

## مقدمه :

سرخجه یا سرخک آلمانی یا بیماری سه روزه، یک بیماری بشوری خفیف ویروسی و شدیداً مسری دوران کودکی و نوجوانی است.

علیرغم اثر زیاد واکسن این بیماری، بیش از ۲۰٪ زنان نتوانسته اند در دوران کودکی خود آنتی بادی بر علیه این ویروس را کسب نمایند.

\* سرخجه که در زمان غیر بارداری از اهمیت کمی برخوردار است، ولی می تواند بطور مستقیم مسئول عوارض بارداری و ناهنجاریهای مادرزادی بشمار آید.

ارتباط میان سرخجه مادر و ناهنجاری های مادرزادی اولین بار بوسیله یک چشم پزشک استرالیایی شناخته شد. سرخجه توسط ویروسی RNA دار تک رشته ای به وجود می آید. این ویروس رامی توان از کشت بافتی بدست آورد.

اپیدمیولوژی: انسان تنها میزبان این بیماری است. انتقال آن از طریق قطرات دهان ناشی از ترشحات نازوفارنکس صورت می گیرد، بعد از آن ویروس در سلولهای غدد لنفاوی مخفی می شود. در تمام طول ابتلاء ویروس در خون قابل شناسایی است. در زنان حامله ویروس از طریق جفت به جنین می رسد و بر تشکیل اندامهای جنین تأثیر می گذارد و منجر به اختلالات بعضی از ارگانهای می شود.

در جمعیت واکسینه نشده، بیماری در ۱۴-۵ سالگی دیده می شود. ولی در جمعیت واکسینه شده، در نوجوانان و بالغین جوان (خصوصاً در مؤسسات بزرگ مثل بیمارستانها و مدارس) شایعتر است. حداکثر انتقال سرخجه بعد از تولد، دو روز قبل الی ۷-۵ روز بعد از وقوع بشورات مخصوص آن است. دوره کمون سرخجه بعد از تولد ۲۱-۱۴ روز است. نوزاد مبتلا به سرخجه مادرزادی بیشتر از یک سال بعد از تولد ویروس را از ترشحات نازوفارنکس و ادرار دفع می کند و ممکن است آن را به افراد حساس منتقل نماید. آنتی بادی جفتی در

سرخجه

و

حاملگی

گردآوری:

مریم نیکنامی

کارشناس ارشد مامایی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی رشت

حدوداً ۱-۴ عفونتهای سرخجه ای علی‌رغم ویرمی (وجود ویروس در خون) و عفونت جنین، بدون علامت است. تشخیص اختصاصی با جدا کردن ویروس از ترشحات حلق، خون، ادرار و مدفوع انجام می‌شود. CSF خصوصاً در شیرخوارانی که عفونت مادرزادی دارند، ممکن است محتوی ویروس باشد. در حال حاضر بیشتر آزمایشات به منظور کشف عفونت اخیر، شامل ELISA و تست هم‌آگلوتیناسیون لانتکس آنتی بادیهای سرم (HIA)<sup>۱</sup> و رادیو ایمنونواسی (RIA)<sup>۲</sup> می‌باشد. آنتی بادی IgG و IGM از سرم نوزاد در موارد عفونت مادرزادی آشکار می‌شود. عدم وجود آنتی بادی برضد سرخجه نشان‌دهنده حساسیت فرد است. حضور آنتی بادی نشانگر آن است که یک واکنش ایمنی نسبت به ویرمی سرخجه نشان داده شده است. اگر در زمان برخورد مادر با ویروس سرخجه یا قبل از آن وجود آنتی بادی ضد سرخجه در سرم خون مادر به اثبات برسد، ابتلاء جنین بعید بنظر می‌رسد. علی‌رغم ایمنی طبیعی و یا به واسطه واکسن، ممکن است عفونتهای بدون علامت در طی همه گیریهای محدود سرخجه روی دهد. گرچه عفونت مجدد در اوایل بارداری بدون آثار جنینی توصیف می‌شود.

#### سرخجه و اختلالات مادرزادی:

سرخجه یک تراتوژن قوی است که بر بسیاری از سدهای محافظتی غلبه می‌نماید. مکانیسم‌های مختلفی برای جلوگیری از اثرات یک عامل تراتوژن وجود دارد. در بعضی از موارد عامل تراتوژن به جنین نمی‌رسد، بدلیل اینکه یا توسط مادر غیر فعال می‌شود یا از سد جفت نمی‌تواند رد شود. در دیگر موارد، عامل تراتوژن به جنین می‌رسد اما به وسیله جنین

عرض ۶ ماه اول تولد باعث محافظت کودک می‌شود. سرخجه معمولاً در بهار دیده می‌شود و اپیدمیهای آن هر ۶-۹ سال در جمعیت واکسینه نشده تکرار می‌گردد. عفونت باعث ایمنی مادام‌العمر می‌شود. بررسیها نشان می‌دهد که ۲۰٪ بالغین جوان به سرخجه حساسند. سرخجه اکتسابی انتشار جهانی دارد و حساسترین گروه را بچه‌ها و نوجوانان تشکیل می‌دهند. راه ورود عامل بیماری، حلق است.

شیوع سرخجه مادرزادی، به نسبت زنان سرون‌گاتیبو در جمعیت و قدرت بیماری زایی ویروس بستگی دارد. در اپیدمی سالهای ۶۵-۱۹۶۴ در آمریکا ابتلاء به سرخجه حدود ۱۲/۵ میلیون نفر برآورد گردید و سندرم سرخجه مادرزادی در ۲۰/۰۰ مورد دیده شد. از این تعداد ۸۰۵۵ مورد کری، ۳۵۸۰ مورد کری و کوری، ۱۷۹۰ مورد عقب افتادگی ذهنی مشهود بود و ۶۵۷۵ مورد بچه‌ها، اختلالات قلبی و مغزی داشتند.

**علائم بیماری:** بیماری با علائم تب، سرفه، کونژنکتیویت، سردرد و درد مفصل و عضلانی و بی‌اشتهایی و بی‌حالی بروز می‌کند. علائم مشخصه سرخجه لنفادنوپاتی پشت گوش، گردنی خلفی و اکسی پیتال خلفی همراه با بشورات اریتماتوز واضح است. بشورات از صورت شروع می‌شود و به بدن گسترش می‌یابد که سه روز طول می‌کشد. ممکن است پلی‌آرتریت خصوصاً در خانمهای جوان ایجاد شود اما معمولاً بدون عارضه‌ای بهبود می‌یابد. پارستزی و تاندونیت ممکن است مشاهده شود. شمارش WBC معمولاً طبیعی یا پایین است و بندرت ترومبوسیتوپنی ایجاد می‌شود.

**تشخیص:** سرخجه، ظاهری نسبتاً غیر اختصاصی دارد. تشخیص سرخجه اغلب مشکل است. تشخیص بالینی فقط در جریان یک اپیدمی می‌تواند با اطمینان داده شود. نه تنها تصویر بالینی شبیه دیگر بیماریهاست، بلکه

1- Hemagglutin Inhibiting Antibody.

2- Radio Immuno Assay.

## تظاهرات پیشرفته

ناشایع	شایع
آسم	اختلالات سایکوموتور

## تظاهرات دائمی

ناشایع	شایع
VSD، ASD گلوکوم میکروسفالی کلسیفیکاسیون مغزی تنگی شریان کلیوی هیپوپلازی تیموس	اختلال رشد داخل رحمی اختلال رشد بعد از تولد باقی ماندن مجرای شریانی تنگی سرخرگ ریوی کاتاراکت میکروفتالمی رتینوپاتی

## تظاهرات دیررس

ناشایع	شایع
پان آنسفالیت پیشرونده مزمن پنومونی هیپو و هیپرتیروئیدیسم نقص هورمون رشد	دیابت قندی

## پیشگیری

متخصصین مامایی نقش اساسی را در جلوگیری از سرخرجه ایفا می کنند آنها می توانند در طول مشاوره با دختران و زنان در کلینیکهای ناباروری و در طول مراقبتهای دوران بارداری واکسن سرخرجه را پس از زایمان توصیه نمایند.

مصون سازی فعال با یک واکسن زنده ضعیف شده از سرخرجه جلوگیری می کند بعد از واکسیناسیون، ویروس چند هفته از نازوفارنکس دفع می شود اما به سهولت قابل انتقال نیست. واکسیناسیون برای همه کودکان غیر ایمن، قبل از بلوغ و برای کلیه خانمهای بالغ و غیر ایمن اندیکاسیون دارد. این خانمها تا سه ماه پس از تزریق واکسن نبایستی حامله شوند. ویروس واکسن را، حتی اگر خیلی ضعیف بوده و آسیب کشنده ای نداشته باشد

غیر فعال شده یا از بین می رود یا سریعاً دفع می شود. در بعضی موارد آسیب ایجاد شده سریعاً جبران می گردد. ناهنجاری مادرزادی زمانی ایجاد می شود که یا در جنین زمینه کافی برای ناهنجاری وجود داشته باشد یا فرآیند تخریب و دفع شدن به تأخیر افتاده باشد. اثرات تراژوژنی سرخرجه تقریباً به سه ماهه اول حاملگی محدود می شود در سه ماهه دوم و سوم اثرات تراژوژنی کمتر است. عفونت در سه ماهه اول منجر به سقط خود بخودی یا سندرم سرخرجه می شود.

در سه ماهه اول ۷۰-۵۰٪ موارد اختلالات شنوایی، ۹۰-۵۰٪ موارد اختلالات چشمی ۸۵-۴۰٪ اختلالات قلبی و IUGR در ۴۰-۲۵٪ موارد وجود دارد.

بررسیهانشان می دهد که ۸۰٪ زنان دارای عفونت سرخرجه و بثورات در طی نخستین ۱۲ هفته بارداری، جنینی با عفونت مادرزادی دارند. این میزان بروز برای هفته های ۱۳ و ۱۴ حدود ۵۴٪ و در پایان سه ماه دوم ۲۵٪ می باشد.

هرچه مدت بارداری افزایش می یابد احتمال ایجاد ناهنجاری مادرزادی در اثر عفونت جنینی کاهش می یابد.

تظاهرات بالینی سرخرجه مادرزادی با زمان عفونت مادر و زمان تکامل اعضای جنین مرتبط است و شامل تظاهرات گذرا، دائمی، پیشرفته و دیررس است که می توان آن را به شکل زیر تقسیم بندی نمود.

## تظاهرات گذرا

ناشایع	شایع
پره مجوریتی میوکاردیت هپاتیت پنومونی آئمی همولیتیک قرنیه کدر فونتانل قدامی بزرگ لکوپنی	هپاتو اسپلینومگالی هیپر بیلی روبینمی راش لنفادنوپاتی منگو آنسفالیت اختلالات EEG

زمانی که خانم حامله‌ای در معرض بیماری سرخجه قرار گرفت، بایستی به عنوان یک مورد ویژه، با او برخورد شود. ابتدا بایستی سطح ایمنی نسبت به سرخجه تعیین شود، اگر ایمن است به او اطمینان می‌دهیم که حاملگی ادامه یابد. اگر حساس باشد در مواردی که سقط امکان پذیر یا قابل قبول نباشد ایمنوگلوبین ۳۰-۲۰ میلی لیتر داخل عضلانی تجویز می‌شود.

اگر زن حامله‌ای بطور اتفاقی واکسن دریافت نماید یا در معرض ویروسی قرار گیرد که توسط کودک واکسینه شده پخش می‌شود، جنین، مبتلا به عفونت نخواهد شد و تزریق واکسن سرخجه به طور تصادفی در اوایل حاملگی دلیلی بر ختم حاملگی نیست. در سال ۱۹۸۹ مرکز کنترل بیماری در آمریکا، ۳۲۱ زن که در طی نخستین سه ماهه بارداری خود واکسینه شده بودند را تا زمان زایمان تحت نظر قرار دادند و خوشبختانه دلیلی مبنی بر اینکه واکسن موجب ناهنجاری شده باشد، بدست نیامد. اگر در لیبر و زایمان و پس از زایمان عفونت جنینی حدس زده می‌شود، خون بند ناف بایستی برای تأیید سرولوژیکی فرستاده شود. اگر عفونت جنینی اثبات شود باید مراقبتهای لازم انجام شده و پی‌گیری گردد.

#### منابع:

- ۱- نیس و اندر، مینوال زایمان. ترجمه دکتر فرهاد همت خواه، انتشارات چهر ۱۳۷۴
- ۲- ویلیامز. بارداری و زایمان. ترجمه دکتر ملک منصور اقصی جلد سوم، انتشارات چهر ۱۳۷۶.
- ۳- نلسون. مبانی طب کودک. ترجمه دکتر فرهاد همت خواه و دکتر سید احمد سیادت ۱۳۷۳.
- 4- Bhargava Indra. At Risk Pregnancy, Rubella: A comprehensive Perspective P:87, 1995.
- 5- Gpastrek Joseph. Highrisk Pregnancy, viral disease, P:485, 1996.

می‌توان از جنین جدا نمود. بنابراین واکسیناسیون سرخجه در خانمهای حامله ممنوع است.

واکسیناسیون در بیماران دچار نقص ایمنی، سرکوب ایمنی، ازدیاد حساسیت به واکسن یا بیماری تب دار و همچنین در بیمارانی که در سه ماهه گذشته ایمنوگلوبولین دریافت کرده اند ممنوع است.

تب، لنفادنوپاتی، بشواری، درد استخوان و آرتریت ممکن است متعاقب واکسیناسیون دیده شود. درد استخوان و آرتریت خصوصاً در دختران بالغ و خانمها مشاهده می‌گردد. برای ریشه کنی کامل بیماری سرخجه اقدامات ذیل توصیه می‌شود:

- واکسیناسیون از زمان طفولیت
- واکسیناسیون زنان حساس به عنوان بخشی از مراقبتهای پزشکی و بیماری زنان و زایمان مشتمل بر خدمات بهداشتی مدارس
- واکسیناسیون زنانی که به مراکز تنظیم خانواده مراجعه می‌نمایند.
- شناسایی و واکسیناسیون زنان ایمن نشده بلافاصله بعد از زایمان یا سقط
- واکسیناسیون زنان غیر باردار و حساس که توسط آزمون سرم شناسی پیش از ازدواج شناسایی شده‌اند.
- واکسیناسیون تمام کارمندان حساس بیمارستانها که ممکن است با بیماران مبتلا به سرخجه و یا با زنان باردار در تماس باشند.
- آموزش مسئولین بهداشت عمومی و عموم مردم در مورد خطر عفونت سرخجه.

#### درمان:

درمانهای حمایتی شامل استراحت در بستر، تأمین مایعات بدن و تجویز آسپرین برای درمان سر درد و آرتریت در موارد خفیف و خود بخود محدود شونده بیماری بکار برده می‌شود.