

سل و حاملگی

قسمت دوم

فریده هاساواری

دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی
مریبی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

تست در نتیجه انتشار عفونت از کانون عفونی مجاور یا انتقال آلودگی به لوله های رحم در نتیجه وارد شدن خون در حین زایمان به آن ناحیه می باشد. البته بسیاری از بیماران فاقد علامت بوده اما شکایات شایع عبارتند از: ناباروری و قاعده‌گی نامنظم همراه با منوراژی یا آمنوره. علائم و نشانه هایی که کمتر دیده می شوند شامل درد در ناحیه زیر شکم و حساسیت در لمس^۱ کاهش وزن، تب و تعریق شبانه می باشند. تشخیص قطعی بیماری در زنان غیر حامله بوسیله انجام آزمایشات بافت شناسی و کشت بافت حاصل از کورتاژ داده خواهد شد.

ماستیت سلی در ایالات متحده بسیار نادر بوده و در صورت بروز فقط در سنین باروری دیده می شود که شایعترین علامت آن وجود توده منفرد پستان است که ممکن است دارای مجرای تخلیه ای نیز باشد. در

علائم بالینی:
بطور کلی علائم بالینی سل در زنان حامله، مشابه سایر افراد مبتلا بوده و به محل ضایعه و وسعت آن بستگی دارد. مطالعات انجام شده بر روی ۲۷ زن حامله و زایمان کرده نشان دهنده علائم مشروحه ذیل بوده است:

سرفه (۷۴٪)، کاهش وزن (۴۱٪)، تب (۳۰٪)، بی حالی و خستگی (۳۰٪)، خلط خونی (۱۹٪) و تقریباً در ۲۰٪ بیماران نیز هیچگونه علامت خاصی وجود نداشت. تست داخل پوستی توبرکولین نیز در ۲۶ نفر مثبت بود. در تمام این افراد تشخیص قطعی توسط کشت خلط داده شد. ۱۶۰ نفر از این بیماران، به سل مقاوم به درمان مبتلا بوده که سیر بالینی آنها نشان دهنده آلودگی وسیع ریه، عوارض ریوی شدید، طولانی تر شدن زمان مثبت شدن خلط و تبدیل شدن آن به منفی و وقوع مرگ و میر بیشتر بود.

گرچه دستگاه تناسلی زنان نیز می تواند مکانی برای ورود اولیه عفونت سل به بدن باشد اما اکثر آلودگی این

1.Tenderness.

منتشر در مادر یا اعضاء خانواده و یا سابقه ابتلاء به اندومتریت در ضمن حاملگی یا مدت کوتاهی قبل از آن می‌تواند تشخیص احتمالی وجود سل را به یقین تبدیل کند.

درمان سل در دوران بارداری

تفاوت اندکی در نوع داروی تجویز شده جهت درمان سل در دوران بارداری و غیر بارداری وجود دارد. دارو درمانی متداول سل در افراد غیر باردار شامل: مصرف ریفامپین وایزو نیازید به مدت ۶ ماه که در طول دو ماهه اول باید توام با پیرازینامید^۱ باشد. روش دیگر درمانی شامل استفاده از ایزو نیازید و ریفامپین به مدت ۹ ماه می‌باشد. داروهای مصرفی باید برای مدت ۱ الی ۲ ماه روزانه تجویز شده و پس از این مدت می‌توان باز هم به صورت روزانه یا دوبار در هفته ادامه داد. در صورت امکان بروز مقاومت دارویی باید اتامبیوتول رانیز اضافه نمود.^۲

گزارشات متعددی در مورد استفاده از ایزو نیازید در دوران بارداری ارائه شده است. با وجود عبور دارو از جفت، حتی در صورت تجویز در چهار ماهه اول بارداری نیز ترا توتزن نیست. اتامبیوتول نیز داروی مطمئنی جهت استفاده در دوران بارداری بوده و تاکنون هیچگونه ناهنجاری جنینی در مورد درمان با آن گزارش نشده است.

عمل ریفامپین در مهار RNA وابسته به DNA همراه با قدرت عبورش از سد جفتی منجر به استفاده از این دارو در زمان بارداری می‌شود. البته ریفامپین منجر به بروز ناهنجاری هایی از قبیل ناهنجاریهای سیستم اعصاب مرکزی و هیپوپرتوئینمی می‌شود که میزان آن بسیار ناچیز است. بیماریهای خونریزی دهنده

1. Pyrazinamide.

2. توضیح اینکه در ایران باید برابر برنامه درمانی توصیه شده از سوی کمیته کشوری مبارزه با سل عمل شود.

صورت وجود تورفتگی نوک پستان و یا نمای پوست پرتقالی پستان باید به سرطان مشکوک شد گاهی نیز بزرگ شدن یک طرفه غدد زیر بغلی وجود دارد که البته در بیشتر از $\frac{1}{3}$ موارد در زنان شیرده مشاهده می‌شود. تشخیص قطعی پس از بیوپسی از توده وجود ماستیت سلی، انتقال عفونت به نوزاد از طریق تغذیه با شیر مادر بی نهایت نادر است.

در اکثر بیماران، رادیوگرافی ریه غیر طبیعی است. شایع ترین یافته های غیر طبیعی عبارتند از: گرفتار شدن غدد لنفاوی و انفلیتراسیون پارانشیمال. سیر گرفتار شدن ریه اغلب بسیار سریع بوده و به سمت تشکیل حفره پیشرفت می‌نماید. علائم بالینی سل در نوزادان، مشابه سایر عفونت های مادرزادی نظیر سفلیس و سیتومگالوویروس می‌باشد.

تشخیص به موقع سل مادرزادی یا ابتلاء به سل در دوره نوزادی غالباً بسیار مشکل است، زیرا تست داخل پوستی تویرکولین در نوزادان همیشه منفی بوده و پس از ۱ الی ۳ ماه مثبت می‌گردد. تنها راه تشخیص قطعی در این دوره، مشاهده باسیل اسید فاست در مایعات بدن یا بافت های بدن و کشت باسیل سل در آنها می‌باشد.

مشاهده اسمیر مثبت از نظر باسیل اسید فاست در ترشحات آسپیره شده از معده نوزاد (صبح هنگام) می‌تواند نشانه ابتلاء به سل باشد. البته این نکته رانیز باید در نظر داشت که احتمال نتیجه مثبت کاذب نیز وجود دارد. هم چنین وجود باسیل اسید فاست در اسمیر تهیه شده از ترشحات گوش میانی، مغز استخوان، تراشه یا بیوپسی بافتها، می‌تواند مفید واقع گردد. (بویژه غدد لنفاوی)

مهم ترین سر نخ برای تشخیص قطعی و سریع سل مادرزادی یا نوزادی، گرفتن شرح حال مادر و خانواده نوزاد می‌باشد. سابقه ابتلاء به بیماریهای نظری پنومونی، برونشیت، پلورال افیوژن، بیمارهای

چندگانه سل در زمان بارداری کاری بسیار دشوار است، زیرا برخی از داروهای مورد نیاز جهت درمان، در زمان حاملگی منع مصرف داشته که در این شرایط و به دلیل عوارض بی شمار برای جنین ممکن است، سقط درمانی لازم شود. مشورت با متخصص مربوطه در صورت وجود سل فعال در زمان حاملگی الزامی است.

بسیاری از درمانگاههای زنان ترجیح می دهند که درمان پیشگیری کننده را تا بعد از زایمان به تأخیر بیاندازند زیرا معتقدند حاملگی سبب افزایش خطر توسعه سل فعال نمی شود. اما برخی عقیده دارند که به دلیل انتشار عفونت از طریق خون به جفت، بهتر است درمان بدون کوچکترین تأخیر و یا حتی انتظار برای شروع سه ماهه دوم بارداری شروع شود. تحقیقات دانشمندان نشان داده است که خطر بروز هپاتیت و مرگ در نتیجه مصرف ایزونیازید در خانم ها بیشتر از آقایان است که این خطر در دوره بعد از زایمان افزایش می یابد. بنابراین بهتر است از مصرف این دارو در دوران پس از زایمان اجتناب شود و یا در صورت تجویز، تحت معاینات دقیق و مطالعات آزمایشگاهی قرار دهند.

از آنجایی که درمان سل در زنان حامله تا پس از زایمان نیز ادامه می یابد، این سوال مطرح می شود که آیا تغذیه این نوزادان با شیر مادران مبتلا بی خطر است یا خیر؟ مطالعات نشان داده است که نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می کنند کمتر از ۲۰٪ از دوز مصرفی ایزونیازید و کمتر از ۱۱٪ بقیه داروهای ضد سل را دریافت می دارند و تاکنون عوارض سمی این مقدار دارو گزارش نگردیده است. به نوزادانی که مادرشان ایزونیازید دریافت می دارند، باید فراورده های پیریدوکسین داده شود زیرا کمبود پیریدوکسین در نوزاد موجب تشنج شده و شیر مادر نیز حاوی مقادیر اندک پیریدوکسین می باشد.

نیز در نوزادان در نتیجه مصرف ریفامپین مشاهده شده است.

بطور کلی تأثیر داروهای ضد سل قوی، مثل ریفامپین در درمان سل بسیار مهم تراز عوارض آن بر روی جنین می باشد. به زنان غیر حامله ای که ریفامپین مصرف می کنند باید در مورد روش های مختلف چلوگیری از بارداری آموزش داده شود زیرا ریفامپین موجب می شود تأثیر قرص های ضد بارداری مختلف شده و به بروز حاملگی لوله ای منجر گردد. داروهای آمینو گلیکوزیدی مانند استرپتومایسین به دلیل عبور از سد جفتی منجر به بروز تأثیرات سوء بر جنین مانند آسیب زوج هشتم می گردد.

درمان پیشنهادی در موارد وجود سل فعال در خانم های حامله مصرف روزانه ایزونیازید و ریفامپین به اضافه اتامبوتول در شروع درمان می باشد. مصرف هم زمان پیریدوکسین همراه با ایزونیازید در زمان حاملگی الزامی است، زیرا این دارو نیاز بدن به ویتامین فوق را افزایش می دهد. این دو دارو را می توان تا ۹ ماهگی ادامه داد. متأسفانه شیوع مقاومت دارویی نسبت به یک یا چند دارو، در جهان افزایش یافته است و علت این مقاومت نیز عدم تمکین بیماران از دستورات درمانی، تدبیر درمانی ناقص پزشک و در دسترس بودن بعضی از داروهای ضد سل به صورت داروی بدون نسخه می باشد. البته عواملی نیز نظیر بی خانمانی، مهاجر بودن، سابقه درمان قبلی با داروهای ضد سل با نوع دارویی که مقاومت نسبت به آنها ایجاد گردیده، نیز مؤثر می باشند.

سل مقاوم به درمان، زمانی با موفقیت تحت کنترل قرار می گیرد که از دو یا سه و حتی چند داروی ضد سلی که با سیل سل نسبت به آنها حساس است، استفاده شود. سل مقاوم به ایزونیازید عموماً یاری فامپین و اتامبوتول به مدت ۱۸ ماه درمان پذیر است. درمان سل مقاوم به داروهای

باید مادر را از کودک جدا نمود. در صورتی که رادیوگرافی ریه مادر نشاندهنده نکته امیدوار کننده‌ای بود، می‌تواند بمدت چند ساعت کودک را در کنار مادر قرار داد. انجام آزمایش خلط مادر همیشه الزامی است حتی اگر جهت تهیه خلط نیاز به تدبیر خاصی وجود داشته باشد.

در صورتیکه مادر نشانه‌ای از سل فعال نداشته باشد:

اگر رادیوگرافی ریه مادر غیر طبیعی بوده اما نتیجه معاینه بالینی، آزمایش خلط و تاریخچه مادر و ارزیابی او، بیانگر سل فعال نباشد، باید قبول کرد نوزاد در معرض خطر شدید قرار ندارد. در صورتیکه مادر سابقه درمان قبلی نداشته باشد، باید درمان‌های پیشگیری کننده مناسب را، شروع نمود. مادر و خانواده نیز باید از نظر بیماری سل ارزیابی شوند.

در صورتیکه مادر از نظر بالینی و یا رادیولوژیک علائم سل را داشته باشد:

شواهد زیاد دال بر آن است که در صورت وجود عفونت سلی حساس به ایزو نیازید در مادر، درمان با ایزو نیازید، نوزاد را در برابر عفونت مصون می‌سازد. تجویز ایزو نیازید در مورد نوزاد تازه تولد یافته، جهت پیشگیری از عفونت‌ها بیشتر از جدا نمودن او از مادر، مفید واقع می‌گردد. جدا نمودن مادر و کودک باید زمانی انجام گیرد که بعلت و خامت حال مادر، نیاز به بستری بودن او در بیمارستان باشد و یا مادر نسبت به درمان معارض بوده و آماده دریافت آن نباشد. کودک باید تا زمان منفی شدن نتیجه خلط مادر، بمدت سه ماه ایزو نیازید دریافت داشته، سپس تست مانتو انجام و در صورت مثبت شدن تست، درمان بمدت ۹ الی ۱۲ ماه ادامه باید. در صورت منفی شدن تست، ایزو نیازید قطع می‌گردد.

درمان سل مادرزادی

به دلیل نادر بودن سل مادرزادی، اطلاعات اندکی در مورد برنامه درمانی سل در نوزادان وجود دارد. مطالعات هاگمن و همکاران^۱ بر روی ۲۶ نوزاد مسلول تحت درمان با ایزو نیازید نشان داد که درصد مرگ و میر به دنبال مصرف این دارو بسیار بالا بوده که در بیشتر موارد نیز علت مرگ پس از کالبد شکافی مشخص گردیده است. مطالعات انجام شده بوسیله نمایر^۲ نیز مؤید این مطلب بوده و هم چنین نشان داده است پیش آگهی آن در نوزادان نارس مبتلاه به سل مادرزادی بدتر است.

گرچه مناسب‌ترین مدت درمان بی خطر برای نوزادان مشخص نگردیده اما بیشتر متخصصین عقیده دارند دریافت ۹ الی ۱۲ ماهه این داروها موجب کاهش ایمنی می‌گردد. نوزادانی که ایزو نیازید، ریفارمپین و پرازینامید دریافت می‌دارند، باید بطور مداوم آنزیم‌های کبدی و اسید اوریک سرمشان تحت کنترل قرار گیرد. اما برنامه درمانی هر فردی باید بر اساس وضعیت خاص خودش تنظیم گردد.

تدابیر درمانی جهت نوزادانی که مادرانشان تست مانتوی پوستی مثبت داشته‌اند.

در صورتی که رادیوگرافی ریه مادر طبیعی باشد:

در صورتی که حال مادر خوب باشد نیازی به جدا کردن مادر و نوزاد نیست. در صورتی که مادر همچنان بدون علامت باقی بماند، هیچ‌گونه نیازی به بررسی اختصاصی نوزاد و یا درمان او نیست. از آنجائی که تست پوستی مثبت مادر می‌تواند نشان دهنده وجود عفونت سل در سایر افراد خانواده باشد، بنابراین تست پوستی در سایر افراد خانواده نیز باید انجام گیرد. معمولاً مادر باید تحت درمان پیشگیری کننده قرار گیرد.

در صورتیکه رادیوگرافی ریه مادر غیر طبیعی باشد:

ب.ث. ژ نوزاد را در برابر پیشرفت سل محفوظ نگهداشته و احتمال ابتلاء به اشکال خطرناک بیماری را کاهش می‌دهد. معمولاً تازمانیکه انجام تست پوستی در کودک، واکنشی نشان نداده باشد (نشانه محافظت در برابر عفونت) باید وی را از سایر افراد خانواده دور نگهداشت. روش معمول واکسیناسیون ب ث ژ باید برای نوزادانی که در خانواده‌های لابالی زندگی کرده و یا احتمال می‌رود در ضمن پسگیری از دست بروند، انجام گیرد.

البته امروزه در نتیجه تکرار مصرف ایزونیازید مقاومت نسبت به آن افزایش یافته است در صورتیکه انتظار مقاومت نسبت به ایزونیازید وجود داشته و یا در مورد انجام اقدامات دارویی بوسیله مادر شک وجود داشته باشد، جدباً نمودن مادر و کودک الزامی است. البته طول مدت جدائی متغیر است اما باید تازمانیکه عفونت مادر از بین نرفته است، ادامه باید:

نوزاد در خانواده‌ای که بیمار مسلول داشته باشد: در صورتیکه یکی از افراد خانواده قبل‌آ به سل مبتلا گردید و درمان کامل نیز انجام شده باشد، باید قبل از بدنسی آمدن نوزاد، فرد مبتلا از نظر وجود سل فعال، تحت بررسی قرار گیرد. در صورتیکه فردی از افراد خانواده تحت مداوای سل قرار دارد، باید قبل از تماس با کودک نتیجه کشت سه ماهه اخیر خلط او منفی شده باشد.

«ب.ث. ژ» نوزاد را در برابر پیشرفت سل محفوظ نگهداشته و احتمال ابتلاء به اشکال خطرناک بیماری را کاهش می‌دهد.

منبع
jegus G.Vallejo,MD.'Tuberculosis and pregnancy'
Clinics chest Medicine.Vol,13.Num,4. December1992.

در صورتیکه نوزاد در خانه‌ای بدنسی آمده که یکی از اعضاء آن تازه درمان سل را شروع کرده است، باید برای او ایزونیازید را شروع نمود. در صورتیکه سل مقاوم به ایزونیازید در افراد خانواده وجود داشته باشد، نوزاد باید ریفامپین دریافت دارد. در صورتیکه خانواده از نظر دریافت روزانه دارو قابل اطمینان نبوده و یا امکان نظارت مستقیم بر درمان نیز وجود نداشته و یا در صورت حضور بالغین مسلول مقاوم به ایزونیازید و ریفامپین، نوزاد باید واکسن ب ث ژ دریافت دارد.

به نظر می‌رسد این واکسن، خطر ابتلاء به سل را در کودک کاهش می‌دهد اما تأثیر آن متغیر است مطالعات کنديگ¹ بر روی ۱۱۷ کودک متولد شده از مادر مبتلا به سل فعال در زمان زایمان، نشان داده است که در هیچ یک از ۳۰ کودک واکسینه شده بیماری سل بروز نکرد در حالی که از ۷۵ کودکی که واکسینه نشده و ایزونیازید نیز دریافت نکرده بودند، ۳۸ کودک مسلول گردیده و سه کودک نیز مردند. تحقیقات مشابهی نیز در کانادا و انگلستان، نشاندهندۀ اهمیت دریافت واکسن ب ث ژ در کودکان نی باشد.

در کشور ما با توجه به شرایط اپیدمیو لوزیک بیماری سل، برنامه واکسیناسیون با ب.ث.ژ از بدو تولد و در زایشگاه آغاز می شود. به کودکان تا دوماهه، بدون انجام آزمون توبرکولین ۵ / ۰ میلی لیتر واکسن BCG تزریق می شود. از دو ماهگی تا یک سالگی پس از انجام آزمون، ۵ / ۰ میلی لیتر و پس از یک سالگی ۱ / ۰ میلی لیتر واکسن درون پوست تزریق می شود. در ۴-۶ سالگی هنگام ورود به دبستان به کودکانی که قطر سفتی واکنش آزمون توبرکولین آنها کمتر از ۵ میلی متر باشد، واکسن BCG تزریق می گردد. در گروههای سنی بالاتر از ۱۵ سال فقط در شرایط خاص و قرارداداشتن در معرض خطر، واکسن BCG تزریق می شود.