

بررسی خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در استان قم، سال ۱۳۹۰

بابک فرزین نیا^۱، عابدین ثقفی پور^{۲*}، زکبه تلمادری^۳

چکیده

زمینه و هدف: بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو CCHF، یک بیماری ویروسی خونریزی دهنده تب دار حاد مشترک بین انسان و دام است. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری CCHF در استان قم انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، بیماران با علائم بالینی و یا داشتن سابقه اپیدمیولوژیک مرتبط با CCHF مراجعه کننده به بیمارستانها، مراکز بهداشتی درمانی و مطب‌های خصوصی در طی سال ۱۳۹۰ بررسی شدند. سپس نمونه‌ها برطبق دستورالعمل کمیته فنی کشوری CCHF، در سه گروه مورد مشکوک، محتمل و قطعی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از جدول فراوانی و آزمون مجذور کای یا تست دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه از بین ۳۸ نفر، ۱۲ نفر پس از تشخیص در گروه موارد مشکوک به CCHF، تحت پیگیری و درمان قرار گرفتند. از این تعداد ۵ مورد (۴۱/۶۷٪) قطعی، ۲ مورد (۱۶/۶۶٪) محتمل و ۵ مورد (۴۱/۶۷٪) نیز در حد مشکوک باقی ماندند (فقط برخی از علائم را داشتند). بیشتر بیماران، مرد (۹۱/۷۶٪) با دامنه سنی ۱۵-۳۵ سال (۸۳/۳۴٪) و ساکن مناطق شهری (۷۵٪) بودند. ۵۸/۳۴٪ از کل بیماران را دامداران، دانش‌آموزان و قصابان تشکیل می‌دادند. ۸۳/۳۴٪ بیماران سابقه تماس با دام را ذکر کردند، و میزان مرگ و میر ناشی از موارد قطعی بیماری ۲۰٪ بود.

نتیجه گیری: طبق نتایج این مطالعه، آموزش به افراد در معرض خطر، انجام اقدامات ایمنی مانند نگهداری گوشت تازه به مدت ۲۴ ساعت در یخچال و استفاده از دستکش حین تمیز کردن گوشت تازه به خانوارها از موارد ضروری است.

کلید واژه‌ها: تب خونریزی دهنده کریمه کنگو؛ تب خونریزی دهنده کریمه کنگو؛ تب خونریزی دهنده کریمه کنگو - اپیدمیولوژی؛ کنگو؛ قم، ایران.

^۱امری حشره‌شناسی پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲کارشناس ارشد حشره‌شناسی پزشکی، مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳دانشیار حشره‌شناسی پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

عابدین ثقفی پور، مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

abed.saghafi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۷

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۷

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Farzinnia B, Saghafipour A, Tilmadarray Z. Study of the Epidemiological Status of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Disease in Qom Province, 2011, Iran. Qom Univ Med Sci J 2013;7(4):42-48. [Full Text in Persian]

مقدمه

بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو (Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, CCHF)، یک بیماری ویروسی خونریزی‌دهنده تب‌دار حاد مشترک بین انسان و دام است. این ویروس بر اثر گزش کنه‌ها و یا تماس مستقیم با امعا و احشا دام‌های آلوده تازه ذبح‌شده و یا تماس با خون، ترشحات بدن بیمار و یا آئروسول‌های پراکنده در فضا، به‌خصوص در اپیدمی‌ها و مراکز بهداشتی درمانی از فرد مبتلا در دوره ویرمی به شخص سالم انتقال می‌یابد (۱). این بیماری که ابتدا در ناحیه کریمه شوروی و سپس در کنگو (قاره آفریقا) شناسایی شد، از دیرباز در مناطق مختلف جهان وجود داشته است، مطالعات مختلف سرولوژیک دامی، مبین پراکندگی ویروس CCHF در آسیا از خاور دور تا خاورمیانه، آفریقا و نواحی معتدل اروپا بوده است (۲). پراکندگی این ویروس تقریباً با پراکندگی کنه‌های سخت جنس هیالوما در مناطق یادشده برابر است، که نشان‌دهنده ارتباط خاص بین اپیدمی‌های بیماری و کنه‌های جنس هیالوما می‌باشد (۳). بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو در دام‌ها، هیچ‌گونه علامت خاصی نداشته و در مراحل ابتدایی بیماری در دام، خطر سرایت آن بسیار زیاد است (۲). موارد تک‌گیر و همه‌گیر CCHF در انسانها نیز اتفاق می‌افتد و میزان عفونت‌زایی ویروس ۱۰۰-۲۰٪ گزارش شده است. این بیماری مرگ و میر بالایی دارد و میزان مرگ و میر گزارش شده بین ۵۰-۱۰٪ بوده است، همه‌گیری‌های داخل بیمارستان نیز از موارد شایع آن می‌باشد (۴). میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در مناطق مختلف دنیا، تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای داشته که این تفاوت تنها مربوط به اختلاف سرویس تشخیصی - درمانی پزشکی مناطق مختلف نبوده؛ بلکه بیشتر به ویرولا‌نس و بیماری‌زایی گونه‌های متفاوت ویروس در مناطق مختلف دنیا بستگی دارد، به‌طوری‌که در جنوب روسیه بیماری خفیف‌تر و میزان مرگ و میر آن حدود ۱۰-۵٪ گزارش شده است، ولی در جنوب آفریقا طی سالهای ۱۹۸۶-۱۹۸۱ میزان مرگ و میر بیماری ۳۵٪ و در آسیای مرکزی و خاورمیانه بین ۵۰-۳۵٪ و حتی بیشتر گزارش شده است و این در حالی است که در اپیدمی‌های بیمارستانی درصد مرگ و میر، بالاتر بوده است (۵، ۶).

از نظر تاریخی، سابقه بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو در فلات ایران به قرن‌ها پیش برمی‌گردد، به‌طوری‌که در بعضی مناطق ایران به آن حصه قره می‌گفتند، اما برای کنترل و پیشگیری از این بیماری عملاً اقدام خاصی صورت نگرفت تا اینکه با شیوع بیماری در کشورهای همسایه و گزارش مواردی از بیماری در کشور، مسئولان بهداشتی با توجه به ضرورت پیشگیری، کنترل و تشخیص این بیماری، به تأسیس یک آزمایشگاه تخصصی در زمینه بیماری‌های آروویروسی پی برده و در آبان سال ۱۳۷۹ آزمایشگاه آروویروس‌ها به سرپرستی دکتر چینی‌کار در انستیتو پاستور ایران راه‌اندازی شد (۷). هرچند سابقه تاریخی وجود موارد مشکوک تب هموراژیک کریمه کنگو در ایران به صدها سال قبل و گزارش موارد محتمل به حدود سه دهه قبل برمی‌گردد، ولی با توجه به اینکه وجود موارد قطعی بیماری در سالهای اخیر نیز به اثبات رسیده است، لذا تب هموراژیک کریمه کنگو جزء بیماری‌های نوپدید کشور محسوب می‌شود. وضعیت اپیدمیولوژیکی موارد محتمل گزارش شده و قطعی بیماری نشان می‌دهد این بیماری تقریباً در تمام نقاط کشور وجود دارد (۸). در نواحی مختلف ایران طی ۱۰ سال گذشته بیش از ۷۰۰ مورد تأییدشده از مبتلایان به CCHF از استان‌های سیستان و بلوچستان، گلستان، اصفهان، کرمان، فارس، چهارمحال و بختیاری، بوشهر، خوزستان، آذربایجان غربی، یزد و تهران گزارش شده است. در حال حاضر، وجود این بیماری در ۲۷ استان از ۳۱ استان کشور به اثبات رسیده است (۹، ۱۰). به‌منظور بررسی سیمای اپیدمیولوژیکی بیماری نیز در برخی از نقاط ایران، مطالعاتی صورت گرفته است. در بررسی‌های انجام‌شده توسط ایزدی و همکاران، ۷ نمونه از ۲۹۷ نمونه گرفته‌شده از ساکنان استان سیستان و بلوچستان از نظر آزمون الایزا (IgG) بر علیه CCHF مثبت بودند (۱۱). در مطالعه سرولوژیکی تلماده‌ای و همکاران (سال ۱۳۸۴) در شهرستان قاین (استان خراسان جنوبی) نیز حدود ۷۹٪ گوسفندان دارای آنتی‌بادی IgG مثبت علیه CCHF بودند و آلودگی در کنه‌ها به میزان ۶/۱٪ اعلام شد (۱۲). با توجه به اینکه تعداد موارد بیماری در استان قم طی سالهای اخیر افزایش چشمگیری داشته است، لذا این مطالعه به‌منظور تعیین وضعیت اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به CCHF در استان قم طی سال ۱۳۹۰ صورت گرفت.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی، بیماران دارای علائم بالینی و یا داشتن سابقه اپیدمیولوژیک مرتبط با CCHF مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و مطب‌های خصوصی در طی سال ۱۳۹۰ (۳۸ نفر)، مورد بررسی قرار گرفتند. سپس نمونه‌ها برطبق دستورالعمل کمیته فنی کشوری CCHF، در سه گروه مورد مشکوک، محتمل و قطعی طبقه‌بندی شدند.

براساس توصیه کمیته فنی کشوری، موارد مشکوک از تمامی مراکز بهداشتی درمانی، درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی به بیمارستان ارجاع داده شد، که پس از معاینات و آزمایش‌های لازم از نظر اپیدمیولوژیک طبقه‌بندی شدند. در ادامه، ضمن درمان مقتضی و گزارش تلفنی به مراکز ذی‌ربط، نمونه خون آنان به انستیتو پاستور ایران ارسال گردید. در نهایت، نتیجه آزمایش‌های سرولوژی به مرکز مدیریت بیماری‌ها در وزارت بهداشت، همچنین به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم ارسال گردید. همچنین در مرکز بهداشت شهرستان، خصوصیات دموگرافیکی بیماران مانند سن، شغل، محل سکونت، تاریخچه احتمالی تماس با منابع انتشار عفونت و نتایج آزمایشگاهی به‌منظور بررسی‌های اپیدمیولوژیک ثبت شد.

کمیته فنی کشوری به‌منظور ایجاد هماهنگی در نظام مراقبت و ثبت بیماری، سه تعریف زیر را ارائه داده است:

الف) مورد مشکوک: داشتن علائم خونریزی، تب و درد عضلانی به همراه سابقه اپیدمیولوژیک (سابقه گزش با کنه یا له کردن کنه با دست، تماس مستقیم با خون تازه و یا سایر بافت‌های دام یا حیوانات بیمار، تماس مستقیم با خون و ترشحات یا مواد دفعی بیمار قطعی یا مشکوک به CCHF و اقامت یا مسافرت در محیط روستایی که احتمال تماس با دام‌ها یا کنه وجود داشته باشد)؛

ب) مورد محتمل: مورد مشکوک به همراه ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کمتر از $150,000\text{mm}^3$) و لکوپنی (گلبول سفید کمتر از $3,000\text{mm}^3$) یا لکوسیتوز (گلبول سفید بیش از $9,000\text{mm}^3$)؛

ج) مورد قطعی: موارد محتمل به‌علاوه آزمون سرولوژیک مثبت یا جدا کردن ویروس از بدن بیمار (۱۶-۱۳).

پس از اخذ موافقت از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم، اطلاعات مربوط به بیماران بدون ذکر نام و نام خانوادگی از طریق فرم استاندارد وزارت بهداشت جمع‌آوری شد. این اطلاعات از فرم‌های خلاصه اطلاعات دموگرافیک، اپیدمیولوژیک، بالینی و آزمایشگاهی بیماران که توسط کارکنان مبارزه با بیماری‌ها ثبت شده بود، استخراج شد. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل ثبت دقیق و کامل اطلاعات بیماران در فرم‌های بررسی مربوطه و مورد تأیید مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت بود.

برای مقایسه متغیرهای کمی، در ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. سپس با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون واریانس به کار برده شد. همچنین برای تعیین رابطه متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای یا تست دقیق فیشر استفاده گردید و سطح معنی‌داری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد. آنالیزهای فوق به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ انجام گرفت.

یافته‌ها

میزان شیوع علائم بیماری در افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است. از نظر برخی علائم آزمایشگاهی، در ۱۱ نفر (۹۱/۶۷٪) از بیماران، ترومبوسیتوپنی مشاهده گردید. همچنین در ۷ نفر (۵۸/۳۴٪) افزایش آنزیم‌های کبدی و ۳ نفر (۲۴/۹۹٪) علائم هماچوری دیده شد.

جدول شماره ۱: توزیع مبتلایان به CCHF براساس علائم و نشانه‌ها*

علائم و نشانه‌ها	تعداد	درصد
تب	۱۲	۱۰۰
خونریزی	۹	۷۵/۰۱
درد عضلات	۱۰	۸۳/۳۴
تهوع و استفراغ	۵	۴۱/۶۷
لکوپنی	۴	۳۳/۳۴
خونریزی وسیع پوستی	۴	۳۳/۳۴
اختلال هوشیاری	۲	۱۶/۶۶

در کل، ۱۰ نفر (۸۳/۳۴٪) از بیماران سابقه تماس با دام آلوده را ذکر کردند که شامل سابقه ذبح دام، تماس با لاشه و ترشحات تازه دام، تماس با گوشت و سایر اعضای بدن دام و تماس با دام زنده بود. بین نوع تماس با حیوان آلوده و بیماری CCHF نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.05$). ۲ نفر (۱۶/۶۶٪) سابقه تماس با کهنه داشتند که هر دو نفر علاوه بر اینکه مورد گزش کهنه قرار گرفته بودند؛ به دست‌کاری کهنه یا له کردن آن نیز اقدام کرده بودند. یک مورد از بیماران دامدار، دچار عفونت توأم CCHF و تب مالت شده بود که سابقه تماس با لاشه و ترشحات تازه دام، تماس با گوشت و سایر اعضای بدن دام، تماس با دام زنده و سابقه گزش کهنه و دست‌کاری و له کردن کهنه‌ها را نیز ذکر کرد. همچنین ۲ نفر (۱۶/۶۶٪) از موارد قطعی CCHF، علاوه بر تماس با دام با بیمار مشکوک نیز تماس داشتند. از بین موارد قطعی یک نفر سابقه تماس با کهنه و حیوان آلوده را توأم داشت و ۲ نفر نیز سابقه تماس با بیمار مشکوک و حیوان آلوده را با هم ذکر کردند (جدول شماره ۲).

در این مطالعه، ۳۸ نفر با برخی علائم بالینی و یا سابقه اپیدمیولوژیک مرتبط با CCHF به بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و مطب‌های خصوصی در استان قم مراجعه کردند که ۱۲ نفر از آنان در گروه موارد مشکوک به CCHF تشخیص داده شده و تحت بررسی، پیگیری و درمان قرار گرفتند. از این تعداد ۵ مورد (۴۱/۶۷٪) قطعی، ۲ مورد (۱۶/۶۶٪) محتمل و ۵ نفر (۴۱/۶۷٪) نیز در حد مورد مشکوک باقی ماندند (فقط برخی از علائم را داشتند). ۱۱ نفر (۹۱/۷۶٪) از بیماران مشکوک، مرد و یک نفر زن (۸/۲۴٪) بود. شایع‌ترین گروه سنی مبتلایان، افراد ۱۵-۳۵ سال (۸۳/۳۴٪) بودند. سن یک نفر (۸/۳۳٪) از مبتلایان زیر ۱۵ سال، ۱۰ نفر (۸۳/۳۴٪) بین ۱۵-۳۵ سال و یک نفر (۸/۳۳٪) بالای ۳۵ سال بود. بیشترین افراد بیمار (۷۵٪) در مناطق شهری ساکن بودند. ۵۸/۳۴٪ از کل بیماران شامل دامداران، دانش‌آموزان و قصابان بیش از سایر گروه‌های شغلی، در معرض آلودگی قرار داشتند. ۴۱/۶۶٪ بقیه دارای مشاغل مختلفی مانند بنا، نظامی، خانه‌دار، کشاورز و غیره بودند.

جدول شماره ۲: توزیع افراد مبتلا به CCHF بر اساس جنسیت، علائم شایع بالینی و سابقه تماس به تفکیک موارد بیماری (قطعی، محتمل، مشکوک)

موارد بیماری متغیر	قطعی تعداد (درصد)	محتمل تعداد (درصد)	مشکوک تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	علائم شایع بالینی شایع	
					تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس	۴ (۳۳/۳۴)	۲ (۱۶/۶۶)	۵ (۴۱/۶۷)	۱۰۰	مرد	۴ (۳۳/۳۴)
	۱ (۸/۳۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۰۰	زن	۱ (۸/۳۳)
سن (سال)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۸/۳۳)	۱۰۰	زیر ۱۵ سال	۰ (۰)
	۴ (۳۳/۳۴)	۲ (۱۶/۶۶)	۳ (۲۵)	۱۰۰	۱۵-۳۵	۴ (۳۳/۳۴)
	۱ (۸/۳۳)	۰ (۰)	۱ (۸/۳۳)	۱۰۰	بالای ۳۵	۱ (۸/۳۳)
علائم بالینی شایع	۵ (۴۱/۶۷)	۲ (۱۶/۶۶)	۵ (۴۱/۶۷)	۱۰۰	تب	۵ (۴۱/۶۷)
	۴ (۳۳/۳۴)	۱ (۸/۳۳)	۲ (۱۶/۶۶)	۵۸/۳۴*	خونریزی	۴ (۳۳/۳۴)
	۵ (۴۱/۶۷)	۲ (۱۶/۶۶)	۳ (۲۵)	۸۳/۳۳**	درد عضلانی	۵ (۴۱/۶۷)
سابقه تماس با	۰ (۰)	۱ (۸/۳۳)	۱ (۸/۳۳)	۱۰۰	فقط کهنه	۰ (۰)
	۲ (۱۶/۶۶)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۰۰	بیمار مشکوک	۲ (۱۶/۶۶)
	۳ (۲۵)	۱ (۸/۳۳)	۴ (۳۳/۳۴)	۱۰۰	حیوان آلوده	۳ (۲۵)

* فقط ۵۸/۳۴٪ از بیماران علائم خونریزی داشتند.

** از ۱۰۰٪ بیماران ۸۳/۳۳٪ درد عضلانی داشتند.

به علت اینکه در برخی از بیماران یک علامت به همراه علائم دیگر دیده شده است تعداد علائم از تعداد بیماران بیشتر است.

بیماران ملیت ایرانی داشتند و یک نفر (۸/۳۳٪) غیرایرانی (عراقی) بود. ۲ نفر (۱۶/۶۶٪) از مطب‌های خصوصی، ۸ نفر (۶۶/۶۴٪) از بیمارستان‌ها و ۲ نفر (۱۶/۶۶٪) از مراکز بهداشتی درمانی ارجاع و گزارش شده بود.

از نظر فصل ابتلا به بیماری؛ ۴ نفر (۳۳/۳۴٪) در بهار، ۶ نفر (۵۰٪) در تابستان، یک نفر (۸/۳۳٪) در پاییز و یک نفر (۸/۳۳٪) در فصل زمستان مبتلا شده بود. ۱۱ نفر (۹۱/۶۷٪) از

علت این امر در مردان را می‌توان به مسایل شغلی آنان نسبت داد که باعث می‌شود بیشتر از زنان در معرض گزش کنه و تماس با محصولات دامی قرار گیرند. در بررسی‌های انجام‌شده در مناطق مختلف کشور، اکثریت بیماران مبتلا به CCHF را مردان تشکیل می‌دادند (۱۳). به‌طور مثال در پژوهش اویسی اسکویی و همکاران، ۸۰٪ بیماران مرد بودند و میزان مرگ و میر بیماری نیز در این مطالعه ۸٪ بود (۲۰). در تحقیق حاضر ۱۰ نفر (۸۳/۳۴٪) سابقه تماس با دام را ذکر کردند. ۲ نفر (۱۶/۶۶٪) از بیماران، سابقه تماس با کنه (گزش کنه یا دست‌کاری و له کردن کنه) را بیان داشتند. در مطالعات انجام‌شده در استان سیستان و بلوچستان نیز نتایج مشابهی به دست آمد (۱۱).

همچنین براساس نتایج سایر محققین؛ قصابان، دامداران و کشاورزان همواره در معرض ابتلا به بیماری قرار دارند (۱۳)، در مطالعه حاضر نیز دامداران، دانش‌آموزان و قصاب‌ها بیش از سایر مشاغل درگیر شده بودند. در طی سال ۱۳۹۰ در استان قم موردی از انتقال CCHF از طریق عفونت بیمارستانی گزارش نشد. البته همه‌گیری‌های بیمارستانی CCHF از برخی مناطق من جمله ترکیه (۱۷)، پاکستان (۱۹) و امارات متحده عربی (۲۱) گزارش شده است. همچنین در پاکستان موارد دیگری از بیماری که از طریق انتقال بیمارستانی به‌علت تماس با بیمار مبتلا در حین عمل در جراحان و کارکنان اتاق عمل اتفاق افتاده بود، گزارش شده است (۲۲). در کل، از آنجایی که انتقال بیمارستانی این عفونت در مطالعات مشابه (۲۲، ۱۹) نیز به اثبات رسیده است، لذا ضروری است در مورد بیمارانی که با تشخیص احتمالی CCHF بستری شده‌اند، رعایت احتیاطات استاندارد رعایت شود. همچنین کارکنان بهداشتی درمانی که احتمال انتقال عفونت برای آنها مطرح است، بایستی برای مدت ۱۴ روز تحت مراقبت قرار گیرند و روزانه دمای بدن آنها اندازه‌گیری شود و در صورت بروز تب، اقدامات تشخیصی و درمانی در مورد آنان اعمال گردد. در این بررسی، یک نفر از موارد قطعی و ۳ نفر از موارد محتمل، از بستگان یکی از موارد فوتی بودند. در چندین کشور دیگر نیز انتقال به‌عنوان عامل عفونت به افراد وابسته و نزدیکان فرد بیمار گزارش شده است (۲۳، ۱۱). در این مطالعه تب، خونریزی و درد عضلانی از علائم شایع بیماران بود.

از نظر اقدامات درمانی، ۱۱ بیمار ریباویرین دریافت کردند. علاوه بر ریباویرین، ۲ نفر (۱۱/۸٪) پلاسما، ۲ نفر (۲۹/۴٪) پلاکت و ۵ نفر (۲۳/۵٪) آنتی‌بیوتیک دریافت کردند، که برای ۳ نفر از بیماران، ریباویرین به تنهایی تجویز شد. از بین این بیماران، ۱۱ نفر (۹۱/۳۴٪) سلامت خود را بازیافتند، ولی یک نفر (۸/۳۳٪) با وجود اقدامات مراقبتی و حمایتی که شامل تجویز پلاسما و آنتی‌بیوتیک بود، فوت کرد. میزان مرگ و میر ناشی از موارد قطعی بیماری ۲۰٪ بود. بین سابقه تماس با کنه، حیوان آلوده و بیمار مشکوک با تعاریف موارد اپیدمیولوژیک بیماری، رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.03$). میانگین سنی بیماران قطعی ۲۴/۱۱±۱۳/۳۳ سال، بیماران محتمل ۲۳/۶۳±۱۰/۶۳ سال و بیماران مشکوک ۲۳/۲۸±۸/۸۲ سال بود. از نظر سنی، تفاوت معنی‌داری بین موارد مبتلا به CCHF (قطعی، محتمل، مشکوک) وجود نداشت.

بحث

در این مطالعه، ۳۸ نفر با برخی علائم بالینی و یا داشتن سابقه اپیدمیولوژیک مرتبط با CCHF به بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و مطب‌های خصوصی در استان قم مراجعه کردند که ۱۲ نفر از آنان در گروه موارد مشکوک به CCHF تشخیص داده شدند. از این بیماران، ۴۱/۶۷٪ قطعی، ۱۶/۶۶٪ محتمل و ۴۱/۶۷٪ نیز در حد مورد مشکوک باقی ماندند (فقط برخی از علائم را داشتند). در این مطالعه میزان کشندگی بیماری در بین موارد قطعی، حدود ۲۰٪ برآورد شد؛ یعنی از ۵ نفر موارد قطعی مبتلا به CCHF، یک نفر فوت کرده بود. تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو یک بیماری مسری است که میزان مرگ و میر آن به ۳۰٪ می‌رسد (۶). بیماری CCHF از سال ۱۳۸۱ اولین مورد بیماری در استان قم شناسایی شد. آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی و پزشکان منطقه در خصوص این بیماری نیز در سطح نسبتاً خوبی بود، لذا موارد مشکوک سریعاً جهت بستری و اقدامات تشخیصی و درمانی، معرفی و ارجاع داده شد. میزان کشندگی ناشی از این بیماری در ترکیه ۵٪ (۱۷)، خراسان رضوی ۱۵٪ (۱۸)، زاهدان ۲۰٪ (۹)، پاکستان بین ۲۱-۴۵٪ (۱۹) و در افغانستان ۶۰٪ (۱۵) گزارش شده است، که ۹۱/۷۶٪ از مبتلایان مرد بوده‌اند.

همچنین در مناطقی که این بیماری آندمیک است، استفاده از لباس مناسب و مواد دفع‌کننده بندپایان می‌تواند مفید واقع شود. فردی که با دام سر و کار دارد، حداقل باید روزی ۲ بار از نظر وجود کتله خود را بررسی و در صورت بروز تب و دیگر علائم، سریعاً به پزشک مراجعه کند.

نتیجه‌گیری

بیماری CCHF در استان قم به‌خصوص در نواحی شهری، آندمیک است و افرادی که با دام سر و کار دارند، به‌ویژه قصاب‌ها و کارگران کشتارگاه‌ها و دامداران در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند. بنابراین، ضرورت توجه خاص مسئولان بهداشتی درمانی در این رابطه احساس می‌شود. لذا توصیه می‌گردد به افراد در معرض خطر؛ اقدامات ایمنی لازم مانند نگهداری گوشت تازه به مدت ۲۴ ساعت در یخچال، استفاده از دستکش حین تمیز کردن گوشت تازه به خانوارها آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در خصوص فون و فعالیت کتله‌ها به‌عنوان ناقلین بیماری CCHF و انتشار جغرافیایی آنها در استان قم، در آینده مطالعاتی صورت گیرد؛ زیرا در بررسی اپیدمیولوژیک بیماری، آگاهی از گونه‌های کتله در مناطق آلوده می‌تواند در کشف راه انتقال بیماری و کنترل این معضل راهگشا باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه کارکنان گروه مبارزه با بیماری‌های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم قدردانی می‌نمایم.

لذا در مواجهه با بیماری که با شکایت تب، سردرد و دردهای عضلانی در مناطق آندمیک بیماری مراجعه کرده و یا سابقه تماس با دام را به دلیل مسایل شغلی داشته است، در لیست تشخیص افتراقی ابتدا باید بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو مورد توجه قرار گیرد. همچنین در اکثر بیماران، ترومبوسیتوپنی نیز مشاهده شده است. بنابراین، در بیمارانی که با تب، سردرد و ترومبوسیتوپنی در مناطق آندمیک بیماری مراجعه می‌کنند، ابتلا به این بیماری باید مدنظر قرار گیرد. لازم به ذکر است تمام بیماران با ضایعات خونریزی‌دهنده مراجعه نمی‌کنند، لذا نبود ضایعات خونریزی‌دهنده ردکننده بیماری CCHF نیست.

با توجه به اینکه بیماری CCHF در برخی نقاط کشور از جمله استان قم به‌صورت آندمیک درآمده است، لذا سیاست‌گذاران بخش‌های بهداشتی درمانی استان باید توجه ویژه‌ای به این بیماری داشته باشند و دوره‌های بازآموزی برای پزشکان و کارکنان بهداشتی، به‌خصوص کارشناسان مبارزه با بیماری‌ها برگزار کنند، به‌طوری‌که این گروه‌ها بتوانند با دیدن علائمی چون تب، سردرد، دردهای عضلانی و غیره، احتمال ابتلا به این بیماری را داده و در جهت تشخیص و درمان بیماری اقدام نمایند. در ضمن، پیشنهاد می‌شود در مورد فون کتله‌های ناقل بیماری، همچنین تعیین میزان آلودگی به ویروس CCHF در کتله‌های ناقل و حیوانات اهلی نظیر گوسفند، بز و شتر نیز مطالعاتی در آینده انجام شود.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه و تمام تحقیقاتی که از داده‌های موجود استفاده می‌کنند، "کم گزارش‌دهی" است، ولی با این وجود می‌تواند تا حدود زیادی سیمای کلی بیماری را در جامعه هدف قرار دهد. از آنجایی که تاکنون واکسن مؤثری برای استفاده عمومی در دسترس نبوده است، لذا کنترل کتله برای پیشگیری از این بیماری لازم است.

References:

- Mehrabi-Tavana A, Chinikar S, Mazaheri V. The Seroepidemiological Aspects of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Three Health Workers: A Report from Iran. Arch Iran Med 2002;5(4):255-258.
- World Health Organization. Global Early Warning System for Major Animal Disease, Including Zoonoses. Available From: <http://www.who.int/zoonoses/outbreaks/glews/en/>. Accessed May12, 2012.
- Zeinali M. Epidemiological Study of CCHF in Iran. Proceeding National Iranian Congress on Control of Viral Hemorrhagic Fevers Ministry of Health and Medical Education. Control of Communicable Disease Center. Tehran: Iran: 2001. p. 91-93. [Text in Persian]

4. Chinikar S, Ghiasi SM, Ghalyanchi- Langeroudi A, et al. An Overview of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Iran. *Iran J Microbial* 2009;1:7-12.
5. Hoogstraal H. The Epidemiology of Tick-born Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Asia, Europe, and Africa. *J Med Entomol* 1979;15(4):307-417.
6. World Health Organization. Fact Sheet on Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, Revised November 2001, No 208 Available From: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/en/print.html>.
7. Chinikar S. The Report of Arbo-virus Laboratory in Iran. Proceeding of 2nd National Iranian Congress Control of Hemorrhagic Fevers. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Control of Communicable Disease Center; 2001. p. 32-35. [Text in Persian]
8. Control of Communicable Disease Center. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, 1998-2005. Tehran: Control of Communicable Disease Center; 2006. [Text in Persian]
9. Sharifi-Mood B, Metanat M, Ghorbani-Vaghei A, Fayyaz-Jahani F, Akrami E. The Outcome of Patient with Crimean-congo Hemorrhagic Fever in Zahedan, Southeast of Iran: A Comparative Study. *Arch Iran Med* 2009;12(2):151-153.
10. Chinikar S, Ghiasi SM, Moradi M, Goya MM, Shirzadi MR, Zeinali M, et al. Phylogenetic Analysis in a Recent Controlled Outbreak of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in the South of Iran, December 2008. *Euro Surveill* 2010;15(47).
11. Izadi S, Holakouie-Naieni K, Majdzadeh SR, Chinikar S, Nadim A, Rakhshani F. Seroprevalence of Crimeancongo Hemorrhagic Fever in Sistan-Baluchestan Province of Iran. *Jpn J Infect Dis* 2006;59(5):326-8.
12. Davari M. A Geographical Distribution Survey on CCHF Positive Antibody Ovens of Ghaien City. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2005. [Text in Persian]
13. Ministry of Health and Medical Education. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Ministry of Health and Medical Education. Control of Communicable Disease Center. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2006. [Text in Persian]
14. Mashhad University of Medical Sciences. Crimean-congo Hemorrhagic Fever. Available From: <http://www.mums.ac.ir/hasheminegad/fa/amozesh>. Accessed Apr, 2009. [Persian]
15. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Available From: <http://www.iranpet.net/wb/?P=1644/13>. Accessed Jun, 2010. [Persian]
16. Tabatabaee SM, Zahraee SM, Ahmadnia H. Principles of Disease Prevention and Surveillance. 3rd ed. Tehran: Control of Communicable Disease Center; 2007. p. 47-54. [Text in Persian]
17. Gunes T, Engin A, Poyraz O, Elaldi N, Kaya S, Dokmetas I, et al. Crimean-congo Hemorrhagic Fever Virus in High-risk Population, Turkey. Available From: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/15/3/08-0687_article.htm. Accessed, 2009.
18. Ebadi Azar F, Esmaeili RA, Zohoor A. Epidemiological Survey of Crimean Congo Hemorrhagic Fever in Khorasan Razavi (2009). *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch* 2011;21(1):61-6. [Full Text in Persian]
19. Pirkani GS, Jogezaei EK. Crimean-congo Hemorrhagic Fever: A Survey of Cases of CCHF in Balochestan. *Prof Med J* 2007;14(1):17-21.
20. Owaysee H, Eini P, Eizadi M, Nasir Oghli F, Saravani S. Assessment of Patients with Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Admitted in Amir-Almomenin Hospital of Zabol from 2003 to 2005. *J Mil Med* 2008;9(4):305-8. [Full Text in Persian]
21. Zavitsanou A, Babatsikou F, Koutis C. Crimean-congo Hemorrhagic Fever: an Emerging Tick-borne Disease. *Health Sci J* 2009;3(1):10-8.
22. Harxhi A, Pilaca A, Delia Z, Pano K, Rezza G. Crimean-congo Hemorrhagic Fever: A Case on Nosocomial Transmission. *Infection* 2005;33(4):295-6.
23. Saijo M, Tang Q, Shimayi B, Han L, Zhang Y, Asiguma M, et al. Possible Horizontal Transmission of Crimeancongo Hemorrhagic Fever Virus from a Mother to Her Child. *Jpn J Infect Dis* 2004;57(2):55-7.