

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا

(آنفلوانزای فصلی-آنفلوانزای پرندگان-آنفلوانزای پاندمی)

(بازنگری شده ۱۳۸۷)

Guidelines for Surveillance & control Of Influenza

Seasonal Influenza

Avian Influenza

Pandemic Influenza

مرکز مدیریت بیماری‌ها

اداره بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه‌ها

واحد آنفلوانزا و قرنطینه

۱۳۸۷

تالیف:

دکتر عبدالرضا استقامتی - دکتر محمد نصر دادرس - سعیده زاهد انارکی

زیر نظر:

دکتر محمد مهدی گویا

دکتر محمود سروش

گروه مخاطب این راهنما پزشکان و پرسنل بهداشتی و درمانی و تیم‌های مراقبت بهداشتی کشور می‌باشند

تقدیم به روح بلند مرحوم دکتر کامران حکیم زاده که یار سخت کوش ما
در تهیه و تدوین این مجموعه بودند

"همکارم"

زحمت و رنج تو ای همکارم
جز خدا هیچ نداند کسی
تو به من آموختی
با همه رنج و تعب، با همه سختی کار
می شود سعی نمود، می شود عاشق بود، عاشق کار...
می توان با همه کمبودها
در بر پرتو حق
چهره ای شاد نمود، غم بیماری را، از تنی پاک نمود...
من در این وقت عزیز
از صمیم دل خویش، خاشعانه گویم، همیارم
اجر تو با همه معنی ها با خدا، با خدا
یاد تو گر که نباشی بر ما، در دل ما
(شعر: بهنام قزلباش، قزوین)

"بلند آوازه"

بلند آوازه انسانی که رنج دوریش هرگز
پذیرفتن نشاید
بودنش همچون چراغی پر تاللو
در مسیر علم و دانش
عشق و احساسش به انسانها
چنان محکم که گویی سالها بر عرش رحمت ایستاده است
حکیمی از تبار خوب انسانها
بزرگی از بزرگان
صبوری از نیای آنکه در کنعان افق با دوچشمان
می شکافت تا که برتابد
رسد بر اوج عزت ها
رسد بر اوج بودن ها
خدایش بیامرزد

«محمود سروش»

باتقدیر و تشکراز:

-کلیه اعضای محترم کمیته علمی کشوری انفلوانزا
-کلیه کارشناسان برنامه مراقبت انفلوانزا در معاونتهای بهداشتی
دانشگاههای علوم پزشکی کشور

تقدیر و تشکر ویژه از:

آقایان: دکتر علی گل محمدی - دکتر محمد رضا صائینی - دکتر حمید
بختیاری - دکتر احسان پورمحمدیان - دکتر رضا فدایی - دکتر محمد رضا
پارسایی - دکتر محمد افشین عزیزاده - مهندس سید علی ورشوچیانی -
مهندس علیرضا رسایی - مهندس اسماعیل اختر - مهندس یداله
جعفری - مهندس فریدون سراوانی - مهندس سید جلال بطحایی - مهندس
فیض اله امینی
خانم ها: دکتر شیوا لقایی - فاطمه عابدی

پیشگفتار چاپ دوم:

فرم های شدید آنفلوانزای پرندگان یا به عبارت عامیانه آنفلوانزای مرغی بسیاری از مزارع ماکیان و سایر پرندگان را در چندین کشور از سال ۲۰۰۳ تاکنون آلوده نموده است. افرادی که در دنیا آلوده شده اند در تماس نزدیک و مستقیم با پرندگان آلوده بوده اند. شواهد قوی مبنی بر کسب توانایی انتقال آسان انسان به انسان توسط ویروس آنفلوانزای H5N1 در حال حاضر وجود ندارد. اما نگرانی مبنی بر ایجاد این توانایی و ترکیب با ویروسهای آنفلوانزای انسانی و ایجاد ویروس جدید همچنان در حال گسترش می باشد. این توانایی ویروس آنفلوانزای پرندگان (تغییر و ترکیب با ویروس آنفلوانزای انسانی) ترس ناشی از ایجاد پاندمی آنفلوانزای انسانی را افزایش می دهد.

گزارش فوری و هشدار زودهنگام، بررسی و تأیید سریع موارد، ثبت سریع و شفاف موارد، پاسخ سریع (شامل اقدامات کنترلی و مهار، مدیریت موارد، ایزولاسیون و قرنطینه، واکسیناسیون و...) اقدامات اساسی می باشند که بیشترین تأثیر را خواهند داشت.

در این راستا و براساس دریافت نظرات کارشناسی همکاران محترم در دانشگاههای علوم پزشکی کشور و همچنین آخرین یافته های مراقبتی و توصیه های بین المللی دستورالعمل مراقبت آنفلوانزا توسط همکاران و کارشناسان محترم و سخت کوش مرکز مدیریت بیماری ها مورد بازبینی و به روز رسانی قرار گرفته و تحت عنوان راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا ارائه می گردد .

امید است با رعایت و اجرای نکات ارائه شده در این راهنما همچنان فعالیت های مجدانه شما همکاران محترم بعنوان سد قابل اطمینانی مانع بروز و انتشار لجام گسیخته این بیماری در میهن اسلامی عزیزمان باشد.

دکتر امامی رضوی

معاون سلامت

۱۳۸۷

پیشگفتار چاپ اول:

پاندمی‌های آنفلوانزا از حوادث ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی هستند. این پاندمی‌ها سبب چندین بحران بهداشتی جهانی در طی قرن گذشته شده‌اند. اولین و شدیدترین این پاندمی‌ها باعث بیش از ۲۰ میلیون مرگ گردیده است. کارشناسان پیش‌بینی می‌کنند که پاندمی بعدی در هر زمانیکه اتفاق بیافتد با میزان مرگ و بیماری‌زایی بشدت بالایی همراه خواهد بود. پاندمی‌ها بدلیل ماهیتشان جهانی بوده و فقط تعدادی از کشورها احتمالاً از این مسئله مستثنی می‌باشند. در کشورهای در حال توسعه بدلیل کمبود منابع، فقر بهداشتی و تغذیه‌ای، عواقب پاندمی احتمالاً خیلی گسترده تر و شدیدتر خواهد بود.

هنگامی که پاندمی شروع گردد زمان جهت انجام بسیاری از فعالیتهای کلیدی و اساسی بسیار کوتاه خواهد بود. بنابراین برنامه‌ریزی و تکمیل فعالیتهای مقدماتی و اولیه بایستی در طی روند مناسبی آغاز گردد. پاندمی‌ها در چندین موج رخ داده و در طی یک تا دو سال خاتمه می‌یابند. بنابراین تلاش‌ها و فعالیتهای نیازمند تداوم در طی مدت زمان طولانی می‌باشند. به علاوه آمادگی جهت پاندمی آنفلوانزا، پاسخ به اپیدمی‌های سالیانه آنفلوانزا را بهبود می‌بخشد. دستورالعملی که در پیش‌رو دارید با توجه به توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و نظر کارشناسان آن سازمان مبنی بر خطر وقوع پاندمی آنفلوانزا در آینده‌ای نه چندان دور، توسط کارشناسان ارشد و با تجربه مرکز مدیریت بیماری‌ها در حوزه معاونت سلامت بر مبنای سیستم مراقبت بیماری‌ها به منظور آمادگی در مقابله با بیماری آنفلوانزا طراحی و تدوین گشته است. امید است با رعایت اصول مطرح شده و با همکاری و پشتکار کلیه سربازان سخت کوش و گمنام عرصه سلامت (بهداشت و درمان) و حمایت و پشتیبانی و مشارکت کلیه مسئولین دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، که همانا در راه اعتلای سلامتی و سربلندی ایران اسلامی گام بر می‌دارند، جسم و جان مردم سرافراز ایران از هر گزند و آسیبی دور بماند.

دکتر سید مؤید علویان

معاون سلامت

پرچم دار

خواب دیدم من شما را که دوش
ای عزیز، همکار من، ای سخت کوش
در پس پرده چه جایی داشتید
برتر از گوهر، بهایی داشتید
در جهان، همت نمودید و تلاش
در خفا کار خدایی داشتید
با همه سختی بدید نستوه به کار
پرچم سبز سلامت را شما افراشتید
آفرین بر غیرت و سعی شما
در کویر زندگی گل کاشتید
(بهنام قزلباش)

مقدمه

کلمه آنفلوانزا از زبان ایتالیایی در قرن پانزدهم به معنای "تأثیر ستارگان" گرفته شده است. در طی قرن بیستم سه پاندمی بزرگ و یک شبه پاندمی روی داده است. اولین مورد پاندمی در سال ۱۹۱۸ و ۱۹۱۹ بنام آنفلوانزای اسپانیایی A(H1N1) با میزان مرگی در حدود ۲۰ تا ۴۰ میلیون در کل دنیا روی داد و پس از آن آنفلوانزای آسیایی ناشی از نوع A(H2 N2) در سال ۱۹۵۷ شروع شد. پاندمی سوم با زیر گونه A(H3 N2) و معروف به آنفلوانزای هنگ‌کنگی در سال ۱۹۶۸ اتفاق افتاد و آنفلوانزای روسی ناشی از نوع A(H1 N1) در سال ۱۹۷۷ بروز کرد.

طی پاندمی آسیایی و هنگ‌کنگی تمام گروه‌های سنی درگیر بوده‌اند. میزان بالای مرگ و میر بخصوص در گروه سنی بالاتر از ۶۵ سال، اتفاق افتاد. افزایش مرگ و میر، همچنین در کسانی که بیماری زمینه‌ای طبی مثل بیماری‌های قلبی ریوی داشته‌اند، مشاهده شده است.

وقتی پاندمی واقعی ویروس در حال شکل‌گیری است، ممکن است قبل از هجوم نهایی ویروس جدید، موج‌های متعددی از طغیانها با یک دوره زمانی ۶ تا ۹ ماهه وجود داشته باشد. این موضوع دلالت بر این دارد که برنامه‌های پیشگیری شامل تهیه واکسن‌ها و داروهای ضد ویروسی، جهت این موج‌های ثانویه نسبت به موج‌های اولیه می‌تواند به نسبت بیشتری کاربرد داشته باشد، هر چند که در برنامه‌ریزی برای پاندمی‌ها بایستی احتمال گسترش بسیار وسیع از کانون اولیه فعالیت به علت افزایش مسافرت‌های بین‌المللی مد نظر باشد.

در هر پاندمی ممکن است تهاجم به سطوح مختلفی از گروه‌های سنی جامعه صورت پذیرد. خوش‌خیم‌ترین پاندمی وقتی بود که نوع ویروس A(H1N1) سال 1918، بدلیل نامعلوم مجدداً در سال ۱۹۹۷ ظاهر شد و اکثر کودکان و نوزادان را تحت تأثیر قرار داد.

در سال ۱۹۱۸، بالغین (سنین ۲۰ تا ۵۰ سال) به طور وسیعی تحت تأثیر قرار گرفتند. پاندمی سال‌های ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ تمام سنین را متأثر ساخته و با میزان وسیعی از مرگ و میر در گروه سنی بالای ۶۵ سال و افراد سایر گروه‌های سنی مبتلاء به بیماری زمینه‌ای همراه بوده است. حتی در زمانیکه میزان بروز آنفلوانزا کم بوده آنفلوانزا باعث ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ مورد مرگ در سال در انگلیس گردیده است. در فاصله سالهای ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۵ در ۵ اپیدمی بالغ بر ۲۰۰۰۰ مورد مرگ روی داده است و بیش از ۹۰ درصد این مرگ‌ها در افراد مسن بوده است. تقریباً سالیانه ۱۱۰۰۰۰ مورد بستری مرتبط با بیماری آنفلوانزا در امریکا صورت می‌پذیرد.

بهرحال، نگرانی فعلی در مورد پاندمی‌های آینده، شامل این حقیقت است که ظهور مسافرت‌های هوایی ممکن است گسترش گونه جدید ویروس را تسریع نماید.

در بین انواع ویروس‌های آنفلوانزا، نوع A قابلیت ایجاد زیر گروه‌های جدید را دارد و این نوع ویروس علاوه بر انسان توانایی ایجاد بیماری در برخی حیوانات از جمله پرندگان و اسب‌ها را نیز دارد. انواع B و C ویروس آنفلوانزا تنها در انسان قابلیت ایجاد بیماری را دارند. پاندمی‌های جدید از ویروس‌های موجود در پرندگان آبی (به طور عمده اردک‌ها) ناشی شده است.

به نظر می‌رسد قابلیت ایجاد یک زیر گروه جدید ویروس آنفلوانزای نوع A ریشه در توانایی آن در ایجاد بیماری در حیوانات دارد و ترکیبات ژنتیک جدید در حیوانات میزبان منجر به ایجاد زیر گروه‌های جدید ویروس با

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

ویژگی‌های خاص خود می‌گردد و از آنجاییکه سیستم ایمنی جمعیت‌های انسانی توانایی مقابله با این ویروس جدید را ندارند عفونت با سرعت بسیار زیادی گسترش یافته و در مدت زمان کوتاهی می‌تواند منجر به همه‌گیری جهانی گردد.

آثار و شواهد پاندمی انفلوانزای اسپانیایی در ایران :

بر اساس اسناد بدست آمده که در کتاب قحطی بزرگ و مرگ و میر در ایران مطرح گردیده است در سالهای ۱۹۱۷-۱۹۱۹ (۱۲۹۶-۱۲۹۸ هجری شمسی) با ورود بیماری انفلوانزای اسپانیایی به ایران در حدود نیمی از ساکنین مناطق آلوده فوت نموده اند. محمد علی جمال زاده، شاهد عینی، در کتاب فوق، این مصیبت را بدین گونه وصف نموده است: «اواخر جنگ جهانی بود که اواسط یک شب تاریک و مخوف سه سوار ترسناک که هریک شمشیر و شلاق بدست داشتند از محدوده شهر "شیراز" گذشتند و وارد آن شدند. یکی از آنها "قحطی"، دیگری "انفلوانزای اسپانیایی" و دیگری "وبا" بود. طبقات ضعیف تر جامعه پیر و جوان مانند برگهای پاییزی در اثر حمله این سواران بی رحم فرو ریختند. در هر گوشه و کنار اجساد مردگان بی صاحب پراکنده بود. بازارها و مغازه ها خالی و تعطیل بودند. دکتر و نه پرستار و نه دارو، هیچ یک موجود نبود.

بر اساس گزارش های ژنرال سایکس (منبع فوق الاشاره) وضعیت بدینگونه توصیف شده است: حمله مخوف انفلوانزا هم فاتحان و هم مغلوبان را از پا انداخت. از جمعیت ۵۰۰۰۰ نفری شیراز ۱۰۰۰۰ نفر جان خود را از دست دادند. صد ها نفر از مردم در کمال ناامیدی در مساجد ازدحام می کردند و در همانجا جان خود را از دست می دادند. نقطه دیگری از ایران که در آن انفلوانزا به طور همزمان شدت یافته بود شهر قزوین بود.

اصطلاحات

مراقبت: مراقبت به معنی جمع آوری مداوم و منظم اطلاعات مرتبط به یک واقعه بهداشتی و تجزیه و تحلیل آن و انجام مداخله مناسب به منظور تغییر در روند واقعه بهداشتی مورد نظر می باشد.

مراقبت دیده‌ور: مراقبت دیده‌ور به معنای جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌های تصادفی یا غیرتصادفی می‌باشد. این مراقبت به منظور تشخیص زود هنگام موارد بیماری یا بدست آوردن اطلاعات مشخص در خصوص روند یک بیماری یا رویداد بهداشتی به عنوان شاخص اطلاعات انجام می‌گیرد.

طغیان: طغیان افزایش مقطعی در بروز یک بیماری می‌باشد.

اپیدمی (همه‌گیری): وقوع بیشتر از حد انتظار طبیعی موارد یک بیماری یا یک رفتار بهداشتی خاص یا حوادث مرتبط به بهداشت در یک جامعه یا منطقه را اپیدمی می‌نامند.

پاندمی (جهان‌گیری): کلمه پاندمی بیانگر یک اپیدمی است که تمامی جمعیت جهان را درگیر نماید.

افراد در معرض خطر: به افرادی که بروز بیماری در آنان باعث عواقب و عوارض بسیار سنگین و شدید می‌گردد افراد در معرض خطر می‌گویند.

افراد در معرض تماس: به افرادی که بنا به دلایلی (از جمله شغل، فامیل بودن) بیشتر در معرض ابتلا به بیماری (تماس مستقیم یا تماس غیر مستقیم) قرار می‌گیرند افراد در معرض تماس گفته می‌شود.

تماس نزدیک: تماس نزدیک در معانی زیر می‌باشد:

۱- قرار گرفتن در فاصله کمتر از یک متر با بیمار یا ۲- افرادی که خدمات مراقبتی بهداشتی و درمانی را به بیمار ارائه می‌کنند یا ۳- زندگی مشترک با بیمار در یک منزل یا ۴- تماس مستقیم با ترشحات تنفسی بیمار.

فصل اول

مراقبت و کنترل آنفلوآنزای فصلی

(SEASONAL INFLUENZA SURVEILLANCE & control)

آنفلوانزا در ایران:

از سال (۱۳۴۷ شمسی) ۱۹۶۸ میلادی بخش ویروس شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان مرکز کشوری تشخیص آنفلوانزا در ایران همه ساله کوشش خود را در جهت جداسازی و مطالعه سرولوژیک آنفلوانزا به عمل می‌آورد.

از سال ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۷۶ ویروس‌های جدا شده در ایران شامل ویروس آنفلوانزای تیپ B و ویروس آنفلوانزای تیپ A(H3N2) بوده است.

شروع فعالیت‌های دیده‌وری در سال ۱۳۸۳:

در سال ۱۳۸۳ به عنوان اولین قدم در طراحی برنامه مراقبتی اقدام به نمونه‌برداری از موارد مشکوک به آنفلوانزا با هماهنگی با دوازده دانشگاه علوم پزشکی در موقعیت‌های مختلف جغرافیایی و جمعیتی و با در نظر گرفتن توان آزمایشگاهی دانشگاه‌های مزبور گردید که در این راستا نتایج زیر حاصل گردید:

تبریز: A(H3N2) – A(H1N1)

تهران: A(H3N2) & B

شیراز: A(H3N2) و A(H1N1)

همدان: A(H1N1)

بابل (ایستگاه دانشکده بهداشت): A(H3N2) و A(H1N1) & B

نتایج مراقبت دیده‌وری در سالهای ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۸۶ بیانگر نتایج زیر بوده است:

ویروس آنفلوانزای A(H1N1) و A(H3N2) و B

بیماری آنفلوانزا

تعریف

آنفلوانزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سردرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، گلودرد و سرفه تظاهر می‌کند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می‌یابد ولی سایر نشانه‌های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خود به خود بهبودی پیدا می‌کند. شناسایی بیماری معمولاً براساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته و موارد تک‌گیر آن را فقط با کمک روش‌های آزمایشگاهی می‌توان تشخیص داد. آنفلوانزا در افراد مختلف ممکن است از سایر بیماری‌های ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد. اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده و ممکن است نشانه‌هایی مثل سرماخوردگی، برونشیت، پنومونی ویروسی و بیماری‌های حاد غیرقابل افتراق دستگاه تنفسی را نشان دهد. اختلالات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ و اسهال) نیز بروز می‌کند ولی در کودکان ممکن است همراه با نشانه‌های ریوی باشد، در همه‌گیری آنفلوانزا با سوش‌های ویروسی A (H1N1) و B در حدود ۲۵ درصد کودکان در مدرسه‌ها مبتلا به عوارض گوارشی شده‌اند.

اپیدمیولوژی:

اهمیت آنفلوانزا در سرعت انتشار همه‌گیری‌ها، وسعت و تعداد مبتلایان و شدت عوارض آن، به خصوص ذات‌الریه ویروسی و باکتریایی می‌باشد. در همه‌گیری‌های بزرگ شکل شدید یا کشنده بیماری بیشتر نزد سالمندان و افرادی که به دلیل عوارض مزمن قلبی، ریوی، کلیوی، بیماری‌های متابولیک، کم‌خونی و یا نارسایی ایمنی ناتوان شده‌اند مشاهده می‌شود.

آنفلوانزا به شکل جهانگیر، همه‌گیری‌های وسیع، کوچک، منطقه‌ای و تک‌گیر مشاهده می‌گردد. در ۱۰۰ سال گذشته جهانگیری‌های بیماری در سال ۱۹۱۸، ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ اتفاق افتاده است. میزان حمله در همه‌گیری‌هایی که در اجتماعات بزرگ اتفاق می‌افتد معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ درصد است در حالی که در اجتماعات بسته مثل مدرسه‌های شبانه‌روزی و یا خانه سالمندان به ۵۰ درصد و بیشتر می‌رسد. همه‌گیری‌ها در مناطق معتدل بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیر بیشتر در ماه‌های بارانی سال اتفاق می‌افتد ولی این روند فصلی بروز همه‌گیری‌ها همواره ثابت نبوده و ممکن است موارد تک‌گیر و یا همه‌گیر بیماری در هر مکانی بدون ارتباط با فصل اتفاق افتد. نوترکیبی ویروس بین سروتیپ‌های مختلف ویروس A در خوک و انسان، پرندگان وحشی و اهلی، اردک و بوقلمون گزارش داده شده است. ویروس‌های آنفلوانزایی که جهانگیری‌های سال‌های ۱۹۱۸، ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ را به وجود آورده دارای ژن‌های بسیار نزدیک به ژن ویروس آنفلوانزای پرندگان بوده‌اند. برای اولین بار در دنیا ویروس آنفلوانزای انسانی در سال ۱۹۳۳ میلادی جداسازی گردیده است.

عامل عفونت:

ویروس آنفلوانزا از خانواده ارتومیکسوویریده است که سه تیپ A و B و C دارد. آنفلوانزای تیپ A با زیر گونه‌های (H1N1، H2N2، H3N2) توانسته است همه‌گیری‌ها و جهانگیری‌های بیماری را ایجاد نماید. تیپ B ویروس با میزان کمتری مسئول ایجاد همه‌گیری‌های منطقه‌ای یا گسترده و تیپ C در ایجاد

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

موارد تک‌گیر و همه‌گیری‌های کوچک موضعی نقش داشته است. تیپ‌های ویروسی به وسیله خصوصیات آنتی‌ژنی دو نوع پروتئین نسبتاً ثابت آنها، (نوکلئو پروتئین و ماتریکس پروتئین)، تشخیص داده می‌شوند. زیر گونه‌های آنفلوانزای A براساس خصوصیات آنتی‌ژنیک گلیکوپروتئین‌های سطحی آنها، (هماگلوتنین (H) و نورآمینیداز (N)) طبقه‌بندی می‌شوند. موتاسیون مکرر ژن‌های گلیکو پروتئین‌های سطحی ویروس‌های آنفلوانزای A و B منجر به ایجاد تیپ‌های گوناگون می‌شود که براساس منطقه جغرافیایی، شماره کشت و سال جدا شدنشان نامگذاری می‌شوند. تا کنون ۱۶ گونه هماگلوتنین (H) و ۹ گونه نورآمینیداز (N) برای تیپ A شناخته شده است.

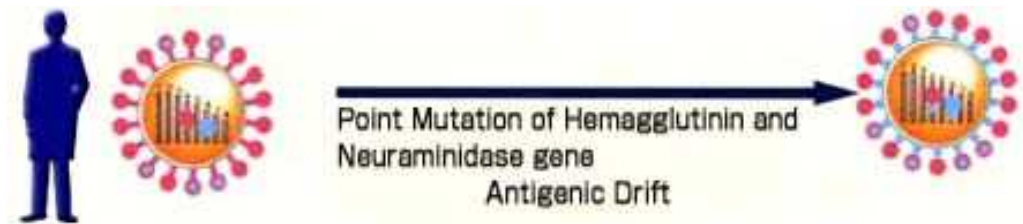
ایجاد زیر گونه‌های کاملاً جدید آنتی‌ژنی (antigenic shift) در فواصل نامنظم و تنها برای ویروس‌های آنفلوانزا اتفاق می‌افتد و همین تیپ‌های ویروسی جدید هستند که جهانگیری‌های بیماری را به وجود می‌آورند. این ویروس‌ها نتیجه ترکیب غیرقابل پیش‌بینی آنتی‌ژن‌های ویروس‌های آنفلوانزای انسان با ویروس‌های آنفلوانزای خوکی و یا پرندگان می‌باشند. تغییرات نسبتاً جزئی آنتی‌ژنی (antigenic drift) در ویروس‌های A و B به طور دائم همه‌گیری‌های مکرر و منطقه‌ای را ایجاد می‌کند و باعث می‌گردد که سالیانه ترکیب واکسن آنفلوانزا عوض شود.

تغییرات آنتی‌ژنیک ویروس آنفلوانزا:

یکی از نماهای مشخص و منحصر به فرد ویروس آنفلوانزا تغییرات مکرر در آنتی‌ژن‌های آن می‌باشد. این تغییرات به عنوان تغییرات آنتی‌ژنیک نامیده می‌شوند. تغییرات ساختمان ژنی ویروس منجر به عفونت‌های متغیر کوچک یا بدون مقاومت در جمعیت در معرض خطر می‌گردد. پدیده تغییرات آنتی‌ژنی دلیلی برای تداوم اپیدمی‌های بزرگ بیماری در جوامع انسانی می‌باشد.

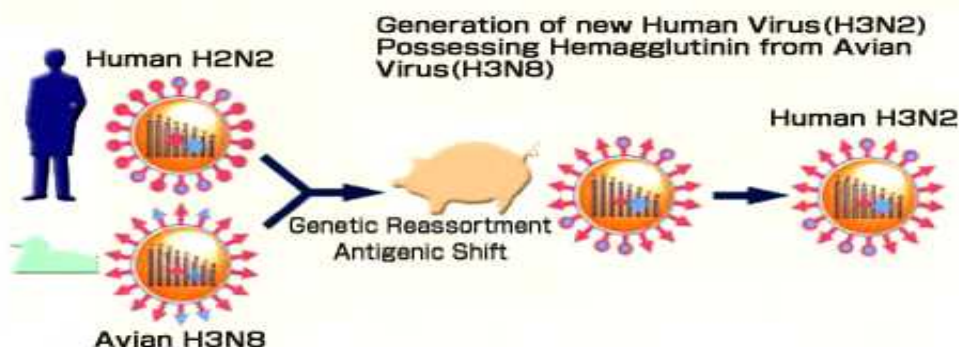
تغییرات آنتی‌ژنیک به طور اساسی به دو دسته دریافت و شیفت آنتی‌ژنیک تقسیم می‌شوند:

دریافت آنتی‌ژنیک (Antigenic Drift): به تغییرات کوچک که به طور مداوم در ویروس اتفاق می‌افتد اطلاق می‌گردد. (این تغییرات هر سال یا هر چند سال روی می‌دهد).



راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

شیفت آنتی ژنیک (Antigenic Shift): تغییرات عمده در ویروس آنفلوآنزا منجر به شیفت آنتی ژنیک شده و پاندمی وحشتناک را به علت ویروس‌های جدید که جمعیت انسانی نسبت به آن ایمنی ندارند ایجاد می‌کند. این تغییرات هر ۱۰ تا ۳۰ سال پس از چرخش ویروس در محیط ایجاد می‌گردد.



ترشح ویروس:

ویروس را قبل از شروع علائم بیماری (۲۴ ساعت قبل) در ترشحات دستگاه تنفسی فرد آلوده می‌توان شناسایی نمود. به طور معمول ویروس بعد از ۵ تا ۱۰ روز در ترشحات ویروسی فرد آلوده قابل گزارش نیست.

مخزن:

انسان مخزن اولیه ویروس‌های آنفلوآنزای انسانی است. حیوانات پستاندار مثل خوک و پرندگان احتمالاً به عنوان مخازن سروتیپ‌های ویروسی جدید برای انسان به دلیل نو ترکیبی ژنتیکی ویروس‌های انسانی و حیوانی، عمل می‌کنند. یک زیر گونه جدید ویروس آنفلوآنزا با آنتی ژن جدید می‌تواند از طریق ابتلای افرادی که فاقد ایمنی نسبت به آن هستند باعث ایجاد جهانگیری بیماری گردد.

روش انتقال:

مهم‌ترین راه انتقال ویروس در محیط‌های بسته پر جمعیت مثل اتوبوس از طریق هوا می‌باشد. از آنجا که ویروس آنفلوآنزا ممکن است ساعت‌ها در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط، زنده بماند انتقال ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز می‌تواند صورت گیرد.

دوره کمون:

این مدت کوتاه بوده و معمولاً بین ۱ تا ۳ روز است.

دوره واگیری:

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

دفع ویروس احتمالاً در بالغین بین ۳ تا ۵ روز بعد از بروز نشانه‌های بالینی بیماری و در کودکان تا ۷ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.

حساسیت و مقاومت:

وقتی که یک زیرگونه جدید ویروسی ظاهر می‌شود تمام کودکان و بالغین، غیر از آنهایی که هنگام بروز همه‌گیری قبلی با ویروسی مشابه از نظر آنتی‌ژنیک و یا نزدیک به آن آلوده شده‌اند، حساس خواهند بود. مصنوعیت تنها در مقابل همان سوش ویروسی که بیماری را ایجاد کرده به وجود می‌آید ولی دوام و قوام آن بستگی به تغییرات آنتی‌ژنی (antigenic drift) و دفعات آلودگی قبلی دارد. تزریق واکسن، آنتی‌بادی مربوط به ویروس‌های موجود در آن واکسن را ایجاد نموده و اگر شخص واکسینه شده تماس با سروتیپ مشابه سروتیپ‌های موجود در واکسن را داشته باشد، این تماس برای او جنبه یک تزریق یادآور را پیدا خواهد کرد. در همه‌گیری‌ها میزان حمله در گروه‌های سنی مختلف منعکس کننده میزان کسب ایمنی آنها در تماس‌های قبلی با سوش ویروسی مشابه است و به این دلیل در اغلب این همه‌گیری‌ها بیشترین میزان بروز را کودکان سن مدرسه دارند.

یافته‌ها و علائم بالینی:

۱- آنفلوآنزای بدون عارضه:

آنفلوآنزای بدون عارضه به طور مشخص با حمله ناگهانی علائم بعد از یک دوره کمون ۱ تا ۳ روزه شروع می‌شود. بسیاری از بیماران می‌توانند زمان شروع علائم را ذکر کنند. علائم عمومی غالب بوده و شامل تب، لرز، سردرد، درد عضلانی، بی‌حالی و بی‌اشتهایی می‌باشد. معمولاً درد عضلانی یا سردرد بیشترین علامت مشکل‌ساز است و شدت آن مرتبط با اوج تب است. درد عضلانی ممکن است در اندام‌ها و یا عضلات ناحیه پشت دیده شود. در کودکان درد عضلات ساق یا ممکن است به طور واضحی وجود داشته باشد. درد مفاصل به طور شایع دیده می‌شود. درد شدید در عضلات چشم می‌تواند به وسیله نگاه کردن به اطراف تشدید شود. علائم چشمی دیگر شامل اشک ریزش و سوزش چشم است. علائم عمومی معمولاً به مدت ۳ روز باقی می‌مانند.

علائم تنفسی شامل سرفه خشک، درد شدید گلو، انسداد و ترشح بینی است. این علائم به طور معمول در شروع بیماری وجود دارند اما تحت تأثیر علائم عمومی پوشانده می‌شوند. همچنین خشونت صدا و خشکی یا ناراحتی گلو ممکن است وجود داشته باشد اما این علائم وقتیکه علائم عمومی کمرنگ می‌شوند ظاهر شده و ۳ تا ۴ روز بعد از فروکش کردن تب باقی می‌مانند. سرفه اکثراً وجود داشته و سخت‌ترین علامت است و ممکن است همراه با ناراحتی یا سوزش زیر جناق سینه باشد. بالغین مسن ممکن است فقط تب بالا، سستی و گیجی بدون شکایات

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

تنفسی مشخص داشته باشند. به علاوه طیف گسترده‌ای از علائم در بالغین سالم وجود دارد (از علائم کلاسیک آنفلوانزا تا بیماری خفیف یا عفونت بدون علائم).

تب یافته بالینی بسیار مهمی است، تب معمولاً به سرعت تا ۳۷/۸ الی ۴۰ درجه سانتی‌گراد بالا رفته و اغلب در شروع بیماری به ۴۱ درجه سانتی‌گراد می‌رسد و همراه با افزایش علائم عمومی است. تب معمولاً مداوم بوده اما می‌تواند منقطع باشد (به‌خصوص اگر داروهای ضد تب تجویز شده باشد). در روز دوم یا سوم بیماری افزایش درجه حرارت معمولاً ۰/۵ تا ۱ درجه کمتر از روز اول می‌گردد و علائم عمومی کاهش می‌یابد. عموماً دوره تب ۳ روز است اما ممکن است ۴ تا ۸ روز طول بکشد. در تعداد اندکی از بیماران، پیک دوم تب در روز سوم یا چهارم اتفاق می‌افتد.

بیماری آنفلوانزای نوع B ممکن است تا اندازه‌ای خفیف‌تر از بیماری آنفلوانزای نوع A باشد. عفونت آنفلوانزای نوع C به شکل سرماخوردگی بدون تب دیده می‌شود.

در دو انتهای طیف سنی، تفاوت‌های عمده در بروز آنفلوانزا وجود دارد. خروسک همراه با عفونت ویروس آنفلوانزا فقط در کودکان روی می‌دهد. در میان بالغین مسن، تب یافته بسیار شایع و ثابتی است اگر چه شدت پاسخ به تب ممکن است کمتر از کودکان و بالغین جوان باشد. عوارض ریوی در بالغین مسن بسیار شایع‌تر از هر گروه سنی دیگری است.

بیماری آنفلوانزای بدون عارضه به طور کلی یک بیماری خود محدود شونده است. بهبودی به سرعت ایجاد می‌شود اما بسیاری از بیماران کاهش قوای جسمانی یا انرژی را برای یک هفته یا بیشتر دارند.

افتراق آنفلوانزا از سرماخوردگی		
علائم بالینی	آنفلوانزا	سرماخوردگی
علائم پیش درآمد	ندارد	یک روز یا بیشتر
شروع	ناگهانی	تدریجی
تب	۳۸/۳ تا ۳۹ درجه سانتی‌گراد	در بالغین نادر
سردرد	ممکن است شدید باشد	نادر
درد عضلانی	معمولاً وجود دارد و اغلب شدید	متوسط
خستگی مفرط	معمولاً وجود دارد	هرگز
خستگی/ضعف	ممکن است بیشتر از دو هفته باشد	متوسط
ناراحتی گلو	شایع	گاهی / اغلب
عطسه	گاهگاهی	معمولاً وجود دارد
التهاب بینی	گاهگاهی	معمولاً وجود دارد
سرفه	معمولاً وجود دارد و خشک	متوسط و منقطع / مزاحم

۲- آنفلوانزای همراه با عوارض:

بدنبال آنفلوانزا گاهی عوارض ریوی و غیرریوی بوجود می آیند.

۲-۱- **عوارض ریوی:** تظاهرات ریوی همراه با آنفلوانزا شامل پنومونی ویروسی اولیه، پنومونی باکتریال ثانویه، پنومونی همزمان باکتری و ویروس، پنومونی ویروسی لوکالیزه، کroup، تشدید بیماری ریوی مزمن و تکرار درگیری ریوی می باشد.

۲-۲- **عوارض غیرریوی آنفلوانزا:** میوزیت، میوگلوبینوری، عوارض قلبی، سندرم شوک توکسیک، عوارض سیستم عصبی مرکزی (سندرم گیلن باره، میلیت ترانسورس، آنسفالیت) و سندرم ری (Reye) می باشد.

تشخیص:

در هنگام استقرار بیماری، جداسازی ویروس یا بررسی آنتی ژن های ویروسی در ترشحات تنفسی بهترین تکنیک تشخیصی می باشد. ویروس همچنین بوسیله نمونه های تهیه شده بوسیله سواب بینی، سواب گلو، شستشوی بینی یا نمونه های بینی و گلو به طور اولیه جدا می گردد. تست های سرولوژی از قبیل ثبوت مکمل و ممانعت کننده های همآگلوتیناسیون برای تأیید تشخیص گذشته نگر عفونت آنفلوانزا بکار می روند. (جهت انجام این تستها احتیاج به دو نمونه است، یک نمونه دوران حاد بیماری و یک نمونه دوران نقاهت به فاصله ۱۰ تا ۲۰ روز از نمونه اول).

واکسن آنفلوانزا:

واکسن آنفلوانزا بیش از ۶۰ سال است که در دسترس بوده و تجربیات گسترده در طی این مدت ایمنی و اثر بخشی آن را بخوبی نشان داده است. در جمعیتی که در معرض خطر عوارض شدید بیماری آنفلوانزا است اثر واکسیناسیون در کاهش بستری و مرگ شناخته شده است. آنتی بادی تولید شده در بدن در مقابل یک نوع یا زیر گونه آنفلوانزا، در مقابل سایر انواع و زیر گونه ها اثر محافظتی ندارد و واکسن سالیانه براساس سوش های غالب شناخته شده ویرسی آنفلوانزای همان سال تهیه می گردد و بنابراین ذخیره واکسن جهت چندین سال منطقی نمی باشد. تهیه واکسن سالیانه محدود بوده و در همه نقاط دنیا به یک اندازه در دسترس نمی باشد. دو نوع واکسن شامل ویروس های کشته شده یا غیرفعال (به شکل تزریقی) و ویروس های زنده ضعیف شده به شکل اسپری جهت استفاده از طریق بینی هم اکنون در دسترس می باشد.

واکسن هایی که از سوش های شایع همان سال تهیه شده اند در افراد سالم ۷۰ تا ۹۰ درصد در پیشگیری از بیماری مؤثر می باشند. همچنین موارد بستری ناشی از آنفلوانزا را تا ۵۰ درصد کاهش می دهد.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

زمان ایده‌آل برای واکسیناسیون در نیمکره شمالی از شهریور تا نیمه مهرماه می‌باشد (ایران در نیمکره شمالی واقع می‌باشد) و در نیمکره جنوبی از نیمه خرداد تا نیمه مهرماه است. به طور متوسط حدود دو هفته طول می‌کشد تا پاسخ محافظتی آنتی‌بادی پس از واکسیناسیون در بدن فرد حاصل شود.

- بطور کلی واکسن آنفلوانزا جهت گروه‌های در معرض خطر (که ابتلا به آنفلوانزا در آنان با عواقب سنگین‌تری همراه است) و گروه‌های در معرض تماس (که به دلیل مشاغل خاص، بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری قرار دارند) تجویز می‌گردد.
- از آنجایی که تولید واکسن در دنیا محدود است و تنها ۵٪ جمعیت جهان دسترسی به واکسن دارند لذا بایستی واکسن را مطابق اندیکاسیون تجویز نمود.

افراد "در معرض خطر" بیماری آنفلوانزا شامل:

- ۱- بیماران ضعیف و ناتوان
- ۲- سالمندان (افراد بالای ۵۰ سال)
- ۳- ساکنین آسایشگاه‌ها و کارکنان آن
- ۴- بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (ریوی، قلبی عروقی، کلیوی و متابولیک)
- ۵- کارکنان حرفه‌های پزشکی و بهداشتی، بالخصوص افراد در تماس مستقیم با بیمار
- ۶- خانم‌های بارداری که سه ماهه دوم و سوم حاملگی آنان مقارن با فصل شیوع آنفلوانزا می‌باشد.
- ۷- کودکان و نوجوانان ۶ ماهه تا ۱۸ ساله‌ای که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین می‌باشند.
- ۸- مراقبین و سایر اعضای خانواده بیمارانی که جزو گروه در معرض خطر به حساب می‌آیند.
- ۹- کودکان ۶ ماه تا ۵۹ ماه

افراد "در معرض تماس" بیماری آنفلوانزا شامل:

- ۱- شاغلین مراکز بهداشتی و درمانی (مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی).
- ۲- نیروهای درمانی خدمت دهنده در منازل افراد در معرض خطر
- ۳- اعضای خانواده (شامل کودکان) افراد در معرض خطر
- ۴- شاغلین در اورژانس‌ها
- ۵- شاغلین در مراکز گردشگری که در تماس نزدیک با افراد در معرض خطر می‌باشند.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

واکسیناسیون گروه‌های فوق برای کاهش سرایت ویروس آنفلوانزا به افرادی که جزو افراد در معرض خطر هستند توصیه می‌گردد

"واکسیناسیون مادر منعی جهت شیردهی به نوزاد نمی‌باشد."

روش و میزان تجویز واکسن:

راه تزریق واکسن بر حسب راهنمایی کارخانه سازنده، بصورت زیر جلدی یا عضلانی عمیق (ناحیه عضله دلتوئید در بزرگسالان و ناحیه قدامی خارجی ران در کودکان زیر ۲ سال) می‌باشد. میزان یک نوبت واکسن در هر سال (اوایل پاییز) از واکسن کشته شده به نظر می‌رسد برای بالغین کافی باشد. میزان دوز واکسن در بالغین و کودکان بالای ۱۳ سال یک دوز 0.5 میلی‌لیتری و در کودکان گروه سنی ۱۲-۴ سال که برای اولین بار واکسن را دریافت می‌کنند ۲ دوز 0.5 میلی‌لیتری به فاصله ۶-۴ هفته و در کودکان ۶ ماهه تا ۴ ساله که برای اولین بار واکسن را دریافت می‌نمایند ۲ دوز 0.25 میلی‌لیتری بفاصله ۶-۴ هفته می‌باشد.

- واکسن آنفلوانزا باید در دمای ۸-۲ درجه سانتی‌گراد در طبقه میانی یخچال مخصوص واکسن نگهداری گردد.
- واکسنی که در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرد شامل ویروس‌های کشته شده یا غیرفعال بوده و به شکل تزریقی می‌باشد.
- ذکر این نکته ضروری می‌باشد که واکسیناسیون کلیه کارمندان یک مجموعه به علت بروز احتمالی عوارض و غیبت همزمان کارمندان از محل کار نباید به طور همزمان انجام پذیرد.

پیامدهای نامطلوب متعاقب واکسیناسیون با واکسن آنفلوانزا:

این واکسن عموماً عارضه چندانی ندارد. افرادی که به تخم‌مرغ حساسیت دارند نباید این واکسن را دریافت نمایند. زیرا این واکسن از ویروس‌های رشد یافته در محیط تخم‌مرغ تهیه می‌گردد. همچنین افرادی که به اجزای واکسن حساسیت دارند نیز با نظر پزشک باید واکسینه شوند. شایع‌ترین عارضه جانبی این واکسن احساس سوزش در ناحیه تزریق واکسن می‌باشد. در ۲۵ درصد موارد قرمزی و اندوراسیون (سفتی) موضعی و حالت کسالت و درد عضلانی (به مدت ۲-۱ روز) مشاهده می‌شود. ۱ تا ۲۰ درصد موارد بدنال واکسیناسیون تب و علائم عمومی ایجاد می‌شود که ۸ تا ۱۲ ساعت پس از تزریق به حداکثر شدت خود می‌رسد. عوارض جدی مانند واکنش‌های حساسیتی شدید و یا سندرم گیلن‌باره (کمتر از یک تا دو مورد در یک میلیون دریافت کننده واکسن) ندرتاً دیده می‌شود.

در هنگام برخورد با پیامد های نامطلوب متعاقب واکسیناسیون با واکسن آنفلوانزا باید براساس دستورالعمل سیستم گزارش دهی عوارض ناشی از واکسن (AEFI) از انتشارات اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه ها - مرکز مدیریت بیماری ها اقدام نمود.

داروهای ضد ویروسی مورد استفاده در آنفلوانزا :

داروهای ضد ویروسی می‌توانند به عنوان مکمل پروفیلاکسی و درمان بکار برده شوند. برای کلیه افراد در معرض خطر می‌بایست واکسن آنفلوانزا تزریق گردد و در صورت عدم مصرف واکسن از دارو نیز می‌توان بعنوان پیشگیری در این گروه استفاده نمود. در صورتیکه فرد در معرض بیماری نبوده و بیمار نیز نشده است درمان پیشگیری در آنها حداقل برای چندین ماه (تا زمان اتمام طغیان یا اپیدمی یا پاندمی) ادامه خواهد یافت (پیشگیری اولیه) و در افرادی که در معرض بیماری بوده‌اند درمان پروفیلاکسی به مدت ۷-۱۰ روز تجویز می‌گردد (پیشگیری ثانویه).

• داروهای ضد ویروسی اثر واکسن آنفلوانزا را از بین نمی‌برند.

گروه‌های زیر سود بیشتری از داروهای ضدویروسی خواهند برد:

- * افرادی که ریسک بالایی جهت بیمار شدن و مرگ ناشی از آنفلوانزا دارند شامل:
الف- بیماران قلبی یا ریوی شدید از جمله فیروز کیستیک
ب- بیماران با نقص ایمنی از جمله بیماران ایدز و بیماری‌های بدخیم مانند لوسمی و لنفوم یا بیمارانی که تحت عمل پیوند استخوان یا اعضاء قرار گرفته‌اند. کمپروپیلاکسی تا زمان تأثیر واکسن (به عنوان مثال تا ۱۴-۱۰ روز) ادامه می‌یابد.
- * افراد دچار نقص ایمنی که به دلیلی (مثلاً حساسیت به تخم مرغ) قادر نیستند واکسن آنفلوانزا دریافت نمایند.
- * افراد با ریسک بالا که واکسن آنفلوانزا در آنها ممنوع است مانند واکنش‌های آنافیلاکتیک شدید به ترکیبات واکسن و یا حساسیت به تخم مرغ (در حال حاضر واکسن در تخم مرغ تهیه می‌گردد).
- * افرادی که مراقبت از بیماران با ریسک بالا را بر عهده دارند و در زمان مقرر واکسینه نشده‌اند.
- * اعضاء واکسینه نشده فامیل که در تماس با بیماران غیرواکسینه در معرض خطر قرار دارند بخصوص اگر کودکان بیمار در فامیل وجود دارد.

چهار داروی ضدویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوانزا مطرح شده اند شامل:
آمانتادین (AMANTADINE)، ریمانتادین (RIMANTADINE)، زانامیویر (ZANAMIVIR) و اوسلتامیویر (OSELTAMIVIR).

- آمانتادین و ریمانتادین برای مقابله با ویروس آنفلوانزای نوع A تجویز می‌گردند.
- زانامیویر و اوسلتامیویر دو منع کننده نورآمینیداز هستند که برای هر دو نوع آنفلوانزای A و B بکار می‌روند.
- زانامیویر به عنوان پیشگیری مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

- هر چهار داروی ضدویروس در صورتیکه در ۴۸ ساعت اول پس از شروع علائم مورد استفاده قرار گیرند، می‌توانند طول دوره آنفلوانزا را کوتاه نمایند.
- این داروها از لحاظ عوارض جانبی و اثرگذاری بر روی سینین مختلف و هزینه، متفاوت هستند.
- این داروها به هیچ وجه نباید بدون تجویز پزشک مصرف شوند زیرا اثر گذاری آنها بر روی عفونت‌های ویروسی دیگر سودمند نیست.

در هنگام برخورد با عوارض ناشی از دارو باید نسبت به گزارش عوارض بر اساس دستورالعمل‌های معاونت دارو و غذا- اداره ثبت عوارض ناخواسته دارویی اقدام نمود.

الف- داروهای منع کننده نورآمینیداز:



از این دسته دارویی، داروی اوسلتامیویر در لیست دارویی کشور (به شکل کپسول سولفات اوسلتامیویر ۷۵ میلی گرمی و سوسپانسیون فسفات اوسلتامی ویر) وجود دارد. این دارو بر ویروس‌های آنفلوانزای A و B مؤثر است و حتی بر اغلب زیر گونه‌های شناخته شده آنفلوانزای پرندگان نیز تأثیر دارد. دارو را باید طی ۴۸ ساعت اول شروع علائم بیماری آغاز نموده و به مدت ۵ روز ادامه دهیم. مدت زمان استفاده از این دارو جهت پروفیلاکسی بنا بر شرایط، متغیر و بطور متوسط ۷-۱۰ روز می باشد. (در مرحله شروع پاندمی، پروفیلاکسی دارویی بمدت ۲۰ روز می باشد).

حدود ۱۰٪ بیماران طی مصرف اولین دوز اوسلتامیویر، مخصوصاً زمانی که با معده خالی مصرف شود ممکن است دچار حالت تهوع خفیف گردند. از طرفی مصرف همزمان مواد غذایی تأثیری بر میزان جذب دارو ندارد و لذا توصیه شده است این دارو را همراه با غذا تجویز نماییم. مقاومت نسبت به اوسلتامیویر در ۳٪ موارد گزارش شده است.

ب- داروهای منع کننده پروتئین M2:

این داروها که شامل ریمانتادین و آمانتادین هستند از نظر شیمیایی با یکدیگر مرتبط بوده و باعث منع پروتئین M2 در ویروس آنفلوآنزای A می گردند. درمان با این داروها باید در عرض ۴۸ ساعت اول شروع علائم بالینی، آغاز شود و به مدت ۵-۲ روز ادامه یابد.

- طی مصرف آمانتادین ممکن است اختلالات خفیف دستگاه اعصاب مرکزی نظیر اشکال در تمرکز و اختلال خواب، عارض شود.
- آمانتادین باعث کاهش آستانه شروع صرع می گردد و لذا در بیماران با سابقه تشنج، نارسایی کلیه، افراد با سن بالای ۶۵ سال و کودکان دوز آن باید تعدیل گردد.

کنترل و مهار:

الف- پیشگیری:

۱- آموزش و اطلاع رسانی: مردم و کارکنان خدمات بهداشتی باید نسبت به رعایت بهداشت شخصی به خصوص در مورد سرفه و عطسه کردن بی حفاظ و انتقال ویروس از طریق دست های آلوده به ترشحات مخاطی آشنا گردند.

۲- استفاده از واکسن

۳- استفاده از داروهای ضدویروسی پیشگیری کننده

ب- کنترل بیماران، تماس ها و محیط:

۱- گزارش به مسئولین بهداشتی منطقه: از طریق گزارش به موقع بهتر می توان از انتشار

بیماری جلوگیری نمود.

۲- جداسازی بیماران:

چنانچه بیماری فرد مشخص شده باشد جدا سازی راه موثر کنترل بیماری در پیشگیری از انتشار بیماری می باشد ولی انجام این عمل در اغلب موارد به دلیل تأخیر در تشخیص بیماری و شباهت بیماری با سایر بیماریهای تنفسی با تاخیر صورت می گیرد. در همه گیری ها به دلیل افزایش تعداد بیماران جدا کردن آنهايي که به نظر می رسد مبتلا به آنفلوآنزا هستند به خصوص نوزادان و کودکان، بسیار مناسب بوده و بهتر است که ۵ تا ۷ روز اول شروع بیماری همه با هم در یک محل نگهداری شوند.

۳- محافظت تماس ها: مصرف اوسلتامیویر و یا آمانتادین و یا ریمانتادین در پیشگیری از ابتلاء به

آنفلوآنزای نوع A مفید بوده است. (جهت نحوه پیشگیری دارویی در آنفلوآنزای پرندگان به فصل آنفلوآنزای پرندگان مراجعه کنید)

پ- اقدامات در طغیان/همه‌گیری:

- ۱- آثار شدید و اغلب مخرب همه‌گیری‌های آنفلوانزا بر فعالیت جامعه را می‌توان با طرح برنامه‌های مؤثر بهداشتی برای آموزش مردم به خصوص سازمان دادن برنامه‌های محلی واکسیناسیون و تزریق واکسن به گروه‌هایی که در مخاطره زیاد هستند و کسانی که به این گروه‌ها خدمت می‌کنند، کاهش داد. بررسی‌های مقدماتی بهداشتی در زمینه وسعت و پیشرفت همه‌گیری و اطلاع مردم از نتایج آنها بسیار مهم است.
- ۲- تعطیل پراکنده مدارس نقشی در پیشگیری از همه‌گیری ندارد و معمولاً این اقدام خیلی دیر، وقتی که تعداد دانش‌آموزان و کادر آموزشی غایب به دلیل ابتلاء به بیماری زیاد می‌شود، صورت می‌گیرد.
 - شرط موفق بودن در تعطیل نمودن مدارس و همچنین سایر اماکن تجمعی، ارائه آموزش مبنی بر ماندن در منزل و حذف رفت و آمد‌های غیر ضروری به منظور به حداقل رساندن تماسها و پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری می‌باشد.
- ۳- مسئولین بیمارستان‌ها باید متوجه باشند که هنگام بروز همه‌گیری مراجعین آنها افزایش قابل توجهی خواهد یافت و علاوه بر این ممکن است غائبین کادر درمانی بیمارستان به دلیل ابتلاء به آنفلوانزا نیز بسیار زیاد شود. برای پیشگیری از چنین کمبودی باید کادر درمانی بیمارستان هر سال یکبار واکسینه شده و یا در مواقع بروز همه‌گیری آنفلوانزای A از داروهای ضدویروسی استفاده کنند.
- ۴- برای پیشگیری از بیماری به هنگام بروز جهانگیری‌های جدید که واکسن آنها تهیه نشده است، مقدار کافی داروهای ضدویروسی برای مصرف در گروه‌هایی که در مخاطره زیاد هستند و خدمات آنها مورد نیاز است باید فراهم شود.
- ۵- تجمع افراد در محیط‌های سرپوشیده در موقع اضطراری در صورتی که همراه با ورود ویروس به آن محل باشد امکان بروز همه‌گیری را افزایش می‌دهد و بنابراین رعایت دقیق نکات پیشگیری و اقدامات احتیاطی استاندارد و اصول حفاظت فردی در این مواقع ضروری می‌باشد.

ت- اقدامات بین‌المللی:

- آنفلوانزا از بیماری‌هایی است که تحت مراقبت سازمان جهانی بهداشت قرار دارد و در هنگام بروز همه‌گیری باید به توصیه‌های زیر عمل شود.
- ۱- بروز همه‌گیری بیماری در کشور باید پس از تایید توسط مراجع ذیصلاح به سازمان جهانی بهداشت گزارش شود.
 - ۲- در گزارش ارسالی نوع ویروس باید مشخص شده و نمونه‌هایی از سوش‌های جدا شده به یکی از ۵ مرکز مرجع و تحقیقاتی سازمان جهانی بهداشت (آتلانتا، لندن، توکیو، ملبورن و چین) ارسال گردد. نمونه ترشحات گلو، بینی و دو نمونه خون مرحله حاد و نقاوت به هر یک از مراکز ملی تحقیقات آنفلوانزا مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی ارسال می‌شود.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

۳- باید مراکز بهداشتی کشور سریعاً به بررسی‌های اپیدمیولوژیک و تشخیص ویروس بپردازند.

۴- باید کوشش شود که امکانات بخش دولتی و خصوصی برای تهیه سریع واکسن فراهم باشد و برنامه واکسیناسیون افرادی که در مخاطره زیاد هستند و یا آنهایی که خدماتشان مورد نیاز است حتماً اجرا شده باشد.

مراقبت بیماری آنفلوانزا

مراقبت آنفلوانزا برای گزارش به موقع و ارزیابی گونه‌های جدید یا زیر گروه‌های جدید ویروس آنفلوانزا ضروری می‌باشد. همچنین گزارش سریع مشخصات این ویروس‌ها برای تهیه واکسن سالانه الزامی بوده و می‌تواند بیماری را در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه کاهش دهد.

هدف کلی برنامه مراقبت آنفلوانزا:

هدف کلی برنامه مراقبت آنفلوانزا آمادگی مقابله با وقوع اپیدمی‌ها و پاندمی احتمالی و کاهش موارد ابتلاء و عوارض و مرگ ناشی از آنفلوانزا می‌باشد.

اهداف اختصاصی برنامه:

۱. شناخت الگوی اپیدمیولوژیک بیماری آنفلوانزا
۲. شناسایی جامعه حساس به بیماری آنفلوانزا
۳. شناخت انواع و زیر گونه‌های جدید ویروس آنفلوانزا
۴. تقویت و بهبود اطلاع‌رسانی عمومی
۵. آمادگی سیستم مراقبتی و بهداشتی درمانی کشور در مقابله با بیماری
۶. جلوگیری از گسترش و انتشار سریع بیماری

راهنماهای اساسی برنامه:

۱. آموزش و اطلاع‌رسانی (عمومی - تخصصی)
۲. برقراری و تقویت نظام مراقبت بیماری
۳. تأمین واکسن و دارو
۴. بهبود و تقویت نظام آزمایشگاهی
۵. بهبود و تقویت بخش ارائه‌کننده خدمات بستری و درمان
۶. همکاری و انجام پژوهش‌های عملی و کاربردی
۷. تأمین و توسعه منابع مالی و نیروی انسانی

فعالیت‌های عمده مراقبت آنفلوانزا :

۱. گزارش‌دهی فوری اپیدمی یا طغیان
۲. مشخص نمودن ماهیت اپیدمی یا طغیان

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

۳. مشخص و جدا کردن ویروس آنفلوانزای در چرخش
۴. ارزیابی نهایی اپیدمی یا طغیان و بررسی مسائل و مشکلات بهداشت عمومی همراه با اپیدمی
۵. انجام اقدامات مداخله ای بهداشتی مناسب مشتمل بر واکسیناسیون گروه‌های در معرض خطر و پرخطر و انجام اقدامات کنترلی و مهار
۶. انجام اقدامات مداخله ای درمانی مناسب مشتمل بر پیش‌بینی و ارائه خدمات و سرویس‌های درمانی مورد نیاز

و در این راستا سیستم مراقبت آنفلوانزا بایستی اطلاعات زیر را جمع‌آوری نماید:

۱. زمان و مکان چرخش ویروس
۲. نوع ویروس در چرخش
۳. تغییرات حاصل شده در ویروس
۴. شناسایی موارد ابتلاء
۵. تأثیر آنفلوانزا بر مرگ و میر
۶. تجزیه و تحلیل وضعیت بیماری (وضعیت تک‌گیر: مشاهده موارد محدود بیماری - وضعیت فراگیر: درگیری کمتر از ۵۰٪ جمعیت - وضعیت گسترده: درگیری بیشتر از ۵۰٪ جمعیت)

تعریف پیشنهادی بیماری آنفلوانزای انسانی در سیستم مراقبت:

تعریف مورد بالینی مشکوک آنفلوانزا: هر فرد با شروع ناگهانی تب بیشتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد (زیر زبانی) و سرفه یا گلودرد به همراه چند علامت از علائم زیر در صورتیکه تشخیص دیگری مطرح نباشد مشکوک به آنفلوانزا است: (خستگی، لرز، ضعف، درد عضلانی، قرمزی مخاطات، تماس با فرد مشکوک یا قطعی آنفلوانزا).

معیارهای تشخیص آزمایشگاهی:

۱- **روش جداسازی ویروس:** جداسازی ویروس بوسیله نمونه برداری با سواب یا آسپیره کردن ترشحات گلو و حلق از فرد مشکوک و یا گزارش مستقیم آنتی‌ژن ویروس انجام می‌پذیرد.

۲- **روش سرولوژی:** در این روش افزایش چهار برابر تیتراژ آنتی‌بادی بین نمونه اول و نمونه دوم سرم فرد مشکوک به عنوان معیار تشخیص آزمایشگاهی قرار می‌گیرد.

طبقه‌بندی موارد گزارش شده:

- ۱- **مورد مشکوک (Suspected Case):** فردی که مطابق با تعریف مورد بالینی است مورد مشکوک طبقه‌بندی می‌شود.
- ۲- **مورد تأیید شده (Confirmed Case):** مورد تأیید شده فردی است که مطابق با تعریف مورد بالینی بوده و بوسیله آزمایشگاه هم تأیید شده است.

مواردی که در تجزیه و تحلیل آمار و اطلاعات و گزارش‌دهی بایستی مورد توجه قرار گیرد:

- ۱- **تهیه نمودارها:** نمودارها بایستی بر اساس تعداد موارد در هفته / گروه سنی / زیر گروه ویروسی تهیه گردند.
- ۲- **تهیه جداول:** جداول بایستی بر اساس تعداد موارد در هفته / گروه سنی / منطقه جغرافیایی / زیر گروه ویروسی / نتیجه نهایی تهیه گردند.
- ۳- **تهیه نقشه‌ها:** نقشه‌ها بایستی بر اساس تعداد موارد در هفته / منطقه جغرافیایی (دانشگاه) / کشور تهیه گردند.
- ۴- **محاسبه میزان‌های بروز:** میزان‌های بروز بایستی بر حسب منطقه / شهرستان / دانشگاه / کشور (هفته / گروه سنی / منطقه جغرافیایی / زیر گروه ویروسی / نتیجه نهایی) محاسبه گردند.
- ۵- **محاسبه میزان‌های مرگ و بیماری:** میزان‌های مرگ و بیماری بایستی بر حسب منطقه / شهرستان / دانشگاه / کشور (هفته / گروه سنی / منطقه جغرافیایی / زیر گروه ویروسی / نتیجه نهایی) محاسبه گردند.

انواع سیستم‌های مراقبت بیماری آنفلوآنزا:

۱- سیستم مراقبت دیده‌ور آنفلوآنزا:

گزارش موارد مشکوک یا تأیید شده بوسیله پایگاه دیده‌ور (مراکز بهداشتی درمانی منتخب و یا پزشکان عمومی و متخصصین (ترجیحاً عفونی، داخلی و اطفال) داوطلب) : در این روش تعداد کل بیماران و تعداد بیماران مشکوک به آنفلوآنزا براساس گروه سنی/هفتگی یا ماهیانه بوسیله مرکز بهداشتی درمانی منتخب و یا پزشک همکار گزارش می‌شود.

۲- سیستم مراقبت آزمایشگاهی آنفلوآنزا (سیستم مراقبت ویرولوژیک آنفلوآنزا):

تعیین نوع ویروس و ساب تایپ در چرخش و گزارش موارد تأیید شده بوسیله آزمایشگاه (سیستم مراقبت ویرولوژیک آنفلوآنزا):

از کلیه افراد مشکوک به آنفلوآنزای انسانی (پایگاه دیده‌ور) و افراد مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان و بیماران بستری با تشخیص پنومونی ویرال یا پنومونی شدید و بیمارانی که سابقه مسافرت به مناطق آلوده به آنفلوآنزای

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

پرندگان را داشته‌اند و اعضاء خانواده و اطرافیان فرد مبتلا یا مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان و در زمان پاندمی علاوه بر موارد فوق از موارد شبه آنفلوآنزا باید نمونه‌گیری و آزمایش به عمل آید.

انواع نمونه برداری:

- نمونه برداری تصادفی سالیانه از کلیه مناطق جغرافیایی منتخب
- نمونه برداری از افراد مراجعه کننده به پایگاه دیده ور
- نمونه برداری از اپیدمی های مشکوک تنفسی
- نمونه برداری از افراد بستری در بیمارستان با تشخیص پنومونی شدید یا پنومونی ویرال
- نمونه برداری از افراد مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان
- در هنگام بروز طغیانهای گسترده و اپیدمی های بزرگ و پاندمی از موارد شبه آنفلوآنزا (INFLUENZA LIKE ILLNESS) و پنومونی های متوسط نیز نمونه برداری از نظر آنفلوآنزا بعمل می آید.

۳- سیستم مراقبت بیمارستانی:

در این سیستم ثبت و گزارش و نمونه برداری از موارد بستری به علت آنفلوآنزا یا عوارض ناشی از بیماری آنفلوآنزا صورت می پذیرد. در این سیستم علاوه بر اقدام گفته شده، نسبت به نمونه برداری از افراد بستری با تشخیص پنومونی شدید (تعریف در ضمیمه می باشد) یا پنومونی ویروسی و گزارش آن اقدام می گردد.

۴- سیستم مراقبت اپیدمیولوژیک آنفلوآنزا (مراقبت اپیدمی های تنفسی):

در این سیستم گزارش هفتگی جاری در مورد بروز طغیانها و یا اپیدمی های تنفسی مشکوک به آنفلوآنزا از سطوح مختلف شبکه خدمات بهداشتی و درمانی به سطح مرکزی و جمع‌آوری اطلاعات از کلیه منابع اطلاعاتی (بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، مطب‌ها، اورژانس‌ها، آزمایشگاه‌ها، ادارات آمار حیاتی (اداره متوفیات)، صورت می پذیرد.

۵- سیستم مراقبت موارد مرگ:

در این سیستم مقایسه تعداد کل مرگ‌های ثبت شده با تعداد مرگ‌های ناشی از پنومونی یا آنفلوآنزا (مرگ‌هایی که پنومونی یا آنفلوآنزا بیماری زمینه‌ای بوده و یا علت مرگ بوده‌اند) صورت می پذیرد. این سیستم می تواند شامل بررسی مرگ‌های اتفاق افتاده در بیمارستان و یا کل مرگ‌های اتفاق افتاده در منطقه تحت پوشش مراقبت باشد.

۶- سیستم مراقبت غیبت از کار یا مدرسه:

این سیستم در ادارات بزرگ و دارای کارمندان زیاد (حداقل ۱۰۰ کارمند) و در مدارس و اماکن تجمعی کاربرد دارد و عبارت از انجام مراقبت در هنگام غیبت بیش از ۱۰٪ دانش آموزان یا کارمندان ناشی از بیماری تنفسی حداقل به مدت ۳ روز متوالی است. (این سیستم در واقع قسمتی از سیستم مراقبت اپیدمیولوژیک است.)

۷- سیستم مراقبت مسافری خارج از کشور (مراقبت مرزی):

بررسی و گزارش موارد مشکوک در مسافرینی که علائم بیماری در آنان مشاهده می‌شود. این سیستم در پست‌های قرنطینه و مبادی ورودی و خروجی کشور به اجرا در می‌آید.

۸- سیستم مراقبت بین‌المللی:

اطلاعات تزایدی هفتگی موارد تأیید شده آنفلوانزا از کشورها به سازمان جهانی بهداشت (WHO) ارسال می‌شود.

- در برنامه جهانی مراقبت آنفلوانزا که از ۱۹۴۸ میلادی (۱۳۲۷ شمسی) شروع گردیده است ۱۱۰ مرکز ملی در ۸۳ کشور دنیا فعالیت دارند و ۴ مرکز همکار مرجع در این برنامه عبارتند از: آتلانتا (امریکا)، لندن (انگلیس)، ملبورن (استرالیا)، توکیو (ژاپن). [چین (پکن) جدیداً به این کشورها اضافه شده است].
- در این مراکز مخازن مختلف گونه‌های ویروسی جمع‌آوری می‌شوند و نمونه‌های ارسالی مورد بررسی قرار می‌گیرند. اخیراً نمونه‌های حیوانی نیز جهت تعیین و تشخیص ویروس آنفلوانزا بررسی می‌شوند. از سایر خدمات این مراکز آموزش پرسنل آزمایشگاه‌های ملی کشورهای مختلف است.

روش کار: مراقبت بیماری آنفلوانزا در ایران در حال حاضر، ترکیبی از سیستم‌های مراقبتی شامل مراقبت دیده‌ور، مراقبت آزمایشگاهی، مراقبت بیمارستانی و مراقبت اپیدمی‌های تنفسی و مراقبت مرزی می‌باشد:

الف- مراقبت در پایگاه‌های دیده‌ور آنفلوانزا:

یکی از سیستم‌های مراقبت، روش فعال‌سازی پایگاه‌های دیده‌ور در مراکز بهداشتی درمانی منتخب و یا با مشارکت پزشکان عمومی و متخصصین داوطلب (داخلی- عفونی- اطفال) در امر دیده‌وری می‌باشد. بدین منظور مراکزی با هماهنگی معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی انتخاب و اقدام به گزارش موارد مشکوک خواهند نمود.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

معیارهای انتخاب پایگاه‌های دیده‌ور آنفلوانزا عبارتند از (*):

- مراکز بهداشتی درمانی شهری با مراجعین زیاد (***) به انتخاب معاون بهداشتی در شهرستان
- مراکز بهداشتی درمانی با مراجعین غیر ایرانی زیاد به انتخاب معاون بهداشتی در شهرستان
- مطب خصوصی با مراجعین زیاد (***) به انتخاب معاون بهداشتی در شهرستان
- واحدهای مراقبت بهداشتی مرزی فعال در حوزه دانشگاه

* دانشگاه‌ها مراکزی را باید انتخاب نمایند که علاوه بر شرایط فوق دارای واحد آزمایشگاهی فعال نیز باشد یا پس از انتخاب، فعال گردد.

** متوسط ویزیت بیماران حداقل ۴۰ تا ۵۰ بیمار در روز در هر شیفت کاری باشد.

*** تعداد مطب‌های خصوصی منتخب و همکار در طرح حداقل ۳-۵ مطب و در ۳-۵ نقطه مکانی هر شهر می‌باشد (توجه: فعالیت مطب‌های منتخب باید کاملاً داوطلبانه باشد و مجموعاً به عنوان یک پایگاه دیده‌وری شناخته می‌شوند).

چرخش کار در پایگاه‌های دیده‌ور:

روش و چرخش کار در دستورالعمل پایگاه‌های دیده‌ور شرح داده شده است.

ب- مراقبت آزمایشگاهی آنفلوانزا (مشمول بر پایگاه دیده‌ور آزمایشگاهی آنفلوانزا «آزمایشگاه‌های منطقه‌ای کشوری»):

با توجه به پهنای کشور شناخت سریع عامل اپیدمی در صورتی امکان‌پذیر است که علاوه بر آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا (مستقر در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران) مراکز آزمایشگاهی دیگری نیز اقدام به نمونه‌برداری از بیماران مشکوک و در صورت امکان جدا کردن ویروس نمایند و یا هر چه سریعتر نمونه را به آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا ارسال تا با تعیین ویروس شایع اقدامات لازم به عمل آید.

در این رابطه در مرحله اول پایگاه‌های دیده‌ور آزمایشگاهی آنفلوانزا در دانشگاه‌های علوم پزشکی خراسان (مشهد)- اصفهان (شهر اصفهان)- خوزستان (اهواز)- کرمان (شهر کرمان)- آذربایجان شرقی (تبریز)- سیستان و بلوچستان (زاهدان)- فارس (شیراز)- بوشهر (بوشهر)- همدان (همدان) انتخاب و فعال گردیده‌اند. لازم به ذکر است سه دانشگاه علوم پزشکی مستقر در تهران به طور مستقیم با آزمایشگاه کشوری همکاری می‌نمایند.

چرخش کار در سیستم مراقبت آزمایشگاهی:

روش و چرخش کار در قسمت دستورالعمل پایگاه‌های دیده‌ور شرح داده شده است.

ج- سیستم مراقبت بیمارستانی:

در این سیستم اقدام به گزارش تعداد موارد بستری و مرگ ناشی از آنفلوآنزا و سایر عوارض مرتبط با بیماری آنفلوآنزا و بررسی بیماران مبتلا به پنومونی شدید می‌گردد.

چرخش کار در سیستم مراقبت بیمارستانی:

- در پایان هر ماه تعداد موارد بستری و یا فوت با تشخیص آنفلوآنزا و یا سایر عوارض مرتبط با آنفلوآنزا نسبت به کل موارد بستری و مرگ ثبت شده در بیمارستان جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل و بوسیله معاونت بهداشتی به مرکز مدیریت بیماری‌ها اعلام می‌گردد. (اطلاعات در دو برگ تکمیل و یک برگ در محل اولیه بایگانی و برگ دوم به مرکز مدیریت بیماری‌ها ارسال می‌شود). لازم است هماهنگی‌های لازم با معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها به عمل آید.
- از کلیه بیماران بستری با تشخیص پنومونی شدید نمونه برداری بعمل آمده و اطلاعات بر اساس تکمیل فرم‌های عملیاتی مربوط به سطوح بالاتر منتقل می‌گردد.
- ارسال گزارش تعداد موارد بستری با تشخیص آنفلوآنزا /عوارض ناشی از آنفلوآنزا/ پنومونی شدید و تعداد نمونه برداری شده و ارسال گزارش صفر هفتگی ضروری است.

د - سیستم مراقبت اپیدمیولوژیک (مراقبت اپیدمی‌های تنفسی):

با توجه به ماهیت بیماری آنفلوآنزا در توانایی ایجاد طغیان و اپیدمی‌های تنفسی، مراقبت اپیدمی‌های تنفسی از نظر آنفلوآنزا ضروری می‌باشد.

چرخش کار در سیستم مراقبت اپیدمی‌های تنفسی:

با توجه به اعلام و گزارش اپیدمی تنفسی در منطقه، تیم عملیاتی به محل اعزام و در صورت تطبیق موارد با تعریف آنفلوآنزا اقدام به نمونه‌برداری و ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه نموده و اقدامات لازم در برخورد با اپیدمی را به عمل خواهد آورد.

ر- سیستم مراقبت مرزی:

با توجه به ارتباط جمعیت‌ها و تردد در مرزها و جابجایی متداوم، مراقبت مرزی در پایگاه‌های مراقبت‌های بهداشتی مرزی از جنبه کنترل آنفلوآنزا اصل اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.

چرخش کار در سیستم مراقبت مرزی:

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

با توجه به استقرار نظام مراقبت فعال در پایانه های مرزی تعداد موارد سرپایی مشکوک به آنفلوانزای پرندگان بطور دقیق بصورت روزانه ثبت و به مرکز بهداشتی درمانی پوشش دهنده پایگاه مراقبت های بهداشتی مرزی بطور روزانه اعلام می گردد.

مدیریت و هدایت برنامه:

به منظور ساماندهی و برنامه ریزی و اقدام مناسب کمیته های مختلف در سطوح عملیاتی تشکیل گردیده است:

کمیته کشوری آنفلوانزا:

این کمیته با ترکیب اعضای زیر تشکیل می گردد:

معاونت سلامت- رئیس مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت واگیر مرکز مدیریت بیماری ها- رئیس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه - مسئول واحد آنفلوانزا - کارشناسان مسئول مراقبت برنامه - مسئول آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا- و نمایندگان سایر سازمان ها و ادارات ذیربط در صورت لزوم.

زیر کمیته علمی کشوری آنفلوانزا:

اعضای این زیر کمیته به شرح زیر می باشد:

رئیس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه - مسئول واحد آنفلوانزا - کارشناس مسئول برنامه مراقبت بیماری آنفلوانزا- متخصص اپیدمیولوژی- متخصص ویروس شناسی - متخصص عفونی اطفال- متخصص عفونی بزرگسالان- متخصص داخلی - متخصص بهداشت عمومی- متخصص آموزش بهداشت - متخصص بیماری های ریوی- و سایر متخصصین مرتبط در صورت لزوم.

زیر کمیته اجرایی کشوری آنفلوانزا:

این کمیته با حضور اعضای زیر تشکیل می شود: معاونت بیماری های واگیر مرکز مدیریت بیماری ها- رئیس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه - مسئول واحد آنفلوانزا - کارشناسان برنامه مراقبت بیماری آنفلوانزا- و سایر کارشناسان در صورت لزوم

➤ در سطوح دانشگاهی (با توجه به توانمندی) همسان با ترکیب کمیته های فوق الذکر

کمیته های دانشگاهی تشکیل می گردد.

➤ کمیته های فوق می توانند در قالب کمیته های آنفلوانزای پرندگان که در فصل بعدی

شرح داده شده اند فعالیت نمایند.

➤ شرح وظایف تعیین شده جهت کمیته های فوق در صورتی که در قالب کمیته های انفلوانزای پرندگان فعالیت نمایند به شرح وظایف آنها اضافه می گردد.

وظایف کمیته کشوری:

- تعیین سیاست های جامع و متناسب با برنامه مراقبت انفلوانزا براساس یافته های علمی و امکانات اجرایی کشور
- جلب مشارکت و هدایت همکاری مؤثر سازمانها و نهادهایی که به نحوی در اجرای برنامه نقش دارند.
- نظارت بر حسن اجرای برنامه کشوری
- پشتیبانی و حمایت کامل از برنامه کشوری

وظایف کمیته اجرایی:

- ۱- طراحی برنامه مراقبت کشوری انفلوانزا
- ۲- اجرای پایش و ارزشیابی برنامه
- ۳- تهیه گزارش روند اجرای برنامه
- ۴- نظارت و هدایت فعالیت کمیته های دانشگاهی
- ۵- پشتیبانی فنی و اجرایی برنامه
- ۶- برقراری ارتباط و تبادل اطلاعات فنی با سازمان های بین المللی
- ۷- هماهنگی درون و برون بخشی با سازمان ها و نهادهای مرتبط
- ۸- تهیه و به روز نمودن برنامه مراقبت
- ۹- هماهنگی و هدایت و پیگیری در حسن اجرای برنامه های آموزشی و بازآموزی
- ۱۰- حمایت و کنترل و نظارت و تقویت مجموعه آزمایشگاهی برنامه
- ۱۱- حمایت و همکاری در تحقیقات و پروژه های پژوهشی
- ۱۲- جلب مشارکت و هدایت سازمان های غیردولتی در راستای برنامه
- ۱۳- برآورد و تأمین بودجه برنامه و نظارت دقیق در امر هزینه کرد اعتبارات تخصیص داده شده
- ۱۴- هماهنگی و تأمین امکانات و تجهیزات لازم بالاخص تجهیزات حفاظت فردی
- ۱۵- هماهنگی و تأمین واکسن و داروی مورد نیاز

وظایف کمیته علمی:

۱. بررسی تازه های علمی و تطبیق آن با شرایط و امکانات موجود و اجرایی نمودن آن در برنامه مراقبت انفلوانزا
۲. ارائه راهکارهای مناسب مراقبت و درمان به کمیته اجرایی
۳. تعیین زیر کمیته های تخصصی مورد نیاز و تعیین دستور کار لازم از جمله زیر کمیته آموزش و اطلاع رسانی
۴. انجام تحقیقات و پژوهش های لازم

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

۵. طراحی و نظارت بر عملیات پایش و ارزشیابی
۶. تهیه متون آموزشی عمومی و تخصصی
۷. همکاری و مشارکت در تهیه برنامه مراقبت آنفلوآنزا

شاخص‌های برنامه:

- درصد گزارشات واصله از پایگاه‌های منتخب دیده‌ور آنفلوآنزا
- درصد موارد گزارش شده به تعداد کل بیماران ویزیت شده در پایگاه‌های دیده‌ور منتخب
- درصد مثبت شدن نمونه‌های تهیه شده از موارد مشکوک (پایگاه دیده‌ور-بیمارستان-اپیدمی تنفسی و ...)
- درصد موارد مرگ ناشی از بیماری به تعداد بیماران گزارش شده
- درصد به موقع بودن گزارشات واصله از پایگاه‌های دیده‌ور آنفلوآنزا
- درصد بیماران بستری با تشخیص آنفلوآنزا به کل بیماران در دوره زمانی مشابه/منطقه مشابه
- درصد بیماران مشکوک /تایید شده بستری دارای سابقه واکسیناسیون آنفلوآنزا

دستورالعمل اجرایی راه اندازی پایگاه های دیده‌ور آنفلوآنزا
(Guidelines of INFLUENZA SENTINEL SITES)

شرایط انتخاب پایگاه دیده‌ور:

پیشنهاد می‌گردد مرکزی که جهت پایگاه دیده‌ور انتخاب می‌شود دارای شرایط زیر باشد:

- ۱- بخش فعال آزمایشگاهی
 - ۲- مراجعین زیاد (در هر شیفت کاری بیش از ۵۰-۴۰ بیمار ویزیت شوند)
 - ۳- دارای ترکیب جمعیتی متفاوت باشد (ایرانی - غیر ایرانی - قومیت‌های مختلف)
 - ۴- دارای سابقه نقل و انتقال و مسافرت زیاد در بین اهالی (کوچ نشین - مهاجر - مسافرت به خارج)
- (بدیهی است در صورتیکه کلیه شرایط فوق بجز بند ۱ احراز شده باشد بایستی براساس برنامه‌ریزی لازم نسبت به فعال‌سازی آزمایشگاه غیر فعال موجود در مرکز اقدام و یا یک نفر کاردان یا کارشناس آزمایشگاه در مرکز مستقر گردد).
- * مسئولیت پایگاه دیده‌ور با پزشک همکار و مستقر در پایگاه می‌باشد.
 - * انتخاب پایگاه دیده‌ور که در واقع یکی از مراکز بهداشتی درمانی موجود در سطح شهرستان می‌باشد به انتخاب معاون بهداشتی دانشگاه می‌باشد.
 - * رعایت نکات ایمنی در تهیه نمونه و برخورد با بیماران مشکوک به آنفلوانزا ضروری می‌باشد.

وظایف پایگاه دیده‌ور:

۱. تطبیق موارد بیماری با تعریف استاندارد
۲. تکمیل فرم‌های مربوطه
۳. تهیه نمونه براساس دستورالعمل و با رعایت ضوابط تعیین شده
۴. ارسال نمونه به آزمایشگاه
۵. پیگیری تا وصول نتیجه آزمایشگاهی
۶. پیگیری موارد تأیید شده آزمایشگاهی و تهیه گزارش
۷. ارائه اطلاعات و فرم‌ها و گزارش (جهت بررسی، تجزیه، تحلیل و تهیه گزارش) به ستاد شهرستان
۸. مشارکت در امر بیماریابی
۹. مشارکت در برنامه‌های آموزشی
۱۰. مشارکت در برنامه‌های اعلام شده از ستاد شهرستان

روش کار:

پایگاه دیده‌ور با شناسایی بیماران مشکوک به آنفلوانزا از طریق تطبیق بیماران مراجعه کننده با تعریف ارائه شده، نسبت به ثبت اطلاعات موارد مشکوک در فرم لیست خطی اقدام می‌نماید و از ۳-۵ مورد اول که با تعریف استاندارد تطابق داده شده و در مرحله حاد بیماری قرار دارند در طی یکی از روزهای هر هفته نمونه‌گیری

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

می‌نماید. بدیهی است در صورتیکه نمونه‌ها در یک روز تهیه نگردد این عمل در طی روزهای آینده تداوم خواهد یافت.

* در نگهداری نمونه‌ها تا زمان تحویل به آزمایشگاه، رعایت شرایط استاندارد نگهداری لازم می‌باشد. (چنانچه تا ۷۲ ساعت امکان ارسال نمونه به آزمایشگاه کشوری وجود نداشته باشد نمونه باید در دمای منهای ۷۰ درجه نگهداری گردد و در تانک ازت به آزمایشگاه تحویل گردد.)

* روز نمونه‌گیری بجز روزهای چهارشنبه و پنج‌شنبه انتخاب گردد و هماهنگی لازم با آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا حتی در صورتیکه نمونه در آزمایشگاه منطقه‌ای مورد آزمایش قرار می‌گیرد، به عمل آید.

* تعداد نمونه‌هایی که بایستی تهیه شوند با هماهنگی آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا و توان موجود در کشور قابل تعدیل می‌باشد.

* آزمایشگاه منطقه‌ای (دانشگاهی) پس از اعلام آمادگی و فعال شدن نسبت به انجام امور محوله با هماهنگی آزمایشگاه کشوری اقدام خواهد نمود.

* تیم فعال در پایگاه شامل اعضای زیر که آموزش‌های لازم را گذرانده، می‌باشد: پزشک – کارشناس بهداشت (ترجیحاً مبارزه با بیماری‌ها) – کارشناس یا کاردان آزمایشگاه

وظایف ستاد استان (معاونت بهداشتی دانشگاه) در مراقبت آنفلوآنزای انسانی:

۱. تعیین یک نفر به عنوان «کارشناس مسئول برنامه» که همان فوکل پوینت اجرایی برنامه در سطح دانشگاه خواهد بود.
۲. تعیین یک نفر در سطح دانشگاه به عنوان فوکل پوینت علمی برنامه که بطور ارجح متخصص عفونی یا متخصص داخلی یا متخصص اطفال خواهد بود.
۳. نظارت، پایش و ارزیابی فعالیت‌های مرتبط با پایگاه دیده‌ور و برنامه مراقبت آنفلوآنزا در سطح شهرستان و دانشگاه
۴. هماهنگی‌های لازم جهت اجرای برنامه در کلیه سطوح (درون بخشی و برون بخشی)
۵. تسهیل و پیگیری امور مرتبط به پایگاه‌های دیده‌ور و نظام مراقبت آنفلوآنزا در سطح دانشگاه/استان
۶. طراحی و تدوین و نظارت و اجرای آموزش‌های لازم جهت پیشگیری و مراقبت از بیماری آنفلوآنزا در منطقه تحت پوشش دانشگاه
۷. پیگیری اعتبارات مورد نیاز و هزینه در راستای اهداف برنامه
۸. پیگیری و تقویت و راه‌اندازی و افزایش پایگاه‌های دیده‌ور در سطح کلیه شهرستان‌ها
۹. هماهنگی و همکاری و هدایت سطوح مختلف بهداشتی و درمانی در راستای اجرای برنامه
۱۰. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به فعالیت سیستم‌های مراقبت آنفلوآنزا در سطح دانشگاه

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

۱۱. تهیه امکانات و تجهیزات فنی و عملیاتی مورد نیاز بالاخص وسایل حفاظت فردی
۱۲. تهیه و ارائه گزارشات مداوم و منظم به سطوح بالاتر
۱۳. تهیه پس خورندهای مداوم و منظم به سطوح محیطی

وظایف ستاد شهرستان در مراقبت آنفلوآنزای انسانی:

۱. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل و تهیه گزارش بر اساس فرم‌ها و اطلاعات پایگاه دیده‌ور
۲. ارسال نتایج و گزارش اقدامات و فعالیت‌ها به ستاد استان (معاونت بهداشتی دانشگاه)
۳. ارائه آموزش‌های لازم جهت پیشگیری و مراقبت از بیماری آنفلوآنزا در سطح شهرستان
۴. نظارت، پایش و ارزشیابی نحوه اجرای فعالیت پایگاه دیده‌ور و برنامه مراقبت آنفلوآنزا
۵. پشتیبانی و تدارکات اجرای برنامه
۶. تعیین یک نفر به عنوان «کارشناس مسئول برنامه» که همان فوکل پوینت اجرایی برنامه خواهد بود.
۷. تعیین یک نفر به عنوان فوکل پوینت علمی برنامه که بطور ارجح متخصص عفونی یا متخصص اطفال یا متخصص داخلی خواهد بود. (در شهرستانهایی که متخصص مربوطه وجود ندارد با هماهنگی معاونت بهداشتی دانشگاه نسبت به تعیین فوکل علمی در شهرستان مجاور جهت تحت پوشش بردن برنامه در شهرستان فاقد متخصص اقدام می‌گردد)
۸. بیماریابی و نمونه‌برداری و اقدام لازم در موارد شیوع بیماری‌های تنفسی و یا گزارش موارد مشکوک
۹. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به سیستم مراقبت
۱۰. بررسی و پیگیری شایعات مرتبط، بسیار اساسی می‌باشد و در این راستا ستاد شهرستان باید به کلیه شایعات مرتبط در زمان مقتضی رسیدگی نماید.
۱۱. پیگیری و اجرای برنامه‌های ابلاغی از سطوح بالاتر در راستای مراقبت بیماری آنفلوآنزا

شرح وظیفه مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری در مراقبت آنفلوآنزای انسانی:

۱. ارائه آموزشهای عمومی و تخصصی
۲. اطلاع رسانی عمومی به جمعیت تحت پوشش
۳. اجرای نظام مراقبت بیماری (اپیدمیولوژیک ، موارد مرگ ، غیبت از کار و مدرسه و مسافرت)
۴. شناسایی جامعه حساس به بیماری

۵. شناخت الگوی اپیدمیولوژیک بیماری
۶. همکاری در انجام واکسیناسیون گروههای هدف
۷. بیماریابی از طریق تطبیق موارد با تعاریف استاندارد بیماری
۸. ارجاع بیماران به مراکز تخصصی در صورت نیاز
۹. پیگیری اقدامات و دستورات مراکز تخصصی
۱۰. مشارکت در اجرای برنامه های اعلام شده از طرف مرکز بهداشت شهرستان و تیم های عملیاتی
۱۱. انجام اقدامات لازم جهت از بین بردن یا تعدیل کانونهای خطر
۱۲. شناسایی و گزارش عوارض ناخواسته واکسیناسیون
۱۳. جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات و ارسال به سطوح بالاتر
۱۴. تقویت نظام گزارش دهی
۱۵. ارائه پس خوراند مناسب به ارجاعات واحدهای تابعه
۱۶. بررسی و پیگیری شایعات و انجام اقدامات مؤثر دراین ارتباط
۱۷. گزارش بهنگام طغیان
۱۸. مهار بهنگام طغیان
۱۹. جلب همکاری بخش خصوصی و بین بخشی
۲۰. هماهنگی و همکاری و هدایت برنامه در واحدهای تابعه
۲۱. نظارت و پایش اجرای برنامه در خانه های بهداشت تابعه
۲۲. پایش و ارزشیابی برنامه های درحال اجرا در ارتباط با مراقبت بیماری
۲۳. همکاری در انجام پژوهشها و تحقیقات
۲۴. پشتیبانی برنامه در واحدهای تابعه

شرح وظیفه خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوآنزای انسانی:

- ۱- آموزش عمومی به جامعه تحت پوشش در مورد بیماری (تعاریف، راههای انتقال، روشهای پیشگیری، راههای درمان، اصول و اقدامات احتیاطی)
- ۲- شناسایی افراد حساس جامعه

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

- ۳- اقدامات لازم جهت واکسیناسیون افراد حساس جامعه و مراقبت عوارض نا خواسته واکسن
- ۴- بیماریابی از طریق تطبیق موارد بیماری با تعریف استاندارد.
- ۵- همکاری و مشارکت در برنامه های ابلاغی و اجرایی از سطوح بالاتر از جمله در زمینه واکسیناسیون ، پیگیری موارد ، درمان ، پیشگیری
- ۶- پیگیری موارد مشکوک در طی طغیان یا اپیدمی تنفسی و انجام اقدامات مرتبط از جمله جداسازی و تشدید مراقبت با هماهنگی سطوح بالاتر
- ۷- جلب همکاری و مشارکت مسئولین محلی (دهیار ، معتمدین ، شورای اسلامی روستا و سایرین) در کنترل و پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری با هماهنگی سطوح بالاتر.
- ۸- شرکت فعال در جلسات آموزشی جهت بازآموزی و به روز رسانی اطلاعات
- ۹- تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای به عمل آمده و ارائه به سطوح بالاتر (ترجیحا " ماهیانه). تذکر این نکته ضروری است که گزارش طغیان یا اپیدمی بلافاصله باید تهیه و ارسال شود.
- ۱۰-ارجاع بیماران به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه
- ۱۱-پیگیری اقدامات و دستورات پزشک مرکز بهداشتی درمانی
- ۱۲-گزارش هر گونه مرگ مشکوک به علت آنفلوآنزا ویا عوارض ناشی از بیماری آنفلوآنزا

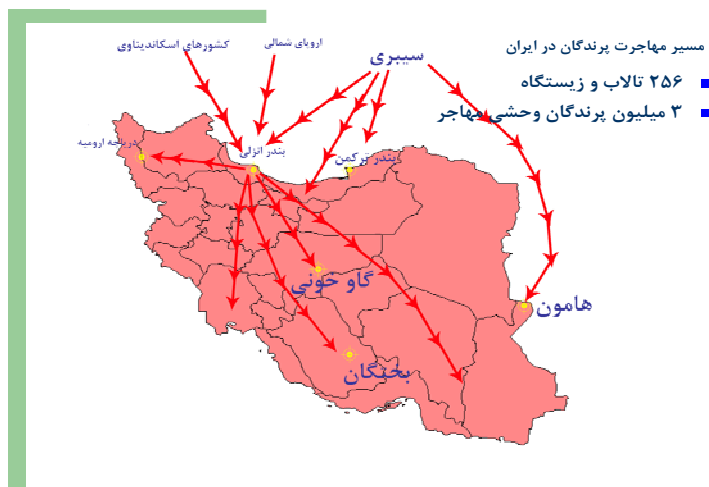
شرح وظایف پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی (زمینی «ریلی و جاده ای»-دریایی- هوایی) در مراقبت آنفلوآنزای انسانی:

- ۱- ارائه آموزشهای عمومی به جامعه تحت پوشش در مبادی ورودی و خروجی
- ۲- شناسایی افراد مشکوک به بیماری در مسافرین ورودی و خروجی
- ۳- توصیه لازم جهت واکسیناسیون افراد حساس قبل از خروج از کشور
- ۴- جلب همکاری و مشارکت مسئولین پایانه مرزی در کنترل و پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری با هماهنگی سطوح بالاتر
- ۵- پیگیری موارد مشکوک در طی طغیان یا اپیدمی و انجام اقدامات مرتبط مداخله ای

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

۶- ارجاع بیماران به مراکز تخصصی در صورت نیاز و با همکاری مرکز بهداشتی درمانی پوشش
دهنده پایگاه

۷- همکاری با تیم های عملیاتی بهداشتی و درمانی



آنفلوآنزای پرندگان و اهمیت انتقال آن به انسان:

آنفلوآنزا علاوه بر انسان در اکثر گونه‌های پرندگان و بسیاری از پستانداران از جمله اسب و خوک مشاهده می‌شود ولی به دلیل امکان پرواز در پرندگان و تنوع سوش‌های ویروس آنفلوآنزای مشاهده شده در پرندگان و خطر انتقال آن به انسان و اثبات بروز پاندمی‌های قبلی با منشاء این ویروس‌ها، آنفلوآنزای پرندگان دارای اهمیت خاص می‌باشد.

آنفلوآنزای پرندگان یکی از بیماری‌های عفونی شناخته شده در گونه‌های مختلف پرندگان است که در اثر عفونت ناشی از برخی از سویه‌های تیپ A ایجاد می‌شود این بیماری حدود ۱۰۰ سال قبل در بین پرندگان ایتالیا حادث گردیده و سپس به سایر نقاط جهان نیز منتشر شده است به نظر می‌رسد کلیه پرندگان نسبت به این بیماری حساس بوده ولی میزان حساسیت آنها ممکن است متفاوت باشد. طیف علائم بالینی در پرندگان مختلف متفاوت بوده و قادر به ایجاد بیماری خفیف تا بسیار شدید، مسری و کشنده می‌باشد. شکل شدید و کشنده بیماری، دارای شروع ناگهانی بوده از شدت بالایی برخوردار است و سریعاً منجر به مرگ می‌شود به طوری که میزان مرگ ناشی از آن در حدود ۱۰۰٪ می‌باشد. همچنین مشخص شده است که ماکیان دریایی و مخصوصاً اردک‌های وحشی، مخازن طبیعی این ویروس‌ها بوده در مقابل ابتلاء به بیماری حاصله، شدیداً مقاومند و از طرفی ماکیان اهلی و از جمله مرغ‌ها و بوقلمون‌ها بویژه در مقابل اشکال همه‌گیر و سریعاً کشنده بیماری، حساس می‌باشند.

حدود ۱۶ ساب تایپ از ویروس‌های شناخته شده آنفلوآنزا قادر به ایجاد بیماری در پرندگان بوده و لذا پرندگان به عنوان مخازن این ویروس‌ها به حساب می‌آیند. ولی تاکنون کلیه طغیان‌های ناشی از سویه‌های شدیداً بیماری‌زای ویروس آنفلوآنزای پرندگان (آنفلوآنزای فوق حاد پرندگان) ناشی از ساب تایپ‌های H5 و H7 بوده‌اند. لازم به تأکید است که تماس مستقیم یا غیرمستقیم پرندگان اهلی با پرندگان مهاجر آبی، یکی از علل شایع وقوع همه‌گیری آنفلوآنزا در بین پرندگان اهلی به حساب می‌آید و مراکز فروش پرندگان زنده نیز نقش مهمی در انتشار همه‌گیری، ایفا می‌نمایند. از طرفی قرنطینه کردن مرغداری‌های آلوده و معدوم نمودن پرندگان بیمار یا تماس یافته، جزو اقدامات کنترلی استاندارد به منظور جلوگیری از انتشار به سایر مرغداری‌ها در سطح یک کشور به حساب می‌آید. زیرا این ویروس‌ها معمولاً از قابلیت سرایت بالایی برخوردار بوده و به سرعت به مرغداری‌های دیگر نیز منتشر می‌شوند و علاوه بر این‌ها ممکن است به صورت مکانیکی و توسط وسایل و تجهیزات، غذاها، قفسه‌ها و لباس‌های آلوده نیز انتشار یابند و همه‌گیری‌هایی ایجاد کنند که در صورت عدم اجرای اقدامات کنترلی فوری و مراقبت دقیق به مدت چندین سال ادامه یابند (دستورالعمل کنترل بیماری در مرغداری‌های ایران توسط سازمان دامپزشکی کشور به ادارات کل دامپزشکی استان‌ها ابلاغ شده است). مثلاً یکی از همه‌گیری‌های ناشی از ویروس H5 N1 که با بیماری‌زایی نه چندان شدیدی در سال ۱۹۹۲ در مکزیکو آغاز گردیده نهایتاً به اشکال شدیداً کشنده بیماری تبدیل شده و تا سال ۱۹۹۵ ادامه یافته است.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

آنفلوآنزای پرندگان می‌تواند در اکثریت گونه‌های پرندگان روی دهد. پرندگان مهاجر و وحشی مخازن طبیعی و عمده ویروس‌های آنفلوآنزا هستند. پرندگان وحشی معمولاً بدون علامت می‌باشند و ویروس را برای مدت طولانی دفع می‌کنند، اگر چه اخیراً مرگ و میر در آنها نیز مشاهده شده است.

خطر گسترش جهانی آنفلوآنزای بسیار بیماری‌زای پرندگان (آنفلوآنزای فوق حاد پرندگان) (HPAI) Highly Pathogenic Avian Influenza :

این بیماری که بوسیله آنفلوآنزای A(H5 N1 و H7 و احتمالاً سایر موارد) در جمعیت حیوانات بخصوص ماکیان ایجاد می‌گردد و می‌تواند به انسان منتقل شود، توجه به بهداشت عمومی را طلب می‌کند. نه تنها این ویروس انسان را آلوده می‌کند و موجب بیماری شدید با میزان مرگ بالا می‌گردد بلکه این توانایی را دارد که خود را با انسان تطبیق دهد و به عنوان یک عامل بالقوه بیماری‌زا برای انسان مطرح گردد یا با سایر ویروس‌های آنفلوآنزای انسانی ترکیب و موجب پدیدار شدن یک عامل بیماری‌زا با توانایی ایجاد پاندمی شود. ویروس‌های آنفلوآنزای پرندگان به طور طبیعی غیر از پرندگان و خوک باعث ایجاد عفونت در سایر گونه‌ها نبوده است ولی در سال ۱۹۹۷ برای اولین بار ابتلاء انسان به آنفلوآنزای تایپ A (H5 N1) در هنگ‌کنگ به اثبات رسید و با ابتلاء ۱۸ نفر باعث مرگ ۶ نفر آنان شد. این همه‌گیری که نوپیدی آنفلوآنزای پرندگان در انسان نیز به حساب می‌آید مقارن با همه‌گیری آنفلوآنزای بسیار کشنده پرندگان در آن کشور بوده و با معدوم کردن ماکیان اهلی، به سرعت فروکش کرده و همچنین در آن همه‌گیری تماس بسیار نزدیک انسان‌های بیمار با پرندگان، انتقال مستقیم از پرندگان بیمار به انسان و حالت مخزنی پرندگان به اثبات رسیده است. اخیراً ویروس این توانایی را پیدا کرده است که موجب ابتلاء گربه و ببر و اسب شود.

اهداف مراقبت آنفلوآنزای پرندگان در انسان:

۱. پیگیری موارد احتمالی آلودگی در انسان
۲. آمادگی نظام بهداشتی و درمانی
۳. انجام اقدامات مداخله ای لازم بلافاصله پس از بروز بیماری در پرندگان
۴. پیگیری احتمال تغییر روند انتقال آنفلوآنزای A نوع H5 N1 از انسان به انسان
۵. انجام به موقع اقدامات پیشگیرانه بوسیله واکسن و دارو
۶. رعایت اصول محافظتی در کارکنان شاغل از جمله در مرغداری‌ها
۷. ثبت و گزارش موارد مشکوک انسانی
۸. درمان موارد مشکوک انسانی

افراد تحت مراقبت آنفلوآنزای پرندگان:

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

مراقبت بیماران براساس بروز موارد آنفلوآنزا در پرندگان و بخصوص مرغداری‌ها و افرادی که از مناطق آندمیک بیماری در پرندگان مراجعت کرده‌اند انجام می‌پذیرد. بروز بیماری در مرغداری‌ها براساس گزارشات واصله از اداره کل دامپزشکی و همچنین گزارش‌های دریافتی از مراکز بهداشتی (و خانه‌های بهداشت) و گزارش‌های مردمی پیگیری می‌شود.

موارد زیر در معرض خطر ابتلا به آنفلوآنزای پرندگان هستند:

➤ تماس‌های شغلی: مشاغل در معرض خطر شامل:

۱- کارگران شاغل در مزارع پرورش و تکثیر ماکیان اهلی (مرغداری‌ها، پرورش اردک، بوقلمون، شتر مرغ و ...) و خوک، سایر کارگران فعال در مزارع ماکیان اهلی شامل افرادی که آنها را می‌گیرند و در قفس می‌گذارند، یا پرندگان را حمل می‌کنند، پرندگان مرده را معدوم می‌کنند، افرادی که در مغازه‌های فروش حیوانات زنده کار می‌کنند.

۲- آشپزها و مشاغل مشابه که با ماکیان اهلی زنده یا اخیراً کشته شده سر و کار دارند.

۳- فروشندگان پرندگان دست آموز

۴- شکارچیان

۵- افرادی شاغل در حمل و نقل و جابجایی کود پرندگان

۶- دامپزشکان شاغل در صنایع وابسته به پرندگان

۷- افرادی که در آزمایشگاه‌های ویروس شناسی با نمونه ویروس‌های آنفلوآنزای A/H5 و بررسی آنها، سروکار دارند.

➤ کارکنان مراقبت‌های بهداشتی افراد ساکن در مناطقی که مرگ پرندگان خانگی و پرندگان وحشی بیش از حد مورد انتظار اتفاق افتاده است.

➤ افرادی که سابقه مسافرت ۱۰ روز قبل از شروع علائم به کشور یا منطقه‌ای که طغیان آنفلوآنزا در جمعیت حیوانی گزارش شده به همراه حداقل یکی از موارد زیر را دارند:

۱. تماس (کمتر از یک متر) با ماکیان مرده یا زنده، پرندگان وحشی، یا خوک در هر جایی از کشورهای آلوده

۲. مراجعه به محلی که ماکیان اهلی یا خوک مبتلا (تأیید شده) در ۶ هفته قبل وجود داشته است.

۳. تماس (لمس کردن یا در فاصله شنیدن و صحبت معمولی) با یک مورد انسانی تأیید شده

آنفلوآنزای A/H5

۴. تماس (لمس کردن یا در فاصله شنیدن و صحبت معمولی) با یک شخص مبتلا به بیماری حاد تنفسی با علت نامشخص که بعداً منجر به مرگ وی شده است.

چگونگی انتشار همه‌گیری آنفلوآنزای پرندگان در سطح یک کشور

در داخل یک کشور بیماری به آسانی از یک مرغداری به مرغداری‌های دیگر انتقال می‌یابد زیرا تعداد زیادی ویروس در فضولات پرندگان وجود دارد و باعث آلودگی گرد و غبار و خاک می‌گردد و ضمناً ویروس از طریق هوای تنفسی به آسانی از پرنده‌ای به پرنده دیگر منتقل می‌شود و لوازم و اشیاء آلوده، غذاها، قفسه‌ها، لباس‌ها و بویژه کفش‌ها نیز موجب انتقال ویروس از محلی به محل دیگر می‌شوند و از طریق پاها و بدن حیواناتی نظیر جوندگان که نقش ناقل مکانیکی را ایفا می‌نمایند نیز ممکن است منتقل گردند و حتی شواهد محدودی حاکی از نقش کک‌ها به عنوان ناقل مکانیکی این ویروس می‌باشد.

ویروس ممکن است از طریق فضولات پرندگان وحشی آلوده به ماکیان اهلی انتقال یابد و خطر انتقال ویروس زمانی افزایش می‌یابد که ماکیان اهلی خارج از قفس و آزاد بوده و یا از منابع آب آلوده به فضولات پرندگان وحشی ناقل، استفاده نمایند. فروشگاه‌های مرغ زنده نیز در صورتی که وضعیت بهداشتی مناسبی نداشته باشند یکی دیگر از منابع انتشار ویروس خواهند بود.

ویروس عامل آنفلوآنزای پرندگان ممکن است از طریق تجارت جهانی پرندگان زنده از کشوری به کشورهای دیگر انتقال یابد. همچنین پرندگان مهاجر و از جمله انواع آبی، دریایی و ساحلی قادر به حمل ویروس تا فواصل خیلی طولانی و انتقال به مناطق جدید می‌باشند و شواهدی هم در مورد انتشار جهانی برخی از ساب تایپ‌های این ویروس از این طریق وجود دارد. لازم به ذکر است که پرندگان آبی و بویژه اردک‌های وحشی مخازن طبیعی این ویروس بوده و از طرفی از مقاومت بالایی در مقابل عفونت حاصله برخوردار دارند و بدون اینکه به بیماری شدیدی مبتلا شوند قادرند ویروس را در محیط اطراف خود منتشر کنند.



اشکال بالینی بیماری در پرندگان:

این بیماری ممکن است در پرندگان به دو شکل بالینی عارض شود:

- ۱- ناخوشی خفیفی که گاهی فقط با ژولیدگی پرها یا کاهش تولید تخم مرغ مشخص می شود.
- ۲- شکل شدید که اصطلاحاً به آنفلوانزای شدیداً بیماریزای پرندگان (انفلوانزای فوق حاد پرندگان)، موسوم است و برای اولین بار در سال ۱۸۷۸ میلادی در ایتالیا تشخیص داده شده و در پرندگان از قابلیت سرایت خیلی بالایی برخوردار بوده و تقریباً صد درصد موارد، سریعاً منجر به مرگ می شود. علائم شامل عدم تعادل، ژولیدگی پرها، تنفس سخت، بی اشتها، افسردگی و پژمردگی، تغییر رنگ تاج و ریش به رنگ آبی، ادم و تورم سر و پلک و تاجو ریش، اسهال آبکی، خونریزی های کوچک، نشانه های خون ریزی در ترشحات بینی، افت ناگهانی تولید تخم، تخم های با پوسته های نرم می باشد.





کنترل آنفلوآنزای پرندگان:

مهم‌ترین اقدامات کنترلی شامل معدوم کردن سریع کلیه پرندگان بیمار یا تماس یافته، دفع مناسب لاشه‌ها و فضولات، قرنطینه کردن و ضدعفونی کردن مرغداری‌ها می‌باشد.

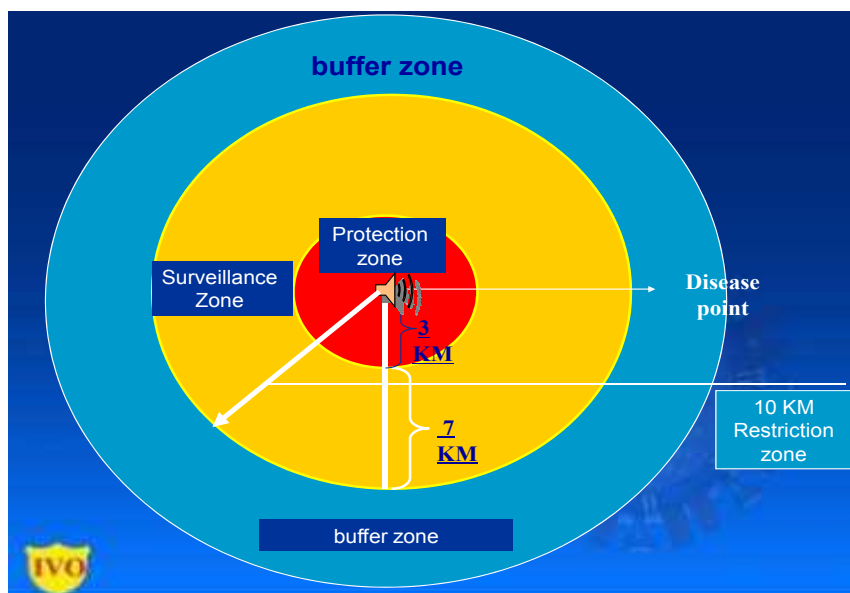
ویروس آنفلوآنزا در عرض ۳ ساعت در دمای ۵۶ درجه سانتی‌گراد یا نیم ساعت در دمای ۶۰ درجه سانتی‌گراد و همچنین در تماس با مواد ضدعفونی کننده رایج نظیر فرمالین و ید از بین خواهد رفت. ولی در دماهای پایین مقاوم بوده و حداقل تا سه ماه بعد ممکن است در کودهای آلوده، زنده بماند. همچنین قادر است در محیط آب در دمای ۲۲ درجه سانتی‌گراد به مدت ۴ روز و در دمای صفر درجه سانتی‌گراد به مدت بیش از ۳۰ روز به حیات خود ادامه دهد.

شایان ذکر است که مقدار یک گرم از کود آلوده به اشکال شدیداً بیماری‌زای ویروس آنفلوآنزای پرندگان حاوی تعداد بسیار زیادی ویروس بوده و قادر به آلوده کردن حدود یک میلیون مرغ، می‌باشد.

یکی دیگر از اقدامات کنترلی مهم این بیماری در بین پرندگان، محدودیت جابجایی پرندگان در داخل کشور و یا بین کشورها می‌باشد. کنترل حرکات پرندگان در **منطقه محافظت (Protection Zone)** (حداقل به شعاع ۳ کیلومتر در اطراف کانون آلوده) و **منطقه مراقبت (Surveillance Zone)** (حداقل به شعاع ۱۰ کیلومتر در اطراف کانون آلوده) باید تعیین و اعلام گردد. به مجموعه منطقه محافظت و منطقه مراقبت، **منطقه**

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

محدودیت (Restricted Zone) می گویند. در **منطقه محافظت** حداقل به شعاع یک کیلومتر در اطراف کانون آلودگی کلیه پرندگان معدوم سازی می گردند. **منطقه احتیاط (Buffer Zone)** ابعادی در حدود ۳ تا ۵ کیلومتر در اطراف منطقه مراقبت را تشکیل می دهد که بنا به موقعیت و وضعیت منطقه ابعاد آن متغیر می باشد. منطقه های مشخص شده حداقل تا ۳۰ روز بعد از پاک سازی و ضد عفونی محل باید محافظت و مراقبت شوند. همچنین حداقل تا ۲۱ روز هیچ حیوانی در محدوده عملیاتی که معدوم سازی صورت گرفته ، نباید وارد شود.



به نظر می رسد جلوگیری از تماس ماکیان اهلی با پرندگان وحشی و به ویژه پرندگان آبی باعث پیشگیری از انتشار ویروس های بیماری زا در بین پرندگان اهلی می گردد. ضمناً مشخص شده است که استفاده این پرندگان از منابع مشترک آب، یکی از راه های انتقال حتمی ویروس است. زیرا این آبها بوسیله فضولات پرندگان وحشی، آلوده گردیده و به آسانی باعث انتقال ویروس به پرندگان اهلی می گردد. شایان ذکر است که آلودگی این گونه آبها به دنبال تجمع پرندگان مهاجر، از نظر آزمایشگاهی نیز به اثبات رسیده است و لذا محدود کردن اینگونه تماس ها، از بین بردن پرندگان اهلی بیمار یا تماس یافته با ویروس های H5 و (تنها سوش های با بیماریزایی بالا) حتی در صورتی که این ویروس ها در ابتدای طغیان از پاتوژنیسته پایی برخوردار باشند توصیه شده است. زیرا در بسیاری از طغیان هایی که در پنسیلوانیا، مکزیکو، ایتالیا و ... رخ داده است، علیرغم اینکه ویروس عامل همه گیری در ابتدا از بیماریزایی کمی برخوردار بوده ولی تدریجاً در عرض ۹ - ۶ ماه پس از چند بار عبور از بدن ماکیان به ویروس با بیماریزایی بالا و میزان کشندگی حدود ۱۰۰٪ تبدیل گردیده است.

تعاریف مورد استفاده در سیستم مراقبت آنفلوآنزای پرندگان:

* مورد مشکوک انسانی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان ($A(H_5N_1)$):

بیمار مبتلا به عفونت حاد دستگاه تنفسی تحتانی بدون علت مشخص به همراه تب بیش از ۳۸ درجه زیر زبانی، سرفه، تنگی نفس و تنفس سطحی به همراه حداقل یکی از موارد تماس زیر در طی ۷ روز قبل از شروع علائم:

الف) تماس نزدیک کمتر از یک متر (برای مثال همسفر بودن، صحبت کردن یا لمس) با مورد مشکوک یا

متحمل یا قطعی مبتلا به ($A(H_5N_1)$)

ب) تماس (برای مثال حمل و نقل، ذبح، پرکنی، قصابی و آماده کردن) با ماکیان یا پرندگان وحشی یا فضولات آنها یا تماس با محیط آلوده به فضولات آنها در منطقه‌ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به ($A(H_5N_1)$) در یک ماهه اخیر وجود داشته است.

ج) خوردن خام یا نیم‌پز فرآورده‌های ماکیان در منطقه‌ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به عفونت ($A(H_5N_1)$) در یک ماهه اخیر وجود داشته است.

د) تماس نزدیک با موارد حیوانی قطعی مبتلا به ($A(H_5N_1)$) به غیر از ماکیان یا پرندگان وحشی (برای مثال گربه و خوک)

هـ) کارکردن با نمونه‌های بالینی (حیوانی یا انسانی) مشکوک به آلودگی با ویروس ($A(H_5N_1)$) در آزمایشگاه یا جاهای دیگر

* مورد محتمل انسانی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان ($A(H_5N_1)$):

مورد محتمل شامل یکی از موارد زیر است:

۱. مورد مشکوک به همراه یکی از موارد زیر:

الف) وجود کدورت یا شواهد پنومونی حاد در رادیوگرافی قفسه سینه به همراه علایمی از نارسایی تنفسی - هیپوکسی - تاکی پنه شدید) یا

ب) تأیید آزمایشگاهی آلودگی به آنفلوآنزا A و ناکافی بودن شواهد آزمایشگاهی مبنی بر عفونت ($A(H_5N_1)$).

۲. فردی که به دلیل بیماری تنفسی حاد بدون علت مشخص فوت نموده و از نظر اپیدمیولوژیک ارتباط زمانی و مکانی و تماس با یک مورد محتمل یا ثابت شده ($A(H_5N_1)$) داشته باشد.

* مورد تأیید شده انسانی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان ($A(H_5N_1)$):

مورد محتمل یا مشکوکی به همراه یکی از آزمایشات زیر:

الف) جدا کردن ویروس ($A(H_5N_1)$)

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

ب) نتایج مثبت PCR با بکار بردن دو نوع PCR مختلف برای مثال استفاده از پرایمر اختصاصی آنفلوانزا A و هماگلوتیناسیون H₅

ج) افزایش چهار برابر یا بیشتر آنتی‌بادی خنثی کننده (A(H₅N₁) در دو نمونه سرم (مرحله حاد) (نمونه سرم گرفته شده در هفته اول پس از شروع علائم) و سرم دوره نقاهت (ضمن آنکه تغییر تیتراژ آنتی‌بادی باید $\frac{1}{80}$ یا بیشتر باشد).

د) میزان آنتی‌بادی Microneutralisation برای (A(H₅N₁) مساوی یا بیشتر از $\frac{1}{80}$ در یک نمونه سرم پس از روز چهاردهم شروع علائم به همراه مثبت بودن یک آزمایش سرولوژیک دیگر مثل (H₅ Haemeagglutination Inhibition) گلبول‌های قرمز اسب با تیتراژ $\frac{1}{160}$ یا بیشتر یا نتیجه مثبت آزمایش لکه غربی (Western Blot Test).

پیگیری موارد مشکوک انسانی:

• در حال حاضر کلیه اطلاعات موارد بیماری در سیستم طبقه بندی اداری

تبادل می گردد.

➤ در صورت مشاهده یا گزارش موارد مشکوک انسانی بایستی فوراً گزارش تلفنی (براساس سلسله مراتب گزارش‌دهی) و براساس اطلاعات فرم لیست خطی انجام پذیرد. فرم لیست خطی در دو برگ تهیه شده و یک برگ آن به سطح بالاتر ارسال می گردد و این روند تا بالاترین سطح به مرحله اجرا در می آید.

➤ در صورتی که مورد با تعریف مشکوک مطابقت ندارد ولی پزشک متخصص تأکید بر احتمال ابتلاء بیمار دارد لیست خطی بصورت نمابر ارسال می گردد و روی آن جمله "عدم مطابقت با تعریف مورد مشکوک و بنا بر تشخیص پزشک" ذکر می گردد.

➤ فرم تکمیل شده بررسی اپیدمیولوژیک پس از بهبود یا فوت به سطوح بالاتر ارسال می شود و نمونه‌ای از آن نیز در مرکز بهداشت شهرستان و استان نگهداری می گردد.

➤ موارد مشکوک باید به سرعت بستری و تحت مراقبت قرار گیرند.

➤ موارد مشکوک بستری شده بایستی تا ۲۴ ساعت پس از قطع تب در بیمارستان تحت نظر قرار گیرند.

➤ موارد تماس، باید بمدت ۱۰ روز از نظر بروز تب و سایر علائم تحت مراقبت قرار گیرند. و در این مدت روزانه ۲ بار (بفاصله ۱۲ ساعت) درجه حرارت بدن آنها ثبت و کنترل گردد و در صورت بروز علائم به سرعت تحت درمان و سایر اقدامات مداخله ای بهداشتی قرار گیرند.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

➤ رعایت اقدامات احتیاطی از جمله بهداشت دست‌ها (شست و شوی دست‌ها با آب و صابون به مدت ۱۵ تا ۲۰ ثانیه) برای کاهش ریسک خطر انتقال ویروس بسیار اهمیت دارد.

ارزیابی موارد مشکوک:

- ۱- از کلیه افراد مشکوک باید نمونه برداری بعمل آید.
- ۲- نمونه‌های مورد مشکوک به همراه فرم لیست خطی تکمیل شده به آزمایشگاه ملی آنفلوانزا- دانشکده بهداشت دانشگاه تهران ارسال می‌گردد.
- ۳- یک نمونه باید از مجرای تنفسی مورد مشکوک گرفته شود برای مثال سواب حلق، یا شست و شوی حلق با محلول اختصاصی (غرغه): نمونه برای آنفلوانزای A به روش RT-PCR بررسی می‌شود و در صورت مثبت بودن برای تعیین سبب تایپ (H_1 ، H_3 و ...) با همین روش بررسی می‌گردد.
- ۴- دو نمونه سرم شامل یک نمونه بلافاصله پس از تشخیص مورد مشکوک (مرحله حاد) و یک نمونه مرحله نقاهت (بعد از سه هفته از شروع بیماری) با هماهنگی آزمایشگاه ملی آنفلوانزا جهت بررسی آنتی‌بادی آنفلوانزای پرندگان تهیه می‌گردد. در صورت بدحال شدن بیمار نمونه دوم تهیه می‌گردد. فاصله بین نمونه اول و دوم الزاماً سه هفته نیست زیرا نمونه دوم پس از سه هفته از شروع علائم تهیه می‌شود و مطمئناً بیمار ممکن است چند روز پس از شروع علائم مراجعه کرده باشد و نمونه اول گرفته شده باشد.
- ۵- بیماران مشکوک مبتلا به آنفلوانزای پرندگان بلافاصله پس از تشخیص بایستی تحت درمان با داروی ضدویروسی قرار گیرند. اولویت با استفاده از داروی اوسلتامیویر می‌باشد و در صورت عدم دسترسی به آن از آماتادین استفاده می‌شود.

مقدار اوسلتامیویر ۷۵ میلی‌گرم دو بار در روز برای بالغین و برای کودکان با وزن کمتر از ۱۵ کیلوگرم، ۳۰ میلی‌گرم دو بار در روز و کودکان با وزن ۱۵ تا ۲۳ کیلوگرم، ۴۵ میلی‌گرم دو بار در روز و کودکان با وزن ۲۳ تا ۴۰ کیلوگرم، ۶۰ میلی‌گرم دو بار در روز و افراد بیشتر از ۴۰ کیلوگرم، ۷۵ میلی‌گرم دو بار در روز استفاده می‌شود. طول مدت درمان ۵ روز می‌باشد.

- ۶- موارد مشکوک بستری پس از بهبود حال عمومی و ۲۴ ساعت پس از قطع تب از بیمارستان مرخص می‌شوند و در صورتی که علت دیگری برای بیمار تشخیص داده شد بر اساس پروتکل‌های مربوطه اقدام می‌گردد.

اقدامات پیشگیری آنفلوانزای پرندگان A(H5N1) در انسان در وضعیت غیرپاندمی:

الف) اقدامات احتیاطی ایزولاسیون (جداسازی) در منزل، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها:

- بیماران باید در وضعیت ایزولاسیون کامل، (تماسی، ریزقطرات و بلع ذرات هوایی) قرار گیرند.
- بیماران باید حتی الامکان به تنهایی در یک اتاق با فشار منفی بستری شوند و در غیر این صورت در یک اتاق یک تخته و درب بسته باشد.
- اگر اتاق یک تخته در دسترس نمی‌باشد، بیماران مشابه با تشخیص یکسان در اتاق چند تخته بستری شوند ولی تخت‌ها باید حداقل یک متر از همدیگر فاصله داشته باشند و بهتر است بین تخت‌ها پارتیشن‌بندی شود (حداقل با پرده)
- استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل ماسک‌های مؤثر تنفسی (N95 و FFP2 و یا ماسک‌های با استاندارد معادل)، گان آستین بلند، محافظ صورت یا عینک محافظ و دستکش برای پرسنل بهداشتی درمانی توصیه می‌شوند و ضروری است پس از استفاده به روش بهداشتی معدوم شوند.
- در صورت امکان پرسنل بیمارستان و پزشک ارائه‌کننده خدمات به بیمار محدود گردد و به ایشان قبلاً آموزش داده شود تا تماس با بیمار به حداقل برسد و لیستی از این افراد تهیه گردد.
- بیماران ممنوع الملاقات باشند.
- شست و شوی مکرر دست و رعایت بهداشت فردی و اجتماعی ضروری است.
- حتی‌الامکان از وسایل یکبار مصرف جهت بیمار استفاده شود.
- هنگام شست و شوی وسایل استفاده شده بیماران رعایت تمام احتیاطات بهداشتی ایمنی (ماسک، دستکش و عینک) لازم است.
- ویروس حداقل تا ۲۴ ساعت در محیط زنده می‌ماند لذا پس از ترخیص بیماران حتی‌الامکان تا ۲۴ ساعت از بستری نمودن سایر بیماران در اطاق مربوطه اجتناب گردد و ضروری است در اتاق عملیات ضدعفونی و گندزدایی به عمل آید.

ب) اقدامات احتیاطی برای پرسنل بهداشتی درمانی در معرض تماس:

- ضروری است تمامی پرسنل تعریف شده بر اساس دستورالعمل واکسیناسیون، سالیانه بر علیه انفلوانزا واکسینه گردند.
- کلیه پرسنل ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی که با فرد مشکوک در تماس می‌باشند باید اقدامات احتیاطی بالاخص اقدامات حفاظت فردی (استفاده از ماسک، عینک، دستکش و ...) را بدقت رعایت نمایند.
- پرسنلی که اقدامات احتیاطی را بدقت رعایت نکرده‌اند ضروری است بعد از آخرین تماس بمدت ۷ تا ۱۰ روز تحت پروفیلاکسی دارویی با اوسلتامی ویر قرار گیرند.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

- پرسنل مراقبت بیماران که در تماس با موارد مشکوک بوده‌اند باید روزانه دو بار درجه حرارت بدن خود را چک کنند و هرگونه تب یا علائم مشکوک به آنفلوآنزا را به مسئول کنترل عفونت گزارش دهند. اگر احساس کردند که مبتلا به آنفلوآنزا شده‌اند ضمن بررسی توسط پزشک کنترل عفونت، به هیچ وجه نباید در مراقبت مستقیم بیماران دخالت داده شوند. هنگام بروز تب پس از گرفتن نمونه‌های لازم جهت بررسی تشخیص (اگر علت دیگری متصور نمی‌باشد) فوراً تحت درمان با اوستامایویر قرار گیرند.

ج) اقدامات احتیاطی برای تماس‌های نزدیک و خانگی:

- موارد تماس خانگی باید با شست و شوی کامل دست‌ها به مدت ۳۰ ثانیه با آب و صابون پس از هر تماس و یا آلودگی احتمالی، عدم استفاده از ظروف غذاخوری مشترک، پرهیز از تماس چهره به چهره با موارد احتمالی یا تأیید شده بیماری و استفاده از ماسک و وسایل حفاظت فردی از خود مراقبت کنند.
- احتمال دفع ویروس در کودکان ۱۲ سال و کمتر تا ۲۱ روز از شروع بیماری و در افراد بالای ۱۲ سال تا ۷ روز پس از قطع تب وجود دارد و بهتر است در طی این مدت توصیه‌های فوق رعایت شود.
- موارد تماس با بیمار یا موارد تماس در محیط‌های بسته (خانه، خانواده، بیمارستان و سایر مراکز نگهداری یا سرویس‌های نظامی) باید روزانه دو مرتبه کنترل درجه حرارت شده و پیگیری علائم بیماری تا هفت روز بعد از آخرین تماس انجام شود.
- موارد تماس نزدیک و خانگی در صورتیکه دچار تب بالای ۳۸ درجه و سرفه، تنگی نفس، یا سایر علائم شوند بلافاصله تحت درمان داروهای ضدویروس قرار گرفته و تست‌های تشخیصی انجام شود.

د) اقدامات احتیاطی برای مسافرت:

- منعی برای مسافرت افراد به مناطقی که آلودگی A(H5N1) ثابت شده است وجود ندارد.
 - هیچگونه شواهد علمی تأیید شده که نشان دهد بیماری از انسان به انسان منتقل می‌شود تا این لحظه در دنیا وجود ندارد. (افراد محدودی که مبتلا شده‌اند تماس مستقیم با پرندگان آلوده داشته‌اند.)
- با توجه به گسترش آنفلوآنزای پرندگان در بسیاری از پرندگان کشورهای دنیا موارد زیر در هنگام مسافرت به این کشورها توصیه می‌گردد:
۱. مسافرتین ترجیحاً دو هفته قبل از مسافرت به مناطق آلوده بایستی با واکسن آنفلوآنزای انسانی واکسینه شوند.
 ۲. مسافرتین باید از تماس مستقیم با پرندگان شامل مرغ و خروس، اردک و غاز که ظاهراً سالم هستند و مزارع پرورش و بازارهای فروش پرندگان زنده پرهیز نمایند و همچنین از لمس سطوح آلوده با فضولات و ترشحات پرندگان نیز پرهیز کنند.
 ۳. مسافرتین باید با رعایت بهداشت فردی و شست و شوی مرتب دست‌ها یا استفاده از ژل‌های حاوی الکل و عدم مصرف غذاهای نیم پخته مرغ (ماکیان) و یا تخم مرغ نیم پز احتمال تماس با بیماری را کم کنند.

۴. حتماً بعد از جابجایی مرغ برای پخت و پز در آشپزخانه دست‌هایشان را با آب و صابون بشویند.
۵. در صورتیکه طی ۱۰ روز پس از بازگشت از منطقه آلوده دچار علائم تب و نشانه‌های تنفسی شوند بایستی حتماً به پزشک مراجعه نمایند.

گروه‌های در معرض خطر بیماری و توصیه‌های پیشگیری دارویی

گروه‌های در معرض خطر بیماری آنفلوانزای پرندگان به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱. گروه‌های پرخطر:

این گروه شامل تماس‌های خانوادگی نزدیک و ساکنین یک خانه که در تماس نزدیک با بیمار مشکوک یا تایید شده (A(H5N1)، محیط و پرندگان آلوده هستند می‌باشد.

۲. گروه‌های با خطر متوسط:

۱-۲- افرادی که در مراکز پرورش حیوانات آلوده یا در جمع‌آوری و معدوم‌سازی و دفن آنها و ضدعفونی محیط آلوده فعالیت داشته و از وسایل حفاظتی استاندارد بطور مناسب استفاده نکرده‌اند.

۲-۲- افرادی که بدون استفاده از وسایل حفاظتی استاندارد با حیوانات مریض یا مرده آلوده به ویروس A(H5N1) تماس نزدیک داشته‌اند یا با پرندگانی که موجب ابتلا موارد انسانی شده‌اند در تماس بوده‌اند.

۳-۲- کارکنان نظام بهداشتی درمانی که از وسایل حفاظتی استاندارد و مناسب استفاده نکرده و تماس نزدیک با مورد مشکوک یا قطعی انسانی مبتلا به A(H5N1) داشته‌اند برای مثال تماس در طی لوله‌گذاری تراشه یا ساکشن تراشه یا دادن دارو به روش افشانه (Nebuliser) یا تماس با ترشحات بدن بیمار. همچنین کارکنان آزمایشگاه که از وسایل حفاظتی استاندارد مناسب استفاده نکرده‌اند و با نمونه‌های آلوده به ویروس آنفلوانزا تماس داشته‌اند.

۳. گروه‌های با خطر کم:

۱-۳- کارکنان بهداشتی درمانی که تماس نزدیک (فاصله کمتر از یک متر) با بیمار مشکوک یا قطعی مبتلا به A/H5N1 نداشته‌اند و تماس مستقیم با مواد آلوده بیمار نداشته‌اند.

۲-۳- کارکنان بهداشتی درمانی که طی تماس با بیمار از وسایل حفاظتی مناسب استفاده کرده‌اند.

۳-۳- افرادی که در حمل و جابجایی و ذبح و قطعه‌قطعه کردن ماکیان غیر آلوده فعالیت دارند.

۴-۳- افرادی که با حیوانات بیمار سروکار داشته و از وسایل حفاظتی مناسب استفاده می‌کنند.

* اقدامات پیشگیری دارویی :

برای گروه‌های پر خطر: داروی اوسلتامی ویر در اولین فرصت پس از تماس تجویز می‌گردد. مقدار دارو به میزان ۷۵ میلی‌گرم روزانه برای افراد بالای ۱۳ سال به مدت ۷-۱۰ روز پس از آخرین تماس می‌باشد.

برای کودکان ۱-۱۳ سال براساس وزن مقدار تجویز دارو به شرح زیر می‌باشد:

- وزن مساوی یا کمتر از ۱۵ Kg به میزان ۳۰ میلی‌گرم روزانه
- وزن ۱۵-۲۳ Kg به میزان ۴۵ میلی‌گرم روزانه
- وزن ۲۳-۴۰ Kg به میزان ۶۰ میلی‌گرم روزانه
- وزن بیشتر از ۴۰ Kg به میزان ۷۵ میلی‌گرم روزانه

برای گروه‌های با خطر متوسط:

با توجه به امکانات و در دسترس بودن اوسلتامی ویر در اولین فرصت پس از تماس توصیه به مصرف دارو مطابق مقادیر بالا می‌شود.

* کمیته علمی کشوری آنفلوآنزا در حال حاضر پیشگیری دارویی با اوسلتامی ویر در این گروه را فقط برای افراد در تماس نزدیک با مورد آلوده مشکوک یا قطعی توصیه نموده و افرادی که تماس نزدیک نداشته اند بمدت ۷ روز تحت نظر قرار گرفته و هر ۱۲ ساعت تب آنها کنترل و در صورت بروز تب و یا سایر علائم بیماری ضمن انجام آزمایشات، درمان دارویی را برای این افراد شروع می‌کنیم.

برای گروه‌های با خطر کم:

در این گروه با توجه به استفاده مناسب از وسایل حفاظت فردی و انجام صحیح اقدامات احتیاطی و خطر بسیار پایین تماس با منابع آلودگی در حال حاضر تجویز دارو توصیه نمی‌شود.

* خانم‌های بارداری که در گروه‌های با خطر بالا و متوسط طبقه بندی می‌شوند مصرف داروی اوسلتامی ویر توصیه می‌شود.

تذکره: در حال حاضر با توجه به یافته‌های موجود، توصیه‌های زیر جهت تجویز دارو ارائه گردیده است:

۱. در مواردی که امکان دسترسی به اوسلتامی ویر وجود دارد تجویز اوسلتا می ویر جهت درمان قویا توصیه می‌شود.

۲. در مواردی که امکان دسترسی به اوسلتامی ویر وجود دارد قویا تجویز آمانتادین یا ریمانتادین بتهایی بعنوان خط اول درمان توصیه نمی گردد.
۳. در مواردی که امکان دسترسی به اوسلتامی ویر وجود ندارد توصیه ضعیفی مبنی بر تجویز آمانتادین یا ریمانتادین بعنوان خط اول درمان (در صورتیکه اطلاعات مراقبت منطقه ای بیانگر حساسیت ویروس به این داروها باشد)، وجود دارد.
۴. قویا توصیه می شود آمانتادین یا ریمانتادین بعنوان کمپروپیلاکسی (از جمله در زنان باردار) تجویز نگردد.
۵. قویا توصیه می شود آمانتادین در افراد مسن، بیماران دارای نقص عملکرد کلیوی، بیماران دارای اختلالات تشنجی، بعنوان کمپروپیلاکسی تجویز نگردد.
۶. قویا توصیه می شود ریباورین در زنان باردار تجویز نگردد.
۷. قویا توصیه می شود مصرف روتین کورتیکواستروئیدها، استفاده از ایمونوگلوبولین وانترفرون، و ریباورین نباید خارج از شرایط آزمایشی تصادفی (RANDOMISED TRIAL) مورد استفاده قرار گیرد.
۸. قویا توصیه می شود در بیماران تایید شده یا قویا مشکوک به آلودگی که نیاز به ونتیلیسیون مکانیکی ندارند و همچنین اندیکاسیون دیگری جهت دریافت آنتی بیوتیک ندارند، نباید آنتی بیوتیک پروپیلاکسی تجویز گردد.

اقدامات لازم در هنگام بروز آنفلوآنزای پرندگان در مرغداری‌ها برای افراد در معرض خطر:

- توصیه می‌شود کلیه کارکنان شاغل در مرغداری‌ها و کشتارگاه‌های پرندگان و دامپزشکان پرندگان سراسر کشور تحت واکسیناسیون سالانه آنفلوآنزای انسانی قرار گیرند.
- در صورت بروز مورد مشکوک آنفلوآنزای پرندگان در هر مزرعه پرندگان براساس گزارش اداره کل دامپزشکی، داروی ضدویروس اوسلتامیویر به میزان ۷۵ میلی گرم روزانه برای کارکنان مرغداری بر اساس تقسیم بندی گروه‌ها (پرخطر، خطر متوسط، کم خطر) شروع گردد تا نتایج آزمایشگاهی نشان دهد که علت بروز آنفلوآنزا نمی‌باشد که پس از اعلام علل دیگر، دارو قطع می‌گردد و در صورت تأیید وجود بیماری، دارو حداقل برای هفت روز پس از آخرین تماس با پرنده عفونی در مزرعه آلوده یا سطوح و محیط آلوده تجویز می‌گردد.
- در صورت بروز موارد مشکوک در مزرعه پرندگان استفاده از وسایل ایمنی ترجیحاً یکبار مصرف شامل: دستکش، روپوش یا لباس مناسب آستین بلند، چکمه یا روکشی، عینک محافظ برای محافظت غشاء مخاطی چشم، کلاه، ماسک استاندارد توصیه شده است. پس از هر بار استفاده، همه وسایل باید به طور مناسب معدوم گردند. شست و شوی دست‌ها با آب و صابون بمدت ۲۰ ثانیه یا استفاده از محلول بتادین پس از در آوردن وسایل ایمنی یا هر گونه تماس مشکوک الزامی است.
- استفاده از وسایل و انجام اقدامات فوق با نظر اداره دامپزشکی و واحد بهداشت محیط برای همه افرادی که در مزرعه پرندگان مشکوک کار می‌کنند و در معدوم کردن پرندگان مشکوک مشارکت دارند الزامی می‌باشد.
- برای ضدعفونی وسایل آلوده به خون و مایعات بدن بیماران مشکوک، هیپوکلرید سدیم ۱٪ و برای ضدعفونی کردن سطوح فلزی صاف که مواد سفید کننده نمی‌توان استفاده کرد از الکل ۷۰٪ استفاده می‌شود.

چگونگی گسترش بیماری انفلوانزای پرندگان در مرغداریها و مزارع پرورش پرندگان:



شرح وظیفه سطح کشوری در کنترل آنفلوآنزای پرندگان در انسان:

۱. تشکیل کمیته کشوری و زیر کمیته های علمی و اجرایی کنترل آنفلوآنزای پرندگان در انسان با ترکیب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - وزارت جهاد کشاورزی - وزارت کشور - وزارت آموزش و پرورش - ستاد کل نیروهای مسلح - سازمان صدا و سیما - وزارت ارشاد و تبلیغات اسلامی - وزارت دادگستری - سازمان هلال احمر - سازمان دامپزشکی - سازمان حفاظت محیط زیست - آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا و سایر سازمانها در صورت لزوم.
۲. توجیه مسئولین و مقامات ارشد در جهت اولویت دادن به کنترل و پیشگیری از آنفلوآنزای پرندگان (درون بخشی و برون بخشی)
۳. تقویت و گسترش هماهنگی درون بخشی با کلیه معاونین و مدیران ارشد وزارت متبوع بالاخص معاونت غذا و دارو، روابط عمومی، دفتر سلامت محیط و کار، دفتر پرستاری، اداره اعتبار بخشی و نظارت بر امور درمان و سایر بخش های مرتبط
۴. تقویت و گسترش هماهنگی برون بخشی بالاخص سازمان دامپزشکی، مرکز تحقیقات واکسن و سرم سازی رازی، وزارت کشور، نیروی انتظامی، سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت آموزش و پرورش، سازمان هلال احمر، سازمانهای بیمه گر و سایر سازمانها در صورت لزوم
۵. جلب حمایت و همکاری دفتر سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمانهای بهداشتی بین المللی
۶. پیگیری تأمین اعتبارات مورد نیاز برای اجرای برنامه
۷. تهیه و تدوین دستورالعمل های علمی و اجرایی جهت کنترل آنفلوآنزای پرندگان در انسان با استفاده از آخرین مستندات معتبر علمی
۸. برنامه ریزی، مراقبت و اجرا، نظارت، ارزشیابی برنامه های کنترل آنفلوآنزای پرندگان در دانشگاه های علوم پزشکی
۹. تقویت و تجهیز بخش های درمانی بالاخص اتاق ها یا بخش های ایزوله تنفسی جهت ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری به بیماران
۱۰. تأمین داروی مورد نیاز بیماران و ارائه الگوی یکسان نحوه درمان و پیشگیری در کشور
۱۱. تأمین واکسن و ملزومات و وسایل حفاظت فردی مورد نیاز در کشور
۱۲. حمایت در جهت تجهیز و تداوم فعالیت آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا و تقویت و راه اندازی آزمایشگاههای منطقه ای
۱۳. تقویت نظام ثبت و گزارش دهی اطلاعات
۱۴. تقویت و بهبود نظام مراقبت بهداشتی مرزی (پرسنلی، اعتباری، تجهیزاتی)
۱۵. ارائه و اجرای طرح ها و برنامه های تحقیقاتی و مطالعاتی
۱۶. هماهنگی و پیگیری اجرای برنامه های آموزشی و بازآموزی برای مسئولین و مدیران ارشد بهداشتی درمانی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

۱۷. پیگیری انجام فرایند آموزش و بازآموزی بصورت آشنایی از سطح دانشگاه به شهرستان ها و مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت و مراکز درمانی خصوصی
۱۸. هماهنگی و برگزاری سمینارهای کشوری و منطقه ای
۱۹. تهیه و ارسال متون آموزشی برای سطوح مختلف
۲۰. گزارش موارد به سازمان های بین المللی بر اساس پروتکل های بین المللی

شرح وظیفه سطح دانشگاهی (استانی) در کنترل آنفلوانزای پرندگان در انسان:

همسو با ترکیب کمیته کشوری در سطح دانشگاه باید اقدام به تشکیل کمیته های دانشگاهی با حضور اعضای مدعو نمود و با در نظر گرفتن اصول کلی که در قالب وظایف کشوری تدوین گردیده، هدایت برنامه در سطح استان/ دانشگاه توسط ریاست دانشگاه پیگیری گردد.

۱- تشکیل کمیته دانشگاهی و زیر کمیته های علمی و اجرایی:

- این کمیته ها باید بر اساس برنامه مدون و طراحی شده جلسات منظم فصلی با حضور کلیه اعضا برگزار نموده و افرادی که توانایی مشارکت و فعالیت کامل را نداشته از آن حذف شوند. (بنا به اضطرار جلسات فوق العاده تشکیل خواهد گردید).
- کمیته دانشگاهی متشکل از کلیه معاونین و مدیران ارشد دانشگاه و مسئولین واحدهای ستادی معاونت بهداشتی است و بنا بر ضرورت از مسئولین سایر دستگاهها نیز دعوت بعمل خواهد آمد.
- دانشگاهها و دانشکده های مستقر در یک استان باید نسبت به تشکیل جلسات و کارگروههای مشترک اقدام نمایند.
- صدور ابلاغ جهت کلیه اعضا در کمیته ها ضروری می باشد.
- ثبت و بایگانی و پیگیری مصوبات کمیته ها ضروری می باشد.

۲- برقراری و تقویت و بهبود سیستم مراقبت بیماری با تاکید بر سیستم هشدار زود هنگام

۳- توجه ویژه استانهای مرزی کشور به امر تقویت و پشتیبانی پایگاههای بهداشتی مرزی در کلیه پایانه های مستقر در استان مربوطه

۴- تهیه و تدوین و روزآمد کردن برنامه عملیاتی

۵- هماهنگی برون بخشی و جلب حمایت های منطقه ای و فرا منطقه ای در راستای اهداف برنامه بالاخص با استانداری، سازمان دامپزشکی، آموزش و پرورش، نیروی انتظامی، سازمانهای بیمه گر و سایر سازمانهای مرتبط

۶- تقویت و گسترش هماهنگی درون بخشی (بهداشت، درمان، آموزش، پشتیبانی، پژوهش)

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

- ۷- طراحی و اجرای برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی (عمومی، تخصصی) به کلیه گروههای هدف برنامه و عموم مردم
- ۸- تهیه و تدوین و تکثیر و توزیع متون آموزشی مورد نیاز
- ۹- حمایت و تقویت پشتیبانی از سیستم آزمایشگاهی
- ۱۰- گزارش گیری و گزارش دهی، تجزیه و تحلیل آمار و اطلاعات
- ۱۱- انجام و هدایت و همکاری در پژوهش های کاربردی
- ۱۲- تهیه و تامین وسایل حفاظت فردی
- ۱۳- تهیه و تامین ملزومات و امکانات و تجهیزات مورد نیاز (عملیاتی، آزمایشگاهی)
- ۱۴- تهیه و تدوین گردش کار برنامه با مشارکت کلیه بخش های دانشگاه
- ۱۵- هدایت اجرای برنامه در سطح دانشگاه
- ۱۶- نظارت مستقیم، پایش مداوم، ارزشیابی برنامه در کلیه سطوح (بالاخص بهداشت و درمان و سیستم بیمارستانی) بخش دولتی و بخش خصوصی
- ۱۷- اعلام هشدار و آمادگی مقابله (اعلام وضع فوق العاده) به سطوح عملیاتی مرتبط در زمان وقوع
- ۱۸- تهیه گزارشات و نقشه های لازم و ارائه به سطوح بالاتر با حفظ سلسله مراتب طبقه بندی اطلاعات (ضروری است جهت هر مورد بیمار یک پرونده مستقل تشکیل و نگهداری گردد)
- ۱۹- حمایت و تجهیز و راهاندازی اتاق ها یا بخشهای ایزوله تنفسی مناسب جهت بستری کردن بیماران مشکوک در بیمارستان در هر شهرستان با همکاری مشترک بهداشت و درمان
- ۲۰- تعیین افراد کلیدی علمی و عملیاتی (فوکال های علمی و اجرایی) در هر شهرستان و روزآمد کردن لیست تهیه شده این افراد و ارسال به سطح کشوری
- ۲۱- تعیین پرسنل تیم های عملیاتی و بیمارستانی در سطح هر شهرستان بالاخص تعیین کردن تعداد پرستار و سایر پرسنل مورد نیاز در هر شهرستان و آموزش اختصاصی به ایشان جهت مراقبت از بیماران مشکوک و تهیه و به روزآمد کردن لیست مربوطه
- ۲۲- ارسال و ابلاغ دستورالعمل های کشوری به سطوح محیطی و نظارت کامل بر حسن اجرای آن
- ۲۳- پیگیری اعتبارات مورد نیاز و هزینه در راستای اهداف برنامه
- ۲۴- جلب مشارکت و هدایت و بکارگیری توان و امکانات کلیه بخش های خصوصی بهداشتی و درمانی در وظایف فوق ضروری می باشد

شرح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان در مراقبت بیماری آنفلوآنزای پرندگان :

- ۱- هماهنگی برون بخشی با ادارات و سازمانهای مرتبط بالاخص فرمانداری، دامپزشکی، محیط زیست، نظام پزشکی و سایر ادارات در صورت لزوم و جلب حمایت و پشتیبانی آنها

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

- ۲- هماهنگی درون بخشی با واحدها و بخش های مرتبط بالاخص درمان ،بیمارستان،سلامت محیط و کار،آموزش بهداشت
- ۳- تدوین و به روز رسانی برنامه عملیاتی شهرستان
- ۴- برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزش عمومی و اختصاصی پرسنل
- ۵- برنامه ریزی و اجرای برنامه های اطلاع رسانی عمومی
- ۶- برقراری و تقویت و بهبود نظام مراقبت (اپیدمیولوژیک ،"دیده ور در دانشگاههای منتخب" ، بیمارستانی ، موارد مرگ ،غیبت از کار و مدرسه ، مسافین خارج ازکشور)
- ۷- شناسایی الگوی اپیدمیولوژیک بیماری در شهرستان
- ۸- تامین و تدارک واکسن و داروی مورد نیاز
- ۹- شناسایی گروههای حساس جامعه
- ۱۰- شناسایی کانونهای احتمالی خطر
- ۱۱- انجام اقدامات لازم جهت تعدیل کانونهای احتمالی خطر
- ۱۲- تمهیدات لازم جهت واکسیناسیون افراد در معرض خطر و در معرض تماس
- ۱۳- استفاده از داروهای ضد ویروسی بر اساس دستورالعمل و با هماهنگی مرکز بهداشت استان
- ۱۴- برقراری نظام ارجاع بیماران و تعیین بیمارستانهای مرجع با هماهنگی معاونت درمان
- ۱۵- هماهنگی و تعیین بیمارستانهای مرجع از طریق کمیته دانشگاهی
- ۱۶- پیگیری راه اندازی و تجهیزاتاق و بخش ایزوله تنفسی
- ۱۷- مشارکت دربرنامه های اعلام شده از طرف ستاد استانی و سطح کشوری
- ۱۸- هماهنگی و همکاری و هدایت برنامه در واحدهای تابعه
- ۱۹- پشتیبانی برنامه در واحدهای تابعه (تامین تجهیزات و امکانات مورد نیاز)
- ۲۰- جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن و گزارش به سطوح بالاتر
- ۲۱- پایش و ارائه پس خوراند مناسب به واحدهای تابعه
- ۲۲- تقویت و بهبود نظام گزارش دهی و گزارش گیری(راه اندازی و فعال سازی سیستم هشدار زود هنگام)
- ۲۳- انجام اقدامات مؤثر و بموقع جهت مهار طغیانها
- ۲۴- تعیین فوکل پوینت های علمی و اجرایی در سطح شهرستان و به روز رسانی لیست مربوطه

- ۲۵- پیگیری موارد ابتلا و تماسهای انسانی
- ۲۶- تهیه و تامین و تدارک وسایل حفاظت فردی
- ۲۷- نظارت بر حسن اجرای برنامه
- ۲۸- تشکیل جلسات مشترک کارشناسی (عملیاتی، بازدید) با دامپزشکی و حفاظت محیط زیست
- ۲۹- تهیه پرونده مستقل جهت هر مورد انسانی آنفلوآنزای پرندگان با رعایت سلسله مراتب طبقه بندی اطلاعات
- ۳۰- تقویت و نظارت و پشتیبانی پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی تابعه در راستای اهداف برنامه

شرح وظیفه مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری در مراقبت بیماری آنفلوآنزای پرندگان:

۱. شرکت فعال در جلسات آموزشی جهت بازآموزی و به روز رسانی اطلاعات
۲. آموزش جمعیت تحت پوشش در خصوص تعریف و علائم بیماری، راههای انتقال، روشهای پیشگیری، درمان، روشهای دفن بهداشتی لاشه ها، بالاخص در گروههای در معرض خطر و در معرض تماس.
۳. همکاری و مشارکت در برنامه های ابلاغی و اجرایی از سطوح بالاتر
۴. جلب همکاری و مشارکت مسئولین محلی جهت کنترل و پیشگیری از انتشار بیماری با همکاری سطوح بالاتر
۵. گزارش آنی موارد مشکوک انسانی به سطوح بالاتر
۶. گزارش آنی هر گونه تلفات غیر عادی در پرندگان و یا سایر حیوانات به سطوح بالاتر
۷. شناسایی جمعیت پرندگان / حیوانات در روستا / روستاهای تحت پوشش بالاخص مراکز نگهداری عرضه و کشتار حیوانات و پرندگان
۸. هماهنگی های لازم با مسئولین محلی و سطوح بالاتر در خصوص دفن بهداشتی لاشه های حیوانات و پرندگان تلف شده و تهیه نمونه از موارد مشکوک
۹. مراقبت موارد تماس بیماری
۱۰. انجام به موقع اقدامات پیشگیرانه بوسیله واکسن و دارو تحت نظارت مرکز بهداشت شهرستان

۱۱. بازدید و نظارت بر اماکن عرضه و فروش پرندگان و یاسایر محصولات مرتبط بصورت مستمر
۱۲. بیماریابی فعال در هنگام بروز موارد مشکوک انسانی یا پرندگان
۱۳. پیگیری موارد مشکوک انسانی
۱۴. پیگیری تکمیل فرم پیگیری بیماران (در پرونده خانوار)
۱۵. تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای به عمل آمده و ارائه به سطوح بالاتر
۱۶. همکاری در فعالیتهای تیم عملیاتی شهرستان
۱۷. شناسائی و گزارش کانونهای احتمالی خطر
۱۸. رعایت اصول حفاظت فردی در هنگام برخورد با کانونهای آلوده
۱۹. پایش و ارائه پس خوراند مناسب به واحدهای تابعه

شرح وظیفه خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوآنزای پرندگان:

- ۱- شرکت فعال در جلسات آموزشی جهت بازآموزی و به روز رسانی اطلاعات
- ۲- آموزش جمعیت تحت پوشش بالاخص در گروههای در معرض خطر و در معرض تماس در خصوص تعریف و علایم بیماری ، راههای انتقال ، روشهای پیشگیری ، درمان ، روشهای دفن بهداشتی لاشه های پرندگان
- ۳- همکاری و مشارکت در برنامه های ابلاغی و اجرایی از سطوح بالاتر
- ۴- جلب همکاری و مشارکت مسئولین محلی جهت کنترل و پیشگیری از انتشار بیماری با همکاری سطوح بالاتر
- ۵- گزارش آنی موارد مشکوک انسانی به سطوح بالاتر
- ۶- گزارش آنی هر گونه تلفات غیر عادی در پرندگان و یا سایر حیوانات به سطوح بالاتر
- ۷- شناسایی جمعیت پرندگان / حیوانات در روستا / روستاهای تحت پوشش بالاخص مراکز نگهداری عرضه و کشتار حیوانات و پرندگان
- ۸- هماهنگی های لازم با مسئولین محلی و سطوح بالاتر در خصوص دفن بهداشتی لاشه های حیوانات و پرندگان تلف شده و تهیه نمونه از موارد مشکوک
- ۹- مراقبت موارد تماس بیماری

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

۱۰- انجام به موقع اقدامات پیشگیرانه بوسیله واکسن و دارو تحت نظارت مرکز بهداشتی درمانی مربوطه

۱۱- بازدید و نظارت براماکن عرضه و فروش پرندگان ویاسایر محصولات مرتبط بصورت مستمر

۱۲- بیماریابی فعال در هنگام بروز موارد مشکوک انسانی یا پرندگان

۱۳- پیگیری موارد مشکوک انسانی

۱۴- تکمیل فرم پیگیری بیماران (در پرونده خانوار)

۱۵- تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای به عمل آمده و ارائه به سطوح بالاتر

۱۶- همکاری در فعالیتهای تیم عملیاتی شهرستان

۱۷- شناسائی و گزارش کانونهای احتمالی خطر

۱۸- رعایت اصول حفاظت فردی در هنگام برخورد با کانونهای آلوده

شرح وظایف پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی در مراقبت بیماری انفلوانزای پرندگان:

۱- حفظ آمادگی کامل در رابطه با انجام مراقبت فعال

۲- آگاهی دادن و اطلاع رسانی به مسافirin بالاخص مسافirin به کشورها و مناطق پرخطر و آلوده

۳- بیماریابی فعال در مسافirin وپیگیری و کشف موارد

۴- تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای بعمل آمده و تکمیل فرمهای عملیاتی و ارائه به سطوح بالاتر

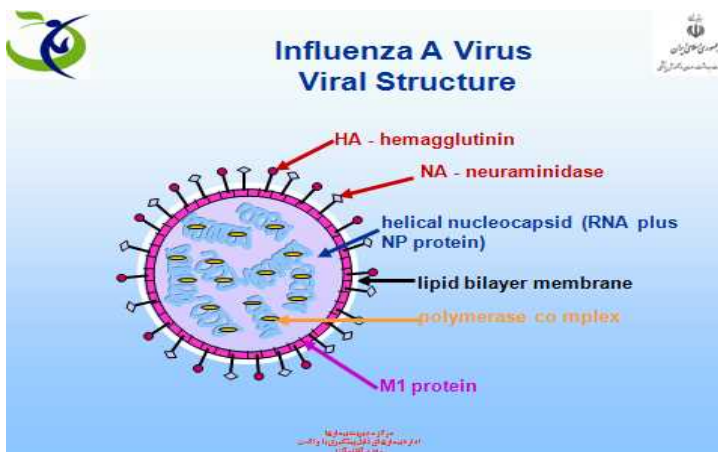
۵- همکاری با تیم های مراقبت بهداشتی درمانی اعزامی

۶- هماهنگی و جلب مشارکت سایر سازمانها و واحدهای مستقر در پایانه ها با هماهنگی سطوح بالاتر در راستای اهداف برنامه

شاخص های برنامه مراقبت انفلوانزای پرندگان:

۱. درصد نمونه تهیه شده از موارد مشکوک
۲. درصد نمونه تهیه شده به هنگام
۳. درصد پیگیری انجام شده به کل موارد در تماس
۴. درصد بموقع بودن گزارشات
۵. درصد انجام عملیات معدوم سازی در کانونهای آلوده به کل کانونها
۶. درصد موارد تایید شده بیماری به موارد مشکوک
۷. درصد موارد فوت شده به کل موارد قطعی
۸. درصد اتاق/بخش ایزوله راه اندازی شده به مورد انتظار
۹. تعداد پرسنل واکسینه شده به کل پرسنل هدف

تشخیص آزمایشگاهی آنفلوانزا: (INFLUENZA LABORATORY DIAGNOSIS)



راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

تشخیص آزمایشگاهی آنفلوآنزا با روش‌های جداسازی ویروس و یا شناسایی آنتی‌بادی‌های ضدویروس انجام می‌گیرد.

جداسازی ویروس:

نمونه مناسب برای جداسازی ویروس ترشحات حلق و بینی، غرغره گلو و یا سواب گلو است که باید در سه روز اول بیماری تهیه شود. نمونه بیمار به کشت سلول و یا تخم‌مرغ جنین‌دار تلقیح می‌گردد. در کشت سلول ۱۰-۳ روز بعد ویروس موجود در نمونه در صورت زنده بودن جدا می‌گردد. نمونه‌ها باید تا زمان تلقیح به کشت سلولی (تخم‌مرغ جنین‌دار) در دمای ۴ درجه سانتی‌گراد نگهداری شود. اگر نگهداری نمونه از ۳ روز تجاوز کند، باید نمونه را در ۷۰- درجه سانتی‌گراد نگهداری نمود و در تانک ازت به آزمایشگاه ارسال کرد.

شناسایی ویروس در نمونه بیمار:

نمونه مناسب، غرغره گلو و یا سواب گلو است. سلول‌های اپیتلیال گلو روی لام‌فیکس می‌گردد و با روش ایمونوفلورسانس آنتی‌ژن‌های ویروسی در سلول‌های فوق مورد شناسایی واقع می‌گردد.

روش کار:

- ۱- نمونه‌گیری در ۷۲ ساعت اول بیماری مناسب‌تر است.
- ۲- اطلاعات مربوط به بیمار در فرم مربوطه ثبت می‌شود.
- ۳- شماره ردیف مربوط به بیمار، نام محل نمونه‌گیری و تاریخ نمونه‌گیری در روی یک لوله یادداشت می‌گردد (مطابق نمونه)

۱۱۵ / بابل
۸۳/۸/۲۸

- ۴- اگر بیمار می‌تواند غرغره گلو انجام دهد، مقدار ۲-۳ میلی‌لیتر محیط ترانسپورت به بیمار داده می‌شود تا غرغره نماید.
- ۵- از بیمار خواسته می‌شود که بعد از غرغره محیط ترانسپورت را در یک لیوان یکبار مصرف برگرداند.
- ۶- محیط ترانسپورت غرغره شده به لوله شماره‌گذاری شده انتقال داده می‌شود و در پوش لوله به خوبی بسته می‌گردد.
- ۷- نمونه به دست آمده باید در اسرع وقت و در شرایط سرد (۴ درجه) به آزمایشگاه منتقل شود. قرار دادن نمونه در یک یخدان حاوی یخ Ice-bag به طوریکه نمونه یخ نزند، کافی است. اگر امکان انتقال سریع وجود ندارد نمونه‌ها باید در ۷۰- درجه و یا در ازت مایع نگهداری شود و بعداً به آزمایشگاه انتقال داده شود.

***مواد و وسایل نمونه برداری در سطح دانشگاه در زمان مناسب بایستی تهیه و تأمین گردد.**

*** به منظور جلوگیری از اختلال در روند عملیات، مواد و وسایل لازم در آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا مستقر در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز موجود است و در صورت نیاز تحویل داده خواهد شد.**
*** تلفن تماس آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا: ۸۸۹۵۰۵۹۵ - ۸۸۹۶۲۳۴۳**

شناسایی آنتی بادی های ضد ویروس:

از بیمار مشکوک به آنفلوانزا در دو دوره حاد بیماری و نقاهت به فاصله ۳-۲ هفته نمونه سرم خون تهیه می گردد و با روش ممانعت همگلوتیناسیون آنتی بادی های ضد ویروس آنفلوانزا مورد شناسایی واقع می شود.

نمونه گیری برای شناسایی سرولوژیک آنفلوانزا

نمونه گیری برای شناسایی سرولوژیک آنفلوانزا به دو روش انجام می پذیرد:

الف- روش اول:

در این روش تعداد ۱۰ جفت نمونه سرم مراحل حاد و نقاهت بیماری از ده بیمار مشکوک به آنفلوانزا گرفته می شود. برای این منظور لازم است، در مرحله اول با افرادی که علائم بیماری آنفلوانزا را دارند، مذاکره شود تا موافقت کنند که از آنها به فاصله حداقل ده روز دو نمونه خون گرفته شود. معمولاً چون امکان دارد افرادی که نوبت اول خون داده اند، در نوبت بعدی از نمونه خون دادن منصرف شوند، لازم است در مرحله حاد بیماری از افراد بیشتری نمونه گیری شود مثلاً در مرحله اول یعنی مرحله حاد بیماری آنفلوانزا اگر از ۱۵ نفر نمونه گیری به عمل آمده باشد در مرحله نقاهت بیماری یعنی ۱۰ روز بعد اگر ۱۰ نفر از آنها نیز قابل دسترسی برای نمونه گیری باشند نمونه گیری صحیح خواهد بود. برای نمونه گیری به ترتیب زیر عمل می گردد.

۱- قبل از نمونه گیری اطلاعات مربوط به بیمار در فرم مربوطه وارد می شود.

۲- شماره ردیف مربوط به بیمار و نام محل نمونه گیری و تاریخ نمونه گیری و نوبت نمونه گیری روی لوله یادداشت می گردد.

۱۱۰ / یزد / نوبت اول

۸۳/۸/۲۷

- ۳- با دقت و رعایت اصول خونگیری مقدار ۵ میلی لیتر از بیمار خون گرفته می شود.
- ۴- خون بیمار به یک لوله منتقل می گردد.
- ۵- بعد از اینکه خون لخته شد، سرم خون به یک لوله دیگر منتقل می گردد.
- ۶- اگر سانتریفوژ در دسترس باشد بعد از سانتریفوژ نمونه سرم به راحتی از لخته جدا می گردد.
- ۷- نمونه سرم را تا زمان انتقال به آزمایشگاه می توان در فریزر معمولی نگهداری نمود.
- ۸- به فاصله ۱۴- ۱۰ روز با همان ترتیب نمونه دوم خون از بیمار گرفته می شود.
- ۹- بعد از تکمیل نمونه گیری نمونه ها در اسرع وقت به آزمایشگاه منتقل می شوند.

ب- روش دوم:

در این روش نمونه گیر در مراکزی که اپیدمی آنفلوآنزا از آنجا گزارش شده است حاضر می گردد و ۱۰ نمونه سرم از افرادی که در حال حاضر علائم بیماری را دارند و ۱۰ نمونه سرم از افرادی که ۱۰ روز یا بیشتر از بیماریشان می گذرد، فراهم می کنند و اطلاعات را در فرم وارد می کنند. مراحل خونگیری همانند روش قبل انجام می گردد با این تفاوت که از هر فرد فقط یک نمونه خون گرفته می شود. روی لوله ها اطلاعات مربوط به نمونه مطابق روش اول نوشته می شود و در گوشه سمت چپ فرم نمونه برداری جمله «نمونه برداری از موارد اپیدمی» ثبت می گردد.

*تهیه نمونه سرمی بر اساس هماهنگی با آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا انجام گیرد.

* در حال حاضر از بیماران مشکوک به آنفلوآنزا(انسانی/پرندگان) یک نمونه قرقره گلو و یا سواب گلو ترجیحا در ۳ روز اول شروع بیماری تهیه گردیده و به آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا با رعایت زنجیره سرما در طی حداکثر ۷۲ ساعت ارسال می گردد.در سایر حالات بر اساس نظر آزمایشگاه و یا پزشک معالج اقدام به نمونه برداری در دوران نقاهت و یا نمونه سرولوژی خواهد گردید.

نمونه برداری از بیماران فوت شده:

- ۱- اگر بیمار دارای لوله تراشه می باشد آسپیراسیون و جمع آوری ترشحات آندوتراکئال انجام می گیرد.
- ۲- اگر بیمار دارای لوله تراشه می باشد و قطر لوله اجازه می دهد نمونه برداری بوسیله انسیزیون و یا با سوزن از ریه مبتلا انجام می گیرد.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

۳- نمونه برداری سوزنی از قفسه سینه به طریقه زیر می باشد:

- ناحیه کوچکی از دیواره قفسه سینه مابین دو دنده تمیز می گردد و برش کوچکی بین آنها تا لایه های خارجی ریه ها با تیغ استریل ایجاد می گردد.
- نمونه گوه ای شکل از ریه (حداقل ۲-۱ سانتی متر مکعب) برداشت می شود و یا با سوزن شماره ۱۸ بافت ریه آسپیره می گردد.
- نمونه تهیه شده در محیط VTM (viral transport media) و یا سرم فیزیولوژی قرار گرفته و به آزمایشگاه حمل می گردد.
- نمونه سوزنی باید در کوتاه ترین زمان ممکن بعد از فوت تهیه گردد.

تهیه محیط انتقال ویروس برای نمونه های بالینی مشکوک به آنفلوانزا

استفاده از محیطی که چگونگی تهیه آن متعاقباً گفته خواهد شد برای جمع آوری سواب های بینی و گلو و غرغره گلو جهت شناسایی ویروس آنفلوانزا توصیه می شود.

مواد لازم برای تهیه یک لیتر محیط انتقال ویروس

۱. محیط HanKs BBS 10x بدون NaHCO_3 ۱۰۰ میلی لیتر
۲. آب دیونیزه استریل ۸۷۰ میلی لیتر
۳. آلبومین گاوی ۲۰٪ استریل ۱۰ میلی لیتر
۴. محلول پنی سیلین - استرپتومایسین استریل ۱۰ میلی لیتر
۵. محلول فونگیزون استریل ۱۰ میلی لیتر
۶. بیکربنات سدیم ۴/۴٪ استریل برای رسیدن به $\text{PH} = ۶/۷$

نکته:

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

۱. محیط HanKs BSS 10x بدون NaHCO_3 به شکل پودر و به صورت تجاری تولید و عرضه میشود.

۲. غلظت نهایی آنتی بیوتیک پنی سیلین ۲۰۰ واحد در هر میلی لیتر، استرپتومایسین ۲۰ میکروگرم در هر میلی لیتر و همچنین غلظت نهایی فونگیزون در محلول ۲-۳ میکروگرم در هر میلی لیتر می باشد.

روش انجام کار:

برای تهیه یک لیتر محیط انتقال:

۱. از محلول HanKs BSS 10x، پنی سیلین - استرپتومایسین، فونگیزون و آلبومین گاوی ۲۰٪ به نسبت مقادیر گفته شده در شرایط استریل به آب مقطر اضافه نموده و مخلوط نمایید.

۲. PH محلول حاصله را با محلول بیکربنات سدیم در شرایط استریل در ۶/۷ تثبیت نموده و با هر بار اضافه نمودن از بیکربنات سدیم محتویات حاصله را خوب مخلوط نمایید.

۳. محلول بدست آمده را سپس فیلتر نموده و در شرایط استریل به میزان ۲ میلی لیتر در لوله های پلاستیکی درپوش دار استریل تقسیم نموده در آنها را محکم بسته و در دمای ۴ درجه سانتیگراد نگهداری نمایید. در این دما معمولاً می توان لوله ها را تا ۳ ماه نگهداری نمود. نمونه های بالینی بایستی به روش زیر جمع آوری و به محیط انتقال اضافه شوند.

نمونه گیری برای جداسازی ویروس آنفلوانزا :

از افراد مشکوک به آنفلوانزا همزمان از بینی و گلو با سواب نمونه برداری نمایید. یک نمونه خوب برای شناسایی ویروس آنفلوانزا بایستی حاوی مقادیر قابل توجهی از سلولهای اپی تلیال دستگاه

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

تنفسی باشد که این نمونه گیری را اساساً می توان با سواب بینی انجام داد. سواب گلو به تنهایی، حاوی سلولهای اپی تلیال سنگفرشی است که ویروس آنفلوانزا در آن تکثیر پیدا نمی کند.

a- یک سواب که دارای سر پنبه ای بهداشتی است را به درون یکی از سوراخهای بینی برده و بالا و پایین شاخک های بینی خوب بمالید.

b- از سواب دیگری برای مالیدن به لوزه ها و فارنکس (حلق) استفاده نماید.

c- هر ۲ سواب را در یک لوله حاوی محیط انتقال قرار دهید.

d- قسمت چوبی هر دو سواب را بشکنید (از قیچی می توانید استفاده نمایید).

e- در لوله ها را با درپوش خوب ببندید.

f- مشخصات بیمار را بر روی لوله ها ثبت نمایید.

****استفاده از سواب استریل با جنس داکرون یا ریون با دسته لاستیکی ارجح می باشد.**

فصل سوم

آنفلوانزای پاندمیک

(PANDEMIC INFLUENZA)



آنفلوآنزای پاندمیک

پاندمی آنفلوآنزا ناشی از گونه جدید و خطرناک ویروس آنفلوآنزا است که معمولاً هیچ یک از افراد جامعه نسبت به آن ایمنی نداشته و از این رو باعث انتشار جهانی (پاندمی) می شود. در قرن گذشته ۳ مورد پاندمی آنفلوآنزا روی داده است که شدیدترین آن در سال ۱۹۱۸-۱۹۱۷ (نوع اسپانیایی) باعث کشتار میلیونی (حدود ۴۰ میلیون) در جهان شد و پاندمی های کوچکتر در سال های ۱۹۵۷ (نوع آسیایی) و ۱۹۶۸ (نوع هنگ کنگی) روی داد. زمان وقوع پاندمی بعدی قابل پیش بینی نیست اما فاصله میان پاندمی ها حدود ۴۲-۱۱ سال بدون الگوی مشخصی تغییر داشته است. شواهد اپیدمیولوژیک حاکی از عواقب وخیم تر پاندمی آینده است.

WHO (سازمان جهانی بهداشت) با ۱۲ مرکز ملی آنفلوآنزا، مشغول پایش و بررسی ویروس های آنفلوآنزا در کشورها می باشد تا از طریق این مراقبت مداوم جهانی، ویروس عامل پاندمی جدید را بموقع کشف نماید. پاندمی آنفلوآنزا بدنبال شیفت آنتی ژنی و تولید ویروس جدیدی که جامعه نسبت به آن مصونیت ندارد روی می دهد. اما با تولید آنتی بادی ضد ویروس جدید، میزان مصونیت جامعه افزایش یافته و به تدریج تغییرات دریافت آنتی ژنی در ویروس روی داده و ایمنی نسبت به آن کمتر می گردد. اپیدمی های مکرر طی سال های بعد بوسیله سوش هایی که دچار دریافت آنتی ژنی شده اند بروز می کند و بعد از ۳۰-۱۰ سال ایمنی جامعه نسبت به تمامی این ساب تایپ های تغییر یافته به میزان زیادی افزایش می یابد و بدین ترتیب شرایط انتشار ویروس جدید فراهم می شود.

ویروس جدید به علت ترکیب مجدد ژنتیکی تشکیل می شود و بنابراین با ساب تایپ قبلی کاملاً متفاوت است و با ظهور این ویروس، پاندمی بعدی روی می دهد و روند قبلی تکرار می شود. عوامل مختلفی که زمینه ساز بروز اپیدمی هستند غیر از مفاهیم ایمنی جامعه و تغییرات آنتی ژنیک هنوز مشخص نشده است و نیز عوامل مؤثر در فروکش کردن اپیدمی و نیز میزان واسطه ای که در فواصل اپیدمی ها باعث حفظ ویروس می شود نیز مشخص نیست.

طی سال های اخیر با توجه به افزایش بقای بیماران مشخص شد که سوش های مختلف از یک ساب تایپ خاص و یا ساب تایپ های مختلف ویروس آنفلوآنزا ممکن است در حمله دخالت داشته باشند. مطالعات اخیر حاکی از بروز مجدد سوش هایی در حمله بعدی می باشد و به این حالت پدیده موج پیشرو (Heald Wave) می گویند. نشانه های بیماری در آنفلوآنزای پاندمیک شبیه آنفلوآنزای فصلی اما با شدت بیشتر بوده و شامل شروع ناگهانی تب، سرفه، سردرد، خستگی شدید و درد عضلات و نشانه های تنفسی مثل درد گلو می باشد. آنفلوآنزای پاندمیک باعث بیماری خیلی شدید شده و انتظار می رود حدود ۲۵٪ جمعیت (در مقایسه با ۱۵٪ گرفتاری در نوع فصلی) درگیر شوند و بیماری بسیار جدی تر خواهد بود و طی چند ماه باعث مرگ و میر جهانی می شود.

توصیه می شود در طی پاندمی مثل آنفلوآنزای فصلی خود و خانواده را حفاظت کنیم، چون طی پاندمی، ویروس جدید منتشر می شود و واکسن چند ماه بعد از شروع پاندمی تولید خواهد شد. داروهای ضد ویروس تا حدودی

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

نشانه‌ها را محدود کرده و برای کاهش عوارض جدی بیماری بکار می‌روند و احتمالاً انتشار بیماری را نیز کم خواهند کرد.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO):

سازمان جهانی بهداشت ضمن تعریف آنفلوآنزا برای بین دوره‌های همه‌گیری و در حین آن اقدام به تدوین یک برنامه زمان‌بندی شده در خصوص آمادگی برای مقابله با این ویروس نموده است که شامل شش فاز می‌باشد:

۱- دوران بین پاندمی‌ها:

فاز ۱: زیر گونه جدیدی از ویروس آنفلوآنزا در انسان گزارش نگردیده است. یک زیر گونه ویروس آنفلوآنزا که در انسان باعث عفونت می‌شود در حیوانات وجود دارد و ریسک* عفونت و یا بیماری انسانی بصورت زیر بررسی می‌شود.

فاز ۲- زیر گونه جدیدی از ویروس آنفلوآنزا در انسان گزارش نگردیده است و گردش زیر گونه ویروس آنفلوآنزای حیوانی به عنوان خطر* اساسی بیماری در انسان مطرح می‌باشد.

۲- دوران اطلاع از پاندمی:

فاز ۳- عفونت (ها) انسانی با زیر گونه جدید بدون انتشار از انسان به انسان و یا حداقل با شواهد ضعیف انتشار از طریق تماس نزدیک، روی داده است.

فاز ۴- گروه (های) *** کوچکی با انتقال محدود انسان به انسان و به شدت موضعی وجود دارد و مطرح کننده عدم تطابق مناسب ویروس با انسان می‌باشد.**

فاز ۵- گروه (های) بزرگی با انتقال انسان به انسان و با انتشار محلی وجود دارد و مطرح کننده تطابق بهتر و رو به افزایش ویروس با انسان می‌باشد اما ممکن است هنوز بخوبی قابل انتقال نباشد. (خطر بالقوه پاندمی)**

۳- دوران پاندمی:

فاز ۶- فاز پاندمی: انتقال مداوم و افزایشی موارد بیماری در جمعیت

۴- دوران پس از پاندمی:

دوران بازگشت به دوره بین پاندمی‌ها می‌باشد.

* وجه تمایز بین فاز ۱ و ۲ متکی بر خطر عفونت یا بیماری در انسان ناشی از گونه‌های در چرخش در حیوانات می‌باشد. این تفاوت ناشی از عوامل مختلف و اهمیت آنها براساس دانش علمی موجود است. از جمله این عوامل توانایی بیماری‌زایی در انسان و حیوان، وقوع در حیوانات اهلی و محل زندگی آنها و یا فقط در حیوانات وحشی و طبیعت، انتشار محدود یا گسترده، اطلاعات مربوط به ژنوم ویروس، اهلی بودن و یا وحشی بودن ویروس و سایر اطلاعات علمی می‌باشد.

****** وجه تمایز فاز ۳ و ۴ و ۵ براساس ارزشیابی خطر پاندمی می‌باشد. عوامل مختلفی براساس دانش موجود مطرح می‌باشند. از جمله این عوامل میزان انتقال، منطقه و انتشار جغرافیایی، شدت بیماری، وجود ژن از گونه انسانی (در صورتیکه از گونه حیوانی مشتق شده باشد)، اطلاعات حاصل از ژنوم ویروسی می‌باشد.

******* یک گروه غیرعادی از موارد یا مرگ ناشی از بیماری شبه آنفلوانزا بدین‌گونه تعریف می‌شود: یک گروه از موارد (مشکوک، محتمل، تأیید شده) خاص با شروع بیماری در طی یک دوره ۲ هفته‌ای در یک منطقه جغرافیایی یکسان و با وجود علائم کلینیکی مشابه شامل علائم ریوی و عدم تطابق با الگوی اپیدمیولوژیک و نماهای بالینی در موارد عفونت با آنفلوانزای فصلی.

مراقبت آنفلوانزای پاندمیک:

مراقبت پاندمی آنفلوانزا با توجه به اهمیت و گستردگی موضوع، گروه‌های مختلفی را که در امر پاسخ‌دهی به پاندمی مشارکت دارند و بر مبنای فازهای مختلف پاندمی طراحی و عملیاتی می‌گردد.

اهداف مراقبت پاندمی آنفلوانزا شامل:

- اطمینان یافتن از انجام مراقبت کافی و مناسب جهت گزارش ظهور تهدید پاندمی از ابتدای شروع آن
- آمادگی مناسب جهت اجرای بموقع و کامل فعالیتهای ویژه مورد نیاز براساس فازهای پاندمی
- اطمینان از تشخیص سریع زیر گونه‌های ویروس جدید
- اطمینان از گزارش، ثبت و پاسخ‌دهی فوری
- تأخیر در ورود ویروس پاندمی به کشور
- محدودسازی گسترش پاندمی بوسیله اجرای اقدامات محدودکننده فوری
- محدودسازی بیماری‌زایی و مرگ رو به افزایش ناشی از ویروس پاندمی
- اطمینان یافتن از حفظ و نگهداری سرویس‌های ضروری ارائه خدمات در طی وقوع پاندمی
- تأمین اطلاعات سریع و قابل اطمینان و به روز در تمامی مراحل پاندمی
- کاهش فشار ناشی از بروز پاندمی بر سیستم بهداشتی و سایر صنایع

استراتژیهای پاسخ به پاندمی در کشور عبارتند از:

۱- **راهبرد آمادگی:** شامل برنامه ریزی و طراحی، تهیه و تامین وسایل و امکانات و تجهیزات، اطلاع رسانی و آموزش، تامین منابع مالی و انسانی

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا در جمهوری اسلامی ایران

۲. راهبرد محدودسازی: این روش اشاره به پیشگیری از انتقال و گسترش بیماری بوسیله اقدامات کنترلی در مرزها، جداسازی بیماران، محدودسازی تماس‌های بیماران، استفاده منطقی از داروهای ضدویروسی و واکسن می‌نماید.

۳. راهبرد حفظ و نگهداری سرویس‌های ضروری: که در این روش با توجه به گسترش انفجاری بیماری در کل جامعه، تأکید بر حفظ و نگهداری سرویس‌های ضروری ارائه خدمات عمومی به جامعه می‌باشند.

فعالیت‌های مراقبت پاندمی :

نحوه مراقبت در جریان پاندمی آنفلوآنزا همانند مراقبت آنفلوآنزای فصلی و اپیدمی حاصل از آن می‌باشد ولی با این تفاوت که فعالیت‌های عمده مراقبتی براساس فازهای پاندمی طراحی می‌گردد و براساس فعالیت‌های فازهای بعدی متکی بر تقویت و تشدید فعالیت‌های به عمل آمده در فازهای قبلی می‌باشد و لذا کلیه اقدامات مراقبتی زیر بایستی مورد توجه قرار گیرد:

۱. تقویت و تشدید مراقبت آزمایشگاهی در کلیه سطوح و در تمامی بخش‌های (دولتی و خصوصی) جهت کلیه موارد مشکوک به بیماری
۲. تقویت و تشدید نظام گزارش‌دهی فوری
۳. تقویت و تشدید اقدامات کنترلی در مرزها، مبادی ورودی و خروجی کشور
۴. تقویت و تشدید اقدامات پیشگیری و حفاظت فردی
۵. تقویت و تشدید اقدامات آموزشی و اطلاع‌رسانی
۶. تقویت و تشدید اقدامات لازم در هنگام وقوع بحران و حوادث غیرمترقبه
۷. تقویت و تشدید هماهنگی برون بخشی و درون بخشی
۸. تقویت و تشدید اقدامات درمانی و سرویس‌های بستری بیماران (داخل بیمارستانی-خارج از بیمارستان)
۹. تقویت و تشدید اقدامات لازم در ارائه خدمات اورژانسی

تفاوت‌های اصلی بین آنفلوآنزای فصلی و آنفلوآنزای پاندمیک

آنفلوآنزای فصلی	آنفلوآنزای پاندمیک
<ul style="list-style-type: none">• هر سال طی زمستان روی می‌دهد.• اکثریت مردم طی ۱ تا ۲ هفته بدون نیاز به درمان بهبودی می‌یابند.• مرگ‌ها در میان گروه‌های در خطر روی می‌دهد که شامل:<ul style="list-style-type: none">- داشتن شرایط جسمی خاص (مثل بیماری‌های ریوی، دیابت، کانسر، مشکلات قلبی یا کلیوی)؛- کسانی که سیستم ایمنی آنها بخاطر HIV/AIDS یا پیوند تضعیف شده است؛• واکسن‌ها بر ضد آنفلوآنزای فصلی مؤثر هستند. (زیرا سویه ویروس در گردش در هر زمستان تا حدودی قابل پیش‌بینی است).• واکسیناسیون سالیانه در صورتی که زیر گروه ویروس پیش‌بینی شده صحیح باشد و نیز داروهای ضدویروس برای گروه‌های در خطر در دسترس هستند.	<ul style="list-style-type: none">• پاندمی آنفلوآنزا تقریباً هر ۳۰ سال اتفاق می‌افتد و در هر فصلی روی می‌دهد.• مردم بیشتری نسبت به نوع فصلی درگیر می‌شوند. (در حدود ۲۵٪ یا بیشتر از کل جمعیت) و همراه با میزان بیشتری بیماری و مرگ و میر است.• مردم در تمام گروه‌های سنی در خطر عفونت هستند.• واکسن بر ضد پاندمی آنفلوآنزا در زمان شروع آن در دسترس نخواهد بود. (چون زیر گونه ویروس کاملاً جدید است.) این ویروس با دیگر ویروس‌های در گردش طی زمستان گذشته متفاوت است و قابل پیش‌بینی نخواهد بود.• عرضه داروهای ضدویروس محدود بوده و کاربرد آنها بستگی به میزان کارایی آنها طی پاندمی دارد.

مدیریت و هدایت برنامه:

به منظور ساماندهی و برنامه‌ریزی و اقدام مناسب کمیته‌های مختلف در سطوح عملیاتی تشکیل گردیده است:

کمیته کشوری مقابله با پاندمی آنفلوآنزا:

این کمیته با ترکیب اعضای زیر تشکیل می‌گردد: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - وزارت جهاد کشاورزی - وزارت کشور - وزارت اطلاعات - وزارت دفاع - وزارت آموزش و پرورش - وزارت علوم و تحقیقات و فن آوری - ستاد کل نیروهای مسلح - وزارت دادگستری - وزارت رفاه - صدا و سیما - سازمان حفاظت محیط زیست - سازمان دامپزشکی - سازمان هلال احمر - سازمان بهزیستی - شهرداری - سازمان بیمه خدمات درمانی - سازمان بیمه تامین اجتماعی - ستاد حوادث غیرمترقبه کشور - نهاد ریاست جمهوری - نماینده مقام معظم رهبری - نماینده مجمع تشخیص مصلحت نظام - سازمان های نظام پزشکی و نظام پرستاری و نظام دامپزشکی کشور - سازمان امداد و آتش نشانی - وزارت ارتباطات و فن آوری اطلاعات - نیروی مقاومت بسیج - و سایر نهادها و وزارتخانه ها در صورت لزوم

الف - زیر کمیته اجرایی پاندمی آنفلوآنزا:

این کمیته به منظور پیگیری عملیات اجرایی با حضور نمایندگان اعضای کمیته کشوری تشکیل می‌گردد.

ب - زیر کمیته علمی پاندمی آنفلوآنزا:

اپیدمیولوژیست - ویروولوژیست - متخصص عفونی اطفال - متخصص عفونی بزرگسالان - متخصص داخلی - متخصص علوم آزمایشگاهی - متخصص بهداشت عمومی - متخصص آموزش بهداشت - متخصص روانپزشکی - متخصص بیماری‌های ریوی - متخصص علوم ارتباطات و سایر متخصصین مرتبط در صورت لزوم.

نکات مورد توجه در برنامه آمادگی مقابله با پاندمی آنفلوآنزا:

- در حال حاضر میزان حمله بیماری (میزان بروز علائم بالینی بیماری) در جامعه حداقل ۱۵٪ و حداکثر ۳۵٪ محاسبه گردیده است. (البته این میزان در بعضی از مناطق دنیا تا بیش از ۸۰٪ نیز محاسبه شده است)
- حدود ۹۸٪ افراد بیمار خدمات بهداشتی و درمانی را خارج از بیمارستان دریافت خواهند نمود.
- در حدود ۱٪ تا ۲٪ میزان حمله بیماری، افراد نیازمند بستری در بیمارستان خواهند بود.
- در حدود ۳۰٪ افراد بستری نیازمند دریافت خدمات ویژه (ICU) خواهند بود.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

- در حدود ۱٪ تا ۲٪ کل افراد مبتلا فوت خواهند نمود(این عدد بستگی به میزان و شدت بیماری و ارائه خدمات حمایتی و پشتیبانی متغیر خواهد بود)
- در حال حاضر توصیه شده است در سطح هر شهرستان ۲ اتاق ایزوله تنفسی(۲ تخت در هر اتاق) راه اندازی و فعال گردد.
- متوسط اقامت و بستری هر فرد بیمار در بیمارستان ۵ تا ۷ روز محاسبه می گردد.
- متوسط اقامت و بستری هر بیمار در اتاق ایزوله تنفسی ۱۰ روز محاسبه می گردد.
- درصد افزایش روزانه موارد مراجعه کننده به بیمارستان بطور متوسط ۳٪ محاسبه می گردد(این درصد تابعی از شدت و میزان بروز بیماری در منطقه خواهد بود).
- مدت حمله اولیه پاندمی ۶ تا ۱۲ هفته(بطور متوسط ۸ هفته) و بطور متوسط مرحله پاندمی ۸ تا ۱۲ ماه (۲-۳ سال با مراحل اوج متعدد و در مکانهای مختلف) محاسبه می گردد.

***برنامه جامع مقابله با پاندمی انفلوانزا به تفصیل در دستورالعمل جداگانه ارائه می گردد.**

فرمهای عملیاتی

فرمهای عملیاتی:

- تکمیل کلیه فرمهای عملیاتی باید بصورت تایپ شده باشد.
- تکمیل تمامی اطلاعات خواسته شده در فرمها ضروری می باشد.
- ثبت نام و امضای تکمیل کننده فرم ها ضروری می باشد.
- حفظ و بایگانی فرمها بر اساس طبقه بندی اداری ضروری می باشد.
- سلسله مراتب بکارگیری و تکمیل فرمهای عملیاتی به شرح زیر می باشد:

راهنمای تکمیل فرم شماره یک:

اطلاعات هر فردی که در نظام مراقبت بیماری انفلوانزا وارد می گردد ، باید در فرم شماره یک(فرم لیست خطی موارد مشکوک به انفلوانزا)ثبت شود.

✓ این فرم برای موارد ذکر شده با کد ۱ تا ۵ در کلیه سطوح بهداشتی درمانی کاربرد دارد.

✓ براساس آنکه فرد مشکوک در کدام سیستم مراجعه یا شناسایی گردیده است کدهای ۱ تا ۵ علامتگذاری شود.

✓ ضروری است اطلاعات درخواستی مرتبط به هر یک از کدها در ردیف مربوط بطور کامل ثبت گردد.

✓ کد ۱ مربوط به دانشگاههایی است که پایگاه دیده ور انفلوانزا دارند.

✓ در هر دانشگاه فرمهای ارجاع داده شده از سطوح تابعه جهت ارسال به مرکز مدیریت بیمای ها بر اساس شماره ردیف تزایدی از ابتدای سال تنظیم می گردد.(بر اساس

- کد انتخابی)بعبارتی در هر کد موارد با شماره ردیف
تزایدی از ابتدای همان سال گزارش می گردد.
- ✓ در مواردی که نمونه گیری انجام شد یک نسخه از فرم
تکمیل شده به همراه نمونه به آزمایشگاه با رعایت ضوابط
و شرایط نگهداری نمونه ارسال می گردد.
- ✓ این فرم در سه نسخه تهیه می گردد: (یک نسخه به مرکز
مدیریت بیماری ها، یک نسخه به همراه نمونه به
آزمایشگاه، یک نسخه جهت بایگانی)
- ✓ ضروری است یک بیمارستان بعنوان شاهد در مرکز استان
یا شهرستان مرکزی دانشگاه تعیین گردیده و نسبت به
نمونه برداری از موارد پنومونی حاد اقدام نماید. بیمارستان
منتخب (شاهد) باید دارای بخش عفونی فعال یا بخش
داخلی فعال (که نسبت به بستری بیماران عفونی اقدام می
کند) باشد.
- ✓ پنومونی حاد گزارش شده از بیمارستان های تحت
پوشش (بجز بیمارستان منتخب با کد ۵) در کد ۳ ثبت می
گردد
- ✓ دستورات ذکر شده در انتهای فرم ۱ در هنگام تکمیل فرم
بدقت رعایت گردد.
- ✓ گزارش تلفنی فوری کانون مشکوک به انفلوانزای پرندگان
/ طغیان یا اپیدمی تنفسی مشکوک به مرکز مدیریت
بیماری ها ضروری است.
- ✓ فرم ۱ لغایت یکشنبه هفته بعد باید به مرکز مدیریت
بیماری ها نمابر گردد.
- ✓ گزارش صفر هفتگی برای کدهای ۱ و ۵ ضروری بوده و
با ثبت بر روی فرم ۱ ارسال می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۲:

در صورتی که جهت فرد مشکوک به انفلوانزا پروفیلاکسی یا درمان با داروی ضد ویروسی (اسلتامی ویر) شروع گردید باید اطلاعات فرد در فرم لیست خطی دریافت کنندگان داروی اسلتامی ویر وارد گردد. (فرم شماره ۲)

✓ فرم شماره ۲ پس از تکمیل و ارجاع از سطوح محیطی در سطح شهرستان بایگانی و نگهداری می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۳:

اطرافیان و اعضای خانواده فرد مشکوک که مورد پیگیری و مراقبت قرار می گیرند، اطلاعات آنها در فرم ثبت درجه حرارت افراد در معرض تماس با فرد/کانون مشکوک به انفلوانزای پرندگان وارد می گردد. (فرم شماره ۳)

✓ در پیگیری اطرافیان یا کانون مشکوک چنانچه فردی دچار تب یا علائم انفلوانزا گردید نام او در فرم شماره ۱ وارد شده و پس از نمونه گیری تحت درمان قرار می گیرد و فرم شماره ۲ نیز تکمیل می گردد.

✓ ادامه یا قطع درمان بر اساس نظر فوقال علمی برنامه و پزشک معالج و نتیجه آزمایش خواهد بود.

✓ فرم شماره ۳ در سطح شهرستان بایگانی و نگهداری می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۴:

برای کلیه افراد مشکوک به انفلوانزای پرندگان باید فرم بررسی انفرادی موارد انسانی مشکوک به انفلوانزای پرندگان تکمیل گردد. (فرم شماره ۴) ✓ این فرم در یک نسخه تکمیل می گردد.

✓ اطلاعات پزشکی بر اساس پرونده پزشکی بیمار در فرم وارد می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۵:

فرم شماره ۵ گزارشی از وضعیت دارو و وسایل حفاظت فردی ارائه می نماید.

✓ فرم شماره ۵ در سطح شهرستان تکمیل و یک نسخه از آن به سطح استان و از آنجا به مرکز مدیریت بیماری ها مابری می گردد.

✓ فرم شماره ۵ در پایان هر ماه (لغایت پنجم ماه بعد) به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۶:

فرم گزارش وضعیت منطقه مشکوک /آلوده به انفلوانزای پرندگان جهت کلیه مناطق/کانون های مشکوک یا آلوده تکمیل می گردد. (فرم شماره ۶)

✓ فرم شماره ۶ در سطح شهرستان تکمیل و یک نسخه از آن به سطح استان و از آنجا به مرکز مدیریت بیماری ها مابری می گردد.

✓ بایگانی فرم در سطح شهرستان و سطح استان انجام می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۷:
اطلاعات مربوط به گروههای گیرنده واکسن انفلوانزا در لیست وضعیت مصرف واکسن انفلوانزا ثبت می گردد.(فرم شماره ۷)

✓ فرم شماره ۷ بطور سالیانه جمع بندی و ارسال می گردد.
✓ فرم شماره ۷ در زمان انجام واکسیناسیون بطور ماهیانه تکمیل و از شهرستان به استان و به مرکز مدیریت بیماری ها ارسال می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۸:
✓ این فرم بصورت ماهیانه در دو نسخه (یک نسخه بایگانی و یک نسخه ارسال به مرکز مدیریت بیماریها) تکمیل می گردد.
✓ در طول سال ضمن تکمیل فعالیتهای ماهیانه نسبت به تکمیل ستون ماههای قبل نیز اقدام می گردد.
✓ در ستون جمع عدد تزایدی ماهیانه محاسبه و اعمال می گردد.
✓ در قسمت مربوط به مواد آموزشی تعداد تکثیر یا چاپ شده مواد آموزشی وارد می گردد.
✓ در ردیف استفاده از صدا و سیمای محلی تعداد برنامه های ارائه شده ثبت می گردد(میزان ساعت برنامه ها مورد نظر نمی باشد)
✓ در ردیف تشکیل جلسات هماهنگی برون بخشی، در ردیف سایر، مواردی را که با سازمانها و ادارات دیگر بجز موارد ذکر شده در ردیف های بالاتر می باشد ثبت می گردد.

✓ کلیه جلساتی که تعداد آنها در فرم ثبت می شود باید دارای صورتجلسه بعنوان مستندات باشند.

✓ کلیه فعالیتها و از جمله بازدیدهایی که در فرم ثبت می شوند باید دارای صورتجلسه و گزارش بازدید بعنوان مستندات باشند.

✓ یک نسخه از مقالات و تحقیقات بعمل آمده که تعداد آنها در فرم ثبت می گردد باید به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردیده و مضافاً رونوشتی از آنها در معاونت بهداشتی بعنوان مستندات موجود باشد.

۱. در کلیه فرم های فوق الذکر در هر ستونی که نیازمند علامت گذاری است از علامت بعلاوه (+ یا -) استفاده گردد.

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم لیست خطی موارد مشکوک به آنفلوآنزا- فرم شماره ۱

مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز مدیریت بیماری ها

تاریخ گزارش:

هفته

کد ۱

سایگاه دیده و/ نام: تعداد کل سمارت: و نسبت شده د هفته:

تعداد موارد مشکوک در هفته:

تعداد نمونه گب، د، هفته:

٢٤٥

کانون: مشکوک به انفجار / نام محل: جمعیت د. معض. تماس:

تعداد موارد مشکوک:

تعداد نمونه گب ع :

319

[illegible]

— 2 —

Page 10 of 10

3

.....

تعداد کل ۱۰۰۰۰ نفر

1. *Introduction*

11

طعیان / اپیدمی / نام محل: جمعیت در قانون الوده:

تعداد موارد مسکوک:

تعداد نمونه

[illegible]

۱- در صورت سابقه مسافرت نام محل در ستون مربوطه ذکر گردد. ۲- در صورت مشت بودن تماس با حیوانات نوع آن در ستون مربوطه ذکر گردد. ۳- در صورت مشت بودن سابقه واکسیناسیون/ بستری تاریخ ثبت گردد.

۴- فوت و تاریخ آن / نام محل بستری / نتیجه آزمایش در ستون ملاحظات ثبت گردد.

۵- گزارش تلفنی فوری کانون مشکوک به انفلانزای پرندگان ومحل وقوع ایدمی تنفسی به مرکز مدیریت بیمارها ضروری است.

۶- بیمارستان منتخب باید در مرکز استان و دارای بخش غوثی، فعال/داخلی، فعال باشد و به عنوان بیمارستان شاهد عمل خواهد کرد.

۷- این فرم لغات یکشنبه هفته بعد باید به مرکز مدیریت بیماری ها نامی گردد.

۸- موارد با شماره، دیف تزیادی از ابتدای سال بر اساس کد انتخابی ثبت گردند.

نام و امضاء تکمیل کننده فرم:

نام و امضاء رئیس مرکز بهداشت/ معاون بهداشتی دانشکده، دانشگاه:

فرم شماره ۲

لیست خطی دریافت کنندگان داروی اسلتمی ویر در برنامه مراقبت انفلوانزا

						دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:					
						مرکز بهداشت شهرستان:					
						ماه: سال:					
ملاحظات	تاریخ مصرف دارو		درمان	پروفیلاکسی	نام کاتون آلوده نام بیمارستان	نام شهر/روستا	شغل	سن	نام و نام خانوادگی کد ملی کد پستی	ردیف	
	تعداد داروی مصرفی	خاتمه شروع									
										۱	
										۲	
										۳	
										۴	
										۵	
										۶	
										۷	
										۸	
										۹	
										۱۰	
										جمع	

نام و امضاء رئیس مرکز بهداشت:

نام و امضاء تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم:

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری انفلوانزا در جمهوری اسلامی ایران

فرم ثبت درجه حرارت افراد در معرض تماس با فرد/کانون مشکوک به انفلوانزای پرندگان - فرم شماره ۳										وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی														
										دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:														
										مرکز بهداشت شهرستان:														
نام و نام خانوادگی مورد اولیه:										کد ملی:					کد پستی:					نام کانون مشکوک:				
ردیف	تاریخ اندازه گیری		روز اول		روز دوم		روز سوم		روز چهارم		روز پنجم		روز ششم		روز هفتم		روز هشتم		روز نهم		روز دهم			
	نام و نام خانوادگی		کد ملی		کد پستی		صبح		عصر		صبح		عصر		صبح		عصر		صبح		عصر			
۱																								
۲																								
۳																								
۴																								
۵																								
۶																								
۷																								
۸																								
۹																								
۱۰																								
هر فردی که دچار تب شد نام او در فرم لیست خطی موارد مشکوک به انفلوانزا(فرم یک)وارد می گردد و پس از نمونه گیری، تحت درمان قرار می گیرد(در لیست خطی دریافت کنندگان داروی اوسلتامی ویر نیز وارد می گردد) و با توجه به نتیجه آزمایش و نظر فوکال علمی برنامه نسبت به ادامه یا قطع درمان تصمیم گیری خواهد شد.																								
نام و امضاء کنترل کننده درجه حرارت:										نام و امضاء مسئول تیم مراقبت/کارشناس منطقه:														

فرم شماره ۵

لیست وضعیت دارو و وسایل حفاظت فردی در برنامه مراقبت انفلوانزا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام و امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان / استان:

نام و امضاء تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم:

راهنمای مراقبت و کنترل بیماری اطفال در جمهوری اسلامی ایران

لیست وضعیت مصرف واکسن اطفال														
نام و نام خانوادگی: _____														
سال: _____														
مرکز بهداشت شهرستان: _____														
ردیف	نام شهرستان / نام مرکز واکسناسیون	مرکز بهداشتی	مرکز درمانی	بیماران خاص				کانون الوده	کارمندان خدمات عمومی شهری	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	تاریخ واکسناسیون	تاریخ واکسناسیون	تاریخ واکسناسیون
		بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ	بزرگ
۱														
۲														
۳														
۴														
۵														
۶														
۷														
۸														
۹														
۱۰														
۱۱														
۱۲														
۱۳														
۱۴														
جمع کل														
نام و نام خانوادگی: _____														
نام و نام خانوادگی: _____														
نام و نام خانوادگی: _____														

فرم گزارش وضعیت منطقه آلوده-برنامه مراقبت انفلوانزای پرندگان - فرم شماره ۶

نام دانشگاه		
نام شهرستان		
نام منطقه/روستای آلوده		
تاریخ بروز بیماری		
تاریخ گزارش به سیستم بهداشتی		
تاریخ انجام اولین بازدید بهداشتی		
تاریخ گزارش به سازمان دامپزشکی		
تاریخ انجام اولین بازدید دامپزشکی		
منبع اولیه گزارش	<input type="radio"/> خانه بهداشت	
	<input type="radio"/> مرکز بهداشتی درمانی	
	<input type="radio"/> گزارش مردمی	
	<input type="radio"/> دامپزشکی	
	<input type="radio"/> سایر "نامبرده شود"	
اطلاعات مربوط به طیور	مشخصات طیور تلف شده	<input type="radio"/> صنعتی <input type="radio"/> سنتی و بومی
	نوع طیور تلف شده	
	محل تلفات طیور(مزرعه/مزرعه-مزرعه-تالاب-فضای آزاد)	
	تاریخ شروع تلفات	
	تعداد تلفات تا هنگام گزارش	
	تعداد کل طیور تلف شده تا زمان معدوم سازی	
	تاریخ شروع معدوم سازی	
	طول مدت زمان اجرای عملیات معدوم سازی	
	روش معدوم سازی	
	تعداد معدوم سازی شده	
	مکان معدوم سازی(داخل مزرعه/روستا - خارج مزرعه/روستا)	
	محل دفن لاشه های طیور(چاله/گودال - چاه - سایر)	
	تعداد و نام روستا ها یا اماکن همجوار که در آنها معدوم سازی انجام گردید	
	تعداد طیور معدوم سازی شده در روستاها یا اماکن همجوار	
	اطلاعات مربوط به افراد در معرض خطر	تعداد کارگران شاغل در مرغداری
تعداد کارگران ساکن در مرغداری		
تعداد خانوار ساکن در مرغداری/روستا/محل		
تعداد اعضای خانوار ساکن در مرغداری/روستا/محل		
تعداد اعضای خانوار مراقبت شده		
تعداد افراد/کارگران مراقبت شده		
تعداد افراد دارای علائم بالینی		
تعداد افراد بیمار سرپایی		
تعداد افراد بیمار بستری شده		
تعداد افراد واکسینه شده		
تعداد افراد تحت پروفیلاکسی دارویی		
تعداد افراد تحت درمان سرپایی		
تاریخ تکمیل:		نام و امضاء تکمیل کننده فرم:

فرم شماره ۴

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی انفرادی موارد انسانی مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان

کد مورد بر اساس فرم شماره یک:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان.....

شهر..... روستا/ منطقه..... تاریخ گزارش.....

نام و نام خانوادگی بیمار کد ملی: کد پستی:

شغل سن جنس ملیت..... تاریخ بستری: نام بیمارستان:

علائم بالینی:

تاریخ شروع علائم بالینی:

تب ☐ سرفه ☐ گلودرد ☐ تنگی نفس ☐

- آیا علائم تنفسی به صورت حاد شروع شده است؟ بلی ☐ خیر ☐

سایر علائم بالینی:.....

یافته‌های اپیدمیولوژیک:

- سابقه تماس با ماکیان : دارد ☐ ندارد ☐

- وجود مرگ و میر در ماکیان منطقه :وجود دارد ☐ وجود ندارد ☐

- سابقه تماس در ۱۰ روز قبل از بروز علائم بالینی با بیماران مبتلا به بیماری حاد تنفسی وجود داشته است؟

بلی ☐ خیر ☐

- سابقه تماس در ۱۰ روز قبل از بروز علائم بالینی با بیمارانی که به دلیل ابتلا به بیماری حاد تنفسی بدون علت مشخص

فوت کرده‌اند وجود داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐

- سابقه مسافرت در ۱۰ روز قبل از شروع علائم بالینی به کشورهای خارجی وجود دارد؟ بلی ☐ خیر ☐

نام کشور: نام شهرهای مراجعه شده:

- در صورتی که جواب سؤال ۶ بلی است به سؤالات زیر در مورد تماس در کشورهای خارجی پاسخ دهید:

۱- آیا با ماکیان اهلی مرده یا زنده تماس داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐

۲- آیا با پرندگان وحشی مرده یا زنده تماس داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐

۳- آیا با خوک تماس داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐

۴- آیا به محلی که ماکیان اهلی یا خوک در طی ۶ هفته قبل به آنفلوآنزای پرندگان مبتلا شده بوده‌اند مراجعه داشته

است؟بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐

- سابقه تماس با نمونه‌های آزمایشگاهی موارد مشکوک انسانی یا پرندگان در ۱۰ روز قبل از شروع علائم بالینی وجود

داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐ محل تماس: زمان تماس:

- رادیوگرافی قفسه سینه : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐

لطفاً یافته‌های غیرطبیعی را ذکر کنید

لطفاً نام آزمایشات انجام شده را ذکر نمایید

لطفاً نتایج آزمایشات غیرطبیعی را ذکر نمایید

- آیا بیمار به عنوان پیشگیری داروی ضد ویروسی استفاده کرده است؟

بلی ☐ خیر ☐ نام دارو: تاریخ شروع پیشگیری:

- آیا درمان ضد ویروسی شروع شده است؟

بلی ☐ خیر ☐ نام دارو: تاریخ شروع درمان:

- آیا واکسن آنفلوانزا تزریق شده است؟ بلی ☐ خیر ☐

تاریخ تلقیح واکسن

- سایر داروهای مصرف شده:

- تعداد افراد در تماس با بیمار: (خانواده/سایرین)

- نتیجه بررسی افراد در تماس با بیمار (خانواده/سایرین) در طی ۱۰ روز پس از تماس با بیمار

- نتیجه درمان: بهبود یافته ☐ تاریخ قطع تب تاریخ ترخیص

فوت شده ☐ تاریخ و علت فوت

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم سمت امضاء

* این فرم در طی بستری بیمار تکمیل و پس از ترخیص از بیمارستان یا فوت بیمار ارسال می‌گردد.

ضمائم

ضمیمه ۱:

مروری بر نحوه جمع آوری، نگهداری و انتقال نمونه های انفلوانزای پرندگان

نمونه گیری

در هر نوع نمونه گیری بایستی که دو نمونه مجزا گرفته شود. بر روی هر نمونه بایستی مشخصات یعنی نام بیمار یا کد شناسایی آن، و اطلاعات مربوط به نمونه یعنی نوع نمونه و زمان نمونه گیری نوشته شود.

در مورد H5N1 سوابهای گلو (پشت حلقی) بهترین نمونه هستند ولی در مورد ویروسهای انفلوانزای A و B انسانی سواب ترشحات بینی و یا آسپیراسیون و سوابهای نازوفارنکس نمونه های مناسبی می باشند. در مورد بیمارانی که انتوبه هستند گرفتن یک آسپیراسیون از نای یا جمع کردن یک نمونه در حین لاواژ برونکوالوئولار بهتر است. در موارد اسهال سواب رکتال و در مننژیت گرفتن مایع نخاع ممکنست کمک کننده باشد.

زمان نمونه گیری

سواب گلو بایستی در ۳ روز اول بعد از شروع علائم گرفته شود. البته باید به این نکته توجه داشت که ویروس بطور عمومی از سوابهای گلو در زمان شروع علائم یا حتی قبل از شروع علائم تا اواخر هفته دوم و گاهی هفته سوم قابل جداسازی است. لذا در مواردیکه نمونه های اولیه بیماران منفی باشد ولی علائم آنها ادامه یابد یا سابقه تماس با پرنده آلوده را داشته باشند، نمونه گیری مجدد توصیه می گردد.

در موارد داشتن علائم تنفسی تحتانی مثل پنومونی، ویروس از آسپیراسیون نای از هنگام شروع علائم تا هفته دوم یا سوم قابل شناسایی است.

نمونه سرم در فاز حاد بیماری (تا ۷ روز پس از شروع علائم) بایستی گرفته شود. نمونه سرم مربوط به دوره نقاهت ۳-۴ هفته بعد گرفته می شود.

نمونه منفرد سرم از نظر وجود آنتی بادیهای نوترالیزان بایستی ۱۴ روز بعد از شروع علائم گرفته شود که با گذشت زمان در طول ۳ الی ۴ هفته میزان آنها افزایش می یابد. جهت جمع آوری سرم یا از لوله های جداکننده سرم و یا لوله های معمولی استفاده می شود. در این صورت در طول شب سرم در لوله جمع شده و سپس با پیپت خارج می گردد. سرم نبایستی بیش از ۱۲

ساعت در تماس با لخته قرار گیرد چون ممکنست گلبولهای قرمز لیز شوند.

نمونه سرم جهت شناسایی RNA ویروسی در طول ۹-۷ روز اول بعد از شروع علائم گرفته می‌شود. در این مورد از

EDTA استفاده می‌شود چون EDTA, RNAase را غیرفعال می‌نماید. نباید از هپارین استفاده کرد چون مهار کننده PCR است.

نمونه‌گیری اولیه بایستی قبل از شروع درمان ضد ویروس صورت پذیرد. البته توجه به این نکته ضروری است که درمان

استاندارد ممکنست باعث منفی شدن سوابهای گلو شود اما در تولید آنتی‌بادیهای نوترالیزان اثری نخواهد داشت.

نمونه گیری از افرادی که تماس مشکوک داشته اند ولی هیچ علائمی ندارند به احتمال قوی کمک کننده نخواهد بود. در این موارد

افراد بایستی از نظر علائم تا ۷ روز تحت کنترل باشند و در صورت ظهور علائم بیماری مشابه انفلوانزا نمونه گیری انجام شود.

نمونه‌های خونی جهت مطالعات سرولوژیکی می‌توانند در موارد مختلف زیر مورد استفاده قرار گیرند:

۱- بعنوان وسیله‌ای جهت جستجوی موارد بدون علامت

۲- جهت مطالعه شیوع عفونت A/H5N1

۳- جهت بررسی میزان مستعد بودن به عفونت A/H5N1

میزان نمونه خون در بچه‌ها ۱ سی‌سی و در بالغین ۳-۴ سی‌سی می‌باشد.

نمونه‌گیری از مجرای تنفسی

در هنگام نمونه‌گیری از گلو چون فرد نمونه‌گیر بسیار نزدیک به بیمار است و احتمال پخش شدن ذرات تنفسی زیاد است،

لذا بایستی نمونه‌گیر پوشش حفاظتی کامل داشته باشد.

از بالغین در حالت نشسته نمونه گیری می‌شود. در مورد بچه‌ها چون نمونه گیری برای آنها استرس زا می‌باشد. لذا کودک بایستی در

وضعیتی قرار گیرد که در طول نمونه گیری کاملاً آرام بوده و حرکت نکند.

شکل ۱: نحوه نگهداشتن کودک هنگام نمونه گیری



نحوه گرفتن سواب نیز مهم می‌باشد سواب بایستی بین انگشت شست و انگشت‌های اول و دوم (مثل گرفتن خودکار) بطور صحیح گرفته شود. اگر سواب درست گرفته نشود، واکنش مریض در هنگام نمونه‌گیری ممکنست باعث حرکت سواب شده و به مریض صدمه وارد نماید.

شکل ۲) نحوه گرفتن صحیح سواب



شکل ۳) نحوه نادرست گرفتن سواب



باید از سوابهای استریل حاوی ابریشم مصنوعی و یا داکرون با دسته‌های پلاستیکی استفاده نمود زیرا سوابها با دسته‌های چوبی

یا آلزینات کلسیم و یا سوابهای حاوی کتان ممکنست موادی داشته باشند که برخی ویروسها را غیرفعال نمایند یا باعث مهار PCR

شوند، لذا بهتر است از آنها استفاده نشود مگر اینکه سواب مناسب در دسترس نباشد. برای هر نمونه، یک ویال حاوی ۲ الی ۳ سی

سی از محیط ترانسپورت مناسب استفاده می‌گردد.

اگر محیط ترانسپورت ویروسی^۱ موجود نبوده و یا نتوان نمونه‌ها را در دمای مناسب ذخیره کرد،

سوابها را می‌توان در اتانول ۱۰۰٪ قرار داد. اگر اتانول ۱۰۰٪ نیز موجود نباشد، نوع صنعتی آن یعنی اتانول

۹۹٪ بکار برده می‌شود. ۱-۲ سی سی اتانول را در ویال ریخته، سواب در داخل آن قرار می‌گیرد. توجه به این

امر الزامی است که این نمونه‌ها فقط جهت PCR مفید می‌باشند.

اگر برای شکستن دسته سوابها جهت قرارگیری در لوله از قیچی استفاده می‌شود بایستی قیچی را با حرارت ضد عفونی

نموده و پس از سرد شدن از آن استفاده کرد.

در صورتیکه بخواهید سواب را دور بیاندازید، نوک سواب را در محیط ترانسپورت بمدت ۳۰ ثانیه قرار داده و سپس آن را

به جدار لوله فشار داده، خارج کنید (البته این روش در نگهداری در الکل استفاده نمی‌شود).

سوابهای گلو و نازوفارنکس

در مورد نمونه‌های مجرای تنفسی فوقانی سوابهای پشت حلقی (گلو) بهترین سواب هستند ولی بعلت مشکل بودن نمونه-

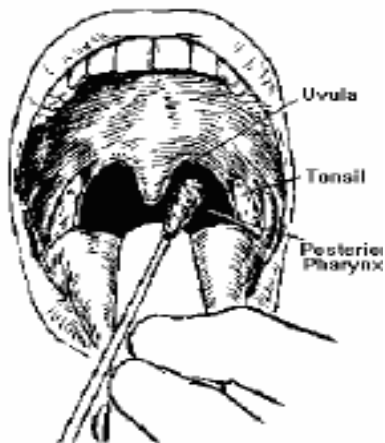
گیری بخصوص در بچه‌ها، معمولاً از سوابهای نازوفارنکس استفاده می‌شود.

شکل ۴) گرفتن سواب گلو: زبان را فشار داده و سواب را به دیواره خلفی حلق وارد کنید. جهت بالا رفتن زبان کودک بیمار باید اه

بگوید. مراقب باشید که سواب به کام نرم و زبان نخورد.

(شکل در صفحه بعد)

^۱ - Viral transport medium (VTM)



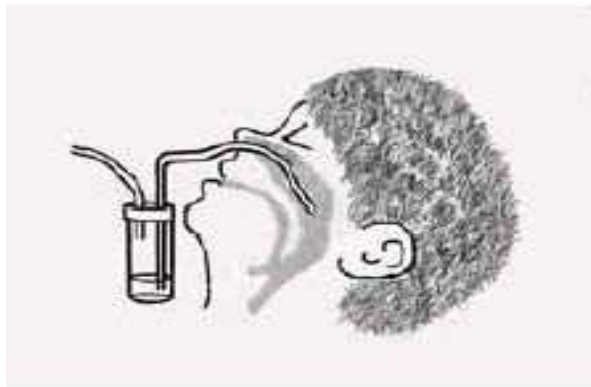
شکل ۵) گرفتن سواب نازوفارنکس: بوسیله یک سواب انعطاف پذیر پلی استری وارد سوراخ بینی شده واز نازوفارنکس نمونه بگیرید.سر بیمار بایستی کمی به سمت عقب گرفته شود..در افراد بالغ سواب را حدود ۶-۵ سانتی متر وارد بینی کرده تا مطمئن شوید که وارد ناحیه خلفی فارنکس شده است و در همان وضعیت چند ثانیه نگه داشته و سپس به آرامی بچرخانید.از هر سوراخ یک نمونه بگیرید.



آسپیراسیون نازوفارنکس

این روش در کودکان و نوزادان از سواب راحت تر و کارآمدتر می باشد.

شکل ۶) آسپیراسیون نازوفارنکس: باکاتر سیلیکون و ساکشن ترشحات را آسپیره نمائید.

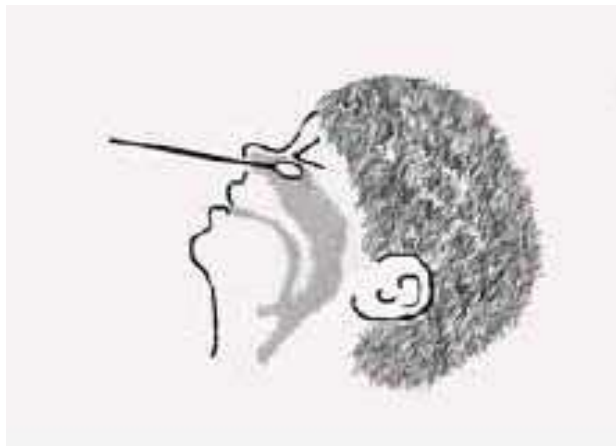


سواب قدامی بینی:

سواب استفاده شده همانند سواب گلو است. بایستی سواب را به اندازه ۳-۲ سانتی متر (در بالغین) وارد سوراخ بینی نموده ،

سریع چرخانده و ترشحات بینی را جمع کنید.

شکل ۷) سواب قدامی بینی



نمونه های محیطی

(۱) نمونه مدفوع

نمونه های مدفوع از قفس پرندگان یا محل زندگی آنها بایستی بصورت تازه از مدفوع مرطوب جمع آوری شود. سواب را بایستی کاملاً آغشته به مدفوع کرده و در محیط ترانسپورت قرار داد. (در این مورد میزان آنتی بیوتیک و ضدقارچ مورد استفاده بایستی دوبرابر باشد).

(۲) نمونه آب

آب را از حوضچه ها و مکانهایی که پرندگان آب می خورند جمع آوری کنید. باید از سطح آب که محل نوشیدن پرندگان است جمع آوری انجام شود. در این مورد ۵ سی سی آب جمع کرده و آنرا به ۵ سی سی محیط ترانسپورت اضافه نمایید. PH آنرا چک نمایید تا مطمئن شوید که بین ۶ و ۸ باشد. در صورت امکان نمونه آب را در عرض ۳ ساعت آزمایش کنید در غیر این صورت در ۷۰- نگهداری نمایید.

اگر از شیریا پمپ آب نمونه تهیه می کنید هر گونه اتصالات سر آنها را جدا کرده و محل خروج آب را شسته و ضدعفونی کنید (بهتر است با شعله این کار را انجام دهید). قبل از جمع آوری اجازه دهید تا مقداری آب خارج شود.

نحوه جمع آوری آب از جایگاههای نوشیدن پرندگان در مزارع:

محل خروج آب و اطراف آن را با محلول سفید کننده ۱:۱۰۰ ضدعفونی کنید. محل خروج آب را با یک جفت گیره استریل؛ نگهداشته سپس اجازه دهید تا آب برای ۵ ثانیه خارج شود. اکنون نمونه گیری کنید. حداقل از ۵ محل خروج در ۵ مکان مختلف نمونه گیری نمایید. در بین هر نمونه گیری گیره ها را با الکل ۷۰٪ ضدعفونی کنید.

(۳) نمونه گیری از خاک

از مکانهایی که پرندگان فعال هستند نمونه تهیه کنید.

۱-۲ گرم از خاک را به ۱۰ سی سی محیط ترانسپورت اضافه نمایید. PH آنرا چک کنید تا بین ۶ و ۸ باشد. اکنون آنرا بشدت مخلوط کرده و دوباره PH را چک کنید. اگر PH درست باشد فوراً آنرا در ۷۰- بگذارید. اگر PH بسیار بالا یا پایین باشد مقدار زیادی نمونه خاک را (بطور مثال ۱۰۰ گرم) در یک تیوب بدون محیط ترانسپورت جمع کرده و فریز نمایید.

نحوه نگهداری نمونه ها

نکات مهم در مورد نگهداری نمونه ها

(۱) نمونه ها را بایستی قبل از یخ زدن تقسیم نمود. برای ذخیره، حداقل میزان نمونه لازم ۰/۵ سی سی می باشد. بعنوان مثال ۳

سی سی نمونه را می توان به ۶ قسمت تقسیم کرد.

(۲) جهت جلوگیری از بین رفتن عفونت زایی بایستی از یخ زدن و آب شدن مکرر نمونه ها خودداری کرد. بایستی از

فریزرهای Frost free استفاده نمود.

(۳) اگر نمونه‌ها جهت جداسازی ویروس در عرض ۴ روز به آزمایشگاه برده شوند می‌توانیم آنها را در ۴+ درجه سانتی گراد

نگه‌داری کنید در غیر این صورت بایستی در ۷۰- نگهداری شوند.

(۴) در مورد سوابهایی که در اتانول گذاشته شده است بهتر آن است که بجای نگهداری آنها در دمای اتاق در ۴+ درجه سانتی

گراد نگهداری کرد.

(۵) نمونه‌های خون جهت PCR بایستی در ۷۰-°C و جهت اندازه‌گیری آنتی‌بادی سرم در ۲۰-°C یا کمتر نگهداری

شوند. اما لازم به ذکر است که تقریباً به مدت یک هفته نیز می‌توان آنها را در ۴+°C نگهداری نمود.

(۶) نمونه‌های ویروس انفلوانزا بایستی در یخ خشک ذخیره و حمل شوند. مگر اینکه در ظروف شیشه‌ای بطور محکم بسته-

بندی شوند تا CO₂ نتواند وارد آنها شود زیرا که CO₂ ویروسهای انفلوانزا را بسرعت غیر فعال می‌نماید.

نحوه انتقال نمونه‌ها

جهت انتقال نمونه‌های فریز شده از یخ خشک یا نیتروژن مایع استفاده می‌شود. در این مورد چون یخ خشک و نیتروژن

مایع هر دو گازهایی تولید می‌کنند که باعث خفگی می‌شود، لذا باید محیط، تهویه مناسب داشته باشد. در ضمن چون احتمال انفجار

وجود دارد بایستی انتقال در جعبه‌های عایق مخصوص که قادر به خارج کردن گاز هستند صورت گیرد. فلاسکهایی که جهت انتقال

نیتروژن مایع بکار می‌روند را dry shipper گویند.

فرم اطلاعات مربوط به نمونه باید ضمیمه شود.

نحوه شستشوی دستها

وقتی که دستها بطور آشکار آلوده و کثیف می‌باشند باید آنها را با آب و صابون شست. ولی وقتی آلودگی واضح نیست از

اتیل الکل استفاده می‌گردد. اتیل الکل نسبت به ایزوپروپیل الکل فعالیت بیشتری بر علیه ویروسها دارد.

نحوه صحیح شستشو با آب و صابون و ترکیبات الکلی

دستها را با آب خیس کرده و مقدار مناسبی صابون روی دستها بریزید. سپس با شدت با حرکات چرخشی کف دستها را

بهم مالیده و انگشتان را کاملاً درهم وارد کرده و بشویید. پس از آن دستها را آب کشیده و خشک کنید. سپس با همان حوله شیر آب را ببندید. هر حوله بایستی یکبار استفاده شود. از آب داغ جهت شستشو استفاده نکنید چون احتمال درماتیت را افزایش می‌دهد. وقتی با ترکیبات حاوی الکل می‌خواهید دستهایتان را تمیز نمایید. یک کف دست خود را از ماده مربوطه پر کرده سپس دستهایتان را بطور کامل با آن شسته و بعد دستهایتان را بهم بمالید تا خشک شوند.

شکل ۸) تکنیک شستن دستها با آب و صابون



شکل ۹) تکنیک تمیز کردن دستها با الکل



حفاظت تنفسی

نمونه‌گیری از گلو بخصوص در فضای بسته نیاز به حفاظت تنفسی دارد که برای این منظور انواع مختلف ماسکهای

محافظ وجود دارد که مشابه ماسکهای جراحی هستند ولی فیلترهایی دارند که مانع ورود ذرات تنفسی می‌شوند.

عفونت زدایی

کلر بعنوان ماده ضد عفونی کننده در مقابل آلودگی A/H5N1 دارای مزیت‌هایی به شرح زیر می‌باشد:

(۱) ارزان بوده و براحتی می‌توان آن را تهیه کرد.

(۲) یکی از مواد ضد عفونی کننده است که براحتی در آزمایشگاههایی که PCR انجام می‌دهند قابل استفاده می‌باشد چون

می‌تواند اسیدهای نوکلئیک را قطعه قطعه نماید در حالیکه دیگر مواد ضد عفونی کننده مثل ترکیبات آمونیم و الکل باعث

رسوب اسید نوکلئیک و لذا نتایج کاذب در تستهای PCR می‌شوند.

بهترین ترکیب کلردار همان وایتکس خانگی می‌باشد. این ماده سفید کننده حاوی محلولی از هیپوکلریت سدیم می‌باشد که دارای

۵٪ کلر است (50 gr/lit یا 50 000 ppm).

نکاتی که باید به آنها توجه شود:

(۱) محصولات مختلف ممکنست غلظتهای متفاوتی از کلر را داشته باشند، لذا این غلظت بایستی قبل از مصرف چک شود.

(۲) سفید کننده‌ها ممکنست در طول زمان مقداری از کلر خود را ازدست دهند. لذا در صورت امکان باید از انواع تازه آنها

استفاده نمود. اگر سفید کننده بوی شدید کلر را ندهد نبایستی از آن استفاده کرد.

(۳) محلولهای غلیظ نبایستی جهت ضد عفونی استفاده شوند، چون آنها حاوی مواد سمی دیگری هستند که فقط در مصارف

خانگی بایستی بکار روند.

به هنگام آماده کردن محلولهای ضد عفونی کننده به موارد زیر توجه فرمایید:

(۱) چون این محلولها بتدریج قدرت خود را از دست می‌دهند لذا محلول رقیق شده تازه باید بطور روزانه آماده و تهیه گردد.

(۲) آب تمیز بایستی استفاده شود چون مواد ارگانیك کلر را از بین می‌برند.

(۳) محلول ۱:۱۰ سفید کننده سوزاننده است لذا از تماس مستقیم آن با پوست و چشم‌ها جلوگیری کنید.

(۴) چون محلولهای کلردار از خود کلر ساطع می‌کنند، لذا آنها را در محیطی که تهویه مناسب وجود دارد تهیه و آماده نمایید.

(۵) در تهیه و نگهداری این محلولها از ظرفهای پلاستیکی استفاده نمایید. چون ظروف فلزی بسرعت خورده می‌شوند و هم-

چنین محلول را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

دو رقت مختلف از این محلول مورد استفاده قرار می‌گیرد:

(۱) محلول ۱:۱۰ که حاوی ۰/۵٪ کلراست. یک ضد عفونی کننده قوی می‌باشد که جهت ضد عفونی کردن وسایل نقلیه،

بدنه و تایر آنها، مواد زاید دفعی، آلودگیهای ناشی از خون و مایعات بدن و همچنین تهیه کردن محلول ۱:۱۰۰ بکار می-

رود.

(۲) محلول ۱:۱۰۰ که حاوی ۰/۰۵٪ کلر می‌باشد جهت ضد عفونی کردن سطوح، وسایل پزشکی، وسایل خواب و لباسهای

محافظ قبل از شستشو با ماشین لباسشویی بکار می‌رود.

همچنین جهت پاک کردن دستکشها در مواردیکه دستکش تازه وجود ندارد، پاک کردن پیش‌بندها و چکمه‌ها قبل از ترک اتاق

مريض و همچنین ضد عفونی کردن مواد دفعی آلوده قبل از بیرون انداختن آنها بکار می‌رود.

جهت تهیه محلول ۱:۱۰، یک حجم از سفید کننده را به ۹ حجم آب تمیز اضافه کنید. جهت تهیه محلول ۱:۱۰۰، یک

حجم از محلول ۱:۱۰ را به ۹ حجم آب تمیز اضافه نمایید. البته می‌توان با اضافه کردن یک حجم از محلول سفیدکننده به ۹۹ حجم

آب هم آن را تهیه کرد.

روش ضد عفونی کردن

تمام اشیایی که در تماس با مواد عفونت‌زا بوده‌اند بایستی ضد عفونی شوند:

(۱) سطوح

پیش‌بند، دستکش و در صورت لزوم هر محافظت کننده دیگری بپوشید و با محلول ۱:۱۰۰ سطوح را تمیز کرده سپس

تمام مواد مورد استفاده را بسوزانید. سطوح بایستی بعد از عفونت زدایی با آب تمیز شسته شوند.

(۲) سطوح در آزمایشگاههایی که PCR انجام می‌شود:

از محلول ۱:۱۰۰ استفاده می‌شود. این سطوح بایستی بعد از عفونت زدایی شسته شوند چون محلول سوزاننده است و

ممکن است به وسایل آسیب برساند. لذا سطوح را توسط آب تمیز یا با الکل ۷۰٪ (که جهت مقابله با باکتریها و قارچها مفید است)

بشوید.

(۳) لکه‌های خونی یا مایعات بدن

قبل از اینکه اینها را با دستمال پاک کنید، جهت غیرفعال کردن پاتوژنها محلول ۱:۱۰ بکار ببرید.

(۴) دستها:

وسیله اصلی جهت ضد عفونی کردن دست شستشو با آب و صابون است. در صورت امکان از محلول ضد عفونی کننده

تجاری که حاوی الکل، کلرهگزیدین یا بتادین است استفاده نمایید. جهت شستشوی دستها بایستی از محلولهای قوی کلردار (مثل

محلول ۱:۱۰۰) استفاده شود.

(۵) استریل کردن وسایل و موادی که چندین بار استفاده می‌شوند:

بطور کلی استفاده چندین باره از وسایل توصیه نمی‌شود. ولی وقتی مجبور هستید، بایستی ابتدا آنها را با ترکیبات کلردار

ضد عفونی کرده و سپس شسته و استریل نمایید.

وسایلی که جهت اتوپیسی بکار می‌روند بایستی با کلر ۱:۱۰ یا اتانول ۷۰٪ ضد عفونی شوند.

(۶) وسایل نقلیه:

وسایلی که به مزارع آلوده رفته‌اند بایستی بشدت ضد عفونی شوند چون ویروسهای انفلوانزا برای چندین هفته در شرایط

مرطوب، خنک و تاریک زنده می‌مانند و براحتی از طریق لجن، گل و مواد دفعی روی تایرها می‌توانند منتشر شوند. تمام آلودگیها

بایستی بوسیله شستشوی با فشار بالا از سطح این وسایل پاک شده و سپس با محلول کلر ۱:۱۰ از طریق اسپری کردن ضدعفونی

شوند.

محیطهای ترانسپورت

انواع محیطهایی که جهت انتقال نمونه‌های انسانی استفاده می‌شوند:

(۱) محیط تجاری WHO در ژنو COPAN Universal transport medium می‌باشد.

(۲) محیط تجاری دیگری که مورد استفاده قرار می‌گیرد EMEM^۲ می‌باشد.

(۳) در ضمن می‌توان محیط را در آزمایشگاه درست کرد:

^۲ - Eagle Minimum Essential Medium

۱۰ گرم veal infusion broth و ۲ گرم آلبومین گاوی را به ۴۰۰ سی سی آب مقطر استریل اضافه نمایید. سپس ۰/۸

میلی لیتر محلول سولفات جنتامایسین (50 mg/ml) و ۳/۲ سی سی سی آفوتریسین - ب (250µg/m) اضافه کنید. سپس با

فیلتر کردن آن را استریل نمایید.

ضمیمه ۲:

دستورالعمل‌های مقابله محیطی با بیماری آنفلوآنزای فوق حادپرندگان (دفتر سلامت محیط و کار)

توجه: این توصیه‌ها در صورتی که اطلاعات جدیدی بدست آید به روز خواهد گردید.

دستورالعمل حفاظت شغلی در افرادی که با حیوانات آلوده تماس دارند:

این دستورالعمل برای استفاده افرادی که در زمان طغیان HPAI در شرایط با خطر بالا قرار دارند تهیه گردیده است. همچنین از جمله دیگر اهداف تهیه این دستورالعمل کاستن از خطر گسترش ویروس در میان مردم است:

۱. پرسنل قبل از مشارکت در برنامه باید آموزش‌های لازم در خصوص نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی (که از این پس در این دستورالعمل **PPE**** گفته می‌شوند) را دریافت کرده باشند.
۲. کلیه کارگرانی که در ارتباط با ماکیان، محصولات حاصل از ماکیان و فضولات آنها هستند یا ممکن است در ارتباط قرار گیرند در صورت صلاحدید مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید مورد تزریق واکسن آنفلوآنزای انسانی قرار گیرند. در این خصوص رعایت دستورالعمل‌های صادره الزامی است.

در صورتی که وجود بیماری در مناطقی از کشور مورد تأیید مقامات صلاحیت‌دار قرار گرفت:

۱. کلیه افراد در تماس با مناطق آلوده یا در معرض آلودگی و یا مواد حاصل از آنها مثل فضولات بایستی از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند.
۲. کودکان نباید با مناطق آلوده یا در معرض آلودگی یا هر پرنده بیمار دیگری در تماس باشند.
۳. افراد دارای نقص در سیستم ایمنی (مثلاً به سرطان یا در حال درمان سرطان یا افرادی که از داروهای استروئیدی با دوز بالا استفاده می‌کنند) افراد بالاتر از ۶۰ سال، افراد دارای بیماری‌های قلبی و تنفسی باید از تماس داشتن با پرندگان بیمار یا محیط آلوده اجتناب نمایند. انتخاب افراد برای کار در مزارع آلوده باید شامل شیوه‌هایی برای شناسایی افراد «پرخطر» و منفک شدن آنها از کار باشد.
۴. پرسنل درگیر کار در مزارع باید در مورد علائم بیماری آموزش‌های لازم را دریافت کرده و در صورت احساس هر نوع بیماری سریعاً به پزشک معرفی شوند.

** PPE: personal protective equipment

دستورالعمل اختصاصی برای کلیه پرسنل دخیل در مدیریت طغیان HPAI در ماکیان

۱. کلیه این افراد باید در هر مکانی که با ماکیان آلوده، امکان آلوده یا محصولات حاصل از ماکیان از جمله زباله و فضولات در تماس هستند از خطر ابتلای به HPAI حفاظت شوند.
۲. کارگران و افرادی که با اجرای دستورالعمل‌های صادره موافقت نداشته باشند باید از کار کنار گذاشته شوند.
۳. تمام افراد دخیل در برنامه باید به PPE مناسب دسترسی داشته باشند. وجود امکانات مربوط به Respiratory Fit Testing ضروری است. همچنین استفاده از وسایل حفاظت فردی باید مورد نظارت و سرپرستی قرار گیرد.
۴. دستکش مورد استفاده باید یکبار مصرف و یا لاستیکی به صورتی باشد که بتوان پس از استفاده آن را ضدعفونی نمود. همچنین در صورتی که پاره یا آسیب دیده باشد باید به سرعت تعویض گردد.
۵. کلیه افراد مؤظف به رعایت دقیق مفاد دستورالعمل پیشگیری دارویی برابر مصوبه کمیته علمی کشوری انفلوانزا می باشند.
۶. کلیه افراد باید مراقب وضعیت سلامتی خود بوده و تا یک هفته پس از آخرین تماس با پرند یا مواد یا محل آلوده مراقب بروز نشانه‌هایی چون تب، ناراحتی‌های تنفسی مثل سرفه و کونژکتیویت باشند.
۷. در صورت بروز نشانه‌های مشروحه فوق مراجعه به پزشک و رعایت دستورالعمل‌های صادره الزامی است.
۸. کارگران بیمار باید تا ۲۴ ساعت پس از پایان هر گونه عارضه تب‌دار در خانه بمانند. ارائه یک تأییدیه پزشکی در خصوص اعلام پایان تب در این افراد الزامی است.
۹. در صورتی که هر کدام از افراد دخیل در برنامه بیمار شدند مسئولان بهداشتی موظف به ارائه آموزش‌های لازم به افراد مرتبط با فرد بیمار مثل اعضای خانواده وی هستند.
۱۰. افرادی که با پالت‌های بالقوه آماده آلودگی در تماس بوده‌اند باید تحت آزمایشات لازم مطابق با دستورالعمل‌های مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرند.

دستورالعمل نحوه دفع لاشه‌های پرندگان آلوده:

هدف از دفع لاشه‌ها، مواد، محصولات و ضایعات حیوانی پیشگیری از انتشار عفونت است به همین دلیل این امر از جمله ضروری‌ترین بخش‌های مبارزه با بیماری است.

۱. برای دفع لاشه‌ها باید فاکتورهای زیر را مدنظر قرار داد:

- طبیعت و مقدار موادی که باید دفن شوند
- در دسترس بودن محل
- قابلیت دسترسی محل برای خودروهای سنگین
- خاکی یا سنگی بودن محل
- سطح آب‌های زیرزمینی
- میزان نزدیکی به آبگیرها، منافذ یا چاه‌ها
- نزدیکی به خطوط انتقال گاز، آب، برق، تلفن، زهکش‌ها و فاضلاب و از این قبیل

- نزدیکی به محل‌های ساخت و ساز و اماکن مسکونی
 - محدودیت از نظر ایجاد آتش و دیگر خطرات
 - شرایط آب و هوایی محل از جمله جهت وزش بادهای غالب
 - در دسترس بودن امکانات کافی برای دفع لاشه‌ها
 - در دسترس بودن سوخت کافی برای سوزاندن لاشه‌ها
 - وجود سازه‌های هوایی نظیر خطوط هوایی انتقال برق و از این قبیل
 - طرح‌های بعدی برای کاربری محل
۲. دفع لاشه‌ها باید بلافاصله پس از کشتن آنها انجام شود.
۳. لاشه‌ها و دیگر مواد آماده برای دفع باید مورد محافظت قرار گیرند تا امکان دسترسی افراد غیر مجاز، تغذیه حیوانات خانگی و حیوانات وحشی از آنها و تماس پرندگان با آنها کاهش یابد.
۴. در صورتی که دفع دچار تأخیر گردد باید با استفاده از ضدعفونی کننده مناسب لاشه‌ها را ضدعفونی نمود.
۵. قبل از شروع کار دفع لاشه‌ها، پرسنل باید بطور کامل توجیه شوند.
۶. استفاده از وسایل مناسب حفاظت فردی برای پرسنل درگیر در کار دفع ضروری است.
۷. محل دفع لاشه‌ها بهتر است در داخل همان مزرعه پرندگان آلوده باشد.
۸. در صورتی که محدودیت‌های موجود مانع از انجام عملیات دفع در داخل مزرعه پرندگان آلوده شود با کسب اجازه از ستاد مرکزی کنترل بیماری در منطقه یا استان می‌توان نسبت به حمل و نقل لاشه‌ها به محلی مناسب در خارج از مزرعه پرندگان اقدام نمود.
۹. حمل و جابجایی لاشه‌ها را می‌توان در ظرفی غیرقابل نفوذ مثل بشکه‌های ۲۲۰ لیتری پلاستیکی که درب آنها بخوبی بسته می‌شوند به انجام رساند.
۱۰. فضای خالی بالای ظرف به دما و فاصله محل دفع تا مزرعه پرندگان بستگی دارد.
۱۱. وسیله نقلیه حمل لاشه‌ها باید به آهستگی حرکت کرده و توسط کارشناسان بهداشتی و در صورت نیاز نیروی انتظامی همراهی شود.
۱۲. ماموران همراهی کننده باید تجهیزات لازم برای ضدعفونی آنچه که در طول مسیر از خودروی حمل لاشه‌ها بیرون ریخته می‌شود به همراه داشته باشند.
۱۳. کلیه وسایط نقلیه باید قبل از خروج از مزرعه پرندگان و پس از تخلیه بار تمیز و ضدعفونی شوند.
۱۴. پایان موفقیت آمیز عملیات حمل و یا هر گونه شکسته شدن زنجیره ایمنی زیستی باید کتباً به مقامات صلاحیت‌دار منطقه یا استان گزارش شود.
۱۵. شیوه مرجع برای دفع لاشه‌ها دفن می‌باشد.
۱۶. برای انتخاب محل دفن لاشه‌ها در خارج از مزرعه پرندگان آلوده نکات زیر باید مدنظر قرار گیرد:
- محل انتخابی باید در دسترس باشد بطوریکه تجهیزات حفر گودال و دفن لاشه‌ها و همچنین خودروهای حمل لاشه‌ها بتوانند به سادگی به آن داخل یا از آن خارج شوند.
 - محل باید با توجه به میزان فاصله از آب‌های جاری، چاه‌ها و ماندای‌ها و حفرات آبگیر، سطح آب زیرزمینی، فاصله از امکنه بخصوص اماکن مسکونی، فاصله از زمین‌های با کاربری عمومی مثل جاده‌ها، شیب زمین، نفوذپذیری خاک، در صورت وجود لاشه‌های زیاد فضای کافی برای ذخیره‌سازی موقت لاشه‌ها و همچنین جهت وزش بادهای غالب انتخاب شوند.

- محل دفن باید خاکی بوده و خاک آن نیز از مقاومت کافی در برابر وزن تجهیزات سنگین حفاری و حمل برخوردار باشد.
- آب‌های جاری بر سطح محل دفن نباید وارد حفره شوند. ایجاد مسیر انحرافی برای جلوگیری از ورود آب جاری بر سطح به داخل حفره و یا جلوگیری از خروج مایعات خروجی از حفره دفن ضروری است.
- برای حفر گودال استفاده از بیل مکانیکی توصیه می‌شود. در صورت عدم دسترسی به بیل مکانیکی از لودر، بولدوزر یا گریدر نیز می‌توان استفاده نمود.
- ابعاد گودال حفره شده برای دفن بستگی به وسیله مورد استفاده، شرایط محل و حجم موادی دارد که باید دفن گردند. عمق باید بصورتی انتخاب شود که حفر آن امکان‌پذیر باشد همچنین دیواره آن باید عمودی بوده و پهنای آن به گونه‌ای باشد که بتوان آن را از یک طرف پر کرد. مثلاً اگر از یک بولدوزر برای حفر استفاده می‌شود پهنای آن نباید بیش از پهنای تیغه آن باشد.
- عمق گودال حفر شده باید ۵ متر باشد که تا ارتفاع ۲/۵ متری از لاشه پر می‌شود. باید در نظر داشت که فاصله کف حفره تا سطح احتمالی آب زیرزمینی باید بیشتر از یک متر باشد. عرض گودال حداکثر ۳ متر در نظر گرفته می‌شود. طول گودال بستگی به تعداد لاشه‌های قابل دفن دارد. در هر حال حجم ظروف مورد استفاده برای حمل لاشه‌ها می‌تواند حجم گودال مورد نیاز برای دفن را با توجه به نکات ذکر شده مشخص نماید.
- حفره باید به صورتی پر شود که خاک روی آن به صورت کپه شده در آید. خاک باقیمانده پس از پر کردن گودال را می‌توان پس از نشست خاک حفره به روی آن اضافه نمود.
- قبل از پر کردن در کف گودال آهک ریخته سپس لایه‌ای خاک به ضخامت ۴۰ سانتی‌متر روی آن قرار می‌گیرد سپس لاشه‌ها در داخل گودال ریخته شده و پس از یک لایه ۴۰ سانتی‌متری دیگر از خاک مقدار دیگری آهک کشته Ca (OH)_2 به آن اضافه کرده و نهایتاً گودال پر خواهد شد.
- محل دفن باید پس از پایان کار مورد بازدید منظم قرار گیرد تا در صورت بروز هر گونه مشکل نسبت به رفع آن اقدام فوری صورت گیرد. هدف آن است تا محل دفن در وضع سابق خود باقی بماند.

دستورالعمل حفاظت شغلی کارگران دخیل در کشتار و دفع لاشه‌های آلوده یا مشکوک به آلودگی

۱. افرادی که در کشتار جمعی و انتقال ماکیان آلوده یا مشکوک به آلودگی مشارکت دارند باید از وسایل حفاظت فردی مناسب به شرح ذیل استفاده نمایند:
- لباس محافظ ترجیحاً به صورتی که تمام بدن را بپوشاند همراه با پیش‌بند غیرقابل نفوذ یا استفاده از گان جراحی با آستین‌های دارای سر دست بلند همراه با پیش‌بند غیرقابل نفوذ؛
- دستکش‌های لاستیکی با دوام که بتوان آن را ضد عفونی نمود؛

- ماسک تنفسی N95 (یا براساس استانداردهای اروپایی CE P2)، N99 یا N100؛
- عینک؛
- چکمه‌های لاستیکی یا از جنس پلی‌اورتان تا بتوان آنها را ضدعفونی نمود و یا استفاده از کاور پای یکبار مصرف تا بتوان پس از استفاده آنها را دور انداخت.
- ۲. تمام افرادی که در تماس نزدیک با حیوانات آلوده هستند باید دست خود را مداوماً با آب و صابون شستشو نمایند. افرادی که در کشتار جمعی حیوانات آلوده مشارکت دارند و نیز کسانی که در نقل و انتقال آنها دخیلند باید پس از عملیات دستان خود را ضدعفونی نمایند.
- ۳. در زمان پاکسازی محیطی محل دفع حیوانات کشتار شده، استفاده از شیوه‌های حفاظتی پیش گفته ضروری است.
- ۴. تمام افرادی که در تماس با ماکیان آلوده هستند یا در مزارعی کار می‌کنند که مشکوک به آلودگی هستند باید تحت مراقبت مسئولان بهداشتی محلی باشند.
- توصیه می‌شود که داروهای مورد نیاز برای درمان افرادی که مشکوک به آلودگی تنفسی با H_5N_1 هستند در دسترس باشد در این خصوص اجرای دستورالعمل‌های مرکز مدیریت بیماری‌ها الزامی است.
- این قبیل افراد همچنین باید مطابق با دستورالعمل‌های موجود مورد واکسیناسیون قرار گیرند تا از ابتلای همزمان آنها به آنفلوآنزای انسانی و پرندگان جلوگیری شده و احتمال نوترکیبی ژن‌های ویروس کاهش یابد.
- همچنین باید افرادی که در کشتار جمعی ماکیان دخالت داشته و نیز سایر افراد دخیل در فرآیند و اعضای خانواده آنها تحت مراقبت‌های بهداشتی قرار گیرند. این افراد موظفند هر گونه مشکل در سلامتی خود از جمله هر گونه بیماری تنفسی، هر بیماری مشابه با آنفلوآنزا یا عفونت‌های چشمی را به مسئولان بهداشتی گوشزد نمایند. افراد مساعد برای ابتلا به آنفلوآنزای حاد مانند افراد دارای نقص سیستم ایمنی، افراد بالاتر از ۶۰ سال، یا افرادی که بیماری مشخص قلبی و تنفسی حاد دارند باید از کار با حیوان آلوده اجتناب نمایند.
- ۵. باید کارگران و دامپزشکانی که در تماس با حیوان آلوده هستند مورد مراقبت‌های سرولوژیکی قرار گیرند.

دستورالعمل نحوه مقابله واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای در شرایط بروز طغیان بیماری H_5N_1 (HPAI)

۱. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند با همکاری سازمان حفاظت محیط زیست استان یا منطقه تحت پوشش خود محل‌های مناسب برای دفن لاشه‌های آلوده را مشخص نمایند.
۲. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظف به ارائه آموزش و مشاوره‌های لازم در خصوص ایمنی شغلی افراد دخیل در امر مبارزه با طغیان بیماری در پرندگان و کلیه کارگران و افراد شاغل در مرغداری‌ها هستند.
۳. به جهت حفظ ایمنی زیستی مزرعه پرورش پرندگان مسئولیت نظارت و اجرای مفاد دستورالعمل‌های صادره حسب مورد به عهده مسئول اکیپ مراقبت فعال و یا مسئول اکیپ امحا و معدوم‌سازی مطابق با دستورالعمل‌های سازمان دامپزشکی کشور است.

۴. در صورتی که دفع لاشه‌ها در محل مزرعه پرندگان آلوده امکان‌پذیر نباشد واحدهای بهداشت محیط به درخواست بالاترین مقام مسئول مبارزه با بیماری‌های دامی و با همکاری سازمان حفاظت محیط زیست محل و اداره مبارزه با بیماری‌های استان یا منطقه تحت پوشش باید نسبت به معرفی محلی ایمن براساس دستورالعمل‌های صادره اقدام و نظارت کافی در خصوص حسن انجام کار (حفظ ایمنی زیستی در حین حمل و نقل، بکارگیری وسایل حفاظت فردی در حین کار و سایر موارد از این قبیل) به عمل آورند.
۵. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند به محض درخواست واحد مبارزه با بیماری‌های استان یا منطقه تحت پوشش خود نسبت به معرفی آشپزها، فروشندگان مرغ، افرادی که با ماکیان اهلی زنده یا کشته شده در تماس هستند و فروشندگان پرندگان دست‌آموز به واحد مبارزه با بیماری‌ها اقدام و پیگیری‌های لازم را به عمل آورند.
۶. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند به محض اعلام واحد‌های مبارزه با بیماری‌های منطقه تحت نظارت خود نسبت به تشدید نظارت‌های بهداشتی در منطقه تحت پوشش خود اقدام و از عرضه مرغ و تخم مرغ خارج از نظارت شبکه دامپزشکی و بهداشتی کشور جلوگیری به عمل آورند.
۷. عرضه مرغ زنده در شرایط اعلام طغیان بیماری در منطقه ممنوع است.
۸. شستشوی مرغ‌ها توسط فروشندگان اکیداً ممنوع است.
۹. در شرایط اعلام بروز طغیان در بیماری، فروشندگان باید در عرضه ناگت، جوجه‌کباب، فیله، شنیسل و سایر محصولات خام پرندگان و کلاً هر گونه اقدامی که نیازمند شقه‌کردن لاشه باشد دقت کافی به عمل آورند.
۱۰. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند آموزش‌های لازم در خصوص پیشگیری از ابتلای به بیماری، ایمنی غذایی و رعایت اصول بهداشتی در تهیه مواد غذایی از مواد خام پرندگان را به کسبه تحت پوشش فعالانه ارائه دهند.

ضمیمه ۳:

دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت برای آماده‌سازی گوشت و سایر محصولات پرندگان جهت مصرف



۱. پیشگیری از آلودگی:

- گوشت خام از گوشت‌های پخته شده یا آماده برای پختن جدا نگهداشته شود.
- هرگز از یک تخته گوشت یا چاقو برای آماده‌سازی گوشت خام، پخته شده یا آماده برای پختن استفاده نشود.
- بدون شستن دست‌ها هرگز به غذا چه پخته شده و چه خام دست زده نشود.
- از قرار دادن گوشت پخته شده در داخل ظرفی که قبل از طبخ در آن قرار داشته خودداری شود.

۲. غذا باید بطور کامل طبخ شود:

- پخت کامل غذا ویروس‌های موجد بیماری را کاملاً غیرفعال می‌کند. به این منظور باید اطمینان حاصل شود که تمام قسمت‌های گوشت حداقل به دمای ۷۰ درجه سانتی‌گراد رسیده باشد. همچنین باید توجه شود که هیچ بخشی از گوشت به رنگ صورتی باقی‌نمانده یا شیره صورتی رنگ نداشته باشد.

۳. در مورد تخم پرندگان دقت کافی به عمل آید:

- تخم پرندگان می‌تواند روی پوسته یا داخل خود پاتوژن‌هایی نظیر ویروس مولد آنفلوآنزا را حمل نماید.
- پوسته تخم پرندگان را باید با آب و کف شسته و پس از آن باید دست‌ها نیز با آب و صابون شستشو شوند.
- پخت تخم پرندگان باید بصورتی باشد که زرده روان یا شل نباشد و کاملاً سفت شود.
- از خوردن تخم پرندگان بصورت اصطلاحاً عسلی یا بکار بردن آن در مواد غذایی که بصورت خام مصرف می‌شود (پخته نمی‌شود) جداً اجتناب شود.

۴. نظافت رعایت گردد:

- پس از کار با گوشت خام و یا گوشت خام از انجماد باز شده، بایستی دست‌ها، کلیه سطوح و ظروف کاملاً با آب و ماده پاک کننده شستشو داده شوند.

ضمیمه ۴:

برنامه کلی سازمان جهانی بهداشت در خصوص بیماری آنفلوانزا

رسالت برنامه:

- کمک به کاهش موارد مرگ و بیماری ناشی از اپیدمی‌های سالانه آنفلوانزا
- آماده‌سازی جهانی جهت پاندمی آینده آنفلوانزا

دیدگاه سازمان جهانی بهداشت:

- مراقبت مؤثر و به موقع بیماری آنفلوانزا در تمامی نواحی دنیا
- هماهنگی در تعیین ترکیب مناسب آنتی‌ژنیک و ژنتیک واکسن آنفلوانزا و تیپ‌های ویروس آنفلوانزای در گردش استراتژی‌های مؤثر کنترل و مبارزه ملی با آنفلوانزا
- ساخت و دسترسی به واکسن قبل از همه‌گیری در حین آن

اهداف کلی سازمان جهانی بهداشت:

- افزایش و تقویت آمادگی در برابر اپیدمی و پاندمی بوسیله:
 - ۱- بهبود کیفیت و پوشش مراقبت آنفلوانزا
 - ۲- بهبود و ارتقای آگاهی‌های بهداشتی و اقتصادی بار بیماری آنفلوانزا شامل منابع و منافع کنترل اپیدمی و آمادگی در برابر پاندمی
 - ۳- افزایش آمادگی ملی در برابر اپیدمی و پاندمی شامل تهیه واکسن و داروی مورد نیاز
 - ۴- گسترش استفاده از واکسن‌های موجود بخصوص در کشورهای توسعه یافته و در گروه‌های پر خطر و افزایش تولید واکسن‌های جدید
 - ۵- ارتباط بسیار سریع و تبادل اطلاعات در بین اعضا گروه کاری سازمان جهانی بهداشت

فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت:

- ۱- مراقبت جهانی آنفلوانزا به منظور پیشنهاد به موقع ترکیب مناسب واکسن آنفلوانزا
- ۲- افزایش آمادگی جهانی و ملی در مقابل پاندمی شامل بررسی اولیه طغیان و گزارش به موقع
- ۳- تهیه و انتشار مقالات فنی معتبر مراقبت و کنترل آنفلوانزا
- ۴- رهبری و هدایت سازمان جهانی بهداشت در برنامه‌های مراقبت آنفلوانزا

ضمیمه ۵:

آمادگی‌ها و اقدامات لازم به منظور بررسی و گزارش اپیدمی (همه‌گیری) یا طغیان:

۱. جمع‌آوری اطلاعات لازم در خصوص آنفلوانزا و به روز در آوردن داده‌ها
۲. مهیا سازی تجهیزات و مهارت‌های لازم به منظور تشخیص، درمان و پژوهش
۳. تقسیم کار و مسئولیت و تعیین نقش هر یک از اعضای گروه تحقیقاتی
۴. تعیین فرد یا افرادی به عنوان مسئولین اطلاع‌رسانی و سخنگویی گروه
۵. مقایسه موارد فعلی و قبلی بیماری
۶. بهره‌گیری از اطلاعات موجود در مرکز مدیریت بیماری‌ها
۷. استفاده از اطلاعات ثبت شده محلی و تجربیات پزشکان، آزمایشگاه‌ها، آمار مرگ و میر، وضعیت نسخه‌ها و امثال آن
۸. در نظر گرفتن احتمال واقعی نبودن تعداد موارد و واقعی نبودن همه‌گیری
۹. در نظر گرفتن احتمال خطاهای آزمایشگاهی
۱۰. اثبات تشخیص بیماری با بهره‌گیری از داده‌های اپیدمیولوژیک، بالینی، تست‌های سرولوژیک و کشت نمونه‌ها توصیف داده‌ها در قالب متغیرهای زمان، مکان و شخص
۱۱. بیان فرضیات
۱۲. ارزیابی فرضیات و آزمون آنها
۱۳. بازنگری و اصلاح فرضیات
۱۴. کنترل همه‌گیری (با کشف و کنترل منابع و مخازن - قطع زنجیره انتقال - حفظ سلامتی افراد سالم - توجه کامل به موازین سطوح سه گانه پیشگیری)
۱۵. جلوگیری از بروز، رعب و وحشت و با اطلاع‌رسانی مناسب
۱۶. انعکاس واقعیت‌های مرتبط با همه‌گیری و اتخاذ سیاست‌های مناسب به منظور مهار اپیدمی
۱۷. استفاده از نتایج تحقیق و پژوهش، در راستای اهداف بشر دوستانه

اقدامات لازم در هنگام بروز اپیدمی آنفلوانزا:

* تقویت خدمت‌رسانی سریع در شرایط اورژانس:

- ۱- تعیین اتاق انتظار اختصاصی جهت بیماران مبتلا به آنفلوانزا
- ۲- وقت‌های قبلی مشخص برای اعمال جراحی‌های سرپائی بیماران مبتلا به آنفلوانزا
- ۳- متوقف کردن فعالیت بخش‌های غیرضروری درمانگاه‌ها (از جمله واحدهای مشورتی)

* مراکز درمان بیماران بستری:

- ۱- جداسازی بیماران مبتلاء

- ۲- محدود نمودن پذیرش بیماران جدید
- ۳- افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی ذخیره به خصوص در بخش اورژانس
- ۴- محدود نمودن جراحی‌های انتخابی
- ۵- ممانعت از ملاقات بیماران
- ۶- حذف پرسنل درمانی مبتلاء از ارائه خدمات
- ۷- تعبیه جدا کننده‌های (Partition) ویژه جهت پرسنل پرستاری
- ۸- آموزش‌های ویژه ایزولاسیون، گندزدایی در بخش‌های درمانی و بستری
- ۹- تأمین و نظارت بر استفاده صحیح و منظم از روش‌های گندزدایی و ایزولاسیون بیماران
- ۱۰- شست و شوی دست‌ها و استفاده از ماسک

* داروخانه‌ها

- ۱- تقویت خدمت‌رسانی در جهت تأمین سریع دارو در شرایط اورژانس
 - ۲- تدارکات لازم مربوط به درمان آنفلوآنزا و عوارض آن
- #### * مدارس و اماکن تجمعی
- ۱- تشدید قوانین مربوط به ورود و خروج محصلین بیمار
 - ۲- یافتن سریع موارد بیماری و جداسازی آنان
 - ۳- تعطیل کردن مدارس در صورت لزوم (و یا محدود سازی و کنترل تردد در مکان تجمعی)

* مؤسسات مراقبت‌های اجتماعی:

- ۱- یافتن سریع موارد بیماری و جداسازی آنان
- ۲- محدود نمودن پذیرش افراد جدید
- ۳- ممانعت در ملاقات افراد مقیم
- ۴- حذف پرسنل مبتلاء

* شهرها و اجتماعات بزرگ:

- ۱- محدود نمودن برنامه‌های گروهی و دسته جمعی
- ۲- آموزش مردم
- ۳- محدود نمودن تحرکات جابجایی جمعیتی
- ۴- توصیه به کاهش مسافرت‌ها

ضمیمه ۶:

آیا می‌دانید:

- همه‌گیری جهانی آنفلوآنزا یک تهدید جدی است.
- اولین بار ویروس آنفلوآنزای انسانی در سال ۱۹۳۳ میلادی به روش آزمایشگاهی جداسازی گردیده است.
- آنفلوآنزا از عفونت‌های دستگاه تنفسی است که قابلیت ایجاد اپیدمی آن بسیار بالا است.
- در جریان پاندمی آنفلوآنزا ۲۵٪ افراد جامعه مبتلاء خواهند شد.
- علت اصلی اپیدمی آنفلوآنزا تغییرات آنتی‌ژنیک مداوم ویروس آن است که سیستم ایمنی بدن نسبت به این تغییرات حساس است.
- اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی عمومی از موارد ابتلاء- مرگ و میر و بار بیماری می‌کاهد.
- مشاهده موارد تک‌گیر زنگ خطری برای طغیان و اپیدمی آنفلوآنزا است.
- تراکم جمعیت و مسافرت‌های هوایی از عوامل تشدید اپیدمی آنفلوآنزا است.
- واکسیناسیون در پیشگیری از ابتلاء، کاهش بروز بیماری، کاهش میزان بستری و مرگ و میر مؤثر است.
- واکسیناسیون از عوارض شدید بیماری و مرگ و میر می‌کاهد و موارد بستری را تا ۵۰٪ کاهش می‌دهد.
- واکسیناسیون و پروفیلاکسی در گروه‌های در معرض خطر از بار بیماری و عوارض آن تا حد زیادی می‌کاهد.
- آمادگی ملی و کشف زود هنگام اپیدمی آنفلوآنزا بهترین راهکار برای مقابله با اپیدمی آنفلوآنزا است.
- بزرگترین اپیدمی آنفلوآنزا (آنفلوآنزای اسپانیایی در سال‌های ۱۹۱۹ و ۱۹۱۸) سبب ۵۰۰ میلیون ابتلاء و ۲۰ - ۴۰ میلیون مرگ در سراسر جهان گردید.
- آنفلوآنزای پرندگان که در سال‌های اخیر شاهد اپیدمی آن در مناطق مختلف جهان بوده‌ایم قابل سرایت به انسان می‌باشد.
- بیش از ۹۰٪ مرگ و پنومونی ناشی از آنفلوآنزا در افراد بالای ۶۵ سال اتفاق می‌افتد.
- میزان بستری و ریسک عوارض آنفلوآنزا در میان سالمندان و کودکان بیشتر است.
- خسارت اقتصادی بدنال یک پاندمی شدید حدود ۱۲ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود.
- اپیدمی آنفلوآنزا علاوه بر موارد بالای ابتلاء و مرگ و میر صدمات شدید اقتصادی و اجتماعی بدنال دارد.
- پاندمی آنفلوآنزا می‌تواند ۱۵۰ میلیون تا یک میلیارد مرگ و میر بدنال داشته باشد.

ضمیمه ۷:

روش‌های ساده جهت پیشگیری از انتشار بیماری آنفلوآنزا:

- ۱- شست و شوی دست‌ها بخصوص بعد از سرفه کردن، عطسه کردن و دست‌زدن به بینی و دهان
- ۲- پوشاندن دهان در زمان سرفه یا عطسه کردن
- ۳- استفاده از دستمال کاغذی و معدوم ساختن صحیح آن بعد از هر بار مصرف
- ۴- پرهیز از حضور در اماکن تجمعی و شلوغ در موقع بیماری
- ۵- ماندن در منزل و پرهیز از تماس با دیگران در هنگام بیماری
- ۶- استفاده از درمان طبی مناسب با نظر پزشک

ضمیمه ۸:

نکاتی در مورد داروهای ضدویروس آنفلوآنزا:

- داروهای ضدویروس آنفلوآنزا مکمل واکسن آنفلوآنزا در پیشگیری هستند و نمی‌توان آنها را جایگزین واکسیناسیون کرد.
- آمانتادین و ریمانتادین از نظر فرمول شیمیایی با هم مرتبط بوده و تنها بر ویروس نوع A مؤثر است و تأثیری به آنفلوآنزای B ندارد.
- آمانتادین به منظور پیشگیری و درمان در آنفلوآنزای نوع A در بالغین و سنین بالای یکسال تأیید شده است.
- زانامیویر و اوسلتامیویر بر هر دو نوع آنفلوآنزای B و A مؤثرند: زانامیویر برای بالای ۷ سال و اوسلتامیویر برای بالای یکسال تأیید شده است.
- برای کاهش پیدایش گونه‌های مقاوم توصیه می‌شود درمان با زانامیویر و اوسلتامیویر حداکثر ۵ روز در نظر گرفته شود. (۵ - ۳ روز پس از شروع درمان یا ۴۸ - ۲۴ ساعت پس از فروکش کردن بیماری، دارو قطع شود).
- آمانتادین و ریمانتادین ۹۰٪ - ۶۰٪ در پیشگیری از آنفلوآنزای نوع A مؤثرند.
- مصرف آمانتادین و ریمانتادین با تولید آنتی‌بادی بدنال واکسیناسیون تداخلی ندارد.
- افرادی که زمان طغیان آنفلوآنزا واکسینه می‌شوند لازم است تا ایجاد ایمنی (۲ هفته) شیمیوپروپیلاکسی (داروهای ضدویروسی) دریافت نمایند.
- چنانچه گونه‌ای که باعث ایجاد طغیان شده در ترکیب واکسن موجود نیست، شیمیوپروپیلاکسی بدون در نظر گرفتن سابقه واکسیناسیون انجام شود.
- برای کنترل طغیان در مراکز تجعی از جمله خوابگاه‌ها، آسایشگاه‌های سالمندان و پادگان‌ها شیمیوپروپیلاکسی بمدت ۲ هفته الزامی است و با مشاهده موارد جدید ابتلاء تا یک هفته پس از پایان طغیان باید ادامه یابد.
- در طغیان‌ها به منظور کاهش مقاومت دارویی لازم است افراد تحت درمان دارویی از سایر افراد مقیم جدا شوند.
- طی ۳ - ۲ روز درمان با آمانتادین و ریمانتادین گونه‌های حساس با گونه‌های مقاوم جایگزین می‌شوند بنابراین ویروس‌های حساس در ابتدای درمان و ویروس‌های مقاوم در ۷ - ۵ روز پس از شروع درمان دفع می‌شوند.
- مقاومت به زانامیویر و اوسلتامیویر در طول درمان ایجاد می‌شود ولی شایع نیست.

ضمیمه ۹:

مقایسه واکسن زنده آنفلوانزا با واکسن غیر فعال:

TABLE 2. Live, attenuated influenza vaccine (LAIV) compared with inactivated influenza vaccine	
Factor	LAIV
Route of administration	Intranasal spray
Type of vaccine	Live virus
No. of included virus strains	3 (2 influenza A, 1 influenza B)
Vaccine virus strains updated	Annually
Frequency of administration	Annually
Approved age and risk groups*	Healthy persons aged 5–49 yrs
Interval between two doses recommended for children aged 6 mos–<9 yrs who are receiving influenza vaccine for the first time	6–10 wks
Can be administered to family members or close contacts of immunocompromised persons not requiring a protected environment	Yes
Can be administered to family members or close contacts of immunocompromised persons requiring a protected environment (e.g., hematopoietic stem cell transplant recipient)	Inactivated influenza vaccine preferred
Can be administered to family members or close contacts of persons at high risk but not severely immunocompromised	Yes
Can be simultaneously administered with other vaccines	Yes [†]
If not simultaneously administered, can be administered within 4 wks of another live vaccine	Prudent to space 4 wks apart
If not simultaneously administered, can be administered within 4 wks of an inactivated vaccine	Yes

* Populations at high risk for complications of influenza infection include persons aged ≥65 years, residents of nursing homes and other chronic-care facilities that house persons with chronic medical conditions; adults and children with chronic disorders of the pulmonary or cardiovascular systems; adults and children with chronic metabolic diseases (including diabetes mellitus), renal dysfunction, hemoglobinopathies, or immunosuppression; children and adolescents receiving long-term aspirin therapy (at risk for Reye syndrome after wild-type influenza infection); pregnant women; and children aged 6–59 months.

[†] No data are available regarding effect on safety or efficacy.

§ Inactivated influenza vaccine coadministration has been evaluated systematically only among adults with pneumococcal polysaccharide vaccine.

ضمیمه ۱۰:

دوز پیشنهادی داروهای ضد ویروسی در درمان و پیشگیری آنفلوانزا

TABLE 6. Recommended daily dosage of influenza antiviral medications for treatment and chemoprophylaxis — United States				
Antiviral agent	Age group (yrs)			
	1–6	7–9	10–12	≥65
Zanamivir* Treatment, influenza A and B	N/A†	10 mg (two inhalations) twice daily	10 mg (two inhalations) twice daily	10 mg (two inhalations) twice daily
	Ages 1–4 N/A†	Ages 5–9 10 mg (two inhalations) once daily	10 mg (two inhalations) once daily	10 mg (two inhalations) once daily
Chemoprophylaxis, influenza A and B				
Oseltamivir Treatment,§ influenza A and B	Dose varies by child's weight¶	Dose varies by child's weight¶	Dose varies by child's weight¶	75 mg twice daily
	Dose varies by child's weight**	Dose varies by child's weight**	Dose varies by child's weight**	75 mg once daily
Chemoprophylaxis, influenza A and B				

NOTE: Zanamivir is manufactured by GlaxoSmithKline (Relenza® — inhaled powder). Oseltamivir is manufactured by Roche Pharmaceuticals (Tamiflu® — tablet). This information is based on data published by the Food and Drug Administration (FDA), which is available at <http://www.fda.gov>.

* Zanamivir is administered through oral inhalation by using a plastic device included in the medication package. Patients will benefit from instruction and demonstration of the correct use of the device. Zanamivir is not recommended for those persons with underlying airway disease.

† Not applicable.

§ A reduction in the dose of oseltamivir is recommended for persons with creatinine clearance <30 mL/min.

¶ The treatment dosing recommendations of oseltamivir for children weighing ≤15 kg is 30 mg twice a day; for children weighing >15–23 kg, the dose is 45 mg twice a day; for children weighing >23–40 kg, the dose is 60 mg twice a day; and for children weighing >40 kg, the dose is 75 mg twice a day.

**The chemoprophylaxis dosing recommendations of oseltamivir for children weighing ≤15 kg is 30 mg once a day; for children weighing >15–23 kg, the dose is 45 mg once a day; for children weighing >23–40 kg, the dose is 60 mg once a day; and for children >40 kg, the dose is 75 mg once a day.

ضمیمه ۱۱:

اقدامات احتیاطی جاری

الف- اقدامات احتیاطی استاندارد "STANDARD PRECAUTION":

اقدامات احتیاطی استاندارد اقداماتی هستند که باید جهت همهٔ بیماران و در همه مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی اجرا گردند:

۱. شستشوی دست: موارد شستشوی دست عبارتند از: (۱) قبل و بعد از هرگونه تماس و مراقبت مستقیم از بیمار، (۲) بلافاصله بعد از درآوردن دستکش، (۳) قبل از انجام هر عمل تهاجمی که نیازمند اقدامات جراحی نمی باشد از جمله گذاشتن کاتتر داخل عروقی، کاتتر ادراری، (۴) بعد از تماس با خون، مایعات بدن، ترشحات، حتی در صورتیکه دستکش پوشیده شده باشد، (۵) در جابجایی از محل آلوده به محلهای تمیز حتی در یک بیمار، (۶) بعد از تماس با وسایلی که با بیمار در تماس بوده اند، (۷) بعد از رفتن به توالت
۲. انتخاب و استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل دستکش، محافظ صورت یا عینک، گان
۳. رعایت آداب سرفه و تنفس بهداشتی: هر فرد دارای عفونت تنفسی باید مسائل زیر را رعایت کند:

(۱) پوشاندن دهان و بینی در هنگام سرفه یا عطسه

(۲) استفاده از دستمال کاغذی

(۳) استفاده از ماسک طبی

(۴) انجام شستشوی دست

۴. کنترل های محیطی (نظافت و ضدعفونی) شامل:

(۱) نظافت محیط مراقبت از بیمار

(۲) نظافت و ضدعفونی وسایل مراقبت از بیمار

(۳) نظافت و ضدعفونی وسایل غذاخوری

(۴) نظافت و ضدعفونی ملحفه و وسایل خواب بیمار (آب گرم ۷۰ درجه سانتیگراد بمدت

حداقل ۲۵ دقیقه به همراه مواد شوینده یا ضدعفونی کننده)

۵. مدیریت ضایعات : ضایعات باید طبقه بندی و معدوم سازی گردند.

۶. بسته بندی و حمل وسایل مراقبت از بیمار، ملحفه ها و ضایعات از محل ایزولاسیون

۷. پیشگیری از صدمات ناشی از اجسام نوک تیز و سوزن

(۱) دقت در هنگام استفاده از اجسام نوک تیز و سوزن

(۲) عدم سرپوش گذاری مجدد سر سوزن

(۳) عدم نشانه روی سر سوزن به سمت بدن قبل از آماده سازی محل تزریق

(۴) عدم استفاده مجدد از سوزنهای یک بار مصرف

(۵) دفع اجسام نوک تیز و سوزن در ظروف مناسب

(۶) اجتناب استفاده از سرنگهای چند بار مصرف

ب- اقدامات احتیاطی ریزقطرات "DROPLET PRECAUTION":

بعضی از عوامل بیماریزای تنفسی می توانند بوسیله ریزقطرات تنفسی منتقل شوند که از جمله آنها

ویروس آنفلوآنزا می باشد. لذا ضروری است در این موارد علاوه بر رعایت اقدامات احتیاطی

استاندارد، اقدامات احتیاطی ریزقطرات نیز رعایت گردد. این اقدامات شامل موارد زیر است:

۱. استفاده از ماسک در صورتیکه در فاصله کمتر از یک متری بیمار فعالیت می شود. به منظور

اهداف عملیاتی توصیه بر استفاده از ماسک در هنگام ورود به اتاق بیمار می باشد. (ماسک

N95 یا ماسک مشابه)

۲. محل استقرار بیمار باید در اتاق انفرادی بوده و یا بیماران دارای علائم و اتیولوژی مشابه در یک محل بستری گردند. (در این صورت فاصله حداقل یک متر در بین بیماران و جداسازی با پاراوان رعایت گردد)

۳. جابجایی بیماران باید به حداقل رسانیده شود و در صورت جابجا کردن و خروج از اتاق، بیماران باید از ماسک طبی استفاده نمایند.

ج- اقدامات احتیاطی تماسی "CONTACT PRECAUTION":

بعضی از عوامل بیماریزای تنفسی که بوسیله ریزقطرات بزرگ منتقل می شوند می توانند از طریق تماس نیز انتقال یابند، بالاخص از طریق آلودگی دست و یا آلودگی مخاطات چشم و بینی که ویروس آنفلوآنزا در این دسته قرار می گیرد. این اقدامات شامل موارد زیر است:

۱. استفاده از وسایل حفاظت فردی: این وسایل قبل از ورود به اتاق بیمار باید پوشیده شده و بعد از ترک اتاق درآورده شوند. این وسایل شامل دستکش و گان می باشد.

۲. وسایل و محیط نگهداری بیمار: وسایل در صورت امکان باید یکبار مصرف باشند و یا اینکه فقط جهت همان بیمار مورد استفاده قرار گیرند. در صورتیکه جهت چند بیمار مورد استفاده قرار می گیرند حتماً قبل از استفاده جهت بیمار بعدی باید ضدعفونی گردند.

ضدعفونی دستگیره ها و کلیدهای مورد استفاده در اتاق مورد توجه قرار گیرد.

۳. محل بستری بیماران باید انفرادی و یا بصورت کوهورت یکسال باشد.

۴. جابجایی بیماران باید محدود گردد و تماس با سایر افراد به حداقل برسد.

د- اقدامات احتیاطی بلع ذرات هوایی "AIR-BORN PRECAUTION":

بلع ذرات هوایی آلوده بوسیله تنفس ذرات آلوده که برای مسافت های طولانی (بیشتر از یک متر) آلوده باقی مانده اند صورت می گیرد.

۱. اقدامات احتیاطی کنترل عفونت جهت بیماریهایی که توسط بلع هوا منتقل می شوند.

(۱) استفاده از وسایل حفاظت فردی بالاخص استفاده از ماسک N95

(۲) محل استقرار بیمار در اتاق مناسب و با تهویه خوب باشد.

(۳) جابجایی بیمار: حداقل جابجایی و در صورت خروج از اتاق استفاده از ماسک جهت بیمار

ضروری است.

۲. اقدامات احتیاطی کنترل عفونت برای بیماریهایی که بطور فرصت طلبانه از طریق ذرات ریز

قطره منتقل می شوند.

(۱) استفاده از وسایل حفاظت فردی بالاخص استفاده از ماسک جراحی / ماسک N95

(۲) محل استقرار بیمار اتاق انفرادی در اولویت است اعمال مداخله ای که همراه با انتقال

پاتوژن هستند باید در اتاق با تهویه خوب انجام گردد.

(۳) جابجایی بیمار: حداقل جابجایی و در صورت خروج از انتقال استفاده از ماسک جهت بیمار

ضروری است.

ضمیمه ۱۲ -

وسایل کیت حفاظت فردی انفلوانزا در محیط عملیاتی Avian influenza Protective KIT

(کلیه وسایل زیر یکبار مصرف میباشند)



۱- ماسک تنفسی N95 یا P2 یا FFP2 یا استاندارد مشابه (یک عدد)

۲- ماسک جراحی استاندارد (۳ عدد) Standard surgical mask

۳- لباس سرتاسری یکبار مصرف سفید دارای کش در قسمت کلاه و میچ دست و دارای چکمه
(یک عدد):سایز XL/2XL :

White Coverall : Disposable impervious and water repellent material with boot (Elasticized
hood,wrist and boot)

۴- در صورتیکه لباس سرتاسری دارای چکمه نباشد روچکمه ای یا روکفشی ساق بلند(یک
جفت)

۵- عینک محافظ از جنس پلاستیک شفاف دارای دیواره های محافظ جانبی و پیشانی (نمره
صفر - ضد قارچ - بدون انحراف) دارای قابلیت استفاده بر روی عینک (یک عدد)



Goggles: clear polycarbonate Plastic with Side and Forehead shields

(optically clear- antifog – distortion Free – Fit over glasses – SOFT

BODY-elastic headband- Preferably disposable

Nitril gloves

۶- دستکش یکبار مصرف غیر استریل (۳ جفت)

nonsterile, disposable

۷- کیسه دفع ضایعات عفونی سایز بزرگ (یک عدد): دارای آرم ضایعات عفونی

Biohazard waste bag (16 gallon size)

۸- کیسه دفع ضایعات عفونی سایز کوچک (یک عدد): دارای آرم ضایعات عفونی

۹- محلول ضد عفونی کننده الکلی دست با ظرف غیر شیشه ای دارای منفذ خروجی کوچک (

۵۰ سی سی)

%70 Alcohol dilution or gel :Antimicrobial Alcohol gel

۹- جعبه مقوایی یا کیف پلاستیکی یا نایلونی ضخیم زیپ دار با ابعاد مناسب جهت نگهداری

وسایل فوق الذکر یا (یک عدد)

توضیحات :

- جعبه مقوایی یا کیف پلاستیکی به رنگ سفید تهیه گردد.
- روی کلیه جعبه های مقوایی یا کیفهای پلاستیکی جمله کیت حفاظت فردی در محیط عملیاتی نوشته شود .

وسایل کیت حفاظت فردی

در محیط بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی

۱- کلاه (HAIR COVER):کلاه باید کاملاً موها را بپوشاند) & DISPOSABLE

(WATER PROOF

۲- عینک محافظ (GOGGLES): CLEAR POLYCARBONATE PLASTIC WITH SIDE AND FOREHEAD SHIELDS –OPTICALLY CLEAR,ANTIFOG AND DISTORTION-FREE,FIT OVER GLASSES SOFT BODY-elastic headband

۳- ماسک تنفسی N95 یا P2 یا FFP2 یا استاندارد مشابه



۴- گان (GOWN) و شلوار: (IMPERVIOUS AND WATER REPLENT) :گان

باید تا زیر زانوی مصرف کننده باشد و دور گردن را پوشانده و دارای کش در قسمت مچ دست باشد.

۵- پیش بند (APRON): در صورتیکه گان از مواد غیر قابل نفوذ انتخاب گردد، نیازی به استفاده از پیش بند نمی باشد .

۶- دستکش (GLOVES): NON-STERILE FOR ROUTINE CARE/STERILE : WATER REPLENT OR PLASTIC AND DISPOSABLE
FOR INVASIVE PROCEDURES/HEAVY-DUTY RUBBER
(GLOVES FOR CLEANING

۷- پوشش کفش (SHOE COVERS): WATER PROOF & DISPOSABLE : باید

دارای کش و تا بالای مچ پا را بپوشاند.



۸- بوتین (BOOT): FLUID-RESISTANT AND COVER ALL PART OF

THE FEET FOR CLEANING جهت نظافت و سایر امور مشابه

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی:

۱- شستشوی دست

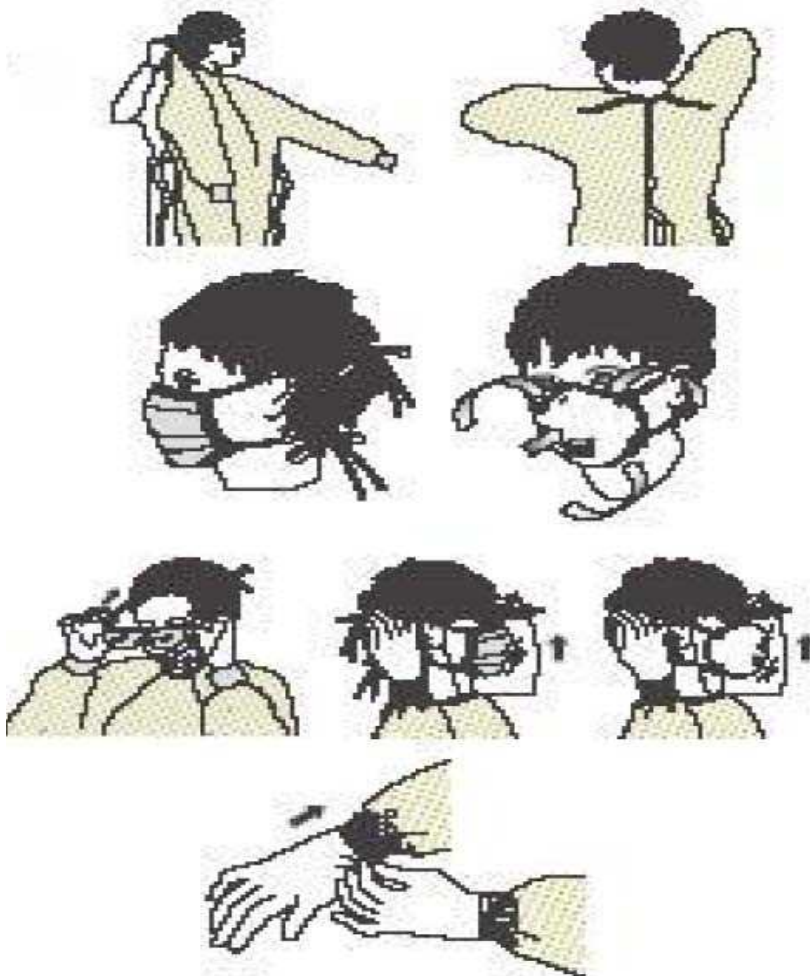
۲- پوشیدن گان

۳- زدن ماسک و تست فیکس بودن آن

۴- پوشیدن کلاه

۵- زدن عینک یا محافظ صورت

۶- پوشیدن دستکش



ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی:

۱- درآوردن دستکش

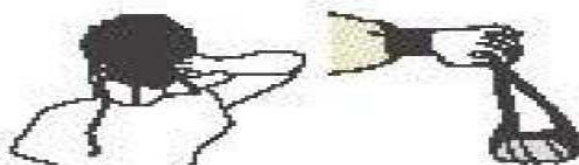
۲- شستشوی دست

۳- درآوردن گان و پیش بند

۴- درآوردن عینک یا محافظ صورت

۵- درآوردن ماسک

۶- شستشوی دست



ضمیمه ۱۳

اتاق های جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII) و اتاق های محیط حفاظتی (PE)

اتاق جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII):

توضیح:

برخی از میکروارگانیسم ها (برای مثال، ویروس روبئولا، واریسلزوستر، و مایکوباکتریوم توبرکولوزیس) در مرکز قطرات ترشعی خارج شده از دهان و بینی بیماران قرار می گیرند و پس از تبخیر قطره به دلیل کوچک بودن، این ذرات باقی مانده ($< 52 \text{ m}$) ممکن است دیگر را حتی در فاصله ای زیاد با خود در خطر عفونت با آن میکروارگانیسم ها قرار دهند. در چنین مواردی جداسازی تنفسی ضروری است.

- هر بیمارستان باید دست کم دارای یک اتاق AII باشد. این اتاق ها ممکن است در هر یک از بخشهای بیمارستانی (داخلی، جراحی و...) قرار داشته باشند و هنگامی که موردی برای جداسازی وجود ندارد، به منظور مراقبت های حاد بیماران و بستری موارد دیگر استفاده شوند، همچنین میتوان تمام اتاق های جداسازی بیمارستان را در بخش جداگانه جداسازی قرار داد.
- هر اتاق AII باید تنها دارای یک تخت باشد و از ویژگی های اتاقی که برای مراقبت حاد بیماران به کار میرود، تبعیت کند.
- فهرست موارد عفونت های کمانی یا قطعی نیازمند جداسازی عفونت تنفسی همراه با زمان جداسازی و روش های کنترل عفونت (شامل روش های محافظتی خاص هر بیماری) در راهنماهای کشوری کنترل عفونت آماده است.

- فشار هوا در اتاق AII منفی است. میزان تهویه هوای خروجی، معیارهای تعادل هوا، نسبت های فشار و نیز دمش و مکش هوا برای دستگاه های مکانیکی باید به روشنی توضیح داده و آزمایش شوند تا شرایط کنترل عفونت در محیط مراقبت فراهم شود. این معیارها در پیوست آمده است.
- هر اتاق AII باید دارای فضایی برای دست شستن، پوشیدن گان و انبار کردن مواد پاکیزه و آلوده درست در بیرون یا درون در ورودی اتاق باشد.
- دیوارهای پیرامون، سقف و کف اتاق AII و نیز تمام درزها و شکاف های اتاق باید کاملاً بسته باشند تا هوا از خارج و دیگر فضاها به درون فضای اتاق نشت نکند. پنجره های اتاق AII باید بادستگیره های جداشدنی خاص قابل باز شدن باشند تا تنها کارمندان بخش پرستاری بتوانند در صورت نیاز آنها را باز کنند. در محل درهای خروجی اتاق AII باید وسیله ای تعبیه شود تا درها خود به خود بسته شوند.
- سقف اتاق AII باید رنگ پلاستیک زده شود و از کاشی های چسبانندی سقفی استفاده نشود.
- توالت، حمام و دستشویی جداگانه برای هر اتاق AII باید در نظر گرفته شود.
- هر اتاق AII بهتر است پیش اتاق (Anteroom) داشته باشد. فشار این اتاق نسبت به راهرو باید منفی یا ترجیحاً تفاوت فشار موجود نباشد.
- هنگامی که بیمار مبتلا به عفونت تنفسی وجود نداشته باشد میتوان از اتاق AII برای بستری بیمار غیرعفونی استفاده کرد.
- اتاق AII باید دارای مکانیسم بصری برای پایش دایمی فشار اتاق به هنگام بستری بیمار مبتلا به عفونت تنفسی باشد. این مکانیسم باید جهت حرکت هوا را دائماً پایش کند.

- از اتاق هایی که فشار آنها از منفی به مثبت یا بالعکس تغییرپذیر است، نباید استفاده کرد. دستگاه تهویه اتاق AII نباید به صورتی طراحی شود که جهت جریان هوا تغییرپذیر باشد. به عبارت دیگر، از اتاق AII نباید به عنوان اتاق محیط حفاظتی (PE) استفاده کرد.

اتاق محیط حفاظتی (PE)

توضیح:

بسیاری از مراکز مراقبتی از بیمارانی مراقبت می کنند که به شدت مستعد عفونت هستند، (برای مثال، بیماران مبتلا به ضعف دستگاه ایمنی که به مدت طولانی گرانولوسیتوپنی داشته اند، به ویژه آنها که پیوند مغز استخوان گرفته اند، یا بیماران دیگری که پیوند عضو شده اند و نیز بیماران دچار بدخیمی های خونی که شیمی درمانی می شوند و گرانولوسیتوپنی شدید دارند). این اتاق ها برای مراقبت از بیماران دچار HIV/AIDS کاربردی ندارند مگر زمانی که این بیماران گرانولوسیتوپنی شدید داشته باشند.

به طور کلی، نیازی به محیط حفاظتی (PE) در تمام بیمارستان ها نیست، مگر در مراکزی که از چنین بیمارانی مراقبت می کنند.

- هر اتاق PE باید تنها دارای یک تخت باشد.
- عامل افتراق میان اتاق های محیط حفاظتی و دیگر اتاق های بیماران وجود فشار مثبت نسبت به فضاهای مجاور است. همچنین تمام هوای ورودی از فیلترهای هپا (HEPA) عبور میکند. میزان تهویه هوای خروجی، نسبت های فشار و شرایط فیلترها در پیوست آمده است.
- هر اتاق PE باید دارای فضایی برای دست شستن، پوشیدن گان و انبار کردن مواد پاکیزه و آلوده درست در بیرون یا درون درب ورودی اتاق باشد.

- دیوارهای پیرامون، سقف و کف اتاق PE و نیز تمام درها و شکاف های اتاق باید کاملاً بسته باشند تا هوا از خارج یا دیگر فضاها به درون فضای اتاق نکند. تمام خروجی های اتاق، به جز فاصله ای کوچک (به اندازه تقریبی ۱-۱/۵ Cm) زیر در ورودی اتاق PE باید بسته باشد. در محل درهای خروجی اتاق PE باید وسیله ای تعبیه شود تا درها خود به خود بسته شوند.
- توالت، حمام و دستشویی جداگانه برای هر اتاق PE باید مستقیماً از همان اتاق قابل دسترسی باشد.
- اتاق PE باید دارای مکانیسم بصری برای پایش دایمی فشار اتاق به هنگام بستری بیمارانی باشد که نیاز به محیط محافظتی دارند. این مکانیسم باید جهت حرکت هوا را دائماً پایش کند.
- اتاق هایی که در بخش پیوند مغز استخوان آلورنیک قرار دارند باید مطابق نیازهای این بیماران طراحی شوند.
- اتاق ها نباید به گونه ای طراحی و ساخته شوند که فشار هوای آنها از مثبت به منفی و خلاف این قابل تبدیل باشد.

نواحی از مراکز مراقبتی بیماران که نیاز به تهویه خاص دارند عبارتند از:

الف) اتاق عمل، ب) اتاق محیط حفاظتی^۳ (PE) که برای بستری بیماران پرخطر دچار ضعف دستگاه ایمنی استفاده میشود و پ) اتاق جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا^۴ (AII) که برای جداسازی بیماران دچار عفونت های انتقال پذیر از هوا^۵ (برای مثال، مایکوباکتریوم توبرکولوزیس، VZV یا ویروس سرخک) استفاده میشود.

الف) محیط حفاظتی (PE)

³ Protective Environment

⁴ Airborne infection isolation

⁵ Airborne infection

هر چند شکل و امکانات اتاق های PE در بین بیمارستان ها تفاوت میکند، این نواحی از بیمارستان برای مراقبت از بیماران پرخطر دچار ضعف ایمنی طراحی شده اند تا شمار اسپرهای قارچ در هوای اتاق با به کارگیری تمهیدات زیر به حداقل برسد:

الف) تصفیه هوای وارد شده به اتاق به وسیله فیلترهای مرکزی^۶ یا نصب شده در محل. تمام هوای ورودی باید از فیلترهای هپایی^۷ (HEPA) عبور کند که کارایی ۹۹/۹۷٪ برای ذرات μm ۰/۳ دارند؛ ب) جریان جهت دار هوای اتاق (هوا از یک سو به درون اتاق دمیده میشود، از محل خواب بیمار می گذرد و از سوی دیگر اتاق مکیده و خارج میشود.)؛ پ) فشار مثبت هوا به اندازه $2/5 - 8 Pa$

(W.C ۳٪ - ۱" یا ۷۵ mm W.C - ۲۵) ترجیحاً ۸ Pa ؛ ت) بسته بودن تمام منافذ اتاق؛ ث) تهویه هوای اتاق به میزان $ACH^{۸} > ۱۲$ میزان جریان هوا باید به گونه ای تنظیم شود که تعویض هوای اتاق در ساعت (ACH) کافی باشد و این میزان بسته به عوامل چندی (همچون مساحت ناحیه نشت کننده هوای اتاق) تفاوت میکند. برای مثال، برای ایجاد $ACH^{۹} ۱۲ >$ در اتاقی که نشسته هوای آن $0/5 ft^2$ برابر با $929 cm^2$ است، میزان جریان هوا باید دست کم $125 cfm^{۱۰}$ برابر با $28 cmm^{۱۰}$ ٪ باشد. ممکن است لازم باشد که میزان جریان هوا از این هم بیشتر شود؛ ج) پایش روزانه جهت جریان هوا در ورودی اتاق با روشهای دیداری ترجیحاً کمی (مانومتر) یا کیفی (حرکت دود و نوارهای نازک کاغذ). در هر اتاق های PE که در حال ساخت یا بازسازی هستند باید وسایلی نصب شود که فشار قابل خواندن باشد و ترجیحاً آژیر نیز برای آگاهی از پایین افتادن فشار هوا وجود داشته باشد.

⁶ Central

⁷ High Efficiency Particulate air filter

⁸ air change per hour

⁹ cubic feet per minute

¹⁰ cubic meter per minute

(ب) جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII)

اتاق های AII برای بستری بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی انتقال پذیر از هوا استفاده می شوند و هر مرکزی که مراقبت های حاد را برای بیماران بستری عرضه میکند. باید دارای دست کم یکی از چنین اتاقهایی باشد. این فضاها مانع از پخش میکروارگانیسم عامل بیماری در بیمارستان تا زمان انتقال پذیری می شوند.

خصوصیات مهم طراحی مهندسی اتاق های AII عبارتند از:

الف) فشار منفی هوا به میزان $W.C \ 1'' \pm (0.25 \text{ mmH}_2\text{O})$ و ترجیحاً $W.C \ 3'' \pm$ ، فشار منفی هنگامی به وجود می آید که هوای خروجی از ورودی به مقدار دست کم 5 cfm یا 10% مقدار هوای ورودی (بسته به اینکه مقدار کدامیک بزرگتر باشد) بیشتر باشد. این میزان در بیمارستان های در حال ساخت باید دست کم 100 cfm انتخاب شود؛ ب) تهویه هوای اتاق به میزان دست کم $ACH \ 6$ برای بیمارستان های ساخته شده و $ACH \ 12 >$ برای بیمارستان های در حال ساخت یا بازسازی؛ پ) هوای مکیده شده از اتاق های جداسازی احتمالاً دارای ذره های عفونی است. بنابراین، در صورت امکان این هوا باید مستقیماً به بیرون از ساختمان تخلیه شود تا از غلظت این ذرات در هوای بیرون کاسته شود و میکروب ها کشته شوند. خروجی هوای فن باید در محوطه باز و دور از مکان های عمومی و محل رفت و آمد مردم باشد. به همین ترتیب، مکان خروجی فن باید دور از منافذ درون ساختمان (پنجره یا سوراخ های مکش هوا) باشد. محل خروج هوای فن دست کم 8 متر دور از مکان های عمومی یا منافذ ساختمان باشد. برای رقیق کردن بیشتر هوای خارج شده از فن، جریان هوا باید مستقیماً به سوی بالا با سرعت دست کم fpm 2000 باشد. چنانچه گردش مجدد هوای اتاق AII به درون ساختمان اجتناب ناپذیر باشد، در مسیر هوای خارج شده از اتاق (لوله مکش هوا) به سوی دستگاه تهویه عمومی ساختمان باید فیلترهای هپا نصب و از کارایی آنها اطمینان حاصل شود؛ ت) پایش دقیق و روزانه جهت جریان

هوا با روش های دیداری و استفاده از مانومتر یا شاخص های دیداری کیفی (حرکت دود و نوارهای نازک کاغذ). در بیمارستان های در حال ساخت باید دستگاههای اندازه گیری و پایش فشار در اتاق های AII نصب شود که مجهز به دستگاههای هشداردهنده (آژیر خطر) باشند. این دستگاهها باید دست کم سالانه تنظیم مجدد شوند؛ ث) محل پیشنهادی اتاق جداسازی در بیمارستان های در حال ساخت باید از پیش در نظر گرفته شود و در صورت امکان از نواحی بیمارستان که در معرض جریان های شدید هوا هستند، همچون نزدیک در آسانسور یا درهای ورودی پرهیز شود؛ ج) محل دمش (ورود) و مکش (خروج) هوا باید به گونه ای انتخاب شود که مخلوط شدن هوای درون اتاق بیشینه و جهت جریان هوا از فرد مراقبت کننده (پزشک، پرستار) به سوری بیمار بهینه شود.

توضیح:

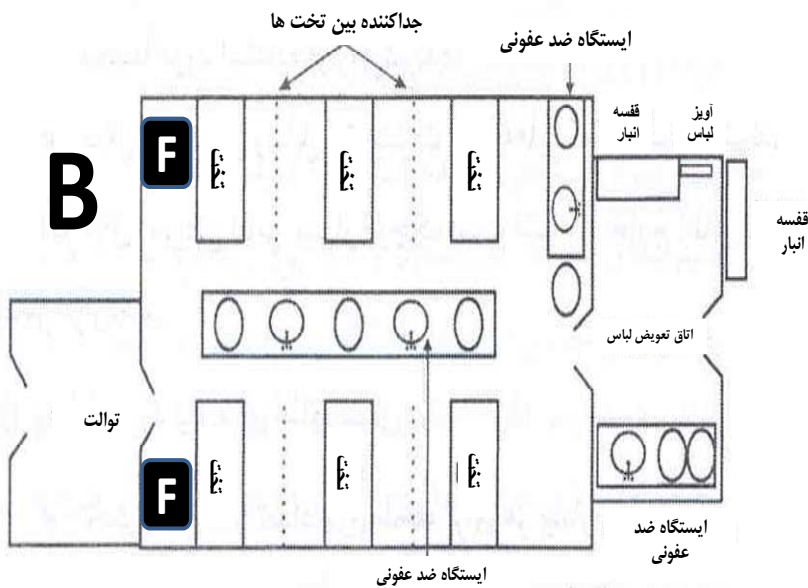
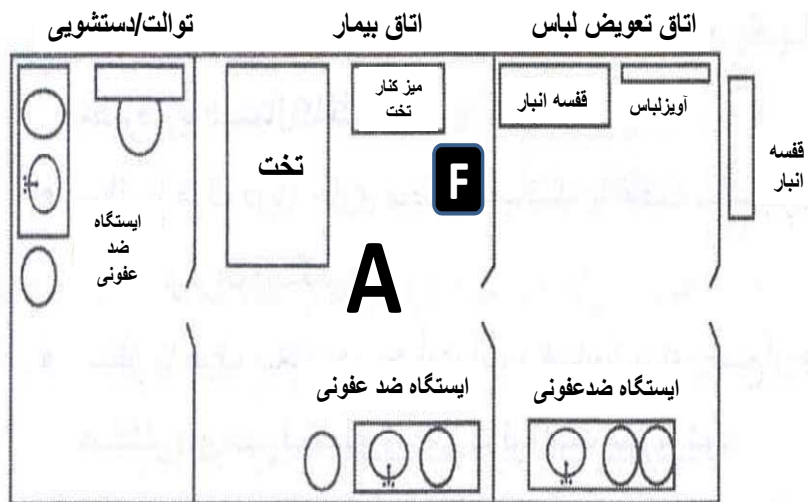
یکی از اجزای جداسازی تنفسی عفونت های انتقال پذیر از هوا محافظت تنفسی کارکنان درمانی و ملاقات کنندگان بیمار به هنگام ورود به اتاق AII است. استفاده از ماسک و دیگر اقدامات محافظتی خاص هر بیماری در راهنماهای کشوری کنترل عفونت آمده است.



چک لیست پیشنهادی ترالی امیز اتاق ایزولاسیون:

- ۱- محافظ صورت/عینک
- ۲- دستکش یکبار مصرف/دستکش تمهید
- ۳- کلاه یکبار مصرف
- ۴- ماسک (N95/FFP2) جراحی/یکبار مصرف
- ۵- گان ضد آب بلندیکبار مصرف
- ۶- حوله یکبار مصرف/دستمال یکبار مصرف
- ۷- مایع الکلی ضد عفونی کننده دست/صابون مایع
- ۸- مواد ضد عفونی کننده و ضد زدا
- ۹- ظروف جمع آوری وسایل نوک تیز و برنده/وسایل مصرف شده
- ۱۰- کیسه های جمع آوری زباله های عفونی/ایزولاسیون

اتاق ایزوله انفرادی (A) - اتاق ایزوله گروهی (B)



ضمیمه ۱۴

وسایل ضروری اتاق ایزوله تنفسی

وسایل و تجهیزات برای اتاق بیمار (اتاق ایزوله):

- ساکشن - تخت سه شکن - دستگاه ونتیلاتور - الکتروشوک - پمپ انفوزیون
- تشک تمیز و بالش خواب و پتو
- پوشش پلاستیکی برای پوشش تشک
- ترمومتر - گوشی - فشارسنج / تخت
- ظرف جمع آوری سرنگ و سر سوزن و وسایل برنده
- میز یا قفسه کنار تخت
- ساعت دیواری بزرگ با ثانیه شمار
- ظرف محلول بلیچ و ظرف الکل
- حوله یا پارچه یکبار مصرف الکلی جهت ضدعفونی وسایل معاینه پزشکی
- وسایل مناسب برای جمع آوری مدفوع بیمار که قابلیت ضدعفونی داشته باشند.
- وسایل مناسب برای جمع آوری ادرار بیمار که قابلیت ضدعفونی داشته باشند
- دستگاه اسپری کننده مواد ضدعفونی کننده جهت ضدعفونی کف و دیوارهای اتاق
- ظرف جمع آوری ضایعات عفونی
- کپسول اکسیژن و مانومتر
- پایه سرم
- تسهیلات شستشوی دست در ورودی اتاق (اتاق تعویض لباس) و داخل اتاق ایزوله

- سیستم تهویه اتاق (تهویه ۱۲ بار در ساعت): تهویه طبیعی یا تهویه با پنکه یا تهویه مکانیکی با فیلتر هپا
- نصب لیست ورود و خروج افراد روی در اتاق
- تعیین پرستار مسئول مصاحبه با ملاقات کنندگان بیمار و تکمیل لیست ورود و خروج
- مبلمان موجود در اتاق ایزوله: تمامی مبلمان موجود دارای قابلیت تمیز کردن و ضدعفونی
- محل شستشو با تسهیلات مناسب برای شستشوی دست و ضدعفونی با الکل نزدیک محل مراقبت / داخل اتاق
- کیسه های زباله مناسب در سطل زباله
- سطل زباله دارای پدال پایی
- وسایل بهداشت فردی یکبار مصرف یا مخصوص جهت استفاده بیمار (پارچ- لیوان- دستمال کاغذی و...)
- ترالی خارج از اتاق ایزوله جهت نگهداری تجهیزات / وسایل حفاظت فردی
- ظرف جمع آوری وسایل استفاده شده جهت استریلیزاسیون و ضدعفونی خارج از اتاق ایزوله
- تأمین وسایل کافی جهت تمیز کردن و ضدعفونی داخل اتاق ایزوله
- تمیز کردن و ضدعفونی روزانه اتاق ایزوله
- تأمین خط ارتباطی مناسب در اتاق ایزوله (تلفن)
- بسته شدن در اتاق بطور اتوماتیک
- نصب تابلو اتاق ایزوله تنفسی
- شیرهای شستشو دارای پدال یا اهرم بازویی
- توالت و سرویس بهداشتی اختصاصی اتاق ایزوله
- تطبیق با نقشه های پیشنهادی برابر نقشه ضمیمه

تجهیزات ترالی اتاق ایزوله:

- محافظ صورت / عینک
- دستکش نظافت یا دارای قابلیت استفاده مجدد برای تمیز کردن محیط
- دستکش لاتکس یکبار مصرف برای مراقبت های بالینی
- کلاه یکبار مصرف
- ماسک: N95 - جراحی
- گان: ضد آب و یکبار مصرف / مقاوم به نفوذ مایعات چند بار مصرف
- پیش بند پلاستیکی
- محلول الکل برای ضدعفونی دست
- صابون: در صورت امکان صابون مایع
- حوله تمیز یکبار مصرف / حوله کاغذی
- ظروف جمع آوری اجسام نوک تیز و برنده
- پاک کننده مناسب برای تمیز کردن و ضدعفونی سطوح وسایل و تجهیزات
- کیسه های پلاستیکی بزرگ
- کیسه های جمع آوری ضایعات بالینی
- کیسه های نایلونی
- ظروف جمع آوری تجهیزات مصرف شده

وسایل/اتاق تعویض لباس:

۱. دیوی خارج از اتاق تعویض لباس:

- قفسه یا کابین قفل دار
- وسایل تمیز کردن
- گان - پیش بند - دستکش - ماسک - کلاه - عینک - روکفشی /چکمه
- قفسه محل نگهداری چکمه های ضد عفونی شده
- ظرف محل جمع آوری ضایعات غیر عفونی

۲. داخل اتاق تعویض لباس:

- گیره یا رخت آویز
- چسب نواری پلاستیکی
- وسایل و تجهیزات شستشوی دست
- محلول ضد عفونی
- ظرف جمع آوری زباله و ضایعات
- ظرف جمع آوری وسایل مصرف شده که باید استریل شوند.

ضمیمه ۱۵:

تعریف پنومونی شدید در بالغین:

- بیماری که پنومونی داشته و یکی از علائم زیر را دارد به عنوان مورد پنومونی شدید شناخته می شود:

۱. تنفس بیشتر از ۳۰ بار در دقیقه در هنگام پذیرش
۲. میزان Pao_2/FIO_2 کمتر از ۲۵۰
۳. نیاز به ونتیلاسیون مکانیکال
۴. درگیری در طرفه یا مولتی لوبار در رادیوگرافی قفسه صدری
۵. افزایش اندازه فیلتراسیون ریوی بیش از ۵۰٪ در ۴۸ ساعت اولیه
۶. فشار سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه
۷. فشار دیاستولیک کمتر از ۶۰ میلی متر جیوه
۸. نیاز به وازو پرسور بیشتر از ۴ ساعت
۹. بازده ادراری کمتر از ۲۰ میلی لیتر در ساعت یا بازده کل ادراری کمتر از ۸۰ میلی لیتر در طی بیشتر از ۴ ساعت
۱۰. نارسایی حاد کلیه

تعریف پنومونی شدید در اطفال:

بیماری که پنومونی داشته و یکی از علائم زیر را دارد به عنوان مورد پنومونی شدید شناخته می شود:

- ۱- درجه حرارت کمتر از ۳۵ یا بیشتر از ۳۹ درجه سانتیگراد
- ۲- ضربان قلب خارج از محدوده نرمال:
 - در نوزادان تازه متولد شده تا ۳ ماهگی: محدوده نرمال: ۸۵ تا ۲۰۵ بار در دقیقه
 - در نوزادان ۳ ماه تا ۲ سال: محدوده نرمال: ۶۰ تا ۱۴۰ بار در دقیقه
 - در کودکان ۲ سال تا ۱۰ سال: محدوده نرمال: ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه
- ۳- فشار سیستولیک کمتر از ۷۰ میلی متر جیوه
- ۴- تعداد تنفس:
 - در کمتر از ۲ ماه بیشتر یا مساوی ۶۰ بار در دقیقه
 - در ۲ تا ۱۲ ماه بیشتر یا مساوی ۵۰ بار در دقیقه
 - در ۱۲ ماه تا ۵ سال بیشتر یا مساوی ۴۰ بار در دقیقه
 - در بیشتر از ۵ سال بیشتر یا مساوی ۳۰ بار در دقیقه
- ۵- بی قراری و گیجی

ضمیمه ۱۶ :

دستورالعمل سازمان دامپزشکی کشور در خصوص نحوه برخورد با گله‌های پرندگان مشکوک و آلوده به آنفلوانزای فوق حاد پرندگان (H5,H7)

الف: تعاریف

۱- واحد مشکوک:

واحد مشکوک به واحدی اطلاق می‌گردد که دارای علائم ذیل باشد:

۱-۱. انتشار ناگهانی بیماری در گله ؛

۱-۲. بیحالی شدید، پژمردگی و دور هم جمع شدن گله ؛

۱-۳. کاهش شدید مصرف دان ؛

۱-۴. افت ناگهانی و شدید تولید روزانه ؛

۱-۵. شروع ناگهانی تلفات با روند افزایشی روزانه (در گله گوشتی تلفات بیش از ۳٪ روزانه).

در این صورت لازم است اداره کل دامپزشکی استان نسبت به گزارش و نمونه‌برداری و ارسال آن به سازمان دامپزشکی اقدام و عملیات بهداشتی- قرنطینه‌ای را برابر دستورالعمل‌های ارسالی اقدام نمایند.

۲- کانون آلوده

کانون آلوده به کانونی اطلاق می‌گردد که نمونه‌های ارسالی با یکی از آزمایشات ذیل مورد تأیید قرار گیرد:

۲-۱. جداسازی ویروس ؛

۲-۲. RT-PCR ؛

۲-۳. HI در صورت لزوم با دو نوبت نمونه‌گیری و آزمایش سرمی با فاصله ۱۴-۱۰ روز بدیهی است در اولین کانون، جداسازی ویروس ضروری است و در موارد بعدی کانون، مثبت بودن در RT-PCR یا HI کفایت می‌کند.

۳- منطقه آلوده

به منطقه‌ای اطلاق می‌گردد که حداقل یک کانون آلوده به تشخیص قطعی رسیده باشد در صورتیکه مرغداری‌های موجود (پرندگان صنعتی و سنتی) در این منطقه دچار تلفات فزاینده و یا افت تولید ناگهانی باشد. بدون انجام آزمایشات مربوطه همراه با نمونه‌گیری تا شعاع ۱ کیلومتری معدوم و تا شعاع ۵ کیلومتری قرنطینه و در صورت وجود علائم معدوم خواهند شد و منطقه آلوده اعلام می‌گردد. بدیهی است در مرغداری‌ها تا شعاع فوق بسته به شرایط نسبت به تخلیه یا معدوم‌سازی اقدام می‌گردد.

ب: اصول کلی

۱. تشکیل اکیپ مراقبت فعال یا بیماریابی شامل دکتر دامپزشک و کاردان دامپزشک جهت بررسی و مراقبت بیماری و اخذ نمونه.

۲. تشکیل اکیپ امحاء و معدوم‌سازی ویژه در هر شهرستان شامل: دکتر دامپزشک، کاردان دامپزشک و چند کارگر (ترجیحاً از کارگرهای همان مرغداری بکار گرفته شوند).
۳. تجهیز اکیپ مراقبت و امحاء و معدوم‌سازی به وسایل ایمنی شخصی از قبیل ماسک، عینک، چکمه، کلاه، لباس و ...).
۴. توقف وسایط نقلیه در ۵۰۰ متری کانون بیماری.
۵. قرنطینه کامل مزرعه پرندگان و منع خروج از مزرعه پرندگان بدون مجوز دکتر دامپزشک اکیپ امحاء و معدوم‌سازی.
۶. منع ورود افراد متفرقه به مزرعه پرندگان.
۷. نصب تابلوی منطقه مشکوک به آلودگی با ویروس آنفلوآنزای مرغی در موارد مشکوک و نصب تابلوی منطقه آلوده به ویروس آنفلوآنزای مرغی در موارد تأیید شده در فاصله ۵۰۰ و ۱۰۰ متری جاده منتهی به مرغداری و همچنین نصب تابلو مبنی بر واحد تحت کنترل قرنطینه در درب ورودی به مرغداری.
۸. معدوم و امحاء پرندگان گله آلوده، ضایعات و دان مصرفی در محوطه مزرعه پرندگان و در عمق حداقل ۲/۵ متری سطح زمین و حداقل یک متر بالاتر از سطح آب زیرزمینی باید باشد.
۹. سطح بستر قبل از سوزاندن یا کمپوست کردن، باید ضدعفونی شود.
۱۰. ویروس آنفلوآنزا نسبت به بسیاری از ضدعفونی کننده‌ها خصوصاً نسبت به ترکیبات پراکسید، فنلی، ترکیبات چهارتایی، گلو تار آلدهیدها و مواد قلیایی حساس است. که بسته به موارد مصرف انتخاب گردد.
۱۱. جلوگیری از جوجه‌ریزی تا شعاع ۵ کیلومتری از مرکز کانون آلوده تا اطلاع ثانویه و رفع ممنوعیت کانون.

ج: آمادگی قبل از وقوع بیماری:

۱. تمام مواد و وسایل لازم بویژه وسایل حفاظت شخصی از قبیل لباس سراسری، ماسک مخصوص، وسایل حفاظت چشم، دستکش و چکمه لاستیکی (یا پوشش پلاستیکی برای کفش) باید از قبل آماده باشد.
۲. تهیه مواد ضدعفونی کننده مؤثر
۳. نیروی انسانی آموزش دیده در حداقل ممکن (از ورود افراد متفرقه به محوطه عملیات جلوگیری شود).

د: شیوه‌های اجرایی حذف گله آلوده:

- ۱- ابتدا با شیوه مناسب باید کلیه پرندگان موجود را حتی المقدور در داخل سالن از بین برد. شیوه کشتن پرندگان با توجه به تعداد موجود گله صورت می‌گیرد. در مورد پرندگان بومی و تعداد کم با جابجایی کردن می‌توان پرنده‌ها را کشت. در مقیاس بیشتر می‌توان از گاز CO_2 و یا گاز خروجی از موتورهای احتراقی و همچنین از فنوباریتال سدیم استفاده کرد.
- ۲- استفاده از گاز فرمالین پرمگنات به نسبت ۱:۲ (۲۰ گرم پرمگنات + ۴۰ سی سی فرمالین) همزمان با افزایش دمای سالن و جمع کردن جوجه‌ها در محوطه محدود داخل سالن اقدام گردد.
- گاز CO_2 به میزان ۱۷/۵ کیلوگرم در یک‌هزار متر مکعب در مدت زمان ۳۰ دقیقه محیط را اشباع و در مدت زمان ۱۵ دقیقه مرگ برای پرندگان اتفاق می‌افتد.

- ۱- فنوباربیتال سدیم (۸۰ میلی گرم در ۵۵ میلی لیتر) در طی چهار ساعت باعث عدم هوشیاری شده و با قرار دادن در کیسه‌های پلاستیکی خفه می‌شود.
- ۳- در حین کشتار گله به منظور جلوگیری از پراکنده شدن ضایعات، تمام درها و پنجره‌ها باید مسدود و تهویه‌ها خاموش شود.
- ۴- از دسترسی پرندگان وحشی و جانوران موذی و همچنین حیواناتی نظیر سگ، گربه و ... در حین عملیات به مزرعه پرندگان باید جلوگیری شود.
- ۵- از بین بردن مؤثر و فوری کلیه موادی که قابل ضدعفونی کردن نیستند از قبیل پرنده‌های مرده، تخم مرغ، بستر، کود، لاشه‌های تازه و منجمد، ابزار وسایل پس از قرار دادن آنها در کیسه‌های پلاستیکی غیرقابل نفوذ ضروری است.
- ۶- از بین بردن ضایعات با شیوه‌های دفن کردن، کمپوست کردن و یا سوزاندن صورت می‌گیرد. بهترین شیوه برای کود و بستر و دان کمپوست کردن به همراه هیدورکسید کلسیم (آهک زنده) است قبل از جابجایی کود و دان جهت کمپوست یا دفن کردن باید سطح بستر را ضدعفونی و آنها را در کیسه‌های پلاستیکی غیرقابل نفوذ قرار داد.
- ارزانترین شیوه برای معدوم نمودن و امحاء لاشه پرندگان و دفن کردن آنها پس از قرار دادن در کیسه پلاستیکی غیرقابل نفوذ فاصله در عمق حداقل ۲/۵ متری از سطح زمین و حداقل یک متر بالاتر از سطح آب می‌باشد در این خصوص حداقل حمل و نقل باید انجام شده و در نزدیکترین فاصله به آشیانه‌ها در داخل مرغداری دفن شوند. بدیهی است برای لایه زیر لاشه‌ها و لایه روی لاشه‌ها از آهک زنده استفاده می‌شود. بعد از دفن یا کمپوست مواد دفعی باید بگونه‌ای پوشانده شوند که هیچ حیوانی اعم از پرندگان، سگ و ... به آن دسترسی نداشته باشد. در صورت امکان سوزاندن لاشه‌ها در گودال‌های حفر شده صورت گیرد.
- ۷- بستر و دان کمپوست شده حداقل تا ۶۰ روز و لاشه‌های دفن شده حداقل ۴ ماه دستکاری نشود.
- ۸- پس از دفن لاشه‌ها و سایر وسایل غیرقابل ضدعفونی مثل لوازم کاغذی و چوبی، و نیز کمپوست کردن بستر، شستشو و ضدعفونی کردن ساختمان و وسایل موجود با ضدعفونی کننده‌های وسیع‌الطیف مؤثر الزامی است قبل از ضدعفونی کردن، برس زدن، شستشو با مواد پاک کننده به منظور حذف مواد آلی از سطوح آشیانه، لوازم وسایط نقلیه باید انجام شود. توجه ویژه‌ای به رفع آلودگی سالن از بستر مبذول گردد. بخاطر داشته باشید که ویروس آنفلوآنزا ۳۵ روز در ۴ درجه سانتی گراد و ۱۰۴ روز در کود زنده می‌ماند.
- ۹- ویروس آنفلوآنزا ممکن است از طریق لباس، کفش، قفس حمل پرندگان، شانه تخم مرغ، کیسه دان منتقل شود لذا وسایل فوق باید ضدعفونی شود و در صورتیکه قابل ضدعفونی نیست معدوم شود استفاده از ضدعفونی کننده‌های مؤثر به شکل آئروسول بویژه برای ضدعفونی کردن هواکش‌ها و ابزارهای مشابه مناسب است برای ضدعفونی کردن لوازم برقی باید از گاز فرمالدئید استفاده شود.

و: سایر اقدامات:

- ۱- اکپم مذکور باید از وسایل محافظت کننده مثل ماسک‌های تنفسی، عینک، لباس سرتاسری، دستکش و چکمه لاستیکی استفاده کند و لوازم و وسایل در صورت آلودگی شدید معدوم شوند در غیر این صورت در پایان عملیات ضدعفونی شود.



- تعویض کامل پوشش کلیه افراد اعم از پرسنل اکیپ، پرسنل مزرعه پرندگان در محل مزرعه پرندگان همراه با شستشوی مناطقی از بدن که فاقد پوشش می‌باشد با آب و مواد ضدعفونی و پاک‌کننده و دوش گرفتن افراد مزبور در اولین فرصت
- ضدعفونی وسیله نقلیه مرغدار، اکیپ و ...
- ضدعفونی خانه‌های کارگری، دفتر فازم و ...
- تهیه صورت جلسه مربوط به معدوم‌سازی و دفع لاشه و ضایعات آن بطو کامل
- اخذ تعهد کتبی مبنی بر عدم تماس کلیه افرادی که در تماس با مزرعه پرندگان آلوده بوده‌اند حداقل به مدت ۳ روز با کلیه واحدهای غیرآلوده مرتبط با صنعت پرندگان

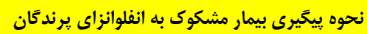


ضمیمه ۱۷:

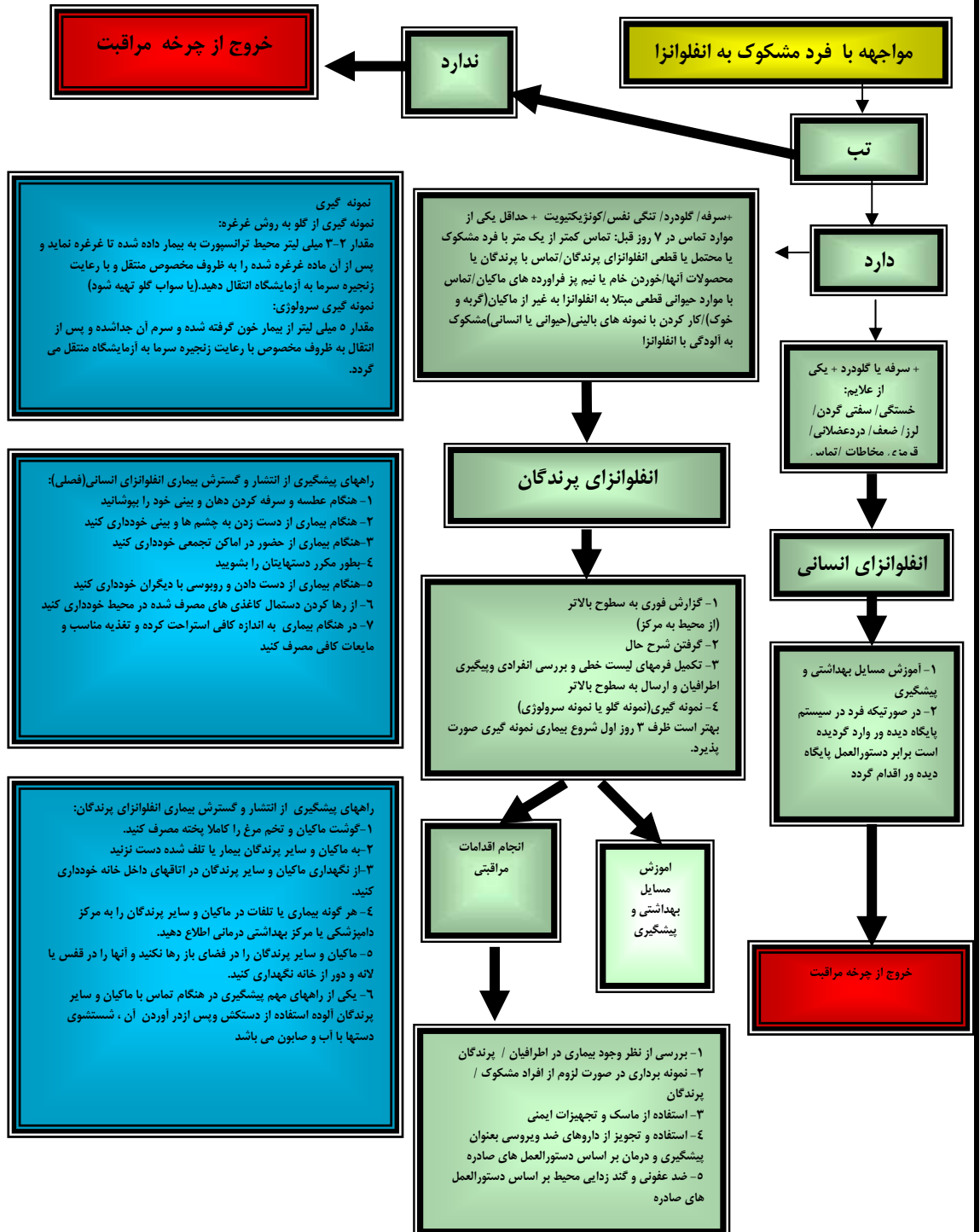
دستورالعمل دفن بهداشتی اجساد :

۱. اجساد پس از آماده شدن در کمترین زمان ممکن به محل دفن منتقل گردند.
۲. به خانواده بیمار در خصوص اهمیت موضوع و دلایل عدم انجام بعضی مراسم و اهمیت اقدامات ویژه ای که انجام میگیرد توضیح داده شود.
۳. یک نفر از افراد خانواده بیمار که صاحب نفوذ بیشتری می باشد جهت توجیه و هدایت اعضای فامیل در پیشگیری از انجام اقدامات خطرناک از قبیل شستشو و لمس جنازه تعیین گردد.
۴. آماده کردن جنازه:
 - ۱-۴- توصیه میشود اقدامات احتیاطی همانند اقدامات لازم در هنگام جداسازی بیماران از قبیل استفاده از دستکش ضخیم لاستیکی بعنوان جفت دوم دستکش (لایه رویی) مورد نظر قرار گیرد.
 - ۲-۴- از محلول سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم) ۰/۵ درصد به جسد و اطراف آن پاشیده شود.
 - ۳-۴- جسد در کیسه مخصوص حمل جنازه قرار گیرد و محلول سفیدکننده ۰/۵ درصد به کیسه پاشیده شود.
 - ۴-۴- در صورت نبود کیسه مخصوص، جنازه در پارچه کتانی دو لایه آغشته به محلول ۰/۵ درصد سفیدکننده پیچانده شده و سپس کاملاً نایلون پیچ گردد. سپس محلول ۰/۵ درصد سفیدکننده به آن پاشیده شده و اگر تابوت در دسترس است در آن قرار گیرد.
 - ۵-۴- یک نفر کارمند بهداشتی تعیین و برای رعایت احتیاط های ایمنی در طول جابجایی با جنازه همراه باشد.
 ۵. کارکنان بهداشتی در هنگام حمل و نقل جنازه یا لمس آن بایستی از وسایل محافظت کننده استفاده کنند.
 - ۱-۵- اگر راننده با جنازه تماس ندارد لازم نیست پوشش حفاظتی بپوشد.
 ۶. کارکنان بهداشتی یک ظرف محتوی محلول سفیدکننده ۰/۵ درصد به همراه داشته باشند و چنانچه سطوحی از وسیله نقلیه به ترشحات جنازه آغشته گردید و یا به هر دلیلی با جنازه و یا ترشحات آن تماس برقرار شد، از آن برای ضدعفونی و تمیز کردن استفاده نمایند.
 ۷. آماده کردن محل دفن:
 - ۱-۷- عمق گور باید حداقل ۲ متر باشد.
 - ۲-۷- برای خانواده فرد فوت شده توضیح داده شود که مشاهده جنازه امکان پذیر نیست و دلایل آن برایشان مطرح گردد.
 ۸. ضدعفونی وسیله نقلیه پس از حمل جسد:
 - ۱-۸- فردی که وسیله را ضدعفونی میکند باید پوشش محافظ به تن کند.

- ۸-۲- بیرون وسیله نقلیه ای که جسد با آن حمل شده را با محلول سفیدکننده ۰/۵ درصد شستشو دهند.
- ۸-۳- ماده ضدعفونی کننده حداقل بمدت ۱۰ دقیقه در تماس باقی بماند.
- ۸-۴- وسیله را بخوبی با آب پاکیزه آبکشی گردیده و در معرض هوا خشک شود.
- ذکر این نکته ضروری است در صورت ارائه هرگونه توصیه بهداشتی جدید براساس مطالب علمی، نکات فوق به روز خواهد گردید.



نحوه برخورد با بیمار مشکوک به انفلوانزا



منابع:

- ۱- محمد قلی مجد : قحطی بزرگ و مرگ ومیر در ایران در سالهای ۱۹۱۷ تا ۱۹۱۹ - مترجم: معصومه جمشیدی - فصل های دوم و سوم
1. CDC: prevention and Control of influenza: MMWR: july 29, 2005/ 54 (rr08); 1 - 40
2. WHO: guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics:
3. WHO: guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza: WHO/ CDS/ CSR/ RMD/ 2004, 8
4. WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic. WHO/ CDS/ CSR/ RMD/ 2004, 9
5. WHO: global influenza preparedness plan. WHO/ CDS/ CSR/ GIP/ 2005, 5
6. WHO: informal consultation on influenza pandemic preparedness in countries with limited resources. WHO/CDS/ CSR/ GIP/ 2004, 1
7. WHO: Influenza pandemic plan The role of WHO and Guidelines for National and regional planning; WHO/ CDC/ CSR/ EDC/ 99, 1
8. WHO: report on Global Surveillance of epidemic- prone Infectious Diseases WHO/ CDS/ CSR/ isr 2000, 1
9. NHS: uk influenza pandemic contingency plan. march 2005
10. HHS-NATIONAL VACCINE PROGRAM OFFICE (NVPO). the next influenza pandemic unfolds. august 4, 2004
11. Stanley A. plotkin at al: vaccines forth edition – 2004
12. DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING of Australia. action plan for pandemic influenza. october 2003
13. Influenza: pinkbook- 2003; P: 213-231
14. Norway: The Norwegian National influenza Pandemic preparedness plan 2003

15. CDC of Australia: Annual report of the National influenza surveillance scheme - 2002; Communicable Diseases Intelligence Vol 27 No: 2, June 2003
16. CDC: Manual For the Surveillance of Vaccine- Preventable Diseases 3rd edition- 2002
17. florida: Action plan for pandemic influenza; florida Department of health 2001
18. DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING of Australia: A model plan for influenza pandemic preparedness; version 3,1 2001
19. The PHLS: Plan for pandemic influenza- 2001
20. DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING of Australia: A Framework for an Australian influenza pandemic plan; Technical report series No 4 – 1999
21. Uk health departments: Multiphase Contingency Plan For pandenic Influenza- 1997
22. JOHN J. TREANOR. MANDEL: THE TEXTBOOK OF INFECTIOUS DISEASES; INFLUENZA VIRUS. CHAPTER; 162, 2005
23. HH5 pandemic influenza plan: us department of Health and Human Services, November 2005
24. CDC: prevention and Control of influenza: MMWR: JUNE 28.2006/EARLY RELEASE/55;1-41
25. KAMPS-HOFFMANN-PREISER; INFLUENZA REPORT 2006
26. WHO; RAPID ADVICE GUIDELINES ON PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF HUMANS INFECTED WITH AVIAN INFLUENZA A(H5N1) VIRUS; WHO/PSM/PAR/2006.6
27. WHO; PUBLIC HEALTH INTERVENTION FOR PREVENTION AND CONTROL OF AVIAN INFLUENZA; NEW DEHLI. MARCH 2006
28. WHO; AVIAN INFLUENZA, INCLUDING INFLUENZA A(H5N1), IN HUMANS: WHO INTERIM INFECTION CONTROL GUIDELINE FOR HEALTH CARE FACILITIES; 9 FEB 2006

- 29.WHO.CASE DEFINITIONS FOR HUMAN INFECTIONS WITH INFLUENZA A(H5N1) VIRUS:29 AUGUST 2006
- 30.Protection of individuals with high poultry contact in areas affected by avian influenza H5N1: Consolidation of pre-existing guidance-February 2008
- 31.WHO Interim Protocol: Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza-Updated October 2007
- 32.Recommendations and laboratory procedures for detection of avian influenza A(H5N1) virus in specimens from suspected human cases-Revised August 2007
- 33.Clinical management of human infection with avian influenza A (H5N1) virus-15 August 2007
- 34.WHO guidelines for investigation of human cases of avian influenza A(H5N1)-January 2007
- 35.Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A(H5N1) virus infection. Guide for field operations-October 2006
- 36.Avian influenza, including influenza A (H5N1), in humans: WHO interim infection control guideline for health care facilities-Revised 10 May 2007
- 37.WHO reference laboratories for diagnosis of influenza A/H5 infection-20 February 2008

۳۰. راهنمای مراقبت آنفلوآنزای پرندگان در انسان: انتشارات مرکز مدیریت بیماریها، اداره مبارزه با بیماریهای قابل انتقال از حیوان به انسان - اسفند ۱۳۸۲

۳۱. دستورالعمل های مقابله محیطی با بیماری آنفلوآنزای فوق حاد طیور: انتشارات دفتر سلامت محیط و کار - معاونت سلامت-۱۳۸۴

۳۲. حاتمی، حسین. نوپدیدی و بازپدیدی بیماریها و سلامت حرفه‌های پزشکی: نوپدیدی آنفلوآنزای پرندگان و مروری بر آنفلوآنزای انسانی، ۱۳۸۳

۳۳. مختاری آزاد، طلعت: اپیدمیولوژی آنفلوآنزا در: عزیری، فریدون. حاتمی، حسین. جانقربانی، محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، نشر اشتیاق، سال ۱۳۷۹، صفحات ۹۹-۴۸۵
۳۵. سایت و انتشارات سازمان دامپزشکی کشور