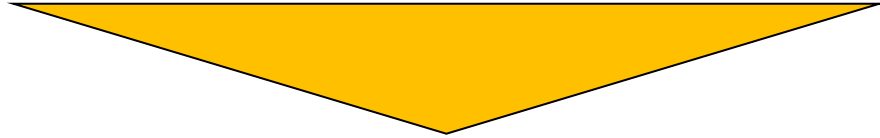


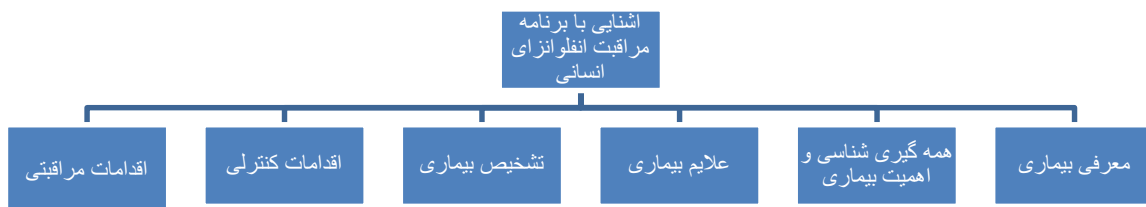
فصل



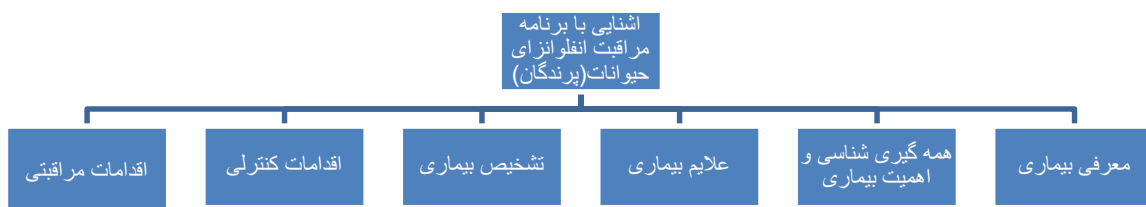
آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

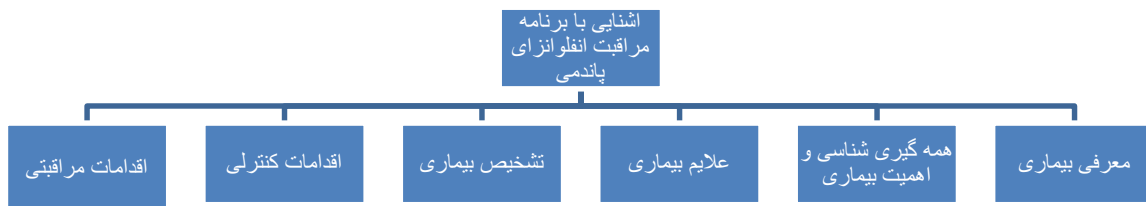
بخش اول - آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای انسانی



بخش دوم - آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای حیوانات (پرندهگان)



بخش سوم - آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای پاندمی



۳	فهرست.....
۶	سرفصل مطالب.....
۷	بخش اول-آشنایی با برنامه مراقبت انفلوآنزای انسانی.....
۷	اهداف بخش.....
۷	واژگان کلیدی.....
۸	معرفی بیماری انفلوآنزای انسانی.....
۸	آنفلوآنزای انسانی:.....
۸	همه گیری شناسی و اهمیت بیماری:.....
۸	علائم بالینی.....
۹	افتراق آنفلوآنزا از سرماخوردگی.....
۱۰	تشخیص.....
۱۰	روشهای نمونه برداری.....
۱۰	انواع نمونه برداری:.....
۱۰	شناسایی آنتیبادیهای ضد ویروس:.....
۱۱	حمل و نقل نمونه.....
۱۱	اقدامات مراقبتی:.....
۱۱	هدف کلی برنامه مراقبت انفلوآنزا:.....
۱۱	اهداف اختصاصی برنامه:.....
۱۱	راهبردهای اساسی برنامه:.....
۱۲	فعالیت های عمده مراقبت آنفلوآنزا :.....
۱۲	مراقبت های فعال در کشور:.....
۱۲	تعاریف مراقبتی:.....
۱۲	افراد پرخطر(در معرض خطر).....
۱۳	افراد پرخطر(در معرض تماس).....
۱۳	اصول مراقبت بیماری:.....
۱۳	اقدامات پیشگیری وکنترلی:.....
۱۴	واکسیناسیون:.....
۱۴	اندیکاسیون های ارجاع بیمار به سطوح بالاتر.....
۱۴	جداسازی (ایزولاسیون):.....
۱۵	اصول درمانی:.....

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

شرح وظایف خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوانزای انسانی:	۱۶
اصطلاحات	۱۶
خلاصه بخش	۱۷
تمرین در کلاس درس	۱۸
تمرین در خارج از کلاس	۱۸
بخش دوم - آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای حیوانات (پرنندگان)	۱۹
اهداف بخش	۱۹
واژگان کلیدی	۱۹
آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای حیوانات (پرنندگان)	۲۰
معرفی بیماری انفلوانزای پرنندگان	۲۰
اهمیت بیماری	۲۰
خطر گسترش جهانی آنفلوانزای بسیار بیماریزای پرنندگان (انفلوانزای فوق حاد پرنندگان)	۲۱
چگونگی انتشار همهگیری آنفلوانزای پرنندگان در سطح يك کشور	۲۱
علائم بیماری انفلوانزای پرنندگان در انسان:	۲۴
اقدامات مراقبتی در انفلوانزای پرنندگان:	۲۴
اهداف مراقبت آنفلوانزای پرنندگان در انسان:	۲۴
تعاریف مراقبتی در انفلوانزای پرنندگان	۲۴
گروههای در معرض خطر ابتلا به آنفلوانزای پرنندگان:	۲۵
اصول مراقبت بیماری:	۲۶
اقدامات پیشگیری وکنترلی:	۲۶
پیگیری موارد مشکوک انسانی:	۲۷
اقدامات پیشگیری آنفلوانزای پرنندگان در انسان در وضعیت غیرپاندمی:	۲۷
الف) اقدامات احتیاطی ایزولاسیون (جداسازی) در منزل، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها:	۲۷
ب) اقدامات احتیاطی برای پرسنل بهداشتی درمانی در معرض تماس:	۲۸
ج) اقدامات احتیاطی برای تماسهای نزدیک و خانگی:	۲۸
د) اقدامات احتیاطی برای مسافرین:	۲۸
گروههای در معرض خطر بیماری و توصیههای پیشگیری دارویی:	۲۹
۱. گروههای پرخطر:	۲۹
۲. گروههای با خطر متوسط:	۲۹
۳. گروههای با خطر کم:	۳۰
* اقدامات پیشگیری دارویی:	۳۰
اقدامات لازم در هنگام بروز آنفلوانزای پرنندگان در مرغداریها برای افراد در معرض تماس:	۳۱
شرح وظایف خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوانزای پرنندگان:	۳۲

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

۳۲	اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر.....
۳۲	جداسازی
۳۳	خلاصه بخش
۳۴	تمرین در کلاس درس:
۳۴	تمرین در خارج از کلاس درس
۳۵	بخش سوم - آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوانزای پاندمی
۳۵	اهداف بخش.....
۳۵	واژگان کلیدی.....
۳۶	معرفی بیماری.....
۳۷	همه گیری شناسی و اهمیت بیماری.....
۳۸	علایم بیماری
۳۹	تشخیص بیماری.....
۳۹	اقدامات کنترلی
۳۹	الف- پیشگیری اولیه در سطح جامعه:.....
۳۹	ب- استفاده از اقدامات کنترلی در سطح بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی و محیط:
۴۰	پ- اقدامات در طغیان/همه گیری:.....
۴۰	اقدامات مراقبتی.....
۴۰	اهداف مراقبت پاندمی آنفلوانزا:
۴۱	راهبردهای پاسخ به پاندمی در کشور عبارتند از:
۴۱	فعالیت های مراقبت پاندمی :
۴۲	تفاوت های اصلی بین آنفلوانزای فصلی و آنفلوانزای پاندمیک.....
۴۳	خلاصه بخش
۴۳	تمرین در کلاس درس
۴۳	تمرین در خارج از کلاس درس

سرفصل مطالب

بخش اول - آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوانزای انسانی

- معرفی بیماری

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

- همه گیری شناسی و اهمیت بیماری
- علائم بیماری
- تشخیص بیماری
- اقدامات کنترلی
- اقدامات مراقبتی

بخش دوم- آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای حیوانات(پرندگان)

- معرفی بیماری
- همه گیری شناسی و اهمیت بیماری
- علائم بیماری
- تشخیص بیماری
- اقدامات کنترلی
- اقدامات مراقبتی

بخش سوم - آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای پاندمی

- معرفی بیماری
- همه گیری شناسی و اهمیت بیماری
- علائم بیماری
- تشخیص بیماری
- اقدامات کنترلی
- اقدامات مراقبتی

بخش اول- آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای انسانی

اهداف بخش

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- ۱- در باره بیماری انفلوانزا توضیح دهید
- ۲- اهمیت بیماری را شرح دهید
- ۳- همه گیری شناسی بیماری را شرح دهید
- ۴- علایم بیماری انفلوانزا را ذکر کنید
- ۵- روشهای تشخیص بیماری انفلوانزا را ذکر کنید
- ۶- اقدامات کنترلی بیماری انفلوانزا را شرح دهید
- ۷- اقدامات مراقبتی بیماری انفلوانزا را شرح دهید.

واژگان کلیدی

تعریف بیماری انفلوانزا

تغییرات ژنتیک و ویروس انفلوانزا

تفاوت سرماخوردگی با انفلوانزا

اهداف مراقبت انفلوانزا

افراد پرخطر(در معرض تماس-در معرض خطر)

اقدامات کنترلی

اصول مراقبت

معرفی بیماری انفلوانزای انسانی

آنفلوانزای انسانی: آنفلوانزا به شکل جهان گیر (پاندمی)، همه گیری(وسیع، کوچک، منطقه ای)، طغیان و تک گیر (انفرادی) مشاهده می شود. میزان حمله در همه گیری هایی که در اجتماعات بزرگ اتفاق می افتد معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ درصد است، در حالی

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوآنزا-ویژه کارشناس سلامت

که در اجتماعات بسته مثل مدرسه‌های شبانه‌روزی و یا خانه سالمندان به ۵۰ درصد و بیشتر می‌رسد. همه‌گیری‌ها در مناطق معتدل معمولاً بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیر و اغلب در ماه‌های بارانی سال اتفاق می‌افتد.

همه‌گیری شناسی و اهمیت بیماری:

اهمیت آنفلوآنزا در سرعت انتشار همه‌گیری‌ها، وسعت و تعداد مبتلایان و شدت عوارض آن، به خصوص ذات‌الریه و 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، کم خونی و یا نارسایی ایمنی ناتوان شده‌اند مشاهده می‌شود. برآورد میزان کشندگی بیماری آنفلوآنزای فصلی در جمعیت انسانی بین نیم تا یک درصد محاسبه شده و میزان کشندگی بیماری آنفلوآنزای پرندگان در جمعیت انسانی حدود ۶۷٪ می‌باشد. **تغییرات آنتی‌ژنیک ویروس آنفلوآنزا:** یکی از نماهای مشخص و منحصر به فرد ویروس آنفلوآنزا 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:

دریفت آنتی‌ژنیک (Antigenic Drift): به تغییرات کوچکی که به طور مداوم (هر سال یا هر چند سال) در ویروس اتفاق می‌افتد، اطلاق می‌گردد.

شیفت آنتی‌ژنیک (Antigenic Shift): تغییرات عمده در ویروس آنفلوآنزا منجر به شیفت آنتی‌ژنیک 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.

علائم بالینی

آنفلوآنزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سرفه، سردرد، گلودرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، و گاهی استفراغ و اسهال تظاهر می‌کند. در این میان تب و سرفه به عنوان علائم کلیدی مطرح می‌باشند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می‌یابد؛ ولی سایر نشانه‌های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خود به خود بهبود پیدا می‌کند. شناسایی بیماری معمولاً براساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته و موارد تک‌گیر آن را فقط با کمک روش‌های آزمایشگاهی می‌توان تشخیص داد. آنفلوآنزا 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 و در کودکان ممکن است نشانه‌های گوارشی، علامت غالب باشد. بیماری آنفلوآنزای نوع B ممکن است تا اندازه‌ای خفیف‌تر از بیماری آنفلوآنزای نوع A باشد. عفونت آنفلوآنزای نوع C

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

به شکل سرماخوردگی بدون تب دیده می‌شود. 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.

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. مهم‌ترین راه انتقال ویروس در محیط‌های بسته‌ی پر جمعیت مثل اتوبوس از طریق هوا می‌باشد. از آنجا که ویروس آنفلوانزا ممکن است ساعاتی در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط زنده بماند، انتقال ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز می‌تواند صورت گیرد. دوره کمون بیماری کوتاه بوده و معمولاً بین ۱ تا ۳ روز است. دفع ویروس احتمالاً در بالغین بین ۳ تا ۵ روز بعد از بروز نشانه‌های بالینی بیماری و در کودکان ۲۱-۷ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.

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

تشخیص

در هنگام استقرار بیماری، جداسازی ویروس یا بررسی آنتی‌ژن‌های ویروسی در ترشحات تنفسی بهترین تکنیک تشخیصی می‌باشد. ویروس همچنین به‌وسیله نمونه‌های تهیه شده به‌وسیله سواب بینی، سواب گلو، شستشوی بینی یا نمونه‌های بینی و گلو به طور اولیه جدا می‌گردد. نمونه‌ها در آزمایشگاه‌های مخصوصی بررسی می‌شود که برای این منظور همکاران عزیز باید با مرکز بهداشت شهرستان هماهنگ شوند.

روشهای نمونه برداری

- نمونه مناسب، غرغره گلو و یا سواب گلو است. سلول‌های اپیتلیال گلو روی لام‌فیکس می‌گردد و با روش ایمنوفلورسانس آنتی‌ژن‌های ویروسی در سلول‌های فوق مورد شناسایی واقع می‌گردد.
- از افراد مشکوک به آنفلوآنزا همزمان از بینی و گلو با سواب نمونه برداری نمایید. یک نمونه خوب برای شناسایی ویروس آنفلوآنزا بایستی حاوی مقادیر قابل توجهی از سلول‌های اپی تلیال دستگاه تنفسی باشد که این نمونه گیری را اساسا می توان با سواب بینی انجام داد. سواب گلو به تنهایی، حاوی سلول‌های اپی تلیال سنگفرشی است که ویروس آنفلوآنزا در آن تکثیر پیدا نمی کند.
- استفاده از سواب استریل با جنس داکرون یا ریون با دسته لاستیکی ارجح می باشد.

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 ویرال یا پنومونی شدید که تشخیص دیگری مطرح نباشد
- نمونه برداری از افراد مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان
- در هنگام بروز طغیانهای گسترده و اپیدمی های بزرگ وپاندمی از موارد شبه آنفلوآنزا (INFLUENZA LIKE ILLNESS) و پنومونی های متوسط نیز نمونه برداری از نظر آنفلوآنزا بعمل می آید.

شناسایی آنتی‌بادی‌های ضدویروس:

- از بیمار مشکوک به آنفلوآنزا در دو دوره حاد بیماری و نقاهت به فاصله ۲-۳ هفته نمونه سرم خون تهیه می‌گردد و با روش ممانعت هم‌آگلوتیناسیون آنتی‌بادی‌های ضدویروس آنفلوآنزا مورد شناسایی واقع می‌شود.
- در حال حاضر از بیماران مشکوک به آنفلوآنزا (انسانی/پرندگان/پاندمی) 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 می‌گردد. در سایر حالات بر اساس نظر

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

آزمایشگاه و یا پزشک معالج اقدام به نمونه برداری در دوران نقاهت و یا نمونه سرولوژی خواهد گردید.

حمل و نقل نمونه

- 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 یا با استفاده از یخ خشک به آزمایشگاه ارسال گردد.

اقدامات مراقبتی:

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

هدف کلی برنامه مراقبت انفلوانزا:

هدف کلی برنامه مراقبت انفلوانزا 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 زیرگونه‌های 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

راهبردهای 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. انجام پژوهش‌های عملی و کاربردی

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوآنزا-ویژه کارشناس سلامت

۷. تأمین و توسعه منابع مالی و نیروی انسانی

فعالیت های عمده مراقبت آنفلوآنزا :

۱. گزارش دهی فوری اپیدمی یا طغیان
۲. مشخص نمودن ماهیت اپیدمی یا طغیان
۳. مشخص و جدا کردن ویروس آنفلوآنزای 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 گروه های در معرض خطر و پرخطر و انجام اقدامات کنترلی و مهار
۶. انجام اقدامات مداخله ای درمانی مناسب مشتمل بر پیش بینی و ارائه خدمات و سرویس های درمانی مورد نیاز

مراقبت های فعال در کشور:

مراقبت بیماری آنفلوآنزا در ایران در حال حاضر، ترکیبی از سیستم های مراقبتی شامل مراقبت دیده ور، مراقبت آزمایشگاهی، مراقبت بیمارستانی و مراقبت اپیدمی های تنفسی و مراقبت مرزی می باشد

تعاریف مراقبتی:

۱- **مورد مشکوک به آنفلوآنزا یا مورد مشکوک به شبه آنفلوآنزا (Influenza Like Illness=ILI):**

هر فرد با عفونت تنفسی حاد همراه با تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد (زیر زبانی) و سرفه به همراه یک یا چند علامت از علائم زیر در صورتی که تشخیص دیگری مطرح نباشد و شروع بیماری در طی ۷ روز اخیر باشد: گلودرد، سردرد، خستگی، ضعف، درد عضلانی، قرمزی مخاطات، گاه استفراغ با یا بدون اسهال (بیشتر در کودکان)، تماس با فرد مشکوک یا قطعی آنفلوآنزا .

۲- **مورد عفونت تنفسی حاد و شدید مشکوک به آنفلوآنزا (Severe Acute Respiratory illness=SARI)**

هر فرد با عفونت تنفسی حاد همراه با سابقه یا وجود تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد (زیر زبانی) و سرفه که نیازمند بستری در بیمارستان باشد و شروع بیماری در طی ۷ روز اخیر باشد.

در آنفلوآنزای انسانی در شرایط معمول، گزارش هفتگی و در صورت شك به طغیان یا همهگیری وبه خصوص در فصول سرد گزارش فوری است.

افراد پرخطر (در معرض خطر) بیماری آنفلوآنزای انسانی شامل موارد زیر هستند:

○ سالمندان (افراد بالای ۵۰ سال).

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوآنزا-ویژه کارشناس سلامت

- ساکنین آسایشگاه‌ها و کارکنان آن.
- بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (ریوی از جمله آسم، قلبی-عروقی به جز هایپرتانسیون، خونی، کلیوی، کبدی، متابولیک از جمله دیابت ملیتوس).
- بیماران مبتلا به بیماری‌هایی که سیستم تنفسی را مختل می‌نمایند، از جمله بیماری‌های احتقانی، صدمات نخاعی، اختلالات صرعی، اختلالات عصبی عضلانی.
- خانم‌های بارداری که سه ماهه دوم و سوم حاملگی آنان مقارن با فصل شیوع آنفلوآنزا می‌باشد.
- کودکان و نوجوانان ۶ ماهه تا ۱۸ ساله‌ای که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین می‌باشند.
- کودکان ۶ ماه تا ۴ سال (۵۹ ماه).

افراد پرخطر (در معرض تماس) بیماری آنفلوآنزای انسانی شامل موارد زیر هستند:

- کارمندان مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی.
- نیروهای درمانی خدمت دهنده در منازل افراد در معرض خطر.
- اعضای خانواده (شامل کودکان) افراد در معرض خطر.
- سایر مشاغل خاص از جمله دامپزشکان و افراد کلیدی.

اصول مراقبت بیماری:

- پیشگیری اولیه در سطح جامعه: شامل آموزش و اطلاع‌رسانی، استفاده از واکسن و استفاده از داروهای ضدویروسی به‌عنوان پیشگیری.
- انجام اقدامات کنترلی در سطح بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی - درمانی و جامعه: شامل شناسایی و گزارش به مسئولین بهداشتی منطقه، جداسازی بیماران و محافظت تماس‌ها - درمان موارد بیماری-اجرای اصول کنترل عفونت.
- اقدامات در طغیان/همه‌گیری: شامل گزارش دهی، ارزیابی، نمونه برداری و مداخلات بهداشتی درمانی مورد نیاز از جمله جداسازی و محدودسازی -کنترل عفونت-درمان

اقدامات پیشگیری وکنترلی:

- ۱- آموزش عمومی در زمینه آشنایی با بیماری و روشهای پیشگیری از انتقال و انتشار بیماری آنفلوآنزا
- ۲- انجام اقدامات پیشگیرانه شامل واکسیناسیون گروههای اولویت دار-رعایت اصول بهداشت فردی-رعایت اصول بهداشت جامعه-رعایت اصول کنترل عفونت-جداسازی موارد مشکوک به بیماری
- ۳- ایزولاسیون و جداسازی موارد بیماری
- ۴- بیماریابی و شناسایی موارد مشکوک و قطعی بیماری
- ۵- مدیریت اجتماعات و مراکز تجمعی انسانی در هنگام طغیان و همه گیری بیماری
- ۶- ایجاد و حفظ آمادگی مقابله با بروز طغیان و همه گیری و جهان گیری بیماری

واکسیناسیون:

واکسن آنفلوآنزا جهت گروه‌های در معرض خطر (ابتلا به آنفلوآنزا در آنان با عواقب سنگین‌تری همراه است) و گروه‌های در معرض تماس (به دلیل مشاغل خاص، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری قرار دارند) توصیه و تجویز می‌گردد. این واکسن باید در دمای ۸ - ۲ درجه سانتی‌گراد در طبقه میانی یخچال مخصوص واکسن نگهداری شود. واکسنی که در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرد، شامل ویروس‌های غیرفعال بوده و به شکل تزریقی است. واکسیناسیون مادر منعی جهت شیردهی به نوزاد نمی‌باشد. داروهای ضد ویروسی اثر واکسن آنفلوآنزا را از بین نمی‌برند. راه تزریق واکسن بر حسب راهنمایی کارخانه سازنده، به صورت زیر جلدی یا عضلانی عمیق (ناحیه عضله دلتوئید در بزرگسالان و ناحیه قدامی خارجی ران در کودکان زیر ۲ سال) می‌باشد. یک نوبت واکسن در هر سال (اوایل پاییز) از واکسن کشته شده به نظر می‌رسد برای بالغین کافی باشد.

عوارض واکسن آنفلوآنزا: 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 آزمایشگاهی تخم‌مرغ تهیه می‌شود. افرادی که به اجزای واکسن حساسیت دارند و همچنین افرادی که دارای تب بالا می‌باشند 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 به دنبال 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 دریافت‌کننده واکسن) ندرتاً دیده می‌شود.

اندیکاسیون‌های ارجاع بیمار به سطوح بالاتر

- موارد ابتلا به آنفلوآنزای انسانی که دچار عوارض شده‌اند به سطوح بالاتر درمانی و مراقبتی ارجاع می‌گردند: از قبیل دیسترس و اختلال تنفسی و یا علائم غیرریوی آنفلوآنزا شامل مشکلات عضلانی، مشکلات کلیوی، عوارض قلبی، سندرم شوک عفونی، عوارض سیستم عصبی مرکزی و سندرم رای (REYE syndrom).

جداسازی (ایزولاسیون):

در طغیانها و همه‌گیری بیماری آنفلوآنزا بهتر است در ۷-۵ روز اول شروع بیماری افراد بیمار در یک محل نگهداری شوند و تماس با افراد سالم به حداقل رسانده شود. در مرحله حاد بیماری آنفلوآنزا نیز توصیه می‌شود تماس با فرد بیمار به حداقل برسد؛ ولی تماس با افراد بیمار با رعایت اصول حفاظت فردی و اصول بهداشتی منعی ندارد. موارد شبه آنفلوآنزای نیازمند بستری و موارد SARI باید در بیمارستان در اتاق ایزوله تنفسی دارای فشارمنفی بستری شوند.

اصول درمانی:

- چهار داروی ضدویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوانزا مطرح شده‌اند شامل: آمانتادین (AMANTADINE)، ریمانتادین (RIMANTADINE)، زانامیویر (ZANAMIVIR)، اوسلتامیویر (OSELTAMIVIR).
- بطورکلی اوسلتامیویر برای درمان (به مدت ۵ روز) و برای پروفیلاکسی (به مدت ۱۰-۷ روز) بر اساس گروه سنی و وزن، طبق جدول زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:

دوز دارویی اوسلتامیویر برای درمان و پروفیلاکسی

مقدار اوسلتامیویر ویر دوز پروفیلاکسی	مقدار اوسلتامیویر ویر دوز درمانی	گروه سنی / وزن
۷۵ میلی گرم یکبار در روز	۷۵ میلی گرم دو بار در روز	بالغین
۳۰ میلی گرم یکبار در روز	۳۰ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن کمتر از ۱۵ کیلوگرم
۴۵ میلی گرم یکبار در روز	۴۵ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن ۱۵ تا ۲۳ کیلوگرم
۶۰ میلی گرم یکبار در روز	۶۰ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن ۲۳ تا ۴۰ کیلوگرم
۷۵ میلی گرم یکبار در روز	۷۵ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن بیشتر از ۴۰ کیلوگرم

شرح وظایف خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوانزای 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
- 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 آنفلوانزا و یا عوارض ناشی از بیماری آنفلوانزا

اصطلاحات

- **مراقبت (SURVEILLANCE):** 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 به معنی مراقبت می باشد.
- **مراقبت دیده‌ور (SENTINILE SURVEILLANCE):** جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌های تصادفی یا غیرتصادفی به معنای مراقبت دیده‌ور می‌باشد. این مراقبت به منظور تشخیص زودهنگام موارد بیماری یا به‌دست آوردن اطلاعات مشخص در خصوص روند یک بیماری یا رویداد بهداشتی به عنوان شاخص اطلاعات انجام می‌گیرد.
- **طغیان (OUTBREAK):** افزایش مقطعی در بروز یک بیماری یا همه گیری محدود به معنی طغیان می‌باشد.
- **اپیدمی (همه‌گیری = EPIDEMIC):** 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.

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

- پاندمی (جهان‌گیری = PANDEMIC): کلمه پاندمی بیانگر یک اپیدمی است که بیشتر جمعیت جهان را درگیر نماید.
- افراد در معرض خطر (AT RISK PERSONS): 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 (EXPOSED PERSONS): 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 (CLOSE CONTACT): تماس نزدیک در معانی زیر می‌باشد:
 - قرار گرفتن در فاصله کمتر از یک متر با بیمار.
 - افرادی که خدمات مراقبتی بهداشتی و درمانی را به بیمار ارائه می‌کنند.
 - زندگی مشترک با بیمار در یک منزل.
 - تماس مستقیم با ترشحات تنفسی بیمار.

خلاصه بخش

- بیماری انفلوانزا بعلت سرعت بالای انتشار، وسعت ایجاد بیماری، تعداد بالای مبتلایان، و شدت عوارض حاصله از بیماری دارای اهمیت بالایی می‌باشد.
- برآورد میزان کشندگی بیماری انفلوانزای فصلی در جمعیت انسانی حدود نیم تا یک درصد محاسبه شده است و این میزان در بیماری انفلوانزای پرندگان در انسان حدود ۶۷ درصد می‌باشد.
- ویروس انفلوانزا بعلت توانایی ایجاد تغییرات کوچک و عمده در خود، قابلیت ایجاد همه‌گیری‌های گسترده و جهانگیری را دارد.
- علائم بالینی بیماری از طیف خفیف تا طیف گسترده علائم که منجر به مرگ می‌گردد، متغیر می‌باشد.
- انتقال ویروس و بیماری عمدتاً از راه تنفسی می‌باشد اما تماس با اشیاء آلوده به ویروس نیز یکی دیگر از راههای عمده انتقال می‌باشد.
- دوره کمون بیماری کوتاه بوده و معمولاً بین ۳-۵ روز بعد از بروز نشانه‌های بالینی بیماری و در کودکان ۲۱-۷ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.
- هدف کلی برنامه مراقبت انفلوانزا ایجاد آمادگی مقابله با وقوع اپیدمی‌ها و پاندمی احتمالی و کاهش موارد ابتلا و عوارض و مرگ ناشی از انفلوانزا می‌باشد.
- اقدامات پیشگیرانه و کنترلی نقش بسزایی در کاهش انتقال و انتشار و گسترش بیماری دارند.

تمرین در کلاس درس

به سوالات زیر پاسخ دهید:

- ۱- در مواجهه با یک بیمار مشکوک به بیماری انفلوانزا چه اقداماتی انجام می‌دهید؟
- ۲- تفاوت بیماری سرماخوردگی با بیماری انفلوانزا را شرح دهید

تمرین در خارج از کلاس

به سوالات زیر پاسخ دهید:

- ۱- کدامیک از گروه‌های جامعه در اولویت دریافت واکسن انفلوانزا می‌باشند و چه اقدامی جهت شناسایی آنان انجام می‌دهید؟
- ۲- چگونگی تهیه نمونه از افراد مشکوک به انفلوانزا را مرحله اجرا درآورد

بخش دوم - آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای حیوانات (پرندگان)

اهداف بخش

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- ۱- در باره بیماری انفلوانزای پرندگان توضیح دهید
- ۲- اهمیت بیماری انفلوانزای پرندگان را شرح دهید
- ۳- همه گیری شناسی بیماری انفلوانزای پرندگان را شرح دهید
- ۴- علایم بیماری انفلوانزای پرندگان در انسان و پرندگان را ذکر کنید
- ۵- روشهای تشخیص بیماری انفلوانزای پرندگان را ذکر کنید
- ۶- اقدامات کنترلی بیماری انفلوانزای پرندگان را شرح دهید
- ۷- اقدامات مراقبتی بیماری انفلوانزای پرندگان را شرح دهید.

واژگان کلیدی

- انفلوانزای پرندگان
- انفلوانزای فوق حاد پرندگان
- چگومگی انتشار بیماری
- اهداف مراقبت بیماری
- تعاریف مراقبتی
- گروههای در معرض خطر
- پیگیری موارد مشکوک

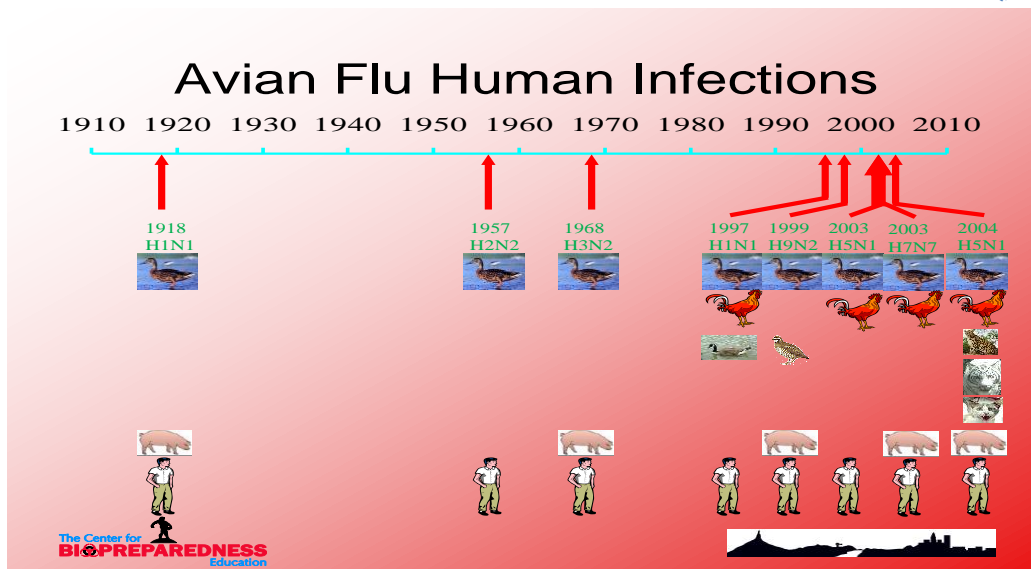
آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای حیوانات (پرندگان)



معرفی بیماری انفلوانزای پرندگان

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

اهمیت بیماری



آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

آنفلوانزای 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. 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 و از شدت بالایی برخوردار است و سریعاً منجر به مرگ می‌شود؛ به طوری که میزان مرگ ناشی از آن در حدود ۱۰۰٪ می‌باشد.

آنفلوانزای حاد پرندگان در جمعیت حیوانات به خصوص ماکیان ایجاد می‌گردد و می‌تواند به انسان منتقل شود و 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 آنفلوانزای انسانی ترکیب و موجب پدیدار شدن یک عامل بیماری‌زا با توانایی ایجاد پاندمی شود.

خطر گسترش جهانی آنفلوانزای بسیار بیماری‌زای پرندگان (آنفلوانزای فوق حاد پرندگان):

این بیماری که بوسیله آنفلوانزای A/H5N1 و A/H7N7 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 آنفلوانزای انسانی ترکیب و موجب پدیدار شدن یک عامل بیماری‌زا با توانایی ایجاد پاندمی شود.

ویروس‌های آنفلوانزای 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 آنفلوانزای تایپ A (H5 N1) در هنگ‌کنگ به اثبات رسید و با ابتلاء ۱۸ نفر باعث مرگ ۶ نفر آنان شد. این همه‌گیری که نوپیدی آنفلوانزای پرندگان در انسان نیز به حساب می‌آید مقارن با همه‌گیری آنفلوانزای بسیار کشنده پرندگان در آن کشور بوده و با معدوم کردن پرندگان 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.

چگونگی انتشار همه‌گیری آنفلوانزای پرندگان در سطح يك کشور

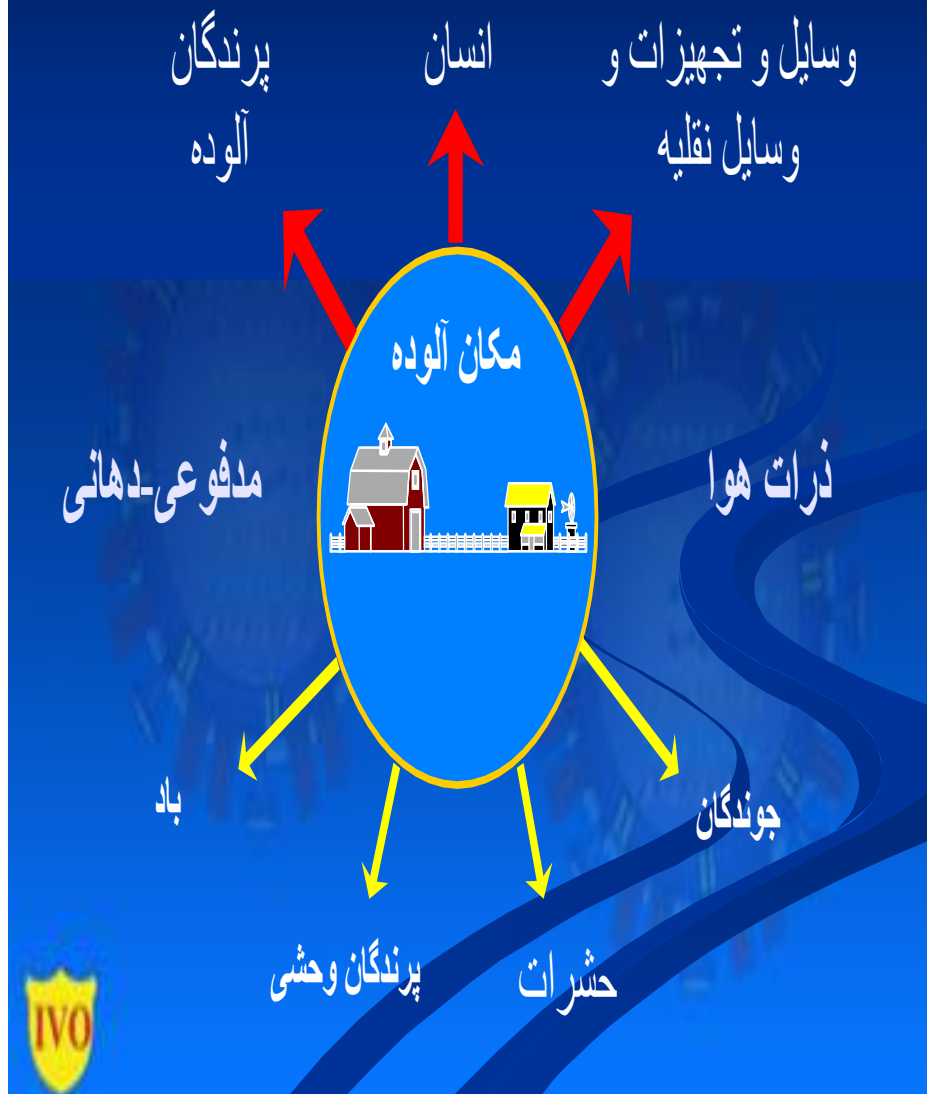
در داخل یک کشور بیماری به آسانی از یک مرغداری به مرغداری‌های دیگر انتقال می‌یابد زیرا تعداد زیادی ویروس در فضولات پرندگان وجود دارد و باعث آلودگی گرد و غبار و خاک می‌گردد و ضمناً ویروس از طریق هوای تنفسی به آسانی از پرنده‌ای به پرنده دیگر منتقل می‌شود و لوازم و اشیاء آلوده، غذاها، قفسه‌ها، لباس‌ها و 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.

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوآنزا-ویژه کارشناس سلامت

ویروس ممکن است از طریق فضولات پرندگان وحشی آلوده به پرندگان اهلی انتقال یابد و خطر انتقال ویروس زمانی افزایش می‌یابد که پرندگان اهلی خارج از قفس و آزاد بوده و یا از منابع آب آلوده به فضولات پرندگان ، استفاده نمایند. فروشگاه‌های پرندگان 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 آبزی، 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 آبزی 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.

روشهای گسترش انفلوانزای پرندگان



آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

علائم بیماری انفلوانزای پرندگان در انسان:

علائم بیماری انفلوانزای پرندگان در انسان مشابه علائم بیماری انفلوانزای انسانی می‌باشد.

اقدامات مراقبتی در انفلوانزای پرندگان:

به دنبال بروز موارد بیماری در پرندگان و همچنین مراجعت افراد از مناطق آندمیک بیماری، مراقبت موارد انسانی آغاز می‌شود. بروز بیماری در پرندگان براساس گزارشات واصله از اداره کل دامپزشکی و همچنین گزارش‌های دریافتی از مراکز بهداشتی (و خانه‌های بهداشت) و گزارش‌های مردمی پیگیری می‌شود.

اهداف مراقبت آنفلوانزای پرندگان در انسان:

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

تعاریف مراقبتی در آنفلوانزای پرندگان

- ۱- **مورد تماس انسانی:** فرد در معرض تماس در یکی از حالات زیر تعریف می‌گردد:
 - تماس با فرد/ افراد مشکوک به آنفلوانزای پرندگان.
 - تماس با پرندگان / حیوانات مشکوک یا قطعی مبتلا به بیماری.
 - تماس با کانون آلوده به بیماری آنفلوانزای پرندگان.
- ۲- **مورد انسانی مشکوک به آنفلوانزای پرندگان:** بیمار مبتلا به عفونت حاد دستگاه تنفسی تحتانی بدون علت مشخص، همراه با تب بیش از ۳۸ درجه زیر زبانی، سرفه و تنگی نفس یا تنفس سطحی به همراه حداقل یکی از موارد تماس زیر در طی ۷ روز قبل از شروع علائم، مورد مشکوک انسانی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان در نظر گرفته می‌شود:
 - تماس نزدیک کمتر از یک متر (برای مثال همسفر بودن، صحبت کردن یا لمس) با مورد مشکوک یا متحمل یا قطعی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان (H5N1)A.

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

- تماس با ماکیان یا پرندگان وحشی (برای مثال حمل و نقل، ذبح، پرکنی، قصابی و آماده کردن) یا فضولات آنها یا تماس با محیط آلوده به فضولات آنها در منطقه‌ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان A(H5N1) در یک ماهه اخیر وجود داشته است.
 - خوردن خام یا نیم پز فرآورده‌های ماکیان در منطقه‌ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان A(H5N1) در یک ماهه اخیر وجود داشته است.
 - تماس نزدیک با موارد حیوانی قطعی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان A(H5N1) به غیر از ماکیان یا پرندگان وحشی (برای مثال گربه و خوک).
- ۳- **مورد انسانی محتمل آنفلوانزای پرندگان:** مورد محتمل شامل یکی از موارد زیر است:
- مورد مشکوک به همراه یکی از موارد زیر:
 - وجود کدورت یا شواهد پنومونی حاد در رادیوگرافی قفسه سینه به همراه علائمی از نارسایی تنفسی، هیپوکسی و تاکی پنه شدید).
 - تأیید آزمایشگاهی آلودگی به آنفلوانزای A و ناکافی بودن شواهد آزمایشگاهی مبنی بر عفونت A(H5N1)
 - 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(H5N1) داشته باشد.
- ۴- **مورد انسانی قطعی یا تایید شده آنفلوانزای پرندگان:** مورد محتمل یا مشکوک به همراه جواب مثبت در یکی از روش‌های تشخیصی آزمایشگاهی آنفلوانزا.

گروه‌های در معرض خطر ابتلا به آنفلوانزای پرندگان:

- تماس‌های شغلی: مشاغل در معرض خطر شامل:
 - ۱- کارگران شاغل در مزارع پرورش طیور (مرغداری‌ها، پرورش اردک، بوقلمون، شتر مرغ و ...) و خوک، سایر کارگران فعال در مزارع طیور (شامل افرادی که آنها را می‌گیرند و در قفس می‌گذارند، یا پرندگان را حمل می‌کنند، پرندگان مرده را معدوم می‌کنند، یا در جمع آوری و حمل فضولات فعالیت می‌کنند)، افرادی که در مغازه‌های فروش حیوانات و پرندگان زنده کار می‌کنند.
 - ۲- آشپزها و مشاغل مشابه که با پرندگان اهلی زنده یا اخیراً کشته شده سر و کار دارند.
 - ۳- فروشندگان پرندگان دست آموز
 - ۴- شکارچیان
 - ۵- افراد 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 آنفلوانزای A/H5 و بررسی آنها، سروکار دارند.
- کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و 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 آنفلوانزا 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

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

۲. حضور در محلی که پرندگان 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 آنفلوانزای A/H5N1
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.

اصول مراقبت بیماری:

- پیشگیری اولیه در سطح جامعه: شامل آموزش و اطلاع‌رسانی، استفاده از واکسن و استفاده از داروهای ضد ویروسی به‌عنوان پیشگیری.
- انجام اقدامات کنترلی در سطح بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی - درمانی و جامعه: شامل شناسایی و گزارش به مسئولین بهداشتی منطقه، جداسازی بیماران و محافظت تماس‌ها - درمان موارد بیماری - اجرای اصول کنترل عفونت.
- اقدامات در طغیان/همه‌گیری: شامل گزارش‌دهی، ارزیابی، نمونه برداری و مداخلات بهداشتی درمانی مورد نیاز از جمله جداسازی و محدودسازی - کنترل عفونت - درمان

اقدامات پیشگیری و کنترلی:

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

ویروس انفلوانزا 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.

- ۱- آموزش عمومی در زمینه آشنایی با بیماری و روشهای پیشگیری از انتقال و انتشار بیماری در حیوانات (پرندگان) و انسان
- ۲- انجام اقدامات پیشگیرانه شامل واکسیناسیون گروههای اولویت دار- رعایت اصول بهداشت فردی- رعایت اصول بهداشت جامعه- رعایت اصول کنترل عفونت- جداسازی موارد مشکوک - انجام اقدامات بهداشتی در جمعیت پرندگان
- ۳- ایزولاسیون و جداسازی موارد بیماری
- ۴- بیماریابی و شناسایی موارد مشکوک و قطعی بیماری
- ۵- مدیریت اجتماعات و مراکز تجمعی انسانی در هنگام طغیان و همه گیری بیماری
- ۶- ایجاد و حفظ آمادگی مقابله با بروز طغیان و همه گیری و جهان گیری بیماری

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

۷- شناسایی کانونهای آلودگی پرندگان

۸- معدوم سازی کانونهای آلودگی در حیوانات(پرندگان) و دفن بهداشتی

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 گزارش دهی) 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 نامبر 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 نمونه ای از آن نیز در مرکز بهداشت شهرستان و استان نگهداری می گردد.
- 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.
- موارد مشکوک باید تحت مراقبت و در صورت لزوم بستری شوند.
- موارد مشکوک بستری شده بایستی تا ۲۴ ساعت پس از قطع تب در بیمارستان تحت نظر قرار گیرند.
- 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.

اقدامات پیشگیری آنفلوانزای پرندگان در انسان در وضعیت غیر پاندمی:

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

- بیماران باید در وضعیت ایزولاسیون کامل، (تماسی، ریزقطرات تنفسی و ذرات هوایی معلق) 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 که درب بسته باشد.
- اگر اتاق یک تخته در دسترس نمی باشد، 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 پارٹیشن بندی شود (حداقل با پرده)
- استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل ماسکهای مؤثر تنفسی (N95 و FFP2 ویا ماسک های با استاندارد معادل)، گان آستین بلند، محافظ صورت یا عینک محافظ و دستکش برای پرسنل بهداشتی درمانی توصیه می شود و ضروری است پس از استفاده به روش بهداشتی معدوم شوند.
- در صورت امکان پرسنل بیمارستان و پزشک ارائه کننده 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.

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

- 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 آن اطاق اجتناب گردد و ضروری است در اتاق عملیات ضدعفونی و گندزدایی انجام شود.

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 ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی که با فرد مشکوک در تماس می باشند باید اقدامات احتیاطی بالاخص اقدامات حفاظت فردی (استفاده از ماسک، عینک، دستکش و ...) را بدقت رعایت نمایند.
- پرسنلی که اقدامات احتیاطی را بدقت رعایت نکرده اند ضروری است بعد از آخرین تماس بمدت ۷ تا ۱۰ روز تحت پروفیلاکسی دارویی با اوسلتامی ویر قرار گیرند.
- 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 آنفلوانزا را به مسئول کنترل عفونت گزارش دهند. در صورت ابتلا به بیماری 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 اوسلتامیویر 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 مسافرین:

- منعی برای مسافرت افراد به مناطقی که آلودگی A(H5N1) ثابت شده است وجود ندارد.
- هیچگونه شواهد علمی تایید 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).

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

با توجه به گسترش آنفلوانزای 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 انفلوانزای 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 پرندگان و یا تخم‌آنها بصورت نیم پز احتمال تماس با بیماری را کم کنند.
۴. حتماً بعد از آماده سازی پرندۀ 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. (ذکر سابقه مسافرت ضروری است).

گروه‌های در معرض خطر بیماری و توصیه‌های پیشگیری دارویی

گروه‌های در معرض خطر بیماری انفلوانزای 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:

۲-۱- 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.

۲-۳- 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:

- ۳-۱- 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.
- ۳-۲- 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 پرندگان غیر آلوده فعالیت دارند.
- ۳-۴- 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 آنفلوانزا 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 نداشته‌اند 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.

اقدامات لازم در هنگام بروز آنفلوانزای پرندگان در مرغداری‌ها برای افراد در معرض تماس:

- توصیه می‌شود کلیه کارکنان شاغل در مرغداری‌ها و کشتارگاه‌های پرندگان و دامپزشکان پرندگان سراسر کشور تحت واکسیناسیون سالانه آنفلوانزای انسانی قرار گیرند. (واکسن آنفلوانزای انسانی از نوترکیبی جلوگیری نموده و ایمنی در مقابل A/H5N1 در فرد ایجاد نمی‌کند. لذا استفاده از وسایل حفاظت فردی و رعایت نکات بهداشت فردی ضروری است.)
- در صورت بروز مورد مشکوک آنفلوانزای پرندگان در هر مزرعه پرندگان براساس گزارش اداره کل دامپزشکی، داروی ضد ویروس اوسلتامیویر به میزان ۷۵ میلی‌گرم روزانه برای کارکنان مرغداری بر اساس تقسیم بندی گروه‌ها (پرخطر، خطر متوسط، کم خطر) شروع گردد تا نتایج آزمایشگاهی نشان دهد که علت بروز آنفلوانزا 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 روکفشی، 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 سازی پرندگان مشکوک مشارکت دارند الزامی می‌باشد.
- برای ضد عفونی وسایل آلوده به خون و مایعات بدن بیماران مشکوک، هیپوکلرید سدیم ۱٪ و برای ضد عفونی سطوح فلزی صاف که مواد سفید کننده نمی‌توان استفاده کرد از الکل ۷۰٪ استفاده می‌شود.

شرح وظایف 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 علائم 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
- 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

اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر

- تمامی موارد مشکوک، محتمل و قطعی آنفلوآنزای پرندگان به سطوح بالاتر ارجاع داده می شوند.

جداسازی

تمامی موارد ابتلا به آنفلوآنزای پرندگان نیاز به جداسازی (ترجیحا در اتاق ایزوله تنفسی فشارمنفی) دارند.

خلاصه بخش

- انفلوانزای پرندگان در کلیه گونه های حیوانات و پرندگان باعث بیماری و عفونت می گردد اما میزان حساسیت گونه های مختلف پرندگان به بیماری متفاوت است.
- شکل شدید و کشنده بیماری در پرندگان دارای شروع ناگهانی بوده و سریعاً منجر به مرگ می گردد.
- انفلوانزای پرندگان می تواند به انسان منتقل گردد و موجب بیماری شدید و با میزان بالای مرگ گردد .
- ویروس بیماری انفلوانزای پرندگان علاوه بر انتقال مستقیم از پرندگان به انسان می تواند از طریق اشیای آلوده و فضولات و یا تماس مستقیم با پرندگان آلوده اهلی نیز منتقل گردیده و تماس مستقیم پرندگان وحشی و اهلی یکی از راههای عمده انتقال بیماری در پرندگان می باشد.
- پرندگان آبی و وحشی مخازن طبیعی این ویروس می باشند و قادر هستند بدون اینکه به بیماری شدید مبتلا شوند و یا علائم بیماری را نشان دهند ویروس را در محیط اطراف خود منتشر کنند.
- گروههای در معرض خطر عمده بیماری شامل تماسهای شغلی-تماس با پرندگان یا حیوانات یا افراد آلوده-مسافرت به مناطق آلوده می باشند.
- ویروس بیماری در دمای پایین مقاوم بوده و حداقل تا ۳ ماه در کودهای آلوده زنده می ماند. همچنین در دمای ۲۲ درجه سانتیگراد تا ۴ روز زنده می ماند.
- بیماران مشکوک به بیماری باید در وضعیت ایزولاسیون و در اتاق دارای فشار منفی(ترجیحاً) بستری گردند.
- رعایت اصول بهداشت فردی و بهداشت گروهی در کنترل و پیشگیری از انتقال و انتشار بیماری بسیار ضروری می باشد.

تمرین در کلاس درس:

- راههای انتقال و انتشار بیماری انفلوانزای پرندگان را شرح دهید
- چگونه می توانید بیماری انفلوانزای پرندگان را در روستاهای تحت پوشش کنترل نمایید شرح دهید

تمرین در خارج از کلاس درس

- در صورت بروز و گزارش موارد مشکوک به انفلوانزای پرندگان در روستاهای تحت پوشش چه اقداماتی لازم است. شرح دهید

بخش سوم - آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزای پاندمی

اهداف بخش

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

۱. در باره انفلوانزای پاندمی توضیح دهید
۲. اهمیت انفلوانزای پاندمی را شرح دهید
۳. همه گیری شناسی انفلوانزای پاندمی را شرح دهید
۴. اقدامات کنترلی مورد نیاز در هنگام بروز پاندمی انفلوانزا را شرح دهید
۵. اقدامات مراقبتی مورد نیاز در زمینه آمادگی مقابله با پاندمی انفلوانزا شرح دهید.

واژگان کلیدی

پاندمی انفلوانزا

تفاوت پاندمی انفلوانزا با انفلوانزای فصلی

راهبردهای پاسخ دهی به پاندمی انفلوانزا

اهداف مراقبتی

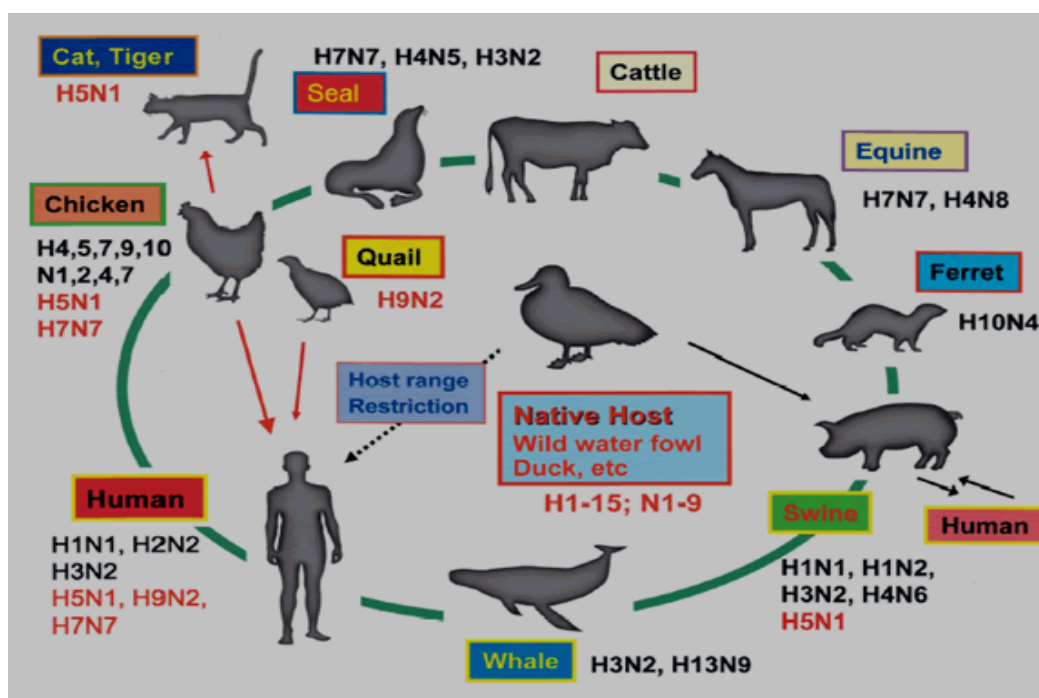
فعالیت‌های کنترلی

معرفی بیماری

انفلوانزای پاندمیک (جهانگیر): پاندمی انفلوانزا به دنبال 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 به وسیله سوش هایی که دچار دریافت آنتی ژنی شده اند بروز می کند و بعد از ۳۰-۱۰ سال ایمنی جامعه نسبت به تمامی این زیر گونه های تغییر یافته به میزان زیادی افزایش می یابد و بدین ترتیب شرایط انتشار ویروس جدید فراهم می شود.

بر اساس اسناد بدست آمده که در کتاب قحطی بزرگ و مرگ ومیر 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 هر یک شمشیر و شلاقی 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 فروریختند. در هر گوشه و کنار اجساد مردگان بی صاحب پراکنده بود. بازارها و مغازه ها خالی و تعطیل بودند. نه 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. صدها 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.



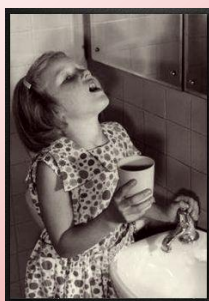
همه گیری شناسی و اهمیت بیماری

در قرن بیستم سه پاندمی بزرگ و یک شبه پاندمی روی داده است. اولین مورد پاندمی در سال ۱۹۱۸ و ۱۹۱۹ به نام 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 هنگ‌کنگ در سال ۱۹۶۸ اتفاق افتاد و آنفلوانزای روسی ناشی از نوع (A(H1 N1)) در سال ۱۹۷۷ بروز کرد. طی پاندمی آسیایی و هنگ‌کنگ تمام گروه‌های سنی درگیر بوده‌اند. میزان بالای مرگ و میر به خصوص 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. در هر پاندمی ممکن است تهاجم به سطوح مختلفی از گروه‌های سنی جامعه صورت پذیرد. 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 ویژگی‌های خاص خود می‌گردد و از آنجایی که 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. آنفلوانزا به شکل جهانگیر، همه‌گیری‌های وسیع، کوچک، منطقه‌ای و تک‌گیر مشاهده می‌گردد.

What about past flu pandemics?



Credit: US National Museum of Health and Medicine



1918: "Spanish Flu"
A(H1N1)

20-40 m deaths

675,000 US deaths

1957: "Asian Flu"
A(H2N2)

1-4 m deaths

70,000 US deaths

1968: "Hong Kong Flu"
A(H3N2)

1-4 m deaths

34,000 US deaths

The Center for
BIOPREPAREDNESS
Education



آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

اهمیت آنفلوانزا در سرعت انتشار همه‌گیری‌ها، وسعت و تعداد مبتلایان و شدت عوارض آن، به خصوص ذات‌الریه و ویروسی و باکتریایی می‌باشد. در همه‌گیرهای بزرگ شکل شدید یا کشنده بیماری بیشتر نزد سالمندان و افرادی که به دلیل عوارض مزمن قلبی، ریوی، کلیوی، بیماری‌های متابولیک، کم خونی و یا نارسایی ایمنی ناتوان شده‌اند مشاهده می‌شود. برآورد میزان کشندگی بیماری آنفلوانزای فصلی در جمعیت انسانی بین نیم تا یک درصد محاسبه شده و میزان کشندگی بیماری آنفلوانزای پرندگان در جمعیت انسانی حدود ۶۷٪ می‌باشد.

ویروس انفلوانزا 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 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، (هماگلوتینین (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 هماگلوتینین (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 نوع A 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 خوک 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.

علائم بیماری

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:

دریفت آنتی‌ژنیک (Antigenic Drift): به تغییرات کوچکی که به طور مداوم (هر سال یا هر چند سال) در

ویروس اتفاق می‌افتد، اطلاق می‌گردد.

آشنایی با برنامه مراقبت انفلوانزا-ویژه کارشناس سلامت

شیفت آنتی‌ژنیک (**Antigenic Shift**): تغییرات عمده در ویروس آنفلوانزا منجر به شیفت آنتی‌ژنیک شده و پاندمی وحشتناک را به علت ویروس‌های جدید که جمعیت انسانی نسبت به آن ایمنی ندارند، ایجاد می‌کند.

انسان مخزن اولیه ویروس‌های آنفلوانزای انسانی است. حیوانات پستاندار مثل خوک و پرندگان احتمالاً به عنوان مخازن سروتیپ‌های ویروسی جدید برای انسان به دلیل نوترکیبی ژنتیکی ویروس‌های انسانی و حیوانی، عمل می‌کنند. یک زیرگونه جدید ویروس آنفلوانزا با آنتی‌ژن جدید می‌تواند از طریق ابتلای افرادی که فاقد ایمنی نسبت به آن هستند باعث ایجاد جهانگیری بیماری گردد. این تغییرات در ویروس منجر به طیف گسترده‌ای از علایم خفیف تا شدید می‌گردند. توجه به این نکته ضروری می‌باشد که علایم آنفلوانزای پاندمی مشابه به آنفلوانزای فصلی می‌باشد اما با توجه به تغییرات ویروس می‌تواند طیف متغیر و با شدت‌های متفاوت از علایم بیماری را ایجاد نماید.

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

تشخیص بیماری

در هنگام استقرار بیماری، جداسازی ویروس یا بررسی آنتی‌ژن‌های ویروسی در ترشحات تنفسی بهترین تکنیک تشخیصی می‌باشد. ویروس همچنین به وسیله نمونه‌های تهیه شده به وسیله سواب بینی، سواب گلو، شستشوی بینی یا نمونه‌های بینی و گلو به طور اولیه جدا می‌گردد. نمونه‌ها در آزمایشگاه‌های مخصوصی بررسی می‌شود که برای این منظور همکاران عزیز باید با مرکز بهداشت شهرستان هماهنگ شوند

اقدامات کنترلی

الف- پیشگیری اولیه در سطح جامعه:

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

۲- استفاده از واکسن

۳- استفاده از داروهای ضدویروسی بعنوان پیشگیری

ب- استفاده از اقدامات کنترلی در سطح بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی و محیط:

۱- گزارش به مسئولین بهداشتی منطقه: از طریق گزارش به موقع بهتر می‌توان 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 می‌باشد ولی انجام این عمل در اغلب موارد به دلیل تأخیر در تشخیص بیماری و شباهت بیماری با سایر بیماریهای تنفسی با تاخیر صورت می‌گیرد. در

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوآنزا-ویژه کارشناس سلامت

همه‌گیری‌ها به دلیل افزایش تعداد بیماران جدا کردن آنهايي که به نظر می‌رسد 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 تماس‌ها: 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 آنفلوآنزا 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 آمد های غیر ضروری به منظور به حداقل رساندن تماسها و پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری می باشد.

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 آنفلوآنزا نیز بسیار زیاد شود. برای پیشگیری از چنین کمبودی باید کادر درمانی بیمارستان هر سال یک‌بار واکسینه شده و یا در مواقع بروز همه‌گیری آنفلوآنزای 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.

اقدامات مراقبتی

مراقبت پاندمی آنفلوآنزا 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 آنفلوآنزا:

- 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

آشنایی با برنامه مراقبت آنفلوآنزا-ویژه کارشناس سلامت

- اطمینان از گزارش، ثبت و پاسخ‌دهی فوری
- تأخیر در ورود و 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

راهنمای 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

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 آنفلوانزای فصلی و آنفلوانزای پاندمیک

آنفلوانزای فصلی	آنفلوانزای 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 آنفلوانزای فصلی مؤثر هستند. (زیرا سویه ویروس 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 آنفلوانزا 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 آنفلوانزا 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.

خلاصه بخش

- پاندمی انفلوانزا بدنبال تغییرات عمده (شیفت آنتی ژنی) در ویروس انفلوانزا و تولید ویروس جدید که جامعه به آن مصونیت ندارد روی می دهد.
- پاندمی هی انفلوانزا در طول تاریخ باعث صدمات جبران ناپذیری در جنبه های مختلف انسانی-اجتماعی-اقتصادی گردیده اند
- ویروسهای انفلوانزای حیوانات(بالاخص پرندگان) با ترکیب ژنتیک جدید در حیوانات میزبان منجر به تولید زیرگروههای جدید ویروسی گردیده و با انتقال به انسان با سرعت بالا گسترش یافته و در مدت زمان کوتاهی منجر به همه گیری می گردند.
- بکارگیری راهبردهای اساسی در کنترل و محدودسازی پاندمی نقش بسزایی ایفا می کند.

تمرین در کلاس درس

- اهمیت پاندمی انفلوانزا را شرح دهید
- تفاوت انفلوانزای پاندمی با انفلوانزای فصلی را شرح دهید

تمرین در خارج از کلاس درس

- در صورت اعلام پاندمی در کشور چه اقداماتی در روستای تحت پوشش خود انجام می دهید جزئیات آن را شرح دهید.