

## گزارش ابتدایی اپیدمی تب کریمه - کنگو در بهار و تابستان ۱۳۸۰ در استان اصفهان

دکتر کامیار مصطفوی زاده<sup>۱</sup>، دکتر بهروز عطایی، دکتر مجتبی رستمی، دکتر حسن صالحی، دکتر ایرج کریمی، دکتر عباسعلی جوادی، دکتر رویا شرکت، دکتر علیرضا امامی، دکتر محمد رضا خادمی، دکتر چینی کار، دکتر سید احمد محمودیان، دکتر فیروزه قدیری، دکتر آبتین حیدرزاده

### مقدمه

احتمالی تب کریمه - کنگو در بخش عفونی بیمارستان الزهرا بستری شدند که از این تعداد ۱۸ مورد تأیید شد.

از ۱۸ مورد بیمار ۱۲ نفر مرد و ۶ نفر زن بودند. ۱۴ نفر شهر و ۴ نفر روستایی بودند. شروع علائم در تمامی بیماران به صورت ناگهانی و طول مدت فاز غیر هموراژیک بیماری بین ۳ تا ۸ روز در بیماران متغیر بود.

۱۲ نفر از بیماران دچار خونریزی شدند که به ترتیب خونریزی از لثه، خونریزی گوارشی، خونریزی واژینال و ادراری شکایت بیماران بود. سابقه تماس با دام در ۱۵ مورد مثبت بود.

در یک مورد هیچگونه سابقه تماس مشکوکی وجود نداشت و در مورد بیمار پزشک سابقه تماس با اولین بیمار مبتلا که در بیمارستان بستری شده بود وجود داشت. یک مورد گزیدگی کنه در موارد شهری بیماری وجود داشت و محل گزیدگی روی شکم بود آزمایشهای سرولوژیک بیماران با روش الیزا برای جستجوی IgM و IgG اختصاصی در آزمایشگاه رفرانس انستیتو پاستور تهران صورت گرفت که در ۱۸ مورد مثبت بود.

۳ نفر به علت خونریزی شدید در ارگان‌های مختلف و سندرم هیپوتورنال فوت نمودند. ۲ نفر به علت خونریزی در اندامهای فوقانی دچار سندرم کمپارتمان گردیدند. در ۱۵ بیماری که بهبود یافتند تب در حدود یک هفته پس از شروع درمان قطع گردید.

### بحث

تب هموراژیک کریمه - کنگو یک بیماری مشترک بین انسان و دام است. بروز مواد انسانی دال بر آلودگی دام و ناقل بیماری یعنی کنه می‌باشد. در این بیماران فقط در یک مورد انتقال توسط گزش کنه صورت گرفته بود و اغلب نیز ساکن شهر بودند در حالیکه در یک مطالعه شایعترین راه انتقال توسط کنه بوده و اغلب ساکنین مناطق روستایی بوده‌اند (۴).

در ۱۵ بیمار فقط سابقه تماس با دام ذبح شده و بافت آلوده دام وجود دارد. ۱۰ مورد بیماری که اقدام به کشتار دام کرده بودند هیچکدام از کارکنان کشتارگاههای دولتی نبوده و ذبح دام در شرایط غیراستاندارد و غیر بهداشتی صورت گرفته بود. در مورد ۵ خانم خانه داری که مبتلا شده بودند نیز سابقه

تب هموراژیک کریمه - کنگو یک بیماری ویروسی و ویروس آن از خانواده BUYNIVIRIDAE و جنس NAIROVIRUS است. اگر چه بیماری بیشتر در حیوانات وجود دارد ولی موارد انسانی آن نیز به صورت اپیدمیک و اسپورادیک دیده می‌شود. بیماری برای نخستین بار در شبه جزیره کریمه در ۱۹۴۴ معرفی شد. در سال ۱۹۵۶ بیماری مشابهی در کشور کنگو دیده شد که با جدا کردن ویروس و الحاق این دو بیماری را تب هموراژیک کریمه - کنگو نامیدند. در طول سال ۲۰۰۱ موارد بیماری از کوزوو، ایران، آلبانی و پاکستان گزارش شده است. ناقل بیماری کنه به خصوص از نوع HYALOMMA است. مخزن ویروس در طبیعت جوندگان، شتر مرغ، پرندگان و کنه هیالوما است. حیوانات اهلی مانند گاو و گوسفند و بز از طریق نیش کنه آلوده می‌شوند. آلودگی انسان به دنبال گزش کنه، تماس با خون و بافت‌های آلوده احشام و یا در اثر تماس با خون و ترشحات آلوده انسان مبتلا اتفاق می‌افتد. دوره کمون بیماری بین ۱ تا ۱۳ روز است که به دنبال آن تب ناگهانی، سردرد شدید، درد عضلات، بی‌اشتهایی و تهوع و استفراغ و سپس تظاهرات هموراژیک به صورت پتشی، پورپورا و خونریزی در ارگانهای مختلف تظاهر می‌کند. مورتالیتی بیماری حدود ۳۰٪ است. تشخیص بیماری بر اساس جستجوی آنتی بادی‌های اختصاصی IgM و IgG با روش الیزا و یا جدا کردن ویروس با روش PCR است. این آنتی بادی‌ها در اواخر هفته اول مثبت شده و IgM تا ۴ ماه و IgG ممکن است تا ۵ سال باقی بماند.

درمان بیماری شامل درمان‌های نگهدارنده و داروی ضد ویروس ریباورین می‌باشد (۱). در ایران برای اولین بار شوماکوف و همکاران در سال ۱۹۷۰ حضور CCHF در ایران را ثابت کرده و آنتی‌بادی ویروس را در سرم ۴۵ گوسفند که از تهران به مسکو فرستاده شده بود شناسایی کردند (۲). سعیدی و همکاران در سال ۱۹۷۵ آنتی‌بادی بر علیه ویروس را در ۴۸ نفر از ۳۵۱ نفر (۱۳٪) در نقاط دریای خزر و آذربایجان شرقی جدا کردند (۳). بررسی حاضر شامل ۱۸ مورد بیماری است که در اپیدمی بهار و تابستان ۱۳۸۰ در استان اصفهان دیده شد.

### گزارش موارد

در این اپیدمی از فروردین لغایت مهر ۱۳۸۰ حدود ۳۰ بیمار با تشخیص

۱ - گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان، اصفهان.

جدول ۱. فراوانی یافته‌های آزمایشگاهی و بالینی در ۱۸ بیمار مبتلا به تب کریمه - کنگو در استان اصفهان ۱۳۸۰

یافته‌ها	فراوانی
● یافته‌های آزمایشگاهی	
افزایش CPK	۱۱
کاهش هموگلوبین	۶
افزایش BUN/Cr	۲
اختلال PT و PTT	۳
لکوسیتوز	۳
لکوپنی	۸
پلاکت کمتر از ۱۰۰,۰۰۰	۱۸
پروتئین‌اوری	۴
افزایش ALT و AST	۱۲
● یافته‌های بالینی و شکایات بیماران	
ضعف و بیحالی	۱۲
درد عضلات	۱۵
تب	۱۸
پنتشی و پورپورا	۶
اکیموز	۴
خونریزی از عضو	۱۲
ایکتور	۲

تماس با گوشت و سایر بافتهای آلوده دام ذبح شده در شرایط غیر بهداشتی وجود دارد که از یک طرف بیانگر اهمیت رعایت استانداردهای بهداشتی در موقع ذبح و کشتار دام بوده و از طرف دیگر نشان دهنده راه اصلی انتقال در جریان اپیدمی اخیر می‌باشد. در یک مورد انتقال در بیمارستان صورت گرفته

که دستیار بیماری‌های داخلی اقدام به تهیه اسمیر خون محیطی (بدون استفاده از دستکش) برای بررسی علت ترومبوسیتوپنی در اولین بیمار مبتلا به CCHF (قبل از تشخیص) کرده بود. انتقال در بین کارکنان پزشکی در سایر مطالعات نیز گزارش شده است (۵).

در یک مورد نیز راه انتقال مشخص نشد. در یک مورد نیز گزش توسط کتبه وجود داشت. کتبه نیز در بدن بیمار مشاهده گردید. طول متوسط دوره قبل از هموراژی حدود ۵ روز بود که با مطالعه‌ای که Swanepole و همکاران انجام داده‌اند مطابقت دارد (۶).

در تمام بیماران اولین نمونه سرم که در اواخر هفته اول با روش الیزا تست شده بود همگی از نظر IgM مثبت بودند و IgG در نمونه‌های سرمی که از هفته دوم به بعد گرفته شدند مثبت شد که تا حدود زیادی با مطالعه دیگری که در این مورد شده مطابقت دارد (۷).

در برخی از بیماران به دلیل پائین بودن سطح هوشیاری برای مصرف ریباورین ناچار به استفاده از لوله معده بودیم که با توجه به ترومبوسیتوپنی و تمایل به خونریزی در این بیماران به نظر می‌رسد که فرم تزریقی ریباورین بر فرم خوراکی آن ارجحیت دارد. با توجه به وجود بیماری در کشور و بروز موارد انسانی آن در چند سال گذشته پیشنهاد می‌شود.

### قدردانی و تشکر

از کلیه همکاران و کارکنان بخش بیماری‌های عفونی، مدیریت بیمارستان الزهرا، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری اصفهان و آقای دکتر چینی کار در آزمایشگاه آریو ویروس انستیتو پاستور ایران که در جریان اپیدمی نهایت همکاری را داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

### مراجع

- 1- WHO information. CRIMEAN-CONGO HAEMORRHAGIC FEVER. Fact Sheet No 208 Revised November 200. available from: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact208.html>
- 2- اداره مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان. دستورالعمل مراقبت بیماری تب خونریزی دهنده کریمه - کنگو. مرکز مدیریت بیماری‌ها، معاونت سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۰.
- 3- Saidi S, Casala J, Faghihi MA. Crimean hemorrhagic fever Congo (CHF-C) virus antibodies in man and in domestic and small mammals in Iran. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1975; (24)2: 353-357.
- 4- Chapman LE, Wilson ML, Hall DB, Legueno B, Dykstra EA, Fisher hoch SP. Risk factors for Crimean-Congo hemorrhagic fever In Ruralnorthern Senegal Division of viral and rickettsial disease, CDC, Atlanta GA 30333. *J Infect Dis* 1991; 164(4): 686-92.
- 5- Fisher Hoch SP, Khan JA, Rehman S, Mirsa S, Khurshid M, McCormic JB. Crimean congo hemorrhagic fever treated with oral Ribaverin. Department of pathology, Agha Khan university, karaschi, Sindh, Pakistan. *The Lancet* 1995; 346(8973): 472-5.
- 6- Swanpole R, Gill DE, Shepered AJ, Leman PA, Mynhardt JH, Harvey S. The clinical pathology of Crimean Congo Hemorrhagic fever Department of virology, university of the Witwater- Srand, Republic of south Africa. *Rev Infect Dis* 1989; 11 (suppl 4): S794-800.
- 7- Shepered AJ, Swanepole R. Leman PA. Antibody response in Crimean - Congo hemorrhagi Fever Department of virology, university of the Witwater- Srand Republic of South Africa. *Rev Intect Dis* 1989; 11 (Suppl 4): S801-6.