

تب زرد

گزارش دهی:

■ فوری

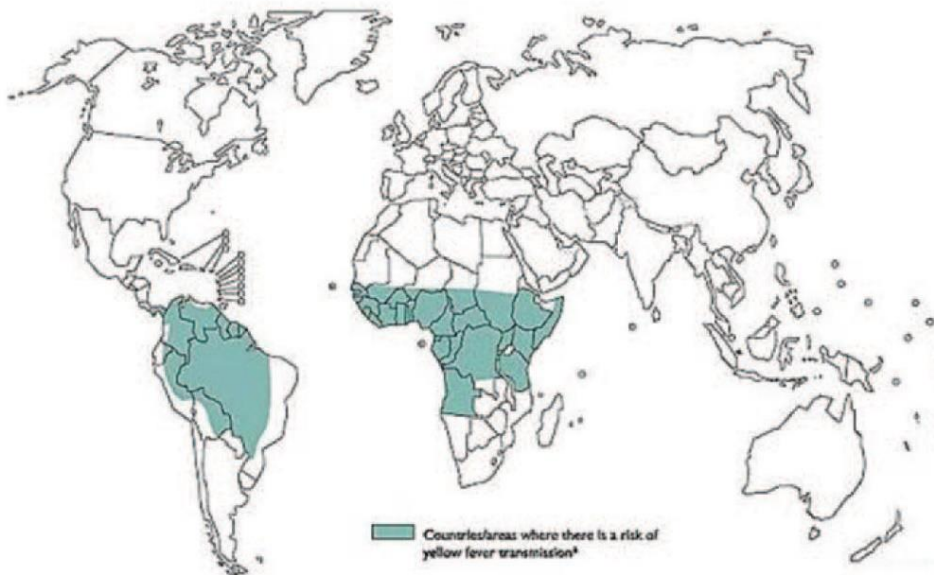
□ غیرفوری ماهانه

معرفی بیماری

تب زرد یک بیماری خونریزی دهنده ویروسی حاد است که به وسیله پشه آلوده منتقل می شود. علت آن که به این بیماری تب زرد اطلاق می شود به واسطه زردی است که در بعضی بیماران مشاهده می شود. تا ۵۰٪ بیماران مبتلا به نوع شدید بدون درمان فوت می کنند. حدس زده می شود ۲۰۰۰۰۰ مورد تب زرد سالانه اتفاق می افتد که موجب ۳۰۰۰۰ مرگ می گردد. ویروس تب زرد در مناطق گرمسیری آفریقا و آمریکای لاتین با حدود ۹۰۰ میلیون نفر جمعیت بومی است.

تعداد موارد تب زرد در طی دو دهه اخیر به دلیل کاهش سطح ایمنی جامعه، جنگل زدایی، شهرنشینی، جابجایی جمعیت و تغییرات آب و هوایی، افزایش یافته است. درمان قطعی برای تب زرد وجود ندارد و درمان علامتی با هدف کاهش علائم برای راحتی بیمار تجویز می گردد.

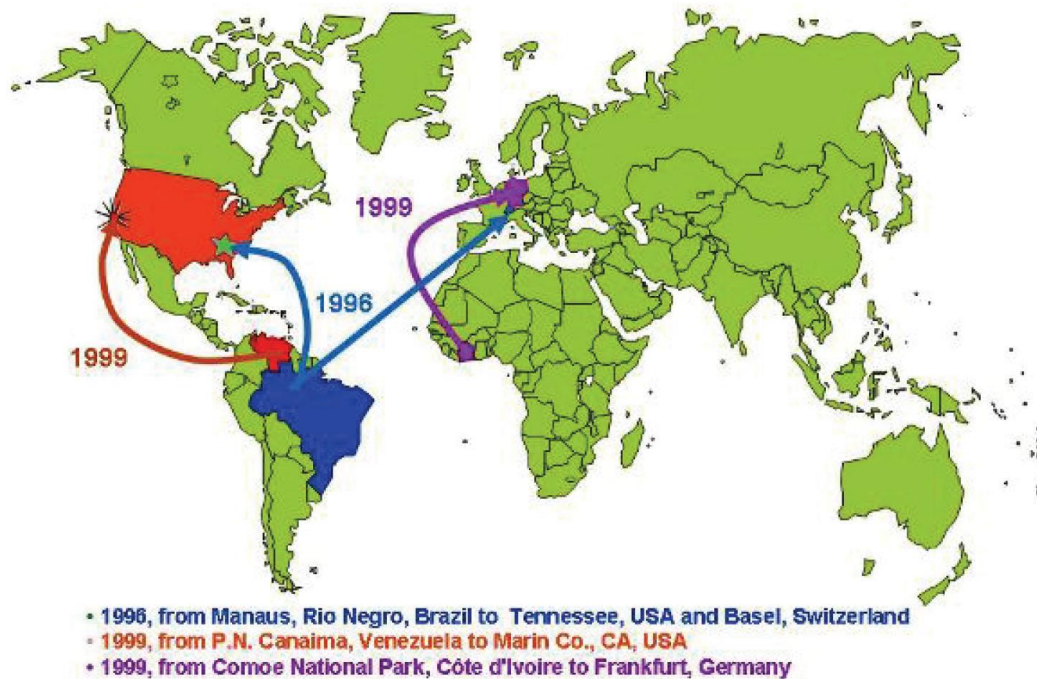
واکسیناسیون مهمترین اقدام پیشگیری بر علیه تب زرد است. واکسن مطمئن و بسیار موثر است و موجب حفاظت افراد برای ۳۰ تا ۳۵ سال یا بیشتر می گردد و موجب حفاظت در طی یک هفته پس از تزریق در ۹۵٪ افراد واکسینه شده می شود.



شکل ۳: مناطقی که موارد تب زرد گزارش شده و یا دارای ناقل و مخازن حیوانی بوده و دارای خطر انتقال بیماری تب زرد به سایر نواحی هستند.

نقشه زیر گویای انتقال موارد ابتلای به بیماری از کشورهای آلوده به کشورهای است که موردی از بیماری به صورت محلی در آنجا وجود نداشته است.

شکل ۴: موارد وارده تب زرد جنگلی



۱۹۹۶، از بوزیل به آمریکا و سوئیس.

۱۹۹۹، از ونزولا به کالیفرنیا آمریکا.

۱۹۹۹، از پارک ملی کامو در آفریقا به فرانکفورت آلمان.

علائم بیماری

دوره کمون بیماری ۳-۶ روز است. بیماری دارای دو فاز است. فاز اول که ویروس وارد سلول‌های میزبان می‌شود و با تب، درد عضلانی، سردرد، درد شکم و استفراغ همراه است. اغلب بیماران در طی ۳ تا ۴ روز بهبود می‌یابند؛ ولی ۱۵٪ بیماران بعد از دوره کوتاه مدت بهبودی که ممکن است چند ساعت تا یک روز باشد، وارد مرحله توکسیک می‌شوند. در این فاز سیستم ایمنی بدن فعال می‌شود و افزایش آنتی‌بادی‌ها باعث آسیب عروق و خونریزی می‌گردد. علائم با تب بالا برگشت پیدا می‌کند و اعضای مختلف درگیر می‌شوند. بیمار به سرعت زرد شده و دچار دل درد و استفراغ می‌شود. خونریزی از دهان، بینی، چشم و معده ممکن است اتفاق افتد. موارد شدید با زردی، کاهش فعالیت کلیه‌ها، خونریزی و شوک همراه است. آنسفالوپاتی از علائمی است که ممکن است مشاهده شود. درگیری کبد با زردی همراه است و به همین علت به این بیماری تب زرد گفته می‌شود. نیمی از بیماران که وارد مرحله توکسیک می‌شوند در طی ۱۰ تا ۱۴ روز فوت می‌کنند. به نظر نمی‌رسد انتقال مستقیم فرد به فرد دارای اهمیت باشد. اگر چه رعایت نکات بهداشتی در تماس با خون و ترشحات بیمار ضروری است. افرادی که به بیماری مبتلا می‌شوند، در برابر ابتلای مجدد ایمن هستند.

تشخیص

تب زرد را به خصوص در مراحل اولیه بیماری به سختی می توان تشخیص داد و با مالاریای شدید، تب خونریزی دهنده دنگ، لپتوسپیروز، هپاتیت ویروسی (به خصوص انواع برق آسای هپاتیت B و D)، سایر تب های خونریزی دهنده (بولویایی، آرژانتینی، ونزوئلایی و سایر فلاوی ویروس ها مانند تب west Nile، ویروس zika و غیره) و سایر بیماری ها، همچنین مسمومیت ها، اشتباه می شود. در آزمایش خون آنتی بادی تولید شده در پاسخ به عفونت قابل تشخیص است. بعد از مرگ روش های دیگر شناسایی ویروس در خون یا کبد وجود دارد.

عامل بیماری از گونه فلاوی ویروس می باشد که به وسیله پشه های آئدس یا همو کو کوس منتقل می شود.

انتقال ویروس از سه طریق زیر صورت می گیرد:

- ۱- تب زرد جنگلی در مناطق پر باران گرمسیری، بیماری میمون ها است و چرخه انتقال میمون- پشه- میمون است و مردان جوان که در جنگل کار می کنند مبتلا می شوند.
- ۲- تب زرد بینایی در مناطق صحرایی و نیمه صحرایی آفریقا، پشه انسان و میمون ها را می گزد و موجب انتقال بیماری در بین آن ها در روستاهای این مناطق می شود این شایع ترین شکل طغیان بیماری در آفریقا است.
- ۳- تب زرد شهری، وقتی افراد آلوده وارد مناطق شلوغ شهر شوند، موجب بروز اپیدمی در این مناطق می شوند و پشه های آلوده بیماری را از انسان به انسان منتقل می کنند.

تعاریف

مورد مشکوک: وجود سابقه مسافرت به مناطق بومی بیماری و شروع ناگهانی تب و به دنبال آن یرقان که در طی دو هفته پس از شروع علائم ظاهر می شود و دارای یکی از علائم خونریزی از بینی، لته، پوست یا دستگاه گوارش و یا مرگ در طی سه هفته از شروع بیماری است.

مورد قطعی: مورد مشکوک همراه با یافته های آزمایشگاهی تأیید شده زیر یا همزمان با سایر موارد تأیید شده در طی طغیان بیماری:

- جدا کردن ویروس تب زرد.
- وجود آنتی بادی اختصاصی IgM تب زرد.
- افزایش چهار برابر یا بیشتر سطح سرمی IgG در طی مرحله حاد و نقاهت.
- وجود یافته های پاتولوژی اختصاصی در نمونه های بافتی بعد از مرگ.
- جدا کردن آنتی ژن تب زرد در بافت به وسیله ایمینوهیستوکیستمتری.
- جدا کردن قطعات ژنوم RNA ویروس تب زرد از خون یا بافت به وسیله PCR.

اقدامات مورد نیاز

اقدامات توصیه شده برای موارد مشکوک به بیماری

- ارجاع فوری بیمار به مراکز تخصصی.

- گزارش فوری به مرکز بهداشت.
- رعایت احتیاط در تماس با خون و ترشحات بدن.
- استفاده از حشره کش و پشه بند تا ۵ روز بعد از شروع علائم برای بیمار.

اقدامات برای اطرافیان

- واکسیناسیون اطرافیان بیمار در صورتی که واکسینه نشده‌اند.
- خانه بیمار و همه خانه‌های مجاور با حشره کش موثر سم‌پاشی شوند.
- بررسی موارد تماس با بیمار در ۶ روز قبل از شروع علائم.

سایر اقدامات

- ایمن‌سازی: ایمن‌سازی بر علیه بیماری تب زرد برای کسانی که در مناطق بومی بیماری زندگی و یا به آن مناطق سفر می‌کنند، هم‌چنین برای افرادی که در کشورهای بومی بیماری زندگی می‌کنند و قصد سفر به کشور غیربومی بیماری را دارند ضروری است. واکسن بایستی ۱۰ روز قبل از سفر تزریق گردد.
- واکسن ویروس زنده ضعیف شده است. 5°C ، عضلانی و بدون توجه به سن تزریق می‌شود. در صد پاسخ گویی به واکسن ۹۹٪ است. حداقل سن واکسیناسیون شش ماهگی است. نوزادانی که از مادران ایمن متولد می‌شوند تا ۶ ماهگی ایمنی غیرفعال و گذرا خواهند داشت. این واکسن را با سایر واکسن‌های ویروسی زنده می‌توان تزریق کرد. در سه ماهه اول حاملگی منع مصرف دارد. در بیماران HIV+ بدون علامت هم می‌توان واکسن را تزریق نمود.

منابع

۱. تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو (CCHF) و سایر تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی (VHF). دکتر محمدرضا شیرزادی. انتشارات کمال‌الملک: چاپ دوم ۱۳۸۴.
2. Principles and practice of infectious diseases. Mandell, Douglas and Bennette. 7th edition. 2010.
3. James Chin.MD_MPH. Control Of Communicable Diseases Manual. 17th Edition 2000.
4. www.traveldoctor.co.uk/images/yelafric.jpg.
5. <http://www.traveldoctor.co.uk/yellowfever.htm6->
6. WHO. Yellow fever Fact Sheet N. 100, Jan 2011.