

هپاتیت A و E

گزارش دهی:

□ فوری

■ غیر فوری ماهانه

معرفی بیماری

هپاتیت A و E عمدتاً از آب و مواد غذایی منتقل می‌شود. همه‌گیری در کشورهای در حال توسعه به تدریج شروع شده و مناطق جغرافیایی وسیعی را در بر می‌گیرد و ماه‌ها باقی می‌ماند. وقتی شرایط محیطی نامطلوب باشد، عفونت شایع بوده و در سنین پایین اتفاق می‌افتد. بیماری در تمام دنیا وجود دارد. عودهای دوره‌ای بیماری مشاهده می‌شود. همه‌گیری‌های بزرگ هپاتیت E در نقاط مختلف آسیای جنوبی در ۳۰ سال گذشته مشاهده شده است. در ایران در جریان گزارش طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در سال‌های اخیر، هپاتیت A یکی از عوامل مهم طغیان به‌ویژه منتقله از آب و اغلب در برخی از مناطق کمتر توسعه یافته بوده است که علت آن آلودگی آب آشامیدنی و عدم رعایت موازین بهداشت فردی بوده است.

علائم بالینی

شروع ناگهانی تب، درد شکم، تهوع استفراغ و گاهی بثورات جلدی و درد و التهاب مفاصل دیده می‌شود. پس از چند روزی زردی ظاهر می‌شود. ادرار تیره، بی‌اشتهایی، ضعف، خستگی مفرط و درد و حساسیت در قسمت بالا و راست شکم هم از سایر علائم می‌باشند و معمولاً تست‌های آزمایشگاهی کبدی نشانگر بیماری است. یافته‌های آزمایشگاهی در هپاتیت حاد، افزایش شدید آمینوترانسفرازهای سرم ALT, AST به حداقل بیش از ۲/۵ برابر اندازه طبیعی است. آلکالن فسفاتاز و LDH افزایش مختصر دارد.

هپاتیت A

در صورت ابتلا، علائم هپاتیت حاد ظاهر می‌شود. بسیاری از عفونت‌ها بدون علامت هستند. برخی خفیف و بدون زردی (به خصوص در اطفال) هستند. هپاتیت A به ندرت ممکن است به صورت طول کشنده یا عود کننده تا یک سال ادامه پیدا کند؛ اما هرگز مزمن نمی‌شود. شدت بیماری با افزایش سن افزایش می‌یابد اما بهبودی کامل، بدون عود یا عارضه است. مرگ و میر پایین و ۶/۰ درصد است که در سنین بالای ۵۰ سال به ۱/۸ درصد می‌رسد. بیماری در سن مدرسه و جوان‌ها شایع است. اصلی‌ترین راه انتقال مدفوعی-دهانی است. بیشترین دفع عامل بیماری زا، دو هفته قبل از شروع شکایت بیمار است. انتقال مستقیم به ندرت در هم جنس بازان مرد گزارش شده است. به ندرت از راه انتقال خون، از اهدا کننده‌ای که در دوره کمون بوده منتقل شده است. ایمنی ناشی از بیماری تا آخر عمر باقی است.

هپاتیت E

علائم بالینی مشابه هپاتیت A است و فرم مزمن ندارد. بیش از ۵۰٪ بیماران در ابتدای بیماری تب دارند. آرترالژی در این هپاتیت شایع‌تر است. در زنان باردار مرگ و میر بالایی (در کسانی که در ۳ ماهه سوم آلوده می‌شوند به ۲۰٪ هم می‌رسد) دارد. تشخیص بر اساس نشانه‌های اپیدمیولوژیک و بالینی و با حذف سایر عوامل اتیولوژیک هپاتیت به ویژه

هیپاتیت A می‌باشد. علت بسیاری از همه‌گیری‌های ناشی از این ویروس در اثر آب آلوده اتفاق می‌افتد. علائم بالینی در بالغین جوان و میانسال شایع‌تر است که احتمالاً به دلیل ابتلای کودکان به اشکال بدون ایکتر یا با علائم خفیف بیماری است. ایمنی حاصل از بیماری کوتاه مدت است.

جدول ۳۶: مقایسه‌ی مشخصات ویروس هیپاتیت A و E

ویروس	هیپاتیت A	هیپاتیت E
راه انتقال	مدفوعی دهانی	مدفوعی دهانی
دوره کمون	۵۰-۱۵ روز	۶۴-۱۵ روز
ایجاد هیپاتیت مزمن	-	-
دوره عفونت زایی	۲-۳ هفته قبل از بروز علائم تا یک هفته پس از بروز علائم	۲-۳ هفته قبل از بروز علائم تا دو هفته پس از بروز زردی
معیارهای تشخیص	IgMAnti HAV	IgMAnti HEV

تعاریف

مورد مشکوک: علائم بالینی اختصاصی و غیراختصاصی هیپاتیت و سابقه‌ی زردی در تماس‌های خانوادگی.
مورد قطعی: مورد مشکوک که از نظر آزمایشات ویروس شناختی به اثبات رسیده باشد. در ضمن بیمار مشکوک به هیپاتی که از لحاظ اپیدمیولوژیکی با بیماری که هیپاتیت A یا E قطعی (Confirmed) دارد ارتباط داشته باشد (برای مثال تماس‌های خانوادگی یا جنسی با فرد آلوده) و این ارتباط بین ۱۵ تا ۵۰ روز از شروع بیماری فاصله داشته باشد نیز مورد قطعی به حساب می‌آید. همچنین در عفونت حاد Anti HAV از نوع IgM که چهار ماه در خون وجود دارد، تشخیص سابقه‌ی عفونت با تعیین آنتی‌بادی از نوع IgG انجام می‌شود.

اقدامات مورد نیاز

الف- درمانی

- درمان اختصاصی ندارد و درمان نگهدارنده انجام می‌شود.
- استراحت نسبی و رعایت رژیم غذایی مناسب (کم چربی و پرکربوهیدرات)، در حد تحمل بیمار در دفعات مکرر و با حجم کم باید تنظیم شود.
- غذاهای دریایی باید به مدت ۴ دقیقه در حرارت ۸۵ الی ۹۰ درجه سانتی‌گراد (جوش یا ۹۰ ثانیه در مسیر بخار آب) قرار گرفته و سپس مصرف شوند.

ب- پیشگیری

- آموزش همگانی (توده مردم، بیماران و اطرافیان آنها، کادر بهداشت و درمان) در خصوص دفع بهداشتی مدفوع و اهمیت شستشوی دست‌ها پس از دفع و قبل از تماس با مواد غذایی.

- در مهد کودک‌ها پس از تعویض کهنه و قبل از خوردن غذا حتماً دست‌ها به خوبی شسته شوند. تجویز ایمونوگلوبولین به میزان 0.02 mg/kg بلافاصله بعد از موارد تماس مستقیم تا دو هفته بعد از تماس به افراد خانواده توصیه می‌شود. در مهد کودک‌ها تجویز آن برای تمام بچه‌های کلاس لازم است و اگر کودکان در سن استفاده از کهنه باشند، به تمام کودکان مهد کودک و کارکنان آن باید ایمونوگلوبولین تزریق کرد. چنانچه در بیش از ۳ خانواده، موردی گزارش شده باشد یا شناسایی همه گیری ۳ هفته بعد از اولین مورد باشد، تجویز ایمونوگلوبولین به کلیه اطفال زیر ۲ سال در خانواده بچه‌ای که به مهد کودک آلوده رفته است هم توصیه می‌شود. اثر بخشی تزریق ایمونوگلوبولین بعد از ۳ الی ۵ روز ظاهر شده و تا حدود ۵ ماه باقی می‌ماند.
- تجویز ایمونوگلوبولین به موارد تماس در محل کار، مدرسه و کارخانه لازم نیست.
- برای مسافران مناطق بومی می‌توان از تزریق ایمونوگلوبولین استفاده کرد. 0.02 ml/kg یا 2 ml برای ۳ ماه و 0.06 ml/kg یا 5 ml برای ۴ الی ۶ ماه مصونیت ایجاد می‌کند و برای تداوم آن باید هر ۴ الی ۶ ماه، 5 ml تزریق شود.
- استفاده از سرنگ و سوزن یک بار مصرف (با وجود این که انتقال از این راه به ندرت گزارش شده است) توصیه می‌شود.
- برای افراد آلوده به ویروس باید مشاوره کامل از نظر موارد زیر انجام شود: منشاء احتمالی آلودگی، سیر طبیعی بیماری، علائم احتمالی و توصیه‌های لازم برای پیشگیری از انتقال به سایرین.
- ضد عفونی و دور ریختن صحیح مدفوع، ادرار و خون بیمار.
- نظارت بر تهیه مواد غذایی و جلوگیری از آلودگی آب و غذا با مواد دفعی.
- تعیین منبع عفونت، روش انتقال و افراد در معرض خطر ابتلا اهمیت فراوان دارد.
- با مشاهده هپاتیت A در افرادی که در تهیه و توزیع مواد غذایی سروکار دارند، باید برای سایر کارکنان آن مرکز تا ۲ هفته پس از آخرین تماس، ایمونوگلوبولین تجویز شود.
- تامین آب آشامیدنی سالم و سیستم دفع صحیح فضولات انسانی.
- جوشاندن یا کلرزنی آب قبل از مصرف.
- حفظ و پایش سلامت خون.
- کشف به هنگام موارد همه گیری و کنترل منشا.

اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر

اندیکاسیون‌های ارجاع جهت بستری بیماران:

- علائم نارسایی کبد.
- دهیدراسیون به علت تهوع و استفراغ.
- زردی و حاملگی.
- زردی و تب $PT-5$ طولانی‌تر از ۲۰ ثانیه، افت فشار خون، بیلیروبین بیش از 15 mg/kg .

جداسازی

جداسازی توصیه شده در بیماری‌های منتقله از آب و غذا تماسی می‌باشد.

منابع

۱. دستورالعمل مبارزه با هیپاتیت. مرکز مدیریت بیماری‌ها، مرداد ۱۳۷۵.
۲. اصول پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها. مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۵.
3. Chin J. Control Of Communicable Diseases Manual. 17th ed.

