

ده حقیقت درباره هپاتیت C

گزارش سازمان جهانی بهداشت - ۲۰۱۷



مدینه پورمحمد پورناکی، کارشناس ارشد علوم ارتباطات اجتماعی، کارشناس سازمان انتقال خون ایران

Madin1758@yahoo.com

حقیقت اول:

هپاتیت C، یک بیماری کبدی ناشی از ویروس هپاتیت C (HCV) است. این ویروس می‌تواند هر دو نوع عفونت هپاتیت مزمن و هپاتیت حاد را بوجود آورد. نوع حاد هپاتیت C معمولاً بدون علامت است و در مواقع نادر می‌تواند تهدیدکننده زندگی باشد. در حدود ۱۵ تا ۴۵ درصد افراد مبتلا، خودبه‌خود در طی ۶ ماه بدون دریافت هیچ‌گونه درمانی از عفونت پاک می‌شوند. ۶۰ تا ۸۰ درصد افراد باقیمانده به سمت عفونت مزمن HCV پیش می‌روند. در عفونت مزمن، خطر بروز سیروز کبدی در بین ۱۵ تا ۳۰ درصد افراد در طی ۲۰ سال وجود دارد.

حقیقت دوم:

ویروس هپاتیت C در سراسر جهان یافت می‌شود. بیشترین مناطق آسیب‌پذیر تحت تأثیر حوزه‌های مدیترانه شرقی و اروپایی است. شیوع آن به ترتیب ۲/۳٪ و ۱/۵٪ می‌باشد. شیوع عفونت هپاتیت C در سایر مناطق تحت پوشش سازمان بهداشت جهانی از ۰/۵٪ تا ۱٪ بسته به کشور گزارش‌دهنده به سازمان جهانی بهداشت است. با توجه به هر کشور، عفونت ویروس هپاتیت C می‌تواند در برخی از جمعیت‌ها (مثلاً در میان افرادی که مواد تزریقی مصرف می‌کنند) متمرکز و یا در تمام جمعیت شیوع داشته باشد.

حقیقت سوم:

هپاتیت C یک ویروس منتقله از راه خون است. این ویروس معمولاً از راه‌های تزریق مواد مخدر، وسایل و تجهیزات تزریقی مشترک، استفاده مجدد یا با استریل کردن ناکافی از تجهیزات پزشکی مخصوصاً سرنگ و سرسوزن‌ها در مراکز درمانی، انتقال خون و محصولات خون آلوده، همچنین از راه تماس جنسی و انتقال از مادر آلوده به کودک منتقل می‌گردد، هرچند که وقوع مورد اخیر بسیار کمتر است. هپاتیت C از طریق شیر مادر، غذا، آب، آغوش گرفتن، بوسیدن، غذا خوردن و نوشیدن با فرد آلوده، منتقل نمی‌شود.

تخمین زده شده که در سراسر جهان در سال ۲۰۱۵، ۱/۷۵ میلیون مورد جدید ابتلا به هپاتیت C رخ داده است.

حقیقت چهارم:

دوره نهفتگی یا انکوباسیون برای هپاتیت C از ۲ هفته تا ۶ ماه طول می‌کشد. بعد از مبتلا شدن به عفونت اولیه، تقریباً ۸۰٪ افراد نشانه‌ای ندارند. در کسانی که علائم حاد بیماری را نشان می‌دهند ممکن است مواردی مانند تب، خستگی، کاهش اشتها، استفراغ، درد شکم، ادرار تیره، مدفوع خاکستری، درد مفاصل و زردی (زردی پوست و سفیدی چشم‌ها) دیده شود.

حقیقت پنجم:

با توجه به این واقعیت که عفونت حاد HCV معمولاً بدون علامت است، تعداد کمی از افراد در طول فاز حاد تشخیص داده می‌شوند. در افرادی که مبتلا به عفونت HCV مزمن هستند نیز اغلب موارد تشخیص داده نمی‌شود، زیرا تا چند دهه بعد از ابتلا، عفونت بدون علامت باقی می‌ماند و آن زمانی است که علائم ثانویه به علت آسیب جدی کبد رخ می‌دهد. عفونت HCV در دو مرحله تشخیص داده می‌شود:

- شناسایی توسط غربالگری آنتی‌ژن HCV با آزمایش سرولوژیک در افرادی که با ویروس آلوده شده‌اند.
- اگر آزمایش آنتی‌بادی ضد HCV مثبت باشد، آزمایش اسید نوکلئیک برای اسید ریبونوکلئیک HCV (RNA) جهت تأیید عفونت مزمن ضروری است، زیرا حدود ۳۰٪ افراد مبتلا به HCV به‌طور خودبه‌خود با پاسخ قوی ایمنی و بدون نیاز به درمان پاک می‌شوند. اگرچه آن‌ها دیگر آلوده نیستند، اما هنوز برای آنتی‌بادی ضد HCV مثبت هستند.

بعد از آن که یک فرد مبتلا به عفونت مزمن هپاتیت C تشخیص داده شود، باید میزان آسیب کبدی (فیروز و سیروز) را ارزیابی کرد. این کار را می‌توان با بیوپسی کبد یا از طریق انواع تست‌های غیرتهاجمی مثل فیبرواسکن کبد انجام داد.

علاوه بر این، این افراد باید یک تست آزمایشگاهی برای شناسایی ژنوتیپ گونه هپاتیت C داشته باشند. شش ژنوتیپ HCV وجود دارد و درمان هرکدام از آن‌ها متفاوت است. علاوه بر این، ممکن است یک فرد با بیش از یک ژنوتیپ آلوده شده باشد. تشخیص درجه آسیب کبدی و ژنوتیپ ویروس برای راهنمایی انتخاب نوع درمان و مدیریت بیماری کمک‌رسان است.

حقیقت ششم:

تشخیص زودهنگام می‌تواند از مشکلات سلامتی که ممکن است ناشی از عفونت باشد پیشگیری، همچنین از انتقال ویروس جلوگیری کند. سازمان جهانی بهداشت غربالگری را برای افرادی که ممکن است در معرض خطر عفونت قرار بگیرند توصیه می‌کند.

جمعیت در معرض خطر ابتلا به عفونت HCV عبارتند از:

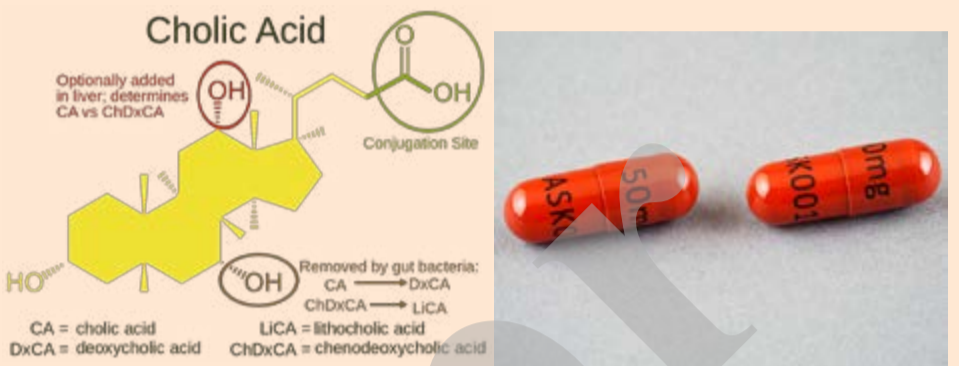
- افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند.
- افرادی که از داروهای تزریقی استفاده می‌کنند.
- دریافت‌کنندگان محصولات خون آلوده یا روش‌های تهاجمی در مراکز بهداشتی و درمانی با شیوه‌های کنترل عفونت ناکافی
- کودکان متولدشده از مادران آلوده به هپاتیت HCV
- افراد با شرکای جنسی که مبتلا به هپاتیت HCV هستند.
- افراد مبتلا به عفونت HIV
- زندانیان یا افرادی که قبلاً زندانی بوده‌اند.

ادامه‌ی مقاله در صفحه ۱۲۴

ادامه‌ی مقاله از صفحه ۹۴
(سندرم زلوگر)

مسیرهای درمانی سندرم زلوگر

در سال ۲۰۱۵، داروی کولبام (اسید کولیک) به‌عنوان اولین درمان برای کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلالات سنتز اسیدهای صفراوی به علت نقص آنزیم پراکسیزومی (طیف اختلالات زلوگر) از طرف سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) به تصویب رسید و روانه بازار گردید. درمان سندرم زلوگر بر اساس طیفی از اختلالاتی که در هر فرد آشکار می‌شود، متفاوت بوده و ممکن است از یک تیم متخصصان پزشکی و اجتماعی بهره‌مند شود؛ از جمله متخصص اطفال، متخصص اعصاب، جراحان غده، آدیومتریست (شنوایی سنجی)، اپتومتریست (بینایی سنجی)، متخصص ارتوپدی و دیگر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند در بهبود وضعیت مبتلایان سندرم زلوگر مؤثر باشند. کودکان با اختلالات طیف زلوگر، ممکن است به یک لوله تغذیه (گاستروستومی) برای اطمینان از مصرف مناسب کالری غذا بهره‌مند شوند.



شکل ۲۵: نمای شماتیک از چرخه اسید کولیک و کپسول دارویی اسید کولیک (کولبام) که در درمان سندرم زلوگر استفاده می‌شود

لوله گاستروستومی به‌طور مستقیم به معده وارد می‌شود و مواد غذایی مناسب را وارد حجم معده می‌کند. درمان‌های دیگر شامل سمک، کاشت حلزون، مصرف ویتامین‌های محلول در چربی بخصوص ویتامین K برای درمان خونریزی که به دلیل نقص در یکی از فاکتورهای انعقادی خون رخ می‌دهد، جراحی آب مروارید و یا استفاده از عینک به‌منظور بهبود بینایی مبتلایان سندرم زلوگر می‌باشند. داروهای ضد صرع ممکن است برای درمان تشنج استفاده شود، اما تشنج ممکن است باقی بماند و کنترل آن با داروها شاید دشوار باشد. نارسایی آدرنال اغلب در بیشتر طیف‌های اختلالات زلوگر رخ می‌دهد. توصیه می‌شود نظارت آدرنال

به‌صورت سالانه با هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک (ACTH) و هورمون کورتیزول صبحگاهی انجام پذیرد. مداخله زودهنگام در درمان کودکان مبتلا به اختلالات زلوگر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مشاوره ژنتیک برای خانواده‌هایی که سابقه خانوادگی از سندرم زلوگر دارند بسیار مهم است، چرا که تشخیص قبل از تولد نیز در تعیین سرنوشت والدین و همچنین فرزندان بیمار احتمالی، بسیار حائز اهمیت است.

تاریخچه سندرم زلوگر

سندرم زلوگر اولین بار در سال ۱۹۶۴ توسط دکتر هانس زلوگر، پزشک متخصص اطفال آمریکایی-سوئیس، استاد طب اطفال و ژنتیک در دانشگاه آیووا گزارش گردید.



شکل ۲۶: تصویر دکتر هانس زلوگر، کاشف سندرم زلوگر در سال ۱۹۶۴

منابع:

اسعدی شاهین، جمالی مهسا، باقری رعنا، ساده‌دل سمانه، توحیدی راد مانوش، کتاب پاتولوژی در ژنتیک پزشکی جلد دوم (M-Z)، صفحات ۱۳۹۸-۱۳۸۳ انتشارات کتب دانشگاهی عمیدی، بهار ۱۳۹۶.

خطر تماس با این ویروس در انجام فعالیت‌های بهداشتی درمانی؛ و در جمعیت با خطر بالا، به‌عنوان مثال افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند یا این که تماس جنسی دارند، دارد.

لیست زیر نمونه‌هایی محدود از مداخلات پیشگیرانه که توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده ارائه می‌دهد:

- بهداشت دست از جمله آماده‌سازی دست برای جراحی، شستن دست و استفاده از دستکش
- تزریق ایمن و استفاده از ملزومات تزریقی مناسب
- مدیریت ایمن و دفع مناسب پسماندها و ابزارآلات تیز
- ارائه خدمات کامل و جامع برای کاهش آسیب به افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند از جمله ارائه وسایل تزریقی استریل
- آزمایش خون اهداشده برای هیپاتیت B و C (همچنین HIV و سیفلیس)
- آموزش کارکنان کادر بهداشتی درمانی
- ترویج استفاده صحیح از کاندوم

حقیقت نهم:

برای افراد مبتلا به عفونت ویروس هیپاتیت C، سازمان بهداشت جهانی توصیه‌های زیر را ارائه داده است:

- آموزش و مشاوره برای مراقبت و درمان
- ایمن‌سازی با واکسن هیپاتیت‌های A و B برای جلوگیری از ابتلا به آن‌ها و محافظت از کبد
- مدیریت اولیه و مناسب، در صورت امکان شامل درمان ضدویروسی
- پایش منظم برای تشخیص زودهنگام بیماری مزمن کبد

حقیقت دهم:

در آوریل ۲۰۱۶، سازمان جهانی بهداشت "دستورالعمل‌ها برای غربالگری، مراقبت و درمان افراد مبتلا به هیپاتیت C مزمن" را به‌روزرسانی کرد. این دستورالعمل‌ها، راهنمای موجود در زمینه پیشگیری از انتقال ویروس‌های منتقله از راه خون شامل هیپاتیت C که توسط سازمان جهانی بهداشت منتشر شده است را تکمیل می‌کند.

این دستورالعمل‌ها برای سیاست‌گذاران، مسئولین حکومتی و سایر افرادی که در کشورهای فقیر یا با درآمد متوسط کار می‌کنند توصیه شده‌اند و شامل برنامه‌های در حال توسعه برای غربالگری مراقبت و درمان مبتلایان به عفونت HCV است.

این راهنماها به گسترش خدمات درمانی برای بیماران مبتلا به عفونت HCV کمک می‌کنند، همچنین آن‌ها توصیه‌های کلیدی را در این مناطق ارائه داده و اجرای آن‌ها را مورد بحث قرار می‌دهند.

ادامه‌ی مقاله از صفحه ۹۸ (ده حقیقت درباره هیپاتیت C)

- افرادی که سابقه خال کوبی یا تاتو دارند.

حدود ۲/۳ میلیون نفر از حدود ۳۶/۷ میلیون نفر مبتلا به HIV در جهان دارای شواهد آزمایشی سرولوژیک عفونت HCV در گذشته یا حال هستند. برعکس، در میان تمام افراد مبتلا به HIV، شیوع آنتی‌بادی ضد هیپاتیت C، ۶/۲٪ بود.

حقیقت هفتم:

هیپاتیت C در بیشتر موارد نیاز به درمان ندارد، زیرا پاسخ سیستم ایمنی در برخی از افراد عفونت‌ها را پاک می‌کند و در برخی افراد مبتلا به عفونت مزمن، آسیب کبدی رخ نمی‌دهد.

وقتی که درمان ضروری است، هدف درمان هیپاتیت C ایجاد بهبودی است. میزان بهبودی بستگی به عوامل متعدد شامل سوش ویروس و نوع درمان ارائه شده دارد.

درمان استاندارد برای هیپاتیت C به‌سرعت در حال تغییر است. Sofosbuvir، Daclatasvir و Sofosbuvir/ledipasvir قسمتی از رژیم درمانی توصیه شده در گایدلاین‌های سازمان جهانی بهداشت هستند و می‌توانند با آن‌ها تا میزان بالای ۹۵٪ به درمان و بهبودی دست یافت.

این داروها خیلی مؤثرتر، ایمن‌تر و قابل‌تحمل‌تر نسبت به داروهای قدیمی هستند. درمان با داروهای DAA می‌تواند بیشتر افراد مبتلا به عفونت HCV را درمان کند و دوره درمان آن کوتاه‌تر و معمولاً ۱۲ هفته است.

سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر گایدلاین‌های درمانی خود را به‌روزرسانی کرده است. اگرچه هزینه تولید داروهای DAA کم است، با این وجود هنوز این داروها در بیشتر کشورهای خیلی گران هستند. با معرفی انواع ژنریک این داروها، در برخی کشورها (به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم) قیمت‌ها به‌طور مناسب پایین آمده‌اند.

دسترسی به درمان HCV در حال پیشرفت می‌باشد اما هنوز محدودیت‌ها برقرار است. در سال ۲۰۱۵ از ۷۱ میلیون شخص مبتلا به عفونت HCV در سطح جهانی، ۲۰ درصد (۱۴ میلیون نفر) موارد تازه تشخیص شده بوده‌اند. ۷/۴ درصد (۱/۱ میلیون) از این افراد تازه تشخیص داده شده درمانشان در همان سال ۲۰۱۵ آغاز شد. در سال ۲۰۱۶ در سطح جهانی، ۱/۷۶ میلیون تحت پوشش درمان هیپاتیت قرار گرفته‌اند. هدف، دستیابی در سطح جهان تا ۸۰ درصد تا سال ۲۰۳۰ است.

حقیقت هشتم:

برای هیپاتیت C واکسنی وجود ندارد، بنابراین پیشگیری از عفونت هیپاتیت HCV بستگی به کاهش