

---

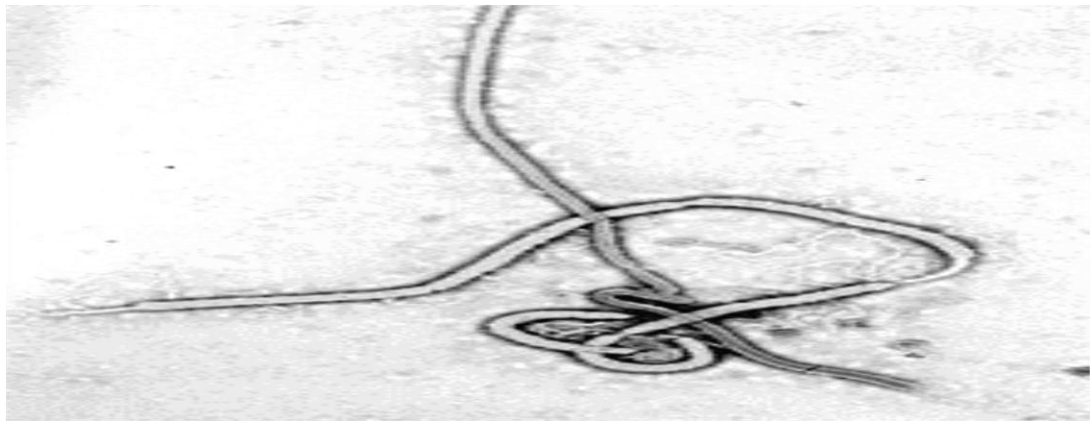
# بیماری ابولا

(تب خون ریزی دهنده ابولا)

---

بیماری ویروسی ابولا (EVD)، که قبلاً به عنوان تب خونریزی دهنده ابولا شناخته شده است؛ یک بیماری ویروسی با درجه ی کشندگی شدید در انسان است. میزان کشندگی این بیماری تا ۹۰٪ نیز می رسد. این بیماری برای اولین بار در روستاهای مرکز و غرب آفریقا، در نزدیکی جنگلهای انبوه مناطق گرمسیری رخ داده است. ابولا، یک بیماری زئونوز بوده و از حیوانات به انسان سرایت می کند.

همه گیری در یک روستا در نزدیکی رودخانه ابولارخ داد؛ به همین علت بیماری به نام ابولا نام گذاری شد.



## اتیولوژی:

ویروس ابولا دارای چهار ساب تیپ است که به راحتی از هم شناخته می شوند و بر اساس محل شناسایی اولیه نامگذاری شده اند (زئیر، سودان، رستون و cote d'Ivoire). به جز ویروس رستون، سایر ساب تیپ ها ویروس های آفریقایی هستند که باعث بیماری شدید و کشنده در انسان می شوند. ذره ویروسی تیپیک فیلوویریده ها حاوی یک RNA تک رشته ای، خطی و رشته-منفی است که در یک نوکلئوکسپسید مار پیچ قرار گرفته است. پوشش لیپیدی آن باعث حساسیت ویروس به محلول های لیپیدی و پاک کننده های معمولی می شود. ویروس توسط گرما (۶۰ درجه سانتی گراد برای ۳۰ دقیقه) و اسیددیده تخریب می شود. ولی در خون در دمای اتاق ممکن است تا چند هفته زنده بماند.



در سال ۱۹۷۶ در ابتدا ویروس ابولا همزمان با اپیدمی هایی از تب خونریزی دهنده شدید (۵۵۰ مورد انسانی) در زئیر و سودان مشخص شد. و پس از یک فاصله زمانی تقریباً ۲۰ ساله عدم فعالیت ویروس ابولا در سال ۱۹۹۵ منجر به اپیدمی بزرگی در جمهوری دموکراتیک کونگو (۳۱۷ مورد) و اپیدمی های کوچک تری در گابن در سال های ۱۹۹۶-۱۹۹۴ شد. از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۳ چند بار ویروس ابولا باعث ایجاد وضعیت اورژانس در کشور گابن شد.

## راه انتقال:

انتقال ابولا از حیوانات به جمعیت انسانی از طریق تماس نزدیک با خون، ترشحات بدن، ارگان و یا سایر مایعات بدن حیوانات صورت می گیرد. در آفریقا، انتقال عفونت از طریق دست زدن به شامپانزه آلوده، گوریل، خفاش میوه خوار، میمون، بز کوهی و خارپشت به انسان نیز گزارش شده است. ابولا از انسان به انسان به روش تماس مستقیم (از طریق پوست زخمی یا غشای مخاطی) با خون، ترشحات ارگان های داخلی و یا سایر مایعات بدن افراد آلوده و در تماس مستقیم با محیط آلوده به این مایعات و نیز از طریق ذرات مخاطی هنگام سرفه یا عطسه، انتقال می یابد.

همچنین انتقال بیماری در مراسم کفن و دفن - که در آن تعدادی از عزاداران یا کسانی که کار شستشوی اجساد را انجام می دهند تماس مستقیم با بدن آلوده متوفی دارند - دیده شده است. مردانی که از این بیماری بهبود یافته اند، این ویروس را از طریق مایع منی خود تا ۷ هفته بعد منتقل می کنند.

## تظاهرات بالینی:

بعد از یک دوره کمون ۷ تا ۱۰ روز (میانگین ۳ تا ۱۶ روز) می باشد. بیمار به طور ناگهانی دچار تب، سردرد شدید، احساس کسالت، میالژی، تهوع و استفراغ می شود. تب ادامه می یابد و اسهال (اغلب شدید)، درد سینه (همراه با سرفه)، بد حالی و کاهش فعالیت ذهنی ایجاد می شود. در بیماران دارای پوست روشن (و کمتر در سیاه پوستان) در حدود ۵ تا ۷ روز بعد راش ماکولو پاپولار ظاهر می شود و متعاقباً پوسته پوسته می شود. خونریزی ممکن است در همین زمان ظاهر گردد. خونریزی می تواند در هر سطح مخاطی و پوستی دیده شود. در برخی از اپیدمی ها، کمتر از نیمی از بیماران دچار خونریزی آشکار می

شوند و حتی در موارد کشنده نیز ممکن است خونریزی آشکار نداشته باشند. سایر یافته ها عبارتند از: ادم صورت، گردن و یا اسکروتوم، هپاتومگالی، گرگرفتگی، احتقان ملتحمه و فارنژیت. حدود ۱۰ تا ۲۰ روز پس از شروع بیماری ممکن است تب پایدار قطع گردد و بیمار بهتر شود و متعاقبا بهبود یابد. بازگشت تب می تواند ناشی از عفونت های ثانویه باکتریائی یا باقی ماندن ویروس در مناطق موضعی باشد. هپاتیت دیررس، یووئیت و ارکیت گزارش شده است.

## **یافته های آزمایشگاهی:**

لوکوپنی در شروع بیماری شایع است. متعاقبا نوتروفیلی ممکن است ایجاد شود. شمارش پلاکت به زیر ۵۰۰۰۰ و گاهی بسیار کمتر می رسد. ممکن است نشانه های آزمایشگاهی (DIC) دیده شود ولی اهمیت بالینی و نیاز به درمان آن مورد مناقشه است. سطح سرمی آلانین واسپاراتات آمینوترانسفراز (به خصوص دومی) به طور پیشرونده افزایش مییابد و برخی از بیماران دچار زردی می شوند. سطح سرمی آمیلاز ممکن است بالا رود و بادر شکم همراه باشد و مطرح کننده پانکراتیت شود. پروتئوری شایع است و کاهش کارکرد کلیه با شوک ایجاد شده متناسب است.

## **تشخیص پاراکلینیک:**

ابتلا به عفونت ویروس ابولا را می توان در آزمایشگاه از طریق انواع مختلفی از تست ها مانند موارد زیر تشخیص داد:

\* Antibody-capture Enzyme – linked immunosorbent Assay (ELISA)

\* تست های تشخیص آنتی ژن Antigen Detection Tests

\* آزمون خنثی سازی سرم Serum Neutralization

\* RT-PCR

\* میکروسکوپ الکترونی

\* کشت ویروس

تذکر مهم: نمونه های تهیه شده از بیماران شدیداً آلوده کننده بوده و خطر زیست محیطی بسیار بالایی دارند.

## درمان و واکسیناسیون:

درمان ویژه ویروسی در دسترس نیست؛ درمان، نگهدارنده بوده و شامل مراقبت های ویژه، مبارزه با دهیدراتاسیون بوسیله استفاده از مایع درمانی خوراکی با محلول های حاوی الکترولیت ها و همچنین مایعات داخل وریدی می باشد.

تا کنون واکسنی برای این بیماری معرفی نشده است. چندین واکسن در حال آزمایش بوده، اما هیچکدام برای استفاده بالینی مجاز نمی باشد.

## پیشگیری و کنترل:

۱. تمیز کردن معمول و ضد عفونی مکانهای نگهداری خوک و یا میمون (باهیو کلرایت سدیم و یا دیگر مواد پاک کننده) در غیرفعال سازی ویروس موثر است. اگر به طغیان بیماری مشکوک باشیم، محل باید فوراً قرنطینه شده؛ حیوانات آلوده جمع آوری گردد و بردفن یا سوزاندن لاشه ها نظارت کامل صورت گیرد.
۲. به منظور کاهش خطر انتقال بیماری از حیوان به انسان ممکن است نقل و انتقال حیوانات محدود و یا ممنوع گردد، و این امر می تواند گسترش بیماری را کاهش دهد.
۳. در نبود درمان موثر و واکسن انسانی، بالا بردن سطح آگاهی عمومی در مورد بیماری ابولا و آموزش اقدامات حفاظتی بصورت همگانی، بهترین راه کاهش خطر ابتلا به عفونت ابولا در انسان و همچنین کاهش مرگ و میر این بیماری می باشد.
۴. خودداری از تماس با حیوانات آلوده و خودداری از مصرف گوشت خام و شیر خام از دیگر راههای پیشگیری از بیماری می باشد.
۵. تماس با حیوانات آلوده باید با دستکش و دیگر لباس های محافظ مناسب انجام شود.
۶. در طی طغیان بیماری گوشت باید قبل از مصرف به طور کامل پخته شود و از مصرف گوشت های نیم پز مانند کباب خودداری شود.
۷. کاهش خطر انتقال انسان به انسان در جامعه با کاهش تماس مستقیم یا نزدیک با افراد آلوده، به ویژه با مایعات بدن افراد آلوده ارتباط مستقیم دارد.
۸. در بیمارستانها و مراکز درمانی باید از تماس فیزیکی نزدیک با بیماران مبتلا به ابولا اجتناب شود.
۹. دستکش و وسایل حفاظت فردی مناسب باید در مراقبت از بیماران استفاده شود همچنین بیماران در اتاق های ایزوله نگه داری شوند. پرسنل درمانی در صورتی که بیمار به Intubation احتیاج پیدا کند می بایست از ماسک N95 استفاده کنند.

۱۰- شستن دست ها به طور منظم پس از بازدید از بیماران در بیمارستان، و همچنین پس از مراقبت از بیماران در خانه مورد نیاز است.

۱۱- اقدامات احتیاطی استاندارد دیگر شامل پیشگیری از نیدل استیک و صدمات ناشی از دیگر وسایل نوک تیز ، و مجموعه ای از کنترل های زیست محیطی از عوامل موثر در کاهش خطر انتقال بیماری است.

**مأخذ:-** کتاب اصول طب داخلی هاریسون ۲۰۱۲ (بیماریهای عفونی)

- متن آموزشی سازمان جهانی بهداشت

**تهیه و تنظیم :-**

دکتر آریتا کلینی مقدم (کارشناس مسنول واحد بیماریها)

معصومه خنجری (کارشناس بیماریها)