

تعیین وضعیت ایمنی نسبت به سرخچه، در خانم‌های به هنگام ازدواج شهر اراک در سال ۱۳۸۰

دکتر معصومه صوفیان^۱**چکیده:**

مقدمه: سرخچه یک عفونت ویروسی حاد و خود محدود است لیکن ابتلا در زمان بارداری منجر به نتایج جذبین متعدد و سندرم سرخچه مادرزادی می‌شود؛ ایمنی مادر قبل از بارداری از این معرض جلوگیری خواهد کرد. ایمنی واکسیناسیون کشوری انجام می‌شود. این در حالیست که در ایران واکسیناسیون سرخچه هنوز توصیه نشده است. این بررسی به منظور تعیین میزان ایمنی خانم‌ها به هنگام ازدواج در شهر اراک در سال ۱۳۸۰ صورت گرفت. **روش کار**: در این مطالعه، خانم‌های به هنگام ازدواج مراجعه کننده به آزمایشگاه، جهت انجام آزمایش خون برای غربالگری تالاسمی به عنوان گروه مورد مطالعه انتخاب شدند و نمونه خون از آنها اخذ شد و به روش الیز^۲ باکت نمونه‌گیری تصادفی ساده بود.

نتایج: از ۱۳۵۶ مورد بررسی، در ۸۰/۲ درصد (۱۲۵۴ مورد) ایمنی به سرخچه وجود داشت و ۱۹/۸ درصد (۲۰۹) افراد حساس به سرخچه بوده و مصنوبیت نداشتند. بین سن و مصنوبیت ارتباط معنی‌دار مثبتی وجود داشت (۰/۰۵۸-^۳) لیکن بین میزان تحصیلات و محل سکونت دو گروه مصون و غیرمصون تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مذکور به نظر می‌رسد تزریق واکسن سرخچه در دوران کودکی مفید باشد یا در صورت عدم وجود امکانات، حداقل این واکسن به دختران دبیرستانی تزریق شود.

واژگان کلیدی: سرخچه، مصنوبیت، سندرم سرخچه مادرزادی، سروولوژی، واکسن.

مقدمه

همچنین بعضی عوارض بعدها با تکامل ظاهر می‌شوند (دیابت، نزدیکی بینی) (۲۶-۴۲)، جهت جلوگیری از بروز این معرض باید مادر باردار مصون شود این مصنوبیت به واسطه ابتلا و یا واکسیناسیون حاصل می‌شود.

در کشورهای پیشرفته واکسن سرخچه در قالب MMR^۳ در دو نوبت (نوبت اول در ۱۹-۱۵ ماهگی و نوبت دوم در ۶-۴ سالگی یا در ۱۲-۱۰ سالگی) تزریق می‌شود و همین موضوع باعث کاهش قابل ملاحظه سندرم سرخچه مادرزادی در این کشورها می‌باشد (۵-۲۶).

۱- استاد پارگرو، عفوونی دانشگاه علوم پزشکی اراک.

2. ELISA.

3. Measles, Mump, Rubella.

سرخچه یماری شایع مسری در کودکان بوده و با علایم عمومی خفیف، بثورات و بزرگی غدد لنفاوی ظاهر می‌شود. در کودکان بزرگتر و بالغین تظاهرات بالینی ممکن است شدیدتر باشد (۱).

اگر مادر باردار دچار سرخچه شود احتمال نتایج مادرزادی در جذبین وی می‌باشد چنانچه اگر ابتلا در دو ماه اول بارداری روی دهد احتمال درگیری جذبین ۶۰-۴۰٪ می‌باشد و همچنین بین سقط و نتایج متعدد مادرزادی می‌رود و ابتلا در ماه چهارم بارداری منجر به گرفتاری جذبین در ۱۰٪ موارد می‌شود. عوارض سرخچه مادرزادی به صورت گذرا (وزن کم بد) توولد، کدورت قرنیه و دائمی (مانند کری) می‌باشد.

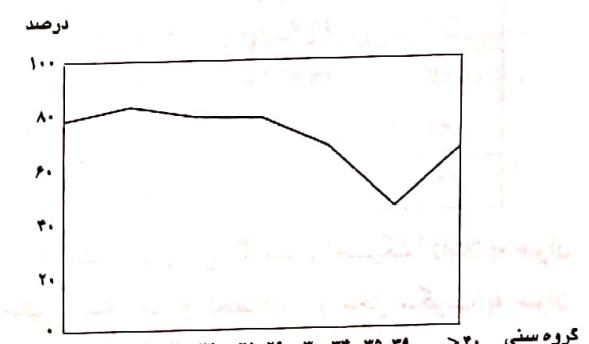
می شد و در صورتی که آنتی بادی علیه سرخچه از نوع IgG کمتر از ۱۵ واحد در میلی لیتر بود شخص غیر مصنون و حساس تشخیص داده می شد. جهت تعیین تعداد نمونه با توجه به ضریب اطمینان ۹۵٪ و استفاده از فرمول برآورد نسبت ها ۱۵۰۰ نفر لازم بود که مطالعه فوق بر روی ۱۵۶۳ نمونه انجام شد. نمونه گیری به روش تصادفی ساده بود.

روش انجام آزمایش از روی راهنمای کیت رادیم بود. در ضمن پرسشنامه ای حاوی اطلاعات راجع به سن، نام و نام خانوادگی، تحصیلات، محل سکونت و نتیجه آزمایش برای هر شخص کامل می شد سپس اطلاعات، توسط نرم افزار آماری spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از آنجایی که این آزمایش از آزمایشات ضروری قبل بارداری در کشورهای پیشرفته است و جهت اخذ مقدار خون بیشتر از مراجعین کسب اجازه می شد، منبع اخلاقی جهت این پژوهش وجود نداشت.

نتایج

از ۱۵۶۳ نمونه مورد بررسی در ۸۰/۲ درصد موارد (۱۲۵۴) آنتی بادی ضد سرخچه (از نظر IgG) مثبت بود و در ۱۸/۸ درصد (۳۰۹ مورد) ایمنی به سرخچه وجود نداشت. سن افراد مطالعه ۱۹/۹ سال با انحراف معیار ۴/۲ بود و بیشترین فراوانی سنی ۲۰ سال بود. در افراد مصنون، متوسط سن ۱۹/۷ با انحراف معیار ۵/۵ و در افراد غیر مصنون متوسط سنی ۵۸/۵ با انحراف معیار ۴/۷۶ بود. (نمودار ۱)



نمودار ۱: درصد مصنونیت به سرخچه در زنان به هنگام ازدواج با توجه به گروه سنی در شهر اراک در سال ۱۳۸۰

لیکن در ایران با فرض اینکه اغلب زنان سینین باروری به علت اندیک بودن بیماری مصنون هستند و تزریق واکسن به صرفه نیست در حال حاضر واکسن سرخچه توصیه نمی شود. مگر خود افراد به طور خصوصی یا در موارد خاص از این نظر بررسی شده و در صورت لزوم واکسین شوند ولی برای تصمیم گیری صحیح لازم است اطلاعاتی راجع به مصنونیت افراد در سینین باروری و نیز موارد سندروم سرخچه مادرزادی وجود داشته باشد.

در شهرهای ایران مطالعاتی در این زمینه صورت گرفته که اغلب مربوط به سالهای بسیار گذشته است. در سال ۱۳۵۱ در تهران مطالعه ای بر روی زنان ۱۶-۲۴ ساله صورت گرفته و مصنونیت ۹۴٪ بوده است. در مطالعه دیگری که در اهواز و در سال ۱۳۶۶ بر روی زنان ۱۵-۲۰ ساله بررسی شد، $\frac{88}{2}$ ٪ افراد ایمن بوده اند و در مطالعه ای در شهر تبریز در سال ۷۱-۷۲، ۶۰۰ مورد دختر ۱۱-۲۲ ساله بررسی شدند که در زنان ۱۰-۱۹ ساله میزان ایمنی $\frac{90}{5}$ ٪ بوده است (۵).

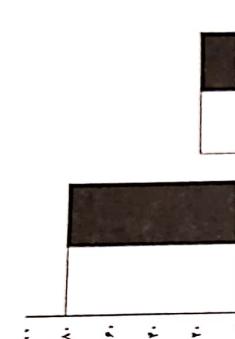
باتوجه به افزایش بهداشت جامعه و رعایت بیشتر بهداشت شخصی، به نظر می رسد ابتلا به سرخچه و به تبع آن ایمنی به سرخچه در خانمها به سینین باروری کمتر از قبل باشد و این مطالعه نیز در راستای تعیین این موضوع صورت گرفته است.

روش کار

این مطالعه، یک تحقیق توصیفی - مقطعی می باشد. باتوجه به اینکه اهمیت ابتلا به سرخچه در زمان بارداری می باشد، لذا خانم های مراجعه کننده به آزمایشگاه در هنگام ازدواج، مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه افراد قبل از ازدواج حتی از نظر وجود کم خونی و تالاسمی در حال حاضر بررسی می شوند؛ هنگام اخذ خون از خانم های مراجعه کننده جهت این آزمایش غربالگری، میزان بیشتری خون گرفته می شد و در لوله سیراته ریخته می شد و سپس با روش الیزا با استفاده از کیت رادیم نمونه سرم بررسی می شد و در صورتی که آنتی بادی IgG علیه سرخچه ۱۵ واحد در میلی لیتر یا بالاتر بود، شخص ایمن تلقی

بعثت

از نظر محل سکونت بین افراد مصون و غیر مصون تفاوت دارد و وجود نداشت. (جدول ۲)



بوده است که نسبت به دیگر مطالعات اینهم شده در ایران که اینها ۵۰-۸۵٪ بوده کمتر می باشد. در مطالعه ای در مال ۷۶-۱۷٪ مصوبت دختران ۴۶-۱۱ ساله در تبریز ۵۰-۶۳٪ گزارش گردید و در آهواز در سال ۱۳۹۱ ۲۰-۲۵ ساله مصون بودند (۵)، در تهران سال ۱۳۹۱ ۲۶-۳۱ ساله مصون بودند (۶). علت کمتر بودن مصوبت در شهر اراک در سال ۱۳۸۱ شاید مرور طبله ای باشد که ازدواج را در سه ایام میگذراند. پس از این مدت ازدواج را در مطالعه ای اینها ۷۰-۸۵٪ بوده است و اینکه با گذشت زمان و افزایش بهداشت جانبه و رعایت بهداشت فردی اختلالات ابتلاء کاهش یافته و ازدواج را در مطالعه ای اینها ۷۰-۸۵٪ بوده است. علت مصرف واکسن قیاس نتایج این مطالعه با آنها صحیح نمی باشد.

اکثر کشوهای توسعه یافته و واکسن سرخچه را در روانه ملی اینمن سازی خود گنجانده اند و پیشری به جای واکسن سرخچه، ترکیب واکسن های سرخچه، سرخچه، اوربوز را در سال دوم زندگی تلقیح می کنند. برخی کشوهای دوز دوم را در سن مدرسه تلقیح می کنند کشوهای دیگر اینمن سازی انتظای را برای نوجوانان دختر با کم دوز واکسن سرخچه انجام می دهند. تاکنون اینمن سازی همگانی توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه نشده است. زیرا جهت جلوگیری از احتمال افزایش خطر بروز سندروم سرخچه مادرزادی در برپانه اینمن سازی نیاز به پوشش بسیار بالای واکسیناسیون علی سرخچه است.

با استناده از روش رگرسیون لمحه شکنک ۱ (اینلاع به عنوان مفهور و است، سی و تضليلات و محل سکونت به عنوان مفهوری مستقل) ارتباط معنی دار نمی بین اینلاع و سی و تضليلات ولی با استناده از همین روش اینلاع معنی دار بین سطح تضليلات، سطح زندگی و اینمن سازی به سرخچه، وجود نداشت.

جدول ۱: درصد صوبت به سرخچه در زنان به همکاری ازدواج بازدید اینمن سازی در شهر اراک، سال ۱۳۸۰

میزان تضليلات	مشخصه (٪)	مشخصه (٪)	مشخصه (٪)
بسیار	۲	۱	۱
خوبی و نوشی	۲۱/۷	۲۱/۷	۲۱/۷
اندانی	۲۱/۷	۲۱/۷	۲۱/۷
راحتی	۲۱/۷	۲۱/۷	۲۱/۷
تموبل	۳۱/۷	۳۱/۷	۳۱/۷
دانشگاهی	۱۲/۵	۱۲/۵	۱۲/۵

مادرزادی می‌تواند در تصمیم‌گیری در مورد واکسیناسیون کشوری سرخچه کمک کننده باشد.

سپاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که در مراحل تأیید طرح و تأمین بودجه آن همکاری نموده‌اند تشکر می‌شود. از آقای دکتر علی جورابچی، آقای دکتر رفیعی، آقای دکتر احمدی، آقای محسن خاکی و خانم مریم دیر نیز به خاطر همکاری در انجام مراحل طرح نهایت تشکر را دارم. از پرسنل آزمایشگاه دانشگاه و ژنتیک نیز که در انجام آزمایشات یاری نمودند قدردانی می‌شود.

منابع

- Waldo E., Nelson M.D., Richard E., and et al principle and practice pediatric disease, Acta, Physiol, 2001, 871-3.
- Feigin R.d, Charry j.d., Pediatric Infectious Disease, 3th edition, W.B Saunders Company, USA, 1998: 1810-992.
- Gerald L., Mandell M.D., Douglas R., and et al Principle and practice of infectious disease, fifth ed., Chrchil Livingstone, USA, 2000: 1708-12.
- Fauci A.S., Martin J.B., Braunwald E. and et al Harrison's principle of internal medicine, 14th ed., McGrawhill, USA, inc 1998; 1: 1125-7.
- پاکزاد م. بررسی وضعیت ایمنی نسبت به سرخچه در زنان و دختران سینین باروری و زنان باردار اهواز، مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، شماره ۵ و ۶؛ ۱۳۶۶: ۵۳.
- فراوی م. سیاست ایمن‌سازی سازمان جهانی بهداشت، تهران اداره کل پیشگیری و مراقبت از بیماریها؛ ۱۳۷۶: ۴۳-۶.

سندرم سرخچه مادرزادی در کنار یک برنامه ایمن‌سازی گردد. هزینه واکسن MMR نیز حدوداً دوبرابر واکسن تک آنتی‌ژنی سرخچه است (۶).

در مطالعه حاضر با افزایش سن مصونیت افزایش می‌یابد که با توجه به احتمال ابتلا طی سالیان زندگی فرد قابل توجیه است چنانچه مطالعات دیگر نیز مثل مطالعه اهواز و تهران این مطلب را تأیید می‌کنند.

محل سکونت افراد مصون و غیر مصون تفاوت معنی‌داری ندارد شاید به علت ازدحام بیشتر افراد در شهر و روابط نزدیک در محیط‌های بسته، علیرغم رعایت بهداشت کمتر در روستا، مصونیت در هر دو گروه یکسان بوده است.

میزان تحصیلات در افراد مصون و غیر مصون تفاوت معنی‌داری ندارد که علت آن عدم ارتباط تحصیلات با آگاهی راجع به جلوگیری از ابتلا یا عدم تغییر عملکرد افراد علیرغم آگاهی بوده باشد که نهایتاً منجر به مصونیت یکسان در سطوح تحصیلی مختلف شده است.

باتوجه به اینکه مصونیت در این مطالعه، ۸۰/۲ درصد بوده است و در دیگر مطالعات نیز اغلب کمتر از ۹۰٪ است توصیه به واکسیناسیون، منطقی به نظر می‌رسد. چراکه در کشورهای پیشرفته نیز قبل از واکسن مصونیت ۸۰-۸۹٪ بوده که با واکسن به ۹۲-۹۶٪ رسیده است. جهت افزایش مصونیت افراد و جلوگیری از سرخچه مادرزادی واکسیناسیون سرخچه در قالب واکسن MMR به صورت همگانی توصیه می‌شود. در صورت عدم امکانات مالی واکسیناسیون سرخچه در دختران دیستانی، حداقل انجام سرولوژی قبل بارداری و شناسایی افراد حساس و مصون‌سازی آنها توصیه می‌گردد. انجام مطالعات تکمیلی مثل تعیین مصونیت به سرخچه در خانم‌ها در تهران و دیگر شهرستانها، تعیین موارد سندرم سرخچه