

ویژه تب کریمه کنگو

خرداد ۱۳۹۲

تب کریمه کنگو



CCHF

اولین مورد توصیف شده بیماری در منطقه کریمه در سال ۱۹۴۲ یعنی دو سال قبل از اپیدمی کریمه رخ داده است. در سال ۱۹۴۴ در خلال جنگ جهانی دوم بیماری در شبه جزیره کریمه شایع و باعث مرگ بیش از ۲۰۰ نفر از روستائیان و سربازان گردید.

بیماری و خصوصیات بالینی و نحوه ابتلا افراد، برای نخستین بار در سال ۱۹۴۶ در ترکمنستان ۷ مورد گزارش شده است که ۵ مورد آن توسط شوماکوف روسی تشریح گردید. در سال ۱۹۵۶ بیماری در منطقه کنگو (زئیر) شایع گردید و ویروس عامل بیماری از افراد مبتلا جداسازی شد و به عنوان ویروس کنگو نام گذاری گردید. در سال ۱۹۶۹ مشخص شد که عامل ایجاد کننده تب خونریزی دهنده کریمه مشابه عامل بیماری است که در سال ۱۹۵۶ در کنگو شناخته شده است و با ادغام نام دو محل یک نام واحد کریمه کنگو برای بیماری ویروسی بدست آمد.

از زمان شناخت بیماری در سال ۱۹۴۴ میلادی تاکنون موارد مختلف بیماری در کشورهای زیر گزارش شده است:
آفریقا: کشورهای سنگال، نیجریه، کنیا، تانزانیا، اتیوپی، زئیر، اوگاندا.

اروپای شرقی: بلغارستان، یوگسلاوی، مجارستان، یونان، ترکیه.
شوروی سابق: روستف، استاورپول، داغستان، ارمنستان، ترکمنستان، ازبکستان، قرقیزستان، اکراین.

تاریخچه و اهمیت مراقبت بیماری تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو Crimean Congo Haemorrhagic Fever (CCHF)

تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو (CCHF) یک بیماری خونریزی دهنده تب دار حاد است که به وسیله کنه منتقل می شود و در آسیا، اروپا و آفریقا وجود دارد. مرگ و میر بالا دارد و همه گیری های داخل بیمارستان آن نیز شایع هستند.

با وجودی که بیماری مخصوص حیوانات است ولی موارد تک گیر و همه گیری های ناگهانی این بیماری در انسان ها نیز اتفاق می افتد.

بیماری توسط جرجانی پزشک و دانشمند معروف ایرانی در کتاب گنجینه خوارزمشاه (حدود سال ۱۱۱۰ میلادی) به عنوان اولین سند مکتوب که به زبان فارسی نوشته شده به تفصیل توصیف شده است. در این کتاب شرح یک بیماری خونریزی دهنده در تاجیکستان فعلی آمده است، علائم بیماری شامل خون در ادرار، خونریزی از مقعد، استفراغ خونی، خلط خونی، خونریزی در حفره شکم و خونریزی از لثه ها بوده و ذکر شده است که بندپای کوچکی احتمالاً شپش یا کنه ناقل بیماری می باشد که بطور طبیعی انگل پرندگان است.

آذربایجان شرقی جدا کرد.

از سال ۱۹۹۹ (۱۳۷۸) موارد
محتمل و قطعی بیماری در ایران
گزارش گردید.

راه انتقال بیماری

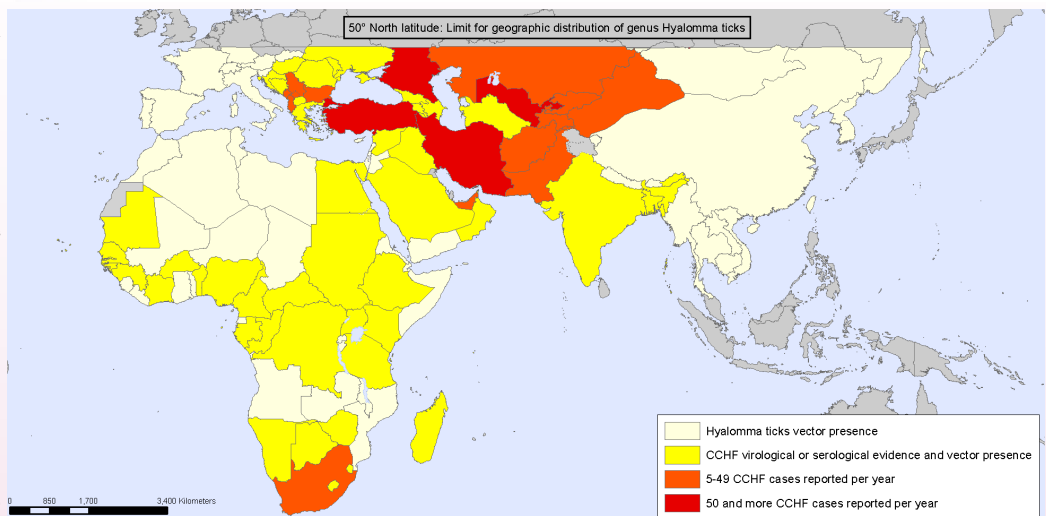
ویروس CCHF اصولاً در طبیعت به
وسیله کنه‌های سخت‌گونه Hyalomma
منتقل می‌شود، ولی به وسیله گونه‌های

دیگر نیز منتقل می‌گردد. ویروس

CCHF توانایی انتقال از طریق تخم (Transovarian transmission) و
نیز انتقال در مراحل مختلف بلوغ کنه (Transstadial survival) را دارد.

مهم‌ترین راه آلودگی کنه، خونخواری کنه Hyalomma نا بالغ از
مهره‌داران کوچک می‌باشد. یک بار آلودگی موجب می‌شود کنه در تمام
طول مراحل تکامل آلوده باقی بماند و کنه بالغ ممکن است عفونت را به
مهره‌داران بزرگ مثل دام‌ها منتقل کند، ویروس یا آنتی‌بادی آن، در
کنه Hyalomma در مناطق وسیع دنیا پیدا شده است و عفونت در
انسان پس از گزش کنه آلوده یا له کردن آن روی پوست نیز ایجاد
می‌شود.

بیماری به وسیله خرگوش صحرائی، جوجه تیغی، گوسفند و گاو به
نقاط مختلف توسعه می‌یابد. در جنوب آفریقا آنتی‌بادی علیه ویروس



آسیا:

عراق: از سال ۱۹۷۹ تا سال ۱۹۹۶ حدود ۵۵ - ۲۵ نفر در نواحی
مختلف عراق به CCHF مبتلا شده‌اند.

پاکستان: موارد بیماری اولین بار در سال ۱۹۷۰ در چندین
ایالت پاکستان شایع گردید. در سال ۱۹۷۶ بدنال بروز بیماری
در یک نفر دامدار و انجام عمل جراحی بر روی آن، جراح و یک
نفر از پرستاران پس از ابتلا به بیماری فوت شدند و متخصص بیهوشی و
کرمک جراح بعد از ابتلا به بیماری و بروز علائم بیماری، بهبود یافته‌اند.
در سال ۱۹۹۸ یک همه‌گیری دیگر در پاکستان اتفاق افتاد که ۲ نفر از
۴ نفر مبتلا جان باختند.

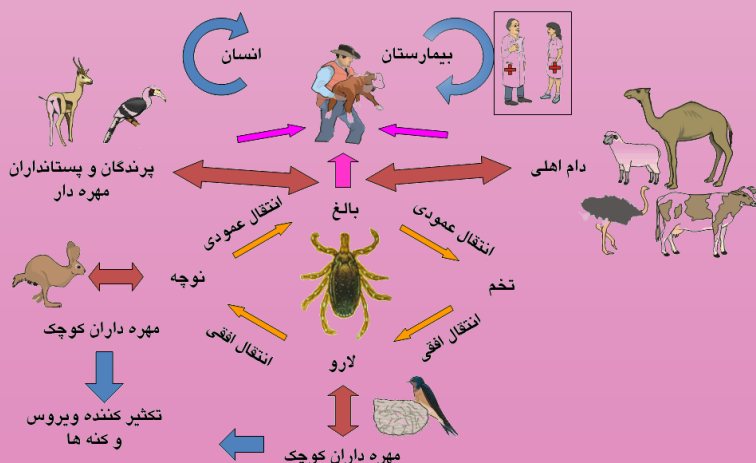
هندوستان: در بررسی‌های اپیدمیولوژیکی در سال ۱۹۷۳، انتشار
وسیع آلودگی در ایالت‌های جنوبی هندوستان گزارش شده است.

افغانستان: در سال ۱۹۹۸ مواردی از تب خونریزی‌دهنده ویروسی
کریمه کنگو با ابتلا ۱۹ نفر و مرگ ۱۲ نفر گزارش شده است،
هم‌چنین در سال ۲۰۰۰، ۲۵ مورد بیماری همراه با مرگ ۱۵ نفر نیز
گزارش شده است.

ایران: برای اولین بار شوماکوف و همکاران در سال ۱۹۷۰ حضور
CCHF در ایران را ثابت کرده و آنتی‌بادی CCHF را در سرم ۴۵
گوسفند که از تهران به مسکو فرستاده شده بود شناسایی کرد.

سعیدی و همکاران در سال ۱۹۷۵، آنتی‌بادی بر علیه ویروس
CCHF را در ۴۸ نفر از ۳۵۱ نفر (۱۳٪) در مناطق دریای خزر و

راه انتقال بیماری CCHF





ممکن است حالت تهوع، استفراغ بدون ارتباط با غذا خوردن و گلودرد و احتقان ملتحمه در اوایل بیماری وجود داشته باشد که گاهی با اسهال و درد شکم و کاهش اشتها همراه می‌شود. تب معمولاً بین ۳ تا ۱۶ روز طول می‌کشد. تورم و قرمزی صورت، گردن و قفسه سینه، پرخونی خفیف حلق و ضایعات نقطه‌ای در کام نرم و سخت شایع هستند.



تغییرات قلبی عروقی شامل کاهش ضربان قلب و کاهش فشارخون مشاهده می‌شود. لکوپنی [۲]، ترمبوسیتوپنی [۳] و بخصوص ترمبوسیتوپنی شدید نیز در این مرحله معمولاً مشاهده می‌گردد.

۳- مرحله خونریزی‌دهنده : مرحله کوتاهی است که به سرعت ایجاد می‌شود و معمولاً در روز ۳ تا ۵ بیماری شروع می‌شود و ۱ تا ۱۰ روز (بطور متوسط ۴ روز) طول می‌کشد. خونریزی در مخاط‌ها و پتشی [۴] در پوست بخصوص در قسمت بالای بدن و در طول خط زیربغلی و زیر پستان در خانم‌ها دیده می‌شود و در محل‌های تزریق و تحت فشار (محل بستن تورنیکه و غیره) ممکن است ایجاد شود. بدنبال پتشی ممکن است همتوم [۵] در همان محل‌ها و سایر پدیده‌های خونریزی‌دهنده مثل ملنا [۶]، همتوری [۷] و خونریزی از بینی، لثه و خونریزی از رحم ایجاد شود و گاهی خلط خونی، خونریزی در ملتحمه و گوش‌ها نیز دیده می‌شود.

برخی موارد خونریزی از بینی، استفراغ خونی، ملنا و خونریزی رحم آن قدر شدید است که بیمار نیاز به تزریق خون دارد. در برخی از بیماران فقط پتشی ظاهر می‌شود (حدود ۱۵٪). مشکلات دستگاه

CCHF از سرم زرافه، کرگدن، گاو کوهی (eland)، بوفالو، گورخر و سگ‌ها جدا شده است. تعداد زیادی از پرندگان به عفونت مقاوم هستند اما شترمرغ حساس است. ویرمی [۱] در حیوانات نشخوارکننده اهلی مثل گاو، گوسفند و بز به مدت یک هفته پس از آلودگی باقی می‌ماند.

بیماری در حیوانات اهلی هیچ گونه علائم مشخصی ندارد و خطر انتقال بیماری در انسان در طی ذبح حیوان آلوده و یا یک دوره کوتاه پس از ذبح حیوان آلوده وجود دارد (به دنبال تماس با پوست یا لاشه حیوان). هم چنین تماس با خون و بافت بیماران بخصوص در مرحله خونریزی یا انجام هرگونه اعمالی که منجر به تماس انسان با خون، بزاق، ادرار، مدفوع و استفراغ آنها گردد باعث انتقال بیماری می‌شود.

بیمار در طی مدتی که در بیمارستان بستری است به شدت برای دیگران آلوده کننده است، عفونت‌های بیمارستانی بعد از آلودگی با خون و یا ترشحات بیماران شایع می‌باشند.

افرادی که بیشتر در معرض خطر می‌باشند عبارتند از: دامداران و کشاورزان، کارگران کشتارگاه‌ها، دام پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی (بیمارستان‌ها).

شیوع بیماری بیشتر در فصل گرم سال همزمان با فصل فعالیت

مخزن بیماری (کنه‌ها) می‌باشد.

علائم بالینی

علائم بالینی چهار مرحله دارد:

۱- دوره کمون : بستگی به راه ورود ویروس دارد. پس از گزش کنه، دوره کمون معمولاً یک تا سه روز است و حداکثر به ۹ روز می‌رسد. دوره کمون به دنبال تماس با بافت‌ها یا خون آلوده معمولاً پنج تا شش روز است و حداکثر زمان ثابت شده ۱۳ روز بوده است.

۲- قبل از خونریزی : شروع علائم ناگهانی حدود ۱ تا ۷ روز طول می‌کشد (متوسط ۳ روز)، بیمار دچار سردرد شدید، تب، لرز، درد عضلانی (بخصوص در پشت و پاها)، گیجی، درد و سفتی گردن، درد چشم، ترس از نور (حساسیت به نور) می‌گردد.

۵ ماه ترمیم می‌شود) بهبودی معمولاً بدون عارضه است، اگرچه التهاب رشته‌های عصبی (neuritis) یک یا چند عصب ممکن است برای چندین ماه باقی بماند.

تشخیص افتراقی

تشخیص‌های افتراقی تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- بیماری‌های عفونی

۲- بدخیمی‌ها

۳- داروها

بیماری در حیوانات

عفونت و آلودگی به ویروس CCHF در گاو و گوسفند تنها با ایجاد واکنش تب همراه است و ویروس از گاو، گوسفند، بز و شتر که به صورت طبیعی آلوده شده‌اند، جدا گردیده است. در حالی که هیچ یک از حیوانات یادشده در هنگام جداسازی ویروس دارای هیچ گونه علائم بالینی دال بر بروز بیماری نبوده‌اند.

هم چنین در آزمایش‌های تجربی، ویروس CCHF به گوساله‌ها و بره‌های جوان تزریق گردیده و با این وجود علی‌رغم ایجاد ویرمی متعاقب تزریق ویروس به بدن دام هیچ گونه علائم بالینی مشاهده نگردیده است. عفونت و آلودگی به ویروس CCHF در خرگوش، موش و خاریشت نیز تنها با واکنش تب همراه است و ویروس CCHF از خرگوش‌ها و خاریشت‌هایی که به صورت طبیعی به ویروس آلوده گردیده‌اند، جدا شده است. هم چنین در روش‌های تجربی، متعاقب تزریق ویروس CCHF به حیوانات یاد شده، به استثنای تب گذرا هیچ گونه علائم بالینی مشاهده نگردیده است.

علی‌رغم آلودگی شدید برخی از پرندگان به کنه‌های ناقل ویروس CCHF تاکنون با انجام آزمایش‌های مختلف نه تنها ویروس عامل بیماری از پرندگان جدا نگردیده بلکه در پرندگانی که به شدت به کنه‌های ناقل ویروس آلوده بوده‌اند نیز هیچ گونه واکنش سرولوژیکی گزارش نگردیده و وجود آنتی بادی CCHF در خون پرندگان به اثبات

تنفسی به دلیل پنومونی خونریزی‌دهنده در حدود ۱۰٪ بیماران ایجاد می‌شود. به دلیل درگیری سیستم رتیکولوآندوتلیال با ویروس، ابتلاء وسیع سلول‌های کبدی شایع است که موجب هپاتیت ایکتریک می‌گردد. کبد و طحال در یک سوم بیماران بزرگ می‌شود (معمولاً بین روزهای ۶ تا ۱۴ بیماری). آزمایشات اعمال کبدی (تست‌های کبدی) غیرطبیعی هستند، بخصوص aspartate aminotransferase (AST) و اغلب در مرحله پایانی بیماری سطح بیلی روبین سرم بالا می‌رود. بیمارانی که سرنوشت شان به مرگ منتهی می‌شود معمولاً علائم آن‌ها بطور سریع حتی در روزهای اول بیماری تغییر می‌کند و هم چنین لکوسیتوز [۸] بیشتر از لکوپنی وجود دارد.

ترمیوسیتوپنی در مراحل اولیه بیماری نشان‌دهنده پیش آگهی بدی می‌باشد. مرگ به دلیل از دست دادن خون، خونریزی مغزی، کمبود مایعات به دلیل اسهال، یا ادم [۹] ریوی ممکن است ایجاد شود. در اتوپسی [۱۰] بیماران فوت شده،



معمولاً خونریزی به شدت‌های مختلف در همه اعضا و بافت‌ها و داخل معده و روده‌ها دیده می‌شود.

۴- دوره نقاهت :

بیماران از روز دهم وقتی ضایعات پوستی کم‌رنگ می‌شود، به تدریج بهبودی پیدا می‌کنند. اغلب بیماران در هفته‌های سوم تا ششم بعد از شروع بیماری وقتی شاخص‌های خونی و آزمایش ادرار طبیعی شد از بیمارستان مرخص می‌شوند. مشخصه دوره نقاهت طولانی بودن آن به همراه ضعف می‌باشد که ممکن است برای یک ماه یا بیشتر باقی بماند. گاهی موها کامل می‌ریزد (که پس از ۴ تا

جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو
چنان چه جمع امتیازات ۱۲ و یا بیشتر شود مورد به عنوان مورد
محتمل CCHF تلقی شده و تحت درمان قرار می گیرد.



نرسیده است. هم چنین در آزمایش های انجام شده بر روی زاغ و سایر پرندگان، با وجود تزریق ویروس به پرندگان مورد آزمایش، ویرمی و پاسخ های ایمنی هومورال مشاهده نگردیده است و بطور کلی پرندگان در مقابل ویروس CCHF حساس نبوده اند. به هر حال با توجه به تمایل کنه های ناقل CCHF در مراحل نوزادی به تغذیه از خون پرندگان، این حیوانات نقش قابل توجهی را در بقای انواع کنه ها ایفا نموده و کنه های ناقل ویروس را به صورت گسترده در طبیعت منتشر می نمایند. در میان پرندگان، شترمرغ نسبت به عامل بیماری حساس بوده و در کانون های آندمیک بیماری میزان شیوع نسبتاً بالای بیماری در گله شترمرغ ها گزارش گردیده است.

تشخیص بیماری

تشخیص بیماری با شروع علائم حاد بیماری همراه با سابقه مسافرت به مناطق روستایی یا تماس با دام یا گزش کنه مطرح می گردد. جهت سهولت تشخیص تب خونریزی دهنده Crimean Congo از جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو که توسط Swanepoel تنظیم گردیده است، استفاده می شود. این جدول براساس یافته های اپیدمیولوژیک، علائم بالینی و یافته های آزمایشگاهی تدوین شده است. چنانچه جمع امتیازات کسب شده از این جدول ۱۲ یا بیشتر گردد، به احتمال قوی بیمار مبتلا به تب خونریزی دهنده Crimean Congo می باشد و بایستی تحت درمان قرار گیرد.

بیشتر از یک هفته	کمتر از یک هفته	۱- سابقه تماس با عفونت (یکی از موارد)
۲*	۳	گزش کنه، یا له کردن کنه با دست بدون پوشش (بدون دستکش یا حفاظ)
		یا
۲*	۳*	تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت های دامها یا حیوانات بیمار
		یا
۲	۳	تماس مستقیم با خون، ترشحات یا مواد دفعی بیمار تایید شده یا محتمل CCHF (شامل ورود سوزن آلوده به بدن)
		یا
۱	۲	اقامت یا مسافرت در یک محیط روستایی که احتمال تماس با دامها یا کنه وجود داشته، اما بروز یک تماس خاص تصادفی را نمی توان مشخص نمود
* سیاه زخم و تب دره ریفت را باید رد کرد.		
** تب مالت، تب کب و سیاه زخم را باید رد کرد.		

۲- نشانه ها و علائم:	
۱	شروع ناگهانی
۱	تب بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گراد حداقل یک بار در هفته
۱	سردرد شدید
۱	درد عضلانی
۱	حالت تبوع با یا بدون استفراغ
۳	تمایل به خونریزی: راش پستی، اکیموز، خونریزی از بینی، استفراغ خونی، هماتوری، یا ملنا

۳- یافته های آزمایشگاهی در طی ۵ روز اول بیماری:	
۱	لکوپنی کمتر از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب یا لکوسیتوز بیشتر از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب
۲	ترمبوسیتوپنی (پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب) (پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میلی متر مکعب)
۱	با کاهش ۵۰٪ گلبول های سفید یا پلاکت ها در طی ۳ روز
۱	PT غیر طبیعی
۱	PTT غیر طبیعی
-	افزایش ترانس آمینازها
۱	اسپاراتات آمینوترانس فراز (AST) بیشتر از ۱۰۰ واحد در لیتر
۱	آلانین آمینوترانس فراز (ALT) بیشتر از ۱۰۰ واحد در لیتر



تشخیص آزمایشگاهی

تشخیص موارد محتمل CCHF در آزمایشگاه با مراقبت بیولوژیک بالا و تجهیزات اختصاصی انجام می‌گیرد. ویروس CCHF را به راحتی می‌توان از خون بیماران در مرحله حاد (در طی ۸ روز اول بیماری) در محیط کشت سلول یا موش‌های شیرخوار جدا نمود.

در حدود روز ششم ممکن است بتوان آنتی بادی IgG و IgM را در سرم با روش ELISA [۱۱] جدا کرد. اندازه‌گیری آنتی بادی به وسیله روش‌های مختلف در طی ۵ تا ۱۴ روز از شروع بیماری و در طی بهبود بالینی امکان‌پذیر است. IgM تا چهار ماه قابل اندازه‌گیری است، پس از آن IgG کاهش پیدا می‌کند اما تا پنج سال می‌توان آن را اندازه‌گیری نمود.

ممکن است آنتی بادی در بیماران (منجر به مرگ) قابل اندازه‌گیری نباشد، در این موارد و در روزهای اولیه بیماری تشخیص بوسیله جداکردن ویروس در خون یا نمونه‌های بافتی انجام می‌گیرد. با بکاربردن روش ایمنوفلورسانس یا ELISA، گاهی در نمونه‌های بافتی آنتی ژن ویروس را می‌توان جدا کرد.

PCR [۱۲] یک روش مولکولی برای جداسازی ژنوم ویروس به طور موفق در تشخیص به کار برده شده است.

درمان بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو

بلافاصله پس از تشخیص مورد محتمل مبتلا به تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو اقدامات درمانی بایستی صورت گیرد.

۱- درمان حمایتی: شامل اصلاح آب و الکترولیت‌ها و درمان DIC (Disseminated Intravascular Coagulation) می‌باشد. علائم حیاتی و هماتوکریت بیمار باید کنترل شود و در صورت افت شدید هموگلوبین نسبت به تزریق خون اقدام شود و ضمناً در موارد ترمبوسیتوپنی شدید و نشانه‌های خونریزی فعال تجویز پلاکت کاربرد دارد.

استفاده از تب‌برها و ضداستفراغ ممکن است مؤثر باشد، از تجویز آسپرین خودداری گردد زیرا موجب تشدید خونریزی می‌شود. در صورت تجویز زیاد خون، تزریق کلسیم می‌تواند در تصحیح اختلالات

انعقادی و بهبود انقباضات و هدایت و نظم ضربان قلبی مؤثر باشد.

در موارد شوک به دلیل خونریزی، تصحیح مشکلات گردش خون با جایگزینی خون یا معایعات مناسب موجب تصحیح اسیدوز می‌شود. در موارد احیاء بیماران (resuscitation) با خونریزی شدید ممکن است یون کلسیم سرم کاهش یابد (کمتر از ۱/۷ میلی اکوی والان در لیتر). تزریق کلسیم در تصحیح اختلالات انعقادی و هم چنین انقباضات قلبی و تنظیم سیستم هدایتی قلب مؤثر می‌باشد. اگرچه به کاربردن بیش از حد آن ممکن است موجب مسمومیت سلولی شود با توجه به این که بررسی یون کلسیم سرم ممکن است در دسترس نباشد از نظر بالینی طولانی شدن فاصله QT [۱۳] در ECG [۱۴]، در دسترس‌ترین شاخص جهت بررسی کاهش کلسیم است.

توجه: اگر علی‌رغم طبیعی بودن PT/PTT [۱۵] و BT [۱۶] خونریزی شدید وجود داشته باشد باید خون تازه تزریق شود.

در بیمارانی که به درمان حمایتی (conventional) جواب نمی‌دهند و در آن‌هایی که ممکن است مشکلات قلبی، عصبی یا شوک سپتیک در ایجاد علائم بیماری نقش داشته باشند، داروهای vasopressors [۱۷] باید در نظر گرفته شوند.

استامینوفن برای کنترل تب، سردرد و درد عضلانی به کار می‌رود، مقدار توصیه شده ۶۵۰ میلی گرم (۱۰ تا ۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، حداکثر ۶۵۰ میلی گرم در هر دوز) هر ۴ تا ۶ ساعت لازم می‌باشد. در نارسایی کلیه یا بیماران کهن سال، کاهش مقدار استامینوفن لازم نیست. مهم‌ترین عارضه استامینوفن توکسیسیته کبدی (در صورت استفاده از مقدار بیش از معمول)، کاهش پلاکت‌ها، به ندرت آنمی همولیتیک و در صورت استفاده طولانی مدت Adverse reaction می‌باشند و در بیماران با کاهش G6PD با احتیاط به کار می‌رود.

۲- درمان ضد ویروسی: ریباویرین داروی ضد ویروسی است که در درمان موارد مبتلا به CCHF اثرات قابل توجهی داشته است. مکانیسم اثر ضد ویروسی ریباویرین کاملاً شناخته شده نیست ولی موجب تغییر زنجیره نوکلئوتیدی سلولی و ممانعت از ساخته شدن mRNA ویروسی



می رسد خطر انتقال بیماری در طی ذبح یا بلافاصله پس از آن بسیار بالا می باشد، لذا توصیه می شود به مدت ۲۴ ساعت لاشه گوسفند پس از ذبح در یخچال نگهداری شده و سپس با پوشیدن دستکش آن را



قطعه قطعه کرده و مورد مصرف قرار گیرد. ذبح کنندگان در موقع ذبح دام ها باید از وسایل ایمنی شامل کلاه، عینک، ماسک، روپوش، پیش بند پلاستیکی، چکمه و دستکش لاستیکی استفاده نمایند. در صورت ذبح دام روی خون و

ترشحات ریخته شده محلول سفیدکننده خانگی با رقت ۱ به ۱۰۰ ریخته شود و پس از ۱۵ دقیقه با آب و صابون شسته شود. در صورتی که خون و ترشحات چسبیده باشند از محلول ۱ به ۱۰ استفاده شود. معاینه دقیق پوست بیماران در هنگام بستری از نظر احتمال وجود کنه بسیار مهم است. زیرا آنها می توانند پس از جدا شدن از پوست و ماندن در محیط بیمارستان موجب انتقال بیمارستانی ویروس گردند.

برای مراقبت بیماری سه تعریف طبقه شده (مظنون، محتمل و قطعی) وجود دارد:

تعریف مظنون: شروع ناگهانی بیماری با تب + درد عضلات + تظاهرات خونریزی دهنده (شامل: راش پتشی، خونریزی از بینی و مخاط دهان، استفراغ خونی یا ملنا، هماتوری) + یکی از علائم اپیدمیولوژیک (سابقه گزش با کنه یا له کردن کنه بادست، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت های دام ها و حیوانات آلوده، تماس مستقیم یا ترشحات دفعی بیمار قطعی یا محتمل CCHF، اقامت یا مسافرت در یک محیط روستایی که احتمال تماس با دام ها وجود داشته اما یک تماس خاص

می گردد. نوع خوراکی و تزریقی داخل وریدی آن مؤثر است.

کارکنان پزشکی که با خون و یا بافت های بیماران محتمل یا تأیید شده CCHF تماس داشته اند باید حداقل تا ۱۴ روز پس از تماس پیگیری شده و درجه حرارت بدن آنها هر روز کنترل شود و بلافاصله در صورت ظهور علائم بالینی مطابق با تعریف مورد محتمل درمان شروع گردد. در مورد کارکنان پزشکی که در حین خون گیری از موارد محتمل یا تأیید شده CCHF، سوزن یا هر وسیله تیز آلوده دیگر به پوست آنها فرو می شود استفاده از ریباورین خوراکی جهت پیشگیری مفید می باشد. اگرچه بعضی مقالات دوز درمانی ریباورین را توصیه کرده اند.



به دلیل عدم گزارش عفونت مجدد، احتمالاً بعد از آلودگی ایمنی برای مدت طولانی باقی می ماند.

آموزش به مردم در مورد حفاظت در برابر گزش کنه به خصوص کودکان و در هنگام تماس با دام که با دست بدون حفاظ اقدام به جدا کردن کنه و حتی له کردن آن می کنند، بسیار مهم است. حتی استفاده از دورکننده حشرات بر روی پوست مثل (Deet, Autan) یا Diethyltoluamide استفاده از Permethrin بر روی لباس و کفش توصیه می شود. در صورت کار یا بازی در مناطق آندمیک باید روزانه پوست بدن جهت امکان چسبیدن کنه بررسی شود و کنه های احتمالی به وسیله پنس با دقت جدا گردد. این کنه ها ممکن است خیلی کوچک باشند.

به مردم باید آموزش داد که ذبح حیوانات را در کشتارگاه انجام دهند و از گوشت مورد تأیید سازمان دامپزشکی استفاده نمایند. به نظر

تصادفی را نمی‌توان مشخص نمود.

تعریف محتمل: موارد مظنون + ترمبوسیتوپنی که می‌تواند با لکوپنی یا لکوسیتوز همراه باشد.

توجه: طبق جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو چنان چه جمع امتیازات ۱۲ و یا بیشتر شود نیز به عنوان مورد محتمل تلقی شده و تحت درمان قرار می‌گیرد.

تعریف قطعی: موارد محتمل + تست سرولوژیک مثبت یا جدا کردن ویروس

توصیه‌ها:

✓ موارد محتمل بیماری CCHF که دارای خونریزی فعال می‌باشند باید در شرایط کاملاً ایزوله در بیمارستان بستری شوند و احتیاطات همه‌جانبه برای آن‌ها رعایت شود تا از بروز همه‌گیری‌های بیمارستانی جلوگیری شود.

✓ به دلیل آن که نمونه‌گیری و جداسازی سرم خون افراد محتمل، ممکن است کارکنان آزمایشگاه را به مخاطره بیاندازد، برای جداسازی سرم خون در آزمایشگاه‌ها حداکثر توجه به عمل آید و با دقت کامل حمل شوند. رعایت احتیاطات همه‌جانبه در برخورد با خون و محصولات خونی بیماران محتمل یا قطعی در بیمارستان و مراکز

بهداشتی درمانی جهت حفاظت کارکنان بهداشتی و درمانی ضروریست. ✓ با توجه به خطر آلودگی با ترشحات خونی بیماران تجهیزات و وسایل باید بوسیله حرارت و یا مواد گندزدای کلردار ضدعفونی شوند.

پانویس:

۱. وجود ویروس در خون
۲. کاهش گلبولهای سفید به مقادیر کمتر از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب
۳. کاهش پلاکت به کمتر از ۱۵۰.۰۰۰ در میلی متر مکعب
۴. خون ریزی زیرجلدی که قطری در حدود ۱-۲ میلی متر دارد
۵. تجمع خون یا خون مردگی
۶. مدفوع قیری شکل ناشی از خون ریزی دستگاه گوارش
۷. وجود خون در ادرار
۸. افزایش تعداد گلبول های سفید به بالاتر از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب
۹. تجمع غیرطبیعی آب و مایعات میان بافتی زیر پوست و حفره های بدن
۱۰. کالبد گشایی، معاینه و بررسی بدن مرده از طریق برش و آزمایش
۱۱. Enzyme linked immunosorbent assay (روش تشخیص آزمایشگاهی)
۱۲. Polymerase chain reaction (روش تشخیص آزمایشگاهی بیماری ها و شناسایی انواع سلول ها)
۱۳. ابتدای موج Q تا انتهای T در نوار قلب
۱۴. نوار قلب Electrocardiogram
۱۵. Prothrombin Time/ Partial Thromboplastin Time
۱۶. Bleeding Time (زمان سیلان خون)
۱۷. منقبض کننده عروق

لطفا نظرات و پیشنهادات و مطالب خود را به آدرس SHC.VHJ@mums.ac.ir ارسال نمایید.

یا به وبلاگ گاهنامه مراجعه نمایید: <http://voiceofhealth.mihanblog.com>

آدرس دبیرخانه: انتهای خیابان سناباد، مرکز بهداشت استان خراسان رضوی
تلفن: ۸۴۳۸۷۰۴
همکاران این شماره:

شماره مجوز: ک/ش/۴۱۱
شماره مجوز کمیته رسانه: ۹۲-۰۲-۰۰۵
صاحب امتیاز: معاونت بهداشتی دانشگاه
مدیر مسئول و سردبیر: دکتر علی صباغ گل
گرافیک و صفحه آرایی: مهرداد یوسفی فرد
مسئول دبیرخانه: نسرين خيلا
دوره انتشار: گاهنامه

خانم ها: نسرين خيلا، دکتر هماکوه، صغری حجازی، زهره عرب نژاد
آقایان: دکتر محمدرضا جویا، علی محمد صفری، دکتر امیر محمد شریف رضویان، مهرداد یوسفی فرد، مهندس سید کاظم بحرینی، سعید جعفری