

بررسی همه‌گیری بیماری آبله مرغان در کودکان مجتمع شهید هاشمی نژاد مشهد

دکتر احمدشاه فرهت *

از دی ماه سال ۱۳۷۵، تا خرداد سال ۷۶، در مدت شش ماه، همه‌گیری بیماری آبله‌مرغان، به صورت آینده‌نگر، در مجتمع شهید هاشمی‌نژاد مشهد، وابسته به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مطالعه شد. ۶۵ مورد بیماری ثبت شد که ۵ مورد به علت نقص در اطلاعات، از مطالعه حذف گردید و از ۶۰ مورد بیماری، $\frac{1}{3}$ دختر و $\frac{2}{3}$ پسر بودند. ۲۳/۳ درصد ناتوانی عصبی عضلانی داشتند و ۳۳ درصد بیماران بین سن یک تا شش سال قرار داشتند. در این مطالعه، تب، خفیف بود. در ۳/۳ درصد تب بالای 38.5°C ثبت شد و در ۹۶/۷ درصد، تب بیماران کمتر از 38.5°C بود. ابتلای مخاطی در ۲۱/۶ و کمپلیکاسیون در ۱۰ درصد موارد، مشاهده شد که شایعترین کمپلیکاسیون بیماران ما پوستی و آن هم از نوع امپتیگو بود.

واژه‌های کلیدی: آبله مرغان؛ مشهد؛ امپتیگو. گلیکوزیله؛ BMI

* - فوق تخصص نوزادان - استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

آبله مرغان، از بیماری‌های مهم ویروسی کودکان می‌باشد. این ویروس از گروه "هرپس" ویروس‌ها است و ابتلا به این بیماری، موجب ایمنی دایمی در فرد می‌گردد(۱)؛ اما ابتلا به "هرپس" زوستر را ممکن است به دنبال داشته باشد. امکان ابتلای مجدد در کودکان سالم، به ویژه آنهایی که از اختلال ایمنی رنج می‌برند؛ وجود دارد. در ۴ درصد بیماران نیز، ممکن است تشخیص داده نشود و بدون تشخیص باقی بماند. ۸۰ درصد موارد در کودکان زیر ده سال مشاهده می‌شود(۲)؛ اما بیماری در هر سنی حتی در نوزاد و جنین هم دیده می‌شود(۳). ۶۰ درصد موارد در سنین ۹-۶ سال گزارش شده است(۲)؛ که شایعترین سن ابتلا به بیماری می‌باشد. ابتلا در اعضای خانواده، حدود ۸۷ درصد می‌باشد(۴) و در کودکانی که به صورت مجتمع نگهداری می‌شوند، شانس ابتلا کمتر است.

بعد از دوره کمون علائم پرودرمال^۱ یک روز قبل از ظهور بثورات، ممکن است با تب، خستگی، بی‌اشتهایی و راش‌های مشابه مخملک باشد. بثورات سریع ظاهر می‌گردد. ابتلا از تنه و به شکل تجمعی از ماکول‌هاست که به سرعت به وزیکول‌های قطره اشکی بیضوی شکل در زمینه قرمزی تغییر می‌کند(۲) و طی بیست و چهار ساعت، محتویات کدر شده و تا سه الی چهار روز ممکن است ادامه یابد.

بثورات بیماری، در محل‌های فشار و تحریک بیشتر دیده می‌شود و کاراکترستیک بیماری، وجود همزمان پاپول، وزیکول و کروت است و در تشخیص کلینیکی بیماری کمک می‌کند. علائم سیستمیک در سه تا چهار روز اول، دیده می‌شود و خارش، علامت ثابت و آزاردهنده بیماری می‌باشد و وجود اولس‌های سطحی در مخاطها، از جمله دهان به دنبال پاره شدن وزیکول می‌باشد.

قرنیه، ملتحمه و ناحیه ژنیتال، ممکن است مبتلا شود و ابتلای حنجره و لنگادونپاتی ژنتیرالیزه نادر می‌باشد. بثورات به ندرت هموراژیک همراه با کاهش پلاکت می‌باشد؛ اما پورپورا فولمینانت در آخر هفته اول همراه با گانگرن، نشانه عکس‌العمل شوارتزمن^۲ است(۱). آبله مرغان بولوز، شایع نیست و در کودکان زیر دو سال گزارش می‌شود؛ اما دوره بیماری تغییری نخواهد کرد. برای تشخیص بیماری، علائم و یافته‌های کلینیکی کافی است و بررسی آزمایشگاهی به صورت روتین توصیه نمی‌شود(۵). وکوسیتوز خفیف، سلول‌های ژینانت در کف وزیکول‌های تازه، آزمونهای سرولوژیک، آنتی ژنیک و کشت ویروس، در نسج انسانی برای تشخیص کمک‌کننده است.

شایعترین کمپلیکاسیون، بیماری پوستی است اما کمپلیکاسیون‌های مغزی، قلبی، ریوی، کبدی، کلیوی، عضلانی و غیره هم دیده می‌شود و بیشتر نوزادان، بیماران با اختلال ایمنی و بالغان را شامل می‌شود.

درمان بیماری در کودکان محافظتی است و نیازی به بستری کردن ندارد و در صورت نیاز به بستری، از بیماران با نقص یا اختلال ایمنی، باید دور باشند. تب بیماران با داروهای ضد تب کنترل شود و مصرف آسپرین خطر سندرم ری را در کودکان بیشتر می‌کند و نباید استفاده شود(۱) و بهتر است از استامینوفن کمک گرفت؛ گرچه در یک مطالعه دیده شده است که مصرف استامینوفن باعث طولانی‌تر شدن بیماری می‌شود(۶). آنتی‌هیستامین‌های خوراکی برای خارش مفید است؛ اما رعایت بهداشت از جمله تعویض روزانه لباس، کوتاه کردن ناخن‌ها و حمام آب ولرم برای این بیماران مفید است(۷). داروهای آنتی‌ویرال از جمله آسیکلوویر^۳، آنتی‌بیوتیک و گاماگلوبولین به صورت روتین توصیه نمی‌شود و کورتون در درمان بیماری

¹ - Prodromal

² - Schwartzman

³ - Acyclovir

مؤثر نیست. پیش آگهی بیماری خوب و مرگ و میر به دنبال کمپلیکاسیون دیده می شود، اما مرگ و میر و انسفالیت به صورت کاذب بالا گزارش می شود (۶). موارد خفیف بیماری تشخیص داده نمی شود یا گزارش داده نمی شود و علیرغم استفاده از واکسن آبله مرغان در بعضی کشورها، از جمله آمریکا که از سال ۱۹۹۵ جواز مصرف گرفته است؛ بیماری همچنان از تمام نقاط دنیا گزارش می شود (۹).

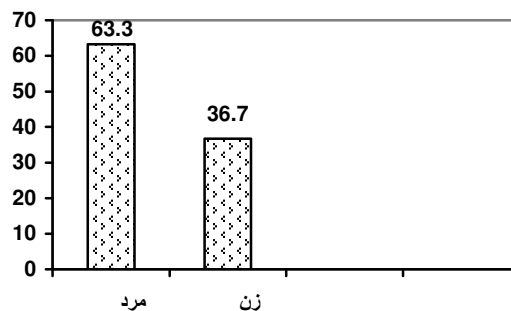
روش پژوهش

مجتمع شهید هاشمی نژاد مشهد، وابسته به جمعیت هلال احمر، از ۲۵۰ کودک به صورت شبانه روزی نگهداری می کند. ۱۵۰ نفر از این کودکان پسر و ۱۰۰ نفر آنها دختر می باشند. این مطالعه به صورت توصیفی، کمی و کیفی، آینده نگر و با اجازه مسئولین مجتمع و همکاری کارکنان پرستاری، از اوایل دیماه سال ۱۳۷۵ تا اواخر خرداد ماه سال ۱۳۷۶ انجام شده است.

باتوجه به اینکه بیماری های عفونی ویرال در کودکان این مجتمع به صورت همه گیر دیده می شد؛ به دنبال مشاهده اولین مورد آبله مرغان، احتمال همه گیری این بیماری برای کودکان وجود داشت. لذا با همکاری کارکنان پرستاری، علائم بیماری را از نظر شدت تب، ابتلاء مخاط کف دست و پا و کمپلیکاسیونها مورد بررسی قرار دادیم. بیماری بر اساس یافته های کلینیکی تشخیص داده می شد و بیماران در بیمارستان مجتمع تا کروت بستن کامل بثورات ایزوله و مراقبت می شدند. هر شش ساعت، علایم حیاتی کنترل می شد و حداقل هفته ای سه نوبت بیماران از نظر عوارض و یافته های بیماری معاینه می گردیدند. بیماران، پس از ترخیص از بیمارستان نیز تا سه هفته، از نظر کمپلیکاسیونها تحت بررسی بودند و علایم و یافته های بیماران در برگ های مخصوص ثبت می شد.

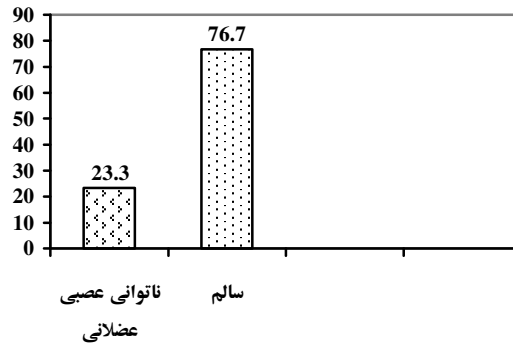
یافته ها

در طی شش ماه، حدود ۶۵ کودک مبتلا به آبله مرغان، مطالعه شدند که پنج نفر آنها به علت نقص اطلاعات از مطالعه حذف شدند. در ۶۰ کودک باقی مانده، ۲۲ نفر (۳۶/۶ درصد) دختر و ۳۸ نفر (۶۳/۴ درصد) پسر بودند. (نمودار ۱).



نمودار ۱: درصد مبتلایان به بیماری آبله مرغان به تفکیک جنسیت

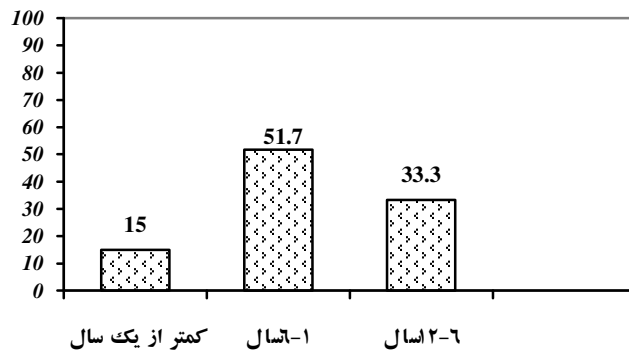
۱۴ نفر از کودکان (۲۳/۳ درصد) ناتوانی عصبی عضلانی داشتند؛ به طوری که قادر به نشستن، راه رفتن و تماس با کودکان دیگر نبودند و به وسیله پرستار تغذیه، حمام و تعویض کهنه می شدند (نمودار ۲).



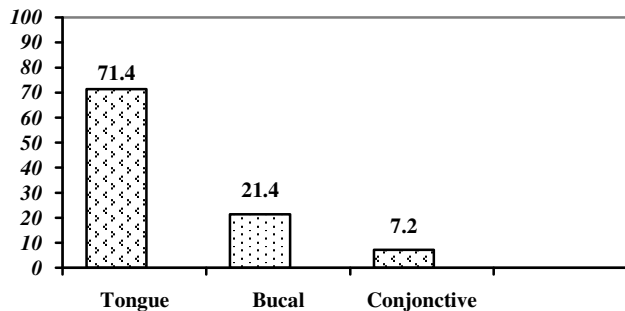
نمودار ۲: مقایسه مبتلایان به آبله مرغان از نظر عارضه عصبی عضلانی

۳۱ کودک (۵۱/۶ درصد) یک تا شش سال سن داشتند؛ ۲۰ کودک (۳۳/۳ درصد) در سنین شش تا دوازده سال بودند و ۹ کودک (۱۵/۱ درصد) زیر یک سال بودند. کم سن ترین بیمار، شیرخواری یک ماهه بود و بزرگترین آنها، ۱۲ سال سن داشت (نمودار ۳).

در این بیماران، تب معمولاً خفیف بود و حدود ۹۶/۷ درصد از بیماران درجه حرارت کمتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد داشتند و فقط در ۳/۳ درصد موارد، تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد ثبت شد. در ۱۳ مورد (۲۱/۶ درصد) ابتلاء مخاطی مشاهده شد که شامل ۱۰ مورد (۱۶/۶ درصد) ابتلاء زبان؛ ۳ مورد ابتلاء مخاط دهانی و زبان و ۱ مورد ابتلاء احتمالاً ملتحمه می باشد (نمودار ۴).

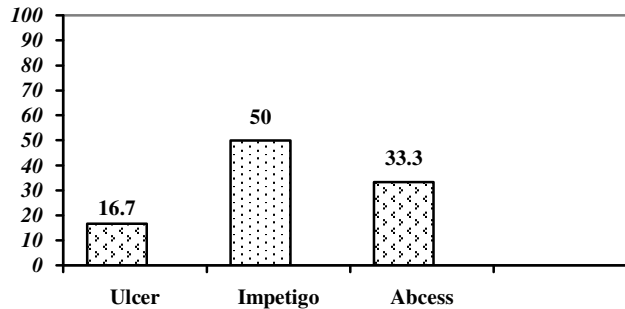


نمودار ۳: مقایسه مبتلایان به آبله مرغان از نظر سن ابتلا



نمودار ۴: مقایسه مبتلایان به آبله مرغان از نظر ابتلاء مخاط آنها

۱۶ بیمار (۲۳/۳ درصد) در کف دست و پا بثوراتی به شکل چند پاپول و وزیکول داشتند که در تمام آنها، بثورات بعد از ظهور بثورات در تنه دیده شد. در ۶ کودک (۱۰ درصد) کمپلیکاسیون دیده شد که ۳ مورد (۵ درصد) اپتیگو و ۳ مورد دیگر، شامل ۲ مورد آبله و یک مورد السر پا بود (نمودار ۵).



نمودار ۵: مقایسه مبتلایان به آبله مرغان از نظر عوارض بیماری

بحث

بر اساس منابع موجود، این مطالعه اولین مطالعه در ایران، درباره کودکانی است که به صورت مجتمع نگهداری می شوند. انشاء... مقدمه ای باشد برای مطالعات بیشتر متخصصین عفونی و کودکان تا با حجم بیشتر، نتایج بهتری از نظر آماری بدست آید. در مطالعه فوق دیده می شود که ۲۶ درصد کودکان مجتمع در این همه گیری مبتلا شدند؛ با توجه به اینکه سابقه ابتلا به بیماری و وضعیت ایمنی کودکان مطالعه شده در دسترس نبود؛ نمی توان شانس ابتلاء به بیماری را به درستی مشخص نمود. مطالعات قبلی این شانس را حدود ۸۰ درصد ذکر می کنند (۸). ابتلای بیشتر پسران نسبت به دختران به دلیل درصد بیشتر پسران در مجتمع می باشد؛ مطالعات قبلی ابتلای هر دو جنس را یکسان گزارش نموده اند (۷). ۱۴ کودک ناتوانی عصبی عضلانی داشتند؛ این امر تأیید کننده مسأله انتقال ویروس به وسیله هوا می باشد (۱)؛ ضمن اینکه انتقال ویروس به وسیله دست مراقبین کودکان را نیز می توان به عنوان یک احتمال مطرح نمود که نیاز به مطالعات بیشتر و دقیقتر دارد. بیشترین موارد ابتلا در این مطالعه، در کودکان یک تا شش سال بود، در حالی که اکثر منابع، سن ابتلا را شش تا نه سالگی ذکر می کنند (۱). علت این امر، تماس بیشتر این کودکان با هم است که موجب ابتلاء زودرس آنها نسبت به کودکانی می شود که با خانواده های خود زندگی می کنند. زبان، شایعترین محل ابتلا پس از پوست بود، اما به علت در دسترس نبودن آمار مشابه، نتوانستیم آن را با مطالعات دیگر مقایسه کنیم. ۱۰ درصد بیماران کمپلیکاسیون داشتند و شایعترین آنها Impetigo بود. گر چه نتوانستیم آنها را از نظر درصد، با مطالعات قبلی مقایسه کنیم؛ اما اکثر منابع کمپلیکاسیون های پوستی را به عنوان شایعترین کمپلیکاسیون ذکر می کنند (۸). انسفالیت را یک یا دو مورد در هر ده هزار مورد ذکر می کنند و ممکن است قبل از بثورات، تا سه هفته بعد از بثورات دیده شود (۳)؛ شایعترین عارضه مغزی است و در امریکا سالیانه تا چهار هزار مورد بستری به علت آبله مرغان گزارش شده است (۱۰) و اکثر آنها کودکان می باشند. پنومونی واریسلا خطرناکترین عارضه در افراد بالغ است که در کودکان گزارش شده اما ما در مطالعه خود هیچ موردی از پنومونی و انسفالیت نداشتیم (۷). در این مطالعه، مورتالیتی نداشتیم در حالی که تا سال ۱۹۸۴ مرگ و میر ۲ مورد در هر ۱۰/۰۰۰ نفر گزارش بود ولی امروزه به دنبال مصرف داروهای آنتی ویرال و ایمنی پاسیو مرگ و میر فراوان، کمتر گزارش می شود.

تقدیر و تشکر

از آقای غلامی معاونت محترم اجتماعی جمعیت هلال احمر خراسان و آقای خدادیان مسؤول درمان هلال احمر و کلیه پرستاران بیمارستان مجتمع شهید هاشمی نژاد که در این امر، مرا یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

Abstract***Study of Chickenpox Outbreak in Hasheminejad Child Care Center in Mashad***

During a six-month period from January 1997 to June 1997, we prospectively studied the chickenpox outbreak in Hasheminejad Child Care Center in Mashad. About 60 cases were registered, one-third of whom were female and two-thirds male. 23.3% were neuromuscularly disabled; 33% of them were from one to six years old. Their fever was observed to be slight, only 3.3% having fever higher than 38.5 degrees; 96.7% of the patients had slight fever. Mucous membrane involvement was 21.6%. 10% of the patients had complications, the most common of which was skin complications.

Key Words : *Chickenpox ; Impetigo ; Mashad .*

منابع

- 1 - Arvin, A. M. Chicken pox in Nelson textbook of pediatrics 15th ed 892-895. W. B. Saunders comp. 1996.
- 2 - Hyung A. S. Viruses in the Arery pediatric Medicine 1th ed. Williams and wilkins comp. 1986. PP 1036 - 38.
- 3 - Eder S. E. Varicella Pneumonia during pregnancy Am. J. Perinatology 5. 1988. PP 1 - 18.
- 4 - Commiffee on infectious disease American Academy of pediatric in peter G (ed): The red book ELK Grove village, III AAP. 1989. PP 457 - 462.
- 5 - Schuatt V. and salo R. J. V. Z. Virus in belsch textbook of Human virulogy vol I gth ed. 842 - 54 Mosby year book st. louis 1991.
- 6 - Doran T. F. Acetaminophen more than good for chickenpox J. Pediat 114. 1988. PP 1045 - 1048.
- 7 - Thiers B. H. and sahn E. E. Varicella zoster virus infections in moschella text book of dermatology vol 1 W. B. Saunders company philadelphia. 3th ed. 1992. PP 797 - 806.
- 8 - Guess H. A. Population based study varicella complications pediatrics 78 suppl. 1986. PP 723 - 727.
- 9 - Commiffee on infectious disease. American Academy of pediafric ped 15. 1995. PP 791 - 967.
- 10 - Preblod S. R. Varicella complications and costs pediafris 78 (Supp). 19806. PP 728 - 735.
- 11 - Prober C. G. Acyclovir the rapy of chickenpox in Immono suppressed children A collaborative study J. Ped 101. 1982. PP 622 - 625.