

سرخجه یکی از علل شایع بیماری‌های حاد تب‌دار و بثوری است که عوارض متعددی را ایجاد می‌کند. عفونت سرخجه در حاملگی می‌تواند منجر به سقط، مرده‌زایی یا نوزاد مبتلا به عفونت سرخجه مادرزادی گردد. ابتلاء مادر به ویروس سرخجه در ماه‌های اول بارداری می‌تواند موجب کاتاراکت و بیماری‌های قلبی در نوزاد گردد.

انسان تنها میزبان طبیعی ویروس سرخجه است. انتقال عامل بیماری از طریق ترشحات دستگاه تنفس شخص مبتلا صورت می‌گیرد و در اکثر موارد ناشی از تماس طولانی و نزدیک با بیمار است. اپیدمی‌های سرخجه در فواصل ۶ تا ۹ سال یک بار ولی به دفعات کمتری از همه‌گیری‌های سرخک مشاهده می‌گردد. سرخجه بیشتر از همه در کودکان دیده می‌شود اما سن ابتلا به آن بعد از زمان معمول برای ابتلا به سرخک است. در برخی از کشورها تعداد قابل توجهی از بالغین (حدود ۱۵ درصد) فاقد آنتی‌بادی HI نسبت به سرخجه هستند.

به‌طور معمول تنها یک مورد از ۵ تا ۱۰ مورد بالینی بیماری سرخجه گزارش می‌شود و به علاوه به ازاء هر یک مورد با تظاهرات بالینی یک یا چند مورد عفونت بدون علائم بالینی وجود دارد که از نظر اپیدمیولوژیکی، به اندازه موارد بالینی بیماری با اهمیت هستند.

اگر چه واگیر بودن سرخجه کمتر از سرخک و بسیاری از بیماری‌های دیگر کودکان است ولی با بروز اپیدمی در سربازخانه‌ها و یا مؤسسات شبانه روزی کلیه افراد حساس به بیماری مبتلا خواهند شد. در سرخجه اکتسابی زمان سرایت‌پذیری بیماری کوتاه است و از یک هفته قبل از بروز بثورات تا ۵ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت (حداکثر تا ۲۱ روز بعد از بروز بثورات) اما حداکثر سرایت‌پذیری آن یک روز قبل از ظهور نشانه‌هاست.

پس از دوره نهفتگی (حدود ۱۸ روز) نشانه‌های دوره مقدماتی به صورت بی‌اشتهایی، ضعف، سردرد، کونژوکتیویت، تب خفیف و علائم تنفسی از یک تا ۵ روز قبل از بروز بثورات جلدی مشاهده شده و در بالغین معمولاً واضح‌تر است. در بالغین یا اطفال بزرگتر ورم ملتحمه، بثورات جلدی، چند غده لنفاوی بزرگ و حساس، افزایش درجه حرارت بین ۲/۳۷ تا ۸/۳۷ درجه سانتیگراد و ضعف مختصر، تظاهرات بالینی بیماری سرخجه هستند. بثورات جلدی در مدت یک تا دو روز محو می‌شوند و بیمار فعالیت طبیعی خود را از سر می‌گیرد و به این جهت آن را سرخک سه روزه می‌نامند.

علائم بیماری معمولاً در مدت یک تا دو روز فروکش می‌کند و بیمار به سرعت رو به بهبودی می‌رود. احتمال عفونت دوباره در سرخجه نسبت به سایر بیماری‌های ویروسی بیشتر و حدود ۵ تا ۸ درصد است.

مراقبت سرخجه:

تعریف مورد مشکوک به سرخجه:

۱- هر بیمار در تمام گروه‌های سنی که کارمندان بهداشتی در او به سرخجه مشکوک هستند.

۲- هر بیمار با تب و راش ماکولوپاپولر همراه با یک یا چند از علائم زیر: بزرگی غدد لنفاوی گردنی، پشت سری یا پشت گوشی، درد یا تورم مفاصل. معمولاً تشخیص سرخجه از بیماری‌های سرخک، تب دانگ و یا دیگر بیماری‌های بثوری تب‌دار از نظر بالینی غیرممکن است. در مرحله حذف سرخک - سرخجه موارد مشکوک به سرخک و سرخجه در یک طبقه‌بندی مراقبتی به‌عنوان بیماری بثوری تب‌دار برای موارد مشکوک به این دو بیماری قرار می‌گیرند. مورد تأیید شده آزمایشگاهی سرخجه:

بدلیل سخت بودن تشخیص بالینی سرخجه، تأیید آزمایشگاهی مورد نیاز می‌باشد. یک مورد تأیید شده آزمایشگاهی سرخجه عبارتست از مورد مشکوکی که تست خون مثبت از نظر *IgM* اختصاصی سرخجه را دارا باشد.

مورد تأیید شده اپیدمیولوژیک سرخجه:

یک مورد تأیید شده اپیدمیولوژیک سرخجه فردی است با بیماری بثوری تب‌دار که از نظر آزمایشگاهی مورد بررسی قرار نگرفته است ولی از نظر اپیدمیولوژی با مورد تأیید شده آزمایشگاهی سرخجه مرتبط است.

## ب- سندرم سرخجه مادرزادی (CONGENITAL RUBELLA SYNDROME=CRS)

جنینی که با ویروس سرخجه عفونی شده باشد، ممکن است با سندرم سرخجه مادرزادی متولد شود. سندرم سرخجه مادرزادی از علل بسیار مهم کوری، کری، بیماری‌های قلبی-مادرزادی و عقب ماندگی ذهنی است. مطالعات مختلفی در کشورها انجام شده است و شیوع بیماری را بین ۴/۰ تا ۴/۳ مورد به ازای هر هزار تولد زنده نشان داده است. تعدادی از نقایص همراه با CRS ممکن است در هنگام تولد تشخیص داده شوند در حالیکه دیگر نقایص ماه‌ها یا حتی چندین سال بعد گزارش می‌شوند. تظاهرات CRS ممکن است گذرا (مثل پورپورا) یا تظاهرات دائمی (مثل کری، نقایص سیستم عصبی مرکزی، بیماری قلبی مادرزادی، مردمک سفید یا کاتاراکت) یا بصورت علائم دیررس (مثل دیابت ملیتوس) باشند. همچنین آلودگی جنین به عفونت سرخجه ممکن است باعث سقط خودبخودی و مرده‌زایی، و تولد نوزاد با وزن کم گردد.

نوزادان با CRS، ویروس سرخجه را برای مدتهای طولانی با اشک دفع می‌کنند. ویروس سرخجه می‌تواند در ترشحات نازوفارنکس در ۸۰٪ نوزادان با CRS در طی ماه اول زندگی، ۶۲٪ در سن ۱ تا ۴ ماهگی، ۳۳٪ در سن ۵ تا ۸ ماهگی، ۱۱٪ در سن ۹ تا ۱۲ ماهگی و ۳٪ در طی سال دوم زندگی یافت شود. نوزادان با CRS که ویروس سرخجه را با ترشح اشک دفع می‌کنند عفونی بوده و اقدامات احتیاطی مناسب باید برقرار شود. بویژه برای جلوگیری از در معرض خطر قرار گرفتن زنان باردار غیرایمن و انتقال به جنین این امر مهم است.

## مراقبت CRS :

مراقبت جاری CRS مبتنی بر تشخیص نوزادان ۰ تا ۱۱ ماهه مبتلا به CRS می‌باشد اگر چه تعدادی از علائم مربوط به CRS ممکن است تا سن های بالاتر بارز نباشند. در کودکان با سن بالای یکسال تأیید سرخچه به عنوان عامل ناهنجاریهای مادرزادی خیلی مشکل است. مورد مشکوک CRS عبارتست از:

- ۱- هر کودک کمتر از یکسال که کارمندان بهداشتی در او مشکوک به CRS می‌شوند.
- ۲- هر کودک کمتر از یکسال دارای تاریخچه مادری مشکوک یا تأیید شده ابتلاء به سرخچه در دوران حاملگی.
- ۳- هر نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به کری و یا با یک یا چند علامت از علائم چشمی زیر:  
مردمک سفید (کاتاراکت)، کاهش دید، حرکات پاندولی چشم (نیستاگموس) لوچی، کره چشم کوچک (میکروفتالموس)، قرنیه بزرگتر (گلوکوم مادرزادی)  
توجه: کارمندان بهداشتی بایستی همه موارد مشکوک به CRS را به پزشک برنامه ارجاع دهند.  
مورد تأیید شده بالینی CRS: یک مورد تأیید شده بالینی، فردی است که توسط پزشک دوره دیده به ترتیب ذیل با ۲ عارضه از گروه الف و یا یک عارضه از گروه الف و یک عارضه از گروه ب گزارش شود:  
گروه الف: کاتاراکت، گلوکوم و یا کاتاراکت همراه با گلوکوم، بیماری قلبی مادرزادی، نقص شنوایی، رتینوپاتی پیگمانته.  
گروه ب: پورپورا، اسپلنومگالی، میکروسفالی، عقب ماندگی ذهنی، منگوانسفالیت، بیماری استخوانی رادبولوسنت، زردی که در ۲۴ ساعت اول تولد شروع شود.  
مورد تأیید شده آزمایشگاهی CRS: مورد تأیید شده آزمایشگاهی CRS نوزادی است که علائم بالینی CRS را دارد و *IgM* اختصاصی سرخچه در خون او شناسایی شده است.  
عفونت سرخچه مادرزادی (CRI): نوزاد با تست خونی مثبت از نظر *IgM* سرخچه که تأیید بالینی CRS را ندارد بعنوان فردی که عفونت سرخچه مادرزادی (CRI) دارد طبقه بندی می‌شود.

## گزارش موارد:

- برای هر مورد مشکوک به CRS علاوه بر تنظیم لیست خطی و اعلام به سطوح بالاتر باید یک فرم بررسی اپیدمیولوژیک نیز تکمیل گردد.
- بررسی زن باردار مشکوک به سرخچه: به منظور تشخیص موارد CRS در نوزادان، بررسی بیماری بثوری در زنان باردار بسیار مهم است. اگر یک زن باردار به سرخچه مشکوک است مراحل زیر باید پیگیری شود:
- ۱- شک به CRS برای بیمار بایستی توضیح داده شود و نمونه خون تهیه گردد.
  - ۲- نمونه خون بایستی از نظر *IgM* اختصاصی سرخچه در آزمایشگاه معتبر بررسی شود.
  - ۳- در صورتیکه نتیجه آزمایش نمونه خون از نظر *IgM* اختصاصی سرخچه مثبت بود، بیمار بایستی از نظر انجام ویزیت بعدی پیش از تولد و پیگیری مورد مشورت قرار گیرد.
  - ۴- در صورتیکه نتیجه نمونه خون از نظر *IgM* اختصاصی سرخچه منفی باشد و اولین نمونه خون در ۶ روز اول شروع بثورات جلدی تهیه شده باشد، بایستی نمونه خون دوم تهیه شده و از نظر *IgM* اختصاصی سرخچه آزمایش شود.
  - ۵- برای تمامی موارد عفونت سرخچه در طی بارداری که از نظر آزمایشگاهی تأیید شده‌اند، نام بیمار و دیگر اطلاعات مرتبط بایستی در بررسی سرخچه بارداری ثبت شود. مشاوره و پیگیری طبی بایستی ارائه شود.
  - ۶- از نوزاد مادری که در دوران بارداری نتیجه آزمایش عفونت به سرخچه آن تأیید شده بایستی نمونه خون برای تعیین *IgM* اختصاصی سرخچه تهیه شود و به وسیله یک پزشک دوره دیده در اسرع وقت بعد از تولد معاینه شود.
- لازم به ذکر است بر اساس چاپ ششم دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (مراقبت پیش از بارداری صفحه ۱۱) در صورت منفی بودن تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه و طبق درخواست پزشک یا ماما واکسن سرخچه برای مادران تزریق می‌گردد. و در حال حاضر این واکسن در سیستم بهداشتی موجود می‌باشد.

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

منابع: راهنمای کشوری مراقبت سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی (CRS)

سایت پزشکان بدون مرز - بیماریهای واگیر شایع در ایران