

گزارش اجمالی روند بیماریهای منتقله از آب و غذا و طغیان این بیماری ها به تفکیک سندرم های بالینی اولیه طی فروردین و اردیبهشت سال ۱۴۰۵

تهیه و تدوین:

دکتر سنا عیب پوش

رئیس گروه بیماری های منتقله از آب و غذا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر مریم مسعودی فر

کارشناس مسئول گروه بیماری های منتقله از آب و غذا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمدرضا منتظر خراسان

کارشناس گروه بیماری های منتقله از آب و غذا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آقای هیوا عبدالله پور

کارشناس گروه بیماری های منتقله از آب و غذا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تحت نظارت:

دکتر قباد مرادی

رئیس مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی – معاونت بهداشت

مرکز مدیریت بیماری های واگیر

گروه مدیریت بیماری های منتقله از آب و غذا

خرداد ۱۴۰۵

مقدمه

بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دلیل پتانسیل بالای انتشار سریع و ایجاد همه‌گیری‌های ناگهانی، همواره یکی از چالش‌های اساسی بهداشت عمومی محسوب می‌شوند. طغیان‌های گوارشی، منعکس‌کننده وضعیت بهداشت محیط و سلامت آب و زنجیره تأمین مواد غذایی در سطح جامعه هستند. بیماری‌های منتقله از آب و غذا، به‌ویژه در شرایط پساجنگ به دلیل آسیب‌های وارده به زیرساخت‌های حیاتی، تزلزل در دسترسی به آب سالم و اختلال در شبکه توزیع مواد غذایی، بیش از هر زمان دیگری سلامت عمومی را تهدید می‌کنند. در چنین شرایطی، پایداری نظام مراقبت و ضرورت تحلیل داده‌ها با تواتر زمانی بالاتر جهت شناسایی به‌موقع کانون‌های آلودگی و جلوگیری از گسترش طغیان‌ها، امری حیاتی است. در همین راستا، گزارش حاضر با رویکردی تدافعی و نظارتی، به تحلیل اجمالی روند طغیان‌های گوارشی در فروردین و اردیبهشت‌ماه سال ۱۴۰۵ اختصاص یافته است. در این بررسی، با دسته‌بندی داده‌ها بر اساس سندرم‌های بالینی اولیه، تلاش شده است تا با پایش مستمر وضعیت، تصویر دقیقی از الگوی بیماری‌ها ارائه شود. هدف از این گزارش کوتاه، ارائه مستندات فنی سریع جهت مدیریت بحران، تقویت مداخلات پیشگیرانه و واکنش مقتضی نظام سلامت در مواجهه با چالش‌های بهداشتی دوران پساجنگ است.

روش کار

به‌منظور دستیابی به تحلیلی دقیق از وضعیت بیماری‌ها و طغیان‌های بیماری‌های منتقله از آب و غذا در شرایط پساجنگ، داده‌های مورد نیاز از «پورتال جامع مدیریت بیماری‌های واگیر» استخراج گردید. پیش از آغاز تحلیل، ابلاغیه‌های لازم جهت تأکید بر ضرورت ثبت به‌هنگام و دقیق داده‌ها به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ارسال شده بود تا اطمینان حاصل شود که گزارش‌های بیماری و طغیان با کمترین تأخیر در سامانه ثبت می‌گردند. با این وجود، شایان ذکر است که داده‌های مربوط به ماه اردیبهشت به دلیل عدم اتمام بازه زمانی و احتمال تکمیل مستندات در روزهای آتی، ممکن است کامل نباشد و ارقام نهایی ممکن است با افزایش همراه باشد. لذا در تفسیر نتایج این موضوع باید مدنظر قرار بگیرد.

سندرم‌های بالینی مورد بررسی در این گزارش، بر اساس طبقه‌بندی استاندارد پورتال شامل موارد زیر است:

- سندرم اسهال حاد آبکی
- سندرم اسهال حاد خونی
- سندرم زردی
- سندرم مسمومیت غذایی

همچنین موارد دیسانتری و هپاتیت A، بصورت تک گیر نیز در نظام مراقبت گزارش می‌شود و داده‌های آن استخراج و در این تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. در این تحلیل، داده‌ها در یک بازه زمانی ۵ ساله (۱۴۰۱ تا ۱۴۰۵) استخراج شده‌اند. تحلیل نهایی شامل مقایسه روند بروز طغیان‌ها به تفکیک سندرم بالینی در ماه‌های فروردین و اردیبهشت، مقایسه فراوانی طی ۵ سال گذشته و همچنین توزیع جغرافیایی بر اساس دانشگاه‌های علوم پزشکی است تا از این طریق کانون‌های بحرانی و الگوهای بیماری شناسایی گردند.

نتایج

الف) وضعیت طغیان های با سندرم دیسانتری و زردی

نتایج نشان می دهد که فراوانی طغیان های با تابلو بالینی **سندرم زردی** در سال جاری در مقایسه با مدت زمان مشابه در سالهای قبل از روند افزایشی برخوردار شده است. به عبارتی، از ابتدای سال جاری ۱۳ طغیان با تابلو سندرم زردی ثبت شده است که این رقم طی مدت مشابه در سال ۱۴۰۴ صرفاً ۱ طغیان بوده است (جداول ۱ تا ۳).

به علاوه، فراوانی طغیان های با تابلو بالینی **اسهال خونی** از ابتدای سال جاری روند افزایشی پیدا کرده است که این موضوع به ویژه در اردیبهشت بیشتر مشهود است. در این راستا، افزایش ۲ برابری طغیانهای با تابلو اسهال خونی در اردیبهشت ۱۴۰۵ نسبت به فروردین ۱۴۰۵ و اردیبهشت ۱۴۰۴ شناسایی گردید (جداول ۱ تا ۳).

جدول ۱. فراوانی طغیان های گزارش شده از ابتدای سال ۱۴۰۵ به تفکیک نشانگان اولیه

نشانگان اولیه	فروردین	اردیبهشت
سندرم اسهال حاد آبکی	185	193
سندرم اسهال حاد خونی	13	26
سندرم زردی	7	6
سندرم مسمومیت غذایی	166	176
ثبت نشده است	31	19
جمع کل	402	420

** اطلاعات اردیبهشت ۱۴۰۵ هنوز کامل در پورتال ثبت نشده است و احتمال افزایش موارد وجود دارد.

جدول ۲. مقایسه روند فراوانی طغیان ها به تفکیک نشانگان اولیه در **فروردین** ۵ سال اخیر

نشانگان اولیه	1401	1402	1403	1404	1405
سندرم اسهال حاد آبکی	161	100	154	172	185
سندرم اسهال حاد خونی	15	6	11	11	13
سندرم زردی	5	3	2	.	7
سندرم مسمومیت غذایی	214	126	172	167	166
ثبت نشده است	20	13	11	34	31
جمع کل	415	248	350	384	402

جدول ۳. مقایسه روند فراوانی طغیان ها به تفکیک نشانگان اولیه در **اردیبهشت** ۵ سال اخیر

نشانگان اولیه	1401	1402	1403	1404	1405
سندرم اسهال حاد آبکی	157	216	186	198	193
سندرم اسهال حاد خونی	7	17	8	13	26
سندرم زردی	5	6	2	1	6
سندرم مسمومیت غذایی	207	187	238	221	176
ثبت نشده است	18	22	24	39	19
جمع کل	394	448	458	472	420

** اطلاعات اردیبهشت ۱۴۰۵ هنوز کامل در پورتال ثبت نشده است و احتمال افزایش موارد وجود دارد.

نتایج تحلیل موارد طغیان‌ها با تابلوی بالینی سندرم اسهال خونی به تفکیک دانشگاه‌ها نشان می‌دهد که در سال ۱۴۰۴، فراوانی طغیان‌ها در فروردین و اردیبهشت نسبتاً مشابه بوده است (به ترتیب ۱۱ و ۱۳ طغیان با تعداد مشابه دانشگاه‌های درگیر). اما در سال ۱۴۰۵، تعداد طغیان‌ها با سندرم اسهال خونی و نیز تعداد دانشگاه‌های درگیر این طغیان‌ها در اردیبهشت ماه ۱۴۰۵ بیشتر از فروردین ماه ۱۴۰۵ بوده است (جدول ۴ و ۵). الگوی مشابه، برای طغیان‌های با سندرم زردی نیز مشاهده می‌شود (جدول ۶ و ۷).

جدول ۴. توزیع دانشگاهی طغیان‌های با تابلو

سندرم اسهال خونی در فروردین ماه

دانشگاه	1404	1405
اصفهان	۰	1
اهواز	1	2
ایران‌شهر	1	1
بوشهر	1	۰
بیرجند	۰	1
تهران	1	۰
چهرم	1	۰
خوی	۰	1
دزفول	۰	1
رفسنجان	۰	1
زاهدان	1	۰
شیراز	1	2
کرمان	۰	2
لرستان	3	۰
مازندران	۰	1
مشهد	1	۰
جمع کل	11	13

جدول ۵. توزیع دانشگاهی طغیان‌های با تابلو

سندرم اسهال خونی در اردیبهشت ماه

دانشگاه	1404	1405
آذربایجان غربی	۰	2
اصفهان	۰	3
اهواز	۰	3
ایران‌شهر	1	۰
ایران	۰	1
ایلام	۰	1
بوشهر	2	۰
بیرجند	1	1
تربت جام	۰	1
تهران	۰	1
چهارمحال و بختیاری	۰	1
رفسنجان	۰	2
زاهدان	3	۰
قم	۰	1
کرمانشاه	1	2
کهگیلویه و بویراحمد	۰	1
لرستان	3	۰
مازندران	1	۰
هرمزگان	1	۰
همدان	۰	2
یزد	۰	4
جمع کل	13	26

جدول ۷. توزیع دانشگاهی طغیانهای با تابلو **سندرم زردی**
در **فروردین** ماه

دانشگاه	1404	1405
اهواز	0	1
ایران شهر	0	1
بم	0	1
چهرم	0	1
گراش	0	1
هرمزگان	0	2
جمع کل	0	7

جدول ۶. توزیع دانشگاهی طغیانهای با تابلو **سندرم زردی** در **اردیبهشت** ماه

دانشگاه	1404	1405
تبریز	0	1
چهرم	0	1
جیرفت	1	2
فسا	0	1
هرمزگان	0	1
جمع کل	1	6

ب) وضعیت موارد تک گیر دیسانتری (اسهال خونی) در کشور طی فروردین ماه ۱۴۰۵

دیسانتري يا اسهال خونی یک نوع التهاب در روده به خصوص در کولون است که می‌تواند به اسهال شدید همراه با دفع موکوس یا خون در مدفوع منجر شود. برخی از افراد علائم خفیفی دارند ولی در مواردی نیز بدون مایع درمانی کافی می‌تواند کشنده باشد. از جمله اقدامات اصلی جهت پیشگیری از ابتلا به اسهال خونی می‌توان به رعایت بهداشت دست و شستشوی صحیح دست‌ها به ویژه بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و صرف غذا، استفاده از توالت بهداشتی و دفع بهداشتی فاضلاب، استفاده از آب آشامیدنی ایمن و بهداشتی، شستشو و ضد عفونی صحیح میوه و سبزیجات اشاره نمود.

در برنامه کشوری مراقب (دیده‌بانی) بیماری‌های منتقله از آب و غذا، اسهال خونی در گروه بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی فوری بوده و کلیه موارد باید به حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور گزارش گردد. در روند مراقبت از این بیماران، نمونه مدفوع تهیه و بررسی آزمایشگاهی به دو روش بررسی مستقیم اسمیر و کشت مدفوع انجام می‌شود. ارزیابی فاکتورهای خطر، ارزیابی اطرافیان و افراد در تماس با بیمار، ارائه آموزش‌های پیشگیری از انتقال عفونت به دیگران، از دیگر اقداماتی است که همراه با اقدامات تشخیصی و درمانی برای هر مورد اسهال خونی انجام می‌شود.

وضعیت شاخص‌های نظام مراقبت (دیده‌بانی) موارد دیسانتری (تک گیر) در کشور برای فروردین ۱۴۰۵:

- **تعداد کل موارد ابتلا:** در مجموع **۵۸۳ بیمار** با تابلو بالینی دیسانتری از **۵۲ دانشگاه علوم پزشکی** گزارش شده است.
- **روند تغییرات تعداد مبتلایان – برش استانی:** در **۱۱ استان** موارد گزارش شده نسبت به مدت زمان مشابه در سال قبل **افزایش** داشته است، شامل قم، گلستان، خراسان شمالی، فارس، مازندران، بوشهر، خوزستان، تهران، کهگیلویه و بویراحمد، کرمان و کرمانشاه.
- **روند تغییرات تعداد مبتلایان – برش دانشگاهی:** روند تغییرات موارد دیسانتری گزارش شده نسبت به مدت زمان مشابه در سال قبل (فروردین ۱۴۰۴) در **۲۷ دانشگاه افزایشی**، در **۴ دانشگاه بدون تغییر** و در **۳۲ دانشگاه کاهش** بوده است. در تفسیر این الگوها، توجه به تغییرات جمعیتی و نیز تغییرات عملکردی دانشگاه‌ها در شرایط جنگ تحمیلی ضروری است. لذا توصیه می‌شود دانشگاه‌هایی که روند کاهش را گزارش کرده‌اند، احتمال کاهش شناسایی و گزارش‌دهی موارد در شرایط جنگ را مورد بازبینی و ارزیابی قرار دهند.
- **بروز دیسانتری (در ۱۰۰ هزار نفر):** بالاترین مقدار بروز مربوط به جمعیت تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی **رفسنجان (۱۳)، لارستان (۷)، دزفول (۶)، خلخال (۶) و گراش (۵)** بوده است.
- **نرخ بستری:** **۷۱/۳٪** بوده است و نسبت به مدت زمان مشابه در سال قبل **۱۲/۳٪ افزایش** داشته است.
- **نرخ مرگ:** **۱۰۰٪** بیماران بهبود یافته و نرخ مرگ صفر بوده است (**CFR= 0%**).

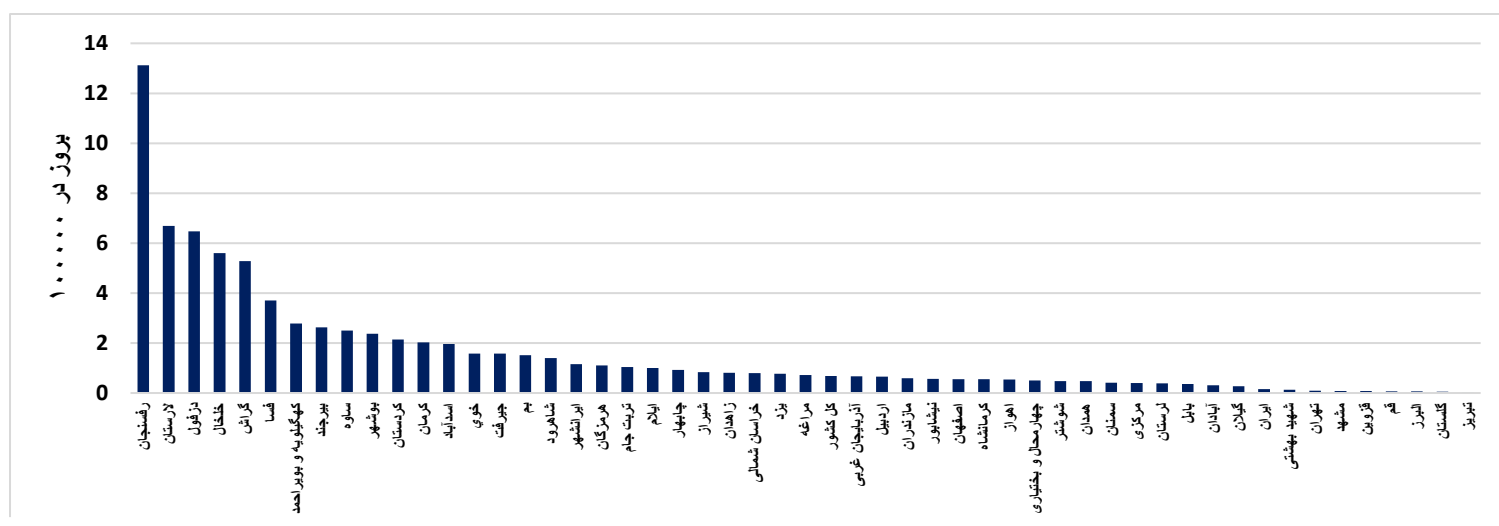
عامل بیماری‌زای مسبب:

- برای **۵۶/۴٪** بیماران آزمایش کشت مدفوع انجام شده و نتیجه کشت در **۴۸٪** این موارد، برای یکی از پاتوژن‌های مورد بررسی مثبت گزارش شده است.

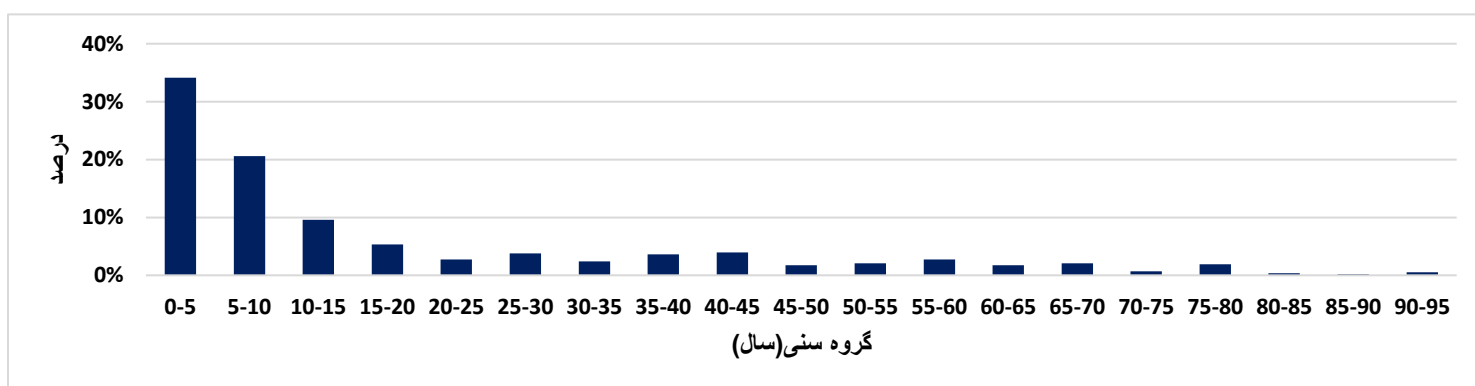
- شایع‌ترین عامل بیماری‌زا، میکروارگانیسم **شیگلا** بوده است (در ۶۷٪ موارد کشت مثبت) که نسبت به مدت زمان مشابه در سال قبل ۳۳٪ افزایش داشته است.
- در نمونه مدفوع ۱۲٪ بیماران **انگل آنتاموبا هیستولیتیکا** (کیست یا تروفوزوئیت) مشاهده و گزارش شده است.

مشخصات مبتلایان:

- محل سکونت: ۷۶٪ ساکن مناطق شهری و ۲۴٪ ساکن مناطق روستایی
- گروه سنی: همانند روند سالیان گذشته، بیش از نیمی از مبتلایان کودک بوده‌اند (۵۵٪) به گونه‌ای که سن بیماران در ۳۹٪ موارد کمتر از ۵ سال و در ۱۶٪ موارد بین ۵-۱۰ سال بوده است.
- جنسیت: نسبت جنسی تقریباً برابر بوده است (۵۳٪ مذکر و ۴۷٪ مونث).
- ملیت: ۹۷/۴٪ موارد ایرانی و ۲/۶٪ بیماران از اتباع بوده‌اند.



نمودار شماره ۱. بروز دیسنتری (در ۱۰۰۰۰ نفر) به تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، فروردین ۱۴۰۵



نمودار شماره ۲. توزیع سنی موارد دیسنتری گزارش شده در کشور، فروردین ۱۴۰۵

ج) وضعیت موارد تک گیر هپاتیت A در کشور طی فروردین ماه ۱۴۰۵

هپاتیت A یک بیماری حاد و خود محدود شونده است که توسط ویروس HAV ایجاد می شود و ممکن است بدون علامت بوده یا به صورت یک هپاتیت حاد تظاهر کند. امکان انتشار سریع و احتمال وقوع طغیان از خصوصیات این بیماری است.

هپاتیت A از جمله شایع ترین بیماری های واگیر و عفونی در جهان سوم است. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت سالانه حدود دو میلیون مورد ابتلای جدید و علامت دار «هپاتیت A» در جهان گزارش می شود که بیش از نیمی از آن ها در کشورهای آسیایی است. در خصوص میزان شیوع هپاتیت A و ایمنی نسبت به این عفونت در ایران، مطالعات متعددی در کشور انجام شده است که نتایج متفاوتی را به همراه داشته است. در گزارش نهایی مطالعه کشوری "بررسی سطح ایمنی به ویروس هپاتیت A در ایران در سال ۱۳۹۷" که توسط مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است، ایمنی نسبت به هپاتیت A تا سن ۳۰ سالگی ۴۴٫۴٪ گزارش و ایران در گروه کشورهای با وضعیت اندمیسیته خیلی پایین (very low) طبقه بندی شده است.

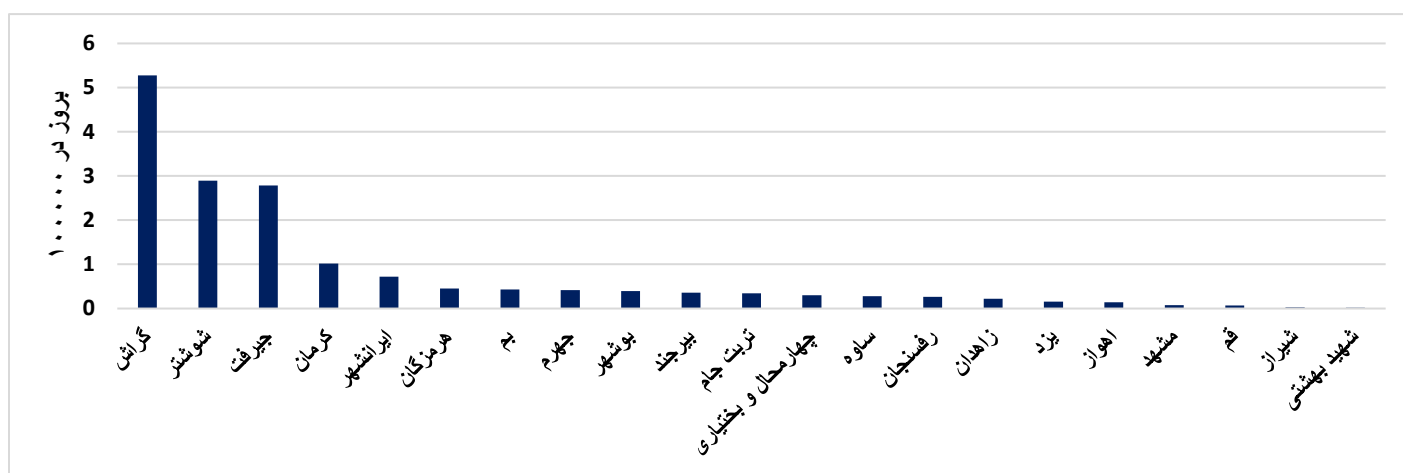
در برنامه کشوری دیده بانی (مراقب) بیماری های منتقله از آب و غذا، هپاتیت A در گروه بیماری های مشمول گزارش دهی فوری است و کلیه موارد باید به حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور گزارش گردد. شناسایی سریع طغیان هپاتیت A و امکان انجام مداخلات به هنگام، تعیین ریسک فاکتورهای موثر در بروز موارد جدید عفونت، همچنین پیشگیری از وقوع موارد بیماری ناشی از انتقال ثانویه از مهم ترین اهداف دیده بانی هپاتیت A در کشور می باشد.

وضعیت شاخص های نظام مراقبت (دیده بانی) هپاتیت A (تک گیر) در کشور برای فروردین ۱۴۰۵:

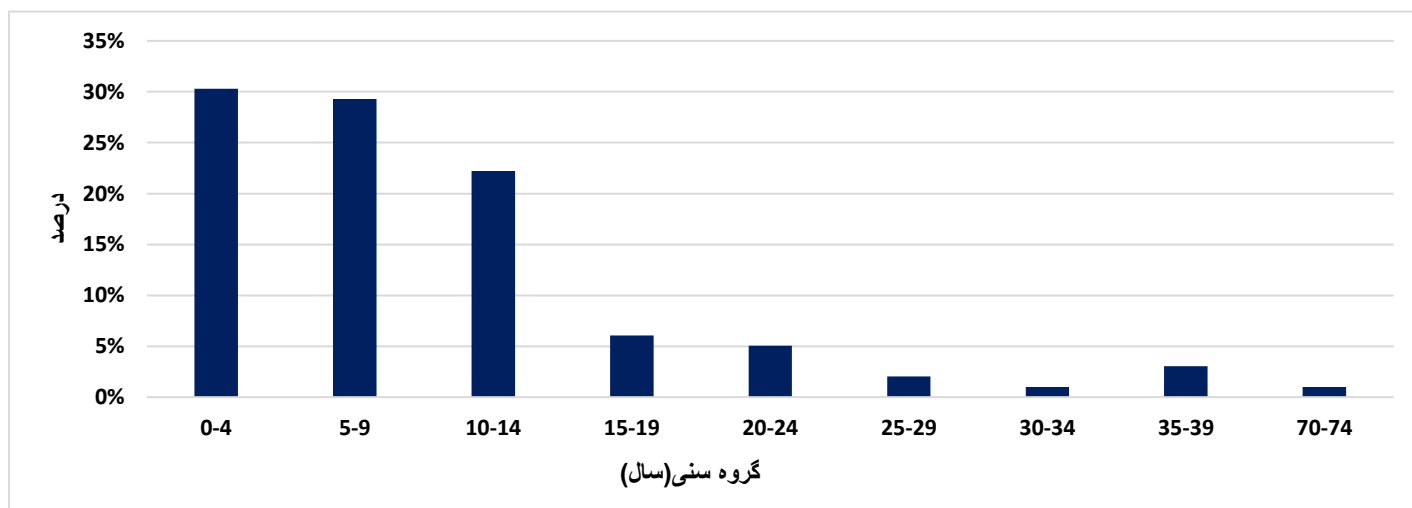
- **تعداد کل موارد ابتلا:** در مجموع **۹۹ بیمار** مبتلا به هپاتیت A از **۲۱ دانشگاه علوم پزشکی** گزارش شده است که نسبت به مدت زمان مشابه در سال ۱۴۰۴ (۴۹ مورد) **افزایش ۲ برابری** داشته است.
- **روند تغییرات تعداد مبتلایان – برش استانی:** موارد ابتلا از **۱۳ استان** کرمان، سیستان و بلوچستان، خوزستان، هرمزگان، بوشهر، خراسان رضوی، فارس، چهارمحال و بختیاری، خراسان جنوبی، یزد، تهران، قم و مرکزی گزارش شده است. در **۴ استان** موارد گزارش شده نسبت به مدت زمان مشابه در سال قبل **افزایش بیشتری** داشته است، شامل کرمان، خوزستان، هرمزگان و بوشهر.
- **روند تغییرات تعداد مبتلایان – برش دانشگاهی:** روند تغییرات موارد هپاتیت A گزارش شده نسبت به مدت زمان مشابه در سال قبل (فروردین ۱۴۰۴) در **۱۹ دانشگاه افزایشی**، در **۱ دانشگاه بدون تغییر** و در **۱۱ دانشگاه کاهشی** بوده است (از سایر دانشگاه ها طی فروردین ۲ سال اخیر موردی از هپاتیت A گزارش نشده است).
- **بروز هپاتیت A (در ۱۰۰ هزار نفر):** بالاترین مقدار بروز مربوط به جمعیت تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی علوم پزشکی گراش (۵/۳)، شوشتر (۲/۹)، جیرفت (۲/۸)، کرمان (۱) و ایرانشهر (۰/۷) بوده است.
- **نرخ بستری:** **۸۷٪** بوده که نسبت به مدت زمان مشابه در سال قبل **۷٪** افزایش داشته است.
- **نرخ مرگ:** **۱۰۰٪** بیماران بهبود یافته و نرخ مرگ صفر بوده است. (CFR=0%)

مشخصات مبتلایان:

- محل سکونت: ۵۱/۵٪ ساکن مناطق شهری و ۴۸/۵٪ ساکن مناطق روستایی.
- گروه سنی: بیش از نیمی از مبتلایان کودک بوده‌اند (۶۰٪) به گونه‌ای که سن بیماران در ۳۰٪ موارد کمتر از ۵ سال و در ۳۰٪ موارد بین ۵-۱۰ سال بوده است.
- جنسیت: نسبت جنسی مرد به زن ۱/۶ بوده است (۶۲٪ مذکر و ۳۸٪ مونث).
- ملیت: ۸۹٪ موارد ایرانی و ۱۱٪ بیماران از اتباع بوده‌اند.



نمودار شماره ۳. بروز هیپاتیت A به ازاء هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی فروردین ۱۴۰۵



نمودار شماره ۴. توزیع سنی موارد هیپاتیت A گزارش شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی فروردین ۱۴۰۵

بحث و نتیجه گیری

تحلیل داده‌های ثبت‌شده در پورتال مدیریت بیماری‌های واگیر طی فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، حاکی از تغییر فاز درخور توجه در روند طغیان‌های گوارشی و موارد ابتلا به دیسانتری و هپاتیت A در نقاط پراکنده ای از کشور است. در ارزیابی علل افزایش قابل توجه طغیان‌های با تابلوی «سندرم زردی» و «سندرم اسهال خونی»، به‌ویژه در اردیبهشت‌ماه، احتمال تضعیف مؤلفه‌های پیشگیرانه و سلامت محیط به عنوان یکی از فرضیه‌های مهم به ویژه با در نظر گرفتن آسیب‌های ناشی از جنگ تحمیلی مطرح خواهد بود. لذا این موضوع نیازمند علت یابی و اقدام عاجل به منظور رفع عوامل زمینه‌ای توسط دانشگاه‌های درگیر و نیز هوشیاری سایر دانشگاه‌ها نسبت به تهدید موجود می باشد.

تمرکز بیش از ۵۵ تا ۶۰ درصد موارد ابتلا در گروه سنی زیر ۱۰ سال، نشان‌دهنده ضرورت تمرکز مداخلات آموزشی و خودمراقبتی برای مادران و محیط‌های تجمعی است.

تحلیل توزیع جغرافیایی موارد گزارش‌شده، ناهمگونی قابل‌تأملی را در عملکرد دانشگاه‌های علوم پزشکی نمایان می‌سازد. در شرایطی که برخی مناطق تحت پوشش، روند صعودی معناداری را در ثبت موارد نشان می‌دهند، گزارش‌های واصله از سایر نقاط حکایت از کاهش یا ثبات نسبی دارد؛ وضعیتی که با توجه به مقتضیات اپیدمیولوژیک دوره پساجنگ، نیازمند مذاقه بیشتری است. تقلیل آمار گزارش‌دهی در برخی دانشگاه‌ها لزوماً نباید به‌منزله کنترل موفق اپیدمیولوژیک تلقی گردد؛ بلکه گسست میان الگوی بروز بیماری در مناطق مختلف، این فرض را تقویت می‌کند که ممکن است نوعی «خطای سیستماتیک در شناسایی و ثبت موارد» (Under-reporting) ناشی از فشارهای ساختاری دوران پس از جنگ رخ داده باشد که استمرار آن می‌تواند به تخمین‌های کاذب از وضعیت سلامت و در نهایت تأخیر در مداخلات کنترلی منجر شود. ضروری است معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌هایی که روند کاهشی در گزارش‌دهی دارند، اقدام به تقویت پایش‌ها نموده تا اطمینان حاصل شود که موارد بیماری شناسایی و گزارش می‌شوند.

با توجه به اهمیت رعایت بهداشت فردی، اجرای پویش‌های آموزشی **فوری** با تمرکز بر شستشوی صحیح دست و دفع بهداشتی مواد غذایی در مناطق شهری و روستایی (با اولویت مناطق درگیر) و استفاده از آب آشامیدنی سالم الزامی است.

افزایش نرخ بستری لزوم آمادگی بخش‌های عفونی بیمارستان‌ها جهت مدیریت بار مراجعات را نیاز خواهد داشت؛ هرچند نرخ مرگ در حال حاضر صفر است، اما با افزایش بار بیماری، احتمال بروز عوارض و مرگ‌ومیر در گروه‌های پرخطر افزایش می‌یابد.

در مجموع، وضعیت فعلی، زنگ خطری برای نظام سلامت در دوران پساجنگ است. تداوم روند صعودی در ماه‌های آتی، در صورت عدم مداخله در شبکه آب و فاضلاب و تقویت دیده‌بانی، می‌تواند به اپیدمی‌های گسترده‌تر منجر شود. لذا، اتخاذ رویکرد «پاسخ سریع» و تخصیص منابع به مناطق کانون (Hotspots) شناسایی‌شده، اولویت اصلی نظام بهداشتی کشور در ماه‌های پیش رو خواهد بود.

با توجه به موارد فوق، اقدامات زیر جهت مدیریت شرایط کنونی ضروری خواهد بود:

- ۱) ارزیابی دقیق روند سندرم‌های گوارشی و بیماری‌های منتقله از آب و غذا در حوزه تحت پوشش آن دانشگاه همراه با تعیین مناطق و جمعیت‌های پرخطر
- ۲) طرح موضوع "ضرورت و اهمیت نظارت دقیق بر ایمنی مواد غذایی و آشامیدنی در کلیه مراحل تهیه و توزیع" در جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی و کمیته دانشگاهی بیماری‌های منتقله از آب و غذا

- (۳) هماهنگی با ادارات آب و فاضلاب شهری و روستایی در خصوص "تشدید نظارت‌ها بر ایمنی منابع تامین آب آشامیدنی، جمع‌آوری و دفع بهداشتی فاضلاب" به ویژه در مناطق پرخطر
- (۴) جلب مشارکت جامعه با اولویت آموزش سفیران سلامت و اطلاع‌رسانی به عموم مردم در خصوص اصول خودمراقبتی و پیشگیری از بیماری‌های منتقله از آب و غذا
- (۵) تقویت گزارش‌گیری سندرهم‌های گوارشی و بیماری‌های منتقله از آب و غذا از طریق اطلاع‌رسانی و جلب مشارکت گروه‌های شغلی مرتبط و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به ویژه پزشکان و پرستاران کنترل عفونت در بخش سرپایی و بستری (دولتی و خصوصی)
- (۶) حفظ آمادگی تیم‌های واکنش سریع در سطوح ستادی و محیطی جهت اقدام سریع (در عرض ۲۴ ساعت) در صورت وقوع طغیان در منطقه تحت پوشش
- (۷) تامین ملزومات و تجهیزات استاندارد آزمایشگاهی مورد نیاز و فراهمی امکان اعلام نتایج آزمایشگاهی به واحد ارائه‌دهنده خدمت در کوتاه‌ترین زمان ممکن
- (۸) تامین تجهیزات لازم جهت اجرای موازین پیشگیری و کنترل عفونت در مراکز ارائه خدمت سرپایی و بستری و مدیریت ایمن بیماران
- (۹) مستندسازی اقدامات دانشگاه در حیطه برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات پیشگفت