

۱۲۲۵

دانشگاه تهران
دانشکده بهداشت

پایان نامه

برای دریافت درجه فوق لیسانس بهداشت عمومی
در رشته اپیدمیولوژی

موضوع :

بررسی اپیدمیولوژیک بیماران دیفتری بستری شده در بخش عفونی

مرکز پزشکی پهلوی سالهای ۵۱ و ۵۲

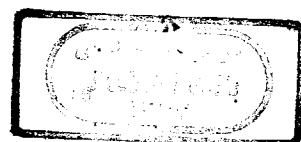
براهنمائی :

استاد محترم جناب آقای دکتر ندیم

نگارش

دکتر نیکدخت تقوی

سال تحصیلی ۵۴-۱۳۵۳



۱۲۲۵

تقدیم به :

پدر و مادر عزیزم .

۱۲۲۵

تقدیم به :

استاد محترم جناب آقای دکترندیس

تشکر از جناب آقای دکتر ناصری که در تدوین این پایان نامه مرا راهنمایی
و مساعدت نموده اند .

تقديم به :

هيئت محترم قضات

فهرست مطالب

صفحه	موضوع
	مقدمه
	کلیاتی راجع به بیماری د یفتري
۱	تاریخچه بیماری
۲	اتیولوژی
	اپیدمیولوژی
۴	(سرایت و انتقال - علل مساعد کننده)
۷	ایمونیتیه و تست شیک
۱۱	بیماریزائی
۱۳	علامه بیماری فرمهای کلنیکي
۱۸	عوارض د یفتري
۲۵	پیش آگهی و تشخیص افتراقی
۲۷	درمان و پیش گیری
	بررسی اپیدمیولوژیک بیماران د یفتري بستری شده در بخش
	عفونی بیمارستان پهلوی سالهای ۵۱ و ۵۲
۳۲	توزیع سنس - فصلی بیماری
۳۸	علامه موجود در بیماران

فهرست مطالب

صفحه	موضوع
۴۱	نحوه اعزام بیماران
۴۲	عوارض و تعداد مرگ و میر و علت فوت
۴۷	درمان بیماران
۴۹	طول مدت بیماری
۵۱	فاصله بین شروع بیماری تا تزریق سرم
۵۲	واکسیناسیون در بیماران
۵۴	بحثی در مورد محل سکونت بیماران
۵۵	خلاصه و نتیجه
۵۷	خلاصه انگلیسی
۵۹	منابع

بیماری د یفتری یکی از شایعترین و در عین حال، وخیم ترین بیماریهای عفونی است که

مئات سیفانه در کشور ما همه ساله عده بیشماری بخصوص کودکان بآن مبتلاء میشوند .

با اینکه با بهتر شدن وضع بهداشت و گسترش معلومات و آگاهی عده های از مردم

بمنظایر واکسیناسیون از تعداد مبتلایان نسبت به سابق کاسته شده (۳۷۰۰ مورد

در سال ۱۳۴۸ و ۲۳۳۷۷ مورد در سال ۱۳۵۰ آمار وزارت بهداشتی) معذک

هرروزه تعدادی بیمار مبتلاء به د یفتری به بخش عفونی بیمارستان پهلوی مراجعه

می کنند و متاء سفانه عده های از آنها بعلت دیر تشخیصی دادن و وخامت خود مرض

تلفی می شوند .

چون یکی از وسائل مهم تشخیص مشاهده باسیل فلر در غشاء کازب حلق است

و این امر در دهات و شهرهای کوچکتر که دسترسی به آزمایشگاه ندارند بآسانی

صورت نمی گیرد بنابراین تعداد بیماران و تلفات آنها در این نقاط بیشتر

است .

بخصوص عده مآگاهی مردم در دهات و روستاها و شهرهای کوچکتر به نتایج

واکسیناسیون و غفلت در مورد ایمنیزاسیون بچه ها باعث شده که د یفتری در کشور ما

آنطور که باید کنترل نگردیده و هنوز یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی کشور ما را

تشکیل می دهد .

این مسائل من رابرآن داشت که از نظر وضع اپیدمیولوژی و علائم و عوارض -

بیماری در روی بیماران بستری شده در بخش غونی بیمارستان پهلوی مطالعه ای

بمعمل آورم و با این بررسی بتوانم بسئوالات زیر پاسخ دهم :

۱- توزیع سنی و جنسی بیماری

۲- شیوع فصلی بیماری

۳- علائم و عوارض موجود

۴- مرگ و میر و تعیین گروه‌هایی که خطر مرگ در آنها بیشتر است .

۵- بررسی نتایج درمانی

۶- طول مدت بیماری

۷- تعیین میزان واکسیناسیون در موارد ابتلا^۹ و مرگ و میر .

۸- در کدام دسته از افراد اجتماع بیماری بیشتر ملاحظه می شود .

شاید بتوان با بررسی عوامل فوق در بیماران جهت پیش گیری بیماری در گروه های

در معرض خطر اقدامات موثرتری بمعمل آورد .

د یفتري :
=====

د یفتري يك بیماری خاد و غونې ناشی از کورینه باکتریوم د یفتريه "Corynebacterium diphtheriae"

است.

ضایعه اولیه د قسمت فوقانی د ستگاه تنفسی بصورت تورم و يك غشاء كاز ب
خاکستری فام بوده و علائم عمومی بیماری بعلمت جذب اگزوتو کسین اختصاصی و محلول
میکروب است که منجر به ضایعات سلولی موضعی و تظاهرات عمومی میگردد .

تاریخچه بیماری :

د یفتري رابرای اولین بار د رقرن د و موسوم با اسامی د یگری شرح داده اند .

د رقرن ششم تحت عنوان "Ulcera Syriaea Aetius" بصورت همه گیری

شرح داده شد و "فلج کام" بعنوان عرضه آن گزارش شده .

مشخصات غشاء توسط Baillou در سال ۱۵۷۶ در توصیف يك

همه گیری در پاریس نگذشته شده است و شکل بالینی آن در سال ۱۶۴۱ توسط

Tulp و ۱۷۴۸ توسط Fothergill و ۱۷۵۷

توسط Huxham توصیف شده است.

در سال ۱۷۷۱ Samuel Bard از نیویورک د یفتري راتحت عنوان

گلودرد خفه کننده "Suffocative Angina" شرح داده است.

واما واژه یفتري اولین بار توسط "Bretonneau" در سال ۱۸۲۶ بکاررفته

است عامل مولد بیماری در سال ۱۸۸۳ بوسیله Klebs شناخته شد

و در سال ۱۸۸۴ Loeffler رابطه آنرا با بیماری روشن ساخت

و با سیل مولد بیماری را از گشت چرک جدا کرد .

توکسین د یفتري و پاتوژنی بیماری توسط Roux و Yersin در سال

۱۸۸۸ شرح داده شد . و در سال ۱۸۹۰ آنتی توکسین د یفتري توسط "Vonbehring"

ساخته شد .

"Belaschick" در سال ۱۹۱۳ تست پوستی حساسیت د یفتري

را شرح داد و در سال ۱۹۲۳ "Ramon" ثابت کرد که همراه فرمالین

خورده یعنی Toxoid یا Anatoxin عامل مسوئیت بخش

و غیر رسمی است و بدن بال تزریق آن آنتی کورد بدن ایجاد می شود و بدین ترتیب

توکسوئید د یفتري کشف شد .

اتیولوژی :

Coryne Bacterium

diphtheriae عامل مولد بیماری باسیل گرم مثبت میله ای شکل و بیحرکتی است که بنام

که ۳ نوع اصلی Mitis و Gravis و Intermedius دارد و یک نوع

غیرطای یا Atypical که همه برای انسان بیماریزاست.

این تقسیم بندی براساس نحوه تشکیل کولونی در محیط کلتوریت و واکنش های

تخمیری و قدرتشان برای ایجاد همولیز بنا شده است.

بعضی از دانشمندان اروپائی عقیده دارند که اختلاف در خصوصیات بالینی

و شدت بیماری مربوط به نوع میکروب است و نوع C-Diphtheria ^{gravis} و C.D. Intermedius

توکسین بیشتری تولید و مرگ و میر بیشتری دارند. معمولاً فرم Intermedius

غونت سخت و خونریزی ایجاد می کند و نوع mitis ضایعات وسیع در حنجره

وریه ایجاد کرده ولی بندرت باعث مرگ می شود.

شایع ترین نوع غیر ویرولان ت میکروب C. Pseudo diphtheriticum

(Hofmannii) است که اغلب در گوش یا نازوفارنکس مشاهده میشود.

یک نوع دیگر نام C. Xerosis نیز موجود است که گاهی از ترشح

چشم جدا می شود.

و دیگران نشان داده اند که قدرت تولید زهرا به اغلب Feriman

همراه با آلودگی سلول میکروبی بوسیله یک باکتریوفاژ لیزوژنیک است که در تحت

شرایط مناسب میتواند یک سوش غیر زهراگین را به یک سوش زهراگین تبدیل کند.

سوش های با سیلید یفتری که آگرو توکسین ترشح می کنند لیزوژنیک هستند.

و باکتریوفاژ را حمل می‌کنند بنابراین فقدان لیزوژنی همراه با فقدان توکسین و خاصیت ویرولا نت است (۲۰۴)

در تجربیات نشان داده شده که نوع غیر ویرولا نت میکروبد ر حضور باکتریوفاژ ویرولا نت می‌شود (۲۰۴)

توکسین د یفتری از جنس پروتئین است و 0.001 میلی گرم آن برای خو کچه هندی کشنده است .

اپید میولوژی بیماری :

د یفتری بیماریست که در تمام نقاط دنیا بخصوص در مناطق معتدله دیده میشود در اروپای غربی و انگلستان و شمال امریکا بیماری از قرن ۱۸ دیده شده باوریکه در سال ۱۸۶۰ در یک میلیون کودک کمتر از ۱ سال ۱۰۰۰ مورد مرگ و میر مربوط به د یفتری

گزارش شد هولی ۵۰ سال بعد از آن مرتالیت ۸٪ و قبل از جنگ جهانی دوم ۵/۴٪ گزارش شده که این کاهش مرتالیت مربوط به واکسیناسیون است باوریکه در انگلستان در سال ۱۹۴۵ ۶۰ درصد بچه ها مصونیت یافتند و مرگ و میر به ۵۸۴ مورد رسید با مقایسه ۲۳۹۰ مورد که در سال ۱۹۴۱ گزارش شده و باور کلی ۲۹ مورد مرگ از ۳۰ مورد مربوط به گروه غیر ایمنیزه بوده است. (۶)

در امریکانیز در سال ۱۹۵۹ و ۱۹۶۰ از ۴ ایالت امریکا (۱۷۴۱ مورد بیماری

گزارش شد که بیش از ۸۰٪ بیماران هرگز مصونیت اولیه نداشتند .

تا قبل از ۱۹۲۷ سال بیماری بیشتر در سنین قبل از ۶ سال و بطور کلی ۸۰ درصد

در کمتر از ۱ سال دیده میشد در صورتی که بعد از آن شیوع بیماری بیشتر در سنین

بیش از ۶ سال و بالغین بوده که این کیفیت مربوط به واکسیناسیون در سنین

اولیه زندگی است .

در نوزادان کمتر از ۶ ماه بیماری بندرت دیده می شود و همین امر بعد از سنین

متوسط عمر نیز شایع نیست . زن و مرد بیک نسبت به بیماری حساسیت نشان

می دهند و اختلاف در جنس مطرح نیست . از نظر فصل بیماری بیشتر در فصول

سرد سال دیده می شود .

سرایت و انتقال :

باسیل دیفتری یک انگل اضطراری انسان است و بصورت مستقیم و غیر مستقیم

از فرد بیمار یا حا مل به افراد سالم سرایت میکند .

بیماران و ناقلین منبع عفونت هستند حتی ناقلین اهمیت بیشتری دارند

دوره ۴ سرایت بیماری احتمالاً ۲ هفته است و فقط عده کمی از بیماران بمدت ۶ ماه ناقل

باسیل باقی می ماند .

شایعترین راه انتقال بیماری انتشار باسیل از راه قطرات مترشحه Droplet Nuclei

است .

باسیل د یفتری به گرما و سرما و خشکی تا حدودی مقاوم است بنابراین انتقال

غیر مستقیم بوسیله دستها - دستمال و اشیاء آلوده نیز ممکن است . ولی با وجودیکه

باسیل هفته ها در گرد و خاک اطاق باقی می ماند انتشار عفونت از این طریق کیفیت

نادریست . ترشحات نواحی دیگر مثل پوست نیز خاصیت آلایندهی دارند .

اپید میهائی نیز بوسیله آلوده شدن شیرو غذا گزارش شده است .

علل مساعد کننده :

۱- عمل جراحی روی بینی یا گلو باعث انتقال بیماری از یک شخص مبتلاء یا کاریر میشود

۲- شرایط اقتصادی در شیوع بیماری دخالت دارند بخصوص در ماههای

سرد سال و در فقدان مواد غذایی کافی چون این عوامل باعث عدم ایمنی می شوند و در

فصول سرد نیز انتقال عفونت بهتر صورت میگیرد .

۳- تراکم جمعیت که انتشار بیماری از فرد بیمار به افراد سالم بهتر

صورت می گیرد .