

معرفی یک مورد بیمار مبتلا به هاری *

دکتر بهزاد محسن پور^۱، دکتر کتایون حاجی باقری^۲

چکیده

بیماری هاری نوعی آنسفالیت است که بوسیله ویروس هاری ایجاد می‌گردد. ورود ویروس به بدن انسان اغلب از طریق گاز گرفتگی بوسیله حیوانات صورت می‌گیرد. بیماری بصورت آندمیک در منطقه کردستان وجود دارد ولی در چند سال اخیر مورد اثبات شده‌ای گزارش نگردیده بود. بیمار مورد نظر نوجوان ۱۴ ساله‌ای بود که با علائم غیر معمول شامل تب و گلو درد و علائم شبیه اپیگلوتیت مراجعه کرده و در آزمایشهای روتین بیمار یافته اختصاصی وجود نداشت. تظاهرات غیر معمول بیمار سبب شد که با تشخیص اولیه اپیگلوتیت تحت درمان قرار گیرد. موارد دیگری از بیماری بصورت درد و پارستزی اندام، دیسفاژی، درد قفسه سینه، پارستزی اندام، علائم سایکولوژیک و هموپتزی گزارش گردیده ولی موردی که با اپیگلوتیت اشتباه گردد گزارش نشده است. بیمار تحت درمان با سرم ضد هاری و واکسن هاری و آنتی‌بیوتیک قرار گرفت که متأسفانه درمان غیر مؤثر بود و بیمار فوت کرد. بیماری هاری ممکن است با چهره‌ای غیر معمول تظاهر پیدا کند. پیشگیری از آن با تزریق واکسن و سرم ضد هاری بصورت اولیه بهترین روش پیشگیری می‌باشد و ضروری است که تمام موارد گاز گرفتگی به دقت بررسی شده و پروفیلاکسی صحیح صورت گیرد.

▪ **واژه‌های کلیدی:** هاری، کردستان، اپیگلوتیت، آنسفالیت

* تاریخ وصول مقاله: ۸۲/۹/۱۶ - تاریخ پذیرش مقاله ۸۴/۴/۱

۱- متخصص بیماریهای عفونی، بیمارستان توحید سنندج، (مؤلف مسؤول)

۲- استادیار گروه بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

مقدمه

هاری از بیماریهای آندمیک منطقه ایران با نتیجه‌ای غالباً مرگبار است.

موارد غیر معمول از بیماری به اشکال مختلف گزارش شده که سبب گمراهی در تشخیص می‌گردد. مواردی بصورت درد قفسه سینه، پارستزی، درد اندام و علائم سایکولوژیک گزارش گردیده است (۱، ۲، ۳).

انجام پروفیلاکسی مناسب با ایمونوگلوبولین ضد هاری؛ تجویز پنج نوبت واکسن و شستشوی مناسب زخم در ساعاتی اولیه سبب پیشگیری حدود ۱۰۰٪ می‌شود. برای تشخیص بیماری هاری بایستی به فکر این تشخیص بود و در مورد گزش احتمالی سؤال نمود. بیمار فوق نیز در ابتدا با تشخیص اپیگلویت تحت درمان بوده است.

در طی ۶ سال اخیر مورد اثبات شده‌ای از هاری در استان کردستان گزارش نشده و این اولین گزارش اثبات شده هاری در چند سال اخیر در منطقه می‌باشد.

معرفی مورد

بیمار نوجوان ۱۴ ساله‌ای بود که از یک روستای اطراف قروه کردستان مراجعه نموده بود.

بیمار از یک هفته قبل از مراجعه دچار تب خفیف؛ گلو درد و کسالت شده و بتدریج حال عمومی بیمار رو به وخامت رفته و دچار تشدید حملات تنگی نفس و اختلال در جهت‌یابی و هوشیاری شده بود. بیمار روز قبل از بستری دچار حملات شدید تنگی نفس بصورت حمله‌ای و تب خفیف شده و به بیمارستانی در شهرستان قروه مراجعه کرده بود. در مرکز فوق با تشخیص اپیگلویت تحت درمان با آنتی‌بیوتیک قرار گرفته بود. روز بعد حال عمومی بیمار بدتر و حملات تنگی نفس بیمار تشدید شده و اقدامات حمایتی تأثیری در بهبودی حال بیمار نداشت.

بیمار جهت انجام تراکتوستومی به بیمارستان توحید سندیج ارجاع شده و در اتاق عمل بوسیله جراح گوش؛ حلق و بینی تحت معاینه حلق و حنجره قرار می‌گیرد و طبق نظر ایشان بیمار نیاز به انجام تراکتوستومی نداشته و برای بیمار مشاوره داخلی درخواست می‌گردد. طبق نظر همکاران داخلی برای بیمار سفتریاکسون تجویز شده و مشاوره عفونی درخواست می‌گردد.

در تاریخچه‌ای که از همراهان بیمار گرفته شد، مشخص گردید که سگی بیمار را حدود ۴۰ روز قبل گاز گرفته بود. محل گاز گرفتگی، پای بیمار و قسمتی از ناحیه فلانک چپ بیمار بود که مختصری از اسکار زخم رؤیت شد. زخمها متعدد بود ولی به دلیل گذشت زمان عمق آن قابل قضاوت نبود. علت عدم مراجعه بیمار عدم آگاهی از بیماری هاری و ضرورت انجام اقدامات پیشگیرانه در این خصوص بود.

در معاینه، بیمار بیقرار و آزرته بود و در حالت خوابیده قرار داشت. مکرراً دچار حمله دیسترس تنفسی می‌شد که حملات حدود ۱۵-۱۰ ثانیه طول می‌کشید و با آبریزش از دهان همراه بود. گاهی سخنان نامربوط بر زبان می‌راند ولی جملات و کلمات درست ادا می‌شد. سیانوتیک نبود و حالت خاصی به خود نگرفته بود. علایم حیاتی بیمار: عبارت بودند از:

T=37.2 ؛ RR=30 ؛ PR=110 ؛ BP=120/80

برای بیمار مشاوره نورولوژی درخواست شد. آنبه مغزی قابل طرح دانسته شد و سی‌تی‌اسکن مغز درخواست گردید؛ ولی بدلیل بیقراری شدید بیمار قابل انجام نبود. توجه به شرح حال و علایم بیمار برای وی تشخیص هاری مطرح گردید و تتابولین؛ ایمونوگلوبولین ضد هاری؛ سفتریاکسون، مترونیدازول، آسیکلوویر (باتوجه به این که بیمار علایم آنسفالیت داشت و تشخیص هاری مسجل نشده بود) بصورت وریدی شروع شد. بیمار به بخش مراقبتهای ویژه منتقل گردید و در آنجا دچار ایست قلبی و تنفسی شده و فوت نمود. پس از فوت

با توجه به موارد فراوان گزش بنظر می‌رسد که موارد دیگری از هاری وجود داشته ولی تشخیص داده نشده است؛ همانطور که بیمار معرفی شده در ابتدا با تشخیص اپیگلوتیت تحت درمان بوده است. لذا طرح این مورد جهت افزایش هوشیاری همکاران برای تشخیص بیماران مشابه می‌باشد.

عامل بیماری هاری ویروسی جزو خانواده رابوویریده ها می باشد و RNA virus است. ویروس پس از ورود به بدن از طریق اعصاب محیطی به سیستم عصبی مرکزی می‌رسد. در بررسی پاتولوژیک مغز بیماران آنکلوزیون های سیتوپلاسمیک ائوزینوفیلی دیده می شود که به آن اجسام نگری می گویند (۶).

ویروس از طریق گاز گرفتگی بوسیله سگ؛ روباه؛ گرگ؛ هامستر؛ احشام؛ خفاش و بعضی دیگر از حیوانات قابل انتقال است. انتقال از طریق پوست آسیب دیده؛ مخاطات و همچنین از طریق ویروسهای آئروسولیزه شده نیز صورت می گیرد. دوره نهفته از چند روز تا ۱۹ سال متغیر است ولی علایم ۷۵٪ موارد در ۹۰ روز اول پس از گزش شروع می‌شود. علایم اولیه شامل تب؛ سردرد؛ گرفتاری دستگاه تنفسی فوقانی و علایم گوارشی می‌باشد که اکثراً حدود ۴ روز طول می‌کشد ولی گاهی به ۱۰ روز نیز می‌رسد. مرگ معمولاً ظرف ۱۸ روز پس از بروز علایم اتفاق می‌افتد. بیماری به دو فرم تظاهر می‌نماید: ۱- furious - ۲- paralytic

۱- فرم furious: با هیدروفوبیا؛ حملات هیپر اکتیویته؛ تشنج؛ آئروفوبیا؛ هیپر ونتیلاسیون و نهایتاً کوما تظاهر پیدا می‌کند. آریتمی قلبی؛ تاکیکاردی؛ برادی کاردی و میوکاردیته؛ دیلاتاسیون مردمک؛ آنیزوکوریا؛ افزایش بزاق؛ تعریق؛ پریاپیسم و انزال خودبخودی از دیگر علایم این فرم بیمار است.

۲- paralytic: در این فرم معمولاً هیدروفوبیا؛ آئروفوبیا؛ تشنج و هیپراکتیویته وجود ندارد و بیمار با

بیمار و احتمال تشخیص هاری توسط همکاران پزشکی قانونی برای بیمار نکرپسی از مغز انجام شد و نمونه به انستیتو پاستور تهران ارسال گردید و با رؤیت اجسام نگری تشخیص هاری تایید شد.

بحث

بیمار مورد نظر با علائم هاری furious مراجعه کرده که نوع شایع بیماری می‌باشد و در گزارشهای متعدد ثبت گردیده است. تظاهر اصلی به بیماری هاری بصورت دیس پنه می‌باشد، تظاهرات دیگر شامل پارستزی اندام (۲)، هموپتزی (۱)، درد اندام و پارستزی (۳)، در سایر گزارشها مطرح گردیده بود و فقط یک مورد بیمار ۴۰ ساله که با تنگی نفس و درد قفسه‌سینه مراجعه کرده که از نظر نوع تظاهرات شبیه بیمار ما بود. سن بیمار ما ۱۴ سال بود و در مطالعات مختلف سنین مختلف گزارش گردیده و اکثراً در افراد غیر مسن بروز می‌نماید (۷). دوره نهفته بیماری کاملاً متفاوت بوده و حتی موردی پس از نزدیک به ۲ دهه گزارش شده است (۶). موارد اثبات شده هاری در استان ظرف ۶ سال اخیر دو مورد بوده است.

آمار گزش و هاری در استان به شرح ذیل است: در سال ۸۳ در کشور در مجموع ۱۰ مورد بیماری هاری گزارش گردید که یک مورد آن مربوط به استان کردستان بوده؛ یعنی همین مورد معرفی شده است. میزان موارد هاری اثبات شده در کشور در سال ۱۳۸۰ دو مورد- در سال ۱۳۸۱ هفت مورد و در سال ۱۳۸۲ ده مورد بوده است که روند رو به رشدی را نشان می‌دهد.

در استان کردستان از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۴ سالیانه به ترتیب ۴۳۷-۶۸۸-۷۴۷-۷۵۰-۹۲۰-۱۰۵۰-۱۱۰۵-۱۱۵۲-۱۱۳۶-۱۳۴۰ مورد گزش وجود داشته است و فقط در سالهای ۸۲ و ۸۳ هر کدام یک مورد هاری اثبات شده وجود داشته است (۸).

References:

1. Fook AR. Et all. Isolation of aeuropean lyssavirus type 2a from a fatal human case of rabies. J. Med. virol.2003 oct; 71(2): 281-9.
2. No auther listed .human rabies-quebec Canada. MMWR. Morb. Mortal. Wkly. rep 2000 dec 15;49(49): 1115-6.
3. Hojer.J et all.; The first case of rabies in 26 years man; Lakartidningen '2001' Mar '14;98(11):1216-20.
4. Schrijver HM et all. A patient with rabies in the netherlands. Ned Tijdschr ' genesed ' 1997 Mar 1;141(9) :439-9.
5. Guinto G et all. A case of rabies encephalitis with long survival. GA-Med Mex '1995 Mar-apr; 131(2):223-8.
6. Thomas p. Bleck, rabies virus. Mandell, douglas & Benet, principle & practice of infectious disease. Fifth edition. chuchill living stone. 2000.1811-1823.
7. M.J.Warrell, rabies; Gordon c cook & Alimuddin Zumla, Mansons Tropical disease; Twenty-first edition; W. b Saunders; 2003; 807-821
8. گزارش وضعیت موارد حیوان گزیدگی در استان کردستان در سال ۱۳۸۳ - گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای استان کردستان

فلج نزولی؛ ضعف؛ علایم منته و حس نرمال تظاهر می نماید (۶؛۷).

تشخیص:

مایع مغزی - نخاعی اکثراً نرمال گزارش می شود ولی ممکن است افزایش مختصر پروتئین و سلولهای مونونوکلر دیده شود. بیوپسی از پوست پشت گردن؛ مغز و قرنیه و direct fluorecent antibody تشخیص را قطعی می کند (۶).

درمان:

در مرحله تظاهر بیماری هنوز درمان مناسبی وجود ندارد و بیشتر اقدامات حمایتی برای این بیماران صورت می گیرد و تقریباً تمام بیماران مبتلا پس از بروز علایم ظرف چند روز فوت می نمایند.

پیشگیری:

پیشگیری به دو صورت قبل از تماس و بعد از تماس صورت می گیرد.

الف - پیشگیری قبل از تماس: در افرادی که در معرض خطر هستند صورت می گیرد و سه دوز واکسن بصورت نوبتهای 0-7-21 انجام می گیرد.

ب - پیشگیری پس از تماس: بوسیله تلقیح پنج نوبت واکسن در نوبتهای 0-3-7-14-28 انجام می شود و علاوه بر آن ایمونوگلوبولین ضد هاری با دوز ۲۰ واحد به ازای هر کیلوگرم وزن ترجیحاً در محل گزش باید صورت گیرد و قبل از اقدامات فوق باید محل زخم با آب و صابون و مواد ضد عفونی کننده بخوبی شسته شده و زخم بصورت اولیه بخیه زده نشود.

مراقبت کنندگان از بیمار علاوه بر standard percuton & respiratory percuton بایستی واکسن در سه نوبت بصورت پروفیلاکسی دریافت نمایند (۶؛۷).