



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَالَّذِي جَعَلَ الْمَوْتَ
وَالْحَيَاةَ

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 دارحاد** است که بوسیله کنه منتقل میشود و در آسیا، اروپا و افریقا وجود دارد.
- مرگ و میر بالا دارد و همه گیریهای 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 انسانها نیز اتفاق میافتد.

- بیماری توسط **جرجانی** پزشک و دانشمند معروف **ایرانی** در کتاب گنجینه خوارزمشاه (حدود سال ۱۱۱۰ میلادی) بعنوان **اولین سند مکتوب که به زبان فارسی** نوشته شده به تفصیل توصیف شده است.

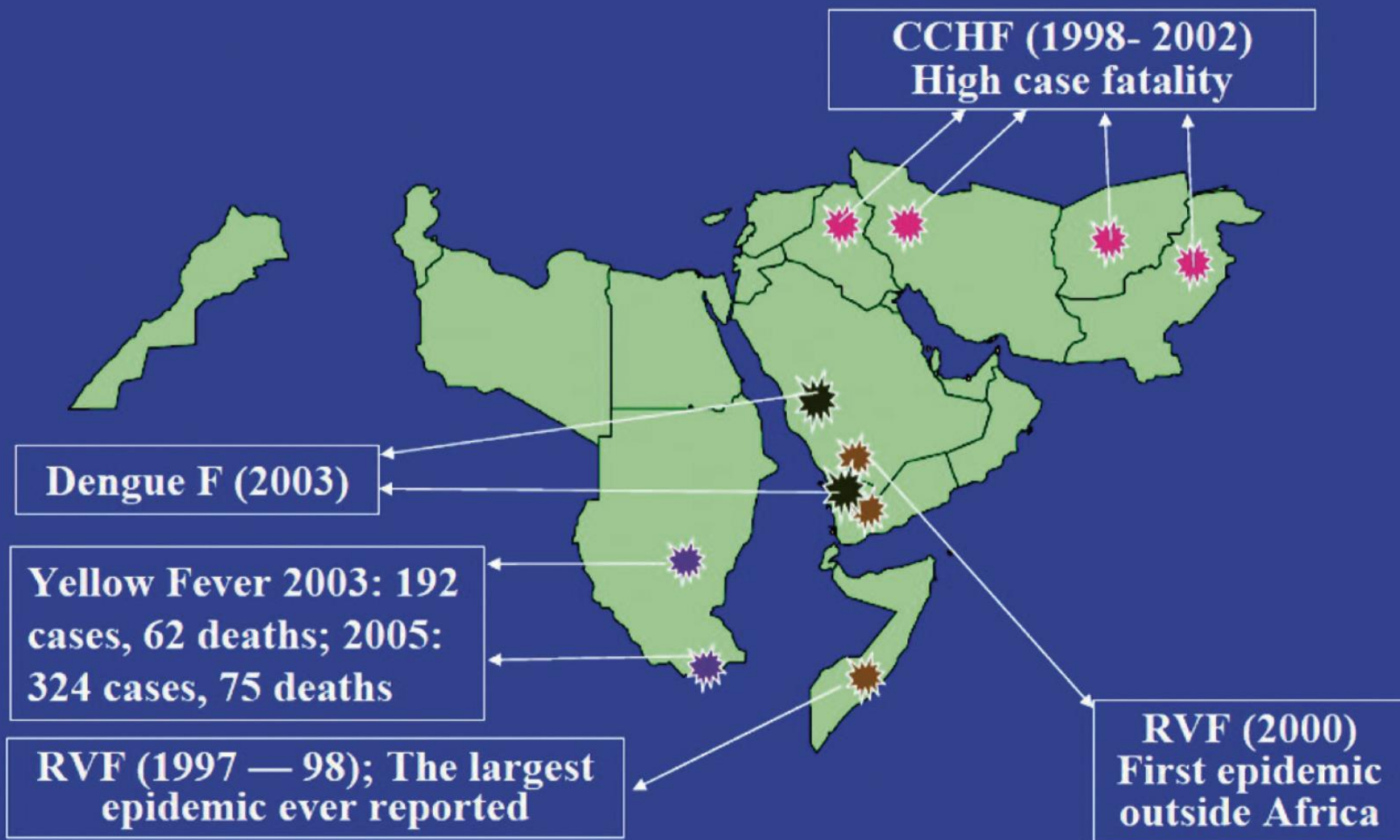
- در این کتاب شرح یک بیماری خونریزی دهنده در تاجیکستان فعلی آمده است، علائم بیماری شامل خون در ادرار، خونریزی از مقعد، استفراغ خونی، خلط خونی، خونریزی در حفره شکم و خونریزی از لته ها بوده و ذکر شده است که بندپای کوچکی احتمالاً شپش یا کنه ناقل بیماری می باشد که بطور طبیعی انگل پرندگان است.

- 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 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 ایجادکننده 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.

- برای اولین بار شوماکوف و همکاران در سال ۱۹۷۰ حضور CCHF در ایران را ثابت کرده و آنتی بادی CCHF را در سرم ۴۵ گوسفند که از تهران به مسکو فرستاده شده بود شناسایی کرد.
- سعیدی و همکاران در سال ۱۹۷۵ ، آنتی بادی بر علیه ویروس CCHF را در ۴۸ نفر از ۳۵۱ نفر (۱۳ درصد) در مناطق دریای خزر و آذربایجان شرقی جدا کرد.
- از سال ۱۹۹۹ (۱۳۷۸) موارد محتمل و قطعی بیماری در ایران گزارش گردید.

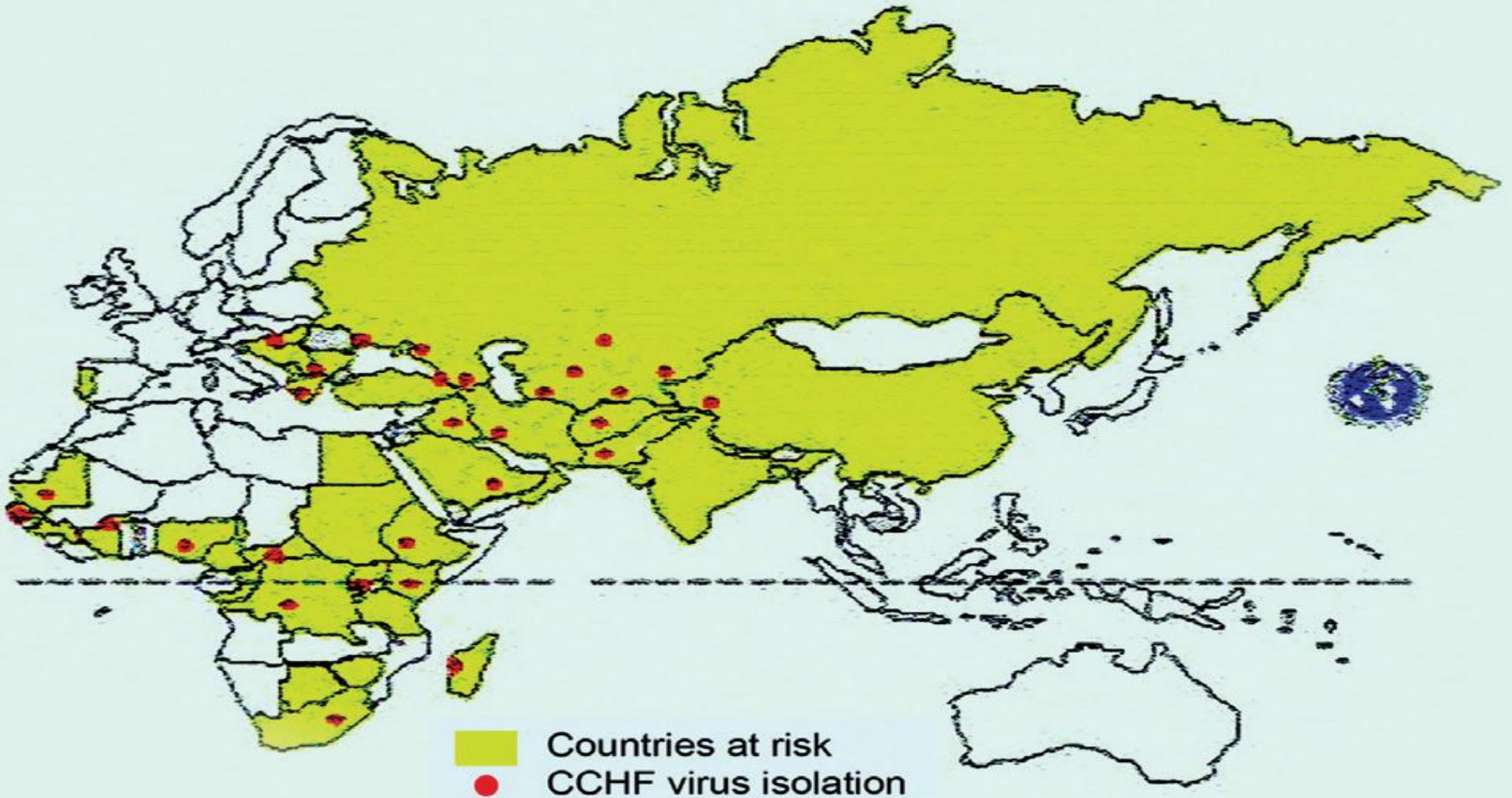
شیوع تبهای خونریزی دهنده در منطقه مدیترانه شرقی ۱۹۹۴ - ۲۰۰۵

Outbreaks of VHF in the EMR 1994- 2005

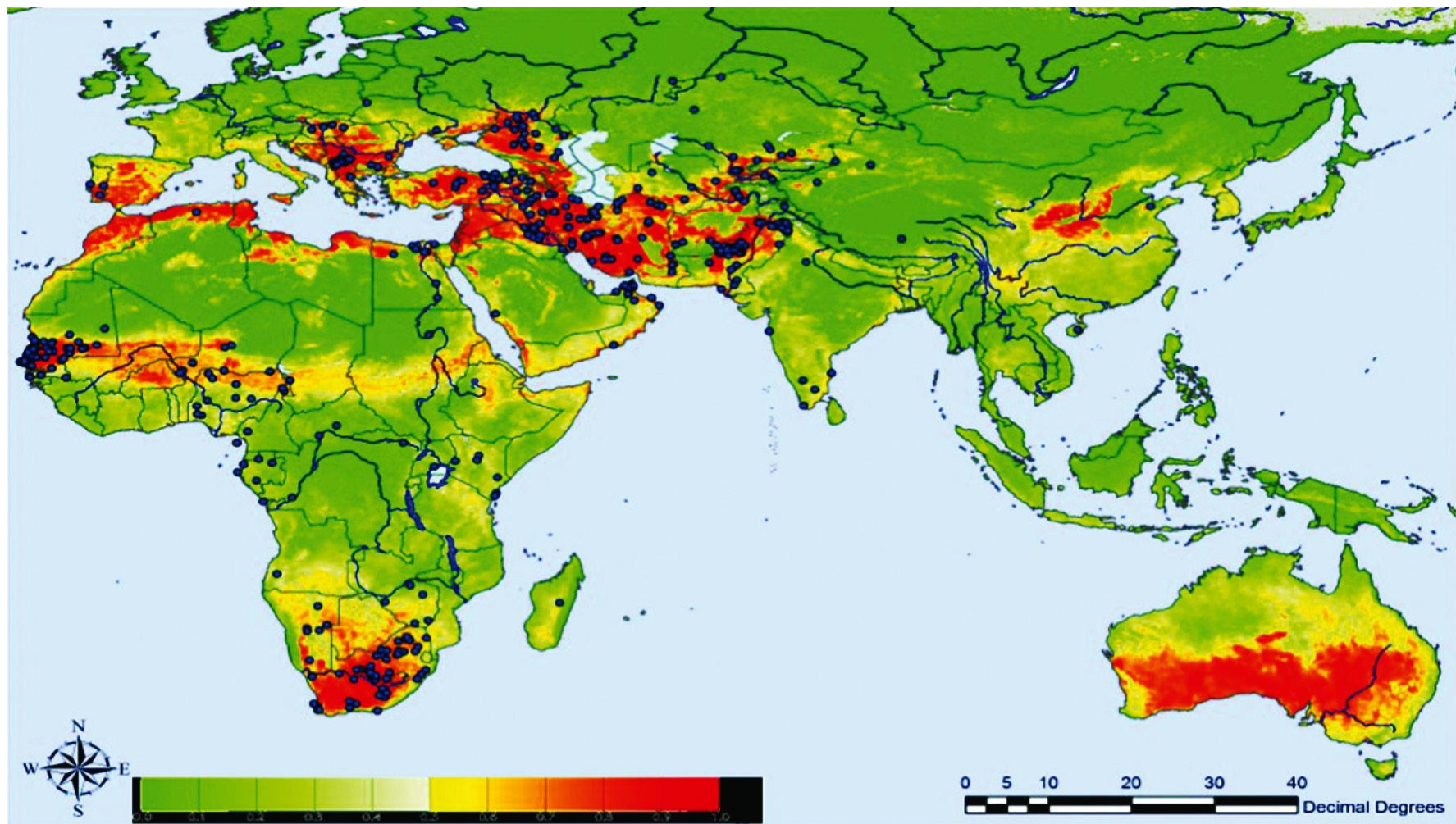


نقشه پراکندگی بیماری CCHF در جهان

Crimean - Congo Haemorrhagic Fever



نقشه پراکنده تب خونریزی دهنده کریمه کنگو واکولوژی کنه در دنیا



عامل بیماری

- عامل بیماری برای نخستین بار از خون افراد بیمار در مرحله بروز تب و همچنین از کنه بالغ **Hyalomma Marginatum** جدا شد.
- ویروس **CCHF** از گروه **Arboviruses** خانواده **Bunyaviridae** جنس **Nairovirus** طبقه بندی میشود.
- همچنین در گروه **Arthropod – borne Viruses** (ویروسهایی که توسط بندپایان منتقل میشود) قرار دارد.

راه انتقال بیماری

- ویروس CCHF اصولاً در طبیعت بوسیله کنه های سخت گونه Hyalomma منتقل میشود، ولی بوسیله گونه های Rhipicephalus، Boophilus و Amblyomma، Dermacentor، Haemophysalis و Ixodes نیز منتقل می گردد.
- ویروس CCHF توانائی انتقال از طریق تخم و نیز انتقال در مراحل مختلف بلوغ کنه را دارد.
- مهمترین راه آلودگی کنه، خونخواری کنه Hyalomma نابالغ از مهره داران کوچک می باشد
- یک بار آلودگی موجب می شود کنه در تمام طول مراحل تکامل آلوده باقی بماند
- کنه بالغ ممکن است عفونت را به مهره داران بزرگ مثل دامها منتقل کند.
- ویروس یا آنتی بادی 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.

راه انتقال بیماری

- بیماری بوسیله خرگوش صحرائی، جوجه تیغی، گوسفند و گاو به نقاط مختلف توسعه می یابد.
- در جنوب آفریقا آنتی بادی بر علیه ویروس CCHF از سرم زرافه، کرگدن، گاو کوهی، 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 پس از 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).

راه انتقال بیماری

- 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 می شود.
- 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 می باشند.
- افرادی که بیشتر در معرض خطر می باشند عبارتند از: دامداران و کشاورزان، کارگران کشتارگاها، دامپزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی (بیمارستان ها).
- شیوع بیماری بیشتر در فصل گرم سال همزمان با فصل فعالیت مخزن بیماری (کنه ها) می باشد.

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 می رسد.
- دوره کمون بدنبال تماس با بافتها یا خون آلوده معمولاً پنج تا شش روز است و حداکثر زمان ثابت شده ۱۳ روز بوده است.

علائم بالینی

۲- قبل از خونریزی : شروع علائم ناگهانی حدود ۱ تا ۷ روز طول 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 می شود.

- تب معمولاً بین ۳ تا ۱۶ روز طول می کشد.

- تورم و قرمزی صورت، گردن و قفسه سینه، پرخونی خفیف حلق و ضایعات نقطه ای 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 می گردد.

علائم بالینی

- ۳- **مرحله خونریزی دهنده:** مرحله کوتاهی است که به سرعت ایجاد می شود و معمولاً در روز ۳ تا ۵ بیماری شروع می شود و ۱ تا ۱۰ روز (بطور متوسط ۴ روز) طول می کشد.
- **خونریزی در مخاطها و پتشی در پوست** بخصوص در قسمت بالای بدن و در طول خط زیربغلی و زیر پستان در خانمها دیده می شود و در محل های تزریق و تحت فشار (محل بستن تورنیکه و غیره) ممکن است ایجاد شود.

علائم بالینی

- بدنبال پتشی ممکن است هماتوم در همان محلها و سایر پدیده های خونریزی دهنده مثل ملنا، هماتوری و خونریزی از بینی، لثه و خونریزی از رحم ایجاد شود و گاهی خلط خونی، خونریزی در ملتحمه و گوشها نیز دیده می شود.
- 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 می شود (حدود ۱۵ %).
- مشکلات دستگاه تنفسی بدلیل پنومونی خونریزی دهنده در حدود ۱۰ % بیماران ایجاد می شود.
- بدلیل درگیری سیستم رتیکولوآندوتلیال با ویروس، ابتلاء وسیع سلولهای کبدی شایع است که موجب **هیپاتیت ایکتریک** می گردد. **کبد و طحال در یک سوم بیماران بزرگ می شود (معمولا 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** می رود.

علائم بالینی

- بیماران که سرنوشتشان به مرگ منتهی می شود معمولاً علائم آنها بطور سریع حتی در روزهای اول بیماری تغییر می کند و همچنین لکوسیتوز بیشتر از لکوپنی وجود دارد.
- ترمبوسیتوپنی در مراحل اولیه بیماری نشان دهنده پیش آگهی بدی می باشد.
- مرگ بدلیل از دست دادن خون، خونریزی مغزی، کمبود مایعات بدلیل اسهال، یا ادم ریوی ممکن است ایجاد شود.
- در اتوپسی بیماران فوت شده، معمولاً خونریزی به شدت های مختلف در همه اعضا و بافتها و داخل معده و روده ها دیده میشود.

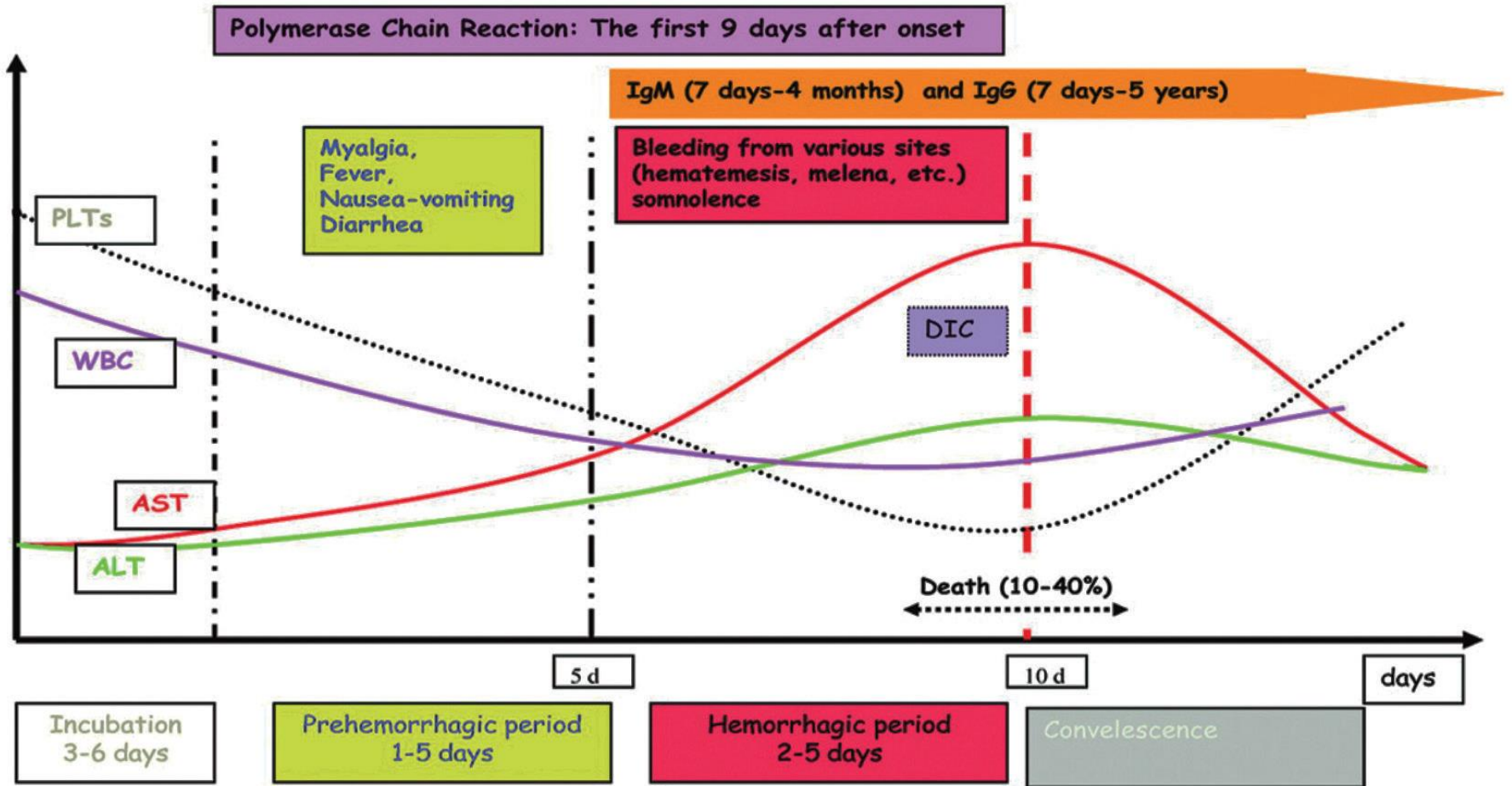
پتشی و اکیموز (خونریزی وسیع جلدی) از علائم بالینی بیماری



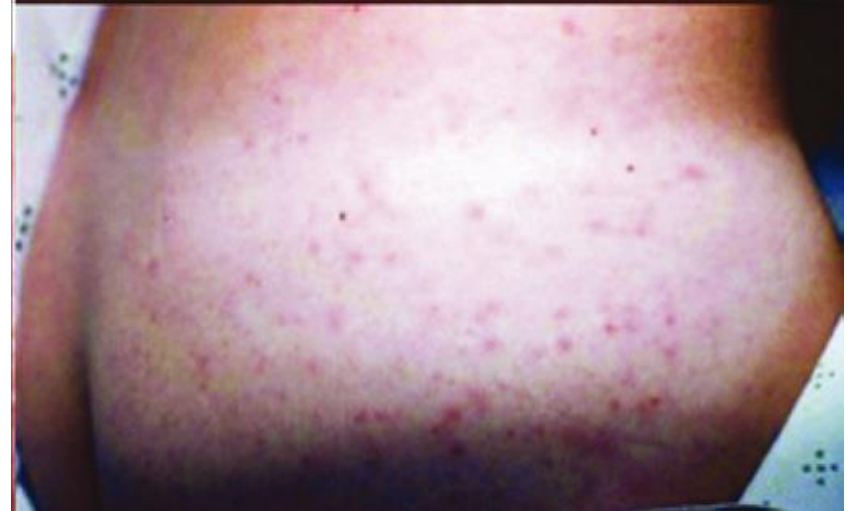
- **۴- دوره نقاهت:** بیماران از روز دهم وقتی ضایعات پوستی کمرنگ میشود، بتدریج بهبودی پیدا می کنند. اغلب بیماران در هفته های سوم تا ششم بعد از شروع بیماری وقتی شاخصهای خونی و آزمایش ادرار طبیعی شد از بیمارستان مرخص می شوند.

- **مشخصه دوره نقاهت طولانی بودن آن به همراه ضعف (Asthenia) می باشد که ممکن است برای یک ماه یا بیشتر باقی بماند.** گاهی موها کامل می ریزد (که پس از ۴ تا ۵ ماه ترمیم می شود) بهبودی معمولاً بدون عارضه است، اگرچه التهاب رشته های عصبی (نوریت) یک یا چند عصب ممکن است برای چندین ماه باقی بماند.

سير علائم بالینی بیماری



راش جلدی و گزش کنه



تشخیص افتراقی

۱- بیمار یهای عفونی:

- آنفلوانزا، هپاتیت ویروسی، سرخک، مننگوکوکسمی، سپتیمیسمی، تیفوئید، مالاریا، لپتوسپیروز، سیاه زخم
- (گوارشی و ریوی)، اسهال خونی، شیگلوز و سایر اسهال های باکتریایی، آمیبیازیس، آندوکاردیت،
- بیماریهای ریکتزایی، سایر تبهای خونریزی دهنده ویروسی، سل میلیر و

- * Infectious Mononucleosis •
- * CMV •
- * Toxic Shock Syndrome •
- * Staphylococcal Scarlet Skin Syndrome •
- * Ratbite Fever •
- * Coccidioidomycosis •
- * Acute Abdomen •
- * Disseminated Gonococcal Infection •
- * Enteroviral Petechial Rash (echo 9,cox A9) •

۲- بدخیمی ها:

- لنفوم، لوسمی (حاد و مزمن)، مولتیپل میلوما و انفیلتراسیون مغزاستخوان توسط سلول های بدخیم.

۳- داروها:

- کینیدین، کینین، سولفونامیدها، کلرامفنیکل، نمک های طلا، ریفامپین، متیل دوپا، PAS، دیژیتال، benzene، استروژن، تیازید، هپارین و مسمومیت با آسپرین

تشخيص افتراقی

۴ - 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 •
- * Inflammatory 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.

تشخیص افتراقی

- اگرچه موارد فوق ممکن است مراحل مختلف تظاهرات بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو را تقلید نماید ولی به جز بیماریهای عفونی ذکر شده مهمترین بیماریهایی که در تشخیص افتراقی مطرح می باشند شامل لنفوم، لوسمی، TTP ، ITP 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 شده اند، 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 گوساله ها و بره های 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 خرگوشها و خارپشتهایی که به صورت طبیعی به ویروس آلوده گردیده اند، جدا شده است.

بیماری در حیوانات

- علیرغم آلودگی شدید برخی از پرندگان به کنه های ناقل ویروس CCHF تاکنون با انجام آزمایشهای مختلف نه تنها ویروس عامل بیماری از پرندگان جدا نگردیده بلکه در پرندگانی که به شدت به کنه های ناقل ویروس آلوده بوده اند نیز هیچگونه واکنش سرولوژیکی گزارش نگردیده و وجود آنتی بادی CCHF در خون پرندگان به اثبات نرسیده است.
- **بطورکلی 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 ایفاء 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 میشود.
- چنانچه جمع امتیازات کسب شده از این جدول ۱۲ یا بیشتر گردد، به احتمال قوی بیمار مبتلا به تب خونریزی دهنده Crimean Congo میباشد و بایستی تحت درمان قرارگیرد.

جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

سابقه تماس با عفونت (یکی از موارد) کمتر از یک هفته بیشتر از یک هفته	سابقه تماس با عفونت (یکی از موارد) کمتر از یک هفته بیشتر از یک هفته	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 بافت‌های دامها یا حیوانات بیمار
		یا
۲	۳	تماس مستقیم با خون ، ترشحات با مواد دفعی بیمار تائید شده یا محتمل CCHF (شامل ورود سوزن آلوده به بدن)
		یا
۱	۲	اقامت یا مسافرت در کی محیط روستائی که احتمال تماس با دامها یا کنه وجود داشته، اما بروز کی تماس خاص تصادفی را نمی توان مشخص نمود

نشانه ها و علائم:

شروع ناگهانی

۱

تب بیشتر از ۳۸.۰ C حداقل برای یک بار

۱

سردرد شدید

۱

درد عضلانی

۱

حالت تهوع با یا بدون استفراغ

۱

تمایل به خونریزی: راش پستی، اکیموز، خونریزی از بینی
استفراغ خونی، هماتوری، یا ملنا

۳

یافته های آزمایشگاهی در طی ۵ روز اول بیماری:

لکوپنی کمتر از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب یا لکوسیتوز
بیشتر از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب

۱

ترمبوسیتوپنی (پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب)

۱

(پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میلی متر مکعب)

۲

یا کاهش ۵۰٪ گلبولهای سفید یا پلاکت ها در طی ۳ روز

۱

PT غیر طبیعی

۱

PTT غیر طبیعی

۱

افزایش ترانس آمینازها

اسپاراتات آمینوترانس فراز (AST) بیشتر از ۱۰۰ واحد در لیتر

۱

آلانین آمینوترانس فراز (ALT) بیشتر از ۱۰۰ واحد در لیتر

۱

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

تشخیص آزمایشگاهی

- ممکن است آنتی بادی در بیماران (منجر به مرگ) قابل اندازه گیری نباشد، در این موارد و در روزهای اولیه بیماری تشخیص بوسیله جداکردن ویروس در خون یا نمونه های بافتی انجام می گیرد.
- با بکاربردن روش ایمنوفلورسانس یا **ELISA**، گاهی در نمونه های 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

روشهای تشخیص آزمایشگاهی

- ۱- روش مولکولی: از طریق شناسائی ژن ویروس مربوطه.
- ۲- روشهای مختلف سرولوژیک منجمله روش ELISA جهت تشخیص آنتی بادیهای IgM و IgG علیه ویروس مربوطه و یا تشخیص آنتی ژن.
- ۳- روش جداسازی ویروس (ایزولاسیون ویروسی)

نحوه تهیه و ارسال نمونه

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

- در هنگام خون گیری دقت شود که از هرگونه تماس با خون یا مواد بیولوژیک فرد بیمار با بدن (به خصوص چشم ها، مخاط، دهان و بینی) نمونه گیر، جلوگیری گردد.

نحوه تهیه و ارسال نمونه

- پس از جداسازی سرم ابتدا سرمها را به لوله های کرایوتیوپ پلاستیکی منتقل نموده و درب آنرا محکم بسته و سپس به وسیله پارافیلیم درب آن ها پوشانده شده و پس از درج کد بیمار مربوطه در پشت این لوله ها با مارکهای **Water resistance** لوله ها را در یک لوله بزرگتر فالكون ۵۰ CC پلاستیکی قرار داده و درب آن را محکم بسته و به وسیله پارافیلیم نیز پوشانده شود .

- سپس نمونه ها را در **Vaccine carrier** در مجاورت کیسه یخ قرار داده و در زنجیره سرد در اولین فرصت همراه با فرمهای مربوطه، به آزمایشگاه آربوویروس و تب های هموراژیک ویروسی انستیتو پاستور ایران ارسال گردد.

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

- بلافاصله پس از تشخیص مورد محتمل مبتلا به تب خونریزی دهنده کریمه کنگو اقدامات درمانی بایستی صورت گیرد.
- ۱- درمان حمایتی: شامل اصلاح آب و الکترولیتها و درمان DIC می باشد.
- علائم حیاتی و هماتوکریت بیمار باید کنترل شود .
- در صورت افت شدید هموگلوبین نسبت به تزریق خون اقدام شود .
- در موارد ترمبوسیتوپنی شدید و نشانه های خونریزی فعال تجویز پلاکت کاربرد دارد.
- استفاده از تب برها و ضداستفراغ ممکن است مؤثر باشد، از تجویز آسپرین خودداری گردد زیرا موجب تشدید خونریزی می شود.

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

- در صورت تجویز زیاد خون، تزریق کلسیم می تواند 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 مایعات مناسب موجب تصحیح اسیدوز می شود.
- در موارد احیاء بیماران 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 می باشد.
- 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 در ECG، در دسترس ترین شاخص جهت بررسی کاهش کلسیم است

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

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

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

- در بیمارانی که به درمان حمایتی جواب نمی دهند 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 توصیه شده ۶۵۰ میلی گرم (۱۰ تا ۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، حداکثر ۶۵۰ میلی گرم در هر ۲۴ ساعت) هر ۴ تا ۶ ساعت می باشد.
- درنارسایی کلیه یا بیماران کهنسال، کاهش مقدار استامینوفن لازم نیست.
- مهم ترین عارضه استامینوفن توکسیسیته کبدی (در صورت استفاده از مقدار بیش از معمول)، کاهش پلاکتها، به ندرت آنمی همولتیک و در صورت استفاده طولانی مدت **adverse reaction** می باشند و در بیماران با کاهش G6PD با احتیاط به کار میرود.

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

- 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 گردد.
- 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 میل گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن به صورت یکجا سپس ۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت برای ۴ روز پس از آن ۷/۵ میلی گرم 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.

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

- کمپته کشوری، ریباویرین خوراکی را برای شروع درمان در اکثریت بیماران توصیه مینماید
- ولی در موارد زیر در صورت در دسترس بودن نوع تزریقی، با همان مقدار خوراکی بطور آهسته وریدی تجویز می گردد:
- الف علائم اختلالات سیستم اعصاب مرکزی:
 - شامل تشنج، کما، گیجی و اختلالات شدید رفتاری و علائم لترالیزه که نشان دهنده خونریزی مغزی باشد.
- ب علائم اختلالات شدید متابولیک:
 - شامل PH زیر ۷ / ۱، دهیدراتاسیون بیش از ۱۰٪، فشارخون سیستولیک کمتر از ۹ mmHg، استفراغ های شدید.
- ج علائمی که بدلیل اختلالات شدید بوده و با پیش آگهی بدی همراه است شامل:
 - کاهش پلاکتها به کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میلی لیتر در سه روز اول شروع بیماری یا کمتر از ۲۰۰۰۰ در میلی لیتر در هر زمان دیگر، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر، علائم DIC شامل اختلالات PT و PTT و افزایش FDP.
- د نارسائی کبدی:
- نارسائی ریوی و ادم ریه یا نارسائی چند عضو.

درمان بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

- با توجه به تراژوژن بودن دارو مصرف آن در خانم های حامله یا خانم هایی که احتمال حاملگی در آنها وجود دارد در صورتی که جان مادر از بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در خطر باشد به همراه سایر درمان های حمایتی بلامانع است.

مراقبت بیماری

- مراقبت اپیدمیولوژی در واقع دست یابی به اطلاعات برای انجام عملیات است. مراقبت اپیدمیولوژی جزء اصلی هر برنامه کنترلی است و همه سطوح نظام بهداشتی باید فعالیت های مراقبتی مربوط به خود را انجام دهند.
- مراقبت تبهای خونریزی دهنده 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 خونریزی دهنده ویروسی:

- اهداف مراقبت تب های خونریزی دهنده ویروسی شامل موارد زیر است:
- بررسی روند بیماری به طوری که بتوان برنامه های پیش بینی شده را با وضعیتهای جدید مطابقت داد.
- مواقع طغیان ها یا اپیدمی ها را پیدا کرد و مورد بررسی قرارداد.
- افراد در معرض خطر ابتلاء و موارد مرگ را مشخص نمود.
- فعالیتهای انجام شده در کنترل و پیشگیری بیماری را ارزیابی نمود.
- فعالیتهای لازم برای کنترل بیماری را مشخص و براساس اولویت اقدام نمود.

اصول مراقبت تبهای خونریزی دهنده:

- مشخص شدن 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 رو شهای مناسب جمع آوری داده ها، بررسی و تجزیه و تحلیل آن ها و رو شهای مداخله و ارسال پس خوراند 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 بین بخشی قوی با سایر ارگانها به خصوص سازمان دامپزشکی و مسئولین سیاسی در سطح کشوری ، استانی و شهرستانی.
- تشویق افراد فعال در کنترل بیماری.

• 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 موارد گزارش نمود.

- دو دسته اطلاعات از بیماران جمع آوری می گردد:
- ۱- اطلاعات اپیدمیولوژیک
- ۲- علائم بالینی
- با توجه به اینکه هنوز بسیاری از یافت ههای اپیدمیولوژیک و علائم بالینی CCHF آشکار نمیباشد، لذا در اولین برخورد با موارد مشکوک ، اطلاعات اپیدمیولوژیک و علائم و نشانه های بالینی جمع آوری و به طور روزانه ثبت می گردد.
- بهتر است تکمیل فرم بررسی روزانه علائم و نشانه های 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.
- اصولاً خلاصه ای از اطلاعات ذکر شده در فرم های مخصوص تحت عنوان فرم گزارش بیماری توسط مسئولین بهداشتی شهرستان به سطح استانی و از آنجا به مرکز مدیریت بیماری های واگیر ارسال می گردد.

کنترل و پیشگیری بیماری در کشور

- ارائه خط مشی و انتخاب روش های عملیاتی مناسب با استفاده از امکانات شبکه های 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 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 بین بخشی با ارگان های 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 به شمار می رود و با توجه به شرایط بهداشتی کشور در سطوح مختلف ارائه می گردد

سطح شهرستانی (مراقبت بیماری در نظام شبکه بهداشتی درمانی)

- مدیر شبکه بهداشت و درمان بعنوان مسئول برنامه های مراقبت های بهداشتی درمانی در نظام شبکه در شهرستان بوده .
- رئیس مرکز بهداشت مسئولیت اجرایی برنامه را در سطح شهرستان برعهده دارد و از طریق گروه مبارزه با بیماری ها موارد زیر برای اجرای برنامه مدنظر قرار می گیرد:
- ۱- گزارش فوری (تلفنی) مورد گزارش شده به ستاد پیگیری بیماری های 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 محتمل CCHF به اداره دامپزشکی شهرستان و اقدامات پیشگیری جهت بررسی بیماری در دام

سطح شهرستانی (مراقبت بیماری در نظام شبکه بهداشتی درمانی)

- ۴- هماهنگی با امور آزمایشگاه های شهرستان جهت تهیه و ارسال نمونه های سرم خون به مرکز استان
- 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 نمونه ها می بایست تحت نظر امور آزمایشگاه های استان و مرکز بهداشت استان تهیه شده و از طریق مرکز بهداشت استان به انستیتو پاستور ایران ارسال گردد)

• توجه: از ارسال نمونه ها از مطب های
خصوصی و یا مستقیماً از مرکز بهداشت
شهرستان به انستیتو پاستور 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 برنامه های آموزشی و بازآموزی جهت بخش دولتی و خصوصی برای گروههای پزشکی، کارشناسی، کاردانی و بهورزان
- ۹- آموزش اختصاصی برای گروه های در معرض خطر (پزشکان و کارکنان بیمارستانها و آزمایشگاه ها) در مورد راه های انتقال، کنترل و پیشگیری بیماری خصوصا در مورد عفونت های بیمارستانی با هماهنگی مدیریت درمان و امور آزمایشگاههای شهرستان.

- به دلیل بروز همه گیریه‌های بیمارستانی، باید ایزولاسیون شدید در موارد مشکوک به CCHF دارای خونریزی به کار رود.
- رعایت احتیاطات همه جانبه 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 نمونه های 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 جابجا شود.
- استفاده از وسایل حفاظتی در هنگام تماس با این بیماران شامل کلاه، عینک، دوچفت دستکش، روپوش، گان، پیش بند پلاستیکی و چکمه برای پزشکان، پرستاران، سایر کارکنان بهداشتی، درمانی و حتی ملاقات کنندگان توصیه می گردد.

- جهت پیشگیری از انتقال تب خونریزی دهنده کریمه کنگو پس از نمونه گیری خون و در طی انجام آزمایش ها اضافه کردن Triton X-100 با غلظت ۱ درصد به مدت ۶۰ دقیقه موجب غیرفعال شدن ویروس می گردد. در حالی که به آنتی بادی موجود در نمونه تأثیرگذار نمی باشد و موجب تغییر نتیجه آزمایش نمی گردد.
- 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 خونگیری از موارد محتمل یا تأیید شده CCHF، سوزن یا هر وسیله تیز آلوده دیگر به پوست آنها فرومیشود 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 می ماند.
- ۱۰- با توجه به امکانات بیمارستان جهت درمان اختصاصی و حمایتی بدلیل خطر انتقال بیماری از طریق ترشحات و خون بیمار مبتلاحت یالامکان از اعزام بیمار به مراکز دیگر اجتناب شود و در صورت خونریزی Strict Isolation رعایت شود.
- ۱۱- راه اندازی و تجهیز مکان مناسب در بیمارستان شهرستان جهت ایزوله کردن بیماران با خونریزی فعال
- ۱۲- آموزش جامعه (شهر و روستا):
- با استفاده از صدا و سیما، روزنامه ها 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 راه های انتقال، کنترل و پیشگیری بیماری برنامه ریزی 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 به خصوص 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 دام ها، 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 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 می رسد خطر انتقال بیماری در طی ذبح یا بلافاصله پس از آن بسیار بالا می باشد، 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 دام ها باید از وسایل ایمنی شامل کلاه، ماسک، روپوش، پیش بند 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 می توانند پس از جدا شدن از پوست و ماندن در محیط بیمارستان موجب انتقال بیماری‌رسانی ویروس گردند.

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

تعریف مزنون:

- 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 بادیست، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت‌های دام‌ها و حیوانات آلوده، تماس مستقیم با 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 ۱۵۰۰۰ در میلی متر مکعب) که میتواند با لکوپنی (گلبول سفید که از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب) یا لکوسیتوز (گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰ در میلی متر 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.

تعريف قطعى:

- موارد محتمل + تست سروئوژيک مثبت يا جدا کردن ويروس

- 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 سفیدکننده ۰ / ۱ را به جسد و اطرافش بپاشند.
- ۳- جسد را در کیسه مخصوص جنازه قرار داده و محکم ببندند. محلول سفید 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 سفید کننده پیچیده ، سپس کاملاً نایلون پیچ کنند یا با نوار چسب پلاستیکی کاملاً ببندند.
- محلول سفید 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 مر بوط 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 پاشیدگی در وسیله نقلیه هم می توان استفاده نمود.

ج- آماده کردن محل دفن:

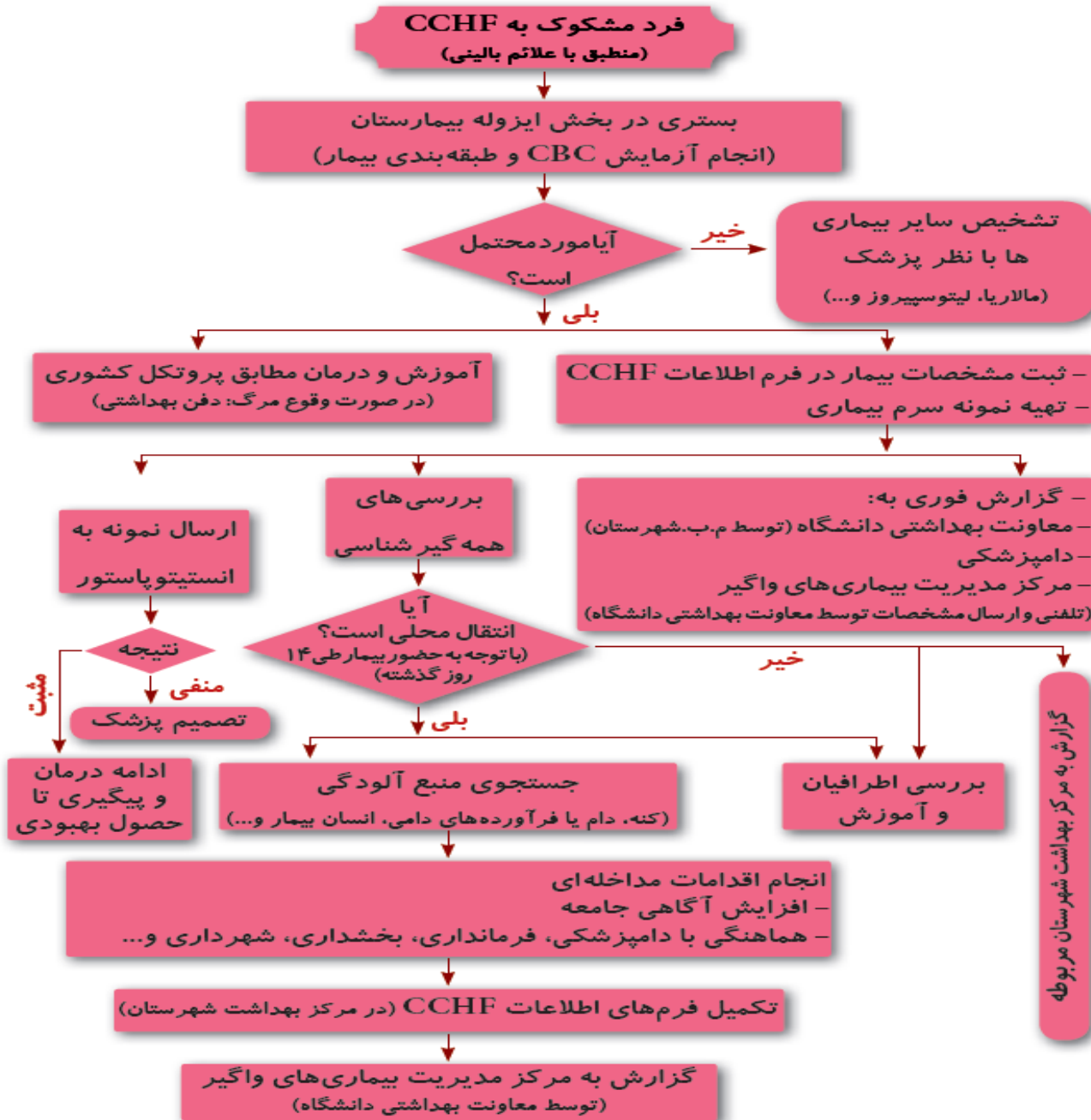
۱- عمق گور باید دست کم ۲ متر باشد.

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- ضد عفونی وسیله نقلیه پس از حمل جسد:

- ۱- فردی که وسیله را ضد عفونی 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 ضد عفونی 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 کاملاً شسته شود اگر نه باعث خوردگی وسیله نقلیه می گردد

فلوجارت مراقبت تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)



• توجه:

• موارد محتمل بیماری طبق دستورالعمل نحوه درمان با ریبوایرین تحت درمان قرار می گیرند.

• در صورت طبیعی بودن فاکتورهای خونی در روز اول بستری بیمار به مدت سه روز تحت نظر بوده و چنانچه در این مدت ۵۰ درصد کاهش گلبول های سفید یا پلاکت ها 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 نمونه گیری تهیه و با هماهنگی مرکز بهداشت استان به انستیتو پاستور ایران بخش آربو ویرو سها و تبهای هموراژیک ارسال گردد.

توصیه ها:

- موارد محتمل بیماری CCHF که دارای خونریزی فعال می باشند باید در شرایط کاملاً ایزوله (Strict Isolation) در بیمارستان بستری شوند و احتیاطات همه جانبه برای آنها رعایت شود تا از بروز همه گیر یهای بیمارستانی جلوگیری شود.
- به دلیل آن که نمونه گیری 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.

توصیه ها:

- رعایت احتیاطات همه جانبه 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 ضد عفونی شوند.

توصیه ها:

- کارکنان بهداشتی و درمانی که با خون و یا بافت های آلوده بدن بیماران محتمل یا قطعی CCHF تماس داشته اند باید مرتب حداقل تا ۱۴ روز پس از تماس تحت نظر 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

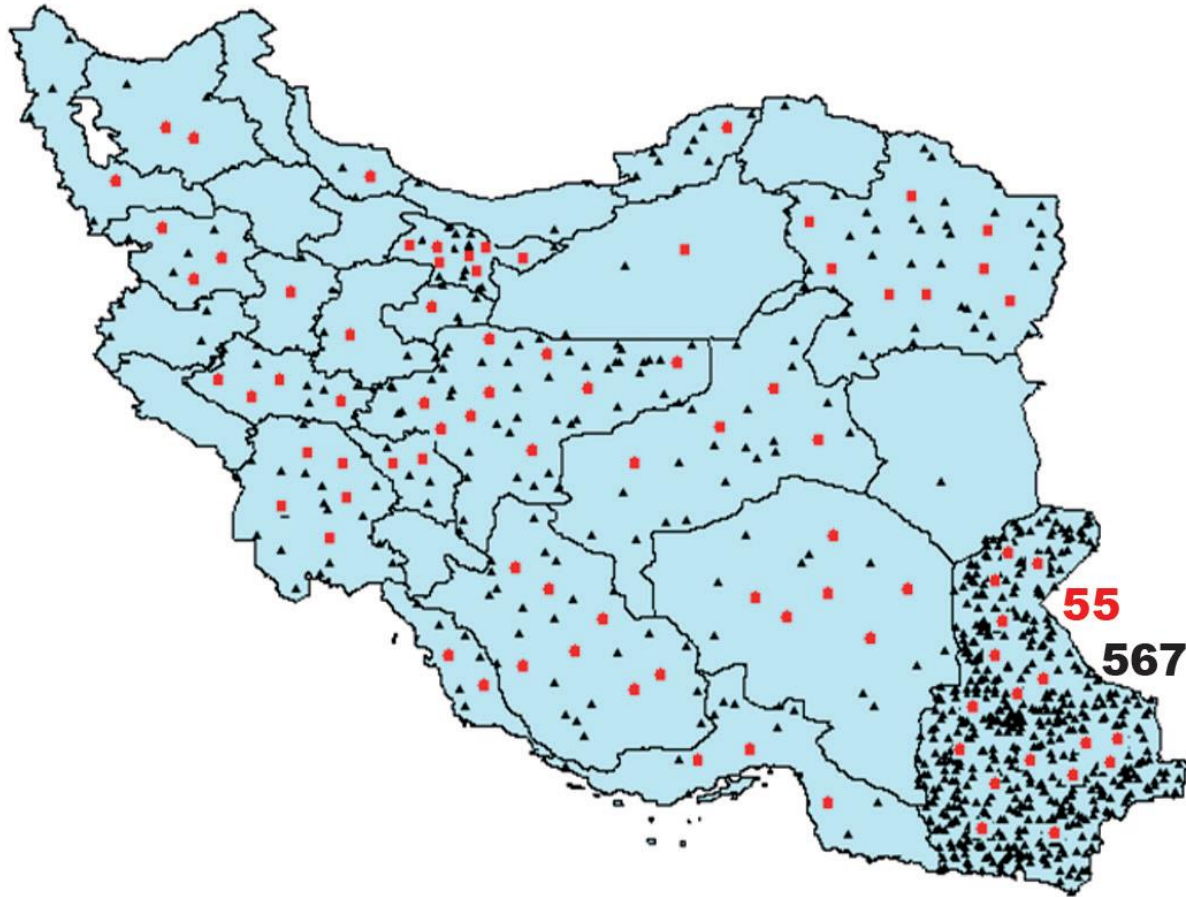
- در مورد کارکنان بهداشتی، درمانی و آزمایشگاهی چنانچه حین خونگیری از موارد محتمل یا قطعی CCHF سوزن آلوده یا هر وسیله تیز آلوده به پوست آنها نفوذ کرد بایستی ریباویرین خوراکی بعنوان شیمیوپروپرفیلاکسی به مقدار ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای مدت ۵ روز مصرف شود.
- به دلیل لیز شدن خون بیماران، سرم خون بیماران در آزمایشگاه رفرانس دانشگاه تهیه و تحت شرایط مناسب طبق دستورالعمل نحوه ارسال نمونه ها به انستیتوپاستور ایران ارسال شود.

- بیماران که خونریزی دارند تا کنترل خونریزی نباید جابجا شوند.

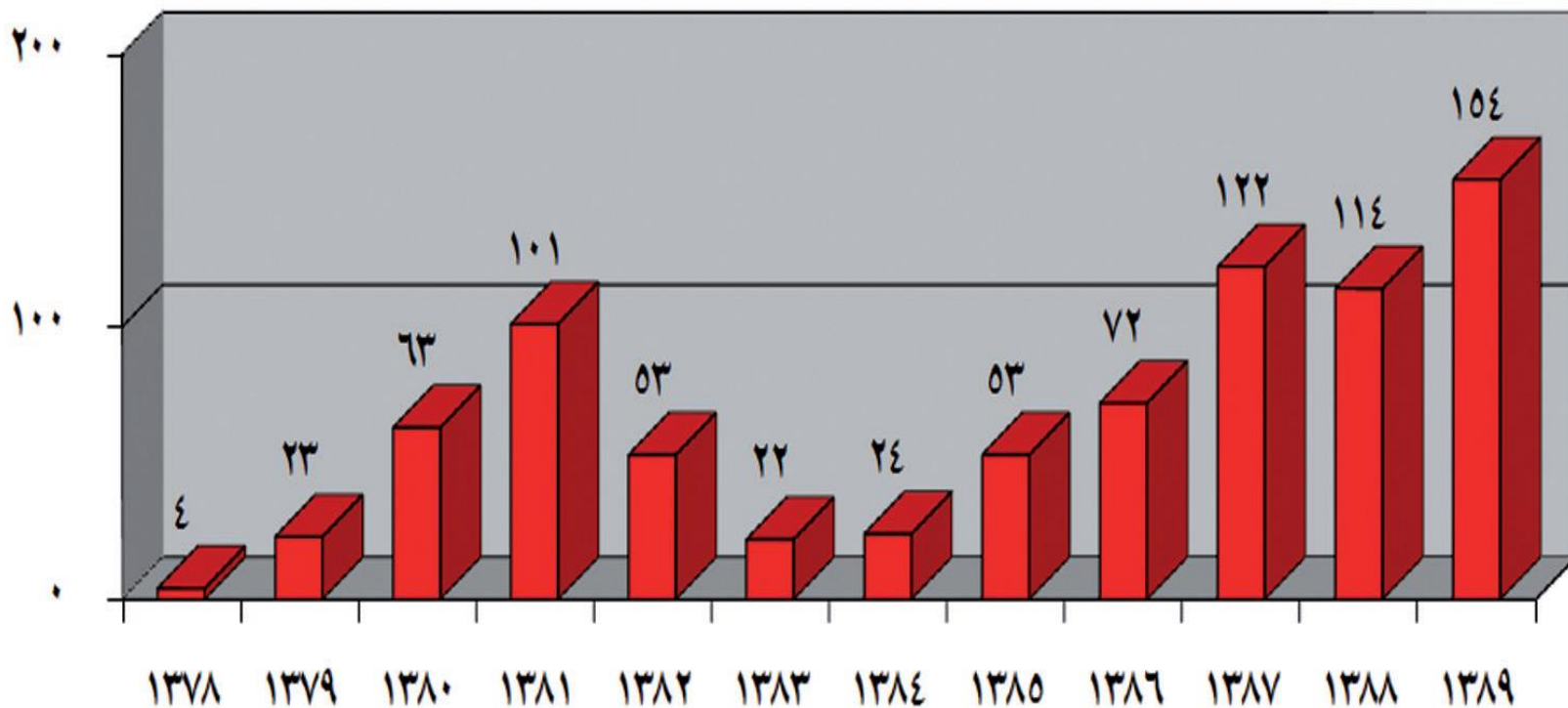
- بیماران بستری شده می توانند در صورت عدم خونریزی بانظر پزشک معالج پس از تکمیل دوره درمان از بیمارستان مرخص شوند.

- نظر به وجود خونریزی در بیماران و خطر انتقال بیماری حتی الامکان پس از تشخیص بالینی از خون گیریهای غیرضروری باید اجتناب شود.

تعداد موارد و مرگ قطعی CCHF در استان های کشور (۱۳۷۸ - ۱۳۸۹)



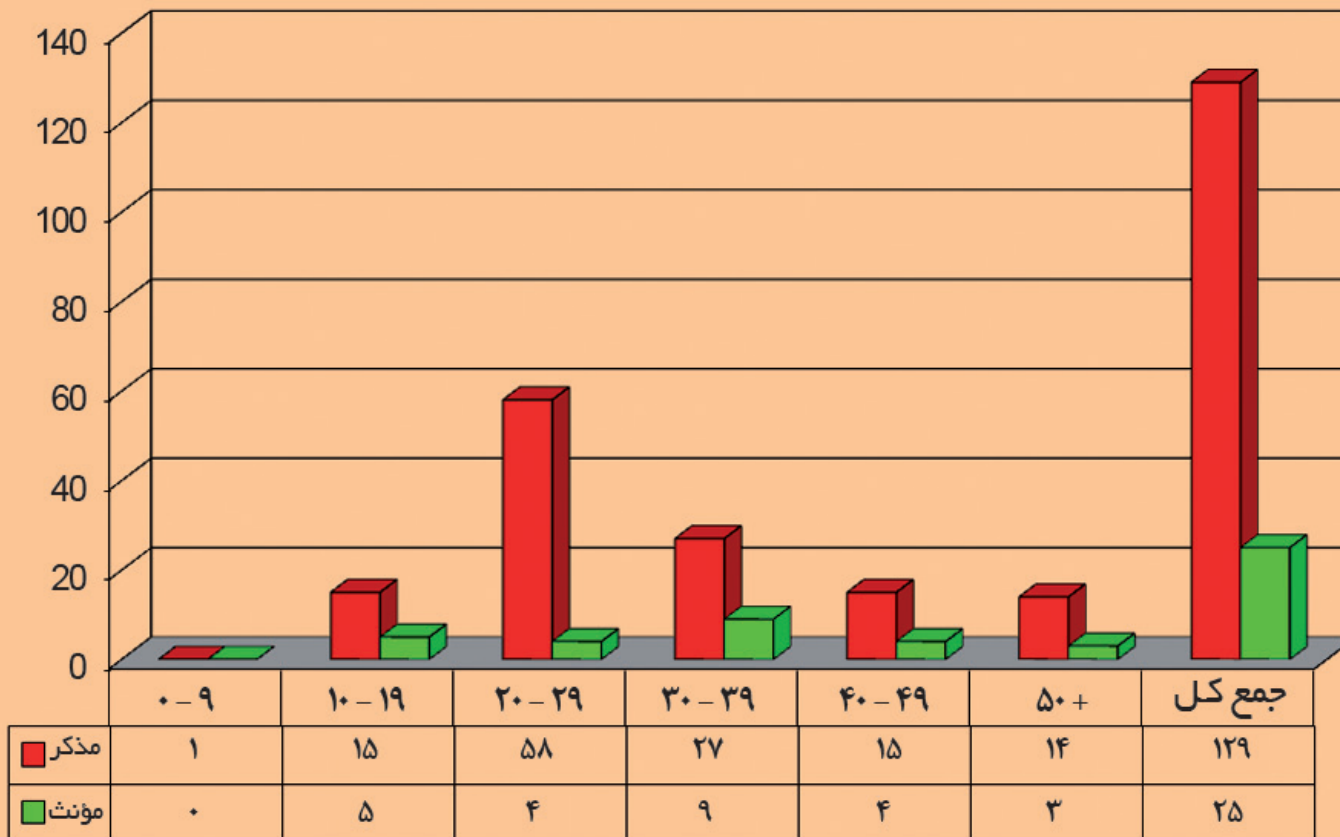
تعداد موارد قطعی CCHF ۱۳۷۸-۱۳۸۹



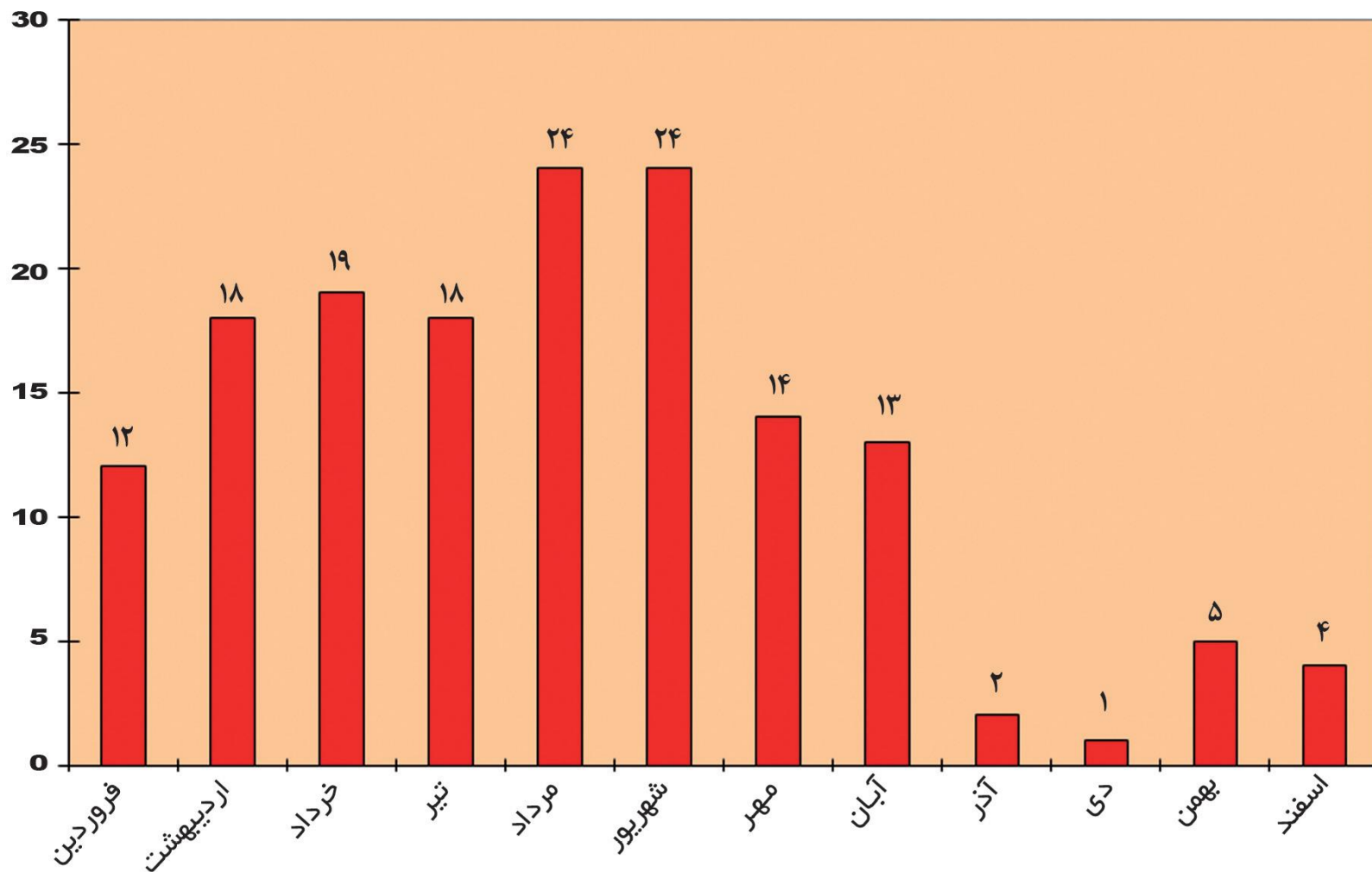
میزان کشندگی CCHF طی سال های ۱۳۷۸ - ۱۳۸۹



تعداد موارد قطعی CCHF به تفکیک سن و جنس - ۱۳۸۹



تعداد موارد قطعی CCHF به تفکیک ماه ۱۳۸۹



تعداد موارد قطعی CCHF به تفکیک شغل - ۱۳۸۹

۵۳ قصاب، کارگر، کشتارگاه

۳۷ کارگر، راننده، آزاد، بیکار

۲۸ دامدار، چوپان، کشاورز

۱۷ خانه‌دار

۱۲ محصل و دانشجو

۷ کارمند، معلم و بازنشسته

۱۵۴ جمع کل