

پیشگیری از بیماری تب روماتیسمی

Rheumatic Fever Prophylaxis

دکتر اسدالله مجتبائی *

مجله علمی نظام پزشکی

سال دوم، شماره ۵-۴، صفحه ۳۴۸، ۱۳۵۱

مهمنرین پیشرفت علم پزشکی در زمینه بیماری تب روماتیسمی حاد در طی سالهای اخیر مشخص ساختن را بطله این بیماری باعفونت های استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه آ بوده است.

تجربیات محققین مختلف نشان داده است که کلیه بیمارانی که دچار تب روماتیسمی حاد میشوند یا هیچگونه درمانی برای عفونت استرپتوکوکی برایشان انجام نشده و یا درمان کافی نبوده است و یا دیر درمان شده اند، و در صورتیکه عفونت استرپتوکوکی بموقع تحت درمان صحیح قرار گیرد تب روماتیسمی عارض نمیشود. بنابراین بیماری تب روماتیسمی با درمان عفونت استرپتوکوکی عملاً قابل پیشگیری است.

پیشگیری - پیشگیری تب روماتیسمی حاد بحاورد کلی عبارتست از:

- ۱ - تشخیص و درمان بموقع و کافی عفونت های استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه آ.

- ۲ - پیشگیری عفونت های استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه آ

تشخیص و درمان عفونت های استرپتوکوک

تشخیص و درمان عفونت های استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه آ:

عبارتست :

الف - تشخیص : شایع ترین عفونت استرپتوکوکی که عارضه تب روماتیسمی حاد در تعقیب آن دیده میشود فارنثیت است. هر چند بطور نادر عفونت های سایر نقاط بدن از قبیل پوست نیز ممکن است دیده شود. تشخیص فارنثیت استرپتوکوکی در بسیاری موارد آسان است. بیمار دچارت - درد گلو مخصوصاً هنگام بلع، قرمزی و التهاب مخاط گلو و لوزه ها همراه با ترشحات و آدنوپاتی حساس و درد ناک گردن میباشد و در مواقیع که محمک عارض شده باشد بثورات محملکی در روی پوست بدن ظاهر میشود. متاسفانه علامت بالینی معمولی فارنثیت استرپتوکوکی همیشه دیده نمیشود

مقدمه - تب روماتیسمی حاد از بیماریهای ای نسبتاً فراوان دوران کودکی و مهمنرین علت بیماریهای اکتسابی قلب در کودکان است. این بیماری که علت آن هنوز کاملاً مشخص نشده است جزو عوارض عفونت های استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه آ بشمار میرود و معمولاً یک تا دو هفته پس از عفونت که معمولاً فارنثیت است علائم مختلف بیماری ظاهر میشود که اهم آنها عبارتند از تب، آرتریت، کاردیت (گاهی همراه با علائم نارسائی قلب)، گرد های زیر جلدی، اریتماری یناتوم Erythema Marginatum و گاهی در فاصله زمانی طولانی تری، کره Chorea).

هرچند تشخیص بیماری تب روماتیسمی بالینی داده میشود اما علائم آزمایشگاهی مخصوصاً افزایش سرعت درسوب گلوبولهای قرمز، مثبت شدن آزمایش C - راکتیوپروتئین، افزایش معیار آنتی استرپتو لیزین و همچنین تغییرات الکتروکاردیو گرافی و رادیو لوژیکی به تشخیص بیماری کمک می کند.

دوره حاد بیماری معمولاً ۸ تا ۱۲ هفته است و پس از اتمام این دوره کلیه علائم بجز ضایعات دریچه ای قلب از میان میرود. ضایعات دریچه ای که در ابتدا نارسائی دریچه و در مراحل بعد گاهی تنگی دریچه قلب را موجب میشود بطور دائم باقی میماند و بر حسب شدت ضایعه دیر یا زود به نارسائی قلب منجر میگردد و احیاناً عوارضی از قبیل اندوکاردیت باکتریال تحت حاد اضافه میشود و بیمار را از پای دریاورد.

متاسفانه درمانهای معمول فقط جنبه علامتی دارد و نمیتواند مانع از ایجاد ضایعات دریچه ای قلب گردد و یا آنرا ترمیم کند. ضایعات دریچه ای قلب در حملات بعدی تب روماتیسمی توسعه و تشدید می یابد.

* اهواز - دانشکده پزشکی دانشگاه جندی شاپور.

های دیگر استفاده کرد که مناسب ترین آنها ازین روش‌هاست. است که بمقدار ۵۰ میلی گرم برای هر کیلو گرم وزن بدن روزی ۴ بار بهمنت ۱۰ روز باید تجویز شود. اما بهر حال هیچیک از آن‌ها بیوپتیک‌های موجود با اندازه‌پنی سیلین قابل اعتماد نیست. در موارد نادر برای دیشه کن کرن استرپتوکوک از ۷۰ لو، آن‌ها بیوپتیک بمقدار بیشتر و بهمنت طولانی‌تر مورد احتیاج است.

پیشگیری عفونتهای استرپتوکوک

پیشگیری عفونتهای استرپتوکوک بنا همولیتیک گروه آ، همان‌گونه که ذکر شد بادرمان بموقع و کافی فارنزیت استرپتوکوکی موجب پیشگیری بیماری تب روماتیسمی حاد می‌شود. امداد سیاری از بیماران مبتلا بفارنزیت استرپتوکوکی چنین درمانی بعلل زیر معمول نمی‌شود:

- خفیف بودن علائم فارنزیت و درنتیجه عدم مناجمه پزشک.
- دردسترس نبودن پزشک.

عدم تشخیص فارنزیت استرپتوکوکی ازطرف پزشک:

- درمان نامناسب و یا ناکافی ازطرف پزشک.
- عدم اجرای تستورات پزشک ازطرف بیمار.

درنتیجه بطور متوسط یک درصد بیمارانی که درمان نمی‌شوند بعارضه تب روماتیسمی حاد دجارت می‌گردند. متأسفانه باتایی به فارنزیت استرپتوکوکی و عوارض آن بیماران در بر این عفونتهای مجدد مصون نمی‌سازد و مخصوصاً که، ابتلای مجدد به تب روماتیسمی حاد (عود بیماری)، موجب تشدید ضایعات قلبی بیمار می‌گردد.

بنابراین پیشگیری عفونتهای استرپتوکوکی برای بیماری که قبل از تب روماتیسمی حاد شده است اهمیت حیاتی دارد. این پیشگیری بدو طریق زیر انجام پذیر است:

الف - واکسیناسیون - بهترین طریقه برای پیشگیری عفونتهای استرپتوکوکی، واکسیناسیون است. استرپتوکوک همولیتیک گروه آ دارای آن‌تهاي بسیاری است که بیشتر آنها از قبیل استرپتو- لیزین‌ها و هیالورونیداز وغیره خارج سلولی می‌باشد. آن‌هاي سلولی مربوط به دیواره سلول است که دونوع اندیکی از جنس گلوسید که بین انواع مختلف استرپتوکوک مشترک و اختصاصی است و دیگری از جنس پروتئین (مخصوصاً پروتئین M) که در انواع مختلف استرپتوکوک متفاوت است. آن‌ها متشکر دارای قدرت آن‌هاي ضعیفی است، و فقط در تعدادی از اشخاص پس از عفونت استرپتوکوک بمقدار کم ایجاد آن‌ها کور می‌کند، و بهمین جهت نقشی در مصونیت ندارد. آن‌ها اختصاصی از نظر قدرت آن‌هاي ضعیفی قوی است و آن‌ها کوری که علیه آن ایجاد می‌شود بهمدت طولانی بایدار است اما فقط برای همان نوع (از قریب به ۶۰ نوع استرپتوکوک بنا همولیتیک گروه آ) مصونیت ایجاد می‌کند. بنابراین در صورتیکه واکسنی جهت پیشگیری عفونتهای استرپتوکوکی تهیه شود باید پولی والان بوده، و حداقل شامل آن‌هاي شایع انواع شایع استرپتوکوک باشد. چنین

و اشکال خفیف بیماری مخصوصاً در مواقعي که همه گیر نباشد، نسبتاً زیاد دیده می‌شود و ممکن است گاهی علائم آنقدر مختصر باشد که بیمار احساس ناراحتی چندانی نکرده پزشک مراجعه نکند.

تشخیص اشکال خفیف غیرمعمول بیماری برای پزشک چندان ساده نیست. گزارش‌های موجود نشان میدهد که پزشکان فقط در ۵۵٪ تا ۷۰ درصد موارد میتوانند فارنزیت استرپتوکوکی را بطور مسلم تشخیص دهند. مهترین مسئله در تشخیص فارنزیت استرپتوکوکی تشخیص افرادی آن باعفونتهای ویروسی مجاری فوقانی است. در عفونتهای ویروسی معمولاً مخاط مجاری تنفسی فوقانی همه کم و بیش دچار التهاب می‌باشد و علائم آب ریزش ازینی، عطسه، سرفه و گاهی کثیر نکتیویت دیده می‌شود، تب معمولاً خفیف است، گلودرد بطور نسبی کمتر است و ترشح کم و یا اصلاً موجود نیست، اما بهر حال در اشکال شدید عفونتهای ویروسی ممکن است تب بالا، گلودرد شدید و ترشح موجود باشد و تشخیص را مشکل سازد.

همچنانکه اشاره شد تقریباً در یک سوم موارد برای تشخیص مسلم این دو نوع عفونت از یکدیگر باید از آزمایشگاه کمک گرفت. از نظر علائم آزمایشگاهی یگانه آزمایش مطمئن و قابل اعتماد کشت میکروب گلوب می‌باشد. روشن کشت بسیار ساده است و توسط سواب (swab) انجام می‌گیرد سپس در روی محیط آگار خوندار کشت داده می‌شود. معمولاً پس از ۲۴ تا ۱۲ ساعت میتوان استرپتوکوک بنا همولیتیک گروه آ را از روی کولونی های آن که توسط هاله بین‌نگی احاطه شده اند تشخیص داد.

ب - درمان: درمان فارنزیت استرپتوکوکی باید هر چه زودتر شروع شود و تأخیر در درمان ممکن است نتواند موجب پیشگیری تب روماتیسمی گردد.

داروی انتخابی جهت درمان فارنزیت استرپتوکوکی پنی سیلین است. اثر دارو مطمئن و سریع بوده و تاکنون انواع مقاوم استرپتوکوک بنا همولیتیک گروه آ، نسبت به پنی سیلین گزارش نشده است. پنی سیلین را میتوان بصورت تزریق بمقدار ۴۰۰ هزار تا ۶۰۰ هزار واحد از نوع پنی سیلین پروکائین روزانه و یا بصورت خوارکی ۲۰۰ هزار تا ۴۰۰ هزار واحد (۱۲۵ تا ۲۵۰ میلی گرم) از پنی سیلین ۷ هر ۶ ساعت جهت بیمار تجویز کرد. مدت درمان ۱۰ روز متوالی توصیه می‌شود. اخیراً نشان داده شده است که پنی سیلین بنزاتین که جذب آن بطیشی صورت می‌گیرد بمقدار یک آمپول ۶۰۰ هزار تایلک ملیون و دویست هزار واحدی دریک تزریق برای درمان کافی است.

در صورتیکه بیمار به پنی سیلین حساس باشد میتوان از آن‌ها بیوپتیک

باتوجه به نکات مذکور از نظر پیشگیری تب روماتیسمی تجویز پنی سیلین بفرازین بهترین طریقه است.

تجربه نشان داده است که از نظر مدت زمانی که باید پیشگیری انجام گیرد، پیشگیری بدارو باید برای مدت نا محدود ادامه باید چون حتی در اشخاص بالغ و مسن نیز عود بیماری دیده میشود. عده ای از اصحاب نظر ان معتقدند که چون کار دیت روماتیسمی برای بار اول در سنین پس از بلوغ نادرست بنا بر این در مواردی از تب روماتیسمی که در حمله اول بیماری هیچ گونه علائم کاردیت موجود نبوده میتوان پس از رسیدن بیمار به سن بلوغ پیشگیری را قطع کرد.

فارنزیت های مکرر و حملات متعدد تب روماتیسمی بهیچ وجه عمل بیرون آوردن لوزه ها را ایجاد نمی کند چون نه تنها شیوع فارنزیت های استرپتو کوکی و حملات تب روماتیسمی را کاهش نمیدهد بلکه بر طبق بعضی گزارشها، احتمال عود بیماری را بیشتر میکند و علت آن احتمالاً اینست که چنین کودکانی در صورت بروز فارنزیت استرپتو کوکی کمتر احساس درد و ناراحتی در گلو میکنند و همین امر گاهی موجب عدم مراجعه بیمار به پزشک و درمان بیماری میگردد.

خلاصه - تب روماتیسمی حاد از عوارض عفونتهای استرپتو کوک بتا همولیتیک گروه آ بشمار میرود و این بیماری موجب یک سلسله علائم مخصوصاً آرتربیت و کاردیت میگردد و در بسیاری مواقع در یوجه های قلب را بطوردامن چار ضایعه میکند. درمان های موجود جهت بیماری نمیتواند موجب پیشگیری و یا ترمیم این ضایعات گردد. بنابر این پیشگیری بیماری تب روماتیسمی و یا عود مجدد آن اهمیت حیاتی دارد.

طرق پیشگیری تب روماتیسمی بطور کلی عبارت از:

- تشخیص و درمان بموضع و کافی عفونتهای استرپتو کوک بتا همولیتیک گروه آ. در صورت شک در تشخیص باید کشت میکرب از گلو انجام گیرد. داروی انتخابی جهت درمان عفونت پنی سیلین است که بطور خوراکی یا تزریقی تجویز میشود.

- برای پیشگیری عفونتهای استرپتو کوک بتا همولیتیک گروه آ، بعلت موجود نبودن واکسن جهت بیماری، باید آنتی بیوتیکها مخصوصاً پنی سیلین و یا سولفامید ها را به مقدار کم و بطور مداوم و برای مدتی نامحدود تجویز کرد و بهترین روشهای تجویز پنی سیلین بفرازین بطور ماهانه است.

عمل بیرون آوردن لوزه ها نه تنها از نظر پیشگیری تب روماتیسمی لزوم ندارد بلکه تاحدی میتوان گفت مضر است.

واکسنی مراحل تجربی خود را طی میکند، و این امیدواری هست که در آینده بسازار عرضه گردد و در دسترس همگان قرار گیرد.

ب - پیشگیری با دارو - تحقیقات و تحریکات متعدد نشان داده است که سولفامیدها و پنی سیلین و تمدادی از آنتی بیوتیکهای دیگر در مقادیر کم ولی بطور مداوم میتواند از بروز عفونت استرپتو کوکی جلو گیری کنند.

جدول زیر سه نوع داروی معده مول جهت پیشگیری عفونتهای استرپتو کوکی و مقایسه آنها را با یکدیگر نشان میدهد:

نوع دارو	سولافا دیازین	پنی سیلین بفرازین G	پنی سیلین
مقدار دارو	۱ گرم	۲۵۰ میلیگرم	۱۲۰۰۰ واحد
دقفات تجویز	روزانه	روزانه	ماهانه
طریقه تجویز	خوراکی	خوراکی	تزریق داخل عضلانی
احتمال عود تب روماتیسمی	حدود ۳ درصد	حدود ۵ درصد	حدود ۴۰٪ درصد
احتمال مقاومت استرپتو کوک	وجود ندارد	وجود دارد	وجود ندارد
سمومیت و حساسیت	نسبتاً نادر از قبیل واکنشهای آلرژیک و آنافیلاکتیک	بسیار نادر از قبیل واکنشهای آلرژیک و آنافیلاکتیک	نماینده از قبیل واکنشهای آلرژیک و آنافیلاکتیک

هر چند رژیم های داروئی فوق هر کدام با مزاایا و معایب خاص خود تاحد قابل ملاحظه ای موجب پیشگیری فارنزیت استرپتو کوکی میگردد با اینحال همانطور که ملاحظه میشود احتمال عفونت و در نتیجه عود حمله تب روماتیسمی حاد موجود است که ممکن است بیکی از علل زیر باشد:

- قطع دارو بطور موقت، مخصوصاً در انواع خوراکی که اکثر آ بعلت فراموشی در خوردن قرص ها پیش میآید.

- قرار گرفتن بیمار در عفونتهای مکرر و یا وجود میکرب بمقدار زیاد.

- اختلال در جذب داروهای مخصوصاً در انواع خوراکی (پنی سیلین و سولفامید).

- مقاومت استرپتو کوک نسبت بدارو (در مورد سولفامید).

- وجود استافیلکوکهای ترشح کننده پنی سیلین باز در گلو (در مورد پنی سیلین ها).

REFERENCES:

- 1 - Breese B B. et al . : Penicillin in streptococcal infections , total dose and frequency administration .Amer. J. Dis. Child. 110 : 125, 1965 .
- 2 - Czoniezer G. et al . : The need for improved recognition and treatment for the prevention of rheumatic fever. New Eng. J. Med. 265 : 951 , 1961 .
- 3 - Feinstein A.R. et al : Oral prophylaxis of recurrent rheumatic fever , sulfadiazine vs. A double dose of penicillin. J.A.M.A. 182 : 489 , 1964 .
- 4 - Feinstein A.R. et al . : Tonsils and rheumatic fever . New Eng. J. Med . 282 : 814, 1970.
- 5 - Grossman B.J. and Stamler J. : Potential preventibility in first attacks of acute rheumatic fever in children. J.A.M.A. 183 , 985: 1963 .
- 6 - Kundsin R.B. and Miller J.M. : Significance of the staphylococcus aureus carrier in the treatment of disease due to group A streptococci. New Eng. J. Med . 271 : 1395, 1964 .
- 7 - Markowitz M. et al . : Rheumatic fever , prevention , oral penicillin prophylaxis pediat. 43 : 173:1969 .
- 8 - Markowitz M. and Kuttner A.G.: Rheumatic fever, diagnosis mangement and prevention W.B. Saunders Company Philadelphia, 1965.
- 9 - Mortimer E.A. and Boxerbaum B. : Diagnosis and treatment of group A streptococcal infections. pediat. 36 : 930 , 1965 .
- 10 - Siegel A.C. et al : Controlled studies of streptococcal pharyngitis in a pediatric population . I - Factors related to attack rate of rheumatic fever. New Eng . J. Med. 265 : 559 , 1961 .
- 11 - Stillerman M. and Bernstein S H. : Streptococcal pharyngitis . Amer. J. Dis. Child. 101 : 476 , 1961 .
- 12 - Stillerman M. and Bernstein S.H. Streptococcal pharyngitis therapy. Amer. J. Dis. Child. 107:35, 1964.
- 13 - Stollerman C.H.: The management and control of rheumatic fever. Acta Rheum. No. 1, North Amer Series, 1960.
- 14- Wolfe C.K. et al.: Type - specific antibody response in man to injections of cell walls and M protein from group A type 4 streptococcl. J. Lab. Clin. Med. 61:459, 1963.
- 15 - Wood H.F. et al.: Rheumatic fever in children and adolescents. III- Comparative effectiveness of three prophylaxis regiments in preventing strptococcal infections and rheumatic recurrences. Ann. Intern. Med. 60, (Suppl. 5) 31, 1964 .