



گردآوری:

مینو میرا چهرزاد

کارشناس ارشد پرستاری اطفال

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی رشت

اوريون در کودکان

اوريون در اکثر جوامع شهری آندمیک است. عامل آن ویروسی از گروه پارامیکسو ویروسهاست^۲ که از یک مخزن انسانی با تماس مستقیم قطرات بزاق، وسایل آلوده به بزاق و احتمالاً توسط ادرار انتقال می یابد.

ویروس شش روز قبل و نه روز بعد از تورم غدد بزاقی از بزاق جدا شده است ولی بنظر نمی رسد که انتقال بیش از ۲۴ ساعت قبل از تورم غدد بزاقی تا سه روز بعد از فروکش کردن تورم آن صورت گیرد، ویروس از روز اول تا چهاردهم تورم غدد بزاقی از ادرار جدا می شود.

بیماری در تمام دنیا پراکنده است و هر دو جنس را به یک میزان مبتلا می نماید. ۸۵٪ عفونتها قبل از واکسیناسیون همگانی (در ایالات متحده آمریکا) در کودکان کمتر از ۱۵ سال ایجاد می شود و به نظر می رسد

انسان در ابتدا و انتهای زندگی، بیش از هر زمان دیگری در معرض خطر بیماریهای عفونی قرار دارد شاید به سهولت نتوان برای کهولت تدبیری اندیشید ولی ابزار ما برای مقابله با بیماریهای عفونی در کودکان بیشتر است و لذا می توان گفت مهمترین دوره عمر به لحاظ گستردگی و عمق بیماریها از طرفی و کارآئی های درمانی و ظرفیت پیشگیری به واسطه توانمندی دفاعی از طرف دیگر دوره کودکی را ممتاز می سازد.

یکی از این بیماریهای عفونی که هر چند سال یکبار به صورت همه گیری بروز می کند اوريون^۱ می باشد. اوريون یک بیماری ویروسی حاد و منتشر در تمام دنیا بوده که بیشتر در کودکان سنين مدرسه و بلوغ رخ می دهد.

این بیماری معمولاً با بزرگی و دردناك شدن غدد بزاقی بخصوص پاروتیدها تظاهر می کند و معمولاً خوش خیم و خود بخود محدود شونده است. شدت بیماری همراه با بالا رفتن سن افزایش می یابد.

1- Mump (Epidemic Parotitis)

2- Paramixo Virus.

فکی به همراه درد متوسط و قرمزی و تورم در سوراخ مجرای وارتون^۲، تورم غدد زیر زبانی معمولاً به صورت دو طرفه در ناحیه تحت فکی و کف دهان و بشورات اریتما تویی ماکولو پاپولر بر روی تنه می باشد.

عوارض: از آن جائیکه ویروس بعد از ورود به بدن و تکثیر اولیه در سلولهای مجاری تنفسی از طریق خون به بافتهای متعددی برده می شود، عوارض بیماری نیز تقریباً به طور وسیع در سیستمهای مختلف بدن دیده می شود. در اینجا تأکید بر این مطلب لازم است که با وجود اینکه اورپیون یک بیماری خوش خیم می باشد ولی عوارض آن جدی و خطرناک بوده و باعث بستری شدن کودک در بیمارستان خواهد شد همچنین شیوع عوارض خطرناک با بالا رفتن سن کودک افزایش می یابد که این خصیصه خاص دوران کودکی است.

مننگو انسفالیت: شایعترین عارضه در کودکان بوده و تخمین میزان بروز واقعی آن دشوار است. موارد گزارش شده ۲۵۰ مورد از هر ۱۰۰ هزار مورد بوده و میزان مرگ و میر حدود ۲٪ است. مننگو انسفالیت اورپیونی بنظر می رسد از طریق عفونت اولیه نرونها یا انسفالیت بعد از عفونت همراه با دمیالیزه شدن ایجاد می شود. در موارد بسیار نادر نیز سندرم گیلن باره پس از اورپیون گزارش شده است.

اورکیت - اپیدیدیمیت: این عارضه در پسران قبل از بلوغ بندرت بروز می کند ولی در نوجوانان و بزرگسالان در ۱۴-۳۵٪ موارد شایع می باشد. این دو عارضه ممکن است باهم یا به تنهایی بروز نمایند. بندرت هیدروسل هم وجود دارد. اختلال باروری در حدود ۱۳٪ تخمین زده می شود ولی عقیمی مطلق احتمالاً نادر است.

اوواریت: درد و حساسیت لگنی در تقریباً ۷٪ زنان بیمار پس از بلوغ مشاهده می شود شواهدی دال بر اختلال

اپیدمی ها مربوط به عدم ایمن سازی باشد اپیدمی ها در تمام فصول سال رخ می دهد ولی در اواخر زمستان و بهار شایعتر است. در سال ۱۹۹۰ در سوئیس افزایش موارد اورپیون و در فلسطین اشغالی بین سالهای ۱۹۸۸-۱۹۸۷ همه گیری اورپیون دیده شد و این قبل از انجام واکسیناسیون همگانی بوده است. در ایران نیز آمار بیماریهای عفونی، افزایش را نشان می دهد و خاصه تعداد مبتلایان به اورپیون در استان گیلان طبق آمار گزارش شده به مرکز بهداشت استان در سال ۱۳۷۵، ۳۴۴ مورد و در چهار ماهه ابتدای سال ۱۳۷۶، ۳۹۵ مورد بوده که آمار سال ۱۳۷۶، افزایش چشمگیری را نسبت به سال ۱۳۷۵ نشان می دهد و حاکی از همه گیری این بیماری خصوصاً در بهار ۱۳۷۶ می باشد.

تظاهرات بالینی: دوره نهفتگی از ۲۴-۱۴ روز متغیر و در اکثر موارد ۱۸-۱۷ روز است تظاهرات پیش درآمد در کودکان نادر بوده ولی ممکن است به صورت تب، درد عضلانی بخصوص در گردن، سر درد و کسالت باشد. شروع بیماری با درد و تورم در یک یا هر دو غده پاروتید مشخص می شود. خیز پوست و بافتهای نرم معمولاً بیشتر توسعه یافته و حد تورم غده پاروتید را مبهم می سازد. بطوریکه تورم با مشاهده، بیشتر از لمس کردن قابل سنجش است. خیز ممکن است خیلی سریع پیش رفته و در عرض چند ساعت به حداکثر برسد معمولاً طی ۳-۱ روز به اوج خود می رسد و به آهستگی طی ۷-۳ روز فروکش می کند.

وجود قرمزی و تورم در اطراف سوراخ مجرای استن سن^۱ شایع است. خیز همان طرف حلق و کام نرم همراه با تورم پاروتید، لوزه را به طرف خط وسط جا بجا می کند. خیز بالای جناغ و قسمت فوقانی قفسه سینه نیز ممکن است بروز کند (احتمالاً ناشی از انسداد لنفاوی است) تورم پاروتید معمولاً با تب متوسط همراه بوده ولی ممکن است در حد طبیعی باشد و به طور نادر به ۴۰ درجه سانتیگراد نیز برسد. علایمی که کمتر شایع است شامل تورم غدد تحت

1- Stensen.

2- Warton.

باروري وجود ندارد.

پانكراتيت: گرفتاري شديد پانكراس نادر است ولي شيوع عفونت خفيف يا تحت باليني ممكن است بيش از ميزان شناخته شده باشد.

هيپرانسولينمي و هيپوگليسمي گذرا: اين عارضه از عوارض نادر است كه به دو دليل ممكن است ايجاد شود: كاهش ترشح اينترلوكين I و ديگر افزايش تخريب ايزلت سل^۱ به وسيله ويروس.

نفريت: ميزان بروز در كودكان نامعلوم است ولي در بزرگسالان در همه بيماران مشاهده مي شود. نفريت كشنده كه ۱۴-۱۰ روز بعد از پاروتيديت بروز مي كند گزارش شده است. در موارد بسيار نادري نيز كريزهاي حاد هموليتيك بدنبال نارسايي حاد كلييه و هموگلوبينوري گزارش گرديد.

تيروئيديت: اگرچه در كودكان شايع نيست ولي ممكن است يك هفته بعد از شروع پاروتيديت همراه با ايجاد آنتي باديهاي ضد تيروئيد متعاقب آن، بروز كند.

ميوكارديت: تظاهرات شديد قلبي بسيار نادر است ولي ممكن است به صورت خفيف با درد جلو قلبي، براديكاردي و خستگي در نوجوانان ديده شود.

ماستيت: شيوع در هر دو جنس بسيار نادر است.

كري: كري عصبى يك طرفه و ندرتاً دو طرفه بطور موقت يا دائم ممكن است بروز كند هرچند ميزان بروز آن بسيار كم يك مورد از هر ۱۵ مورد است.

در تحقيقاتي كه بر روي ۲۳۷ كودك مبتلا به اوريون در شروع درمان و ۶ ماه پس از آن صورت گرفت مشخص شد كاهش شنوايي در حد متوسط در اكثر كودكان ايجاد مي شود كه ۶ ماه بعد در اين گروه بهبودي نسبي حاصل گرديد. در صورتيكه كري يك طرفه در ۵/۲٪ بيماران ديده شد.

عوارض چشمي: عبارتند از داكريو آدنيت، تورم درناك غدد اشكي، نوريت اپتيك، اووئوكراتيت، التهاب صلبيه و تنونيت. معمولاً عوارض چشمي پيش آگهي

خوبي دارند.

آرتريت: يك عارضه غير شايع است كه معمولاً به بهبودي كامل مي انجامد.

پورپوراي ترومبوسيتوپنيك: شايع نيست.

آسبب جنيني ناشي از اوريون: اوريون در اوایل دوران بارداری شانس سقط را افزایش می دهد و ارتباط احتمالی آن با فیرو الاستوز اندوکار د تأیید نشده است.

تشخيص: معمولاً از طريق نشانه ها و معاینات فيزيكي صورت مي گيرد. آزمایشات متداول غير اختصاصي است معمولاً لکوپنی با لنفوسیتوز نسبی وجود دارد. افزایش آمیلاز سرم به موازات تورم پاروتید مشاهده شده كه طی دو هفته يا بيشتر به ميزان طبيعي برمي گردد.

تشخيص اتیولوژيك به جدا كردن ويروس از بزاق، ادرار، مايع مغزی نخاعي يا خون يا افزايش قابل توجه آنتي باديهاي فيكس كننده كمپلمان موجود در گردش خون در دوره نقاهت بستگي دارد. عيار آنتي باديهاي سرم ضد آنتي ژن S و V نيز افزايش مي يابند.

درمان و مراقبت هاي پرستاري:

درمان كاملاً حمايتي است:

- استراحت در بستر از زمان بروز علايم پيش درآمد تا رفع تورم. (شواهد آماری دال بر اثر پيشگيري كننده استراحت، از بروز عوارض وجود ندارد).

- ايزولاسيون (خصوصاً تنفسي) در دوره سرايت بيماري - رژيم غذايي مناسب: معمولاً دادن غذاهاي نرم و مايعات و غذاهايي كه نياز به جويدن ندارند ارجح است.

- اوركييت بايد با اقدامات نگهداري كننده موضعي و استراحت درمان شود.

- آرتریت اوریونی ممكن است به درمان دو هفته ای با كورتیکواستيروئیدها يا يك داروي ضد التهاب غير

1- Islet cell.

استروئیدی جواب دهد.

- گذاشتن کمپرس گرم یا سرد بر روی گردن

پیشگیری:

- پیشگیری غیر فعال: گاماگلوبولین هیپرایمون اورپیون

در پیشگیری از اورپیون یا کاهش عوارض مؤثر نیست.

منابع:

۱- بهرمن و کلیگمن، درسنامه طب کودکان نلسون، ترجمه: شاپور گهواره و دیگران. انتشارات شهرآب، تهران: ۱۳۷۳.

2- Gugelmann. R. "Why we need to continue to immunize against mump" Soz. praventivmed. Vol:40, No:2, 1995, pp:124-127

3- Herzog. C. "Mump Epidemiology. Worldwide" Soz praventivmed. Vol:40, No:2, 1995, pp:93-101

4- Madle. Samardzija. N. Etal. "Sensorineural impairment in the Inner ear in Epidemiologic parotitis". Med. pregl. Vol:46, No:9-10, 1993, pp:357-60.

5- Nussinovitch. m. etal. "Complications of Mumps Requiring hospitalization. in children". European. Journal of pediatric. Vol:154, No:g 1995, pp:732-734

6- Ozen. S etal. "A case of mump associated with acute hemolytic crisis resulting in Hemoglobinuria and acute Renal Failure" Journal of Med. Vol::25, No:3-4, 1994, pp:255-259

7- Schawrts. M. W. etal, Clinical Hand Book Of Pediatric Williams and wilking. co. Baltimore:1995

8- Teng. R. J. etal. "Mump infection complication by Transeint Hyperinsulinemic Hypogly cemia". The pediatric infectious Disease Journal. Vol:10-No:4, April:1997 pp:415-417

9- Whaley. L. F, Wong. D. Nursing care of in fant and children. Movby Co. ST Louis:1991.

10- ZimmerMannh. etal. "Mump Epidemiology in Switzerland: Results From the Sentinella surveillance system1986-1993, Sentinella Gruop". Soz praventivmed. Vol:40, No:2,1995

- ایمنی فعال: ایمونیزاسیون روتین معمولاً در یک فرآورده واحد^۱ MMR وجود دارد. معمولاً نوبت اول آن در ۱۵-۱۲ ماهگی و به صورت زیر جلدی در قسمت بالای بازو تزریق می شود و نوبت بعدی آن ۱۲-۱۱ سالگی می باشد. کودکان واکسینه شده دچار تب یا عارضه جدی نمی شوند. ویروس را دفع نمی کنند و برای افراد در تماس با آنها واگیری ندارد. ارزش محافظت کنندگی واکسن تقریباً ۹۷٪ است و به نظر می رسد طویل المدت باشد.

موارد منع مصرف:

واکسن اورپیون در کودکان زیر ۱۲ ماه منع مصرف دارد. زیرا وجود آنتی بادیهای مادری می تواند پاسخ های ایمنی متفاوتی را ایجاد کند.

موارد دیگر شامل: آبستنی، نقص ایمنی، کاهش فعالیت ایمنی ناشی از دارو یا یک بیماری تب دار حاد می باشد. افزون بر این باید احتیاط شود خانمهایی که در سن آبستن شدن قرار دارند تا سه ماه پس از واکسیناسیون باردار نشوند. ایمونیزاسیون افرادی که تحت درمان با داروهای کاهش دهنده فعالیت ایمنی هستند باید حداقل تا سه ماه پس از قطع مصرف داروها به تأخیر افتد. همچنین کودکان با سابقه واکنش آنافیلاکسی ناشی از مصرف تخم مرغ نباید واکسن را دریافت نمایند.

عوارض: به جزء سرخکی آن نسبت داده می شود که شامل بثورات گذرا و تب تا ۳۹/۴ درجه سانتیگراد در طی ۷-۱۴ روز بعد از واکسیناسیون، تشنج (ناشی از تب) و پان انسفالیت تحت حاد اسکروزان (SSPE)^۲ می باشد. اگر

1- Measles- Mump-Rubella.

2- Subacute Sclerosis Pan Encephalitis.