد.

روش مراقبت فعال CRS:

در مناطقی که پوشش واکسن سه‌گانه نوبت سوم 90% یا بالاتر است کارمندان بهداشتی می‌توانند برای غربالگری نوزادان در طی انجام واکسیناسیون نوبت اول سه‌گانه (در سن 2 ماهگی) برای علائم CRS و تحقیق درباره تاریخچه مادری سرخچه در حاملگی آموزش ببینند. نوزادانی که با تعریف مورد مشکوک به CRS تطبیق می‌یابند باید به پزشک برنامه برای ارزیابی کلینیکی CRS و آزمایش Igm ارجاع یابند.

آزمایشگاه :

کار با نمونه‌های خون:

- 1- روشهای ضد عفونی بدقت برای جمع‌آوری خون و کار با نمونه‌ها بکار برده شود.
- 2- اگر نمونه خون وریدی گرفته می‌شود، نمونه خون به لوله سانتریفوژ یا لوله دیگر باید منتقل شود.
- 3- لوله آزمایش باید فوراً برچسب زده شود و اطلاعات بیمار شامل نام بیمار – تاریخ نمونه‌گیری و شماره ثبت بر آن نوشته شود. از یکسان بودن اطلاعات برچسب و فرم بررسی بیمار و فرم نمونه‌گیری و پاسخ آزمایشگاهی مطمئن شوید.
- 4- نمونه خون در درجه حرارت اتاق به مدت 30-60 دقیقه نگهداشته شود.
- 5- برای جداسازی سرم نمونه خون در سانتریفوژ معمولی یا یخچالدار با سرعت 1500 – 2000 دور در دقیقه به مدت 20-15 دقیقه قرار گیرد. اگر سانتریفوژ در دسترس نباشد نمونه خون در درجه حرارت اتاق در طول شب نگهداری شود، تا سرم از لخته خون جدا گردد.
- 6- از پی‌پت استریل برای انتقال سرم به لوله استریل یا شیشه درب‌دار استفاده شود. لوله می‌تواند شیشه‌ای یا پلاستیکی باشد. قلم مخصوص ثبت اطلاعات باید غیرقابل پاک کردن باشد یا از برچسب مخصوص استفاده شود.
- 7- اگر میزان سرم کافی باشد سرم را در دو لوله نگهداری کرده تا در صورت نیاز آزمایش کنترل بر روی نمونه دوم انجام شود.
- 8- کنترل شود تا درب لوله بخوبی بسته شده باشد.
- 9- نمونه سرم همراه با کپی فرم پذیرش آزمایشگاه باید به آزمایشگاه رفرانس سرخچه که

استانداردهای سطح ملی را رعایت می‌کند ارسال شود.

نگهداری نمونه‌های سرم:

نگهداری سرمها باید در درجه حرارت 2 تا 8 درجه سانتیگراد (درجه حرارت یخچال) یا بصورت یخ زده (20- درجه یا کمتر) صورت پذیرد. بهتر است از انجماد و ذوب مکرر سرمها اجتناب شود.

اگر حمل نمونه‌ها به آزمایشگاه رفرانس به موقع انجام نمی‌شود (بیشتر از 48 ساعت طول خواهد کشید) ترجیحاً سرم باید منجمد شود و با یک کلد باکس مناسب با یخ خشک یا مرطوب به آزمایشگاه رفرانس منتقل شود.

ارزیابی‌های آزمایشگاهی :

یک فرم درخواست آزمایشگاه باید همراه هر نمونه خون باشد.

تست آزمایشگاهی بنا به هدفی که نمونه خون تهیه شده است متفاوت خواهد بود:

• تست IgM : برای تشخیص CRS در نوزادان و برای تشخیص عفونت حاد سرخچه.

• تست IgG : برای اندازه‌گیری حضور و یا عدم حضور سطوح محافظتی ضد سرخچه.

• تست IgG : در بررسی‌های سروایدمیولوژیک.

• تست Rubella IgG Avidity assay : برای زنان باردار مشکوک به سرخچه.

دفتر ثبت روزانه نمونه‌ها :

آزمایشگاه باید دفتر ثبت روزانه نمونه‌ها را داشته باشد و اطلاعات تمامی نمونه‌های سرمی رسیده را ثبت کند : نام و نام خانوادگی. تاریخ دریافت نمونه. محل نگهداری سرم. تاریخ انجام آزمایش و نتیجه.

کنترل کیفی آزمایشگاه :

کنترل کیفی آزمایشگاه توسط آزمایشگاه‌های بین‌المللی WHO صورت می‌پذیرد. زمانیکه استانداردهای بین‌المللی در دسترس قرار گرفتند یکسان سازی آزمایشهای سرولوژیک برای

IgM و IgG اختصاصی سرخچه صورت می‌پذیرد.

شاخص‌های فیلد و آزمایشگاه که باید ارزیابی شوند شامل:

1. درصد نمونه‌ها که در وضعیت خوب دریافت شده‌اند.

2. درصد فرمهای درخواست آزمایشگاه که به‌طور مناسب تکمیل شده‌اند.

3. درصد نتایج که در طی 7 روز از دریافت نمونه توسط آزمایشگاه اعلام شده‌اند.

در یک سیستم مراقبتی کامل و کارآمد، همکاری و بروس شناسان با مراکز هماهنگی و بررسی‌های اپیدمیولوژیک به‌منظور دستیابی به نتایج اجرایی قابل اعتماد الزامی است.

پایش پوشش واکسن سرخچه:

پوشش واکسن سرخچه باید ماهیانه و سالیانه برای تمامی گروه‌های هدفی که واکسن را دریافت نموده‌اند محاسبه شود. اطلاعات هر دو بخش دولتی و خصوصی که در واکسیناسیون نقش دارند بایستی در محاسبه پوشش مدنظر گرفته شوند. در جاییکه بخش خصوصی بطور مرتب اطلاعات واکسیناسیون را گزارش نمی‌کنند بررسی پوشش می‌تواند کمک کننده باشد. اطلاعات مربوط به پوشش واکسن سرخچه در کودکان زیر 2 سال بایستی در فرمهای اطلاعاتی سیستم پوشش ملی EPI وارد شوند. پایش پوشش واکسن سرخچه در زنان در سن باروری نیز باید محاسبه گردد: انجام بررسی (تحقیق‌هایی) جهت فرصت‌های از دست رفته در جاییکه واکسن سرخچه مورد نیاز است باید صورت پذیرد.

اقدامات لازم جهت مراقبت از موارد سندرم سرخچه مادرزادی (CRS) و سرخچه در سیستم بهداشتی، درمانی کشور

براساس تصمیمات متخذه و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO)، کلیه موارد CRS باید از محیطی ترین سطح، کشف و گزارش گردند. در صورت عدم مشاهده و کشف مورد CRS گزارش صفر آن ضروری است. بر این اساس و با توجه به ساختار سیستم شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور مراقبت از موارد CRS و سرخچه به شرح ذیل طراحی و به اجرا در خواهد آمد.

راه‌اندازی سیستم مراقبت سندرم سرخچه مادرزادی :

مرحله 1 : راه‌اندازی سیستم مراقبت در زایشگاه‌های مرجع دانشگاهی

مرحله 2 : راه‌اندازی سیستم مراقبت در بخش نوزادان بیمارستانهای اطفال

مرحله 3 : راه‌اندازی سیستم مراقبت در بخش‌های جراحی قلب

مرحله 4 : راه‌اندازی سیستم مراقبت در بخش‌های ENT

مرحله 5 : راه‌اندازی سیستم مراقبت در بخش‌های چشم

مرحله 6 : راه‌اندازی سیستم مراقبت در نظام شبکه بهداشتی کشور

راه‌اندازی و تقویت سیستم مراقبت سرخچه :

مرحله اول : راه‌اندازی سیستم مراقبت در بخش‌های عفونی

مرحله دوم : راه‌اندازی سیستم مراقبت در بخش‌های کودکان

مرحله سوم : تقویت و بهبود سیستم مراقبتی موجود در نظام شبکه بهداشتی کشور

(کنترل سرخچه در کشور از طریق ارائه واکسن (واکسن MMR در برنامه جدید واکسیناسیون جاری و استفاده از واکسن MR در برنامه واکسیناسیون سراسری سرخک و سرخچه در سال 1382) و بررسی آزمایشگاهی نمونه‌های موارد مشکوک به سرخک از نظر سرخچه در حال اجرا می‌باشد)

راه‌اندازی سیستم مراقبت سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی در بخش خصوصی :

این مرحله با برنامه‌ریزی جهت جلب همکاری و مشارکت بخش‌های خصوصی بطور همزمان با بخش دولتی باید پیگیری و ضمن فراهم نمودن مقدمات عملیاتی به مرحله اجرا درآید. تأکید خاص در مرحله اول بر فعال نمودن سیستم مراقبت در بیمارستانها و درمانگاههای تخصصی و عمومی بخش خصوصی (بیمارستانها و درمانگاههای تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی در اولویت خاص می‌باشند) و در مرحله دوم مطب‌های خصوصی می‌باشد.

با توجه به مراحل فوق الذکر، مدیریت برنامه در اولین قدم بدین شرح میباشد :

1. در هر دانشگاه/ دانشکده کلیه زایشگاهها و بخش‌های اطفال و نوزادان بیمارستانهای تابعه به‌عنوان پایگاه دیده‌ور و بر اساس تعاریف ارائه شده اقدام به شناسایی موارد مشکوک به CRS نموده و سپس ضمن هماهنگی با سطوح بالاتر (مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان) اقدام به نمونه برداری و انتقال نمونه خواهند نمود.

2. دانشگاه‌هایی که دارای بخش‌های جراحی قلب می‌باشند نیز به‌عنوان پایگاه دیده‌ور، همانند بند 1 اقدام به شناسایی موارد مشکوک به CRS و نمونه‌برداری خواهند نمود.

3. کلیه دانشگاه‌ها با توجه به نمونه برداری‌های انجام شده از افراد مشکوک به سرخک (که از نظر سرخچه نیز بررسی می‌شوند)، در صورت مثبت بودن نتایج از نظر سرخچه، اقدام به بررسی موارد مثبت اعلام شده و تکمیل فرم‌های مربوطه می‌نمایند. (این اقدامات جهت موارد مشکوک به سرخچه نیز مستقیماً به اجرا در می‌آید).

4. همزمان با اجرای بندهای فوق‌الذکر، کلیه دانشگاه‌ها باید زمینه‌های لازم جهت توسعه و بسط برنامه و جاری نمودن سیستم مراقبت سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی را در کلیه سطوح (دولتی و خصوصی) به‌منظور حصول به پوشش 100% برنامه فراهم نموده و برنامه‌ریزی‌های لازم را به‌عمل آورند.

ذکر این نکته ضروری می‌باشد در مراقبت بیماری سرخک در مرحله حذف از کلیه موارد مشکوک به سرخک نمونه سرمی تهیه می‌شود و در صورت منفی بودن نتیجه، تست سرخچه به‌عمل می‌آید که در صورت مثبت شدن بایستی فرم اپیدمیولوژیک سرخچه تکمیل گردد.

وظایف مرکز منتخب (پایگاه دیده‌ور CRS) :

در هر مرکز منتخب یک نفر به‌عنوان مسئول و هماهنگ کننده برنامه (ترجیحاً پزشک) انتخاب گردیده و امور محوله را پیگیری خواهد نمود. وظایف این فرد شامل موارد زیر می‌باشد :

1. آموزش و توجیه پرسنل مرتبط

2. هماهنگی انجام امور

3. گزارش و ثبت و پیگیری موارد

4. تکمیل فرم‌های مربوطه

5. هماهنگی و پیگیری تهیه و ارسال نمونه‌های مورد نیاز

6. همکاری در انجام کلیه برنامه‌های ابلاغی در راستای اجرای برنامه‌های مراقبت سندرم سرخچه مادرزادی و سرخچه.

وظایف مرکز بهداشت شهرستان:

در هر شهرستان پزشك مسئول برنامه باید مشخص و به عنوان پزشك بررسی کننده موارد CRS معرفی گردد. اقدامات ذیل باید توسط پزشك مذکور در سطح شهرستان صورت پذیرد:

1- بررسی کلیه موارد گزارش شده ظرف 48 ساعت از زمان گزارش مورد و تأیید تشخیص بر اساس تعاریف.

2- تکمیل فرم بررسی مورد CRS.

3- پیگیری تهیه نمونه از مورد CRS بر اساس دستورالعمل کشوری.

4- پیگیری و ارسال نمونه تهیه شده به آزمایشگاه رفرنس کشوری بر اساس دستورالعمل کشوری با هماهنگی سطوح بالاتر.

5- گزارش مورد بررسی شده ظرف 24 ساعت از زمان بررسی به مرکز بهداشت استان توسط تلفن یا نما بر اساس لیست خطی.

6- ارسال تصویر فرمها (فرم بررسی، فرم ارسال نمونه آزمایشگاهی و لیست خطی) به مرکز بهداشت استان.

7- ارسال فرم گزارش صفر ماهانه به مرکز بهداشت استان.

8- پیگیری نتیجه آزمایش مورد CRS از سطح استان.

9- پس‌خوراند نتیجه آزمایش مورد CRS به مرکز گزارش دهنده مورد.

10- ارزیابی و پایش نظام مراقبت CRS به صورت ماهانه.

11- پس‌خوراند نتایج بازبینیها و پایشها به سطوح محیطی و بالاتر.

12- تجزیه و تحلیل اطلاعات و مداخلات لازم.

13- هماهنگی و همکاری لازم در اجرای برنامه‌های مراقبتی مرتبط.

وظایف مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشتی دانشگاه) :

در هر دانشگاه/ دانشکده يك نفر کارشناس مسئول برنامه (ترجیحاً پزشك) باید معرفی و در کنار آن يك تیم مجرب به عنوان کمیته طبقه‌بندی نهایی موارد CRS (که در واقع همان کمیته علمی برنامه در سطح دانشگاه می‌باشد) در نظر گرفته شود.

کلیه موارد گزارش شده CRS از سطح شهرستان باید توسط کارشناس استان (دانشگاه) بررسی و اقدامات لازم به شرح ذیل برای آنها صورت پذیرد و در نهایت کلیه موارد توسط کارشناس در کمیته مربوطه مطرح و تشخیص نهایی موارد مشخص گردد.

1- گزارش مورد CRS دریافت شده از سطح شهرستان به ستاد گزارش‌گیری بیماری‌های کشور ظرف 24 ساعت به صورت تلفن یا نما بر اساس لیست خطی.

2- دریافت فرم بررسی، فرم نمونه آزمایشگاه و لیست خطی موارد از شهرستان‌ها و جمع‌بندی اطلاعات دریافت شده به‌طور ماهیانه و ارسال آن به مرکز مدیریت بیماری‌ها تا بیستم ماه بعد.

3- دریافت گزارش صفر ماهانه از مرکز بهداشت شهرستان و جمع‌بندی اطلاعات دریافت شده به‌طور ماهیانه و ارسال آن به مرکز مدیریت بیماری‌ها تا بیستم ماه بعد.

4- پیگیری نتایج آزمایش نمونه‌های CRS از مرکز مدیریت بیماری‌ها و دریافت نتایج و پسخوراند آن به شهرستان مربوطه.

5- ارزیابی و پایش از نظام مراقبت CRS به‌صورت ماهانه.

6- پسخوراند نتایج بازدیدها و پایش‌ها به سطوح محیطی و بالاتر.

7- تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود و انجام مداخلات لازم.

8- تشکیل کمیته طبقه‌بندی موارد CRS و طرح موارد کشف شده در کمیته و اعلام تشخیص نهایی موارد بلافاصله بعد از اعلام نظر کمیته به مرکز مدیریت بیماری‌ها.

(کمیته باید به‌صورت ماهیانه تشکیل جلسه داده و نسبت به طبقه‌بندی موارد اقدام نماید).

9- همکاری و هماهنگی همسو با برنامه‌های مراقبت ابلاغ شده.

تذکر: مراقبت سرخچه همانند مراقبت سرخک در کلیه سطوح ارائه خدمات بهداشتی، درمانی (شناسایی، گزارش، بررسی، تهیه و ارسال نمونه، مراقبت اطرافیان و ...) بایستی صورت پذیرد.

مدیریت و روش کار :

در سطح کشوری کمیته کشوری مراقبت سندرم سرخچه مادرزادی تشکیل خواهد گردید. ریاست کمیته بر عهده رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها و دبیر آن رئیس اداره بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن بوده و اعضای آن عبارتند از:

معاون واکیر مرکز مدیریت بیماریها، کارشناس مسئول برنامه، کارشناس مسئول ایمنسازی، کارشناس مسئول عوارض ناشی از واکسن، متخصص عفونی اطفال، ویرولوژیست، اپیدمیولوژیست، متخصص زنان و زایمان، متخصص بیماریهای عفونی، متخصص بیماریهای چشم، متخصص بیماریهای قلب و متخصص ENT.

وظایف کمیته کشوری عبارت است از سیاستگذاری و تدوین دستورالعمل‌های مورد نیاز در راستای مراقبت از بیماری سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی و هماهنگی لازم جهت نظارت و پایش و ارزشیابی برنامه‌های طراحی شده و انجام هماهنگی‌های لازم در راستای بهبود و ارتقاء برنامه بر اساس برنامه‌های ملی و بین‌المللی.

کمیته فوق دارای زیر کمیته علمی با ترکیب اعضا زیر میباشد :

متخصص زنان و زایمان، متخصص عفونی، متخصص عفونی اطفال، متخصص چشم، متخصص گوش و حلق و بینی، ویرولوژیست، اپیدمیولوژیست، متخصص قلب (نوزادان) و در صورت لزوم سایر متخصصین.

وظایف کمیته علمی برنامه عبارت است از:

1. جمع‌آوری آمار و اطلاعات و استفاده از منابع علمی در راستای حفظ و بهبود و ارتقاء برنامه مراقبت ؛

2. طراحی و اجرا و همکاری در طرح‌های نظارت، پایش و ارزشیابی ؛

3. انجام تحقیقات کاربردی در راستای ارتقاء و بهبود برنامه ؛

4. تهیه و تدوین و مشارکت در اجرای برنامه‌های آموزشی مرتبط ؛

5. طبقه‌بندی موارد و اعلام تشخیص نهایی بیماران.

در سطح دانشگاه همسان با ترکیب اعضا در کمیته کشوری نسبت به تشکیل کمیته مراقبت دانشگاهی و کمیته علمی (کمیته طبقه‌بندی) به ریاست معاون بهداشتی اقدام خواهد گردید.

فرمهای عملیاتی:

فرم لیست خطی و فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک به CRS و سرخچه جهت کلیه بیماران (در دو برگ) تکمیل و به سطوح بالاتر ارجاع می‌یابد. (فرمها در ضمیمه این راهنما وجود

دارد).

شاخصهای برنامه :

- 1- درصد موارد CRS شناسایی شده به گروه هدف (گروه سنی صفر تا 11 ماه)
- 2- درصد موارد CRS فوت شده به تعداد موارد شناسایی شده
- 3- درصد موارد CRS تأیید شده آزمایشگاهی به کل موارد
- 4- درصد مادران واکسینه شده موارد CRS به غیر واکسینه شده در گروه هدف
- 5- درصد موارد CRS تأیید شده با سابقه واکسیناسیون سرخچه در مادر
- 6- تعداد موارد CRS و میزان بروز به ازای هر 1000 تولد زنده بر حسب ماه، سال، منطقه جغرافیایی)
- 7- تعداد موارد CRS بر حسب جنس، ماه، سال، منطقه جغرافیایی
- 8- وضعیت ایمنی (واکسیناسیون) مادران افراد مبتلا به CRS از نظر واکسن سرخچه
- 9- درصد گزارشات واصله از مراکز فعال شده در سیستم مراقبت
- 10- میزان انجام بررسی موارد ثبت شده بالینی/ آزمایشگاهی
- 11- تعداد موارد و میزان بروز بیماری سرخچه (بر حسب دانشگاه، شهرستان، ماهیانه، سالیانه، منطقه جغرافیایی)
- 12- میزان بروز سرخچه بر حسب سن، جنس، شهرستان
- 13- میزان پوشش واکسن سرخچه در گروه هدف، منطقه جغرافیایی در طول سال
- 14- میزان کامل بودن، بموقع بودن گزارشات ماهیانه موارد سرخچه و CRS
- 15- میزان طغیانهای شناسایی شده و تأیید شده (به وسیله آزمایشگاه)

منبع : دستورالعمل کشوری مراقبت بیماری ها

+نوشته شده در دوشنبه هفتم تیر 1389 ساعت توسط ماجد رحمانی | آرشیو نظرات

