

بیمای های واگیردار

مقدمه:

بیماریهای عفونی واگیردار از قدیمی ترین دشمنان سلامت بشر هستند. همه گیری های بزرگ ایجاد شده توسط برخی از آن ها (مانند وبا- طاعون و آنفلوآنزا) در قرن های گذشته خسارات سنگینی بر جامعه بشری وارد کرده است.

علیرغم پیشرفت های شگرف علم پزشکی در زمینه های پیشگیری و درمان بیماری واگیر، متأسفانه هنوز هم بیماریهای عفونی با قابلیت ایجاد اپیدمی به عنوان یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان مطرح هستند. شرایط خاص و فوق العاده جمهوری اسلامی ایران از ابعاد مختلف، اعم از پتانسیل بروز حوادث غیرمترقبه، واقع شدن در منطقه مدیترانه شرقی، همسایگی با کشورهای در حال توسعه با شاخص های نامطلوب سلامتی، تنوع آب و هوایی، وسعت جغرافیایی زیاد، جابجایی جمعیت و مهاجرپذیری، خیل عظیم پناهندگان از کشورهای همسایه، وجود مناطق روستایی توسعه نیافته، تغییرات جدی شرایط اقلیمی و آسیب محیط زیست باعث گردیده تا احتمال بروز همه گیری و طغیان بیماری های واگیردار همواره کشور را تهدید نماید.

تعاریف:

بیماری واگیردار

بیماری ناشی از یک عامل عفونی خاص یا فراوده سمی آن که در نتیجه انتقال مستقیم یا غیرمستقیم آن عامل یا فراورده های آن از طریق یک واسطه حیوانی یا گیاهی، ناقل و یا محیط غیر زنده از شخص یا حیوان آلوده یا مخزن به میزبان حساس منتقل می شود.

بومی (ENDEMIC)

وجود بیماری یا عامل بیماریزا به صورت دائم یا همیشگی در یک منطقه ی جغرافیایی یا گروه جمعیتی معین بیماری

بومی یا اندمیک گفته می شود.مانند سالک در حومه - کازرون - فراشند

اپیدمی (همه گیری) (EPIDEMIC)

به وقوع موارد یک بیماری - بویژه یک رفتار مرتبط با تندرستی یا سایر پیشامدهای مرتبط با تندرستی در یک جامعه

یا در یک منطقه که به طور کاملاً آشکار بیش از تعداد مورد انتظار است گفته می شود.

اسپورادیک (تک گیر) (Esporadic)

وقوع یک بیماری به صورت پراکنده هم از نظر زمانی و هم از نظر مکانی - تک گیر گفته می شود. تب خونریزی کنکو

پاندمیک (عالمگیری) PANDEMIC

نوعی همه گیری که در یک منطقه وسیعی از دنیا روی می دهد، از مرزهای بین المللی در می گذرد و بطور معمول شمار بسیار زیادی از مردم را دچار می کند.

عامل بیماری

عوامل بیماری زایی (پاتوژن ها) بیماری های واگیردار عمدتاً شامل موجودات زنده میکروسکوپی مانند ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها و انگل ها هستند که از طریق تماس مستقیم، هوا، آب، غذا یا ناقلین به انسان منتقل می شوند.

عوامل ویروسی

ویروس ها شایع ترین عوامل بیماری های واگیردار تنفسی و خونی هستند.

- آنفلوآنزا (ویروس آنفلوآنزا A و B)، کووید-۱۹ (سارس-کوو-۲)، سرخک (ویروس سرخک).
- هپاتیت B و C، ایدز (HIV)، دنگی (ویروس دنگی).

عوامل باکتریایی

باکتری ها اغلب عامل بیماری های گوارشی، تنفسی و زخمی هستند.

- سل (مایکوباکتریوم توبرکلوزیس)، وبا (ویبریو کلرا)، طاعون (یلرینیا پسودوتوبرکلوزیس).
- بروسلوز (بروسلا)، سوزاک (نایسریا گونوره آ)، سالمونلا.

عوامل قارچی و انگلی

این عوامل بیشتر در مناطق گرمسیری یا با بهداشت ضعیف شایع اند.

- قارچ ها: مانند کاندیدا یازیس یا عفونت های پوستی (در موارد نادر واگیردار).
- انگل ها: مالاریا (پلاسمودیوم)، اسهال آمیبی (انتانموبا هیستولیتیکا).

ویروس ها و باکتری ها غالب ترین عوامل اخیر در ایران (آنفلوآنزا) و جهان (دنگی، سل) محسوب می شوند.

مهمترین و شایع ترین بیماری های واگیردار اخیر در ایران و جهان

مهم ترین و شایع ترین بیماری های واگیردار حال حاضر در ایران و جهان شامل عفونت های تنفسی (به ویژه آنفلوانزا و کووید)، بیماری های اسهالی، بیماری های منتقله توسط پشه (مثل دنگی و مالاریا)، سل، عفونت های مقاربتی و برخی بیماری های نوپدید مانند آبله میمونی است. در ایران این روزها به طور خاص موج شدید آنفلوانزای A/H₃N₂ و سایر سویه های آنفلوانزا برجسته است.

مهم ترین بیماری های واگیردار در ایران (اخیر)

- آنفلوانزای A (به ویژه H₃N₂) با گسترش وسیع، مرگ و میر قابل توجه و فشار بر بیمارستان ها در هفته های اخیر گزارش شده است.
- کووید-۱۹ همچنان به صورت موارد پراکنده و امواج کوچک فصلی وجود دارد، هرچند شدت آن نسبت به سال های اول کمتر شده است.
- عفونت های شایع تنفسی و ویروسی دیگر (راینوویروس ها، آدنوویروس ها، RSV) نیز در فصول سرد در گردش هستند، هرچند همیشه به صورت تک به تک نام گذاری نمی شوند.

شایع ترین بیماری های واگیردار در جهان

- عفونت های تنفسی:
 - آنفلوانزا (مخصوصاً H₃N₂، H₁N₁ و برخی سویه های آنفلوانزای پرندگان) یکی از پرتکرارترین بیماری های واگیردار در سطح جهان است و صدها همه گیری موضعی در سال ثبت می شود.
 - کووید-۱۹ همچنان به صورت اندمیک در جهان گردش دارد و موج های فصلی و ظهور زیرسویه های جدید گزارش می شود.
- بیماری های منتقله توسط پشه:
 - دنگی در سال ۲۰۲۴ به رکورد بیش از ۱۲ میلیون مورد جهانی رسیده و از شایع ترین بیماری های ویروسی منتقل شونده توسط پشه است.
 - مالاریا همچنان یکی از علل مهم مرگ و میر عفونی در بسیاری از کشورهای کم درآمد است.

سایر بیماری های واگیردار مهم جهانی

- بیماری های اسهالی و گوارشی: وبا و اسهال حاد آبی، سالمونلا و شیگلا در بسیاری از کشورها، به ویژه در مناطق با آب و فاضلاب نامناسب، شیوع بالایی دارند.
- سل (TB) و سل مقاوم به دارو: سل همراه با HIV و مالاریا سالانه حدود ۲,۵ میلیون مرگ ایجاد می کنند و از مهم ترین علل مرگ عفونی محسوب می شوند.
- عفونت های مقاربتی مانند HIV و سوزاک مقاوم به آنتی بیوتیک در فهرست پاتوژن های اولویت دار سازمان جهانی بهداشت قرار دارند.

بیماری های نوپدید و با اهمیت ویژه

- آبله میمونی (mpox) با هزاران مورد و صدها مرگ در برخی کشورهای آفریقایی و پراکندگی محدود در سایر نقاط جهان گزارش شده است.
- ویروس های با پتانسیل اپیدمی زایی بالا مانند ابولا، مرس (MERS-CoV) و برخی سویه های جدید آنفلوآنزای پرندگان در رادار نظام های مراقبت جهانی قرار دارند، هرچند شیوع آنها به گستردگی آنفلوآنزا یا دنگی نیست.

جدول ۱: بیماری های واگیردار شایع و عامل بیماری زا

بیماری	عامل بیماری زایی	نوع عامل
آنفلوآنزا	ویروس آنفلوآنزا (A/B (H1N1, H3N2)	ویروسی
کووید-۱۹	ویروس SARS-CoV-2	ویروسی
سرخک	ویروس سرخک	ویروسی
هپاتیت B/C	ویروس هپاتیت B/C	ویروسی
ایدز	ویروس HIV	ویروسی
دنگی	ویروس دنگی	ویروسی
سل (TB)	مایکوباکتریوم توبرکلوزیس	باکتریایی
وبا	ویبریو کلرا	باکتریایی
بروسلوز	بروسلا spp.	باکتریایی
سوزاک	نایسریا گونوره آ	باکتریایی
سالمونلا	سالمونلا spp.	باکتریایی
مالاریا	پلاسمودیوم spp.	انگلی
اسهال آمیبی	انتاموبا هیستولیتیکا	انگلی

معرفی بیماری های واگیردار شایع در ایران

آنفلوآنزای انسانی: آنفلوآنزا به شکل جهان گیر (پاندمی)، همه گیری (وسیع، کوچک، منطقه‌ای)، همه گیری، طغیان و تک گیر (اسپورادیک) مشاهده می شود. میزان حمله در همه گیری‌هایی که در اجتماعات بزرگ اتفاق می افتد معمولاً بین 10 تا 20 درصد است، در حالی که در اجتماعات بسته مثل مدرسه‌های شبانه‌روزی و یا خانه سالمندان به 50 درصد و بیشتر می رسد. همه گیری‌ها در مناطق معتدل معمولاً بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیر و اغلب در ماه‌های بارانی سال اتفاق می افتد.

آنفلوآنزای پرندگان: آنفلوآنزا علاوه بر انسان در گونه‌های مختلف پرندگان و بسیاری از پستانداران از جمله اسب، خوک و گربه‌سانان مشاهده می شود. به دلیل امکان پرواز در پرندگان و تنوع سوش‌های ویروس آنفلوآنزای مشاهده شده در پرندگان و خطر انتقال آن به انسان و اثبات بروز پاندمی‌های قبلی با منشأ این ویروس‌ها، آنفلوآنزای پرندگان دارای اهمیت خاص می باشد.

اپیدمیولوژی بیماری

در قرن بیستم سه پاندمی بزرگ و یک شبه پاندمی روی داده است. اولین مورد پاندمی در سال 1918 و 1919 به نام آنفلوآنزای اسپانیایی (A(H1N1) با میزان مرگی در حدود 20 تا 40 میلیون در کل دنیا روی داد و پس از آن آنفلوآنزای آسیایی ناشی از نوع A(H2N2) در سال 1957 شروع شد. پاندمی سوم با زیر گونه A(H3N2) و معروف به آنفلوآنزای هنگ‌کنگ در سال 1968 اتفاق افتاد و آنفلوآنزای روسی ناشی از نوع A(H1N1) در سال 1977 بروز کرد. طی پاندمی آسیایی و هنگ‌کنگ کنگی تمام گروه‌های سنی درگیر بوده اند.

آنفلوآنزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سرفه، سردرد، گلودرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، و گاهی استفراغ و اسهال تظاهر می کند. در این میان تب و سرفه به عنوان علائم کلیدی مطرح می باشند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می یابد؛ ولی سایر نشانه‌های بیماری بعد از 2 تا 7 روز خود به خود بهبود پیدا می کند. آنفلوآنزا در افراد مختلف ممکن است از سایر بیماری‌های ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد.

اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده و ممکن است نشانه‌هایی مثل سرماخوردگی، برونشیت، پنومونی ویروسی و بیماری‌های حاد غیر قابل افتراق دستگاه تنفسی را نشان دهد. اختلالات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ و اسهال) نیز بروز می کند و در کودکان ممکن است نشانه‌های گوارشی، علامت غالب باشد.

مهم‌ترین راه انتقال ویروس در محیط‌های بسته‌ی پر جمعیت مثل اتوبوس از طریق هوا می باشد. از آنجا که ویروس آنفلوآنزا ممکن است ساعت‌ها در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط زنده بماند، انتقال ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز می تواند صورت گیرد. دوره کمون بیماری کوتاه بوده و معمولاً بین 1 تا 3 روز است. دفع ویروس احتمالاً در بالغین بین 3 تا 5 روز بعد از بروز نشانه‌های بالینی بیماری و در کودکان 7-21 روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.

یکی از نماهای مشخص و منحصر به فرد ویروس آنفلوآنزا تغییرات مکرر در آنتی‌ژن‌های آن می باشد. این تغییرات به عنوان تغییرات آنتی‌ژنیک نامیده می شوند. تغییرات ساختمان ژنی ویروس منجر به عفونت‌های متغیر کوچک یا بدون مقاومت در جمعیت در معرض خطر می گردد. پدیده تغییرات آنتی‌ژنی دلیلی برای تداوم اپیدمی‌های بزرگ بیماری در جوامع انسانی می باشد.

تشخیص

در هنگام استقرار بیماری، جداسازی ویروس یا بررسی آنتی ژن های ویروسی در ترشحات تنفسی بهترین تکنیک تشخیصی می باشد. ویروس همچنین به وسیله نمونه های تهیه شده به وسیله سواب بینی، سواب گلو، شستشوی بینی یا نمونه های بینی و گلو به طور اولیه جدا می گردد. نمونه ها در آزمایشگاه های مخصوصی بررسی می شود

جدول ۲: افتراق آنفلوآنزا از سرماخوردگی

علائم بالینی	سرماخوردگی	آنفلوآنزا
علائم پیش در آمد	یک روز یا بیشتر	ندارد
شروع	تدریجی	ناگهانی
تب	در بالغین نادر	38/3 تا 39 درجه سانتی گراد
سردرد	نادر	ممکن است شدید باشد
درد عضلانی	متوسط	معمولاً وجود دارد و اغلب شدید
خستگی مفرط	هرگز	معمولاً وجود دارد
خستگی/ضعف	متوسط	ممکن است بیشتر از دو هفته باشد
ناراحتی گلو	گاهی/اغلب	شایع
عطسه	معمولاً وجود دارد	گاهگاهی
التهاب بینی	معمولاً وجود دارد	گاهگاهی
سرفه	متوسط و منقطع/مزاحم	معمولاً وجود دارد و خشک

کنترل آنفلوآنزای پرندگان

مهم ترین اقدامات کنترلی شامل معدوم سازی سریع کلیه پرندگان بیمار یا تماس یافته، دفع مناسب لاشه ها و فضولات، قرنطینه کردن و ضد عفونی مرغداری ها می باشد.

ویروس آنفلوآنزا در عرض 3 ساعت در دمای 56 درجه سانتی گراد یا نیم ساعت در دمای 60 درجه سانتی گراد و همچنین در تماس با مواد ضد عفونی کننده رایج نظیر فرمالین و ید از بین خواهد رفت؛ ولی در دماهای پایین مقاوم بوده و حداقل تا سه ماه بعد ممکن است در کودهای آلوده زنده بماند. همچنین قادر است در محیط آب در دمای 22 درجه سانتی گراد به مدت 4 روز و در دمای صفر درجه سانتی گراد به مدت بیش از 30 روز به حیات خود ادامه دهد. مقدار یک گرم از کود آلوده به اشکال شدیداً بیماریزای ویروس آنفلوآنزای پرندگان حاوی تعداد بسیار زیادی ویروس بوده و قادر به آلوده کردن حدود یک میلیون پرنده می باشد.

اقدامات مورد نیاز**الف- درمانی**

- چهار داروی ضد ویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوآنزا مطرح شده اند شامل:

آمانتادین (AMANTADINE)، ریمانتادین (RIMANTADINE)، زانامیویر (ZANAMIVIR)، اوسلتامیویر (OSELTAMIVIR).

ب- پیشگیری

• آموزش رعایت اصول بهداشت فردی و اجتماعی به مردم و کارکنان به ویژه در مورد سرفه و عطسه کردن و شستشوی دست ها.

• واکسیناسیون: واکسن آنفلوانزا جهت گروه های در معرض خطر (ابتلا به آنفلوانزا در آنان با عواقب سنگین تری همراه است) و گروه های در معرض تماس (به دلیل مشاغل خاص، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری قرار دارند) توصیه و تجویز می گردد. این واکسن باید در دمای 8-2 درجه سانتی گراد در طبقه میانی یخچال مخصوص واکسن نگهداری شود.

واکسنی که در ایران مورد استفاده قرار می گیرد، شامل ویروس های غیرفعال بوده و به شکل تزریقی است.

واکسیناسیون مادر منعی جهت شیردهی به نوزاد نمی باشد. داروهای ضد ویروسی اثر واکسن آنفلوانزا را از بین نمی برند. راه تزریق واکسن بر حسب راهنمایی کارخانه سازنده، به صورت زیر جلدی یا عضلانی عمیق (ناحیه عضله دلتوئید در بزرگسالان و ناحیه قدامی خارجی ران در کودکان زیر 2 سال) می باشد. یک نوبت واکسن در هر سال (اوایل پاییز) از واکسن کشته شده به نظر می رسد برای بالغین کافی باشد.

تب دنگی

معرفی بیماری

این بیماری ناشی از گزش پشه آئدس (مخصوصاً آئدس اجیپتی) و انتقال ویروس تب دنگی (دارای RND تک رشته ای) است. این ویروس 4 سروتایپ دارد که سروتایپ های 2 و 3 (موسوم به ژنوتیپ آسیایی) معمولاً همراه با فرم های شدیدتر بیماری هستند. سالانه بیش از 100 میلیون نفر در دنیا مبتلا می شوند و 500 هزار نفر به فرم شدید خونریزی دهنده و سندرم شوک دنگی (DSS) گرفتار می گردند. پشه آئدس بین عرض 35 درجه شمالی و 35 درجه جنوبی کره زمین (جایی که میانگین دمای زمستانی 10 درجه سانتی گراد است) امکان رشد دارد. در ارتفاعات بالای 1000 متر نیز، به دلیل سرما معمولاً پشه آئدس دیده نمی شود. سرعت انتشار تب دنگی بسیار بالا است و در 50 سال گذشته بروز آن در دنیا 30 برابر شده است. در کشورهای همسایه ایران از جمله پاکستان و عربستان بومی است. بیماران گزارش شده از ایران دارای سابقه سفر خارجی به منطقه بومی بوده اند. تب دنگی به سرعت منتشر می شود و در همه گیری ها بسیاری از افراد را مبتلا و از کار افتاده می کند.

علائم بالینی

بیماری تب دنگ (تب استخوان شکن) طیف بالینی وسیعی دارد که شامل تظاهرات بالینی تب دنگ و دنگ شدید است.

الف) تب دنگ: پس از طی دوره کمون 4 تا 10 روزه به طور ناگهانی شروع می شود و به دنبال آن سه فاز از بیماری مشاهده می شود:

1. فاز تب دار: 2-7 روز طول می کشد و همراه با برافروختگی پوست، درد شدید استخوان ها، درد مفاصل و سردرد است. برخی بیماران ممکن است گلودرد، التهاب حلق و ملتحمه چشم، بی اشتهایی، تهوع و استفراغ داشته باشند. علائم خونریزی خفیف مثل پتشی و خونریزی از غشاهای مخاطی (بینی و لثه و ...) ممکن است در این مرحله دیده شود.

2. فاز بحرانی: زمانی که تب بیمار به 37/5 یا 38 درجه یا کمتر برسد (معمولاً روز 7-3 بیماری)، افزایش نفوذپذیری مویرگ ها در کنار افزایش هماتوکریت اتفاق می افتد که نشانه شروع فاز بحرانی است. مرحله نشت پلاسما 24-48 ساعت طول می کشد. لکوپنی پیش رونده به همراه کاهش سریع تعداد پلاکت ها به دنبال نشت پلاسما رخ می دهد که میزان نشت پلاسما در بیماران متغیر است. اسیدوز متابولیک و انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC) در صورت ادامه داشتن باعث شوک می شود که منجر به خونریزی شدید شده و باعث کاهش هماتوکریت در شوک شدید می شود. ممکن است افزایش تعداد گلبول های سفید خون در بیمارانی که خونریزی شدید دارند دیده شود.

3. فاز نقاهت: اگر بیمار از مرحله بحرانی نجات یابد وارد فاز نقاهت می شود. در این مرحله بیمار علائم بهبود را نشان می دهد.

تشخیص

آزمایشات قطعی شامل:

- تعیین ویروس با PCR، ایمونوفلورسانس و یا ایمونوهیستوکیستری.
- تبدیل IgM اختصاصی منفی در فاز حاد (کمتر از 5 روز از شروع علائم)، به IgM اختصاصی مثبت در فاز نقاهت (نمونه ای که بعد از 5 روز از شروع علائم تهیه شده باشد).
- افزایش تیتراژ بیش از 4 برابر در IgG.
- تعیین IgM اختصاصی ویروس در CSF.

- افزایش بیش از 4 برابر در تیترا نهایی PRNT.

اقدامات مورد نیاز

الف- درمانی

- درمان اختصاصی ضد ویروس فعلاً ندارد. استراحت کافی و کنترل تب بسیار مهم است. درمان تب به صورت علامتی با استامینوفن انجام می گردد.
- مؤکداً باید بیمار را از مصرف آسپیرین و مفنایمیک اسید و سایر NSAIDها (داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی) پرهیز داد.
- بیمارانی که علائم هشدار ندارند، قادر به نوشیدن هستند و ادرار کافی دارند در منزل درمان می شوند.
- برای مایع درمانی بهترین سرم، نرمال سالین و رینگر لاکتات است. در منزل مایع درمانی با حداقل 5 لیوان مایعات (شیر و آب میوه در بیماران دیابتی با احتیاط) در روز انجام شده و در اطفال بر اساس سن محاسبه می شود.
- در موارد عارضه دار باید درمان مراقبتی با احتیاط فراوان در جهت کنترل عوارض انجام شود.
- کشف به موقع بیماران مشکوک، شروع درمان و ارجاع به بیمارستان.
- ثبت اطلاعات و گزارش موارد بیماری به مرکز بهداشت شهرستان جهت پیگیری و اقدام لازم.

ب- پیشگیری

- هنوز واکسن موفقیت آمیزی تهیه نشده است. بهترین راه پیشگیری از بیماری، جلوگیری از گزش پشه آندس است. آموزش اصول پیشگیری و رعایت اقدامات حفاظتی به خانواده و اطرافیان بیمار به شرح زیر است:
- گزش بیمار توسط پشه می تواند موجب استمرار بیماری و آلودگی اطرافیان شود؛ لذا بیمار در دوره تب دار بیماری، باید در پشه بند قرار گرفته یا از دورکننده های حشرات استفاده شود.
- تمام پشه ها باید در منزل و در ظرفی که در آنها آب جمع می شود و می تواند محل تخم گذاری پشه باشد از بین بروند. درب همه منابع آب و محل نگهداری آب باید به طور دائم بسته باشد. کولرها و کوزه های آبی حداقل هفته ای یکبار از آب خالی شده و شستشو شوند.
- از توری برای پنجره و درها استفاده و از ورود پشه به ساختمان جلوگیری شود.
- از آنجا که پشه در تمام ساعات روز انسان را می گزد، در مناطقی که پشه آندس وجود دارد از پوشش کامل لباس و شلوار و از شبکه های سیمی الکترونیک ضد حشرات در محل درب هایی که احتمال ورود پشه دارد، استفاده شود.

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

معرفی بیماری

تب خونریزیدهنده کریمه کنگو یک بیماری خونریزی دهنده تب دار حاد ویروسی است و موجب طغیان های شدید می گردد و تا 40% موجب مرگ و میر می شود. اصولاً این بیماری از طریق کنه ها و حیوانات اهلی به انسان منتقل می شود. انتقال انسان به انسان به دلیل تماس با خون، ترشحات بافت ها یا مایعات بدن بیمار آلوده اتفاق می افتد. تب خونریزیدهنده کریمه کنگو در افریقا، بالکان، خاورمیانه و آسیا و در کشورهای واقع در جنوب عرض جغرافیایی 50 درجه شمالی وجود دارد. واکسن شناخته شده ای برای افراد و حیوانات در دسترس نیست. به دلیل مرگ و میر بالا و همه گیری های ناگهانی در داخل بیمارستان اهمیت خاصی دارد.

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو توسط ویروسی به همین نام ایجاد می شود و تقریباً در تمام دنیا وجود دارد. کنه هیالوما مخزن اصلی بیماری است. کنه نابالغ با خونخواری از مهره داران کوچک و یا دام های آلوده، آلوده می شود و یک بار آلودگی موجب می شود که در تمام طول مراحل تکامل ناقل باقی بماند و بیماری را در بین سایر دام ها و مهره داران گسترش نماید. عفونت در حیوانات اهلی هیچ گونه علائم مشخصی ندارد و انتقال بیماری به انسان در طی ذبح حیوان آلوده یا در دوره کوتاهی پس از تماس با خون، ترشحات بافت ها یا مایعات حیوان مبتلا اتفاق می افتد. احتمال انتقال عفونت به انسان از طریق گزش کنه آلوده یا له کردن آن روی پوست هم ایجاد می شود. این بیماری یکی از مهم ترین بیماری های شغلی در گروه های دامداران، قصاب ها و کارگران کشتارگاه ها می باشد. از سوی دیگر احتمال انتقال بیماری از طریق تماس با ترشحات آلوده بیمار، آن را در رده های یکی از مهم ترین عفونت های بیمارستانی نیز قرار داده است.

راه انتقال

ویروس تب خونریزی دهنده کریمه کنگو توسط گزش کنه یا تماس با خون یا بافت های حیوانات در طی یا بلافاصله پس از ذبح به انسان منتقل می شود. بسیاری از موارد در افرادی که در صنایع دامپروری، کشاورزان و کشتارگاه ها فعالیت دارند و دامپزشکان اتفاق افتاده است.

انتقال انسان به انسان از طریق تماس با خون، ترشحات، بافت ها یا سایر مایعات بدن افراد آلوده صورت می گیرد. همچنین امکان انتقال در بیمارستان به دنبال استریل کردن نامناسب وسایل پزشکی و استفاده مجدد از سوزن ها و وسایل پزشکی آلوده وجود دارد.

علائم بالینی

پس از آلودگی توسط کنه، دوره کمون معمولاً 1 تا 3 روز و حداکثر 9 روز است. دوره کمون پس از تماس با خون یا بافت های آلوده معمولاً 5 تا 6 روز و حداکثر 13 روز می باشد.

علائم به‌طور ناگهانی با تب، ضعف، درد عضلانی، سرگیجه، درد و سفتی گردن، درد پشت، سردرد، سوزش چشم‌ها و دوبینی (حساسیت به نور) شروع می‌شود. ممکن است حالت تهوع، استفراغ، اسهال، دل‌درد، سرفه و گلودرد و به دنبال آن تغییرات خلقی و اختلال هوشیاری ایجاد شود. بعد از 2 تا 4 روز حالت خواب‌آلودگی، افسردگی و دل‌درد در قسمت راست بالای شکم به همراه هیپاتومگالی اتفاق می‌افتد.

سایر نشانه‌ها شامل افزایش ضربان قلب، بزرگی غدد لنفاوی، و پتشی در پوست یا غشا مخاطی مانند دهان و حلق می‌باشند. پتشی‌ها ممکن است به اکیموز تبدیل یا سایر تظاهرات خونریزی دهنده مثل ملنا، هماتوری و خونریزی از بینی، لثه و رحم ایجاد شود و گاهی خلط خونی، خونریزی در ملتحمه و گوش‌ها نیز دیده می‌شود.

میزان مرگ و میر CCHF به‌طور متوسط 30% است و در هفته دوم بیماری اتفاق می‌افتد. در بیماران بهبود یافته بهبودی معمولاً از روز 9 یا 10 شروع می‌شود.

بیمارانی که سرنوشت‌شان به مرگ منتهی می‌شود معمولاً علائم آن‌ها به‌طور سریع حتی در روزهای اول بیماری تغییر می‌کند و همچنین لکوسیتوز بیشتر از لکوپنی وجود دارد.

مرگ به دلیل از دست دادن خون، خونریزی مغزی، کمبود مایعات به دلیل اسهال، یا ادم ریوی ممکن است ایجاد شود

تشخیص

روش‌های مختلف سرولوژیک منجمله روش ELISA جهت تشخیص آنتی‌بادی‌های IgM و IgG علیه ویروس مربوطه. تشخیص آنتی‌ژن.

بررسی بوسیله RT-PCR.

روش جداسازی ویروس به وسیله کشت سلولی.

در موارد کشنده همچنین در چند روز اول بیماری، معمولاً آنتی‌بادی قابل اندازه‌گیری در خون وجود ندارد. در این موارد تشخیص بر اساس جدا کردن RNA در خون یا نمونه‌های بافتی است. نمونه‌های بیماران بسیار خطرناک و مسری می‌باشد و با دقت بایستی با آن‌ها برخورد کرد.

اقدامات مورد نیاز

الف- مراقبت

- کلیه موارد مشکوک باید ضمن گزارش فوری تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان، به صورت فوری به بیمارستان ارجاع داده شوند. اقدامات تشخیصی برای قرار دادن بیمار در گروه محتمل، پس از بستری در بیمارستان انجام می‌شود.
- موارد تب خونریزیدهنده باید فوری (تلفنی) به مرکز بهداشت گزارش شود. بررسی بیماری با معاینه بیمار، دریافت شرح حال و شغل بیمار، محل‌های مسافرت احتمالی و سابقه تماس با دام و کهنه کامل و طبقه‌بندی بالینی انجام می‌شود. داروی مورد نیاز بیمار توسط مرکز بهداشت شهرستان در اختیار بیمارستان قرار داده می‌شود.

- پس از تکمیل شرح حال، موارد در تماس با بیمار از نظر تماس با ترشحات بیمار، تماس احتمالی با دام یا کنه و علائم بیماری باید مورد بررسی قرار گیرند.
- جمع آوری و انتقال نمونه‌ها: نمونه سرم خون بیماران به تعداد 3 عدد و به فواصل زمانی زیر تهیه می‌شود: نمونه اول بلافاصله بعد از تشخیص، نمونه دوم 5 روز پس از نمونه اول و نمونه سوم 10 روز بعد از نمونه اول. نمونه‌ها باید به اندازه‌های باشد که پس از سانتریفیوژ حداقل 6CC سرم تهیه و در سه ظرف جداگانه مخصوص جمع‌آوری نمونه 4 تفکیک شوند. این نمونه‌ها تحت نظر امور آزمایشگاه‌های استان و مرکز بهداشت استان تهیه و در شرایط زنجیره سرد به آزمایشگاه رفرانس کشوری (انستیتو پاستور ایران) ارسال می‌شود.

ب- درمان

- درمان حمایتی شامل اصلاح آب و الکترولیت‌ها و درمان DIC.
- درمان ضد ویروسی با استفاده از ریباویرین به مقدار 30 mg/kg به صورت یک‌جا و به دنبال آن 15 mg/kg هر 6 ساعت برای 4 روز و سپس 7/5 mg/kg هر 8 ساعت برای 6 روز انجام می‌شود. مدت درمان 10 روز است. تأثیر دارو در 6 روز اول پس از شروع علائم بیشتر است. بلافاصله پس از تشخیص بالینی موارد محتمل، باید دارو تجویز شود.

ج- پیشگیری

کنترل CCHF در حیوانات و کنه‌ها

کنترل CCHF در حیوانات و کنه‌ها بسیار دشوار است؛ زیرا چرخه کنه - حیوان - کنه قابل شناسایی نیست و عفونت در حیوانات اهلی معمولاً آشکار نیست. همچنین کنه‌های ناقل متعدد و گسترده هستند؛ بنابراین کنترل کنه‌ها با کنه‌کش‌ها خوشبینانه است؛ ولی به دنبال یک طغیان بیماری در کشتارگاه شتر مرغ در جنوب آفریقا اقدام انجام شده شامل استفاده از کنه‌کش‌ها در قرنطینه دو هفته قبل از ذبح آن‌ها بوده است که موجب کاهش خطر آلودگی در هنگام ذبح حیوانات و پیشگیری از ابتلا انسان در هنگام تماس با آن‌ها بوده است.

آبله میمونی یا امپاکس (Mpox)

یک بیماری عفونی است که میتواند باعث بثورات دردناک، تورم غدد لنفاوی، تب، سردرد، درد عضلانی، کمردرد و کاهش انرژی در بیمار شود. اکثر افراد بهبودی کامل پیدا میکنند، اما برخی ممکن است دچار علائم شدید شوند.

مخزن بیماری

مخزن طبیعی ویروس هنوز بهطور دقیق مشخص نشده است، اما پستانداران کوچک مانند سنجابها و میمونها به این ویروس حساس هستند.

راههای انتقال امپاکس

امپاکس عمدتاً از طریق تماس نزدیک با فرد مبتلا، از جمله اعضای خانواده، از فردی به فرد دیگر منتقل میشود.

تماس نزدیک شامل موارد زیر است:

تماس پوست با پوست مانند لمس یا رابطه جنسی

تماس دهان با دهان یا دهان با پوست مانند بوسیدن

مواجهه چهره به چهره با فرد مبتلا (مانند صحبت کردن یا تنفس نزدیک به یکدیگر که میتواند باعث انتقال ذرات تنفسی عفونی شود)

علائم و نشانه های امپاکس

امپاکس علائم و نشانههایی ایجاد میکند که معمولاً در عرض یک هفته ظاهر میشوند (دوره کمون حدود ۷ تا ۱۰ روز است). اما ممکن است بین ۱ تا ۲۱ روز پس از تماس با ویروس نیز بروز کنند. این علائم معمولاً ۲ تا ۴ هفته ادامه دارند، اما در افرادی با سیستم ایمنی ضعیف ممکن است مدت بیشتری باقی بمانند.

علائم شایع امپاکس شامل موارد زیر است:

- راش پوستی
- تب
- گلودرد
- سردرد
- درد عضلانی
- درد کمر
- کاهش انرژی و خستگی

برخی افراد ابتدا دچار راش پوستی میشوند، در حالی که در برخی دیگر تب، درد عضلانی یا گلودرد اولین علائم هستند.

توصیف مراحل مختلف بثورات جلدی در امپاکس

مرحله ۱: ماکول - نواحی صاف، با حاشیه مشخص و تغییر رنگ یافته در پوست

مرحله ۲: پاپول - دانههای برجسته روی پوست که کمتر از یک سانتیمتر عرض دارند

مرحله ۳: وزیکول - وزیکولهای (آبدانه) کوچک پر از مایع روی پوست

مرحله ۴: چرکدانه - ضایعات کوچک، ملتهب، پر از چرک روی سطح پوست

مرحله ۵: زخم و پوسته ریزی - بروز صدها دلمه سفت و خون

تشخیص امپاکس

تشخیص امپاکس میتواند دشوار باشد، زیرا علائم آن مشابه برخی عفونتهای دیگر است. بنابراین، افتراق امپاکس از بیماریهایی مانند آبله مرغان، سرخک، عفونتهای باکتریایی پوست، گال، تبخال، سفلیس و سایر بیماریهای مقاربتی اهمیت دارد.

روشهای آزمایشگاهی برای تشخیص امپاکس بهترین روش آزمایشگاهی برای شناسایی امپاکس، تشخیص DNA ویروس با استفاده از PCR است.

درمان امپاکس

هدف از درمان امپاکس، مراقبت از ضایعات پوستی، مدیریت درد و پیشگیری از عوارض است. مراقبت زودهنگام و حمایتی نقش مهمی در کنترل

علائم و جلوگیری از مشکلات بیشتر دارد.

داروهای ضدویروسی و درمانهای دارویی

برخی داروهای ضدویروسی در برخی کشورها مجوز استفاده اضطراری دریافت کرده‌اند و در حال بررسی در آزمایشهای بالینی هستند.

تاکنون، درمان ضدویروسی مؤثر و اثبات شده ای برای امپاکس وجود ندارد.

ارزیابی درمانهای دارویی از طریق مطالعات بالینی جامع همچنان یک اولویت است.

تمرکز اصلی بر روی بهینه سازی مراقبتهای حمایتی بیماران است.

مراقبت شخصی و پیشگیری از امپاکس

بیشتر افراد مبتلا به امپاکس در عرض ۲ تا ۴ هفته بهبود می یابند. در این مدت رعایت نکات زیر توسط فرد بیمار به کاهش علائم و جلوگیری از انتقال بیماری به دیگران کمک می کند:

- مشاوره با پزشک یا مرکز بهداشتی درمانی
- استراحت در خانه و در اتاقی مجزا با تهویه مناسب
- شستشوی مرتب دستها با آب و صابون یا ضدعفونیکننده
- استفاده از ماسک و پوشاندن ضایعات پوستی در حضور دیگران
- خشک و بدون پوشش نگه داشتن پوست (جز در فضاهای مشترک)