

معرفی بیماری سرخک:

سرخک یکی از مسری‌ترین بیماری‌های عفونی است؛ به طوری که بیش از ۹۰٪ افراد حساس در تماس نزدیک با بیمار آلوده می‌شوند. قبل از استفاده واکسن، بیماری در جوامع بومی بود و هر ۳ تا ۵ سال به علت تجمع افراد حساس، همه‌گیری ایجاد می‌کرد. هرچند هدف حذف سرخک تا سال ۲۰۱۰ در بسیاری از مناطق جهان پیش بینی شده بود، اما علی‌رغم موفقیت‌های به دست آمده، هنوز هم حدود ۱۰٪ کل مرگ و میر قابل پیشگیری کودکان زیر ۵ سال در جهان به علت سرخک است و بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سالیانه ۲۰۰ هزار کودک را به کام مرگ می‌کشد.

از آن جا که بیماری مخزن مهمی غیر از انسان ندارد، حذف آن با بهره‌گیری از برنامه گسترده ایمن‌سازی و استفاده از واکسن‌های بسیار مؤثر فعلی، جزو اولویت‌های سازمان جهانی بهداشت است و ریشه‌کنی آن در دستور کار کشورهای مختلف جهان قرار دارد.

با انجام واکسیناسیون همگانی سرخک و سرخجه در زمستان سال ۱۳۸۲، پراکندگی بیماری در نقاط مختلف کشور تفاوت یافت؛ از سال ۱۳۸۳ برنامه واکسیناسیون در کشور بر علیه سرخک با واکسن سرخک، سرخجه و اوربیون (MMR) در دو نوبت ۱۲ و ۱۸ ماهگی انجام می‌شود.

با توجه به تغییر هدف مراقبت بیماری سرخک از مرحله کنترل به مرحله حذف ویروس سرخک در کشور، توجه و دقت زیادی در ارتقاء سطح پوشش واکسیناسیون (بالتر از ۹۵ درصد در سطح تمامی شهرستان‌ها) بایستی صورت گیرد. در مناطقی که پوشش واکسیناسیون کمتر از ۹۵٪ باشد احتمال بروز طغیان‌های سرخک وجود دارد.

راه انتقال :

انتقال بیماری به صورت فرد به فرد از طریق ذرات آئروسل و یا به وسیله تماس مستقیم با ترشحات بینی و گلوی فرد مبتلا صورت می‌گیرد. افراد مبتلا به طور متوسط از ۳ روز قبل از شروع علائم تا ۴ روز بعد از شروع بثورات جلدی می‌توانند ویروس را منتشر نمایند.

علائم بالینی:

بعد از دوره نهفتگی که از ۱۲-۱۰ روز طول می کشد، علائم اولیه به صورت تب، خستگی، آبریزش از بینی، سرفه و یا کنژنکتیویت ظاهر می شود. ممکن است همزمان با بروز بثورات جلدی، نقاط کوپلیک در مخاط داخلی دهان ظاهر شوند که معمولاً ۱ تا ۲ روز بعد، از بین می روند. پس از ۲ الی ۴ روز از علائم مقدماتی، راش جلدی ماکولوپاپولر در پشت گوش ها، صورت به همراه تب بالا ایجاد می شود. بثورات به سمت تنه و اندام ها گسترش یافته و معمولاً در طی کمتر از یک هفته بر طرف می شوند.

تشخیص:

از روی علائم بالینی نمی توان با قطعیت در مورد تشخیص بیماری نتیجه گیری کرد؛ لذا تشخیص نهایی با جدا کردن آنتی بادی IgM اختصاصی سرخک در خون و یا بزاق بیمار انجام می شود. علاوه بر این برای جداسازی ویروس و بررسی ژنوتایپ آن، از کلیه موارد مشکوک نمونه ادرار و حلق تهیه می شود.

ب - پیشگیری:

- تقویت پوشش واکسیناسیون و نظام مراقبت بیماری، اصل اولیه پیشگیری از بیماری سرخک است. برای دستیابی به هدف حذف، پوشش واکسیناسیون نوبت اول و دوم واکسن در هر شهرستان باید بالای ۹۵٪ باشد.

- واکسیناسیون بر علیه بیماری به صورت تلقیح واکسن MMR (سرخک، سرخچه و اوریون) در دو نوبت ۱۲ و ۱۸ ماهگی برای کودکان انجام می شود.

- آموزش تمام افراد جامعه در خصوص مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی.

- برای پیشگیری نیازی به ضدعفونی محیط نیست.

- کودکان در سن مدرسه باید به مدت ۴ روز پس از ظهور راش ها از رفتن به مدرسه خودداری کنند.

- جداسازی و قرنطینه بیمار به جز موارد مربوط به پادگان و خوابگاه ها، در سایر موارد توصیه نمی شود.

- در بیمارستان جداسازی تنفسی از شروع مرحله کاتارال تا ۴ روز پس از بروز راش ها توصیه می شود.

معرفی بیماری فلج اطفال :

پولیومیلیت یک بیماری عفونی ناشی از پولیو ویروس است که اغلب موارد به دنبال ایجاد فلج شل ناگهانی، شناخته می‌شود. ویروس پولیو در دستگاه گوارش با انتشار به لنف نودهای ناحیه‌ای و در تعداد کمی از بیماران به سیستم عصبی اتفاق می‌افتد. بیش از ۹۰٪ موارد عفونت بدون علامت بوده یا علائم خفیف دارد و کمتر از ۱٪ موارد بیماری علائم فلجی را نشان می‌دهند. ۵ تا ۱۰ درصد موارد علامت‌دار، به دلیل درگیری عضلات تنفسی فوت می‌شوند. این بیماری در هر سنی ممکن است ظاهر شود؛ ولی بیشتر کودکان و به خصوص گروه زیر ۵ سال را درگیر می‌کند.

از سال ۱۹۸۸ میلادی در مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت ریشه‌کنی بیماری فلج اطفال مصوب شد و کلیه کشورها متعهد شدند با تقویت پوشش واکسیناسیون جاری کودکان، انجام روزهای ملی ایمن‌سازی برای واکسیناسیون تکمیلی و تقویت و استاندارد سازی نظام مراقبت بیماری در جهت دستیابی به هدف ریشه‌کنی اقدام نمایند. برای اعلام موفقیت در ریشه‌کنی فلج اطفال بایستی ۳ سال از آخرین زمانی که ویروس وحشی فلج اطفال در جهان گزارش شده بگذرد و با وجود فعالیت نظام مراقبت مناسب در سطح تمامی کشورها، هیچ مورد جدیدی از بیماری شناسایی نشود. این برنامه در ایران از سال ۱۳۷۳ با برگزاری روز ملی ایمن‌سازی فلج اطفال و واکسیناسیون ۹ میلیون کودک زیر ۵ سال آغاز شد. بعد از پاک شدن کشور از بیماری، هم اکنون به دلیل مجاورت با ۲ کشور بومی بیماری، سالیانه عملیات ایمن‌سازی تکمیلی در مناطق پرخطر از نظر ورود مجدد بیماری در ۲ نوبت به فاصله یک ماه انجام می‌شود.

کشورها از نظر بیماری فلج اطفال به ۳ دسته می‌شوند اول کشورهایی که بیماری هنوز در آن‌ها بومی است که در سال ۲۰۱۲ فقط ۳ کشور افغانستان، پاکستان و نیجریه در این دسته قرار داشتند. دوم کشورهایی که توانسته‌اند گردش ویروس وحشی فلج اطفال را قطع کنند و عاری از پولیو شوند و سوم کشورهایی که علیرغم موفقیت اولیه، مجدداً بیماری به کشورشان برگشته است.

نظام مراقبت فلج شل حاد که در واقع یک نظام مراقبت سندرمیک محسوب می‌شود، به دنبال کشف موارد احتمالی بیماری فلج اطفال می‌باشد؛ لذا همه کشورها باید بتوانند حداقل شاخص‌های تعیین شده برای شناسایی و گزارش موارد فلج شل حاد را تأمین نمایند. به دلیل اینکه دلایل مختلفی برای بروز تابلوی بالینی فلج شل حاد به غیر از پولیومیلیت وجود دارد، لذا در صورتی که هیچ موردی از بیماری فلج اطفال در کشور وجود نداشته باشد باید حداقل ۲ مورد فلج شل حاد به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۵ سال در هر سال شناسایی و گزارش شود. بدین

لحاظ افزایش میزان کشف موارد فلج شل حاد امری مطلوب تلقی گردیده و حاکی از تلاش وافر این نظام جهت کشف هر نوع موارد احتمالی بیماری فلج اطفال از بین تمام موارد گزارش شده فلج شل حاد می باشد. به عبارت دیگر افزایش میزان کشف، نسبتی با افزایش بار بیماری فلج اطفال در جامعه ندارد و میزان بروز بیماری فلج اطفال در کشور صفر می باشد. در دوازده سال اخیر مواردی از بیماری دیده نشده است و کشور در مرحله عاری از پولیو (Polio free) قرار دارد. تعداد کل موارد فلج غیر پولیویی گزارش شده در سال ۱۳۹۰، ۶۲۴ مورد (میزان بروز ۳/۶ در یک صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۵ سال کشور) می باشد.

علائم بالینی:

انتقال این بیماری از طریق تماس مستقیم (ترشحات تنفسی و مدفوع) می باشد و پس از طی دوره کمون ۳ تا ۴۵ روزه، علائم تب، سردرد، خستگی، استفراغ و یبوست ظاهر می شود. در صورت تبدیل به فاز مازور یا شدید بیماری، درد شدید عضلانی، سفتی گردن یا بدون فلج شل به آن اضافه می شود. عواملی نظیر نقص ایمنی، حاملگی، تزریقات داخل عضلانی، تانسلیکتومی، فعالیت عضلانی شدید و تروما در فاز پرودرومال بیماری می تواند در ابتلا به فرم فلجی موثر باشد. تا زمانی که ویروس دفع می شود احتمال واگیری بیماری وجود دارد. اغلب بیماران در روزهای اول قبل و بعد از شروع علائم، عفونت زا هستند.

تعاریف:

مورد: بروز هر مورد فلج شل حاد در یک کودک زیر ۱۵ سال بدون ارتباط با ترومای واضح.

مورد قطعی: هر فردی که ویروس وحشی فلج اطفال از مدفوع وی به دست آید.

تشخیص:

تشخیص بیماری از طریق کشت نمونه مدفوع بیمار و جداسازی ویروس وحشی فلج اطفال انجام می شود. حداکثر میزان دفع ویروس در مدفوع بیمار، ۲ هفته اول ابتلا است؛ لذا نمونه هایی که در ۲ هفته اول پس از شروع بیماری گرفته شده و در شرایط مناسب به آزمایشگاه ارسال شوند، نمونه هایی هستند که ارزش تشخیصی بالایی دارند.

اقدامات مورد انتظار در مواجهه با مورد فلج شل حاد:

-گزارش تلفنی فوری به مرکز بهداشت شهرستان

-ارجاع فوری بیمار به مرکز تخصصی

-آموزش خانواده بیمار در خصوص ضرورت بررسی تخصصی و اقدامات اپیدمیولوژیک

-بررسی سابقه بیماری مشابه در اطرافیان و موارد تماس

-بررسی سابقه واکسیناسیون اطرافیان و آموزش در مورد تکمیل واکسیناسیون

-پیگیری روز ۶۰ برای تمام بیماران مشکوک به فلج شل حاد

نکته مهم: دقت فرمایید که هدف نظام مراقبت نه فقط گزارش موارد فلج اطفال بلکه گزارش تمام موارد فلج شل حاد، صرف نظر از علت ایجاد آن است.

جداسازی :

به دلیل دفع ویروس از مدفوع افراد آلوده لازم است تا مدت حداقل ۲ هفته پس از آغاز بیماری، نکات بهداشتی در مورد تماس با مدفوع بیمار به صورت شستن دست‌ها و دفع صحیح مدفوع بهداشتی رعایت شود.

با توجه به زنده بودن ویروس فلج در قطره خوراکی فلج اطفال باید قطره فلج (نوبت صفر واکسن) در موقع ترخیص از بیمارستان به نوزاد خورانده شود.

معرفی بیماری سرخجه مادرزادی:

سرخجه در نظر همه یک بیماری خفیف است اما آن چه باعث اهمیت آن شده، عبور ویروس از جفت خانم‌های باردار و توانایی آلوده سازی جنین است. آلودگی جنین با این ویروس می‌تواند از مرگ جنین تا انواع مختلفی از ناهنجاری‌ها شامل نقایص مادرزادی قلب، کری، کاتاراکت و عقب افتادگی ذهنی ایجاد کند که به مجموعه آن سندرم سرخجه مادرزادی (Congenital Rubella Syndrom = CRS) گفته می‌شود. با توجه به این که احتمال آلودگی جنین در سه ماهه اول بارداری بیشتر است، توجه و دقت به این مسأله در این دوران اهمیت بیشتری دارد.

علائم بالینی:

پس از گذشت دوره کمون ۱۴ تا ۲۱ روزه (حدود ۱۸ روز) نشانه های بالینی سرخجه به صورت بثورات جلدی و لنفادنوباتی ظاهر می‌شوند. علائم مقدماتی شامل بی‌اشتهایی، ضعف، سردرد، کنژنکتویت، تب خفیف و علائم تنفسی است که از یک تا پنج روز قبل از بثورات جلدی مشاهده می‌شود و در بالغین واضح تر است. در کودکان خردسال بروز علائم ناگهانی است. بثورات معمولاً کوچک و به فرم ماکولوپاپولر هستند که اول در صورت و سپس در سایر قسمت‌های بدن ظاهر می‌شوند. قبل از ظهور بثورات گاهی گره‌های لنفاوی دردناک می‌شوند و تشخیص بالینی فرم‌های خفیف بیماری که با لنفادنوباتی خفیف بروز می‌کند، می‌تواند دشوار باشد. بثورات جلدی در مدت یک یا دو روز محو می‌شوند و بیمار فعالیت طبیعی خود را از سر می‌گیرد و به این جهت به آن سرخک سه روزه هم می‌گویند. از علائم شایع در خانم‌ها پس از بلوغ، درد مفصلی است. عفونت طبیعی با ویروس روبلا باعث ایجاد مصونیت در برابر عفونت مجدد در شخص می‌شود.

علائم و ویژگی‌های بیماری سرخجه مادرزادی متغیر است. کودک مبتلا به سرخجه ممکن است علائمی مثل کمی وزن به هنگام تولد، ترومبوسیتوپنی، هپاتواسپلنومگالی و مننگوآنسفالیت داشته باشد. اختصاصات بالینی سرخجه مادرزادی شامل میکروسفالی، رتینوپاتی، کاتاراکت، ناشنوایی، میکروفتالمی، انسداد راه‌های هوایی، باز بودن مجرای شریانی (PDA = Patent Ductus Arteriosus)، نقص در دیواره بین بطن‌ها، کریپتورکیدیسم، فتق نافی و دیابت ملیتوس است.

تشخیص:

جداسازی آنتی بادی IgM اختصاصی بر علیه سرخجه در نمونه خون.

تعاریف:

هدف نظام مراقبت، حذف سرخجه و سندروم سرخجه مادرزادی است؛ به این معنی که هیچ موردی از ابتلای بومی به این بیماری در کشور رخ ندهد. برای دستیابی به این هدف تعاریف زیر استفاده می‌شوند:

موارد مشکوک به سرخجه:

- هر بیمار در تمام گروه‌های سنی که کارمندان بهداشتی در او به سرخجه مشکوک شوند
- هر بیمار با تب و راش ماکولوپاپولار همراه با یک یا چند از علائم آدنوپاتی گردنی، پشت سری یا پشت گوشی، درد یا تورم مفاصل.

مورد بالینی سرخجه: بیماری که با تشخیص پزشک دچار سرخجه است و یا هر بیماری که تب، راش ماکولوپاپولر و یکی از علائم آدنوپاتی گردنی، پس سری یا پشت گوش و یا آرترالژی و آرتریت را داشته باشد و نمونه آزمایشگاهی تهیه و ارسال نشده باشد.

مورد قطعی سرخجه: مورد مشکوک به بیماری که نمونه سرمی مثبت از نظر IgM داشته باشد.

موارد مشکوک به CRS:

- هر شیرخوار کمتر از یک سال که کارمندان بهداشتی مشکوک به CRS در او می‌شوند.
- هر کودک کمتر از یک-سال دارای تاریخچه مادری مشکوک یا تأیید شده ابتلا به سرخجه در دوران حاملگی

- هر نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به اختلال شنوایی و یا یک یا چند علامت چشمی مثل کاتاراکت، کاهش بینایی، حرکات پاندولی چشم-ها (نیستاگموس)، میکروفتالمی و گلوکوم مادرزادی .

در صورت برخورد با هر مورد مشکوک بیماری سرخجه و یا سندروم سرخجه مادرزادی باید گزارش دهی فوری به سیستم بهداشتی انجام شود.

موارد قطعی CRS از نظر بالینی: در صورتی که پزشک دوره دیده دو عارضه از قسمت اول یا یک عارضه از موارد اول و یک عارضه از موارد دوم را پیدا کند:

- کاتاراکت، گلوکوم مادرزادی و یا کاتاراکت همراه با گلوکوم، بیماری مادرزادی قلب، اشکال شنوایی و رتینوپاتی پیکمانته.

پورپورا، اسپلنومگالی، میکروسفالی، عقب ماندگی ذهنی، منگو آنسفالیت، ضایعات استخوانی رادیولوسنت، زردی با شروع در ۲۴ ساعت اول عمر.

اقدامات مورد نیاز:

الف – درمانی

- سرخجه بدون عارضه نیازی به درمان اختصاصی ندارد

- در صورت بروز آرتریت در بزرگسالان می‌توان از آسپیرین استفاده کرد و نیازی به تجویز استروئید نیست.

- کری شایع‌ترین ناهنجاری جنینی در بیش از ۸۰ درصد شیرخواران مبتلا به سرخجه مادرزادی می‌باشد؛ لذا بایستی به علائم این عارضه توجه و با تشخیص زودرس، اقدامات لازم برای جلوگیری از پیشرفت آن انجام شود.

ب – پیشگیری

- ارتقاء آگاهی‌های بهداشتی مردم.

- کودکان و بزرگسالان مبتلا، به مدت یک هفته بعد از ثورات از رفتن به مدرسه یا محل کار اجتناب نمایند.

- برای شیرخواران مبتلا به سرخجه مادرزادی باید تا یک سال مقررات جداسازی رعایت شود.

-واکسیناسیون: واکسن زنده ضعیف شده ویروس سرخجه به صورت مونووالان و همراه واکسن اوربیون و سرخک MMR به صورت پلی والان تلقیح و باعث کنترل بیماری می‌شود.

موارد مصرف واکسن سرخجه:

-در زنان نوجوان و جوان غیر ایمن که باردار نیستند (زنان تا ۲۸ روز پس از واکسیناسیون نباید باردار شوند)
واکسیناسیون زنان باردار ممنوع است؛ ولی اگر سهواً واکسیناسیون انجام شود دلیلی برای توصیه به سقط نیست .
-کارکنان بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مربیان مهد کودک‌ها.

جداسازی:

جداسازی مانند موارد مشکوک به سرخک می‌باشد. فقط نوزادان مبتلا به سندروم سرخجه مادرزادی ممکن است تا ۱۲ ماه ویروس را در ترشحات به ویژه ادرار دفع نمایند لذا موارد تماس به ویژه خانم‌های باردار مشخص و پرهیز داده شوند.

معرفی بیماری سیاه سرفه:

بیماری سیاه سرفه که عامل آن میکروبی به نام برده تلاپرتوسیسی (Bordetella Pertussis) می‌باشد یکی از عوامل اصلی مرگ و میر و عوارض در دوران شیرخواری و کودکی است. این بیماری هنوز هم در کشورهای در حال توسعه شایع است و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های کشنده و قابل پیشگیری با واکسن محسوب می‌شود. هر ساله حدود پنجاه میلیون مورد ابتلا به بیماری و سیصد هزار مرگ و میر در اثر این بیماری در جهان اتفاق می‌افتد. میزان مرگ و میر شیرخواران در کشورهای در حال توسعه به ۴٪ نیز می‌رسد. در ایران نیز مشابه کشورهای توسعه یافته اطلاعات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر نشان دهنده افزایش موارد بیماری در طی سال‌های اخیر است. هر چند بیش‌ترین موارد گزارش شده در گروه سنی کودکان، به ویژه در زیر یک سال بوده است، ولیکن با تقویت گزارش دهی موارد مشکوک، انتظار می‌رود موارد بیماری در بالغین نیز افزایش یابد.

علائم بالینی :

فرم کلاسیک و یا معمول بیماری به صورت عفونت اولیه در افراد سنین ۱ تا ۱۰ سال و فاقد واکسیناسیون اتفاق می‌افتد. دوره کمون بیماری ۷ تا ۱۰ روز به طور متوسط ۵ تا ۲۱ روز است. بیماری معمولاً ۶ تا ۸ هفته طول کشیده و سه مرحله مقدماتی (Catarrhal)، حمله (paroxysma) و نقاهت دارد. مرحله مقدماتی با آبریزش بینی شروع شده و با سرفه‌های شدید تشنجی که به تدریج در فاصله ۱ تا ۲ هفته حالت حمله‌ای پیدا می‌کند، ادامه می‌یابد. حمله ناگهانی بیماری با سرفه‌های مکرر و شدید مشخص می‌شود. در هر حمله سرفه‌ها به صورت قطاری بدون آن که در فاصله آن‌ها فرصتی برای تنفس باشد شروع می‌شود و متعاقب آن صدای whoop یا فریاد خاص سیاه سرفه ای (ناشی از دم با شدت است) شنیده می‌شود. در پایان هر حمله، موکوس روشن و چسبنده‌ای از دهان خارج می‌شود که اغلب همراه استفراغ است. در بین حملات سیاه سرفه معمولاً حال عمومی کودک مناسب است.

سیاه سرفه در بالغین :

طول مدت ایمنی حاصل از واکسیناسیون به طور متوسط بین ۸ تا ۱۰ سال است؛ لذا اکثریت نوجوانان و جوانان، فاقد ایمنی لازم نسبت به سیاه سرفه هستند. معمولاً بیماری در این گروه‌های سنی تغییر شکل یافته و خفیف تر بروز می‌نماید و علائم اختصاصی را نشان نمی‌دهد. در برخی مطالعات درصد قابل توجهی از سرفه‌های طول کشیده در بالغین ناشی از سیاه سرفه است. بزرگسالان معمولاً به عنوان مخزن بیماری عمل کرده و سبب انتشار بیماری به شیرخواران می‌شوند. در دهه گذشته در کشورهای توسعه یافته موارد بیماری سیاه سرفه رو به افزایش و درصد زیادی از آن در جوانان بوده است و به همین خاطر برنامه واکسیناسیون گروه‌های سنی ۱۱ تا ۱۸ ساله در برخی کشورها، با استفاده از واکسن غیر سلولی سیاه سرفه به اجرا درآمده است .

تشخیص:

معیار اثبات آزمایشگاهی بیماری جدا کردن باسیل برده تلایر توسیسی و یا یافتن سکانس ژنوم توسط روش PCR و یا دو تیر سرولوژی متوالی بالا رونده است.

تعاریف:

مورد مشکوک: هر فردی که حداقل دو هفته سرفه همراه با حداقل یکی از علائم زیر را داشته باشد:

– حملات سرفه قطاری

- Whoop- هنگام دم

– استفراغ بعد از حمله سرفه

مورد بالینی: موردی که معیارهای بالینی را داشته باشد ولی اثبات آزمایشگاهی نداشته باشد.

مورد قطعی: موردی که معیارهای بالینی را داشته باشد و از نظر آزمایشگاهی نیز تأیید شود.

در صورت مواجهه با هر مورد مشکوک بیماری باید به صورت فوری به سیستم بهداشتی گزارش شود.

اقدامات مورد نیاز:

الف – درمانی

در طول بیماری باید به بیمار تغذیه مناسب و مایعات کافی داد .

- موارد شناخته شده بیماری باید از نظر تنفسی ایزوله شوند. موارد مشکوک نیز نباید در تماس با کودکان کم سن و نوزادان باشند. مدت جداسازی در صورت شروع درمان ۷ روز و در غیر این صورت سه هفته است .

ب – پیشگیری:

-آموزش مردم و به خصوص والدین نوزادان درباره مزایای واکسیناسیون نوزادان .

-واکسیناسیون علیه سیاه سرفه مطابق برنامه واکسیناسیون جاری کشوری به صورت واکسن سه گانه ديفتري، کزاز و سیاه سرفه انجام می گیرد .

موارد منع واکسیناسیون سیاه سرفه:

- واکنش آلرژیک شدید به دنبال تزریق دوز قبلی واکسن و یا به یکی از مواد تشکیل دهنده واکسن .
- آنسفالوپاتی (علائم کوما، کاهش هشیاری، تشنج طولانی عمومی و یا موضعی که چند ساعت طول کشیده و در عرض ۲۴ ساعت بهبود نیابد) در صورتی که در عرض ۷ روز از تزریق دوز قبلی واکسن DTP اتفاق بیفتد .
- اختلالات نورولوژیک پیش‌رونده شامل تشنج اسپاسم نوزادی، صرع کنترل نشده و آنسفالوپاتی پیش‌رونده شامل توپروز اسکروزیس، بعضی بیماری‌های متابولیک و دژنراتیو است. در این موارد تزریق واکسن باید تا تثبیت وضعیت نورولوژیک به تعویق افتاده و امکان تزریق واکسن در هر مراجعه مجدداً بررسی شود .

جداسازی :

- موارد شناخته شده بیماری باید از نظر تنفسی ایزوله شوند . مدت جداسازی در صورت شروع درمان ۷ روز و در غیر این صورت سه هفته است.
- موارد مشکوک نیز نباید در تماس با کودکان کم سن و نوزادان باشند .

معرفی بیماری دیفتری:

این بیماری به دلیل عوارض شدید ایجاد شده در اندام‌ها و اعضای حیاتی بدن، شدت واگیر بودن و نیز امکان پیشگیری و واکسیناسیون، جزء بیماری‌های مهم عفونی واگیر محسوب می‌شود. عامل ایجاد بیماری دیفتری، کورینه باکتریوم دیفتریه می‌باشد. سوش-های حاوی توکسین باکتری، مسئول ایجاد عوارض این بیماری هستند. در دوران قبل از واکسیناسیون، دیفتری در مناطق معتدل، در ماه‌های سرد و در کودکان زیر ۵ سال بدون سابقه واکسیناسیون شایع بود، ولی به دلیل پوشش بالای واکسیناسیون کودکان در کشور، احتمال بروز بیماری در سنین بالاتر بیشتر شده است. دوره سرایت بیماری معمولاً تا ۲ هفته پس از شروع بیماری است؛ ولی بندرت ممکن است به بیش از ۴ هفته برسد. ناقلان مزمن که بسیار نادر هستند، ممکن است باکتری را تا ۶ ماه یا بیشتر دفع کنند. تماس با بیمار یا حامل باکتری و به ندرت تماس با وسایل و لوازم آلوده به ترشحات زخم‌های بیمار، سبب انتقال این بیماری می‌شود.

علائم بالینی:

اگر چه اکثریت موارد ابتلا بدون علامت و یا با علائم خفیف است، ولی موارد کشنده نیز وجود دارد. دوره نهفتگی ۲ تا ۷ روز و گاه طولانی‌تر است. علائم بسته به محل عفونت، سطح ایمنی میزبان و میزان انتشار سیستمیک سم آن دارد. بیماری دیفتری بر اساس محل آناتومیک ورود عفونت و ایجاد غشا به انواع دیفتری مجاری بینی، لوزه‌ها / حلق (فارانکس)، حنجره / لارنگو تراکه، پوست و غیره تقسیم می‌شود.

تعریف بالینی مورد بیماری تنفسی:

هر بیماری که با فارنژیت، لارنژیت و یا تونسیلیت به همراه غشاء چسبنده روی لوزه‌ها، حلق و یا داخل بینی مراجعه نماید.

معیار اثبات آزمایشگاهی بیماری:

جدا کردن کورینه باکتریوم دیفتری از نمونه بالینی و یا افزایش حداقل چهار برابر در تیتراژ آنتی-بادی سرم در دو نمونه متوالی (در صورتی که هر دو نمونه قبل از تجویز توکسوئید و یا آنتی‌توکسین باشد).

تعاریف:

مورد محتمل: موردی است که معیار بالینی را داشته باشد.

مورد قطعی: موردی که علاوه بر معیارهای بالینی دارای معیارهای آزمایشگاهی نیز باشد و یا ارتباط تأیید شده همه گیرشناسی (Epidemiologic) با مورد قطعی آزمایشگاهی داشته باشد.

اقدامات مورد نیاز:

الف - درمانی

ب - پیشگیری

افراد در معرض خطر کسانی هستند که تماس نزدیک و یا طولانی مدت فیزیکی و یا تنفسی با فرد ناقل و یا بیمار داشته‌اند.

-مراقبت برای افراد در تماس: در صورتی که افراد، علامت‌دار باشند و با تعریف مورد محتمل مطابقت داشته باشند باید گزارش فوری به مرکز بهداشت شهرستان داده شود. افراد در تماس باید از جهت وضعیت ایمنی و قابلیت پیگیری و یا پذیرش پیشگیری بررسی شوند. افراد خانواده به خصوص کسانی که لوازم مشترک و یا اتاق مشترک با فرد (بیش از دو نفر در یک اتاق برای خواب) دارند و یا کمتر از یک بار در هفته حمام می‌کنند و نیز کسانی که سابقه اگزما دارند، در معرض خطر بالاتری از ابتلا هستند.

-باید سریعاً مشخص نمود که چه افرادی در تماس نزدیک با مورد بوده‌اند. تماس نزدیک ابتدا در افراد خانواده، سپس در افرادی که سابقه تماس مستقیم و یا همیشگی با فرد دارند (بوسیدن، تماس جنسی، کارکنان سیستم بهداشتی در تماس با ترشحات نازوفارنژیال، افرادی که وسایل غذاخوری مشترک دارند و افرادی که از کودک مراقبت می‌کنند) پیگیری می‌شود.

ایمن سازی:

تنها راه موثر کنترل عفونت، واکسیناسیون با واکسن محتوی توکسوئید دیفتری است. توصیه می‌شود در صورتی که برای کودک و یا بزرگسال به دنبال زخم، نیاز به واکسن توکسوئید کزاز باشد، از واکسن‌های محتوی توکسوئید دیفتری استفاده شود. کسانی که به کشورهایی سفر می‌کنند که دیفتری با شیوع بالایی وجود دارد، باید قبل از سفر،

وضعیت واکسیناسیون و ایمنی آن‌ها نسبت به دیفتری بررسی و مشخص شود. طبق برنامه کشوری، واکسیناسیون دیفتری در سنین ۲، ۴، ۶، ۱۸ ماهگی و سپس ۶ سالگی انجام می‌شود.

جداسازی :

جداسازی بیمار تا وقتی که کشت دو نمونه از ترشحات حلق و بینی یا زخم‌های بیمار از نظر وجود باسیل منفی شوند الزامی است. دو نمونه کشت باید حداقل ۲۴ ساعت پس از قطع آنتی-بیوتیک و هر یک با فاصله ۲۴ ساعت از یکدیگر گرفته شوند. اگر امکان کشت موجود نباشد، ۱۴ روز پس از اتمام درمان با آنتی-بیوتیک‌های مناسب می‌توان جداسازی بیمار را خاتمه داد.

تهیه و تنظیم : مهدیه پورابراهیمی – کارشناس واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت شهرستان کرمان