



برنامه مبارزه با بیماری های واگیر

دیفتری

دانشکده: بهداشت

بهداشت عمومی ترم 2

استاد راهنما: دکتر هاتف نیا

گردآورندگان: تینا روستایی، سنا ویسی، سارا داستانی، معصومه ملک پور، بلقیس انوری

دیفتری بیماری عفونی بسیار واگیری است که باعث ایجاد غشایی کاذب در حلق و حنجره می شود. عموماً گلو را مبتلا می کند.

دیفتری بیماری شدید و بالقوه کشنده ای است که میزان مرگ و میر آن در کودکان خردسال و افراد مسن زیادتر است.

عوارض آن گلودرد، تب، سرفه و گرفتگی صدا است و در صورت وخامت، ناراحتی های قلبی، کلیوی، و فلج دست و پا را موجب می شود.

اپیدمیولوژی بیماری:

انتقال از تماس نزدیک با بیماران و یا ناقلین بخصوص در حین سفر به مناطق اندمیک و یا تماس با مسافرین مناطق اندمیک است. افرادی که واکسیناسیون کامل دریافت کرده باشند ممکن است به فرم خفیف بیماری به صورت گلو درد مبتلا شوند و یا فقط ناقل بدون علامت بیماری باشند. بیماری شدید اغلب در افرادی که ایمنی ندارند و یا واکسیناسیون ناقص دریافت کرده اند، اتفاق می افتد.

منابع و مخازن:

انسان، مخزن شناخته شده کورینه باکتریوم دیفتریه است این باکتری فقط بین انسان ها منتشر می گردد و میزبان واسطی برای آن وجود ندارد گربه و سایر حیوانات اهلی تنها به ندرت، باعث انتقال میکروب به انسان می گردند.

راه های انتقال بیماری:

1) آئروسل های آلوده

2) سایر ترشحات دستگاه تنفس

3) تماس با زخم های آلوده



ناقلین (حاملین):

ناقلین دیفتری افرادی هستند که کورینه باکتریوم دیفتریه را در ناحیه بینی و حلق یا پوست خود حمل می نمایند. این افراد، معمولاً تشخیص داده نمی شوند.

حالت ناقلی از چند روز قبل از شروع علائم بالینی می تواند وجود داشته باشد.

در بیماری دیفتری، حالت ناقلی دوره نقاهت با مصرف آنتی بیوتیک طی درمان بیماری به نحو کاملاً مشخص کاهش می یابد.

پاتولوژی (آسیب شناسی):

باکتری ابتدا وارد مخاط حلق و بینی و یا دهان می شود و در این مخاط ها تکثیر پیدا می کند. گاهی مخاط چشم و یا سیستم تناسلی محل ورود باکتری است.

بعد از دوره کمون سویه های سم زا تولید توکسین می نماید. سم کورینه باکتریوم باعث گشاد شدن عروق و نکروز اپی تلیال مخاط می شود.

تجمع گنبول های سفید، گنبول های قرمز، سلولهای اپی تلیال نکروزه و باکتریها، غشای روی محل عفونت را تشکیل می دهد. از خصوصیات این غشا، خونریزی به دنبال کردن آن است. رنگ غشا ابتدا سفیداست ولی بر حسب شدت نکروز یافت سلول مرده و خونریزی از خاکستری تا سیاه تغییر مینماید.

این غشا بیشتر در حنجره و نای تشکیل می شود ولی امکان وجود آن در سایر مخاط های مثل چشم، گوش، مری، معده، روده، رکتوم، واژن، دهانه رحم و مثانه نیز وجود دارد.

مصونیت:

مصونیت به علت ایجاد آنتی توکسین به دنبال ابتلا به عفونت ایجاد می شود.

_در شیرخواران زیر 6 ماه به علت عبور آنتی بادی مادر از جفت معمولاً ایمنی (مقاومت انفعالی نسبی) وجود دارد.

_واکسیناسیون به طور کامل در برابر بیماری محافظت نمیکند ولی شدت علائم، عوارض و مرگ و میر بیماری را کاهش می دهد. به دنبال واکسیناسیون اولیه مصونیت به طور متوسط تا حدود 10 سال ایجاد می شود.

_در مناطقی که تحریک مجدد ایمنی در اثر تماس با موارد بیماری در جامعه وجود ندارد، دوز یادآور واکسن باید در دوره شیرخواری و قبل از مدرسه نیز تزریق شود.

_در بالغین دوز یادآور واکسن توکسوئید باید هر 10 سال تزریق شود تا ایمنی در بدن تداوم یابد.

دوره نهفتگی بیماری 2-7 روز و گاه طولانی تر است.

علائم بالینی دیفتری وابسته به :

_ محل عفونت

_ سطح ایمنی میزبان

_ میزان انتشار سیستمیک سم می باشد.

درمان:

هدف از درمان، خنثی کردن توکسین و از بین بردن کورینه باکتریوم دیفتری است.

آنتی توکسین: در مواردی که تشخیص بالینی دیفتری گذاشته می شود، یک دوز واحد آنتی توکسین حتی قبل از آماده شدن نتیجه کشت باید تزریق شود، زیرا حال عمومی بیمار می تواند سریعاً تغییر نماید. بهترین روش تزریق جهت تسریع خنثی کردن سم، تزریق داخل وریدی است.

درمان آنتی بیوتیک:

_ برای توقف تولید سم

_ ریشه کنی کورینه باکتریوم دیفتری

_ جلوگیری از انتقال و انتشار

باید تجویز شود اما جایگزین ضد سم نیست.

آنتی بیوتیک اریترومایسین خوراکی و یا تزریقی به مدت 14 روز حداکثر 2 گرم در روز و آنتی بیوتیک پنی سیلین داخل وریدی به مدت 14 روز تجویز می شود.

اگر ۲۴ ساعت پس از درمان کشت مثبت بود مجدداً باید یک دوره درمان 10 روزه اریترومایسین دریافت کند.

تنها روش موثر در کنترل دیفتری شامل واکسیناسیون با توکسوئید کورینه باکتریوم دیفتریه می باشد.

برنامه مبارزه با بیماری دیفتری و سیاه سرفه

هدف کلی: کنترل بیماری های دیفتری و سیاه سرفه

اهداف اختصاصی:

- _ افزایش سطح ایمن سازی کودکان زیر پنج سال نسبت به این بیماری ها
- _ کاهش میزان ابتلا
- _ کاهش میزان معلولیت های این بیماری ها
- _ کاهش میزان مرگ و میر این بیماری ها

کنترل عفونت بر سه پایه استوار است:

- 1) پیشگیری اولیه بیماری به منظور برقراری سطح ایمنی مناسب در جامعه از طریق ایمن سازی
- 2) پیشگیری ثانویه از طریق بررسی و آزمایش سریع افراد در تماس و اطمینان از درمان مناسب آنها
- 3) پیشگیری سطح سوم به منظور جلوگیری از عوارض و مرگ و میر از طریق تشخیص و مدیریت زودرس و صحیح بیماری

در کشور ایران با پوشش واکسیناسیون نوبت سوم ثالث بیش از 95 درصد مراقبت بر مبنای موارد بیماری در نظر گرفته می شود و هر مورد باید به طور تلفنی گزارش و در عرض 48 ساعت بررسی مورد انجام شود.

