

راهنمای آموزشی HIV/AIDS و STI

ویژه پزشکان

شاغل سیستم بهداشتی درمانی کشور

پیشگفتار

در سالهای اخیر مطالب بسیار زیادی در خصوص ایدز و عفونت HIV در سراسر دنیا و در کشور ما به صورت مکتوب ارائه شده است. در هر کدام از این مکتوبات با توجه به نوع دیدگاه نگارنده و نیز گروه مخاطب در نظر گرفته شده برای کتاب به موضوعات خاصی پرداخته شده است. در کشور ما در سیستم بهداشتی درمانی برنامه مراقبت HIV/AIDS و بیماریهای آمیزشی با توجه به روند بیماری در کشور در حال تبدیل شدن به یکی از بیماریهای هدف و اساسی برای مراقبت است. برنامه مراقبت ایدز و HIV و بیماریهای آمیزشی برای مداخلات موثر نیازمند دستورالعمل های دقیق اجرایی هستند. بنابراین یکی از اجزاء مهم برنامه وجود دستورالعمل ها (Guideline) برای سطوح مختلف به تناسب نوع وظیفه است. راهنمای مربوط به ایدز و HIV و بیماریهای آمیزشی با توجه به هر گروه باید حداقل اطلاعات لازم در ارتباط با موضوع به مخاطب ارائه دهد. باید واژه ها و مفاهیم و تعاریفی را که برای یکسان سازی برنامه مراقبت لازم است گردآوری کرد و ارائه داد. در این مجموعه سعی شده از ورود به جزئیات اجتناب شود و کلیاتی را که برای پزشک اولاً بعنوان رهبر یک تیم بهداشتی و ثانیاً بعنوان کسی که از نظر بالینی باید بیمار را مراقبت، درمان و پیگیری کند لازم است ارائه دهد. تهیه راهنما به این شیوه در کشور ما در برنامه های بهداشتی درمانی برای سطوح مختلف تقریباً تجربه جدیدی است، بنابراین ممکن است اشکالاتی در عمل وجود داشته باشد. با اذعان به این موضوع آماده پذیرش نقطه نظرات همکاران درخصوص این کتاب هستیم مسلماً ارسال نقطه نظرات همکاران می تواند ضمن برطرف کردن مشکلات موجود راه را برای ارتقاء آن فراهم سازد. آرمان همه ما داشتن یک کشور آباد با مردمانی سالم است. عملی کردن آرزوهایمان نیازمند برداشتن قدم هائی است. اگر چه هرگامی ممکن است روبه جلو نباشد ولی برای پیشرفت و آبادانی کشورمان وسلامت آن راهی جز گام برداشتن به جلو نداریم. همه دعا کنیم گام هائی که برمی داریم گام های روبه جلو باشد. انتظار می رود که همکاران نقطه نظرات خود را در ارتباط با این کتاب به مرکز مدیریت بیماریها ارسال نمایند و در مرکز مدیریت بیماریها با تدابیر لازم هر دو سال یکبار این کتاب بعنوان یک راهنما بازنویسی خواهد شد.

ایدز و
بیمارهای
آمیزشی

این مجموعه بعنوان راهنمای پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و سیستم های بهداشتی کشور تهیه شده است. انتظار می رود این کتاب در اختیار کلیه پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی سراسر کشور، بیمارستانها و پزشکانی که در مراکز مرتبط با ایدز کار می کنند قرار گیرد. این کتاب همچنین باید در مراکز بهداشت شهرستان ها بعنوان یک منبع در اختیار بخش های

ستادی مرتبط قرار گیرد. این کتاب دارای ۱۱ فصل است. در ابتدای هر فصل اهداف آموزشی ذکر شده است. ۰ اهداف آموزشی ذکر شده حداقل مطالبی است که انتظار می رود فراگیران آن را بیاموزند. در پایان فصل منابعی که برای دانستن اطلاعات تکمیلی تدریس صورت لزوم می توان به آن مراجعه کرد آورده شده است.

پزشکان باید بتوانند با استفاده از این راهنما برنامه مراقبت و مداخله HIV/AIDS و STI را در سیستم های بهداشتی درمانی رهبری کنند و بر حسب امکانات موجود اقدامات بالینی و درمانی لازم را برای آنها انجام دهند.

عناوین فصل ها مباحث مهم مرتبط با HIV/AIDS را شامل می شود.

یک بخش این کتاب نیز در خصوص بیماریهای آمیزشی و مراقبت آن است در یکی از فصول سیستم ثبت و گزارش دهی برنامه HIV/AIDS و مراقبت آورده شده است. این فصل برای همکارانی که در سیستم های بهداشتی درمانی کار می کنند اهمیت زیادی دارد اما برای سایر همکاران نیز می تواند کمک کننده باشد.

در یک فصل شرح وظایف همکاران پزشک با توجه به جایگاههای که می توانند در سیستم بهداشتی درمانی داشته باشند آورده شده است.

در یک فصل نیز تشکیلات، ساختار، فرم ها و سیستم ثبت و گزارش دهی برنامه HIV/AIDS توضیح داده شده است.

مسلماً این کتاب در هیچ کدام از سرفصل ها یک مرجع تخصصی نیست سعی شده حداقل اطلاعات لازم در ارتباط با هر موضوع ذکر شود. در نهایت این کتاب باید بتواند حداقل اطلاعات لازم را برای مراقبت و مداخله در برنامه HIV/AIDS و STI ارائه کند.

فصل اول: کلیات و اپیدمیولوژی ایدز

فراگیر در پایان این فصل باید قادر باشد که:

- ۱- تاریخچه ای از HIV/AIDS را بیان نماید.
- ۲- الگوهای اپیدمیولوژیک HIV/AIDS را بیان نماید.
- ۳- راههای انتقال و روش های پیشگیری HIV/AIDS را بیان نماید.
- ۴- وضعیت کنونی آلودگی به HIV در جهان را بیان نماید.
- ۵- وضعیت آلودگی به HIV در ایران را بیان نماید.

مقدمه:

وقتی که برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ بیماری ایدز شرح داده شد هیچ کس تصور نمی کرد که این بیماری انتشار چنین گسترده و فراگیری در همه دنیا داشته باشد. در رویدادهای شبیه HIV و AIDS که پیشینه زیادی ندارند و هنوز نکات ناشناخته زیادی دارند مطالعه اپیدمیولوژی می تواند بسیار کمک کننده باشد. در واقع بسیاری از دانسته های ما در ارتباط با این بیماری در شرایط فعلی بر اساس آنالیز داده های اپیدمیولوژیکی این بیماری بدست آمده است. در این فصل تاریخچه بیماری، اپیدمیولوژی بیماری مشتمل بر وضعیت و راههای انتقال و روش های پیشگیری شرح داده خواهد شد.

تاریخچه:

در پنجم ژوئن سال ۱۹۸۱ مجله « گزارش هفتگی ابتلاء و مرگ و میر » آمریکا مقاله ای به چاپ رساند که در آن گزارش پنج مورد پنومونی ناشی از پنوموسیتیس کارینی (PCP) در مردان همجنس باز در کالیفرنیا آورده شده بود. طی مدت کوتاهی موارد مشابهی نیز از شهرهای نیویورک و سانفرانسیسکو گزارش شد. بدنبال آن در مناطق دیگر مواردی از هرپس های دور مقعدی و اسهال های غیر قابل کنترل در مردان همجنس باز مشاهده گردید که همگی مقاوم به درمان بودند.

بعد از آن هر روز گزارش های جدیدی از ابتلای بزرگسالان به ارگاناسم های فرصت طلب نادر مثل مایکوباکتریوم آیوم و کریپتوسپوریدیوم دریافت می شد. بدنبال آن مواردی از سارکوم کاپوشی و لنفوم غیر هاچکینی در مردان همجنس باز گزارش شد که درک وضع موجود را همچنان پیچیده تر می کرد.

در پایان سال ۱۹۸۱ تعداد ۱۸۹ مورد بیماری با الگو های ابتلا به عفونت های فرصت طلب از ۱۵ ایالت آمریکا به مرکز کنترل بیماریهای آمریکا گزارش شد. ۹۷ درصد مبتلایان مرد و ۷۹ درصد آنها همجنس باز بودند. به همین دلیل ابتدا تصور کردند که این بیماری فقط در افراد همجنس باز دیده می شود و به همین دلیل نام اولیه آن را Gay Immune deficiency syndrome نامیدند. و حتی آنرا طاعون همجنس بازان نامیدند (Gay plague).

با افزایش موارد بیماری در سال بعد مشاهده گردید که این سندرم در بعضی از گروههای دیگر هم وجود دارد مثلاً در معتادان تزریقی و هموفیلیها و در مناطق جغرافیایی خاص (هائیتی) موارد بیماری گزارش شد. با جمع آوری داده های بیشتر مشخص شد که این بیماری در خانم ها نیز بروز می یابد. آنالیز داده های جمع آوری شده این فرضیه را بوجود آورد که عامل ایجاد این بیماری یک عامل عفونی قابل انتقال از راه تماس جنسی یا خون است.

در سال های ۱۹۸۳ و ۱۹۸۴ از عوامل ویروسی بعنوان علل احتمالی این بیماری نام برده شد و سپس ویروس عامل بیماری شناسایی شد. نهایتاً در سال ۱۹۸۶ با اثبات جزئیات عامل بیماری، آنرا بنام ویروس HIV (Human Immune deficiency Virus) نامگذاری کردند. در سال های بعد آلودگی به این بیماری انتشار وسیعی پیدا کرد. و تعداد موارد

ابتلاء بصورت تصاعدی افزایش یافت ۰ بطوری که در سال ۱۹۹۳ از ایدز بعنوان علت اول مرگ افراد ۲۵ تا ۴۴ ساله نام برده شد . تنها در سال ۲۰۰۲ حدود ۵ میلیون مورد مرگ به این بیماری نسبت داده شده و گفته می شود در حال حاضر ایدز چهارمین علت مرگ و میر در دنیا است .
از سوابق و اطلاعات موجود چنین بر می آید که ویروس ایدز اگریک و ویروس باستانی نباشد دست کم یک ویروس قدیمی است که منشاء جغرافیایی آن نامشخص است البته در این خصوص فرصیه هایی وجود دارد.

اپیدمیولوژی ایدز :

سازمان جهانی بهداشت تعداد موارد HIV/AIDS را که تا پایان سال ۲۰۰۳ در قید حیات بوده اند بالغ بر ۴۶ - ۳۴ میلیون برآورد کرده است . تعداد موارد جدید HIV در طی سال ۲۰۰۳ حدود ۵ میلیون مورد ذکر شده است ۰ برآورد می شود روزانه حدود ۱۴ هزار مورد جدید HIV در سطح جهان حادث گردد که ۹۵ درصد آن در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد ۰ این بیماری از ابتدا تا پایان سال ۲۰۰۳ میلادی بیش از ۲۲ میلیون مرگ به بار آورده است که ۳ میلیون مورد آن در سال ۲۰۰۳ رخ داده است ۰ گفته می شود تا پایان سال ۲۰۰۴ بین ۶۵ تا ۷۵ میلیون نفر مبتلا خواهند شد .

در سالهای اولیه بعد از شناسایی اولین موارد ابتدایی بیماری، آلودگی به HIV به شدت گسترش پیدا کرد . آلودگی به ویروس ایدز در حقیقت یک پاندمی با ابعاد جهانی است که به نظر می رسد از اواسط دهه ۱۹۸۰ آغاز و بصورتی مخفیانه رو به گسترش نهاده است . تا سال ۱۹۸۸ بین ۵ تا ۱۰ میلیون نفر آلوده به این ویروس شدند در حال حاضر بیش از ۷۰ میلیون نفر در دنیا به این ویروس آلوده هستند .

حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد موارد آلودگی به HIV ، ۵ سال بعد از آلودگی به مرحله ایدز می رسند و تا ده سال بعد از آلودگی بیش از ۵۰ درصد موارد آلودگی به HIV به مرحله ایدز می رسند . بنابراین حدود ۵ سال تا یک دهه بعد از شروع آلودگی HIV در دنیا ابتلا به ایدز در دنیا چهره غالب این بیماری شد . در این مرحله بروز ایدز چهره ای بارزی در جامعه داشت بدنبال آن یک واکنش جهانی نسبت به ایدز شروع شد که در آن ترس و انزوا اثرات شومی در شخص مبتلا و جامعه باقی گذاشت . یعنی در زمانیکه افراد آلوده بیشترین نیاز را به حمایت اجتماعی داشتند از جامعه مطرود می شدند . این واکنش جهانی نسبت به ایدز در مقطعی در دنیا فراگیر شد ۰

عامل بیماری ایدز:

عامل بیماری ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) از گروه رترو ویروس ها است و دارای ۲ سروتایپ ۱ و ۲ می باشد. HIV1 شایعترین عامل در سطح جهان به شمار می رود و دارای چندین

ساب تایپ با انتشار جغرافیایی متفاوت است . انسان تنها مخزن شناخته شده HIV است .

دوره نهفتگی بیماری :

دوره کمون HIV/AIDS متغیر است . هر چند فاصله زمانی بین ورود ویروس به بدن و مثبت شدن تست سرولوژیک (دوره کمون عفونت) در حدود ۱ تا ۳ ماه است ولی فاصله بین عفونت ناشی از HIV و تشخیص AIDS (دوره کمون بیماری) از ۲ ماه تا ۱۰ سال متغیر است . حدود نیمی از مبتلایان به عفونت ناشی از HIV بدون دریافت داروهای ضد ویروسی در عرض ۱۰ سال دچار AIDS شده اند . دوره کمون متوسط بیماری در شیرخواران کوتاهتر از بالغین است و درمان باعث طولانی شدن این دوره می شود .

سیر طبیعی بیماری :

طیف بالینی عفونت ناشی از HIV از حالت ناقلی بدون علامت تا AIDS آشکار، گسترش دارد . این بیماری ممکن است با یک ناخوشی شبه آنفلوآنزا شروع شود و با آدنوپاتی ژنرالیزه ادامه یافته و نهایتاً خود را به صورت سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) و عفونت های فرصت طلب ناشی از آن و سارکوم کاپوزی و دمانس نشان دهد، ولی همه بیماران مبتلا به AIDS از این مراحل عبور نمی کنند و در برخی از آنها اولین تظاهر این سندرم را سارکوم کاپوزی یا پنومونی ناشی از پنوموسیتیس کارینی ودر برخی دیگر ، بیماریهایی مثل سل تشکیل میدهند . حدود ۷۰ تا ۵۰ درصد مبتلایان به عفونت ناشی از HIV در عرض ۳ تا ۶ هفته بعد از عفونت اولیه ، دچار سندرم حادی می شوند که از شدت های مختلفی برخوردار است و بروز آن در سیر بعدی بیماری تاثیر دارد ، علائم حاصله این مرحله شامل تب ، فارنژیت ، لنفادنوپاتی ، سردرد ، آرترالژی ، میالژی ، خستگی ، کسالت ، بی اشتهائی ۰۰۰ و کاهش وزن می باشد و به مدت ۱ تا ۲ هفته باقی میماند و سپس به تدریج و خود بخود برطرف شده وارد مرحله نهفتگی می شود . شدت ناخوشی ناشی از گرفتاری به HIV به طور کلی در ارتباط مستقیم با درجه اختلال فعالیت سیستم ایمنی است .

شروع علائم بالینی ، معمولاً تدریجی است و تظاهرات حاصله ، غیر اختصاصی بوده با علائمی نظیر لنفادنوپاتی ، بی اشتهائی ، اسهال مزمن ، کاهش وزن تب و خستگی ، مشخص می گردد. هرچند این یافته ها جهت تشخیص AIDS کافی نمی باشد ولی قبلاً تحت عنوان کمپلکس وابسته به AIDS نامیده می شد ولی وجود آنها باید شک بالینی به ایدز را برانگیزد. با اینحال بروز بسیاری از عفونت های فرصت طلب و برخی از بیماری های بدخیم در این بیماران ، حاکی از نقص ایمنی زمینه ای بوده با صراحت بیشتری از بروز AIDS حکایت خواهد کرد .

میزان تبدیل عفونت ناشی از HIV به AIDS دقیقاً مشخص نشده است ولی مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته ، حاکی از آنست که در صورت عدم مصرف داروهای ضد رتروویروس ، ۱۵ تا ۲۰ درصد مبتلایان به عفونت ناشی از HIV در عرض پنج سال ، ۵درصد آنان در عرض ۷ تا ۱۰ سال و

عده کثیری از موارد باقیمانده در عرض ۵ تا ۱۰ سال بعد از گروه دوم ، دچار AIDS خواهند شد. بدون توسل به درمان های اختصاصی ، میزان مرگ ناشی از AIDS در حد بالائی قرار داشته و حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در عرض ۳ تا ۵ سال پس از تشخیص بیماری ، جان خود را از دست می دهند .

یکی از عواملی که در سرعت سیر طبیعی بیماری ایدز تاثیر بارزی دارد سن مبتلایان است به طوری که شیرخوارانی که در دوره پری ناتال به عفونت HIV مبتلا می شوند با سرعت بیشتری دچار بیماری ایدز می گردند. و به عبارت دیگر دوره کمون بیماری در آنان کوتاه تر است و از طرفی طی یک سال اول زندگی احتمال بروز ایدز ، بیشتر از هر زمان دیگری است که خود نشان دهنده عدم تکامل سیستم ایمنی به هنگام ورود ویروس به بدن می باشد. ضمناً میزان بروز ایدز ، در سال اول زندگی در کودکانی که از مادران مبتلا متولد شده اند بیشتر از کودکانی است که از طریق انتقال خون ، مبتلا گردیده اند .

بیمارانی که دچار کاندیدیازیس شدید دهان یا واژن هستند و نیز بیمارانی که مبتلا به لوسمی Hairy cell یا هرپس زوستر منتشر ، می باشند با سرعت بیشتری دچار AIDS می گردند . ضمناً بیمارانی که دچار کاهش شدید لنفوسیت های T بوده و سلول های CD4 + آنها کمتر از ۲۰۰ در هر میلی متر مکعب خون است خیلی سریعتر از آنهایی که سلول های CD4 + آنها بیش از ۵۰۰ در هر میلی متر مکعب خون است به سوی ایدز ، پیش می روند .

انواع همه گیری HIV/AIDS :

بعضی از واژه ها در اپیدمیولوژی ایدز کاربردهای زیادی دارند . یک دسته از این مفاهیم انواع همه گیری HIV و ایدز هستند . که در ذیل تعریف می شوند :

۱- همه گیری محدود (low level) : در این نوع همه گیری ، آلودگی به HIV در هیچ یک از گروههای جمعیتی گسترده نیست و در هیچ گروهی از جمعیت آلودگی بیش از ۵ درصد نیست .

۲- همه گیری متمرکز (Concentrated) : در این نوع همه گیری آلودگی در یک یا چند گروه جمعیتی به سرعت در حال گسترش است ، اما جمعیت عمومی رفتار نشده است به این معنی که بیش از ۵ درصد حداقل یک گروه اجتماعی و کمتر از یک درصد کل زنان باردار شهر نشین مبتلا هستند . مثال این نوع اپیدمی در معتادان تزریقی است .

۳- همه گیری منتشر (Generalized) : در این نوع همه گیری آلودگی به HIV در جمعیت عمومی تثبیت شده و بیش از یک درصد کل زنان باردار شهر نشین مبتلا هستند .

وضعیت HIV در جهان :

تخمین زده می شود تا سال ۲۰۰۴ حدود ۷۰ میلیون نفر به HIV/AIDS مبتلا شوند که از این میان حدود ۲۸ میلیون نفر جان خود را از دست داده اند . موارد تخمین عفونت ناشی از HIV در دنیا که تا سال ۲۰۰۳ در قید حیات بوده اند مطابق جدول ذیل است :

منطقه جغرافیایی	موارد تخمینی
منطقه زیر صحرای آفریقا	۲۸/۲ تا ۲۵ میلیون
شمال آفریقا و خاور میانه	۷۳۰۰۰۰ تا ۴۷۰۰۰۰
جنوب و جنوب شرقی آسیا	۸/۲ تا ۴/۶ میلیون
شرق آسیا و منطقه اقیانوس آرام	۷۰۰۰۰۰ تا ۱/۳ میلیون
آمریکای لاتین و کارائیب	۲/۴۹ تا ۱/۶۵ میلیون
شرق اروپا و آسیای مرکزی	۱/۲ تا ۱/۸ میلیون
غرب اروپا	۵۲۰۰۰۰ تا ۶۸۰۰۰۰
آمریکای شمالی	۷۹۰۰۰۰ تا ۲/۲ میلیون نفر
استرالیا و نیوزیلند	۱۸۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر
جمع	۳۴ تا ۴۶ میلیون نفر

در مناطق روستایی شرق آفریقا ۴ نفر از هر ۱۰ کودکی که یکی از والدین خود را از دست داده اند در واقع بعلت این بیماری یتیم شده اند. تا پایان سال ۱۹۹۹ حدود ۱۱/۲ میلیون کودک در سطح جهان مادر خود را بدلیل ایدز از دست داده اند. در طی سال ۲۰۰۳ میلادی روزانه ۱۴۰۰۰ مورد آلودگی جدید و در مجموع حدود ۴/۲ تا ۵/۸ میلیون نفر آلوده شده اند که ۵۰ درصد آنها در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال بوده اند. تعداد موارد فوت در مبتلایان به HIV و ایدز در سال ۲۰۰۳ حدود ۲/۵ تا ۳/۵ میلیون نفر بوده است.

روند پاندمی HIV/AIDS از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۰.

در امریکای شمالی و اروپا میزان بروز سالیانه عفونت ناشی از HIV طی نیمه اول دهه ۱۹۸۰ با حالت انفجاری انتشار این عفونت بین مردان هم جنس باز و مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر به اوج رسید. ولی از اواسط دهه ۱۹۸۰ میزان بروز عفونت ناشی از HIV از طریق تماس جنسی (هتروسکسوال) به سرعت افزوده شده است. اما هنوز در مقایسه با میزان بروز تخمین زده شده طی اوایل دهه ۱۹۸۰ در حد پایینی قرار دارد. در آمریکا شایعترین گروه مبتلایان مردان همجنس باز هستند.

در جنوب و مرکز آفریقا در بعضی از مناطق حدود یک سوم بالغین فعال از نظر جنسی آلوده به ویروس ایدز هستند. در آسیا انتقال HIV در اواخر دهه ۱۹۸۰ تنها در تعدادی از کشورهای منطقه آغاز شده ولی به سرعت منتشر شده است. بعضی از کشورهای جنوب شرقی آسیا به شدت آلوده هستند. در سال ۲۰۰۲ حدود یک میلیون مورد جدید عفونت ناشی از HIV در آسیا و منطقه اقیانوس آرام رخ داده است.

در خاور میانه و منطقه شمال آفریقا نیز فقط در سال ۲۰۰۳ حدود ۸۳۰۰۰ نفر دچار عفونت HIV شده اند.

در آفریقا که انتشار وسیع HIV طی اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوائل دهه ۱۹۸۰ آغاز شده است بر میزان بروز سالانه عفونت های ناشی از HIV همواره تا سال ۱۹۸۰ و از ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ افزوده شده است و احتمالاً در اواسط دهه ۱۹۹۰ میزان بروز عفونت ، در این منطقه باید به اوج رسیده باشد البته در آمریکای لاتین نیز پاندمی ، در اواخر دهه ۱۹۷۰ شروع شده ولی میزان بروز سالانه آن خیلی کمتر بوده است .

هرچند به نظر می رسد میزان بروز سالانه ایدز در آمریکای شمالی اروپا در اواسط ۱۹۹۰ به اوج رسیده است در کشورهای در حال پیشرفت و به ویژه در آسیا میزان بروز سالانه رو به افزایش خواهد بود .

وضعیت فعلی ایدز در آمریکا و اروپا :

موارد تخمینی HIV/ AIDS در بین افراد زنده ساکن قاره آمریکا تا پایان سال ۲۰۰۲ بالغ بر ۲۹۲۰۰۰۰ مورد می باشد که ۹۸۰۰۰۰ مورد آن مربوط به ایالت متحده و بقیه مربوط به آمریکای لاتین و کارائیب است و اغلب موارد بیماری در گروه های زیر رخ داده است :

۱ - مردان همجنس باز و دو جنس باز (Bisexual) ۷۰٪

۲ - معتادان تزریقی ۲۰٪

۳ - تماس یافتگان با جنس مخالف ۴٪

۴ - کودکان تولد یافته از مادران مبتلا ۱٪

۵ - مبتلایان به هموفیلی ۱٪

۶ - افرادی که تا قبل از سال ۱۹۸۵ تحت درمان با فرآورده های خونی قرار گرفته اند .

علیرغم اینکه قسمت عمده موارد ایدز بین مردان هموسکسوال رخ داده است ولی در شهرهائی نظیر نیویوریک که تعداد معتادان تزریقی زیاد است میزان موارد جدید ایدز در بین معتادان تزریقی بیشتر در بین مردان هموسکسوال میباشد که خود باعث انتقال آن به زنان و نهایتاً به شیرخواران و افزایش قابل توجه میزان بروز بیماری در سنین پائین گردیده است و حدود ۸۰٪ تمامی بیماران کمتر از سیزده ساله مبتلا به ایدز ، عفونت را از مادران خود کسب نموده اند و این زنان یا خود و یا تماس یافتگان جنسی با آنان دچار اعتیاد تزریقی بوده اند . حدود ۲۰٪ موارد ایدز در اطفال ، در رابطه با دریافت خون یا فرآورده های خونی و در مبتلایان به هموفیلی رخ داده است . در آمریکا همه گیری عفونت HIV در مردان هموسکسوال بسیار بالا است . البته اخیراً موارد جدید کمتر شده است .

در کشور آمریکا امروزه با کنترل خونهای اهدائی از میزان موارد ایدز ناشی از انتقال خون به شدت کاسته شده و در رابطه با دریافت یک واحد خون از ۱۴۰۰۰۰ به ۱۲۵۰۰۰۰ کاهش یافته است . شیوع عفونت ناشی از HIV در معتادان تزریقی در حد بالائی قرار دارد و مخصوصاً در بعضی از شهرهای آمریکا رقم آن به ۶۰ - ۵۰٪ این افراد می رسد و شواهدی دال بر اینکه همه گیری عفونتهای جدید در این گروه به اوج شدت خود رسیده باشد در دست نیست. در آمریکای لاتین اعتیاد تزریقی روبه افزایش است و ۴۰٪ موارد جدید عفونت ناشی از HIV در آرژانتین و ۲۸٪ موارد

در اوروگوئه در این افراد رخ داده است و بر میزان موارد عفونت درزنانی که معتاد تزریقی بوده و یا با شرکای جنسی آلوده در تماس هستند نیز افزوده شده است و در بعضی زندان های منطقه هندوراس ، شیوع مثبت بودن HIV در مردان زندانی در حدود ۷٪ گزارش شده است . در کشورهای با وضعیت اقتصادی خوب همه گیری HIV/ AIDS به سمت حاشیه نشین ها که از امکانات و اطلاعات بهداشتی کافی برخوردار نیستند تغییر مسیر داده است . در این کشورها طی سالهای اخیر ، تغییرات عمده ای رخ داده است به طوری که شروع درمان آنتی رتروویرال از سال ۱۹۹۵ باعث کاهش میزان مرگ ناشی از ایدز و افزایش طول عمر مبتلایان گردیده و در پایان سال ۲۰۰۰ بیش از ۵۰۰۰۰۰ نفر تحت پوشش این داروها بوده اند با این وجود بسیاری از این کشورها با اپیدمی های متمرکزی مواجه هستند ، مثلاً اعتیاد تزریقی در ایالت متحده یکی از راههای بارز انتقال HIV را تشکیل می دهد و حدود ۱۴٪ کل موارد را شامل می شود و شیوع مثبت بودن HIV در معتادان تزریقی اسپانیا در سال ۲۰۰۰ حدود ۳۰ - ۲۰ درصد و در فرانسه حدود ۲۳ درصد گزارش شده است و حال آنکه این رقم در کشور پرتغال در حدود ۵۰ درصد بوده است .

تغییر عمده دیگری که صورت گرفته است اینست که حدود ۵۹٪ موارد جدید عفونت HIV که در طی سال های ۲۰۰۱-۱۹۹۷ در بسیاری از کشورهای واقع در غرب اروپا گزارش شده است در رابطه با تماس های جنسی با جنس مخالف بوده و بیش از نیمی از ۴۲۷۹ مورد جدیدی که در سال ۲۰۰۱ در انگلستان رخ داده است مربوط به این گروه بوده در حالیکه آن رقم در سال ۱۹۹۸ فقط ۳۳٪ کل موارد را تشکیل می داده است و در ایرلند نیز میزان انتقال از طریق تماس جنسی مخالف از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۱ به چهار برابر افزوده شده است ولی در اسپانیا هنوز راه اصلی انتقال را اعتیاد تزریقی تشکیل داده و تماس هتروسکسوال ، مسئول یک چهارم موارد انتقال می باشد . در اروپای شرقی انتشار HIV به سرعت در حال پیشرفت است به طوری که در اوکراین اخیراً موارد قابل توجهی از عفونت در بین معتادان تزریقی در شهرهای حاشیه دریای سیاه گزارش گردیده . شیوع پائین عفونت در شوروی سابق از سال ۱۹۹۵ به بعد دستخوش تغییراتی گردیده است به طوری که بلاروس و مولداوی و فدراسیون روسیه و اوکراین ، افزایش بسیار بالائی در میزان موارد عفونت را ثبت نموده و مشخص شده که اغلب این موارد ناشی از اعتیاد تزریقی است . از طرفی هم اکنون موارد موجود در اوکراین به تنهایی بیش از چهار برابر مواردی است که حدود سه سال قبل در کل منطقه شرق اروپا وجود داشته است .

بر اساس آمارهای منتشر شده بوسیله UNAIDS در منطقه شرق اروپا و آسیای مرکزی در سال ۲۰۰۳ حدود ۲۳۰۰۰۰ مورد عفونت جدید تخمین زده شده است و لذا تعداد افراد مبتلای که در قید حیات هستند را به ۱/۵ میلیون نفر افزایش داده است و فدراسیون روسیه نیز طی سالهای اخیر افزایش روز افزونی را تجربه کرده و در عرض ۸ سال موج همه گیری به بیش از ۳۰ شهر بزرگ و ۸۶ منطقه از مناطق ۸۹ گانه آن کشور منتشر شده و حدود ۹۰ درصد موارد جدید ، در بین معتادان تزریقی رخ داده است همچنین موارد تخمینی در فدراسیون روسیه تا پایان سال ۲۰۰۳ در حدود یک میلیون می باشد .

بیش از ۱٪ جمعیت این کشورها دچار اعتیاد تزریقی هستند و لذا در معرض خطر عفونت HIV نیز

می باشند و این درحالیست که بعضی از افراد در معرض خطر را معتادان تزریقی ۱۴ - ۱۳ ساله تشکیل می دهند و در شهر مسکو حدود ۴۰٪ دانش آموزان دبیرستانی ، معتاد تزریقی بوده اند .
لیتوانی یکی از کشورهای منطقه است که با طغیان های عظیمی از عفونت HIV در زندانهای خود مواجه می باشند و در یکی زندانهای آن کشور حدود ۱۵٪ زندانیان آلوده بوده اند که خود حاکی نقش زندان درانتشار همه گیری در بسیاری از کشورهای منطقه است .
هرچند در فدارسیون و سایر کشورهای منطقه اعتیاد تزریقی در بین جوانان شایعترین راه انتقال HIV را تشکیل میدهد ولی انتقال ناشی از تماس با جنس مخالف نیز در کشورهای نظیر بلاروس و اوکراین از شیوع زیادی برخوردار است و در فدراسیون روسیه حدود ۳۰٪ زنانی که دچار اعتیاد تزریقی هستند بدکاره نیز می باشند .

وضعیت فعلی ایدز در آفریقا

در جنوب و مرکز آفریقا حدود یک سوم بالغینی که از نظر جنسی فعال هستند آلوده به ویروس AIDS می باشند و میزان مرگ و میر کودکان که در سایه ایمنسازی و سایر اقدامات پیشگیرنده طی دهه گذشته کاهش یافته بود به واسطه مرگ های ناشی از جهنگیری AIDS افزایش یافته و میزان مرگ بالغین طی یک بررسی پنج ساله به سه برابر افزوده شده است .
طبق تخمین WHO میزان مرگ و میر خام در کشورهای آفریقائی در صورت عدم وجود AIDS تا سال ۲۰۱۰ بیش از ۴۰٪ کاهش پیدا خواهد کرد و میزان مرگ کودکان و شیرخواران نیز به ۴۰ - ۳۵٪ کاسته خواهد شد ولی با وجود AIDS در همان حد قبلی باقی خواهد ماند و یا حتی افزوده نیز خواهد شد همچنین امید به زندگی در صورت عدم وجود AIDS از ۵۰ تا ۶۰ سال افزایش خواهد یافت در حالی که در زمینه پاندمی AIDS تا سال ۲۰۱۰ شاهد کاهش آن خواهیم بود و ضمناً پاندمی AIDS تاثیر چندانی بر رشد کلی جمعیت نخواهد داشت و این رقم را از ۳٪ به حدود ۲/۵٪ در سال ، کاهش خواهد داد .

لازم به ذکر است که عفونت ناشی از HIV نیز در غرب آفریقا و باوسعت کمتری در آنگولا و موزامبیک ، یافت می گردد و بیشترین شیوع آن مربوط به گینه بیسائو است که حدود ۱۰٪ افرادی که در سنین فعالیت جنسی هستند آلوده می باشند .

در مجموع بیش از دو سوم کل افرادی که در حال حاضر دچار عفونت ناشی از HIV هستند در جنوب صحرای آفریقا زندگی می کنند و ۸۳٪ موارد مرگ ناشی از ایدز را متحمل می شوند و عفونت از همان آغاز همه گیری از طریق تماس جنسی بین مرد و زن انتشار یافته است و این موضوع به آن معنی است که زنان در آفریقا بیش از سایر نقاط جهان آلوده می باشند و کلاً ۸۰٪ زنان HIV مثبت جهان را تشکیل می دهند . در مورد اطفال نیز وضع بهتر از آنچه که در مورد زنان ذکر شد نمی باشد زیرا حدود ۸۷٪ کودکان مبتلا به ایدز در جهان در این منطقه زندگی می کنند.
در بعضی از کشورهای پر جمعیت غرب آفریقا بیماری از شیوع بیشتری برخوردار است مثلاً در نیجریه رقم آلودگی ۱/۴ درصد ذکر شده است ولی از آنجا که ۱۱۸ میلیون نفر جمعیت دارد رقم

عظیمی را تشکیل میدهد و در واقع ۲/۲ میلیون نفر از مردم آن کشور را آلوده کرده است .

امروزه شدیدترین همه گیری های عفونت HIV در سطح جهان در واقع در کشورهای واقع در جنوب آفریقا حادث گردیده اند و این درحالیست که ویروس عامل ایدز ، همچنان سیر سریع و مخرب در آن منطقه ادامه میدهد و مثلاً در بوتسوانا میزان موارد طی پنج سال گذشته به دو برابر افزوده شده و ۴۳٪ زنان باردار که در سال تست شده اند از نظر HIV مثبت بوده اند .

بر اساس آمارهای منتشر شده بوسیله WHO, UNAIDS در اواخر ۲۰۰۳ این منطقه از جهان از بدترین وضعیت موجود برخوردار بوده و ۲۶/۶ از کل ۴۰ میلیون مورد تخمینی تا پایان سال ۲۰۰۳ را متحمل می شود که ۳/۲ میلیون مورد آن در سال ۲۰۰۳ رخ داده است و علاوه بر اینها طی همان سال حدود ۲/۳ میلیون نفر را از نعمت زندگی محروم کرده است . در این منطقه حدود ۱۰ میلیون نفر از افراد ۲۴ - ۱۵ ساله و ۳ میلیون نفر از کودکان کمتر از ۱۵ ساله مبتلا هستند و تنها چند میلیون از افراد مبتلای نیازمند داروهای آنتی رتروویرال تحت درمان قرار می گیرند و حتی میلیون ها نفر از مبتلایان هیچ دارویی به منظور درمان عفونت های فرصت طلب دریافت نمی کنند که خود نشان دهنده عدم کفایت پاسخ جهانی در مقابل این فاجعه انسانی است . در چند کشور واقع در جنوب آفریقا شیوع عفونت ناشی از HIV به بیش از ۳۰٪ افزایش یافته تا آنجا که این رقم در یوتسوانا ۳۸/۸ درصد در لسوتو ۳۱٪ در سوازیلند ۳۳/۴٪ و در زیمبابوه ۳۳/۷٪ می باشد و این درحالیست که بحران قحطی نیز در سه کشور اخیر مزید بر علت شده است .

البته روزنه امیدی مبنی بر کنترل اپیدمی در بعضی از این مناطق گشوده شده است و در جنوب آفریقا میزان شیوع HIV در زنان باردار از رقم ۲۱٪ در سال ۱۹۹۸ به ۱۵/۴٪ در سال ۲۰۰۱ کاهش یافته است و شیوع سیفلیس نیز از رقم ۱۱/۲ به ۲/۸ تنزل نموده است که خود نشان دهنده تاثیر برنامه های کنترلی و پاسخ دهی آنها است . این موفقیت بیشتر در زنان باردار کمتر از ۲۰ ساله مشاهده می شود و میزان عفونت در زنان باردار سنین بالاتر همچنان رو به افزایش است .

وضعیت فعلی ایدز در آسیا :

در آسیا انتقال HIV در اواخر دهه ۱۹۸۰ تنها در تعدادی از کشورهای منطقه آغاز شده ولی از آن پس به سرعت منتشر گردیده و این منطقه که به مدت چندین سال پس از آغاز جهانگیری ایدز ، عملاً مصون بنظر می رسید. سرانجام آلوده گردید. و همه گیری تا سال ۱۹۹۷ در سراسر منطقه گسترش یافت کشورهای واقع در جنوب شرقی آسیا به استثناء اندونزی ، فیلیپین و لائوس شدیداً آلوده هستند .

موارد تخمینی عفونت ناشی از HIV در کشور چین تا اوائل سال ۱۹۹۸ را بالغ بر ۴۰۰۰۰۰ مورد ذکر کرده اند. و در حال حاضر دوهمة گیری بزرگ در آن کشور در جریان است یکی در بین معتادان تزریقی منطقه کوهستانی جنوب غربی آن کشور و دیگری که اخیراً حادث شده است در بین افراد هتروسکسوال و بویژه در کرانه های دریا در شرق این کشور که روسپیگری به علت فقر مردم و فاصله اختلاف طبقاتی پدیدار شده است در جریان می باشد .

در هندوستان میزان موارد عفونت کمتر از ۱٪ کل افراد بالغ جامعه ، تخمین زده شده است که هنوز

در مقایسه با نسبت استاندارد بسیاری از کشورها در حد پائینی قرار دارد. ولی با این وجود این رقم ده برابر کشور چین می باشد و در حال حاضر تخمین زده می شود که حدود ۴ میلیون نفر با آلودگی به ویروس ایدز در این کشور زندگی می کنند که با توجه به جمعیت آن کشور این رقم بزرگترین رقم آلودگی به HIV در مقایسه با سایر کشورهای جهان است. آلودگی به ویروس ایدز در رانندگان کامیون و معتادان تزریقی بعضی از مناطق هند در حال افزایش است .

بعضی از کشورهای منطقه نظیر کامبوج و میانمار و تایلند و ویتنام میزان بالائی از عفونت را گزارش کرده اند. به طوریکه حدود ۲/۳ درصد بالغین تایلندی دچار عفونت هستند و این افراد یا جزو زنان روسپی یا مشتریان آنان و یا جزو معتادان تزریقی می باشند. ضمناً بر اساس گزارش پایان سال ۲۰۰۳ سازمان جهانی بهداشت در کامبوج تحت تأثیر اقدامات کنترلی مفید میزان شیوع موارد مثبت HIV از ۳/۳٪ در سال ۱۹۹۹ به ۲/۶٪ در سال ۲۰۰۲ کاهش یافته است .

السالوادور یکی دیگر از کشورهای واقع در جنوب شرقی آسیا است که از نظر عفونت HIV چهره پیچیده ای دارد. در کامبوج بیش از ۳٪ زنان حامله و یک شانزدهم سربازان و نیروی پلیس و یک دوم زنان روسپی دچار عفونت ناشی از HIV هستند . روسپیگری تجارتي ، همچنان شیوع زیادی دارد .

در میانمار نیز عفونت ناشی از HIV در زنان روسپی از ۴٪ در سال ۱۹۹۲ به ۲۰٪ در سال ۱۹۹۶ افزایش یافته و دوسوم معتادان تزریقی دچار عفونت HIV بوده و زنان باردار نیز در ۲/۲ درصد موارد آلودگی به این ویروس را نشان داده اند .

در سال ۲۰۰۲ حدود یک میلیون مورد جدید عفونت ناشی از HIV در آسیا و منطقه اقیانوس آرام رخ داده است و لذا در حال حاضر حدود ۷/۲ میلیون نفر دچار HIV/AIDS می باشند که نسبت به سال ۲۰۰۱ حدود ۱۰٪ افزایش داشته است ضمناً حدود ۴۹۰۰۰۰ نفر نیز طی سال گذشته در اثر ابتلا به ایدز تلف شده اند لازم به تاکید است که در منطقه مزبور حدود ۱/۱ میلیون نفر از افراد ۲۴ - ۱۵ ساله دچار عفونت ناشی از HIV می باشند .

پنهانکاری و عدم گزارش موارد در این منطقه محیط مساعدی را برای انتظار همه گیری فراهم کرده است . اطلاعات موجود حاکی از آنست که میزان عفونت ناشی از HIV در این منطقه خاور میانه و شمال آفریقا نیز روبه افزایش است چه بسا اپیدمی های پنهانی در حال وقوع باشد هر چند سیستم نظارتی بهتری در کشورهای ایران ، اردن ، لبنان ، سوریه وجود دارد که بر احتمال کنترل همه گیری می افزاید لازم به تاکید است که طغیان های چشمگیری از عفونت ناشی از HIV در بین معتادان تزریقی در نیمه از کشورهای منطقه و مخصوصاً شمال آفریقا و جمهوری اسلامی ایران رخ داده است .

عوامل مؤثر در انتشار عفونت ناشی از HIV در منطقه

(۱) مصرف فرآورده های خونی آلوده در اوائل دهه ۱۹۸۰ ورود ویروس به منطقه عمدتاً از طریق خون و فرآورده های خونی صورت گرفته و احتمالاً موارد معدودی از طریق رابطه جنسی وارد منطقه شده است .

(۲) همجنس بازی

همجنس بازی در این منطقه از موقعیت اجتماعی پسندیده و آشکاری برخوردار نیست و الگوی همجنس بازی با آنچه که در اروپا و آمریکا ملاحظه می شود تفاوت دارد به طوری که افراد همجنس باز ، در منطقه مدیترانه شرقی دارای شرکاء جنسی متعددی نمی باشند .

(۳) فحشا

فحشا در اغلب کشورهای منطقه غیر قانونی است ولی با اینحال کمابیش وجود دارد .

(۴) اعتیاد تزریقی

شواهدی از انتشار سریع عفونت در بین معتادان منطقه وجود دارد ولی با توجه به عدم دسترسی مقامات بهداشتی به این افراد آمار دقیقی از آنان در دست نمی باشد و بطور خلاصه در منطقه مدیترانه شرقی ، مذهب و معیارهای اجتماعی و فرهنگی وابسته به آن مردم را به احترام به نفس و اخلاق تعلیم داده و دعوت مینماید

وضعیت HIV در ایران :

اولین مورد آلودگی به HIV در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک هموفیلی گزارش شد . این کودک در اثر استفاده از فرآورده های خونی وارداتی به این بیماری مبتلا شده بود . در طی سالیان بعد موارد گزارش شده HIV رو به افزایش نهاد . اغلب موارد اولیه کسانی بودند که در اثر تزریق خون و فرآورده های خونی به این بیماری مبتلا شدند. اما سالیان بعد این بیماری در بین معتادان تزریقی در کشور شیوع پیدا کرد .

روند گزارش موارد HIV در طی سالیان اخیر در کشور رو به افزایش نهاده است تا ابتدای سال ۱۳۸۳ تعداد ۶۷۴۶ نفر آلوده به ویروس HIV در کشور گزارش شده است . از این تعداد تا کنون ۷۵۸ نفر فوت کرده اند و در ۲۱۴ مورد از اینها ایدز تشخیص داده شده است .

شایعترین گروه سنی مبتلا به HIV و ایدز در ایران گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال است . نسبت ابتلای جنسی ۹۵/۲ درصد در مردان و ۴/۸ درصد در زنان گزارش شده است . شایعترین روش انتقال HIV در کشور بصورت انتقال در بین معتادان تزریقی است (۵۸/۲ درصد) . در ادامه جدول و نمودارهای مربوط به وضعیت آلودگی HIV و ایدز در کشور آورده شده است .

در صورت نیاز برای کسب اطلاع بیشتر در خصوص وضعیت HIV/AIDS در کشور به جزوه آخرین اطلاعات و آمار منتشر شده توسط مرکز مدیریت بیماریها که در سه ماه یکبار منتشر می شود رجوع کنید .

راههای انتقال HIV :

ویروس ایدز تقریباً در تمام مایعات فیزیولوژیک بدن وجود دارد . این ویروس از خون، منی ، بزاق، ادرار ، CSF و عرق جدا شده است . این ویروس لنفوسیت های T دارای گیرنده های CD۴ را درگیر می کند .

بنابراین در هر جایی که این نوع لنفوسیت وجود داشته باشد قابل استخراج است .
اما علیرغم این موضوع فقط تماس با ۲ مورد از مایعات بدن عمدتاً آلوده کننده است و آن دو مورد هم تماس با خون و مایع منی در تماس جنسی است .

راههای اصلی انتقال HIV شامل این موارد هستند:

- ۱- انتقال از طریق تماس جنسی
- ۲- انتقال از طریق خون و فرآورده های خونی ، پیوند اعضا و استفاده مشترک از وسایل تیز برنده و یا به هر صورتی که خون یا ترشحات فرد آلوده به بدن فرد سالم برسد.
- ۳- انتقال از مادر به کودک

۱- انتقال از طریق تماس جنسی :

شایع ترین راه انتقال HIV در جهان ، انتقال از طریق تماس جنسی است . بیش از ۷۰ درصد کل موارد آلودگی به ویروس HIV در دنیا از این طریق آلوده شده اند.
اعمال و رفتارهای جنسی که ویروس از طریق آنها انتقال می یابد بیشتر شامل مقاربت مهملی و مقعدی است . احتمال انتقال HIV از طریق جنسی به عوامل متعددی مانند تعداد شرکای جنسی ، روش تماس جنسی ، میزان شیوع عفونت در جامعه و مرحله عفونت HIV ، وجود بیماریهای مقاربتی همراه و غیره بستگی دارد . احتمال انتقال ویروس از طریق تماس جنسی مقعدی بیشتر بوده و همچنین انتقال از مرد به زن ۲۰ برابر بیشتر از انتقال زن به مرد است . در مرحله حاد عفونت و در مرحله پیشرفته ایدز بیشترین میزان احتمال انتقال بیماری وجود دارد .

۱- در آمریکا انتقال غالب از طریق هم جنس بازی بوده ولی در کشورهای در حال توسعه انتقال غالب ، تماس جنسی بین مرد و زن (هتروسکسوال) است . شدت عفونت زایی از طریق جنسی از این الگو پیروی می کند که سکس آنال بیشتر از سکس واژینال و آن هم بیشتر از سکس دهانی موجب انتقال بیماری می شود . احتمال انتقال عفونت از طریق سکس آنال بین ۱ تا ۳ درصد و در سکس واژینال از ۰/۱ تا ۰/۲ درصد است .

۲- انتقال از طریق خون و فرآورده های خونی و استفاده از ابزار مشترک و وسایل تیز و برنده

به هر صورتی که ویروس یا خون یا مخاط یک فرد سالم تماس یابد ، احتمال انتقال آن وجود دارد . دومین راه انتشار HIV در دنیا و بخصوص در آسیا ، اروپای شرقی و آمریکای جنوبی استفاده از سوزن و سرنگ مشترک در بین معتادان تزریقی است . در ایران این روش شایعترین راه انتشار ویروس HIV است. دفعات استفاده از یک سوزن ، دفعات تزریق و شیوع HIV در جامعه از جمله عوامل تاثیر گذار در این موضوع هستند .

سرایت از طریق تزریق خون و محصولات خونی و پیوند اعضا دیده شده است. میزان حمله از طریق این راه بین ۹۰ تا ۱۰۰ درصد است. از هر ۱۲ میلیون واحد خون اهدایی در امریکا سالیانه ۱۸ مورد آلودگی به HIV نامکشف می ماند و این به دلیل دوران پنجره ای (window period) زمانی است که در این زمان علی رغم وجود ویروس در بدن، آنتی بادی علیه آن تشکیل نشده است. این دوران پنجره با تستهای Elisa و Westernblot بادی علیه آن تشکیل نشده است. این دوران پنجره با تستهای Elisa و Westernblot حدود ۲۲ تا ۲۵ روز است ولی با استفاده از P24Ag این مدت به ۵ روز کاهش می یابد. ابزار پزشکی و دندانپزشکی آلوده، تماس با خون و ترشحات فرد بیمار بدون رعایت احتیاطات لازم، استفاده از ابزار مشترک در جهات و ۰۰۰ می تواند موجب انتقال این بیماری شود.

۳- انتقال از مادر به کودک :

انتقال HIV از مادر به فرزند یکی دیگر از راههای انتقال بیماری است که می تواند در حین بارداری، در هنگام زایمان و زمان شیردهی صورت گیرد. احتمال انتقال از مادر به کودک در آفریقا ۳۰ تا ۴۰ درصد و در اروپا و امریکای شمالی ۱۵ تا ۲۰ درصد است. آمار سرایت در همه جا یکسان نیست. در کشورهای توسعه نیافته این رقم بالاترودر کشورهای توسعه یافته پایین تر است. بنظر می رسد امکان تداخل خون مادر و نوزاد به هنگام وضع حمل و عدم رعایت بهداشت نقش زیادی داشته باشد. خطر انتقال از مادرانی که در یکی از دو سوی طیف عفونت HIV (عفونت اولیه و ایدز) هستند بیشتر است. همچنین شرایطی مثل کوریوآمینونیت، زایمان زودرس، تاخیر در زایمان، کمبود ویتامین A، سن بالای مادر، استعمال دخانیات و سایر مواد مخدر مواردی هستند که موجب افزایش احتمال انتقال بیماری به نوزاد می شوند. بیش از ۹۰ درصد تمام موارد انتقال در طی ۲ ماه آخر بارداری اتفاق می افتد.

نکته: ویروس HIV از راههای زیر منتقل نمی شود بنابراین ایجاد ترس و وحشت در این

خصوص چندان منطقی نیست :

- ۱- دست دادن
- ۲- بغل کردن، بوسیدن
- ۳- نشستن کنار یک نفر
- ۴- در برخورد های اتفاقی با مردم در محیط های عمومی
- ۵- با خوردن و نوشیدن و یا استفاده از قاشق و چنگال در رستوران
- ۶- در استخرهای شنا و سایر اماکن عمومی

- ۷- تماس پوست سالم با مایعات و ترشحات بدن غیر از خون (خلط ، ادرار ، اشک ، بزاق ، محتویات معده و شیر مادر)

نکات بیشتری در خصوص انتقال ایدز

سرایت از طریق شغلی :

اگر چه پایداری ویروس HIV در خارج بدن بسیار کم است ، انتقال عفونت از بیماران آلوده به HIV به کارکنان بهداشتی شامل پزشکان ، دندانپزشکان ، پرستاران ، بهیاران ، بهورزان و حتی پرسنل خدماتی بیمارستانها هرچقدر کم اما محتمل است . پایداری ویروس HIV در خارج از بدن بسیار کم است .
مواجهه شغلی می تواند شامل موارد ذیل باشد .

- ۱- فرو رفتن ابزار تیزو برنده به بدن شامل needle stick
- ۲- مواجهه مخاطی با مواد آلوده (مایعات)
- ۳- آئرولیزه شدن خون در عملیات دندانپزشکی ، پاتولوژیک ، آزمایشگاه و
- ۴- ریختن مایعات آلوده بر روی پوست زخمی یا در ماتیت
- ۵- ریختن مایعات آلوده بر روی پوست سالم در سطح وسیع و به مدت طولانی

تمام مواد و مایعات زیرمی توانند آلوده کننده باشند .

- ۱- خون یا هرمایع دیگر بدنی که بطور ظاهری آغشته به خون باشد .
- ۲- تمام بافت های بدنی مرطوب
- ۳- ترشحات جنسی
- ۴- مایعات درون پرده های احشائی
- ۵- CSF

تماس پوست سالم با مایعاتی مثل بزاق ، ادرار ، مدفوع ، اشک ، محتویات معده ، خلط و شیر مادر بهیچ وجه با خطر انتقال ویروس همراه نیست .

احتمال سرایت درموارد needle stick و موارد مشابه حدود ۰/۳ درصد و احتمال سرایت در موارد تماس های مخاطی و پوستی که تماس تلقی می شود حدود ۰/۰۳ درصد است .

پیشگیری :

ایدز واکسن و درمان قطعی ندارد البته هم اکنون با توجه به وجود درمان های ضد رتروویروسی ، کیفیت و طول عمر مبتلایان به ایدز به طرز قابل توجهی بهبود یافته است. در هر حال استفاده از

روش های مناسب پیشگیری که موثر و کارا باشد اهمیت زیادی دارد کلیاتی در این خصوص در ذیل آمده است .

آموزش بهداشت :

هدف آموزش بهداشت در این بیماری عمدتاً بر تغییر رفتارهای مخاطره آمیز ، کاهش خطر تماس و انتقال ، کاهش اضطراب روانی - اجتماعی و کمک به بیماران در جهت تطابق با این مراقبت معطوف می باشد با توجه به وجود خطر بالقوه برای همه آحاد جامعه لازم است آموزش فراگیر صورت گیرد .

پیشگیری در سرایت از طریق جنسی :

برای پیشگیری از طریق جنسی باید موارد ذیل در نظر گرفته شود .

۱. افزایش آگاهی مردم
۲. تشویق به ازدواج و تحکیم مبانی خانواده
۳. امساک جنسی و یا کاهش شرکای جنسی متعدد و تشویق به خویشتنداری
۴. پرهیز از رفتارهای پر خطر جنسی مثل تماس با هم جنس ، تماس مقعدی و تماس جنسی بدون کاندوم
۵. استفاده صحیح از کاندوم در تماس های جنسی مشکوک
۶. درمان سایر بیماریهای دستگاه تناسلی و آمیزشی بموقع
۷. باید ازدواج در بین جوانان تسهیل و ترغیب گردد و با رعایت اصول تنظیم خانواده سن ازدواج کاهش یابد
۸. آموزش و مشاوره جوانان در معرض خطر و داوطلب برای جلوگیری از ابتلاء به رفتارهای مخاطره آمیز جنسی یابستی صورت گیرد .
۹. تبلیغ و تشویق سنت های اصیل و ارزشمند ، پایبندی به اخلاق و خانواده ، فرهنگ متعالی اسلام و باورهای دینی صورت گیرد.

بطور خلاصه اساس تزیین روش پیشگیری در انتقال از طریق جنسی پرهز از روابط جنسی مشکوک و در صورت وجود روابط جنسی مشکک استفاده از کاندوم است.

در پیشگیری سرایت از طریق سرنگ و سوزن در بین معتادان تزریقی باید موارد ذیل در نظر گرفته شود .

- ۱- توجه به جوانان در سطح اجتماعی
- ۲- مبارزه با اعتیاد در سطح جامعه

۳- استفاده از استراتژی کاهش آسیب (Harm Reduction) بعنوان یک راهکار اساسی برای کنترل بیماری در این گروه که شامل این موارد است:

- تشویق به ترک مواد
 - تشویق به عدم تزریق مواد و استفاده از داروهای جایگزین مثل متادون
 - تشویق به عدم شراکت در سرنگ و سوزن و در اختیار گذاری ابزار استریل تزریق و کاندوم
 - تشویق به ضد عفونی کردن ابزار تزریق با استفاده از وایتکس
- درواقع راهکار اساسی کنترل HIV در معتادان تزریقی برنامه های کاهش آسیب است.

تاریخ آخرین بروزرسانی 0931-21- 83:7 72 : 

هاری
تب مالت
سالک و کالاآزار
سیاه زخم
بیماری تب مالت
تب خونریزی دهنده کنگو - کریمه
LEPTOSPIROSIS
بیماری هاری
وبا
اسهال خونی
هپاتیت A و E
طغیانهای منتقله از راه آب و غذا
شیگلا
فلج اطفال
سرخک
سندرم سرخجه مادرزادی
دیفتری
مننژیت
سیاه سرفه
عوارض واکسیناسیون

جزام

تحقیقات انجام شده

تحقیقات در حال انجام