

فلج شل حاد

گزارش دهی:

■ فوری

□ غیر فوری ماهانه

معرفی بیماری

پولیومیلیت یک بیماری عفونی ناشی از پولیو ویروس است که اغلب موارد به دنبال ایجاد فلج شل ناگهانی، شناخته می‌شود. ویروس پولیو در دستگاه گوارش با انتشار به لنف نوده‌های ناحیه‌ای و در تعداد کمی از بیماران به سیستم عصبی اتفاق می‌افتد. بیش از ۹۰٪ موارد عفونت بدون علامت بوده یا علائم خفیف دارد و کمتر از ۱٪ موارد بیماری علائم فلجی را نشان می‌دهند. ۱۰-۵٪ موارد علامت‌دار، به دلیل درگیری عضلات تنفسی فوت می‌شوند. این بیماری در هر سنی ممکن است ظاهر شود؛ ولی بیشتر کودکان و به خصوص گروه زیر ۵ سال را درگیر می‌کند.

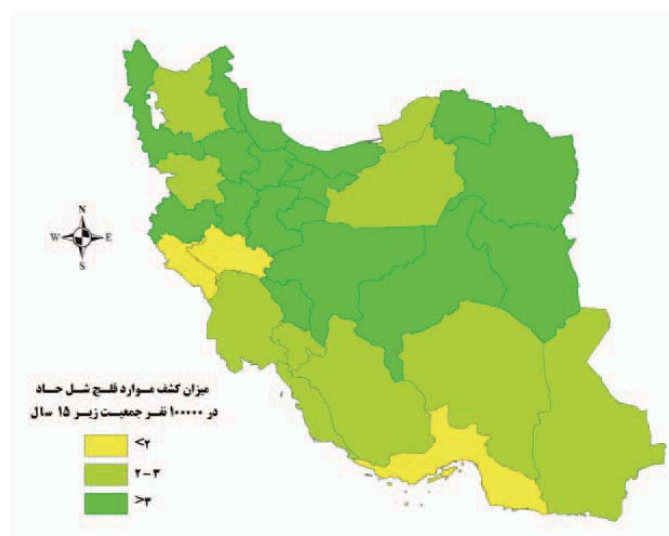
از سال ۱۹۸۸ میلادی در مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت ریشه کنی بیماری فلج اطفال مصوب شد و کلیه کشورها متعهد شدند با تقویت پوشش واکسیناسیون جاری کودکان، انجام روزهای ملی ایمن‌سازی برای واکسیناسیون تکمیلی و تقویت و استانداردسازی نظام مراقبت بیماری در جهت دستیابی به هدف ریشه کنی اقدام نمایند. برای اعلام موفقیت در ریشه کنی فلج اطفال بایستی ۳ سال از آخرین زمانی که ویروس وحشی فلج اطفال در جهان گزارش شده بگذرد و با وجود فعالیت نظام مراقبت مناسب در سطح تمامی کشورها، هیچ مورد جدیدی از بیماری شناسایی نشود. این برنامه در ایران از سال ۱۳۷۳ با برگزاری روز ملی ایمن‌سازی فلج اطفال و واکسیناسیون ۹ میلیون کودک زیر ۵ سال آغاز شد. بعد از پاک شدن کشور از بیماری، هم اکنون به دلیل مجاورت با ۲ کشور بومی بیماری، سالیانه عملیات ایمن‌سازی تکمیلی در مناطق پرخطر از نظر ورود مجدد بیماری در ۲ نوبت به فاصله یک ماه انجام می‌شود.



کشورها از نظر بیماری فلج اطفال به ۳ دسته می‌شوند اول کشورهایی که بیماری هنوز در آنها بومی است که در سال ۲۰۱۲ فقط ۳ کشور افغانستان، پاکستان و نیجریه در این دسته قرار داشتند. دوم کشورهایی که توانسته‌اند گردش ویروس وحشی فلج اطفال را قطع کنند و عاری از پولیو شوند و سوم کشورهایی که علیرغم موفقیت اولیه، مجدداً بیماری به کشورشان برگشته است.

نظام مراقبت فلج شل حاد که در واقع یک نظام مراقبت سندرمیک محسوب می‌شود، به دنبال کشف موارد احتمالی بیماری فلج اطفال می‌باشد؛ لذا همه کشورها باید بتوانند حداقل شاخص‌های تعیین شده برای شناسایی و گزارش موارد فلج شل حاد را تامین نمایند. به دلیل اینکه دلایل مختلفی برای بروز تابلوی بالینی فلج شل حاد به غیر از پولیومیلیت وجود دارد، لذا در صورتی که هیچ موردی از بیماری فلج اطفال در کشور وجود نداشته باشد باید حداقل ۲ مورد فلج شل حاد به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت زیر ۵ سال در هر سال شناسایی و گزارش شود. بدین لحاظ افزایش میزان کشف موارد فلج شل حاد (در شکل ۱۴ به سبز پررنگ نمایش داده شده) امری مطلوب تلقی گردیده و حاکی از تلاش وافر این نظام جهت کشف هر نوع موارد احتمالی بیماری فلج اطفال از بین تمام موارد گزارش شده فلج شل حاد می‌باشد. به عبارت دیگر افزایش میزان کشف، نسبتی با افزایش بار بیماری فلج اطفال در جامعه ندارد و میزان بروز بیماری فلج اطفال

در کشور صفر می‌باشد. در دوازده سال اخیر مواردی از بیماری دیده نشده است و کشور در مرحله عاری از پولیو (Polio free) قرار دارد. تعداد کل موارد فلج غیر پولیویی گزارش شده در سال ۱۳۹۰، ۶۲۴ مورد (میزان بروز ۳/۶ در یک صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۵ سال کشور) می‌باشد.



شکل ۱۴: میزان کشف و گزارش‌دهی موارد فلج شل حاد در کشور در سال ۱۳۹۰

علائم بالینی

انتقال این بیماری از طریق تماس مستقیم (ترشحات تنفسی و مدفوع) می‌باشد و پس از طی دوره کمون ۳-۴۵ روزه، علائم تب، سردرد، خستگی، استفراغ و یبوست ظاهر می‌شود. در صورت تبدیل به فاز ماژور یا شدید بیماری، درد شدید عضلانی، سفتی گردن با یا بدون فلج شل به آن اضافه می‌شود. عواملی نظیر نقص ایمنی، حاملگی، تزریقات داخل عضلانی، تانسیلکتومی، فعالیت عضلانی شدید و تروما در فاز پرودرومال بیماری می‌تواند در ابتلا به فرم فلجی موثر باشد. تا زمانی که ویروس دفع می‌شود احتمال واگیری بیماری وجود دارد. اغلب بیماران در روزهای اول قبل و بعد از شروع علائم، عفونت‌زا هستند.

تعاریف

مورد: بروز هر مورد فلج شل حاد در یک کودک زیر ۱۵ سال بدون ارتباط با ترومای واضح.

مورد قطعی: هر فردی که ویروس وحشی فلج اطفال از مدفوع وی به دست آید.

تشخیص

تشخیص بیماری از طریق کشت نمونه مدفوع بیمار و جداسازی ویروس وحشی فلج اطفال انجام می‌شود. حداکثر میزان دفع ویروس در مدفوع بیمار، ۲ هفته اول ابتلا است؛ لذا نمونه‌هایی که در ۲ هفته اول پس از شروع بیماری گرفته شده و

^۱ با توجه به اینکه شاخص میزان کشف موارد فلج شل حاد ۲ مورد در صد هزار نفر جمعیت زیر ۵ سال می‌باشد، بنابراین موارد کمتر از ۲ به رنگ زرد و موارد بالاتر از ۲ به رنگ سبز کم رنگ و موارد بالاتر از ۳ به رنگ سبز پر رنگ نمایش داده شده است. در واقع شاخص ۲ به بالا، شاخص استاندارد و قابل قبول است.

در شرایط مناسب به آزمایشگاه ارسال شوند، نمونه‌هایی هستند که ارزش تشخیصی بالایی دارند. از هر بیمار باید ۲ نمونه مدفوع به فاصله حداقل ۲۴ ساعت از هم تهیه شده و در دمای حدود ۴ درجه سانتی‌گراد برای آزمایشگاه مرجع کشوری فلج اطفال در تهران ارسال شوند. اگر به هر دلیل نتوانیم در این مدت نمونه بگیریم نمونه‌های تاخیری باید تهیه و ارسال شود؛ ولی در صورتی که منفی شود نمی‌توان بیماری را کاملاً رد کرد و این بیمار باید در کمیته کشوری طبقه‌بندی فلج شل حاد مطرح و تصمیم‌گیری انجام شود. در این موارد پیگیری بیمار از نظر وجود فلج باقیمانده در روز ۶۰ پس از شروع علائم بیماری، برای طبقه‌بندی نهایی ضروری است.

اقدامات مورد انتظار در مواجهه با مورد فلج شل حاد

- گزارش تلفنی فوری به مرکز بهداشت شهرستان.
- ارجاع فوری بیمار به مرکز تخصصی.
- آموزش خانواده بیمار در خصوص ضرورت بررسی تخصصی و اقدامات اپیدمیولوژیک.
- بررسی سابقه بیماری مشابه در اطرافیان و موارد تماس.
- بررسی سابقه واکسیناسیون اطرافیان و آموزش در مورد تکمیل واکسیناسیون.
- پیگیری روز ۶۰ برای تمام بیماران مشکوک به فلج شل حاد.

نکته مهم: دقت فرمایید که هدف نظام مراقبت نه فقط گزارش موارد فلج اطفال بلکه گزارش تمام موارد فلج شل حاد، صرف نظر از علت ایجاد آن است.

اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر

تمامی موارد مشکوک به بیماری بایستی ارجاع فوری به مراکز تخصصی داده شوند.

جداسازی

به دلیل دفع ویروس از مدفوع افراد آلوده لازم است تا مدت حداقل ۲ هفته پس از آغاز بیماری، نکات بهداشتی در مورد تماس با مدفوع بیمار به صورت شستن دست‌ها و دفع صحیح مدفوع بهداشتی رعایت شود. با توجه به زنده بودن ویروس فلج در قطره خوراکی فلج اطفال باید قطره فلج (نوبت صفر واکسن) در موقع ترخیص از بیمارستان به نوزاد خوراندن شود.

منابع

۱. دستورالعمل کشوری فلج شل حاد. مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۲.
۲. اصول پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها. مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۵.
۳. اطلاعات و آمار بیماری‌های واگیر. مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۹۰.