

شماره ۰۰۷۰۵
تاریخ ۱۳۸۸/۹/۱۰
پوست

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

رئیس محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک

سلام علیکم

به یزوست دستورعمل نحوه انباره . زنان مشکوک یا مبتلا به آنفلوآنزای H1N1 در دوران باروری ، زایمان و پس از زایمان جهت استحضار و ابلاغ به واحدهای اجرایی ارسال می گردد .

دکتر محمدرضا معینی

مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس



آنفلوآنزای H1N1 در بارداری

بارداری به عنوان عامل افزایش خطر برای ابتلا به آنفلوآنزای H1N1 2009 نیست. برای تطبیق بدن با چنین در حال رشد، تغییرات هورمونی و فیزیکی در مادر ایجاد می شود که موجب تغییراتی در سیستم ایمنی وی می گردد. به همین دلیل مادران باردار در صورت ابتلا به بیماری در معرض خطر بیشتری می باشند.

در مراقبت اولیه:

- احتمال عفونت با ویروس پاندیک آنفلوآنزای H1N1 2009 تویاً با سن مرتبط است، تقریباً ۶۰٪ بیماران مبتلا در سنین ۶۴-۱۶ هستند.
- احتمال مرگ در دو انتهای طیف سنی افزایش می یابد.
- شروع درمان آنتی ویرال در نسوع وقت ترجیحاً" در ۴۸ ساعت اول شروع علائم، خطر بیماری شدید را کاهش می دهد.

در مراقبت ثانویه:

۱. کمتر از ۸٪ از موارد ابتلا بستری خواهند شد.
۲. به دلیل تغییرات فیزیولوژیک، زنان باردار به خصوص در سه ماهه های دوم و سوم در معرض خطر بیشتری از عوارض تنفسی هستند.
۳. زنان باردار با علت ایجاب عوارض نسبت به زنان غیر باردار ۴ برابر بیشتر احتمال بستری شدن دارند.
۴. زنان باردار بیشتر در بیمارستان های سطح ۲ و ۳ بستری می شوند. بررسی ها در آمریکا، کانادا و استرالیا نشان می دهد ۹-۷٪ بستری ها در بخش های مراقبت های ویژه و زنان باردار تشکیل می دهند.
۵. اکثر بیماران بستری شده در بیمارستان (۸۰٪) قبل از بستری تحت درمان آنتی ویرال نبوده اند. فقط ۲۴٪ از زنان باردار بستری درمان را در ۴۸ ساعت اول شروع علائم بیماری دریافت داشته اند.
۶. میزان مرگ بزرگسالان بستری تقریباً ۶٪ است. میزان مرگ مادران باردار تعیین نشده است.
۷. بیماران با بیماریهای همراه شرایط بدتری خواهند داشت. احتمال بستری شدن و مرگ شدید" با بیماری های زمینه ای آنها مرتبط است. فاکتورهای خطر همراه شامل بیماری های مزمن ریوی، دیابت و بیماری های قلبی است. جاتی یک فاکتور خطر برای نیاز به مراقبت های ویژه است اما فاکتور خطر برای مرگ نمی باشد.
۸. بروز پنومونی ارتباطی به سن و جنس یا بیماریهای همراه ندارد.

فاکتور های بیشترین کننده برای بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه

شامل موارد زیر است:

- تنگی نفس (قویاً) پیش بینی کننده مرگ و نیاز به مراقبت های ویژه است.)
- نیاز به اکسیژن درمانی (قویاً) پیش بینی کننده مرگ و نیاز به مراقبت های ویژه است.)
- پنوسونی هنگام بستری (قویاً پیش بینی کننده عوارض بعد از بستری شامل نیاز به مراقبت های متعدد ویژه و مرگ می باشد.)
- تاکیکاردی (هرچه ضربان قلب بالاتر باشد احتمال نیاز به مراقبت های ویژه نیز افزایش می یابد.)
- تغییر سطح هوشیاری

توجهیه هایی برای مراقبتهای اولیه

اولین دقایق در زمان باردار در مراقبت های اولیه

1. در زمان یا موارد معمول عفونت تنفویاً انتظار بر بهبود کامل می باشد. درمان علامتی مناسب، دسترسی سریع به داروهای ضد ویروس، اطلاع از سیر معمول بیماری و زمان مراجعه برای بیمار از کالیفست ۲. تب خفیف، آپریزش و سرفه ای که به تازگی شروع شده باشد، از علائم مشکوک عفونت های دستگاه تنفسی ویروسی است و در اکثر موارد بدون نیاز به بستری با دادن مایعات و ضد تب ها مثل استامینوفن درمان می شود. داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی در بارداری منع مصرف دارند. داروهای ضد سرفه و سرماخوردگی نباید به طور خودسرانه و بیش از حد مصرف شود.
3. در بیماران با علائم آسم، درمان می بایستی مبتنی بر شواهد و بر اساس راهنماهای بالینی، درمان آسم و صد ویروس باشد.
4. بیماران با تنگی نفس یا تب راجعه و عدم پاسخ به درمان بایستی از نظر وجود و شدت پنومونی متناسب به آسم و نیاز ارجاع به بیمارستان بررسی شوند.
5. به زنان باردار باید آموزش داد که در صورت وخامت حال عمومی و یا قطع زودتر از موقع درمان ضد ویروسی به پزشک معالج خود اطلاع دهند.

موارد ارجاع به بیمارستان

1. لنیکسیون های غیر اختصاصی ارجاع به بیمارستان شامل:
 - a. علائم دیسترس تنفسی (تنگی نفس، تکی به)
 - b. تشیاع خون محیطی کمتر یا مساوی ۹۴٪ در هوا
 - c. هیدراتاسیون یا شوک
 - d. هر علامتی از سپتیس

۵. تغییر سطح هوشیاری

f. تشنج

۲. در همه بیماران با تشخیص بالینی پتورمانی مرتبط با آنفلوآنزا و تنگی نفس ارجاع به بیمارستان و ارزیابی

فوری بایستی در نظر گرفته شود.

۳. اندازه گیری اشباع اکسیژن محیطی با استفاده از پالس اکسیمتری جهت رد هیپوکسمی لازمی است. نبود

سیانور سال بر تپود هیپوکسمی نمی باشد.

۴. همه زنان باردار با اشباع اکسیژن محیطی اندازه گرفته شده توسط پالس اکسی متر (SpO_2) کمتر از ۹۴٪

کاندید ارجاع به بیمارستان و دریافت اکسیژن کمکی هستند.

۵. تبهر بالینی یک پزشک حاذق نبایستی مانع از ارجاع به موقع زن باردار به بیمارستان جهت بررسی بیشتر

و درمان مناسب شود.

۶. پزشکان و کادر درمانی بایستی از عوارض ممانعی که می تواند تلهوری مشابهی ایجاد کنند مطلع باشند.

• تاکی پنه و تاکیکاردی - شایع تر آمبولی ریه‌ی

• درد اینگاسترن، سردرد و افزایش خفیف فشارخون - شایع در پره اکلامپسی یا بکلان جفت

نقشه نهایی سرعانی برای مراقبت ثانویه

ارزیابی و درمان زنان باردار در مراقبت ثانویه

زنان بارماری که با مشکل تنفس بستری شده اند می بایستی بصورت مشترک توسط گروه های مامایی و طبی مدیریت شوند.

یک ارزیابی در اولین قدم شامل بررسی و تعیین بهترین محل بستری جهت مدیریت بهینه بیماری لازم است.

در صورت زنان نیازمند به حمایت تنفسی، درمان می بایست با بهترین رجه در بخش مراقبت های ویژه ب نظارت دقیق گروه مامایی انجام پذیرد.

در موارد قریب الوقوع بودن زایمان می بایست بپهر در بزرگ زیمان با مراقبت های دقیق گروه مریکال بستری شود.

بعد از زایمان ممکن است نیاز به انتقال مادر به محل مناسب تر با شرایط بهتر باشد که در اینصورت تدویم مراقبت های ممانعی نیز بایستی احاطا شود.

۱. در نظر گرفتن رد تشخیص های ممانعی با علائم مشابه مانند کوریو آمینونیسیس شدید (بایستی قسمتی از

مراحل ارزیابی مادران بپهر باشد.

۲. در مورد بیماران بستری، از ابزار هشدار دهنده سریع می بایست برای تشخیص به موقع در بیمارانیکه حال

عمومی آنها رو به وخامت است، استفاده شود.

۳. بیماران با بیماری زمینه ای بدتر شونده بایستی بر اساس مستندات و دستورالعمل های موجود همزمان

تحت درمان مشکل زمینه ای و آنفلوآنزا قرار گیرند.

۴. درمان یا نامی شو می بایستی بر اساس علائم بالینی تا زمان آسوده شدن تشنج، گذشت شروع شود. درمان نیز باید بر اساس راهنماهای بالینی تهیه شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌ها انجام پذیرد.

۵. در بیماران با افت فشارخون و اختلال کلیوی و کاهش بیرون ده ایواری نزدیک بوزهای بولوس مایعات وریدی یک درمان مناسب و روئین تر ابتدای امر است. به هر حال بر بعضی موارد تزریق نوز های بالای سیعات می تواند منجر به عوارض جدی ریوی شود. برای بیمزائی که به درمان مایعات مقاوم هستند استفاده از گانگولاسیون ورید مرکزی و شروع زودرس داروهای اینوتروپ اوازپیرسور توصیه می شود.

تیب در بارداری:

مضاعفات اپیدمیولوژیک نشان داده اند که تب کنترل نشده در بارداری با سقط و اختلالاتی مانند عوارض لونه عصبی و قلبی مرتبط است.

تب یک فاکتور خطر شناخته شده برای زایمان زودرس است.
جاهمیت کتون تب با استفاده از نستانینوفن و هیدراتاسیون بایستی تاکید شود.

گورتیکو استروئیدها در بارداری:

۱. تجویز در روز پانزدهم جهت تسریع بلوغ جنین در موارد زایمان زودرس، (مطابق با دستورالعمل های موجود) در حال حاضر اثرات تجویز یک دوره درمانی بر روی سیستم ایمنی مادر نامعلوم است اما مستزاد گویای تضعیف ایمنی شدید برای آسیب جدی به مادر نیستند .
۲. با عنایت به اینکه تجویز گورتیکو استروئید ها به منظور تسریع بلوغ ریه جنین می باشد. استفاده از یک دوره (دو دوز) پانامتازون توصیه می شود. اما تکرار دوز درمانی به هیچ وجه پذیرفته نیست.

تصمیم برای ختم بارداری

۱. اکثریت زنان با علائم آنفلوآنزا در لیور در صورت استفاده از روشهای کاهش درد مناسب و هیدراتاسیون کافی، فصل زایمان را خواهند داشت.
۲. وقتی یک زن با علائم و عوارض آنفلوآنزا بستری می شود تیم درمانی از همان ابتدا بایستی برای مدیریت بهینه مشکل و برنامه درمانی مشخص، برگیر شوند.
۳. تصمیم برای ختم بارداری در اکثریت موارد بر اساس نیکاسیون های ممانی خواهد بود. در یک مادر شدیداً بیمار نزدیک به ترم به منظور تأمین شرایط بهینه تهویه مکانیکی، ختم بارداری معمولاً از طریق سزارین اندیکاسیون دارد. البته ختم بارداری می بایستی با تأمین شرایط کلینیکی در صورت تثبیت مدیکال مادر و اصلاح و یا در مشکلاتی مانند کوآگولوپاتی انجام گیرد.
۴. اکثریت مشکلات تنفسی در سه ماهه دوم و سوم اتفاق می افتد. در بعضی موارد ممکن است وضعیتی رخ دهد که نیاز به زایمان بره ترم جهت بهبود شرایط تهویه مکانیکی یک مادر شدیداً بیمار وجود داشته باشد. تصمیم بالینی توسط گروه زنان و زایمان، نوزادان و تیم درمانی مدیکال اتخاذ خواهد شد. بیمار و خانواده

- ۵. او بایستی بر این تصمیم گیری مشارکت داشته باشند. ایده آل اینست که حداقل ۲۴ ساعت قبل از ختم بارداری گورتیکو استروئید تجویز شده باشد.
- ۶. نیاز به ختم بارداری در سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم خاتم است مگر اینکه تفاوت بارداری برای زن باردار خطرناک باشد.
- ۷. برای سوزاژین انتخابی، چنانچه زن بزادار دارای عذم آنفلوآنزا باشد تجویز درمان ضد ویروسی در به تعویق انداختن عمل جراحی تا ۲ روز توصیه می شود تا مادر بهبود یابد و خطر عوارض برای مادر و انتشار بیماری در بیمارستان به بیماران دیگر و کارکنان کاهش یابد.

عوارض احتمالی

در بین عوارض احتمالی مسائل ذیل گزارش شده است:

- اختلال انعقادی وسیع داخل عروقی
- اختلالات شنیدنی عتدقیب ویرمی انسفالیت
- اختلالات روانی در فاز بهبود، نیاز به حمایت مناسب
- ترومبوسیتوپنی وریدهی و آمبولی ریوی

در زمان بین از ایمان:

۱. زمان پس از ایمان در معرض خطر کمتری از نظر عوارض تنفسی می باشند چون فشار رحم حمله از روی ریه برداشته شده است. به هر حال امکان تجربه عوارضی مشابه و احتمال انتقال عفونت به نوزاد به دلیل بیماری ویروسی وجود دارد. در این مادران نیز تاکید بر رعایت مسائل بهداشتی و درمان ضد ویروسی بر اساس دستورالعمل ها لحاظ گردد. مادران باید برای شیردهی تقویز شوند.
۲. تغذیه با شیرمادر برای کودکان مهم است و بایستی در صورت امکان تداوم یابد. حتی اگر مادر مبتلا به آنفلوآنزا به منشا خوبی است.
۳. زمانی که در حال شیردهی هستند و علائم آنفلوآنزا را دارند بایستی درمان ضد ویروسی ضیق دستورالعمل ها انجام پذیرد.

تجویزهای دیگر و پیوندزیک

۱. درمان آنتی ویرال و آنتی میکروبیال در صورت وجود اندیکاسیون بالینی، بایستی برای دریافت نتایج به تعویق افتد.
۲. ایده آل است که همه بیماران بستری با بیماری مشابه آنفلوآنزا، حداقل از نظر ابتدا آنفلوآنزای H1N1 آزمایش شوند.

۳. مگر انجام تست برای همه گروه ها مقدور نیست برای گروه های در معرض خطر مانند زنان باردار

دارای علائم آنفلوآنزا، افراد بستری در بخش مراقبت های ویژه یا افراد دارای پنومونی آنفلوآنزایی

نمونه گیری انجام شود.

۴. در موارد وخیم تر شدن شرایط عمومی بیمار، نمونه گیری برای غربتگری میکروبی و ویروسی برای

سایر پاتوژن ها بایستی تکرار شود.

۵. در صورت وخامت حال عمومی بیمار در طول درمان با داروهای ضد ویروسی، مقاومت دارویی

آزمایش شود و از نظرات یک میکروبیولوژیست کمک گرفته شود.

تشخیص بستری در بخش های درانت ویژه

مواردی برای تشخیص ماردانی که از شرایط مراقبت های ویژه منتفع می شوند و بایستی با هماهنگی متخصصین مراقبت های ویژه، مشخص گردد شامل:

۱. تنگی نفس شدید
۲. بیمارانی با پنومونی آنفلوآنزایی یا پنومونی اولیه در طرفه ویروسی
۳. میوکسمی با فشار اکسیژن $> 8 \text{ Kpa}$
۴. هیپرکپنه پیشرونده
۵. افت فشارخون مقاوم به درمان
۶. شوک سپتیک
۷. اسیدوز شدید $\text{PH} < 7.26$
۸. $\text{GCS} < 10$ یا بدتر شونده سطح هوشیاری

توجه: پیش از بستری از مرگ

۱. پزشکان آزمایشات بعد از مرگ را در موارد منجر به فوت از نظر بیماری شیب آنفلوآنزا و یا پنومونی

آنفلوآنزایی انجام دهند.

۲. آزمایش پس از مرگ بایستی شامل بررسی های جامع ویروئولوژیک و باکتریولوژیک باشد.