

# کنترل روماتیسم قلبی در کشورهای در حال توسعه

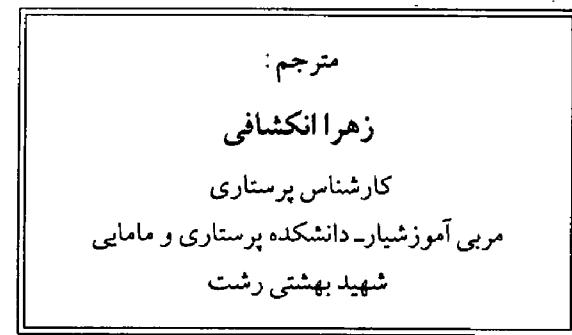
مترجم:

زهرا انکشافی

کارشناس پرستاری

مربي آموزشيار - دانشکده پرستاری و مامایی

شهید بهشتی رشت



بررسیهای انجام شده، میزان شیوع بیماری در جامعه و مدارس از ۱ الی ۲۲ در هر هزار نفر کودک می باشد. تخمین زده میشود که تعداد مبتلایان به بیماریهای مزمن روماتیسم قلبی در کشورهای در حال توسعه ۳۰ میلیون و در کشورهای صنعتی ۱/۵ میلیون باشد. بسیاری از موارد مرگ و میر ناشی از این بیماری را میتوان با استفاده از استراتژیهای در دسترس جامعه (برنامه های مراقبتهای اولیه بهداشتی) جلوگیری کرد.

## اپدمیولوژی و کنترل:

بررسیهای اپدمیولوژیک در نیمه اول قرن اخیر نشان داده است که این بیماری با یک گلودرد ظاهرآ بی خطر چرکی ناشی از استرپتوكوک بتاهمولتیک آغاز میشود و تب روماتیسمی به شکل حاد بعد از ۲-۳ هفته

بیماری روماتیسم قلبی که علت  $\frac{1}{3}$  تا  $\frac{1}{2}$  موارد بستری ناشی از بیماریهای قلبی را در کشورهای در حال توسعه تشکیل می دهد در اثر عفونتهای استرپتوكوکی حاصل می شود. اینگونه عفونتها در مکانهای پر از دحام سریعاً منتشر می شوند. با استفاده از درمان آنتی بیوتیکی (پروفیلاکسی) می توان از ابتلا به گلودرد استرپتوكوکی در کودکان جلوگیری کرد و نیز پیشرفت بیماری را به سمت بیماری زوماتیسم قلبی متوقف نمود (پروفیلاکسی ثانویه). در حال حاضر بنظر می رسد که مقرون به صرفه ترین روش کنترل بیماری همان پروفیلاکسی ثانویه باشد.

بیماری روماتیسم قلبی یکی از شایعترین علل مرگ و میرناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در کشورهای در حال توسعه می باشد. براساس

**اما متأسفانه براساس پیش بینی های  
کنونی بسیاری از کشورهای در حال  
توسعه تمایلی برای افزایش  
استانداردهای زندگی، به گونه ای که  
شیوع بیماری را کاهش دهد، نشان  
نمی دهند.**

استانداردهای زندگی، به گونه ای که شیوع بیماری را کاهش دهد، نشان نمی دهند.

اگر چه جلوگیری از عفونت استرپتوکوکی با استفاده از اینمنی زائی می تواند راه حل ساده و موثری باشد ولی هنوز اطلاعات کافی در مورد مکانیسم بیماری زائی پیچیده این عفونت، به حدی که بتوان با استفاده از آن واکسن مناسب تهیه کرد، بدست نیامده است. در حال حاضر کنترل بیماریهای روماتیسم قلبی در کشورهای در حال توسعه تنها از طریق پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی اولیه یا ثانویه انجام می گیرد.

### پروفیلاکسی اولیه:

استفاده از پروفیلاکسی اولیه در کشورهای در حال توسعه چند مشکل را به همراه دارد از جمله اینکه فارنژیت در کودکان بسیار شایع بوده و افتراق انواع استرپتوکوکی از انواع غیر استرپتوکوکی آن (معمولًا ویروسی) با استفاده از معاینات بالینی به تنها میسر نیست. برای تأیید تشخیص، کشت استرپتوکوک از حلق الزامی است. علیرغم اینکه تستهای سریع و ساده دیگری نیز کشف شده اند ولی استفاده ویکارگیری این روشها خصوصاً در مکانهایی که امکانات لازم برای تهیه کشت وجود ندارد، نیازمند بررسیهای بیشتری است.

ظاهر میگردد. عود مجدد تب روماتیسمی بسیار شایع بوده و منجر به ایجاد ضایعات بیشتر در دریچه های قلبی میشود. سیر بیماری در کشورهای در حال توسعه بسیار و خیم است و این ناشی از عدم دسترسی به مراقبتهای پزشکی مناسب می باشد چرا که بعلت عدم آگاهی، اغلب بیماران استراحت کافی را رعایت نمی نمایند. در این جوامع بیماران طی چند سال دچار نارسایی قلبی شده و ۷۰ درصد آنها مرگ زودرس دارند. سن متوسط زمان مرگ در این جوامع حدود ۳۵ سال است.

کارآزمایهای انجام شده در دهه ۱۹۵۰ نشان داد که درمان آنتی بیوتیکی مناسب (پروفیلاکسی اولیه) برای گلودرد استرپتوکوکی می تواند از تب روماتیسمی جلوگیری کند. بعلاوه با استفاده از تجویز طولانی مدت آنتی بیوتیک (پروفیلاکسی ثانویه)، که مانع بروز عفونتهای استرپتوکوکی و عود تب روماتیسمی می شود، می توان از بروز یا پیشرفت بیماری روماتیسمی قلب جلوگیری کرد. پروفیلاکسی اولیه و ثانویه با پنی سیلین بصورت بخشی از کار طبابت درآمد و بنظر میرسد که این عامل در زمان جنگ جهانی دوم، سبب اصلی کاهش شیوع تب روماتیسمی در این کشورها بوده است.

اطلاعات بدست آمده در دانمارک از سال ۱۸۶۲ تا ۱۹۶۲ نشان میدهد که کاهش شیوع تب روماتیسمی موقتاً با افزایش استانداردهای سلامت و زندگی ارتباط داشته است. بررسیهای موردي نیز نشان میدهند که خطر ابتلا به بیماری در جوامعی که از نظر وضعیت اقتصادی و اجتماعی فقیرند، بیشتر می باشد. تراکم جمعیت فاکتور اصلی محیطی در انتشار عفونت است. بنابراین می توان انتظار داشت که حتی در کشورهای در حال توسعه نیز با افزایش استانداردهای زندگی شیوع بیماری کاهش یابد.

اما متأسفانه براساس پیش بینی های کنونی بسیاری از کشورهای در حال توسعه تمایلی برای افزایش

نبوده اند، نداشت.

بازدھی برنامه های پیشگیری اولیه را با افزایش توان تشخیص بالینی در مورد گلودردها خصوصاً در خلال فصول شایع این بیماری می توان بالا برد.

نیاز مبرمی به آموزش والدین و معلمین درباره اهمیت درمان گلودرد در سنین مدرسه وجود دارد. لازم به ذکر است که تمام بیماران معاینه شده، نیاز به دارو ندارند، اما پزشک باید بیاد داشته باشد که ریشه کن کردن استرپتوکوک هدف اصلی درمان است و استفاده از مقادیر مناسب دارو طی زمان کافی برای رسیدن به این هدف از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.

**ریشه کن کردن استرپتوکوک هدف اصلی درمان است و استفاده از مقادیر مناسب دارو طی زمان کافی برای رسیدن به این هدف از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.**

#### پروفیلاکسی ثانویه:

در پروفیلاکسی ثانویه به اطلاعات دقیق تعداد مبتلایان به تب روماتیسمی و نیز نحوه ترددات منظم آتنی بیوتیکی نیاز است. در چندین برنامه پیگیری شده در بیمارستانهای کشورهای در حال توسعه نشان داده شد که اجرای پروفیلاکسی ثانویه توسط بیماران از ضمانت کافی برخوردار نیست، چرا که مشاهده گردید اولاً مبتلایان به فرمهای خفیف بیماری که ناراحتی خاصی نداشتند و ثانیاً بیمارانی که برای درمان پروفیلاکسی ثانویه دیر به بیمارستان مراجعه کردند از برنامه خارج گردیدند.

با استفاده از برنامه هائی که کل جامعه را تحت پوشش قرار دهد می توان بیماران را در مراحل اولیه بیماری کشف کرد و با فراهم آوردن امکانات در دسترس، پروفیلاکسی، نتایج اجرای دستورات را بهبود بخشد.

یک کمیته بین المللی زیر نظر سازمان بهداشت جهانی سهولت استفاده از پروفیلاکسی ثانویه را در هفت کشور در حال توسعه طی سالهای ۱۹۷۶ تا ۱۹۷۲ بررسی کرد و برنامه ای جهت کنترل رانیز در سال ۱۹۸۶ در ۱۶ کشور در حال توسعه ترتیب داد. سازمان

در یک بررسی مشخص گردید که در فاصله سینم ۵-۱۵ سالگی، شیوع فارنژیت استرپتوکوکی ۸ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ کودک در هفته بود. در نواحی اندمیک تنها  $\frac{2}{3}$  درصد و اپیدمیک ۳ درصد به تب روماتیسمی حاد مبتلا شدند. موارد خفیف گلودرد ( $\frac{1}{3}$ ) در کلینیک تشخیص داده نشد و  $\frac{1}{3}$  موارد تب روماتیسمی ناشی از فرمهای خفیف عفونت استرپتوکوکی می باشد. همین مسئله باعث شد تا پروفیلاکسی اولیه منجر به کاهش متوسط شیوع تب روماتیسمی گردد. شیوع تب روماتیسمی در کشورهای در حال توسعه بین ۲۰ تا ۱۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت برآورد شده است. معقول بودن کشت حلق بصورت گستردۀ در کشورهای در حال توسعه از لحاظ اقتصادی و اپدمیولوژیکی مورد شوال است و درمان گلودردهای مشکوک به استرپتوکوک با پنی سیلین و بدون انجام کشت بعنوان مقررین به صرفه ترین روش جلوگیری از تب حاد روماتیسمی توصیه می گردد. از موفقیت برنامه های پیشگیری اولیه در کشورهای در حال توسعه اطلاعات کافی در دست نیست. در هاوائی شیوع تب روماتیسمی در مدارسی که برنامه های پیشگیری اولیه در آنها بکار گرفته شده تفاوت چندانی با شیوع آن در مدارسی که تحت پوشش

**یک برنامه کنترل بیماریهای روماتیسمی**

قلبی که بین مراکز بهداشتی اولیه و قابل دسترس انجام میشود نه تنها می تواند از مرگ و میر زودرس کودکان جلوگیری کند، بلکه می تواند هزینه مراقبت از موارد مزمن بیماری را نیز کاهش دهد.

جهانی مقررین به صرفه تلقی گردید. به ازای هر ۱۳/۲ تزریق پنی سیلین بنزاتین، یک روز از تعداد روزهای بستری شدن در بیمارستان کاهش یافت و همانا ارزش پنی سیلین سبب این کاهش بود، این نشان میدهد که یک برنامه کنترل بیماریهای روماتیسمی قلبی که بین مراکز بهداشتی اولیه و قابل دسترس انجام میشود نه تنها می تواند از مرگ و میر زودرس کودکان جلوگیری کند، بلکه می تواند هزینه مراقبت از موارد مزمن بیماری را نیز کاهش دهد.

برای محدود نمودن منابع بیماری، برنامه های بهداشتی کشورهای در حال توسعه دائمآ در حال رقابت با یکدیگر هستند. فراوانی و شدت این بیماری در مقایسه با بسیاری از بیماریهای حاد و مسری، سوء تغذیه و بعضی از بیماریهای انگلی که درجهان در حال توسعه، خود معمضل بزرگی هستند، کمتر می باشد.

منبع:

Rajesh Kumar. "controlling rheumatic heart disease in developing countries". World Health Forum. vol: 16 - 1995 pp: 47-51

بهداشت جهانی این سیاست را طی سالهای ۱۹۷۶-۱۹۸۱

در ۸ کشور امریکای جنوبی نیز پیاده نمود. استفاده از این روش ساده، تنها با موفقیت نسبی همراه بود، چرا که ۴۸ درصد از بیماران بعلت خروج از منطقه مورد نظر از برنامه پیگیری خارج شدند. آمار افرادی که برنامه پروفیلاکسی ثانویه را اجرا کردند از ۳۸/۳ درصد در سال اول به ۷۹/۸ درصد در سال آخر برنامه، افزایش یافت. طی یک برنامه جامعه نگر، در جامعه ای روستائی در شمال هند، در مورد تشخیص، علائم تب روماتیسمی و ارجاع بیماران مورد نظر، به معلمین مدارس، مراقبین بهداشت و نیز دانش آموزان آموزش داده شد. برای اطمینان از اجرای دستورات، در مرکز بهداشتی مورد نظر، یک محل ثبت اسامی نیز تأسیس گردید. به افرادی که کوتاهی از آنان سرزده بود، از طریق نامه و یا مراقبین محلی اطلاع داده شد. در طی ۲ سال درصد اطمینان از اجرای دستورات به ۸۵-۹۰ درصد رسید. بدیهی است که استفاده از روشهای مشابه میتواند به بهینه سازی این برنامه ها در کشورهای در حال توسعه کمک کند.

#### مقررین به صرفه بودن:

در کشورهای در حال توسعه، تب روماتیسمی و بیماریهای روماتیسمی قلب، ضررها اقتصادی قابل توجهی را به دنبال دارند. این دو مورد مجموعاً  $\frac{1}{3}$  تا  $\frac{1}{4}$  موارد بستری ناشی از بیماریهای قلبی را تشکیل میدهند. درمان جراحی به منظور ترمیم یا جایگزینی دریچه های قلبی آسیب دیده ممکن نیست و یا بسیار پرهزینه می باشد. اکثر این بیماران مکرراً به بستری شدن در بیمارستان نیاز پیدا می کنند. یک مطالعه در شیلی نشان داد که ۴/۴ مشاوره های پزشکی به ازای ۱۰۰۰ نفر و ۵/۵ مورد بستری شدگان در بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال به بیماری روماتیسم قلبی مبتلا بودند.

سیاست پروفیلاکسی ثانویه از نظر سازمان بهداشت