

## مسافرت بین‌المللی و عفونت HIV

### مقدمه

ناممکن است. مسافران آلوده به HIV به مراقبت‌های خاص بهداشتی، درمان‌های پیشگیری و ایمن‌سازی نیازمندند.

همه‌گیری عفونت HIV و نارسایی اکتسابی ایمنی (AIDS) در ارتباط با مسافرت‌های بین‌المللی، انتشار روبه‌افزایشی را یافته است.

مسافرت در مورد خطرات ابتلا به HIV در ایام مسافرت سؤال‌آنی دارند.

دولت‌ها در مورد ایزوله کردن مسافرت‌ها ورودی از بابت HIV، برنامه‌ریزی‌هایی دارند، و سازمان‌های جهانگردی و شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی، در اندیشه بیم از هم‌گسیختن سازمان‌های مسافرتی، برای جلوگیری از AIDS کوشش‌هایی میکنند.

این مقاله، اپیدمیولوژی جهانی AIDS و عفونت HIV را خلاصه کرده و احتمالات ابتلا به عفونت HIV را در ایام مسافرت‌های بین‌المللی بررسی نموده و مراکز انتشار HIV را به اینگونه مسافران می‌نمایاند و نیز جهت جلوگیری از ابتلا به آن پیشنهاداتی میکند، و بالاخره با توصیه‌های خود مشاورین طبی را جهت مسافرت بعدی که به HIV مبتلا هستند را آمادگی می‌بخشد.

گرچه عفونت ویروسی کاهنده ایمنی انسان (HIV) یک مشکل جهانی است، لیکن شیوع و الگوی آن از کشور به کشور دیگر فرق می‌کند.

بنابر این خطر ابتلا به عفونت HIV در مسافران بین‌المللی نیز، در قسمت‌های مختلف جهان متفاوت بوده و اصولاً به عادات رفتاری آنها بستگی دارد.

پرهیز هوشیارانه از آمیزش جنسی با معتادان و بدکاران میتواند خطر ابتلا جنسی عفونت HIV را واقعاً حذف و یا استفاده از کاندوم میتواند آنرا کاهش دهد.

محدود کردن استفاده ناسامان از داروهای تزریقی و عاداتیکه احتمال آسیب را میدهد: (خطرات دائمی که در انتقال‌های خونی وجود دارد) و نیز کسب راهنمائیهای کافی و طبی در جدا کردن دهنده‌های خونی از بابت HIV، و استریل کردن لوازم، میتواند خطر ابتلا به HIV از راه‌های تزریقی را کاهش دهد. جداسازی مسافران بین‌المللی مبتلا به HIV جهت محدود کردن گسترش جهانی آن، در استراتژی‌های بهداشت عمومی، عملاً پرخرج و

اپیدمیولوژی جهانی AIDS و عفونتهای HIV:

مجموعاً ۲۲۲۷۴۰ نمونه AIDS از ۱۵۳ کشور، از تمامی قاره‌ها تا اول مارس ۱۹۹۰ به سازمان بهداشت جهانی (WHO) گزارش شده است.

از این اطلاعات نباید نتیجه گرفت در کشورهاییکه هیچگونه گزارشی از AIDS نداده و یا کم داده‌اند، آلودگی به HIV نبوده و یا کم بوده است.

۱ مورد	صفر مورد	گزارش شده به WHO	موارد
۴۸	۴	۵۲	۴۱۵۱۸
۴۴	۰	۴۴	۱۴۷۱۵۹
۲۵	۱۲	۳۷	۵۸۸
۲۹	۱	۳۰	۳۱۵۸۱
۷	۷	۱۴	۱۸۹۴
۱۳۵	۲۴	۱۷۷	۲۲۲۷۴۰

تابلوی ۱- تعداد نمونه‌های AIDS، گزارش شده به سازمان بهداشت جهانی تا اول مارس ۱۹۹۰.

در کشورهای در حال توسعه، با امکانات محدود آزمایشگاهی و طبی و با کاستی‌های قابل توجهی در تشخیص و گزارش AIDS، مطالعات سرولوژیکی اندکی صورت گرفته است. اطلاعات موجود بر اساس گزارشات AIDS و شیوع سرمی HIV، اجازه تشریح مستدل الگوهای جهانی را میدهد (تابلوی ۱).

این الگوهای جدا و متمایز، احتمالاً مربوط به اختلافات زمان معرفی، انتشار وسیع و گسترده HIV و یا جوامع مختلف و شاخص‌های رفتاری آنها است.

در کشورهای الگوی ۱: جائیکه HIV

شروع به گسترش وسیع در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل ۱۹۸۰ داشته، بیماری AIDS، در مردان هموسکسوال و بیسکسوال (همجنس باز و دوجنس باز) از طریق جنسی نسبت به مردان هتروسکسوال بیشتر دیده میشود. انتقال تریقی راه اساسی انتقال در معتادان است.

بر اساس اطلاعات از دهندگان خونی داوطلب، در چنین ممالکی بیماران با سرم آلوده آن رویهمرفته ۱٪ است، با وجود این در بعضی از گروهها بدلیل رفتار خطر آمیز مردان همویابیسکسوال با شرکای هتروسکسوال و یا معتادان، شیوع سرمی ممکنست تا ۵۰٪ و بیشتر باشد.

این الگو در آمریکای شمالی، اروپای غربی، استرالیا، نیوزیلند، افریقای جنوبی و بعضی از مناطق شهری آمریکای لاتین دیده میشود. در بسیاری از کشورهای الگوی ۱، الگوی اپیدمیولوژیک هنوز تکمیل نشده است. مثلاً در بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین، انتقال HIV در میان هتروسکسوال‌ها که شرکای مولتیپل سکسوال دارند، از اواسط دهه ۱۹۸۰ آنچنان روبه توسعه است که این طریقه انتقال مقام اول را پیدا کرده است. در نتیجه این انتقال، آمریکای لاتین بعنوان الگوی ۱-۲ تجدید طبقه‌بندی شده است.

در کشورهای الگوی ۲: که گسترش روبه توسعه HIV احتمالاً از دهه ۱۹۷۰ شروع شده، بیشترین انتقالهای جنسی در میان هتروسکسوال‌ها قرار داشته و نسبت مردان به زنان تقریباً مساوی است. انتقال تریقی، در

مناطق که گروههای خونی بشکل روتین جهت یافتن آنتی بادی HIV، جداسازی نشده و از سوزن، سرنگ و دیگر لوازم غیراستریل استفاده میشود، اتفاق می افتد.

• همه گیری عفونت HIV و نارسائی اکتسابی ایمنی (AIDS) در ارتباط با مسافرت های بین المللی، انتشار روبه افزایشی را یافته است.

بطور کلی جمعیت با سرم آلوده در میان بزرگسالان، مخصوصاً در نواحی شهری، معمولاً بیشتر از ۱٪ و گاهی تا ۲۵-۵٪ میرسد. الگوی ۲- در افریقای مرکزی، شرقی، غربی و جنوبی و مناطقی در کارائیب دیده میشود.

در کشورهای الگوی ۳: جائیکه HIV از اواسط ۱۹۸۰ شروع شده است، اطلاعات و گزارشات جهت یافتن مهمترین طریقه انتقال بیماری AIDS، ناقص بوده است. سرم آلوده HIV در میان اشخاصی که رفتارهای در معرض خطر آلودگی دارند (مثل مردان و زنان بدکاره)، نسبت آلودگی پائین و در حد دهندگان خونی آمریکایی و اروپایی هستند (یک در چند هزار) ولیکن این سطح بخصوص در آسیای جنوب شرقی در حال افزایش است.

الگوی شماره ۳- شامل کشورهای آفریقای شمالی، خاورمیانه، اروپای شرقی، آسیا، اقیانوس آرام و مناطق روستایی آمریکای لاتین می باشد.

خطر ابتلا به HIV در مسافرت های بین المللی :

انتقال جنسی: احتمال ابتلا به HIV از طریق جنسی، به آلودگی شرکای جنسی، نوع و تعداد تماسهای جنسی بستگی دارد. گرچه ممکنست تعداد اینگونه افراد آلوده، در بعضی از کشورها بیشتر باشد، خلاصه وضعیت اپیدمیولوژیک قبلی روشن میکند که آینده پریمی از ابتلا به عفونت HIV در اثر تماسهای جنسی، در تمام دنیا وجود دارد.

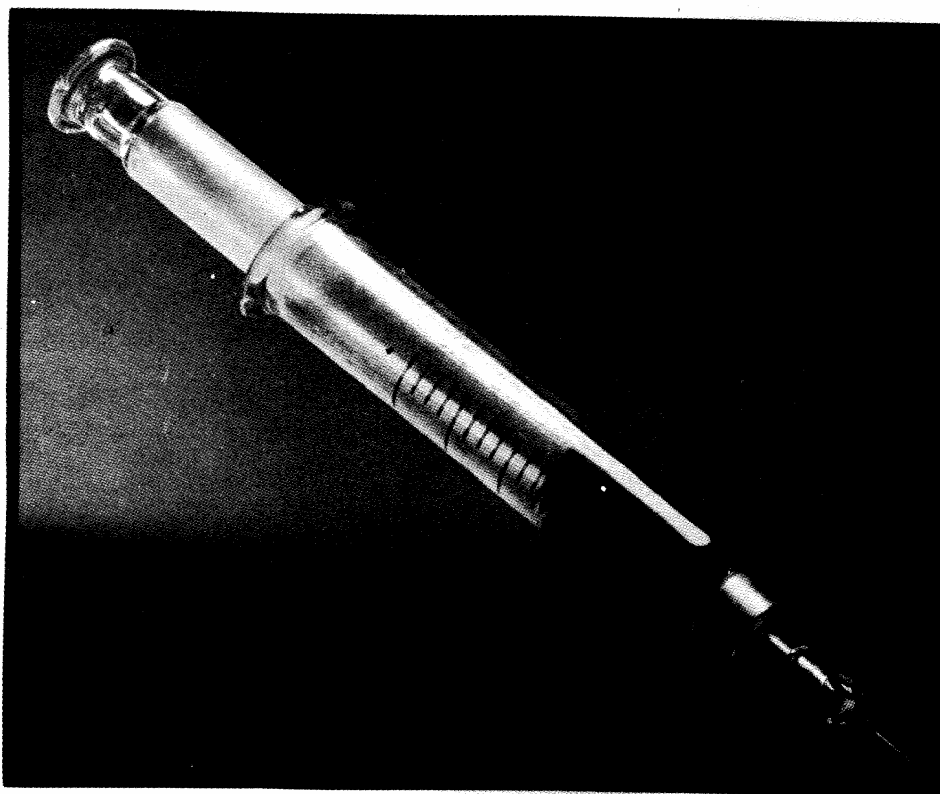
در مناطق مشخص شده به عنوان الگوی

۱- تماسهای جنسی با مردان هموویایی سکسوال، معتادان و بدکاره ها، دورنمایی با بالاترین احتمال آلودگی را مطرح میکند.

در مناطق الگوی ۲- تماسهای جنسی با هتروسکسوالها که شرکای جنسی زیادی داشته اند (بدکاره ها) آینده ناگواری هشدار داده میشود. در مناطقیکه HIV تثبیت شده است، افراد بدکاره (زنان و مردان) و دیگر اشخاصی که شرکای جنسی گوناگونی دارند، دارای بالاترین درجه آلودگی هستند. در آمریکا، عفونت HIV در میان زنان بدکاره ۳۰-۰٪ است. در لاس وگاس و فلوریدای جنوبی ۷-۰٪ و در میامی و NEWARK و N. J حدود ۵۷-۱۹٪ افرادی که سابقه تزریق وریدی مخدرها را دارند، آلوده اند. در اروپا، درصد آلودگی در زنان بدکاره ۲-۰٪ (در پاریس و لندن) و حدود ۱٪ در آلمان غربی است، و در حدود ۷۸-۳۰٪ افرادی که عادات به تزریق وریدی مخدرها را دارند، در ایتالیا، سوئیس و

این الگو عبارتند از: استکهلم ۳۰٪ - سیدنی ۳۹٪، بوئنوس آیرس ۲۹٪ و مکزیکوسیتی ۳۱٪. با وجود اینکه در سالهای اخیر آلودگیهای جدید HIV در بین مردان هموویسکسوال به شکل واضحی کاهش یافته

هلند آلوده‌اند. در مناطق شهری افریقای مرکزی، شرقی و جنوبی، درجه آلودگی در بین زنان بدکاره در حدود ۶-۹٪ و در افریقای غربی ۴-۳۹٪ است. مطالعات روی زنان بدکاره در آسیا و



است، شیوع عفونتهای قبلی باقی مانده نیز نسبتاً بالا است.

اقیانوس آرام در حدود ۶-۰ را نشان میدهد.

#### انتقال از راه تزریقی

۱- خون و فرآورده‌های خونی:  
با وجود اینکه در بعضی از مناطق جهان،

در کشورهای الگوی ۱- درجه سرم مثبت HIV (HIV Seropositivity) در بین مردان هموویسکسوال، در مناطق شهری آمریکای شمالی ۴۹-۷۰٪ و در دیگر مناطق

تزریق واحدهایی از خون جداسازی نشده که به احتمال قوی آلوده و سبب انتقال HIV میشوند، اجرا میگردد، امکان نیاز به چنین خونهایی در مسافرتها بین المللی اندک است و روشهای حفاظتی فرآورده های خونی در کشورهای پیشرفته در حال توسعه، بخصوص در مناطق بزرگ شهری در حال اجرا است. در آمریکا، حدود ۱ میلیون نفر در سال، هر نفر بطور متوسط ۲/۹ واحد خون دریافت می کنند، با این قیاس، در يك مسافرت بین المللی تعداد اشخاصی که بخون نیاز دارند ۱/۳ در ۱۰۰۰۰۰ در يك دوره ۲ هفته ای خواهد بود. از میان ۱۷۴۶ نفر پرسنل SIDA (آژانس گسترش بین المللی سوئد) که در روستاهای افریقا کار میکردند، تعداد بیمارانی که به بستری شدن فوری نیاز داشتند، ۱۰ در ۱۰۰۰۰ در دوره های دو هفته ای بود. تصادفات و عملهای جراحی که نیاز فوری به خون داشته باشند، نصف این تعداد (۵ در ۱۰۰۰۰) در يك دوره دو هفته ای بوده است. (ج - اشتاین بک - اطلاعیه پرسنلی ۱۹۸۷) شناسائی دهندگان خونی از بابت HIV، هم اکندن يك نیاز همگانی است و نه تنها در جهان صنعتی، بلکه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه اجرا میگردد. (اخبار منتشر نشده WHO، ۱۹۸۷) - بعنوان مثال در آفریقا، در شهرهای بزرگ بسیاری از ممالک، دهندگان خونی در يك یا چندین بیمارستان و کلینیک جداسازی میشوند، و نیز در آمریکای لاتین برنامه های جداسازی دهندگان خونی در بسیاری از مناطق بزرگ شهری و

پایتخت هاییکه HIV در آنجا شایع است، بطور وسیعی عمل میشود. در آسیا سرم آلوده HIV در میان دهندگان خونی فوق العاده نادر و یا صفر است، ولیکن ممالک آسیائی شروع به برنامه کلی جداسازی کرده اند.

• در بانکوک، جاییکه حدود ۶۰۰۰۰ معتاد وجود دارد، آمار شیوع عفونت HIV از تقریباً ۱٪ در اواخر ۱۹۸۷ به بیش از ۴۰٪ در اواسط ۱۹۸۹ رسیده است.

۲- سرسوزنها و سایر لوازم سوراخ کننده: (SKIN-PIERCING)

در کشورهای الگوی ۱- سرسوزنهای معتادان نقش عمده ای در انتقال HIV دارند. بهر حال در مناطق دیگر جهان، معتادان، اگر چنانچه در لوازم تزریق داروی همدیگر سهمی باشند، در مواجهه با خطر واقعی ابتلا به عفونت HIV قرار دارند. بعنوان مثال، چنین خطری در بانکوک، جاییکه در حدود ۶۰۰۰۰ معتاد وجود دارد، آمار شیوع عفونت از تقریباً ۱٪ در اواخر ۱۹۸۷ به بیش از ۴۰٪ در اواسط ۱۹۸۹ رسیده، يك امر جدی است.

لوازم طبی استفاده شده که به عفونت HIV، خون و یا دیگر مایعات بدن آلوده شده و کاملاً استریل نگردیده اند، در انتقال عفونت مؤثرند.

مثلاً در موردی، اخیراً ۴۱ کودک در شوری، در اثر استفاده مجدد از سرنگهای کاملاً استریل نشده بیماران، آلوده گردیدند.

در محیط های غیرطبیعی، لوازم سوراخ کننده پوست استفاده شده اگر به ازا هر استفاده، خوب استریل نشده باشند (مثلاً سوزنهای خال کوبی، طب سوزنی، اسباب استفاده شده گوش سوراخ کنی، تیغ ها و دیگر اسباب و آلات برنده) خطر انتقال را افزایش می دهند.

HIV، با روشهای استاندارد استریلیزاسیون یا عفونت زدایی (Disinfection) از قبیل اتوکلاو کردن و یا جوشاندن بمدت ۲۰ دقیقه، به آسانی غیرفعال میشود.

HIV از چه راههایی منتقل نمی شود:

مطالعات در سراسر جهان، انتقال HIV از راه تماسهای اتفاقی را رد میکند. مسافرت در مسیرهای معین همگانی، استفاده از حمام و ظروف همدیگر، دست دادن با فرد آلوده به HIV و نیز از طریق حشرات منتقل نمی شود.

• مسافرت در مسیرهای معین همگانی، استفاده از حمام و ظروف همدیگر، دست دادن با فرد آلوده به HIV، و نیز از طریق سرفه و عطسه، هیچگونه خطر آلودگی وجود ندارد.

آنچنانکه حملات آرتروپدی در بچه ها بالاست، درجه «نوع - سن» بیماری و عفونت HIV در الگوی «بیماریهای منتقله توسط آرتروپدها» نمی گنجد.

این درجات در آفریقا، در مناطق شهری بالاتر از مناطق روستایی است و مطالعات

سرولوژیکی انسانها وجود هر گونه ارتباط ما بین حضور آنتی بادی برای HIV و آرتروپروسها را رد میکند و بالاخره HIV در سلولهای با منشأ آرتروپدی تکثیر (Replication) خاص خودش را ندارد.

جداسازی HIV برای مسافران بین المللی:

مطابق آئین نامه های بهداشتی سازمان بهداشت جهانی، تنها سند بهداشتی که از مسافران بین المللی درخواست میشود، کارت معتبر واکسیناسیون تب زرد است. با وجود این، بعضی از ممالک، از مسافرینی که وارد میشوند کارت HIV-Negative خواسته و یا آنها را قرنطینه می نمایند. حداقل ۴۰ کشور، چنین طرحهایی را بعد از مدت ها پیگیری توسط WHO فراموش کرده اند. بهر حال حداقل ۵۰ کشور برای مسافران و ساکنین سیاستهایی در تشخیص AIDS و HIV دارند.

جلوگیری از پیدایش و گسترش عفونت HIV، در بسیاری از مناطق تحت پوشش WHO و دیگر کشورهای جهان، از طریق ممنوع الوورد ساختن کلیه مسافران خارجی، غیرممکن است، بویژه جهت کشورهایی که اینگونه مسافرتها یکی از راههای درآمد ملی است. تا زمانی که آلودگیهای قدیمی انفرادی با تست های سرولوژیک معمولی شناسائی نشوند، هیچگونه برنامه جداسازی، حتی شامل کلیه مسافران ورودی، موفق به جلوگیری کامل عفونت HIV نخواهد بود. با وجود این جداسازی گروههای با خطر کمتر (Low Risk)

(Groups) که اکثریت مسافران را تشکیل می‌دهند، احتمال شناسایی مثبت‌های کاذب را از مثبت‌های واقعی خواهد داشت. بعلاوه برنامه‌های جداسازی، مشکلات عظیم لجستیکی را مطرح خواهد ساخت که شامل: تصمیم‌گیری در مورد جداسازی مسافران بمحض ورود و یا چندین ماه بعد از آن (جداسازی منفی‌های کاذب در مراحل اولیه)، عدم تفکیک در مورد مسافرانی که منتظر جواب آزمایش هستند.



سازماندهی يك سری یافته‌های پیچیده، کنترل آزمایشگاهی و مسائل قانونی و اخلاقی، جداسازی مسافران بین‌المللی از بابت HIV، همچنین امکان دارد نتایج سویی برای بهداشت عمومی داشته باشد. مثلاً امکان دارد کشوری برای حمایت از شهروندان مسافر خود، نمونه‌های AIDS را گزارش ندهد، و در مسافران با گواهی بدون آیدز (AIDS-Free) يك حس کاذب اطمینان را

تولید کند (مثل اوایل ۱۹۹۰ که چنین گواهی «رسمی» را هیچ حکومتی صادر نمی‌کرد). بعلاوه، مخارج برنامه‌های جداسازی مهم است. در سال ۱۹۸۵ نزدیک به صد میلیون مسافر قانونی از مرزهای بین‌المللی گذاشته‌اند (انجمن توریسم جهانی - اطلاعات منتشر نشده). این در حالیست که میلیونها مسافر دیگر بطور خصوصی از مرزهای زمینی تردد داشته‌اند. تخمیناً از قرار ۱۰ دلار آمریکایی برای هر تست، مخارج جداسازی کلیه مسافران بین‌المللی رقم هنگفتی خواهد بود. این جداسازی علاوه بر اینکه عملی نیست، در هر حال میتواند کوششها و تدابیر اندک ولیکن موثرتر قبلی را منحرف کند.

هیئت متخصصین دعوت شده توسط WHO در مارس ۱۹۸۷ در خصوص برنامه‌های جداسازی مسافران بین‌المللی از بابت HIV، تاکید کرده‌اند که به هر قیمتی که شده، باید از انتشار آن هم در سطح جهانی و هم در سطح کشورهای خاص، جلوگیری کرد. جامعه بین‌المللی AIDS در جلسه سال ۱۹۸۸، در رابطه با آزادی مسافرت برای کلیه اشخاص آلوده به عفونت HIV، چنین موضع مشابهی را داشته است.

**پیشگیری از HIV برای مسافران بین‌المللی:**

در ارتباط با خطرات بالقوه مسافرت به مناطقی که شیوع بالایی از عفونت HIV دارند (از قبیل نیویورک، سانفرانسیسکو، زوریخ، آفریقای مرکزی و...) نگرانیهای زیادی تولید

شده است. باید به کلیه مسافران بین‌المللی، صرف نظر از اینکه مقصدشان کجاست، در ارتباط با پیشگیری از عفونت HIV توصیه‌هایی کرد. مضافاً، مسافران امکان دارد بابت انتخاب امکانات بهداشتی که تأمین‌کننده استریلیزاسیون کامل و جداسازی خون است، مایل به مشاوره با سفارت خانه و یا نمایندگی‌های خود در کشور مقصد باشند. گسترش پلاسمائی (بیشتر از خون) در مواقع اورژانس مفیدتر است.

کمیسیون پزشکی برای مسافران آلوده به HIV:

طبق گزارش سرویس‌های بهداشت عمومی آمریکا، در سال ۱۹۸۸، ۱/۵-۱ میلیون آمریکایی آلوده به عفونت HIV بوده‌اند. WHO تخمین زد که تا سال ۱۹۸۹، قطعاً نزدیک به ۵ میلیون نفر در جهان آلوده به HIV بوده‌اند. بنابراین میتوان انتظار داشت که مسافران بین‌المللی نیز افزایش داشته باشند. به اینگونه مسافران میتوان توصیه‌های فردی طبی را ارائه داد. همانند بقیه مسافران، پزشکان ابتدا باید ضرورت ایمونیزاسیون یا درمان‌های پیشگیری و نیز ضرورت توصیه‌های خاص (احتیاطاً «آبی - غذایی»، پیشگیری از گزش حشرات و غیره) را طرح کنند.

از زمانیکه بعلت کاهش سیستم ایمنی افراد به توصیه‌های اضافی نیاز پیدا میشود، پزشکان باید به این مسئله توجه کنند.

اگر بیماری نارسائی ایمنی دارد و یا ممکنست داشته باشد، مشاوره طبی خاصی شامل

تعمق در خطرات افزاینده ابتلا به بیماریهای عفونی و ویروسی از جمله بیماریهای ناشی از سالمونلاها، کریپتوسپوریدیها، و احتمال افزایش عفونتهای منجر به مرگ و میر بخصوص در کشورهای پیشرفته، باید صورت

**معتادان، اگر چنانچه در لوازم تزویق داروی همدیگر سهیم باشند، در مواجهه با خطر واقعی ابتلا به عفونت HIV قرار دارند.**

بگیرد. در ممالکی که این خطرات مشخص هستند و یا تدابیر پیشگیری در آنجا کافی و یا همراه با عوارض جانبی نامطلوب است، در کنار استفاده از ایمونیزاسیون بایک واکسن زنده و یا مصرف داروهای پیشگیری کننده، به مسافران توصیه میشود از مسافرت به بعضی و یا تمام این کشورها پرهیز کنند.

#### مراقبتهای طبی

اشخاص با بیماریهای علامتی از قبیل AIDS و بیماریهای وابسته به آن از مناطقی که مایل به دیدار آن هستند، برای اطمینان خاطر، باید از خط مشی و تسهیلات کشور میزبان در درمان بیماران مبتلا به AIDS و مراقبتهای طبی آن مطلع باشند (اطلاعات صحیح را میتوان از سفارتخانه، هیئت و کنسولگری مربوطه از آن کشور درخواست کرد).

با وجود این، بیماران با عفونت آشکار HIV را ممکنست در کشورها راه ندهند و یا در صورت تشخیص از آن کشورها بیرون کنند.



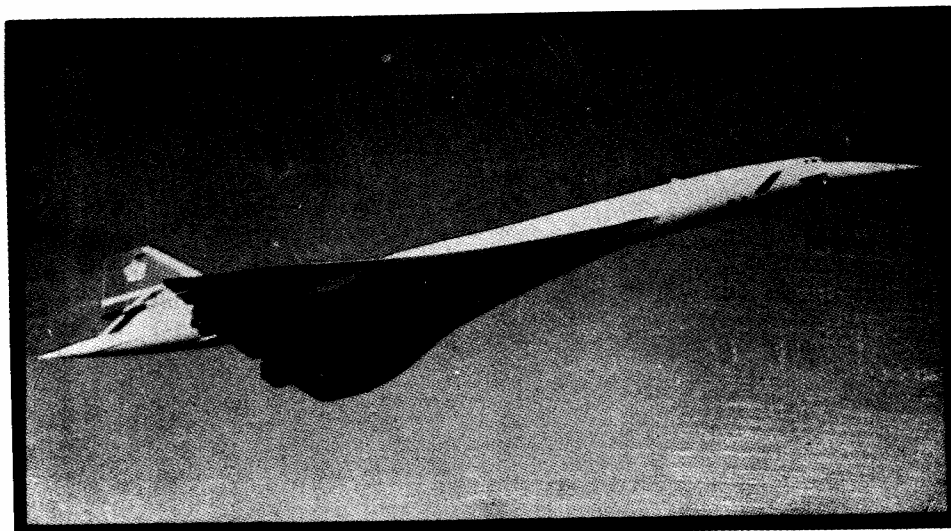
جلوگیری از بیماریهای «آب - غذا» و انتقال بیماری:

را برای حشرات محدود کرد.

سفارشات طبی جهت مسافران بین‌المللی که به کشورهای با استانداردهای پائین بهداشت

درمانهای پروبیلاکتیک:

دارو درمانی عادی، اخیراً برای مسافران



فردی و محیطی مسافرت میکنند، چنین است: آب را تا زمانی که نجوشیده، تست شیمیایی نشده و در بطریهای کربونیزه قرار نگرفته و نیز یخی را که از آب جوشیده بدست نیامده است مصرف نکنید. از سبزیجات و میوه‌جات نپخته و پوست نگرفته دوری کنید. کنسرو ماهی را حداقل ۴-۶ دقیقه بجوشانید و چنانچه از سلامت آن مطمئن نیستید، مصرف نکنید. با وجود اینکه مطالب فوق سفارشات عمومی برای افراد است، وجود سستی سمی‌های افزاینده از نوع ویبریو، افراد را به قبول آنها راضی میکند، بخصوص برای آنها یکه مشکل نارسائی (Immuno Suppressed) دارند. با استفاده از دافعین حشرات و لباسهای محافظت کننده، میتوان فضا

توصیه شده است. بهر حال، مسافران میتوانند جهت خود درمانی اسهال بمدت ۳-۵ روز از آنتی‌بیوتیک استفاده کنند. داروهای زیر نیز در درمان اسهال مفیدند: تری‌متوپریم - سولفامتو کسازول - (کوتریمو کسازول) - تری‌متوپریم، داکسی‌سایکلین و سیپروفلوکسازین. داروی اخیر به همراه کوتریمو کسازول احتمالاً بخاطر کنترل سالمونلا، مفیدتر است.

بهر حال، در بیماران مبتلا به AIDS، حساسیت فزاینده‌ای نسبت به داروهای سولفامید شرح داده شده است.

پودرهای مربوط به الکترولیت خوراکی (O.R.S) پیشنهادی WHO، جهت درمان

اسهال و جبران کاهش مایعات بدن حتماً باید به‌مراه برده شوند.

آنتی‌اسپاسمودیک‌ها از قبیل لوپراماید (Lopramide) نیز باید تهیه شود ولیکن برای جلوگیری از طولانی شدن علائم، باید

---

• مراقبین بهداشتی در مورد مسائلی از قبیل عادات جنسی بیماران خود، صرف‌نظر از اینکه مسافران بین‌المللی هستند یا نه، بایستی قادر به تفسیر و تحلیل روشن باشند.

---

عافانه مصرف شود، و نیز در اسهالهای التهابی از قبیل وجود خون یا مخاط در مدفوع، نباید به کار برده شود.

برای پیشگیری معمولی مالاریا، میتوان کلروکین را همراه برد. با وجود این، احتمال اثر کاهش ایمنوبیته (Immunosuppressive) این داروها باید شناخته شود.

برای تشخیص اینکه پلاسمودیوم فالسیپارم (P. F.) به درمان پیشگیری یا پیشنهادی با کلروکین مقاوم است، باید بر مبنای کارهای استاندارد انجام شده، مشاوره شود. پریمتامین - سولفادوکسین، بدلیل عوارض جانبی خود، کماکان در طب پیشگیری در اینگونه مالاریای ناشی از مناطق C.R.P.F (Falciparum) - Resistant - Plasmodium - Chloroquine جای ندارد. مفلوکین (Mefloquine) در پیشگیری و درمان پلاسمودیوم فالسیپارم مقاوم به سولفادوکسین - پریمتامین موثر است. در چنین مناطقی که

توصیه‌های پیشگیری از مالاریا لازم است، داکی سایکلین نیز برای بیماران مبتلا به AIDS مفید است (مثل مناطق روستایی تایلند). در صورت در دسترس بودن، پروگوانیل (Progoanil) مصرف روزانه‌اش و مقدار هفتگی کلروکلین بابت پیشگیری از ابتلا به (C. R. P. F.) در شرق آفریقا مفید است.

#### ایمونیزاسیون:

تدابیر در مورد ایمونیزاسیون اشخاص مبتلا به HIV، (کلاً) شامل همان تدابیر مسافرت است و باید با سنجش خطرات و سودهای ایمونیزاسیون بر علیه بیماریهای اکسنتیاسی واکسن (Vaccine-Preventable) اتخاذ گردند. واکسنهای سرولوژی برای هر دو نوع واکسنهای زنده و غیرفعال شده، در افراد مبتلا به HIV با توجه به ایمونوساپرسیون آنها، فرق میکند و واکسنهای ناخواسته در مورد واکسنهای زنده (B.C.G. و آبله) گزارش شده است.

در اشخاص با سیستم ایمنی ضعیف، عوارض جانبی واکسنهای غیرفعال شده (دیفتری - کزاز - تب حصه) قابل توجه نیستند و در مبتلایان به HIV میتوانند تجویز شوند.

در افراد با عفونت بدون علامت HIV، در مورد استفاده از واکسنهای زنده، مدرکی مبنی بر خطر جدی ارائه نشده، ولیکن احتمال آنرا باید در نظر داشت و به همین دلیل باید جانشین آنرا تهیه نمود. تزریق واکسن زنده مانند

واکسن تب زرد به افرادی که نقص سیستم ایمنیته دارند ممنوع است و همین موضوع درباره افرادی که عفونت علامتی HIV دارند صادق است. پرهیز از مسافرت به مناطقی که تب زرد در آنجا حضور آندمیک دارد، به اختیار شخص است. در خصوص واکسنهای پولیو و واکسنهای غیر فعال شده، بیشتر از واکسنهای رقیق شده باید استفاده شود. با وجود اینکه واکسن سرخک یک واکسن رقیق شده است باید به اشخاص با عفونت علامتی HIV با خیال راحت داده شده و مسافران غیرایمن HIV (HIV Infected Nonimmune) که به مناطق شایع سرخک (کشورهای پیشرفته) میروند، باید مد نظر قرار بگیرند. در خصوص ارائه کارت واکسیناسیون تب زرد، اگر چنانچه کشور میزبانی اصرار بورزد، پزشکان میتوانند با استناد به I.C.V. (International Certificate Vaccination) به مسافران گرفتار بخشودگی طبی بدهند، ولیکن باید روشن شود که چنین مسافرانی، همیشه از جانب کشورهای میزبان پذیرفته نمی شوند.

#### جلوگیری از انتقال HIV:

اشخاص مبتلا به HIV، باید از دادن خون، مایع منی (Semen) و بافت خودداری کرده و متوجه خطرات بالقوه شرکای جنسی خود بوده و اعمال سالم جنسی را مدنظر داشته باشند. همچنین باید احتیاط های بهداشتی را در مورد مسائل خونی و استفاده بیهوده از سوزنهای تزریقی بنمایند.

#### نتایج:

الگوهای جهانی و شیوع سرمی HIV از کشوری به کشور دیگر فرق میکند، ولیکن طرق انتقال و عادات رفتاری ای که اشخاص را در معرض خطر آلودگی به HIV قرار میدهد و نیز تدابیر جلوگیری از انتقال جنسی آن، گذشته از اینکه شخص مسافر یا مقیم باشد یکسان است.

مراقبین بهداشتی باید در مورد مسائلی از قبیل عادات جنسی بیماران خود (جهت حفاظت آنان) صرف نظر از اینکه مسافران بین المللی هستند یا نه، قادر به تفسیر و تحلیل روشن باشند. خطر ابتلا به عفونت HIV از سوزنهای و یا خون آلوده در مناطقی که HIV شایع است و جداسازی خونی برای (تهیه) آنتی بادیهای HIV کاملاً برقرار نیست، بالاست. بهر حال، این افزایش خطر آلودگی میتواند با مراقبتهای بهداشتی، در جاهایی که جداسازی معمولی خون انجام نمیشود، کاسته شود.

مسافرت بین المللی امروزه مثل زمان سابق سالم است، و نیز میتواند با شناخت از نوع ویروس، چگونگی انتقال آن و مراعات احتیاطات ساده بهداشتی در مورد رفتار جنسی، گواهی تزیقات و دریافت خون، از نظر ابتلا به AIDS هم سالم باشد.

#### مآخذ

Von Reyn, C.F. et al International travel and HIV infection  
Bulletin of the World Health organization  
68:251-256, 1990