بررسی موارد ابتلا به سرخک در کودکان شهرستان خرم آباد

طاهره جوادی✦ دکتر اعظم محسن زاده✦✦ علی فرهادی✦✦✦

یافته / سال پنجم / شماره ۱۸

چکیده

مقدمه : سرخک بیماری است که به راحتی از شخصی به شخصی دیگر سرایت می کند.گرچه امروزه تعداد موارد ابتلا به سرخک به نحو قابل ملاحظه ای کاهش یافته؛ اما هنوز هم بیماری شایعی می باشد. هدف از انجام این مطالعه بررسی موارد ابتلا به سرخک در کودکان شهرستان خرم آباد بود.

مواد و روشها : این مطالعه بصورت توصیفی ـ مقطعی انجام شد .کلیه کودکانی که در بیمارستان شهید مدنی خرم آباد با تشخیص سرخک بستری شده بودند (۱۲۴ بیمار) مورد بررسی قرار گرفتند. متغییرهای مورد مطالعه شامل سن، جنس، ماه و فصل بستری بود. اطلاعات توسط پرسشنامه جمع آوری و بوسیله نرم افزار Spss مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها : از ۱۲۴ بیمار تحت بررسی ، ۷۸ نفر(۶۲/۹٪) پسر و ۴۶ نفر (۲۷/۱٪) دختر بودند. بیشتر موارد در سنین زیر ۹ ماهگی (۴۷/۶٪) و ۷-۶ سالگی (۳۷/۹٪) روی داد. بین سن ابتلا به سرخک و همچنین بین جنس و ابتلا به سرخک رابطه آماری معنی داری وجود داشت. ($p<0/05$). بیماران بستری شده طی فروردین تا اسفند ۱۳۸۱، ۳۱ نفر (۲۵٪)و طی فروردین تا تیر ۱۳۸۲، ۹۳ نفر(۷۵٪) بودند.

نتیجه گیری : در این مطالعه بیشترین میزان بروز سرخک قبل از ۹ ماهگی و پس از ۶ سالگی بودو این در حالی است که طبق دستورالعمل وزارت بهداشت ایران، واکسن سرخک طی دو دوز شامل۹ ماهگی و ۱۵ ماهگی تزریق می گردد. بنابراین توصیه می شود در صورت تائید نتایج این مطالعه در سایر شهرستانها، تغییرات اساسی در برنامه واکسیناسیون ایران انجام شود.

واژه های کلیدی: شیوع سرخک، واکسن سرخک، خرم آباد

✦ کارشناس ارشد آموزش پرستاری ـ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان
✦✦ متخصص کودکان ـ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان
✦✦✦ کارشناس ارشد روانشناسی -عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2025-12-05]

مقدمه

سرخک یک بیماری عفونی است که عامل آن ویروس روبلا[1] است و به راحتی از شخصی به شخصی دیگر سرایت می کند(۱). ویروس آن توسط ترشحات تنفسی و قطرات ریز معلق در هوا و گاهی قطرات بزرگتر منتقل می گردد. این بیماری دارای انتشار جهانی است (۲). گرچه امروزه تعداد موارد ابتلا به سرخک به نحو قابل ملاحظه ای کاهش یافته؛ اما هنوز هم بیماری شایعی است (۳). بیماری از ۲-۱ روز پیش از بروز علائم و تا ۴ روز پس از ظهور بثورات پوستی، واگیر دار است. عفونت زائی بیماری در خلال مرحله مقدماتی ، به حداکثر خود میرسد . متوسط زمان بین عفونت تا بروز علائم وتا ظهور بثورات به ترتیب ۱۰ و ۱۴ روز می باشد.ویروس به بافت پوششی مجاری تنفسی حمله می کند و از طریق جریان خون به سیستم رتیکولواندوتلیال[2] گسترش می یابد. تمام گلبولهای سفید خون را آلوده می کند و به این وسیله پوست و دیگر اعضاء را نیز گرفتار می کند. نخستین علائم شامل احساس خستگی ، ناتوانی ، تب بالا ، اشک ریزش همراه با سست شدن پلک ها ، بیزاری از نور ، سرفه و علائم سرماخوردگی است. در این مرحله که هنوز بثورات ظاهر نشده اند علائم شبیه آنفلوانزا است. درست پیش از ظهور بثورات، لکه های کوپلیک اسپوت[3] ظاهر می شوند که به شکل لکه هائی به اندازه ۲-۱ میلی متر و به رنگ آبی ـ سفید و با زمینه قرمز روشن می باشند. این لکه ها بر روی مخاط دهانی و در امتداد دومین دندان آسیا قرار دارند و در هیچ بیماری عفونی دیگری مشاهده نمی شوند. لکه ها پس از ظهور بثورات کوچکتر شده و خیلی زود ناپدید می گردند. بثورات ماکولوپاپولر، قرمز و بدون خارش که مشخص کننده سرخک هستند در خط رویش مو و پشت گوش ها ظاهر می شوند و به سمت تنه و اندامها گسترش می یابند و اغلب با هم تلاقی می کنند. بیمار در این هنگام در بدترین وضعیت بیماری قرار دارد. در روز چهارم بثورات به همان ترتیبی که ظاهر شدند، ناپدید می گردند (۱،۲). سرخک منجر به عوارض و بیماریهائی چون پنومونی، صدمه مغزی و حتی مرگ می گردد (۲،۴).

شایان توجه است که طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، هر ساله ۳۰ میلیون نفر در جهان به سرخک مبتلا می شوند و ۷۵ هزار نفر از آنها می میرند.ایمن سازی جامعه و ریشه کنی سرخک تا سال ۱۳۸۹ (۲۰۱۰میلادی) از اهداف سازمان منطقه مدیترانه ای شرقی است که ایران را نیز شامل می شود (۵).

هدف از این مطالعه ، بررسی موارد ابتلا به سرخک در کودکان شهرستان خرم آباد طی دو سال اخیر (۱۳۸۲و ۱۳۸۱) بود.

مواد و روشها

این مطالعه بصورت توصیفی ـ مقطعی انجام شد .کلیه کودکانی که طی سالهای ۸۲-۸۱ در بیمارستان شهید مدنی کودکان خرم آباد با تشخیص سرخک بستری شده بودند و علائم مشخصه سرخک یعنی کوپلیک اسپوت، کوریزا[4]، کونژنکتیویت[5]، تب و بثورات ماکولوپاپولر را روی بدن (صورت، تنه و ...) داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین سن, جنس بیماران و ماه و فصل ابتلا نیز ثبت شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و توسط آمار توصیفی و آزمون کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

از ۱۲۴ بیمار تحت بررسی، ۷۸ نفر(۶۲/۹٪) پسر و ۴۶ نفر (۲۷/۱٪) دختر بودند. بیشترین موارد ابتلا در سنین کمتر از ۹ ماهگی ۵۹ مورد (۴۷/۶٪) و بالاتر از شش سالگی ۴۷ نفر (۳۷/۹٪) رخ داده بود که از نظر آماری نیز معنی دار بود ($p<۰/۰۵$).

از بیماران تحت بررسی ۹۱ نفر در فصل بهار به سرخک مبتلا شده بودند که از این تعداد ۳ نفر طی بهار ۸۱ و ۸۸ نفر طی بهار ۸۲ بستری شده بودند. همچنین بین ابتلا به سرخک و فصول

1. Robeola Virus
2. Rethicholoendotelial
3. Kopliks spots
4. Coryza
5. Conjunctivitis

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2025-12-05]

سال ارتباط معنی دار آماری وجود داشت (p<۰/۰۵) به طوریکه از ۱۲۴ نفر ۹۱ نفر در فصل بهاربه سرخک مبتلا شده بودند. شیوع سرخک بر اساس ماه، در اردیبهشت ۴۰ نفر (۳۲/۳٪) و فروردین ۳۰ نفر (۲۴/۲٪) بود. از بین افراد تحت بررسی، موارد ابتلا به سرخک در سال ۸۲ فقط در مدت ۴ ماه (فروردین تا تیر ماه) ۹۳ نفر (۷۵٪) و در سال ۸۱ در مدت ۱۲ ماه ۳۱ نفر(۲۵٪) بود.

بحث

در این مطالعه شیوع سرخک در پسران بیشتر بود (۶۲/۹٪). در مطالعه ای که تاکور[1] و همکاران (۲۰۰۲) انجام دادند، از ۲۸۳ نفر نسبت ابتلاء پسر به دختر ۵/۳٪ به ۳/۶٪ بود (۶).

بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه شایعترین سن شیوع سرخک قبل از ۹ ماهگی و پس از ۶ سالگی بود. این در حالی است که برنامه پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی در خصوص واکسیناسیون سرخک برای جمهوری اسلامی ایران، تزریق دو دوز واکسن در سن ۹ ماهگی و ۱۵ ماهگی است. در سایر تحقیقات آمار موجود متفاوت است، از جمله در تحقیقی که در تانزانیا ۲۰۰۱ انجام شد، ۲۱٪ زیر ۹ ماهگی، ۲۷٪ بین ۹ ماهگی تا ۵ سالگی، ۳۱٪ بین ۶-۱۵ سالگی و ۲۱٪ بیشتر از ۱۶ سالگی بودند (۷). برنامه روتین واکسیناسیون بر اساس نیاز هر منطقه و کشور متفاوت است، یعنی بر مبنای شرایط خاص اپیدمیولوژیکی، اجتماعی، اقتصادی، جغرافیائی و فرهنگی هر کشور تنظیم و به مورد اجراء گذارده می شود .

در سال ۸۲ شیوع سرخک بیشتر از سال ۸۱ بود. همچنین از ۱۲۴ نفر ۹۱ نفر در فصل بهاربه سرخک مبتلا شده بودند. شیوع سرخک بر اساس ماه، در اردیبهشت و فروردین بیشترین فراوانی را داشت. سایر تحقیقات نشان داده، زمان ابتلا به سرخک در فصول خشک سال است، و در اواخر زمستان و اوایل بهار ایجاد می شود (۸).

پیشنهاد می شود با توجه به شیوع سرخک در کودکان زیر ۹ ماهگی و بالای ۶ سالگی، زمان و دوز واکسیناسیون مورد بررسی بیشتر قرار گرفته و در صورت تائید نتایج این مطالعه در سایر شهرستانها، تغییرات اساسی در برنامه واکسیناسیون ایران داده شود. این اقدام در کشورهای مختلف انجام شده و بر اساس نتایج حاصله در منطقه خود، تمهیدات لازم و تغییر در برنامه واکسیناسیون انجام داده اند، بطور مثال کمیته ایمونیزاسیون کانادا ۲ دوز واکسن شامل اولین دوز یک هفته پس از تولد نوزاد و دومین دوز یک ماه پس از اولین دوز واکسیناسیون را انجام می دهد (۶). در تحقیقی که سلیمان و همکاران در عربستان انجام دادند، ۳ دوز واکسن شامل ۶ ماهگی، ۱۲ ماهگی و ۶ سالگی را پیشنهادکرده اند (۹). همچنین زمانی یک واکسن مؤثر واقع میشود که از زمان تولید تا هنگام مصرف، قدرتش محفوظ نگهداشته شود؛ به طوریکه درجه حرارت مناسب یخچال ها و جعبه های ایزومتریک، نور وPH و علاوه بر آنها مراحل و فازهای بینابینی از جمله کارکنان انبارها و افراد واکسینه کننده نیز در حفظ فعالیت واکسن ها و تاثیر آنها نقش دارند.بنابراین واکسنی که بطور صحیح نگهداری نشود ، نمیتواند اطفال را بر علیه بیماریها مصون سازد (۱۰). لذا پیشنهاد میگردد نحوه نگهداری واکسن ها در مراکز بهداشت مورد بررسی قرار گیرند. پس از یکبار ابتلاء به سرخک تقریبا برای همه عمر ایمنی حاصل میشود. اطفال کمتر از ۶ ماهه در اثر وجود آنتی کور مادری تقریبا مصون از ابتلاء هستند و اگر مادری مبتلا به سرخک نشده باشد، نوزاد وی نسبت به واگیری سرخک از همان ابتدای تولد حساس خواهد بود (۱۱)؛ لذا پیشنهاد می شود سطح انتی بادی مادران بررسی گردد.

1. Thakur

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2025-12-05]

References

1. Donowitz L. Rubeola, infection control in the child care preschool. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 2002

۲- هاریسون. بیماریهای کودکان. (بهزاد محمدی و حمید مؤید ـ مترجمین) جلد دوم. تهران: ۱۳۸۰

3. (CDC): Measles, mumps, and vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella and congenital syndrome and control of mumps: Recommendations of the Advisory Commite Immunization Practice (ACIP),MMWR, 1998 may 22; 47(rr-8): 2-4
4. (CDC): Measles prevention: Recommendations of the advisory committee. immunization practices (ACIP) 2000 December 29

۵- هاتف، ا و همکاران. مجموعه خلاصه مقالات سیزدهمین همایش بین المللی بیماریهای کودکان. تهران: گروه آموزشی بیماریهای کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران. مهر ماه ۱۳۸۰

6. Thakur JS. Measles outbreak in a periurban area of chandigarh: need for improving vaccine coverage and strengthening surveillance. Indian J Pediatr. 2002 Jan; 69 (1): 33-37
7. Kamugisha C, Cairns KL, Akim C. An outbreak of measles in Tanzania refugee camps. J infect Dis: 2003 may 15; 187 suppl 1: 58-62
8. Rick A. Measles (Rubeola). Diseases, Conditions and injuries. http://www. Springbranch medical.com
9. Soliman HI, A seroepidemiological study of measles: some practical implications for measles immunization program, Kingdom of SAUD/ Arabia. Departments of primary health care. Septamber 1994

۱۰- آرجان و نیزار. واکسیناسیون. (محمد یاریگر روش، مترجم) تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸

۱۱- نوری، س، م. ر. بهداشت مدارس. تهران، انتشارات واقفی، ۱۳۷۷

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2025-12-05]