

راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز مدیریت بیماری های واگیر
اداره مبارزه با بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان
۱۳۹۰

سرشناسه: زینلی، محمد، ۱۳۳۹ -
عنوان و نام پدیدآور: راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو/ نویسندگان محمد زینلی، محمدرضا شیرزادی، هما حاج‌رسولی‌ها، با همکاری جمال شریفیان... [و دیگران].
مشخصات نشر: تهران: راز نهان، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری : ۵۶ص.
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۲۵۸-۰۶۱-۰
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت : با همکاری جمال شریفیان، جمشید پورمظفری، فرانک قراچورلو، اعضاء کمیته کشوری مبارزه با تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو.
یادداشت : کتاب حاضر قبلا تحت عنوان "راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)" توسط انتشارات خلوص در سال ۱۳۸۹ منتشر شده است.
عنوان دیگر: راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو (CCHF).
موضوع : تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو
شناسه افزوده : شیرزادی، محمدرضا، ۱۳۳۹ -
شناسه افزوده : حاج‌رسولی‌ها، هما، ۱۳۴۳ -
شناسه افزوده : شریفیان، جمال
رده بندی کنگره : RC۱۱۴/۵/ز۹۴ر۲۱۳۹۰
رده بندی دیویی : ۶۱۶/۹۱
شماره کتابشناسی ملی : ۲۶۶۱۱۲۴
کد پیگیری : ۲۶۵۸۴۵۱

راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو (CCHF)

تالیف و تدوین: دکتر محمد زینلی، دکتر محمدرضا شیرزادی، هما حاج رسولی ها
با همکاری: دکترجمال شریفیان، جمشید پورمظفری، فرانک قراچورلو، مهرنوش کیانپور و اعضاء کمیته کشوری مبارزه با تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو
زیر نظر: دکتر محمدمهدی گویا، دکتر محمود نبوی
نوبت چاپ: دوم- ۱۳۹۰
شمارگان: ۵۰۰۰ جلد
قیمت: رایگان
طراحی و چاپ: کانون تبلیغاتی نگاه آرمانی
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۵۸-۰۶۱-۰

فهرست مطالب

عنوان — صفحه

سرآغاز ۴
تاریخچه تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی ۶
تاریخچه و اهمیت مراقبت بیماری تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو ۷
عامل بیماری ۹
راه انتقال بیماری ۹
علائم بالینی ۱۱
تشخیص افتراقی ۱۵
بیماری در حیوانات ۱۷
تشخیص بیماری ۱۸
جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو ۱۹
تشخیص آزمایشگاهی ۲۰
درمان بیماری ۲۳
مراقبت بیماری ۲۶
کنترل و پیشگیری بیماری در کشور (سطح کشوری و دانشگاهی) ۳۱
مراقبت بیماری در نظام شبکه بهداشتی درمانی (سطح شهرستانی) ۳۴
فرم‌های گزارش اطلاعات ۴۱
توصیه‌ها ۴۵
نمودارها ۴۷
منابع ۵۰



بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان از هر دو جنبه اقتصادی و بهداشت عمومی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. در بسیاری از کشورهای جهان تلفات و خسارات سنگینی ناشی از این بیماری‌ها ایجاد می‌شود. طی ۳۰ سال اخیر بسیاری از بیماری‌های عفونی جدید شایع شده که بخش وسیعی از آن‌ها زئونوز می‌باشند.

به علت پیچیدگی اکولوژی زئونوزها، نظارت در میزبانان طبیعی ممکن است خالی از اشکال نبوده و بررسیهای موفقیت‌آمیز به همکاری همه جانبه اکولوژیست‌ها، جانورشناسان، پرنده‌شناسان و حشره‌شناسان همراه با دامپزشکان، میکروبیولوژیست‌ها و اپیدمیولوژیست‌ها نیاز دارد.

از بیماری‌های انسانی ناشی از ویروس‌های خانواده بونیاویریده منتقله بوسیله بندپایان Arthropod-Born-Virus می‌توان به بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو اشاره کرد.

بسیاری از این بیماریها به دلیل عدم توسعه واکسن‌های مناسب، خصوصیات جمعیت تحت تماس، امکانات غیرقابل دسترس کنترل بندپایان ، مبارزه و کنترل ویژه‌ای را در نواحی آلوده طلب می‌نمایند.

به علت بروز بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو از سال ۱۳۷۸ در کشور، برنامه مراقبت بیماری مذکور تدوین گردید و اینک بمنظور استفاده بهینه کلیه کارکنان بهداشتی درمانی، راهنمای کشوری مبارزه با تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو (CCHF) با

همکاری کلیه صاحبنظران، استادان و اعضاء کمیته فنی کشوری VHF مورد تجدیدنظر و بصورت کتاب چاپ گردید.

لازم می‌دانم از استادان و محققان ارجمند که در کمیته فنی کشوری تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی (VHF) ما را یاری می‌نمایند ، تشکر نمایم.

- جناب آقای دکتر ابوالحسن ندیم استاد اپیدمیولوژیست دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- جناب آقای دکتر صادق چینی‌کار سرپرست آزمایشگاه آربوویروسها و تب‌های خونریزی‌دهنده انستیتو پاستور ایران.
- جناب آقای دکتر مسعود مردانی استاد بیماریهای عفونی و گرمسیری دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- جناب آقای دکتر محسن مشکوه، معاون بهداشتی و پیشگیری سازمان دامپزشکی کشور و مهدی خلج، کارشناس برنامه مبارزه با CCHF در سازمان دامپزشکی کشور.

امیدوارم نتایج حاصل از اجرای صحیح و دقیق این راهنما، موجب دستیابی به کنترل و پیشگیری بیماری در نقاط مختلف کشور گردد و مورد استفاده کلیه برنامه‌ریزان سطوح مختلف نظام شبکه بهداشت و درمان قرار گیرد.

از کلیه همکاران عزیزم که در تهیه این راهنما تلاش نمودند و در اجرای دقیق آن همکاری خواهند داشت تشکر و قدردانی می‌نمایم .

دکتر محمدمهدی گویا

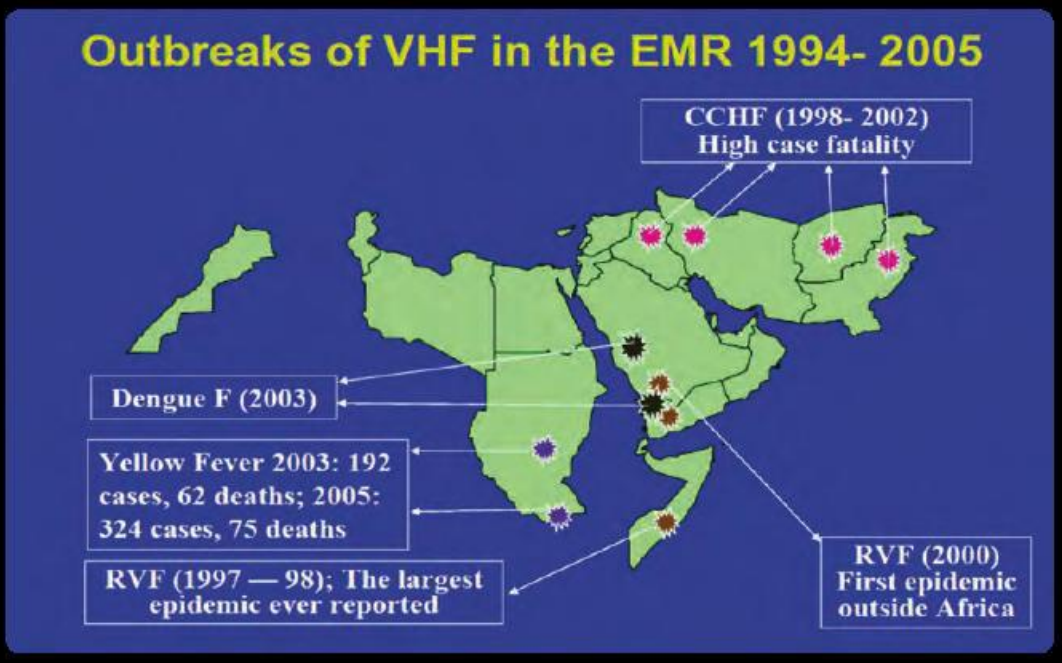
رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

تاریخچه تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی (VHF)

مهمترین تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی:

- تب زرد (Yellow Fever): در سودان ۱۹۴۰ تا ۲۰۰۳ و ۲۰۰۵.
- تب خونریزی‌دهنده دنگ (Dengue Haemorrhagic Fever): در عربستان سعودی ۱۹۹۴ و ۲۰۰۶، در یمن: ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶، در سومالی: ۱۹۸۲ و ۱۹۹۳، در جیبوتی: ۱۹۹۱ و ۱۹۹۲.
- تب دره ریفت (Rift Valley Fever): در مصر ۱۹۷۷ تا ۱۹۷۸ و ۱۹۹۳ و ۲۰۰۳، در عربستان سعودی:
- تب خونریزی‌دهنده ابولا (Ebola Haemorrhagic Fever): در سودان ۱۹۷۶ تا ۱۹۷۹ و ۲۰۰۴.

تصویر ۱: شیوع تب‌های خونریزی‌دهنده در منطقه مدیترانه شرقی ۲۰۰۵ ـ ۱۹۹۴



تاریخچه و اهمیت مراقبت بیماری تب خونریزی‌دهنده ویروسی کریمه کنگو

Crimean Congo Haemorrhagic Fever (CCHF)

تب خونریزی‌دهنده ویروسی کریمه کنگو (CCHF) یک بیماری خونریزی‌دهنده تب‌دار حاد است که بوسیله کنه منتقل می‌شود و در آسیا، اروپا و افریقا وجود دارد. مرگ و میر بالا دارد و همه‌گیریهای داخل بیمارستان آن نیز شایع هستند.

با وجودی که بیماری مخصوص حیوانات است ولی موارد تک‌گیر و همه‌گیری‌های ناگهانی این بیماری در انسانها نیز اتفاق میافتد.

بیماری توسط جرجانی پزشک و دانشمند معروف ایرانی در کتاب گنجینه خوارزمشاه (حدود سال ۱۱۱۰

در این کتاب شرح یک بیماری خونریزی‌دهنده 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 لثه‌ها بوده و ذکر شده است که بندپای کوچکی احتمالاً شپش یا کنه ناقل بیماری می‌باشد که بطور طبیعی انگل پرندگان است. اولین مورد توصیف‌شده 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 شبه‌جزیره کریمه شایع و باعث مرگ بیش از ۲۰۰ نفر از روستائیان و سربازان گردید.

بیماری و خصوصیات بالینی و نحوه ابتلا افراد، برای نخستین‌بار توسط شوماکوف روسی تشریح گردید. در سال ۱۹۴۶، ۷ مورد که ۵ مورد آن از طریق انتقال در بیمارستان بوده است در ترکمنستان گزارش شده است. در سال ۱۹۵۶ بیماری در منطقه کنگو (زئیر) شایع گردید و ویروس عامل بیماری از افراد مبتلا جداسازی شد و بعنوان ویروس کنگو نامگذاری گردید. در سال ۱۹۶۹ مشخص شد که عامل ایجاد کننده تب خونریزی‌دهنده 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:

قاره 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.

آسیا: عراق (از سال ۱۹۷۹ تا سال ۱۹۹۶ حدود ۵۵ ـ ۲۵ نفر در نواحی مختلف عراق به CCHF مبتلا شده‌اند)، پاکستان (موارد بیماری اولین‌بار در سال ۱۹۷۰ در چندین ایالت پاکستان شایع گردید. در سال ۱۹۷۶ بدنبال بروز بیماری در یک نفر دامدار و انجام عمل جراحی بر روی آن، جراح و یکنفر از پرستاران پس از ابتلاء به بیماری فوت شدند و متخصص بیهوشی و کمک جراح بعد از ابتلاء 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).

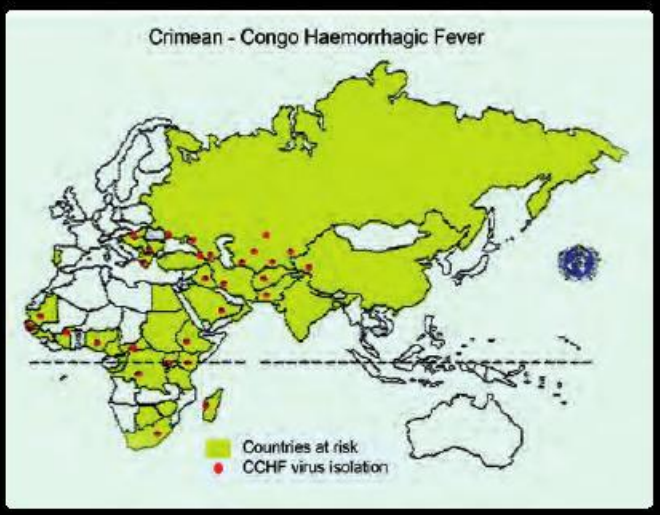
افغانستان (در سال ۱۹۹۸ مواردی از تب خونریزی‌دهنده و بروسی کریمه کنگو با ابتلا ۱۹ نفر و مرگ ۱۲ نفر

ایران: برای اولین‌بار 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 برعلیه ویروس CCHF را در ۴۸ نفر از ۳۵۱ نفر (۱۳درصد) در مناطق دریای خزر و آذربایجان‌شرقی جدا کرد.

از سال ۱۹۹۹ (۱۳۷۸) موارد مخشل و قطعی بیماری در ایران گزارش گردید که گزارش مفصل آن در گزارش وضعیت اپیدمیولوژیکی بیماری CCHF در ایران در سال ۱۳۷۸ به بعد آمده است.

تصویر ۲: نقشه پراکندگی بیماری CCHF در جهان



عامل بیماری

عامل بیماری برای نخستین‌بار از خون افراد بیمار در مرحله بروز تب و همچنین از کنه بالغ Hyalomma Marginatum جدا شد و با توجه به قابلیت فیلترپذیری بعنوان یک نوع ویروس توصیف گردید.
ویروس CCHF از گروه Arboviruses خانواده Bunyaviridae جنس Nairovirus طبقه‌بندی می‌شود. همچنین در گروه Arthropod – borne Viruses (ویروسهایی که توسط بندپایان منتقل می‌شود) قرار دارد.

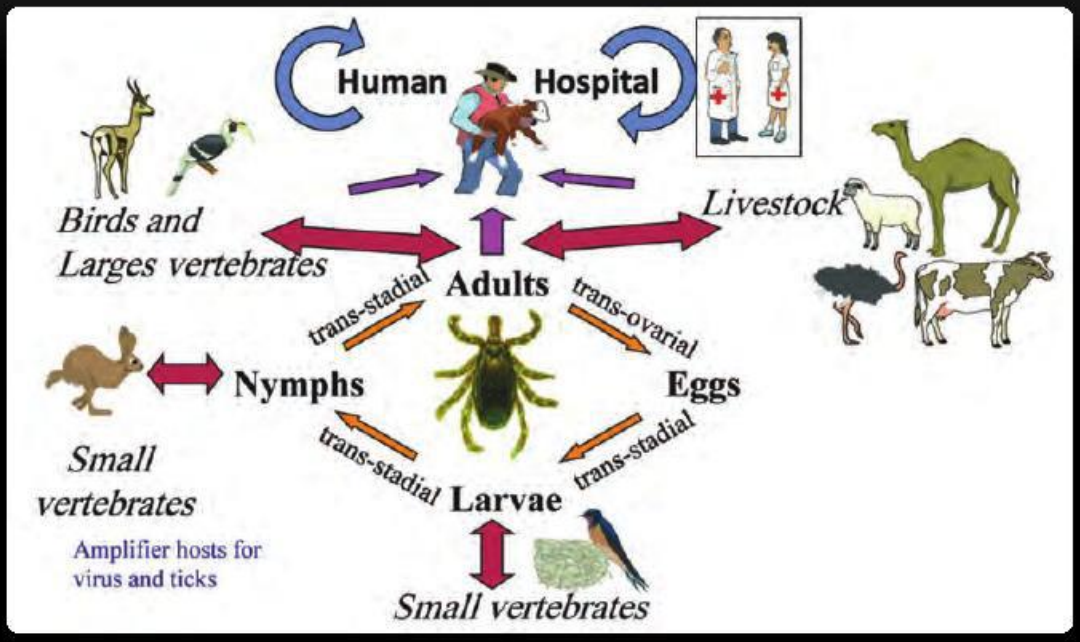
راه انتقال بیماری

ویروس CCHF اصولاً در طبیعت بوسیله کنه‌های سخت گونه Hyalomma منتقل می‌شود، ولی بوسیله گونه‌های Amblyomma، Dermacenter، Haemophysalis، Rhipicephalus، Boophilus و Ixodes نیز منتقل می‌گردد. ویروس CCHF توانائی انتقال از طریق تخم (Transovarion transmission) و نیز انتقال در مراحل مختلف بلوغ کنه (Transstadial surviral) را دارد.
مهمترین راه آلودگی کنه، خونخواری کنه Hyalomma نابالغ از مهره‌داران کوچک می‌باشد یک‌بار 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 بوسیله خرگوش صحرائی، جوجه‌تیغی، گوسفند و گاو به نقاط مختلف توسعه می‌یابد. در جنوب آفریقا آنتی‌بادی برعلیه ویروس CCHF از سرم زرافه، کرگدن، گاو کوهی (eland)، بوفالو، گورخر و سگ ها جدا شده است. تعداد زیادی از پرندگان به عفونت مقاوم هستند اما شترمرغ حساس است. ویرمی در حیوانات نشخوارکننده اهلی مثل گاو، گوسفند و بز به مدت یک هفته پس‌از آلودگی باقی می‌ماند. بیماری در حیوانات اهلی هیچگونه 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 (بدنبال تماس با پوست یا لاشه حیوان).

همچنین 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 بشدت برای دیگران آلوده کننده است، عفونتهای بیمارستانی بعد از آلودگی با خون و یا ترشحات بیماران شایع می‌باشند.

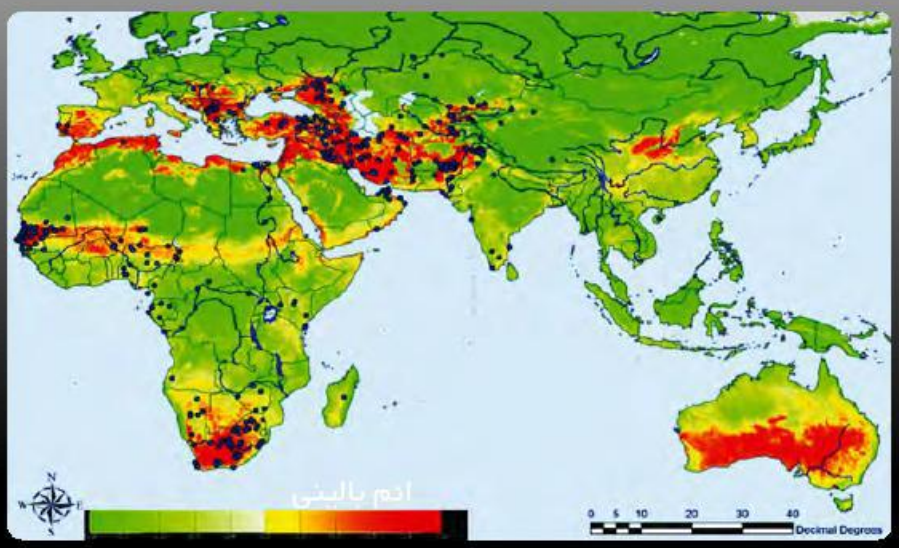
افرادی که بیشتر در معرض خطر می‌باشند عبارتند از: دامداران و کشاورزان، کارگران کشتارگاه‌ها، دامپزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی (بیمارستان‌ها). شیوع بیماری بیشتر در فصل گرم سال همزمان با فصل فعالیت مخزن بیماری (کنه‌ها) می‌باشد.

تصویر۳: چرخه انتقال ویروس CCHF



تصویر ٤: نقشه پراکنده تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو و اکولوژی کنه در دنیا

Crimean – Congo Haemorrhagic Fever and Tick ecology



علائم بالینی

۱ـ 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 بدنبال تماس با بافتها یا خون آلوده معمولاً پنج تا شش روز است و حداکثر زمان ثابت شده ۱۳ روز بوده است.

۲ـ قبل از خونریزی : شروع علائم ناگهانی حدود ۱ تا ۷ روزطول می کشد (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) می گردد.

ممکن است حالت تهوع، استفراغ بدون ارتباط با غذاخوردن 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، ترمبوسیتوپنی و بخصوص ترمبوسیتوپنی شدید نیز در این مرحله معمولاً مشاهده می‌گردد.

۳ ـ 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 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.

بدلیل پتشی ممکن است هماتوم در همان محلها و سایر پدیده‌های خونریزی‌دهنده مثل ملنا، هماتوری و خونریزی

برخی موارد خونریزی از بینی، استفراغ خونی، ملنا و خونریزی رحم آنقدر شدید است که بیمار نیاز به تزریق خون دارد. در برخی از بیماران فقط پتشی ظاهر می‌شود (حدود ۱۵٪). مشکلات دستگاه تنفسی بدلیل پنومونی خونریزی‌دهنده در حدود ۱۰٪ بیماران ایجاد می‌شود. بدلیل 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 و اغلب در مرحله پایانی بیماری سطح بیلی روبین سرم بالا می‌رود.

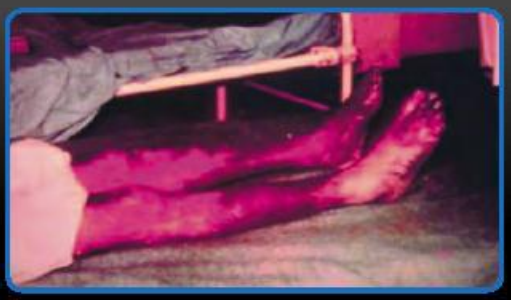
بیمارانی که سرنوشتشان به مرگ منتهی می‌شود معمولاً علائم آنها بطور سریع حتی در روزهای اول بیماری تغییر می‌کند و همچنین لکوسیتوز بیشتر از لکوپنی وجود دارد.

ترمبوسیتوپنی در مراحل اولیه بیماری نشان‌دهنده پیش آگهی بدی می‌باشد. مرگ بدلیل از دست‌دادن خون، خونریزی مغزی، کمبود مایعات بدلیل اسهال، یا ادم ریوی ممکن است ایجاد شود. در اتوپسی بیماران فوت‌شده، معمولاً خونریزی به شدت‌های مختلف در همه اعضاء و بافتها وداخل معده و روده‌ها دیده می‌شود.

تصویر ۵ : پتشی واکیموز (خونریزی وسیع جلدی) از علائم بالینی بیماری







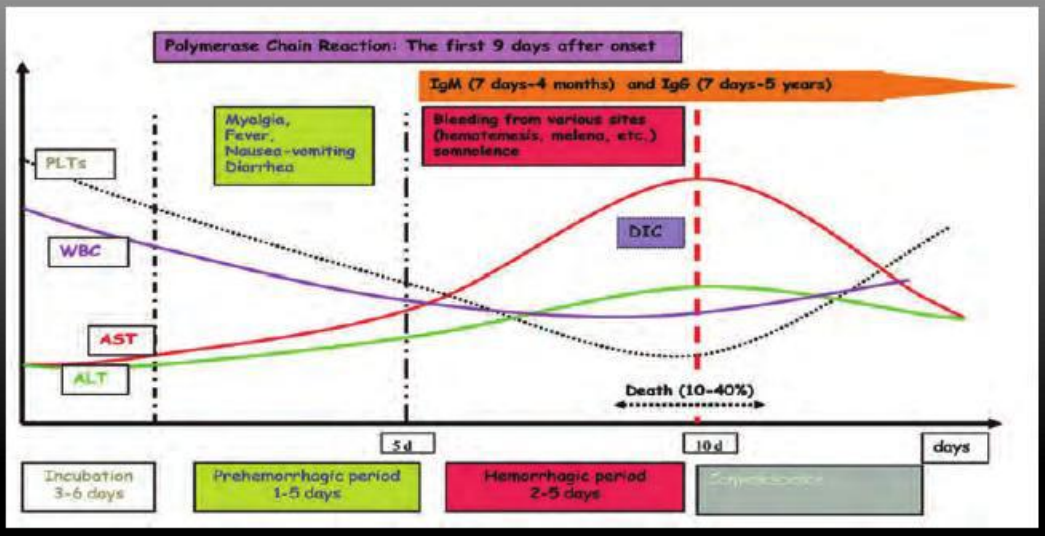


۴ـ دوره نقاهت: بیماران از روز دهم وقتی ضایعات پوستی کم‌رنگ می‌شود، بتدریج بهبودی پیدا می کنند. اغلب بیماران در هفته‌های سوم تا ششم بعد از شروع بیماری وقتی شاخصهای خونی و آزمایش ادرار طبیعی شد از بیمارستان مرخص می‌شوند.

مشخصه دوره نقاهت طولانی بودن آن به همراه ضعف (Asthenia) می‌باشد که ممکن است برای یک ماه یا بیشتر باقی بماند. گاهی موها کامل می‌ریزد (که پس از ۴ تا ۵ ماه ترمیم می‌شود) بهبودی معمولاً بدون عارضه است، اگرچه التهاب رشته‌های عصبی (نوریت) یک یا چند عصب ممکن است برای چندین ماه باقی بماند.

تصویر ۶ : سیر علائم بالینی بیماری

علائم بالینی CCHF



تصویر ۷ : راش جلدی و گزش کنه



تشخیص افتراقی

تشخیص‌های افتراقی تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو شامل موارد زیر می‌باشد:

۱ـ بیماری‌های عفونی:

آنفلوانزا، هپاتیت ویروسی، سرخک، منتگوکوکسمی، سپتی‌سمی، تیفوئید، مالاریا، لپتوسپیروز، سیاه‌زخم (گوارشی و ریوی)، اسهال خونی (شیگلوز و سایر اسهال‌های باکتریایی، آمیبیازیس)، آندوکاردیت، بیماری‌های ریکتزیایی، سایر تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی، سل میلیر و

- Infectious Mononucleosis
- CMV
- Toxic Shock Syndrome
- Staphylococal Scarlet Skin Syndrome
- Rat – bite Fever
- Coccidioidomycosis
- Acute Abdomen
- Disseminated Gonococal Infection
- Enteroviral Petechial Rash (echo ۹,cox A۹)

۲ـ بدخیمی‌ها:

لنفوم، لوسمی (حاد و مزمن)، مولتیپل میلوما و انفیلتراسیون مغز و استخوان توسط سلول‌های بدخیم.

۳ـ داروها:

کینیدین، کینین، سولفونامیدها، کلرامفنیکل، نمک‌های طلا، ریفامپین، متیل دوپا، PAS، دیجیتال، benzene، استروژن، تیازید، هپارین و مسمومیت با آسپرین.

۴ـ سایر موارد:

- Purpura fulminant (Dic, Sepsis, Malignancy, Massive trauma,...)
- Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP)
- Thrombotic, thrombocytopenic purpura (TTP)
- Pancreatitis
- Aplastic Anemia
- Henoch-schonlein pupura
- SLE
- Vasculitis
- Cryoglobulinemia
- Inflamatory bowel diseases
- Post Transfusion Tranfusion purpura
- Cyclic thrombocytopenia
- Scurvy (Vit C deficiency)
- Graft versus host reaction (Transplant rejection)
- Chronic renal disease
- Magnesium deficiency
- Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria

- بیماران تحت درمان شیمی درمانی و رادیوتراپی:

اگرچه موارد فوق ممکن است مراحل مختلف تظاهرات بالینی تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو را تقلید نماید ولی به جز بیماریهای عفونی ذکرشده مهمترین بیماریهایی که در تشخیص افتراقی مطرح می‌باشند شامل لنفوم، لوسمی، ITP، TTP هستند.

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 حالیکه هیچیک از حیوانات یادشده در هنگام جداسازی ویروس دارای هیچگونه علائم بالینی دال بر بروز بیماری نبوده اند.

همچنین 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 هیچگونه علائم بالینی مشاهده نگردیده است. عفونت و آلودگی به ویروس CCHF در خرگوش، موش و خارپشت نیز تنها با واکنش تب همراه است و ویروس CCHF از خرگوش‌های و خارپشت‌هایی که به صورت طبیعی به ویروس آلوده گردیده‌اند جدا شده است.

همچنین در آزمایش‌های تجربی، متعاقب تزریق ویروس CCHF به حیوانات یادشده به استثنای تب کنترا هیچگونه علائم بالینی مشاهده نگردیده است.

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

همچنین در آزمایش‌های انجام‌شده بر روی زاغ و سایر پرندگان، با وجود تزریق ویروس به پرندگان مورد آزمایش، ویرمی و پاسخ‌های ایمنی هومورال مشاهده نگردیده است و بطورکلی پرندگان در مقابل ویروس CCHF حساس نبوده‌اند.

به هرحال با توجه به تمایل کنه‌های ناقل CCHF در مراحل نوزادی به تغذیه از خون پرندگان، این حیوانات نقش قابل‌توجهی را در بقای انواع کنه‌ها ایفاء نموده و کنه‌های ناقل ویروس را به صورت گسترده در طبیعت منتشر می‌نمایند.

در میان پرندگان، شترمرغ نسبت به عامل بیماری حساس بوده و در کانون‌های آندمیک بیماری میزان شیوع نسبتاً بالای بیماری در گله شترمرغ‌ها 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 می‌گردد. جهت سهولت تشخیص تب خونریزی‌دهنده Crimean Congo از جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو که توسط Swanepoel تنظیم گردیده است، استفاده می‌شود.

این جدول براساس یافته‌های اپیدمیولوژیک، علائم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی تدوین شده است. چنانچه جمع امتیازات کسب‌شده از این جدول ۱۲ یا بیشتر گردد، به احتمال قوی بیمار مبتلا به تب خونریزی‌دهنده Crimean Congo می‌باشد و بایستی تحت درمان قرار گیرد.

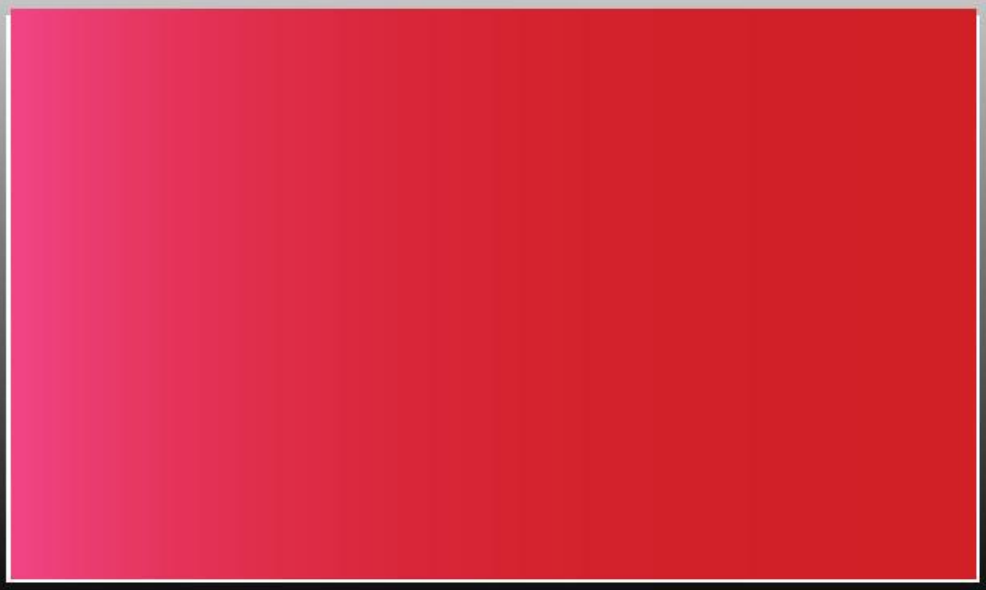
جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو

(R Swanepoel , JH Mynhardt Harvey – **1987**)

چنانچه جمع امتیازات ۱۲ و یا بیشتر شود مورد بعنوان مورد محتمل CCHF تلقی‌شده و تحت درمان قرارمی گیرد.







* سیاه زخم و تب دره ریفت را باید رد کرد.

** تب مالت ، تب کیو و سیاه زخم را باید رد کرد.

تشخیص آزمایشگاهی

تشخیص موارد محتمل CCHF در آزمایشگاه با مراقبت بیولوژیک بالا و تجهیزات اختصاصی انجام می گیرد.

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 جدا کرد.

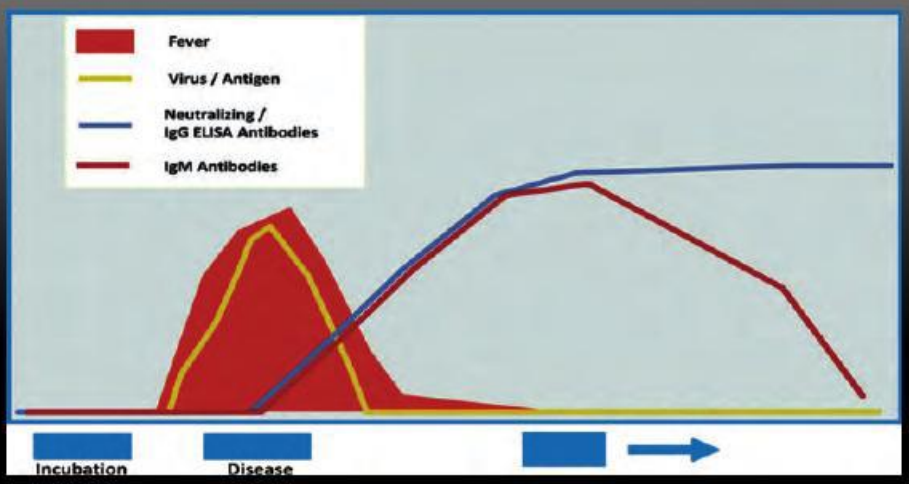
اندازه‌گیری آنتی بادی بوسیله روشهای مختلف در طی ۵ تا ۱۴ روز از شروع بیماری و در طی بهبود بالینی امکان‌پذیر است. IgM تا چهار ماه قابل اندازه گیری است، پس از آن IgG کاهش پیدا می کند اما تا پنج سال می‌توان آنرا اندازه گیری نمود.

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 می گیرد. با بکاربردن روش

ایمنوفلورسانس یا ELISA ، گاهی در نمونه‌های بافتی آنتی ژن ویروس را می توان جدا کرد. اخیراً PCR یک روش مولکولی برای جداسازی ژنوم ویروس بطور موفق در تشخیص بکار برده شده است.

تصویر ۸: مراحل ویرمی در بدن انسان

CCHF: Short duration viraemia



روشهای تشخیص آزمایشگاهی

۱ـ روش مولکولی: از طریق شناسائی ژن ویروس مربوطه.

۲ـ روش‌های مختلف سرولوژیک منجمله روش ELISA جهت تشخیص آنتی بادیهای IgM و IgG علیه ویروس مربوطه ویا تشخیص آنتی ژن.

۳ـ روش جداسازی ویروس (ایزولاسیون ویروسی)

نحوه تهیه و ارسال نمونه

از افراد مورد نظر ۱۰ میلی‌لیتر خون با رعایت کلیه احتیاطات بهداشتی لازم، نظیر استفاده از دو جفت دستکش مخصوص آزمایشگاهی، عینک، روپوش و... گرفته شود.

در هنگام خونگیری دقت شود که از هرگونه تماس با خون یا مواد بیولوژیک فرد بیمار با بدن (به‌خصوص چشم‌ها، مخاط، دهان و بینی) نمونه‌گیر، جلوگیری گردد.

پس از جداسازی سرم (مطابق تصاویر) ابتدا سرم‌ها را به لوله‌های کرایوتیوب پلاستیکی منتقل نموده و درب آنرا محکم بسته و سپس به وسیله پارافیلم درب آن‌ها پوشانده‌شده و پس از درج کد بیمار مربوطه در پشت این

و درب آن را محکم بسته و به وسیله پارافیلم نیز پوشانده شود سپس نمونه‌ها را در Vaccine carrier در مجاورت کیسه یخ (Ice bag) قرارداده و در زنجیره سرد در اولین فرصت همراه با فرم‌های مربوطه، به آزمایشگاه آربوویروس و تب‌های هموراژیک ویروسی انستیتو پاستور ایران ارسال گردد.



توصیه‌های مرتبط به احتیاطات بهداشتی در آزمایشگاه

رعایت کلیه پروتکل‌های مربوط به کار با ویروسهای تب‌های هموراژیک ویروسی در آزمایشگاه الزامی می‌باشد، نظیر استفاده از دو جفت دستکش‌های مخصوص آزمایشگاهی، استفاده از گانهای مخصوص، استفاده از ماسک، عینک و کلاه ایمنی (محافظ صورت)، برقراری فشار منفی (Negative pressure) در محل آزمایشگاه مربوطه، استفاده از هودهای بیولوژیک مربوطه، رعایت کلیه جوانب و شرایط ضدعفونی در آزمایشگاه و رعایت Biosafety مربوطه و...

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 Congulation) می‌باشد. علائم حیاتی و هماتوکریت بیمار باید کنترل شود و درصورت افت شدید هموگلوبین نسبت به تزریق خون اقدام شود و ضمناً در موارد ترمبوسیتوپنی شدید و نشانه‌های خونریزی فعال تجویز پلاکت کاربرد دارد.

خونریزی می‌شود، درصورت 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 اکی والان در لیتر). تزریق کلسیم در تصحیح اختلالات انعقادی و همچنین 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 طولانی‌شدن فاصله QT در ECG ، در دسترس‌ترین شاخص جهت بررسی کاهش کلسیم است.

توجه: اگر علی‌رغم طبیعی‌بودن PT/PTT و T 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 باید در نظر گرفته شوند.

استامینوفن برای کنترل تب، سردرد و درد عضلانی به کار می‌رود، مقدار توصیه‌شده ۶۵۰ میلی‌گرم (۱۰ تا ۱۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، حداکثر ۶۵۰ میلی‌گرم در هر دز) هر ۴ تا ۶ ساعت می‌باشد. در نارسایی کلیه یا بیماران کهنسال، کاهش مقدار استامینوفن لازم نیست.

مهم‌ترین عارضه استامینوفن توکسیسیته کبدی (درصورت استفاده از مقدار بیش از معمول)، کاهش پلاکت‌ها، به ندرت آنمی همولتیک و درصورت استفاده طولانی‌مدت adverse reaction می‌باشند و در بیماران با کاهش G۶PD با احتیاط به کار می‌رود.

۲ـ درمان ضد ویروسی: ریباویرین داروی ضد ویروسی است که در درمان موارد مبتلا به CCHF اثرات

مکانیسم اثر ضد ویروسی ریباویرین کاملاً شناخته شده نیست ولی موجب تغییر زنجیره نوکلئوتیدی سلولی و ممانعت از ساخته‌شدن mRNA ویروسی می‌گردد. نوع خوراکی و تزریقی داخل وریدی آن مؤثر است.

طول مدت درمان با ریباویرین ۱۰ روز است و مطابق زیر جهت استفاده نوع خوراکی و تزریقی بکار می‌رود:

۳۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن به صورت یکجا سپس ۱۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت برای ۴ روز پس از آن ۷/۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸ ساعت برای ۶ روز دارو بلافاصله بعد از تشخیص بالینی در موارد محتمل باید تجویز گردد.

تجویز داروی ریباویرین در شش روز اول پس از شروع علائم بالینی با میزان بهبودی بالاتری همراه است.

کمیته کشوری، ریباویرین خوراکی را برای شروع درمان در اکثریت بیماران توصیه می‌نماید ولی در موارد زیر درصورت در دسترس بودن نوع تزریقی، با همان مقدار خوراکی بطور آهسته وریدی تجویز می‌گردد:

الف ـ علائم اختلالات سیستم اعصاب مرکزی:

شامل تشنج، کما، گیجی و اختلالات شدید رفتاری و علائم لترالیزه که نشان‌دهنده خونریزی مغزی باشد.

ب ـ علائم اختلالات شدید متابولیک:

شامل PH زیر ۷/۱، دهیدراتاسیون بیش از ۱۰٪، فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ mmHg، استفراغ‌های شدید.

ج ـ علائمی که بدلیل اختلالات شدید بوده و با پیش آگهی بدی همراه است شامل:

کاهش پلاکتها به کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میلی‌لیتر در سه روز اول شروع بیماری یا کمتر از ۲۰۰۰۰ در میلی‌لیتر در

هر زمان دیگر، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی‌لیتر، علائم DIC شامل اختلالات PT و PTT و افزایش FDP (Febrin Degridation Product).

د ـ نارسائی کبدی:

نارسائی ریوی و ادم ریه یا نارسائی چند عضو.



توجه:



درصورت بروز علائم فوق در طی درمان خوراکی، درصورت د
ترس‌بودن نوع تزریقی ادامه درمان به شکل تزریقی تجویز می‌شود.

- با توجه به تراتوژن بودن دارو مصرف آن در خانم های حامله یا خانم هایی
تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو در خطر باشد به همراه سایر درمان های
حمایتی بلامانع است.

مراقبت بیماری

مراقبت اپیدمیولوژی در واقع دست‌یابی به اطلاعات برای انجام عملیات است. مراقبت اپیدمیولوژی جزء اصلی هر برنامه کنترلی است و همه سطوح نظام بهداشتی باید فعالیت‌های مراقبتی مربوط به خود را انجام دهند. مراقبت تب‌های خونریزی‌دهنده باید ساده باشد تا بتوان به راحتی و به سرعت تجزیه و تحلیل کرد تا برای کنترل بیماری و کاهش تعداد بیماران فرصت کافی وجود داشته باشد.

اهداف مراقبت تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی:

- بررسی روند بیماری به طوری که بتوان برنامه‌های پیش‌بینی‌شده را با وضعیت‌های جدید مطابقت داد.
- مواقع طغیان‌ها یا اپیدمی‌ها را پیدا کرد و مورد بررسی قرارداد.
- افراد در معرض خطر ابتلاء و موارد مرگ را مشخص نمود.
- فعالیت‌های انجام‌شده در کنترل و پیشگیری بیماری را ارزیابی نمود.
- فعالیت‌های لازم برای کنترل بیماری را مشخص و براساس اولویت اقدام نمود.

اصول مراقبت تب‌های خونریزی‌دهنده:

- مشخص‌شدن جمعیت مورد هدف.
- توجه مسئولان و ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درخصوص تب‌های خونریزی دهنده.
- وقایع اتفاق افتاده در هر مکان و در هر جمعیتی و حتی علائم بالینی در هر بیمار باید به تمام سطوح به طور صحیح گزارش شود.
- بیان روشن تعاریف این بیماری ها به تمام مراکز بهداشتی درمانی (دولتی و خصوصی) که در مراقبت نقش دارند.
- شناسایی افراد در معرض تماس در بیماری‌هایی که احتمال انتقال انسان به انسان وجود دارد، بسیار مهم است.

- برقراری روش‌های مناسب جمع‌آوری داده‌ها، بررسی و تجزیه وتحلیل آن‌ها وروش‌های مداخله و ارسال پس‌خوراند اطلاعات.
- فعالیت‌های نظام بهداشتی باید براساس یک روند منطقی حاصل از اطلاعات هدایت شوند.
- اختصاص منابع مناسب و مؤثر و بدون کمبود.
- تهیه سریع اطلاعات کافی تا پس از آن فعالیت مؤثر انجام گیرد.
- برقراری همکاری بین‌بخشی قوی با سایر ارگان‌ها به‌خصوص سازمان دامپزشکی و مسئولین سیاسی در سطح کشوری ، استانی و شهرستانی.
- تشویق افراد فعال در کنترل بیماری.

روش بکارگیری اطلاعات در هنگام مراقبت تب‌های خونریزی دهنده ویروسی

اطلاعات مورد استفاده در طی مراقبت تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی براساس موارد زیر می‌باشد:

الف) تعداد بیماران و موارد مرگ:

علاوه بر تعداد کل بیماران و مرگ‌ها، زمان و مکان وقوع، سن، جنس، و شغل نیز اهمیت دارد.

ب) نتایج آزمایشگاهی:

- بررسی عامل بیماری‌زا (جداسازی ویروس یا آنتی ژن ویروسی یا بررسی سرولوژیک).
- مشخص کردن آلودگی محیط و میزبان‌های واسط.
- سایر نتایج آزمایشگاهی که به دلیل تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی ایجاد می گردد.

ج) وسعت اقدامات کنترلی و پیشگیری:

- تعداد بیماران تحت درمان.
- پیگیری اطرافیان بیماران.
- هماهنگی با سایر ارگان‌ها وسازمان‌ها.
- مقدار و نوع و مکان سمپاشی.

د) شرایط محیطی:

- کیفیت آب مصرفی.
- وضعیت بارش باران.
- جا به جایی حیوانات یا ورود حیوانات در یک منطقه.
- مراقبت‌های معمول بیمارستانی در پیشگیری از انتقال بیمارستانی.
- همجواری با حیوانات.

ناقلین: اطلاعات درمورد نوع ناقلین و توزیع جغرافیایی و سطح مقاومت و حساسیت آن‌ها به حشره‌کش‌ها.

مخازن: اطلاعات درمورد نوع و توزیع جغرافیایی مخازن انسانی و حیوانی.

جمعیت: اطلاعات درمورد جمعیت، توزیع سنی و جنسی، توزیع جغرافیایی و مهاجرت افراد.

اطلاعات مورد نیاز:

با توجه به امکانات موجود در نظام ارائه خدمات بهداشتی در مورد جمع‌آوری اطلاعات تصمیم گیری نمایید.

- مورد بیماری یا عامل بیماری: تصمیم بگیرید که شما فقط موارد بیماری یا هم موارد بیماری و هم عامل بیماری را پیگیری نمایید.
- شاخص‌ها: مشخص کنید چه مواردی را می‌خواهید پیگیری نمایید که می‌تواند شامل عوارض، مرگ، روش درمان و غیره باشد.
- جمع آوری اطلاعات در سطوح مختلف مراکز بهداشتی، بیمارستان، شهرستان، دانشگاه و سطح کشوری.
- جمع آوری اطلاعات کاربردی.
- اطلاعات به طور معمول گزارش شود.

اطلاعاتی که از گزارشات معمول به دست می‌آید شامل مواردی مانند سن، جنس، آدرس، نتیجه درمان، تاریخ شروع علائم، تاریخ تشخیص وتاریخ گزارش می‌باشد. این اطلاعات اصولاً از سطح شهرستان جمع‌آوری و گزارش می‌شود.

هـ) اطلاعات اضافی:

از جمع‌آوری اطلاعات اضافی پرهیز کنید و فقط اطلاعات لازم برای تصمیم گیری را جمع‌آوری نمایید.

شاخص‌های ابتلا به بیماری

این شاخص‌ها را می‌توان در یک بخش، شهرستان، استان، کشور و مناطق مختلف محاسبه نمود و وجود آنها نشان‌دهنده فعالیت نظام بهداشتی آنجا است.

میزان بروز:

۱۰۰۰۰۰ × تعداد موارد جدید که در یک مکان خاصی و در یک زمان خاصی اتفاق می‌افتد

متوسط سالانه جمعیت در معرض خطر آن مکان خاص و در دوره زمانی مشابه

میزان حمله یا میزان مورد:

یک جمع تزایدی میزان بروز است که معمولاً به صورت درصد مشخص می‌شود و در یک زمان محدود و

۱۰۰ × کل موارد جدید در یک دوره زمانی و در یک مکان مشخص

جمعیت در معرض خطر در همان زمان و همان مکان

میزان آلودگی:

میزان آلودگی ، جمع موارد علامت دار به علاوه موارد بدون علائم بالینی می باشد که در یک زمان محدود و مکان خاص به درصد محاسبه می شود که می توان به وسیله سرواپیدمیولوژیک به دست آورد.

۱۰۰ × جمع موارد علامت دار و موارد بدون علامت در یک دوره زمانی و در یک مکان مشخص

جمعیت در معرض خطر در همان زمان و همان مکان

شاخص‌های اپیدمیولوژی

میزان آلودگی در دام: با بررسی سرواپیدمیولوژی دام‌ها امکان‌پذیر است.

میزان آلودگی در ناقلین: با جدا کردن آنتی‌ژن در ناقلین امکان‌پذیر است.

میزان کشندگی (Fatality Rate):

۱۰۰ × تعداد مرگ به دلیل CCHF در طی یک زمان خاص

کل موارد مبتلا به بیماری در یک زمان خاص

میزان مرگ (Death rate or monthly rate)

$$\frac{\text{کل موارد مرگ به دلیل CCHF در یک سال اخیر}}{\text{متوسط سالانه جمعیت در معرض خطر در یک سال اخیر}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

میزان مرگ را می‌توان براساس سن، جنس و... نیز محاسبه نمود.

جمع‌آوری اطلاعات

با توجه به اهمیت احتمال گسترش سریع تب‌های خونریزی دهنده ویروسی و مرگ و میر بالای آنها، لذا در اولین برخورد به موارد مشکوک به CCHF باید بلافاصله به مرکز بهداشت شهرستان جهت پیگیری و کنترل

دو دسته اطلاعات از بیماران جمع‌آوری می‌گردد:

۱- اطلاعات اپیدمیولوژیک

۲- علائم بالینی

با توجه به اینکه هنوز بسیاری از یافته‌های اپیدمیولوژیک و علائم بالینی CCHF آشکار نمیباشد، لذا در اولین برخورد با موارد مشکوک ، اطلاعات اپیدمیولوژیک و علائم و نشانه‌های بالینی جمع‌آوری و به طور روزانه ثبت می‌گردد. بهتر است تکمیل فرم بررسی روزانه علائم و نشانه‌های بالینی و نتایج آزمایشات و مواد بیولوژیک مصرفی بیمار مشکوک به CCHF در یک ساعت خاص در طول روز باشد. در صورت فوت بیمار در طی درمان، بلافاصله علت مرگ نیز درج گردد.

مجموعه یافته‌های فوق از هر بیمار اطلاعات مهمی را دراختیار متخصصین و کارشناسان قرار می‌دهد. اصولاً خلاصه‌ای از اطلاعات ذکر شده در فرم‌های مخصوص تحت عنوان فرم گزارش بیماری توسط مسئولین بهداشتی شهرستان به سطح استانی و از آنجا به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر ارسال می‌گردد.

کنترل و پیشگیری بیماری در کشور

ارائه خط مشی و انتخاب روش های عملیاتی مناسب با استفاده از امکانات شبکه‌های بهداشتی درمانی، با توجه به موارد قطعی بیماری در برخی از مناطق کشور از سال ۱۳۷۸، جهت پیشگیری و کنترل بیماری تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو (CCHF) ضرورت دارد.

پیشگیری و کنترل بیماری CCHF براساس بیماریابی (تعاریف استاندارد) ، تشخیص بموقع بیماری ، درمان مناسب (درمان حمایتی و داروی ضدویروسی مناسب)، افزایش آگاهی (در زمینه راه‌های سرایت و پیشگیری بیماری)، هماهنگی بین‌بخشی با ارگان‌های ذیربط باید با روش یکسان در سراسر کشور به گونه ای عملی شود که در تمام نقاط امکان آن فراهم باشد که این مهم بعنوان هدف کاربردی اجرای برنامه مبارزه با این بیماری

سطح کشوری:

کمیته فنی (علمی و اجرایی) با هدف ایجاد هماهنگی در زمینه مسائل علمی و اجرائی مربوط به کنترل و پیشگیری بیماری تشکیل شده است تا اینکه وظایف زیر در سطح کشوری تحقق یابد.

۱- تقویت و گسترش هماهنگی بین‌بخشی با سازمان‌های ذیربط

۲- اولویت اهمیت کنترل و پیشگیری بیماری برای مسئولین درون‌بخشی

۳- برنامه‌ریزی، نظارت، مراقبت و ارزشیابی بر اجرای برنامه مبارزه با CCHF در دانشگاه‌های علوم پزشکی

۴- ارائه و اجرای طرح‌های تحقیقاتی و مطالعاتی با ایجاد هماهنگی لازم با معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارتخانه‌ها، انستیتوپاستور ایران، دانشگاه‌های علوم پزشکی و دیگر بخش‌های مرتبط (وزارت جهاد کشاورزی، سازمان دامپزشکی کشور و...)

۵- تأمین داروی مورد نیاز بیماران و نحوه درمان یکسان در سراسر کشور

۶- هماهنگی لازم برای حمایت از آزمایشگاه تشخیصی در کشور

۷- بررسی آخرین اطلاعات در مورد ناقل بیماری، راه‌های انتقال، پیشگیری، کنترل و...

۸- برگزاری سمینارهای کشوری و دانشگاهی با هماهنگی و همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی

دانشکده های دامپزشکی، سازمان دامپزشکی کشور

۹- تنظیم برنامه‌های آموزشی برای سطوح مختلف بهداشتی درمانی که این مهم با هماهنگی کمیته فنی کشوری سالانه تهیه و بازنگری می گردد.

۱۰- جلب حمایت و همکاری سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران و منطقه مدیترانه شرقی جهت تخصیص اعتبارات مورد نیاز برای ارتقای سطح دانش در سطوح مختلف

۱۱- جلب حمایت مسئولین ذیربط برای تأمین اعتبارات مورد نیاز برای اجرای برنامه مبارزه با بیماری

۱۲- استاندارد نمودن تعاریف بیماری (مظنون، محتمل و قطعی) برای اعلام گزارش، درمان و اقدامات کنترل و پیشگیری بیماری در منطقه

۱۳- پایش و آنالیز اطلاعات و آمار موارد بیماری براساس تعاریف استاندارد ثبت شده به صورت online در سیستم پورتال توسط شهرستان‌ها و سطوح بالاتر

۱۴- گزارش موارد به سازمان‌های بین‌المللی

سطح دانشگاهی:

ریاست دانشگاه بعنوان دبیر شورای سلامت و امنیت غذا در منطقه تحت پوشش بوده و معاون بهداشتی دانشگاه مسئولیت اجرایی برنامه را بعهده دارد تا این وظیفه از طریق حوزه معاونت بهداشتی (مرکز بهداشت استان) انجام شود:

۱- گزارش فوری (تلفنی) موارد محتمل بیماری به ستاد پیگیری بیماری‌های مستقر در مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

۲- پایش گزارش ثبت شده بیماری بصورت online در سیستم پورتال توسط شهرستانها در اولین فرصت پس از دریافت اطلاعات بیمار

۳- تهیه و ارسال نمونه‌های تهیه شده به انستیتوپاستور ایران با هماهنگی امور آزمایشگاه‌های استان

۴- تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشی با سازمان‌های ذیربط در سطح دانشگاه (روش اجرای عملیات با استفاده از همکاری های بین‌بخشی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار بوده و در واقع مرکز ثقل عملیات، ایجاد هماهنگی بین‌بخشی مداوم و مستمر بین‌بخش بهداشت و اداره کل دامپزشکی استان می‌باشد که می‌تواند با

استفاده بهینه از امکانات موجود در هر دو بخش و همسو ساختن این امکانات و برنامه‌ریزی صحیح با شناخت معضلات و تنگناها و تبادل اطلاعات منظم و تفسیر آن و بکارگیری نتایج این اطلاعات بطور مشترک در کنترل و پیشگیری بیماری گام بردارند).

۵- بازدید مشترک و هماهنگ بین اداره کل دامپزشکی و مرکز بهداشت استان از منطقه‌ای که بیماری گزارش شده است و ارسال گزارش بازدید به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

۶- نظارت بر دارو و درمان بیماران براساس روش یکسان (با توجه به کمبود دارو و گزارش روزانه وضعیت بیمار می‌بایست مصرف روزانه دارو دراختیار بخش عفونی یا داخلی که بیمار بستری شده است قرار گیرد).

۷- دقت در تکمیل اطلاعات در فرم گزارش بیماری پس از بررسی های اپیدمیولوژیکی، بالینی، آزمایشگاهی و خاتمه بیماری به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

۸- برنامه‌ریزی برای نظارت بر ذبح و بازرسی بدن در شهرستان ها

۹- اجرا و نظارت برنامه‌های آموزشی و بازآموزی در سطوح مختلف در بخش دولتی و خصوصی برای پزشکان – کارشناسان – کاردان های بهداشتی و درمانی و بهورزان

۱۰- حمایت در تجهیز و راه‌اندازی مکان مناسب در بیمارستان شهرستان‌ها جهت ایزوله کردن بیماران با خونریزی فعال

۱۱- آموزش های نحوه انتقال، کنترل و پیشگیری بیماری در بیمارستان‌ها و آزمایشگاه‌ها برای گروه‌های در معرض خطر (پرستاران، کارکنان بیمارستان و... کارشناسان و کاردان‌های آزمایشگاه) با هماهنگی مدیریت درمان معاونت درمان دانشگاه

۱۲- اولویت اهمیت کنترل و پیشگیری بیماری برای مسئولین محلی و درون‌بخشی

۱۳- با توجه به اینکه تنها مرکز تشخیص قطعی بیماری در انستیتوپاستور ایران می‌باشد، لذا پس از دریافت نتایج آزمایشها از مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نتیجه آزمایشهای انجام شده به پزشکان معالج بیمار، اداره کل دامپزشکی و همچنین مرکز بهداشت شهرستانی که بیمار در آن سکونت داشته است ، اعلام شود.

سطح شهرستانی (مراقبت بیماری در نظام شبکه بهداشتی درمانی)

مدیر شبکه بهداشت و درمان بعنوان مسئول برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی در نظام شبکه در شهرستان بوده و رئیس مرکز بهداشت مسئولیت اجرایی برنامه را در سطح شهرستان برعهده دارد و از طریق گروه مبارزه با بیماری‌ها موارد زیر برای اجرای برنامه مدنظر قرار می گیرد:

۱- گزارش فوری (تلفنی) مورد گزارش شده به ستاد پیگیری بیماری‌های مستقر در مرکز بهداشت استان (گروه مبارزه با بیماری‌ها)

۲- ثبت فرم گزارش بیماری بصورت online از طریق سیستم پورتال در اولین فرصت پس از دریافت اطلاعات بیمار

۳- گزارش موارد بصورت CCHF به واحد بهداشت شهرستان و اقدامات پیگیری جهت بررسی موارد

۴- هماهنگی با امور آزمایشگاه‌های شهرستان جهت تهیه و ارسال نمونه‌های سرم خون به مرکز استان

۴-۱- نمونه اول: پس از تشخیص بیماری براساس علائم بیماری

نمونه دوم: ۵ روز پس از تهیه نمونه اول

نمونه سوم: ۱۰ روز پس از تهیه نمونه اول

(حتماً نمونه‌ها می‌بایست تحت نظر امور آزمایشگاه‌های استان و مرکز بهداشت استان تهیه شده و از طریق مرکز بهداشت استان به انستیتوپاستور ایران ارسال گردد)

توجه: از ارسال نمونه‌ها از مطب‌های خصوصی و یا مستقیماً از مراکز بهداشت شهرستان به انستیتوپاستور ایران بدون اطلاعات و هماهنگی مرکز بهداشت استان خودداری شود.

۵- هماهنگی با مدیریت درمان شهرستان و بیمارستان جهت تحویل دارو (مصرف روزانه تحویل بخش عفونی یا داخلی که بیمار بستری شده است.می‌شود) و درمان کامل بیمار

۶- بازدید مشترک و هماهنگ بین اداره دامپزشکی و مرکز بهداشت شهرستان از منطقه و ارسال گزارش به مرکز بهداشت استان

۷- تکمیل اطلاعات فرم گزارش بیماری پس از بررسی اپیدمیولوژیکی، بالینی آزمایشگاهی و عاقبت بیماری به مرکز بهداشت استان

۸- اجرای برنامه‌های آموزشی و بازآموزی جهت بخش دولتی و خصوصی برای گروه‌های پزشکی، کارشناسی، کاردانی و بهورزان

۹- آموزش اختصاصی برای گروه‌های در معرض خطر (پزشکان و کارکنان بیمارستان‌ها و آزمایشگاه‌ها) در مورد راه‌های انتقال، کنترل و پیشگیری بیماری خصوصا در مورد عفونت‌های بیمارستانی با هماهنگی مدیریت درمان و آزمایشگاه‌های شهرستان

به دلیل بروز همه‌گیری‌های بیمارستانی، باید ایزولاسیون شدید (Strict Isolation) در موارد مشکوک به CCHF دارای خونریزی به کار رود. رعایت احتیاطات همه‌جانبه در برخورد با خون، محصولات خونی و بافت بیماران محتمل CCHF در بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و آزمایشگاه‌ها از ضروریات لازم جهت حفاظت کارکنان پزشکی و پیراپزشکی است.

به همین دلیل ظروف نمونه‌های گرفته شده از این بیماران بایستی پلاستیکی باشد و روی آن برچسب «خطر سرایت بیماری» نصب گردد. در صورت وجود خونریزی، جهت پیشگیری از گسترش بیماری نباید بیمار جابه‌جا شود. استفاده از وسایل حفاظتی در هنگام تماس با این بیماران شامل کلاه، عینک، دوجفت دستکش، روپوش، گان، پیش‌بند پلاستیکی وچکمه برای پزشکان، پرستاران، سایر کارکنان بهداشتی، درمانی و حتی ملاقات کنندگان توصیه می‌گردد. جهت پیشگیری از انتقال تب خونریزی دهنده کریمه کنگو پس از نمونه‌گیری خون و در طی انجام آزمایش ها اضافه کردن Triton X-۱۰۰ با غلظت ۱ درصد به مدت ۶۰ دقیقه موجب غیرفعال شدن ویروس می‌گردد. در حالی که به آنتی‌بادی موجود در نمونه تأثیرگذار نمی‌باشد و موجب تغییر نتیجه آزمایش نمی‌گردد.

کارکنان پزشکی که با خون و یا بافت‌های بیماران محتمل یا تأیید شده CCHF تماس داشته‌اند 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 خونگیری از موارد

محتمل یا تأیید شده CCHF، سوزن یا هر وسیله تیز آلوده دیگر به پوست آنها فرو می‌شود استفاده از ریباورین خوراکی جهت پیشگیری به مقدار ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای مدت ۵ روز احتمالاً مفید می‌باشد. اگرچه بعضی مقالات دز درمانی ریباورین را توصیه کرده اند. به دلیل عدم گزارش عفونت مجدد، احتمالاً بعد از آلودگی ایمنی برای مدت طولانی باقی می‌ماند.

۱۰- با توجه به امکانات بیمارستان جهت درمان اختصاصی و حمایتی بدلیل خطر انتقال بیماری از طریق ترشحات و خون بیمار مبتلا حتی‌الامکان از اعزام بیمار به مراکز دیگر اجتناب شود و در صورت خونریزی Strict-Isolation رعایت شود.

۱۱- راه‌اندازی و تجهیز مکان مناسب در بیمارستان شهرستان جهت ایزوله کردن بیماران با خونریزی فعال

۱۲- آموزش جامعه (شهری و روستا)

با استفاده از صدا و سیما، روزنامه‌ها و انتشارات محلی و استفاده از تریبون‌های عمومی نظیر نماز جمعه، آموزش چهره به چهره توسط کارشناسان مرکز بهداشت با هماهنگی اداره دامپزشکی در مورد راه‌های انتقال، کنترل و پیشگیری بیماری برنامه‌ریزی و اجرا می گردد.

توجه: هیچ آماری درخصوص تعداد موارد محتمل و قطعی بیماری بدون هماهنگی مرکز بهداشت استان منتشر نگردد.

آموزش به مردم در مورد حفاظت در برابر گزش کنه به‌خصوص کودکان و در هنگام تماس با دام که با دست بدون حفاظ اقدام به جدا کردن کنه و حتی له کردن آن می‌کنند، بسیار مهم است. به علاوه باید به دامداران آموزش داده شود در هنگام تماس با دام از لباس پوشیده و مخصوص با رنگ روشن استفاده کنند و بعد از خروج از محل نگهداری دام‌ها، لباس های خود را تعویض نمایند. حتی استفاده از دورکننده حشرات بر روی پوست مثل Diethyltolamid (Deet,Autan) یا استفاده از Permethrin بر روی لباس و کفش توصیه می‌شود. در صورت کار یا بازی در مناطق آندمیک باید روزانه پوست بدن جهت امکان چسبیدن کنه بررسی شود و کنه‌های احتمالی به وسیله پنس با دقت جدا گردد. این کنه‌ها 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 می رسد خطر انتقال بیماری در طی ذبح یا بلافاصله پس از آن بسیار بالا می‌باشد، لذا توصیه می‌شود 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. ذابحین در موقع ذبح دام‌ها باید از وسایل ایمنی شامل کلاه، ماسک، روپوش، پیش‌بند پلاستیکی، چکمه و دستکش لاستیکی استفاده نمایند. در صورت ذبح دام روی خون و ترشحات ریخته شده محلول سفیدکننده خانگی بارقت 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 می‌توانند پس از جدا شدن از پوست

تعریف مظنون:

شروع ناگهانی بیمار 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 یا کنه یا له کردن کنه بادست، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت‌های دام‌ها و حیوانات آلوده، تماس مستقیم یا ترشحات دفعی بیمار قطعی یا محتمل CCHF، اقامت یا مسافرت در یک محیط روستایی که احتمال تماس با دام‌ها وجود داشته اما یک تماس خاص تصادفی را نمی‌توان مشخص نمود.

تعریف محتمل:

موارد مظنون + ترمبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ در میلی‌متر مکعب) که می‌تواند با لکوپنی (گلبول سفید که از ۳۰۰۰ در میلی‌متر مکعب) یا لکوسیتوز (گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰ در میلی‌متر مکعب) همراه باشد.

توجه: طبق جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو چنانچه جمع امتیازات ۱۲ و یا بیشتر شود نیز بعنوان مورد محتمل تلقی شده و تحت درمان قرار می گیرد.

تعریف قطعی:

موارد محتمل + تست سرولوژیک مثبت یا جدا کردن ویروس

۱۴- روش دفن بی خطر اجساد مبتلایان به تب خونریزی دهنده ویروسی

وقتی که بیماران مبتلا به تب خونریزی دهنده ویروسی فوت می کنند خطر انتقال بیماری در بیمارستان وجود دارد، زیرا اجساد و ترشحات فوت شدگان از این بیماری برای مدت چند روز از مرگ آلوده کننده باقی می ماند.

الف- آماده کردن اجساد به شیوه ای بی خطر:

اجساد باید پس از آماده شدن در بیمارستان به روشی بی خطر در کمترین زمان ممکن به محل دفن منتقل شوند.

کارکنان بیمارستان باید جسد را به روشی بی خطر به شرح ذیل آماده کنند:

۱- همانند آنچه برای کسانی که در ناحیه جداسازی بیمار کار می کنند، توصیه می شود، از دستکش ضخیم لاستیکی به عنوان جفت دستکش دوم (لایه رویی) استفاده شود.

۲- محلول ضدعفونی کننده ۰/۱ را به جسد و اطرافش بپاشند.

۳- جسد را در کیسه مخصوص جنازه قرار داده و محکم ببندند. محلول ضدعفونی کننده ۰/۱ را به کیسه جنازه بپاشند.

۴- اگر کیسه مخصوص جنازه در دسترس نیست، جنازه را در پارچه کتانی دو لایه آغشته به محلول ۰/۱ ضدعفونی کننده بپیچید ، سپس کاملا نایلون پیچ کنند یا با نوار چسب پلاستیکی کاملا ببندند.

محلول ضدعفونی کننده را مطابق بند ۳ به کیسه جنازه پاشیده و اگر تابوت در دسترس است در آن قرار دهند.

۵- جسد را در کمترین زمان ممکن به محل خاکسپاری منتقل کرده و یک نفر کارمند یا مأمور بهداشتی برای رعایت احتیاط های ایمنی در طول سفر همراه با جنازه باشد.

ب- حمل و نقل بی خطر جنازه:

احتیاط های جداسازی مربوط به تب خونریزی دهنده ویروسی تا زمانی که جنازه به محل دفن می رسد باید کماکان انجام شود.

۱- کوتاه ترین راه های پیشنهادی را با هدف ایمنی و جلوگیری از هر گونه تماس تصادفی که ممکن است

در این مدت اتفاق افتد در نظر بگیرند.

۲-کارکنان بهداشتی که در هنگام حمل و نقل جنازه، آن را لمس یا حمل می کنند باید از پوشش های محافظ ،همانند آنچه در ناحیه جداسازی می پوشند، استفاده کنند.



توجه: اگر راننده با جنازه تماس ندارد لازم



نیست پوشش محافظ بپوشد.

۳- ظرف یا افشانه محتوی محلول ۰/۱ سفید کننده برای هرگونه تماس تصادفی با بدن یا مایعات عفونی بدن به همراه باشد. از آن برای تمیز کردن وسیله نقلیه هم می توان استفاده نمود.

ج- آماده کردن محل دفن:

۱- عمق گور باید دست کم ۲ متر باشد.

۲- برای خانواده فرد فوت شده توضیح داده شود که مشاهده جنازه امکان پذیر نیست و سعی شود که دلیل محدود کردن مراسم خاک سپاری به افراد خانواده متوفی بیان شود.

د- ضدعفونی وسیله نقلیه پس از حمل جسد:

۱- فردی که وسیله را ضدعفونی می کند باید پوشش محافظ به تن کند.

۲- بیرون وسیله نقلیه ای که جسد در آن حمل شده را با محلول سفید کننده ۰/۱ شست و شو داده شود.

۳- ماده ضدعفونی کننده به مدت ۱۰ دقیقه در تماس با وسیله نقلیه باشد.

۴- وسیله را به خوبی با آب پاکیزه آبکشی نموده و اجازه داده شود که در معرض هوا خشک شود. محلول سفید کننده بایستی کاملا شسته شود اگرنه باعث خوردگی وسیله نقلیه می گردد.

فلوچارت مراقبت تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)



فرم گزارش اطلاعات بیماری CCHF	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان ..... مرکز بهداشت استان ..... شهرستان	سال: ماه:

نوع مرکز: شهری ☐ روستایی ☐ شهری روستایی ☐

نام مرکز بهداشتی درمانی: ..... نام خانه بهداشت: .....

نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی:

سن: جنس: مرد ☐ زن ☐ ملیت:

شغل: منطقه محل سکونت بیمار: شهری ☐ روستایی ☐

آدرس محل سکونت بیمار: کدپستی:

اطلاعات علائم بالینی

تاریخ بروز علائم بیماری: / / تاریخ تشخیص بالینی: / /

علائم بالینی: شروع ناگهانی علائم ☐ تب ☐ خونریزی ☐ درد عضلات ☐

علائم غیر اختصاصی بالینی: (سایر علائم بالینی)

تهوع ☐ استفراغ ☐ اسهال ☐ درد شکم ☐ اختلال هوشیاری ☐ کما ☐

نوع و محل خونریزی:

راشهای پتشی ☐ خونریزی وسیع پوستی ☐ لثه ☐ بینی ☐ مقعد ☐ واژن ☐

حفره شکم ☐ محل تزریق سرم ☐ ادرار خونی ☐ استفراغ خونی ☐ خلط خونی ☐

سایر محل های خونریزی:

اطلاعات آزمایشگاهی

یافته های آزمایشگاهی مهم:

لکوپنی ☐ ترمبوسیتوپنی ☐ پروتئینوری ☐

سایر یافته های آزمایشگاهی غیرطبیعی:

افزایش آنزیم های کبدی ☐ افزایش بیلی روبین توتال ☐ کاهش هموگلوبین ☐ هماتوری ☐

سایر یافته‌های آزمایشگاهی غیرطبیعی:

اطلاعات اپیدمیولوژیک

وضعیت محل سکونت:

وجود کنه در محل سکونت ☐ نگهداری دام مجاور محل سکونت ☐

سابقه تماس با دام: دارد ☐ ندارد ☐

نوع تماس با دام:

ذبح دام ☐ تماس با لاشه و ترشحات تازه دام ☐ تماس با دام زنده ☐

تماس با گوشت و سایر اعضای بدن دام ☐

سابقه تماس با کنه: دارد ☐ ندارد ☐

نوع تماس با کنه: گزش کنه ☐ دستکاری کنه و له کردن آن ☐

سابقه تماس با بیمار مشکوک: دارد ☐ ندارد ☐

سابقه مسافرت: دارد ☐ ندارد ☐

آدرس محل مسافرت:

سابقه تماس در طی مسافرت:

سابقه مسافرت: به منطقه روستایی ☐ سابقه گزش کنه ☐ سابقه تماس با دام ☐

مرکز ارجاع کننده بیمار مشکوک:

درمانگاه ☐ مطب خصوصی ☐ بیمارستان ☐ مرکز بهداشتی، درمانی ☐

سایر:

نام بیمارستان محل بستری:

ابتلا سایر افراد خانواده: دارد ☐ ندارد ☐

تعداد افراد مبتلا در خانواده:

اقدامات درمانی:

تجویز ریباورین ☐ تزریق خون ☐ کورتیکواستروئید ☐ پلاسما ☐

پلاکت ☐ آدرنالین ☐ آنتی‌بیوتیک ☐

مدت تجویز ریباورین به روز:

تاریخ تهیه نمونه اول: / / تاریخ ارسال نمونه اول: / /

تاریخ تهیه نمونه دوم: / / تاریخ ارسال نمونه دوم: / /

تاریخ تهیه نمونه سوم: / / تاریخ ارسال نمونه سوم: / /

نتیجه آزمایش تشخیصی سرم اول:

+IgM ☐ -IgM ☐ +IgG ☐ -IgG ☐ +RT-PCR ☐ -RT-PCR ☐

نتیجه آزمایش تشخیصی سرم دوم:

☐ +IgM ☐ -IgM ☐ +IgG ☐ -IgG

نتیجه آزمایش تشخیص سرم سوم:

☐ +IgM ☐ -IgM ☐ +IgG ☐ -IgG

تشخیص بیمار براساس تعریف مورد بیماری:

محتمل ☐ قطعی ☐

در صورت غیرقطعی بودن، محتمل ترین تشخیص به غیر از CCHF:

لپتوسپیروز ☐ مالاریا ☐ سپتی سمی ☐ مننگو کوکسمی ☐

پنومونی ☐ هپاتیت ☐ سرطان ☐ نامشخص ☐

سایر تشخیص‌ها به غیر از CCHF:

عاقبت بیماری:

بهبودی ☐ فوت ☐

تاریخ فوت: / /

هماهنگی با اداره کل دامپزشکی:

دارد ☐ ندارد ☐

سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری:

فرم خلاصه اطلاعات **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....**

بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF) **مرکز بهداشت شهرستان: .....** **تاریخ گزارش: روز ..... ماه ..... سال .....**

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		ملیت	سن	شغل	تاریخ بروز اولین علائم بیماری	تاریخ تشخیص	تاریخ تهیه سرم خون			نتیجه آزمایش			عاقبت بیماری	
		شهر	روستا						نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	بهبود	تاریخ فوت

- مورد گزارش شده باید طبق تعریف محتمل بیماری دارای ... تب، درد عضلانی، خونریزی و یکی از علائم اپیدمیولوژیک با ترمبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب) همراه با لکوپنی (گلبول سفید ... از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب) یا لکوسیتوز (گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب) باشد.
- یک نسخه در مرکز بهداشت شهرستان نگهداری و یک نسخه ... پاستور ایران به همراه نمونه سرم خون بیمار محتمل ارسال شود.




توجه:

- موارد محتمل بیماری طبق دستورالعمل نحوه درمان با ریباویرین تحت درمان قرار می گیرند. در صورت طبیعی بودن فاکتورهای خونی در روز اول بستری بیمار به مدت سه روز تحت‌نظر بوده و چنانچه در این مدت ۵۰ درصد کاهش گلبول های سفید یا پلاکت‌ها ایجاد شود باید بعنوان مورد محتمل تحت درمان قرار گیرد.

- موارد مشکوک به بیمارستان ارجاع و از طریق بیمارستان در صورت قرار گرفتن در چارچوب تعریف محتمل بیماری ضمن گزارش تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان نمونه سرم خون طبق دستورالعمل نحوه نمونه‌گیری تهیه و با هماهنگی مرکز بهداشت استان به انستیتو پاستور ایران بخش آربو ویروس‌ها و تب‌های هموراژیک ارسال شود.

توصیه‌ها:

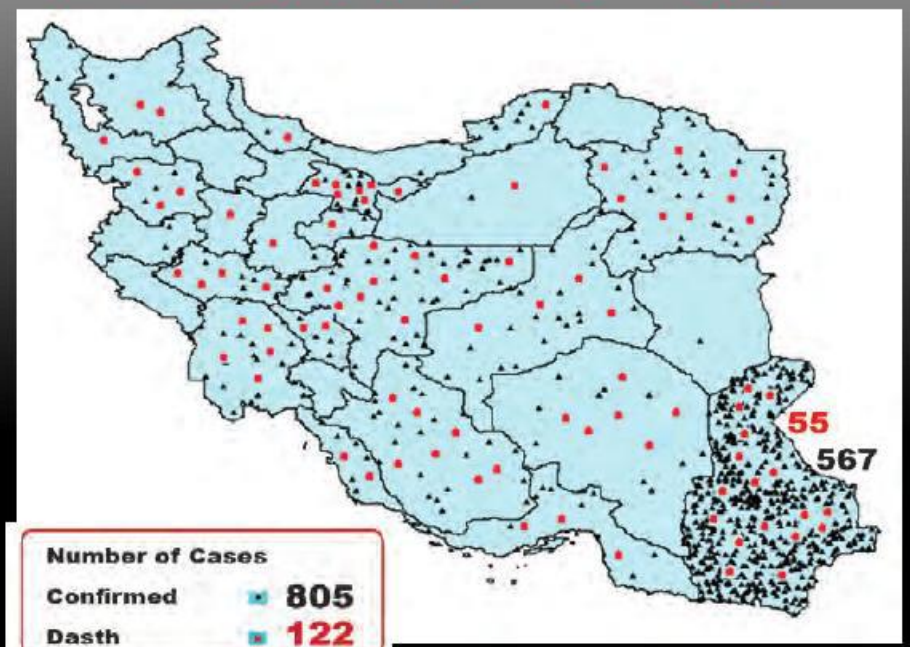
- موارد محتمل بیماری CCHF که دارای خونریزی فعال می‌باشند باید در شرایط کاملاً ایزوله (Strict Isolation) در بیمارستان بستری شوند و احتیاطات همه‌جانبه برای آنها رعایت شود تا از بروز همه گیری‌های بیمارستانی جلوگیری شود.
- به دلیل آن که نمونه‌گیری و جداسازی سرم خون افراد محتمل، ممکن است کارکنان آزمایشگاه را به مخاطره بیاندازد، برای جداسازی سرم خون در آزمایشگاه‌ها حداکثر توجه بعمل 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.
- کارکنان بهداشتی و درمانی که با خون و یا بافت‌های آلوده بدن بیماران محتمل یا قطعی CCHF تماس داشته‌اند باید مرتب حداقل تا ۱۴ روز پس از تماس تحت‌نظر بوده و درجه حرارت بدن آنها هر روز کنترل

شود و در صورت ظهور علائم بالینی مطابق با تعریف مورد محتمل بلافاصله درمان برای آنان شروع شده و اقدامات بعدی بعمل آید.

- در مورد کارکنان بهداشتی، درمانی و آزمایشگاهی چنانچه حین خونگیری از موارد محتمل یا قطعی CCHF سوزن آلوده یا هر وسیله تیز آلوده به پوست آنها نفوذ کرد بایستی ریباویرین خوراکی بعنوان شیمیوپروفیلاکسی به مقدار ۲۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت برای مدت ۵ روز مصرف شود.
- به دلیل لیز شدن خون بیماران، سرم خون بیماران در آزمایشگاه رفرانس دانشگاه تهیه و تحت شرایط مناسب طبق دستورالعمل نحوه ارسال نمونه‌ها به انستیتوپاستور ایران ارسال شود.
- بیمارانی که خونریزی دارند تا کنترل خونریزی نباید جابجا شوند.
- بیماران بستری شده می‌توانند در صورت عدم خونریزی بانظر پزشک معالج پس از تکمیل دوره درمان از بیمارستان مرخص شوند.
- نظر به وجود خونریزی در بیماران و خطر انتقال بیماری حتی‌الامکان پس از تشخیص بالینی از خونگیری‌های غیرضروری باید اجتناب شود.

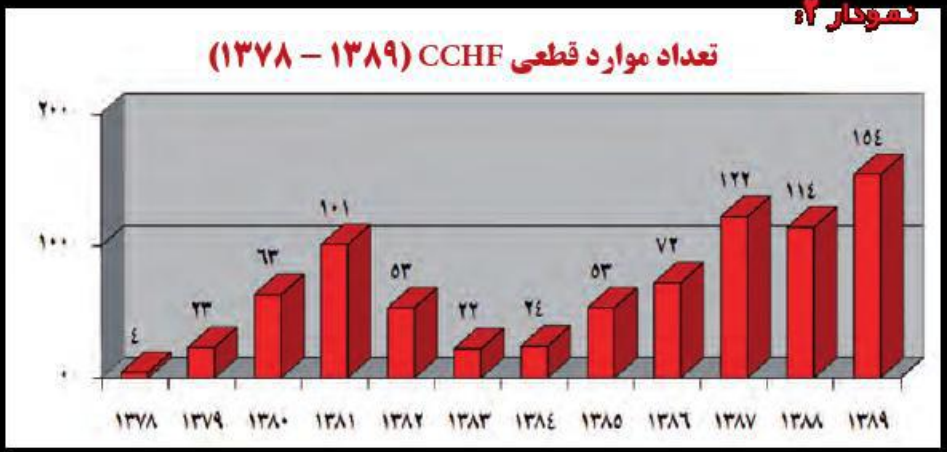
نمودار ۱:

تعداد موارد و مرگ قطعی CCHF در استان‌های کشور (۱۳۸۹ – ۱۳۷۸)



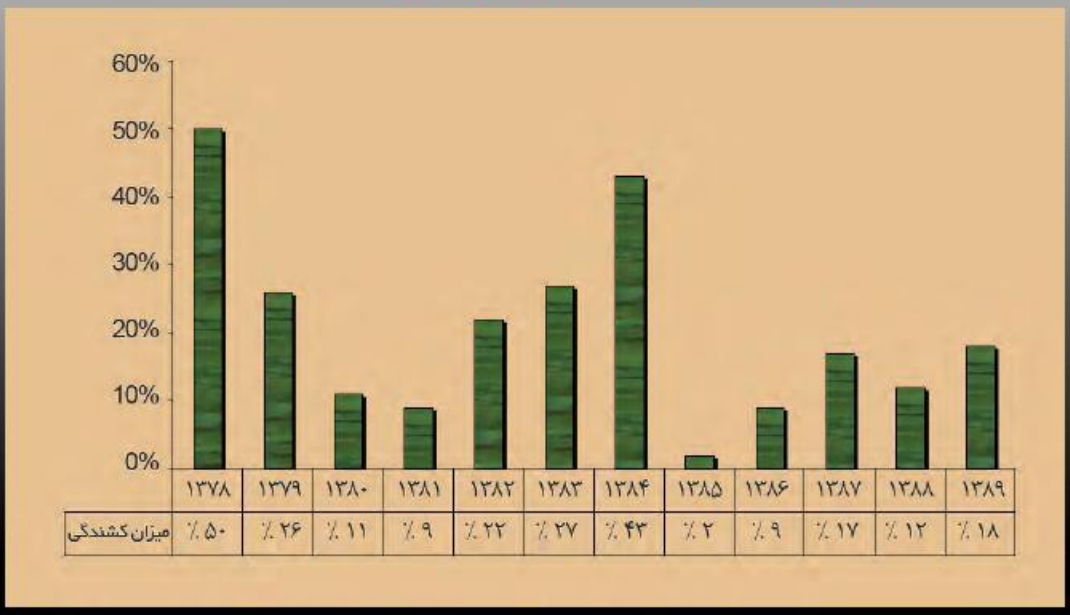
نمودار ۲:

تعداد موارد قطعی CCHF (۱۳۸۹ – ۱۳۷۸)



نمودار ۳:

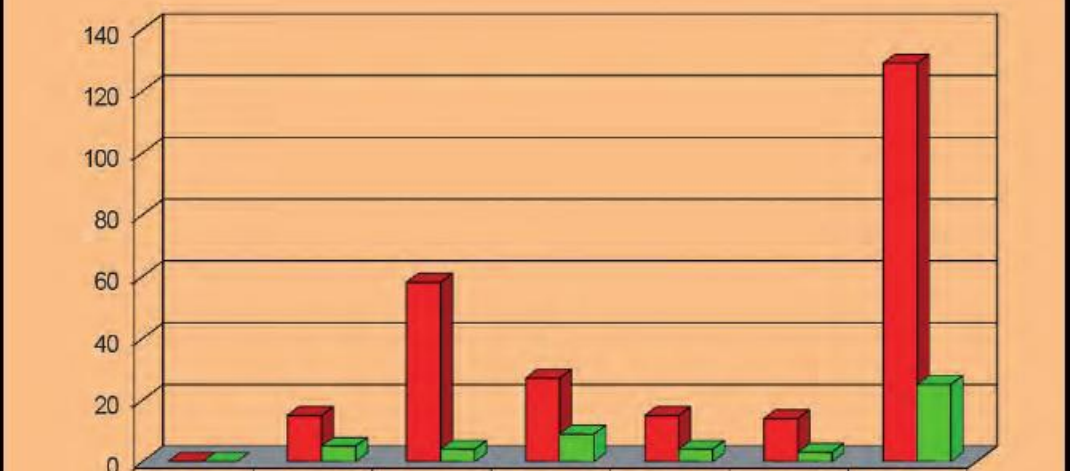
میزان کشندگی CCHF طی سال‌های ۱۳۸۹ – ۱۳۷۸



	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹
میزان کشندگی	٪ ۵۰	٪ ۲۶	٪ ۱۱	٪ ۹	٪ ۲۲	٪ ۲۷	٪ ۴۳	٪ ۲	٪ ۹	٪ ۱۷	٪ ۱۲	٪ ۱۸

نمودار ۴:

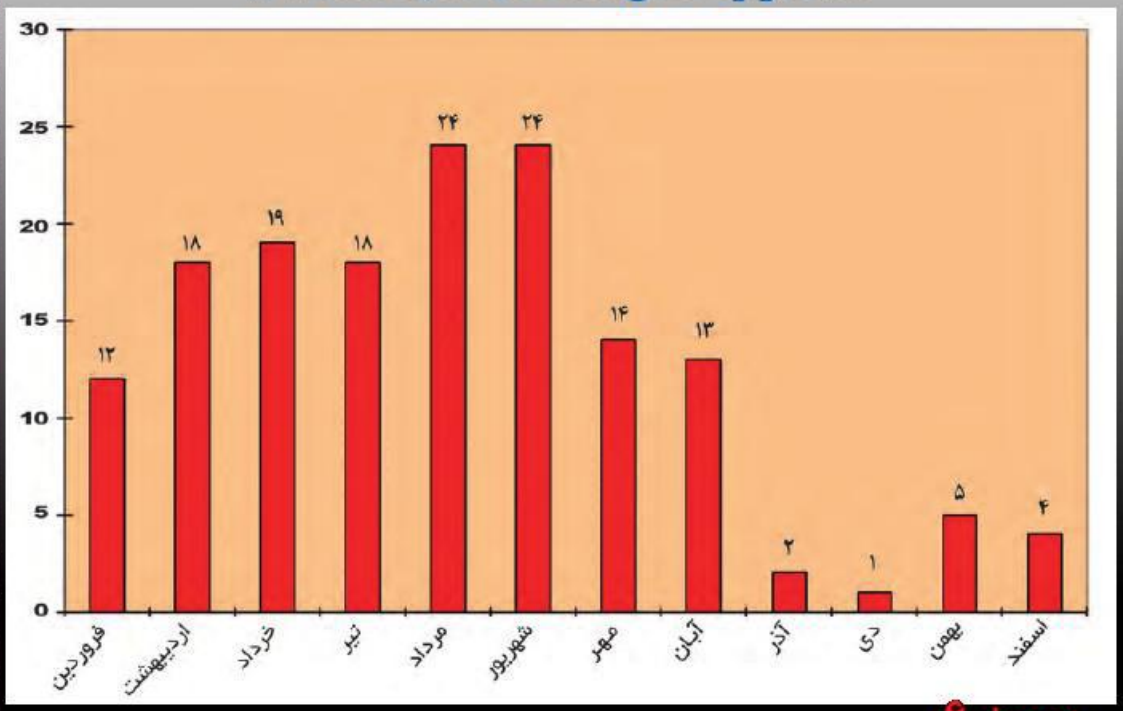
تعداد موارد قطعی CCHF به تفکیک سن و جنس – ۱۳۸۹



	۰ – ۹	۱۰ – ۱۹	۲۰ – ۲۹	۳۰ – ۳۹	۴۰ – ۴۹	۵۰+	جمع کل
مذکر	۱	۱۵	۵۸	۲۷	۱۵	۱۴	۱۲۹
مؤنث	۰	۵	۴	۹	۴	۳	۲۵

نمودار ۵:

تعداد موارد قطعی CCHF به تفکیک ماه ۱۳۸۹



نمودار ۶:

تعداد موارد قطعی CCHF به تفکیک شغل – ۱۳۸۹



منابع انگلیسی:

1- Criteria for Clinical Diagnosis of Crimean-Congo Haemorrhagic Fever, R-Swanepoel/ J.H.Mynhardt and S.Harvey -1987.

2- Management of Patients with Suspected Viral Haemorrhagic Fever –us-June 30,1995/44(25),475-479.

3- WHO Recommended Surveillance standards
WHO/CDS/CSR/ISR/99.2-second edition – June 1999.

4- Congo Fever, some Fascinating Facts Bob. Swanepoel "
Http://WWW.UCT ac.Za/depts/mmi/standard/bob.html/Medical Microbiology – December – 1990.

MPH, Editor.

6- Principles and Practice of infectious Disease-fifth edition 2000 – Mandell-Bennet-Dolin.

7- CECIL, TEXTBOOK of MEDICINE 21 st Edition 2000 Drazen – Gill-Griggs.

8- The efficacy of oral Ribavirine in the treatment of 81 proved cases of CCHF in IRAN (1999-2001).

9- WHO/Factsheet No. 208: Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Revised November 2001.

10- WHO-EM/CDS/54/E/L.

11- Communicable Disease Surveillance and Response (CSR). 2001- Media reports of CCHF in Pakistan, 2001-Crimean Congo Haemorrhagic Fever in Kosovo.

12- Medical Journal of the Islamic Republic of Iran- November 2003.

13- Crimean – Congo Haemorrhagic Fever –
WWW.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/CCHF/htm-2007-OCT19.

14- Contact Tracing and Serosurvey among health care workers exposed to Crimean-Congo Haemorrhagic Fever in Greece. Maltezou HC, MaltezosE, Papa A- Scand J infect Dis.2009.41 (11-12)

15- An over Review of Crimean – Congo Haemorrhagic Fever in Iran. Chinikar.S, Ghiasi. SM, Goya.MM, Shirzadi.MR, Zeinali.M. Iranian Journal of Microbiology – January 2009.

16- Towards an understanding of the Migration of Crimean - Congo Haemorrhagic Fe-

ver Virus. Mild.M, Simon.M, Albert. J. , Mirazimi.A. – Jgen virol- 2009.OCT 7.
17- Crimean - Congo Haemorrhagic Fever Virus as a nosocomial in Iran. Mardani.M.,Keshtkar – Jahromi.M, Ataie.B, Sdibi.P,Am J Trop Med Hyg. 2009.OCT.

منابع فارسی:

۱- روند بروز بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در ایران – دکتر محمد زینلی، دکتر بدخشان هوشمند – دومین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری ۱۵ تا ۱۸ آبان ماه ۱۳۸۰.

۲- بررسی وضعیت اپیدمیولوژیکی CCHF در ایران با مقایسه بروز آن در نیمه اول سال‌های ۷۹، ۸۰ و ۸۱ دکتر محمد زینلی – دکتر بدخشان هوشمند اولین کنگره ملی اپیدمیولوژی – بوشهر ۳ تا ۵ دی ۱۳۸۱

۱۳۷۸ لغایت ۱۳۸۶ – دکتر محمد زینلی – دکتر محمدرضا شیرزادی – دکتر صادق چینی کار – پنجمین کنگره اپیدمیولوژی ایران – سنندج ۱۳۸۷.

۴- تب خونریزی دهنده کریمه کنگو و سایر تب‌های خونریزی دهنده ویروسی – دکتر محمدرضا شیرزادی، دکتر سهیلا شاه‌نظری – چاپ ۱۳۸۴.

۵- کنترل عفونت در تب های خونریزی دهنده ویروسی – دکتر کامران حکیم زاده – چاپ ۱۳۸۴.