

广州卫生

粤内登字 A 第 00121 号 (内部资料 免费交流)
广州市卫生局主管 广州市健康教育所主办

二〇一四年二月十七日 第三期 (总第 1007 期) 编辑部 E-mail: edit@gzhe.net

国家卫生计生委办公厅印发新版人感染 H7N9 禽流感诊疗方案和疫情防控方案

本报讯 为进一步做好人感染 H7N9 禽流感病例的医疗救治工作和疫情的预防控制工作,保护人民群众的身心健康和生命安全,国家卫生计生委办公厅分别于 2014 年 1 月 24 日和 27 日印发了《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案 (2014 年版)》(以下简称“新版《诊疗方案》”)、《人感染 H7N9 禽流感疫情防控方案 (第三版)》(以下简称“新版《防控方案》”),请各地根据实际情况参照执行。而 2013 年 5 月 10 日印发的《人感染 H7N9 禽流感防控方案 (第二版)》则同时废止。H7N9 早诊断 发热病人均需验血 新版《诊疗方案》中明确规定,医疗

病要加强预检分诊,对就诊的发热病例应立即转至发热门诊进行血常规检测,对于白细胞正常或降低的患者进一步开展流感病毒的病原学检测。该诊疗方案还规定,对病原学检测阳性患者,或检测结果为阴性,同时有下呼吸道感染表现或临床高度怀疑的患者及早予以抗病毒治疗。同时重点加强发热门诊的医务人员对人感染 H7N9 禽流感防治指南及规范的培训学习,提高人感染 H7N9 禽流感病例的早识别、早检测的意识和能力。在确诊病例的救治过程中,加强对重症病例的识别,尤其是对具有高危因素的流感患者的病情密切监测。首诊医疗机构不具备医疗救治条件的,由辖区卫生计生行政部门组织专家对收治医院进行指导和支持。充分利用全市医疗资源,加强重症病例救治,强化呼吸支持等各种综合治疗措施,以降低重症病例死亡率。防控方案建议疫情发生地关闭活禽市场 新版《防控方案》提出,在发生疫情地,建议采取活禽市场休市和彻底消毒措施;在有条件的地,鼓励采取季节性休市措施。该防控方案提出,各级卫生计生行政部门应当根据疫情形势、病原学监测和研究进展及时组织专家进行疫情形势研判,要根据疫(下转第 4 版)

省卫生计生委召开人感染 H7N9 禽流感防控工作电视电话会议

专家组评估:我省发病区域将会进一步扩大

省卫生计生委主任陈元胜强调要加强源头防控,对病例坚持“四早”,注重早期使用磷酸奥司他韦等神经氨酸酶抑制剂

本报讯 2 月 7 日下午,省卫生计生委召开全省卫生计生系统人感染 H7N9 禽流感防控电视电话会议,分析评估当前人感染 H7N9 禽流感疫情形势,介绍人感染 H7N9 禽流感最新诊疗经验,部署医疗救治和防控工作。

省卫生计生委主任陈元胜指出,从前期我省防控情况看,全省各地卫生计生部门认真贯彻落实国家卫生计生委和省委省政府的决策部署,按照“立足防,强化治,防治结合”的防控原则,做了大量扎实有效

的工作,但当前我省人感染 H7N9 禽流感防控形势十分严峻。专家组评估认为,我省进入人感染 H7N9 禽流感病例的多发、散发阶段,发病区域将会进一步扩大;但目前发生大范围流行的可能性很小。

陈元胜要求,各地卫生计生部门要按照“关口前移,重心下沉;从源头防控,减少感染发病;早发现、早报告、早诊断、早治疗,减少死亡”的防控策略,充分发挥联防联控牵头单位的作用,根据疫情形势建议当地政府采取有针对性的防控措施;在未

发生疫情的地市,采取活禽市场“一日一清洗,一周一消毒,一月一休市”措施;在发生疫情地市,采取休市和彻底消毒措施;有条件的地市,鼓励采取季节性休市措施。

陈元胜强调,对人感染 H7N9 禽流感病例要坚持“四早”,特别要注重早期使用磷酸奥司他韦等神经氨酸酶抑制剂,做到五个要:一要提高早期用药意识,对每例发热、流感病人要有意识地主动向问离接触史、暴露史等流行病学情况;二要及时转诊,提高对重症病例的早期识别能力,及

时转至重症病例定点医院救治。三要加强对重症病例救治工作,坚持“集中患者、集中专家、集中资源、集中救治”的原则,对重症、危重病例采取综合治疗措施;四要进一步加强培训,使每位医务人员熟练掌握相关防控技术;五要保证药物库存,要及时足量采购磷酸奥司他韦等神经氨酸酶抑制剂(儿童使用颗粒剂)。

会议要求各地各级卫生计生部门要认真学习贯彻省委、省政府和省卫生计生委的工作部署,确保落实到每一间医疗机构。

全省人感染 H7N9 禽流感病例持续有报,专家建议——

需采取更严更细防控措施

本报讯 广东省疾控中心近日通报疫情评估:目前发生大范围流行的可能性很小,如果不采取更严更细的防控措施,疫情可能更严峻,发病区域将会进一步扩大。专家组发现,目前活禽市场外环境标本阳性率较严重,尤其在发病局部区域,有的达 100%;有的活禽市场休市制度落实不到位,一关了事,没有清光活禽,更别提清洗和消毒;出现发病从城市向农村转移,尤其是粤西,传染源从活禽市场向农户扩散;各地救治水平参差不齐,如今,重症发病至死亡的时间从原来的约 22 天缩减至平均 6 天,甚至不时出现住院至死亡仅 2 天的病例。

省疾病预防控制中心主任、省防控人感染 H7N9 禽流感防控专家组组长张惠慧,省疾控首席专家、传染病预防控制所所长何剑峰,介绍广东人感染 H7N9 禽流感疫情的专家组研判表示,目前发生大范围流行的可能性很小,但如果采取更严更细的防控措施,疫情可能更严峻,发病区域将会进一步扩大。何剑峰提醒,广东正在进入季节性流感的流行期,还要关注与 H7N9 杂交的甲型 H1N1、甲型 H3N2 流感和 B 型流感,“自去年 12 月开始,广东流感流行程度明显高于往年”。

专家建议

建议一:鸡只不过夜存档

活禽市场环境污染防治是公认的人感染 H7N9 禽流感的高危因素。专家们认为,只要防控住活禽市场,可隔绝大部分的暴露、感染机会。为此,专家组制订了详细的活禽市场休市、清洁、消毒的执行标准、技术要求,并于今年 2 月 12 日印发施行(见本报第 4 版《广东省活禽经营市场“三个一”防控措施技术要求》)。

建议二:集中屠宰冰鲜上市

专家呼吁,为“长治久安”计,最理想的是对禽只集中屠宰、冰鲜上市,广东最好效仿香港模式,即 80%-90%冰鲜,仅保留 10%左右的活禽上市。

建议三:早就诊早用药

专家建议,根据疫情,现阶段应从倡导早发现、早检测、早治疗,改变为强调早就诊、早用药,只要发烧超过 38℃,有咳嗽或咽红,必须马上就诊,并尽早服用磷酸奥司他韦等神经氨酸酶抑制剂。疾控专家指出,60 岁以上老人一旦出现流感症状,不要等检测确诊,应立即使用神经氨酸酶抑制剂。而其他人群,出现发烧超过 38℃,有咳嗽或咽红,必须马上做血常规,以便尽快使用神经氨酸酶抑制剂。

广州市卫生局印发神经氨酸酶抑制剂临床治疗指引

为进一步加强我市人感染 H7N9 禽流感医疗救治工作,减少重症病例出现,根据国家和省卫生计生委相关文件精神,广州市卫生局组织专家组制定了《广州市医疗机构神经氨酸酶抑制剂临床治疗简明指引》(以下简称《简明指引》,详见本报第 2 版),并通知各区卫生局迅速下发指引并组织培训学习,做好神经氨酸酶抑制剂的储备和使用,落实神经氨酸酶抑制剂使用周报告制度和加强督导检查。

通知要求各区卫生局要迅速将《简明指引》印发至辖区内各级各类医疗机构,并组织其开展培训学习。培训要覆盖辖区各级各类医疗卫生机构,特别要

加强对基层医疗卫生机构、民营医疗机构、个体诊所培训;各级各类医疗机构要组织开展院内相关医务人员全员培训,并将《简明指引》发放到相关科室的每一位医生,务必使相关医生均熟练掌握和正确使用神经氨酸酶抑制剂。

通知要求各区卫生局要督促辖区医疗机构及时做好药物储备和使用工作。按相关要求尽快将药物发放到辖区社区卫生服务中心、镇卫生院和村卫生站。各级各类医疗机构要按要求采购、储备足量的神经氨酸酶抑制剂,确保临床抗感染治疗的需要。对符合用药指征的患者,应及时、准确给予神经氨酸酶抑制剂治疗。二级以上医疗机构要开放

绿色通道,及时救治下级医疗机构转送的病人。

为准确掌握我市医疗卫生机构神经氨酸酶抑制剂使用情况,从 2014 年 1 月 12 日起,实行全市医疗机构神经氨酸酶抑制剂使用情况每周报告制度。

市卫生局要求各区加强对辖区内各级各类医疗机构开展《简明指引》培训,药物储备和使用等工作情况的监督检查。发现落实不到位、不及时的,要及时督促整改,情况严重的,要追究相关人员责任。市卫生局将适时对各区相关工作情况进行督导。此外,在药物采购、临床诊治中遇到需要协调的事宜,可通过各区卫生局报告市卫生局疾控处。

神经氨酸酶抑制剂使用情况上报路径示意图



人感染 H7N9 禽流感知识要点

(根据《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案(2014 年版)》摘编)

- ★ 人感染 H7N9 禽流感是由 H7N9 禽流感病毒引起的急性呼吸道感染病。
- ★ 该病的重症肺炎病例常可合并急性呼吸窘迫综合征、感染性休克,甚至多器官功能衰竭。
- ★ 早发现、早报告、早诊断、早治疗,加强重症病例救治,注意中西医结合,是有效防控人感染 H7N9 禽流感、提高治愈率、降低病死率的关键。
- ★ 禽流感病毒普遍对热敏感,对低温抵抗力较强,65℃ 加热 30 分钟或煮沸(100℃)2 分钟以上可灭活。
- ★ 该病的传染源可能为携带 H7N9 禽流感病毒的禽类。
- ★ 目前,人感染 H7N9 禽流感大部分为散发病例,有个别家庭聚集发病现象,但尚无持续人传人传播的证据。
- ★ H7N9 禽流感病毒可经呼吸道传播或密切接触感染禽类的分泌物或排泄物而获得感染;或通过接触病毒污染的环境传播至人,不排除有限的非持续的人传人。
- ★ 该病的易感人群为在发病前 1 周内接触过禽类或者到过活禽市场者,特别是老年人。
- ★ 该病潜伏期一般为 7 天以内。
- ★ 患者一般表现为流感样症状,如发热、咳嗽、少痰,可伴有头痛、肌肉酸痛、腹泻等全身症状。
- ★ 该病的重症患者病情发展迅速,多在发病 3-7 天出现重症肺炎,预后较差。
- ★ 对疑似病例和确诊病例应尽早隔离治疗。
- ★ 应尽早在发病 48 小时内应用抗流感病毒药物。
- ★ 神经氨酸酶抑制剂(奥司他韦、帕拉米韦、扎那米韦)用于临床治疗人感染 H7N9 禽流感。
- ★ 目前监测资料显示所有 H7N9 禽流感病毒对金刚烷胺和金刚乙胺耐药,不建议使用。

预防人感染 H7N9 禽流感

专家建议尽量不要接触活禽

就近日广州禽流感疫情,市疾控中心主任王鸣为市民支招防范 H7N9 流感病毒:“买鸡最好买光鸡,尽量少买活鸡”,“近期最好不要吃白切鸡”、“购买鸡只时,选择正规摊档”……

医院出现不明原因肺炎要送检

据了解,春节前后,广州发生多例人感染 H7N9 禽流感疫情并出现死亡病例后,广州市疾病预防控制中心加强对农贸市场环境的检测。王鸣介绍,市卫生、疾控、农业等部门对密切接触者及禽类饲养、搬运、宰杀、售卖从业人员及重症肺炎住院病人进行了监测。并在医院设立了 20 多个监测点。如果在医院出现流感病例,怀疑患者有 H7N9 禽流感、不明

原因肺炎或重症肺炎不能通过别的病因来解释诊断的,都会送到市疾控中心作进一步检测。

王鸣透露:“随着广东、广州陆续发现 H7N9 禽流感病例,广州防控形势严峻。”王鸣表示,相关部门正在研究措施,将进一步扩大监测范围,增加采样样本。“虽然广州目前出现散发病例,但发生大规模禽流感疫情可能性不大。市民不必过分担忧。”王鸣表示。

不要吃半生不熟的鸡蛋和家禽

王鸣建议:“市民尽量不要购买、接触活禽。如需要购买家禽,最好买杀好的、冰鲜的。另外,市民去市场买鸡肉的时候尽量不要挑选一些鸡笼乱放的摊档,尽量减少染病风险。”王

鸣还说,禽流感病毒能粘在禽鸟羽毛的羽毛上,通过呼吸吸入人体,为此禽类市场有部分职业人员较难避免与禽鸟接触,工作时应戴好口罩。

“建议市民不接触活禽并不代表市民不可以吃鸡鸭等家禽。”王鸣笑称:“我自己和家人也经常吃鸡、鸭。煮熟来吃是没有问题的,只是不要吃生熟的白切鸡。”他表示,禽流感病毒对外界环境的抵抗力不强,对高温、紫外线、各种消毒药敏感,容易被杀死,病毒在 100℃ 中一分钟可以被消灭,70℃ 经几分钟即能被灭活。在厨房中将生熟分开,牢记不吃生的或半熟的鸡肉、鹅肉、鸭肉等,对鸡肉等食物应彻底煮熟,特别是注意不要吃生半生不熟的鸡蛋。(广州市疾病预防控制中心 供稿)

人类与流感——一场永不停歇的“军备竞赛”

人类虽不能“战胜”流感病毒,但与流感共舞的时代已经到来

今冬,H7N9 禽流感“卷土重来”。最近几日,各地又陆续出现了不少确诊病例。为何流感病毒总对人类“死缠烂打”?人类能否战胜拥有庞大亚型且变异迅速的流感病毒?近期做客上海“新民科学咖啡馆”讲座活动的两位科学家表示,在人类和流感病毒之间的这场永不停歇的“军备竞赛”中,科学研究跟踪病毒的脚步近年来已快了许多。

今冬 H7N9“大流行”? 目前没有

流感病毒的头实在太小(100 纳米),只有头发丝直径的千分之一,因此,直到 1930 年左右,科学家才首次从猪和人身分离出流感病毒。又直到电子显微镜发明以后,人们才首次看清楚它长什么样。

中国科学院上海巴斯德研究所分子病毒学研究员副研究员徐可博指出,流感病毒其实是一种结构非常简单的病毒,它的表面主要有 H 和 N 两种蛋白,内部是 8 条病毒基因。但通过基因突变和基因互换两种方

式,流感病毒可以不断变异,产生了非常多的亚型,加之它不能独立存活,必须“寄宿”在水禽(包括鸟)、家禽、哺乳动物等身上,这些种类繁多的宿主也“赋予”流感病毒巨大的进化和突变空间。

“从理论上讲,所有 H(18 种)和 N(11 种)的组合在自然界都可以存在,但目前被发现的病毒亚型主要有几十种,其中包括了今天为人熟知的 H7N9 和 H5N1 等。”

今冬再度出现的 H7N9 禽流感病毒,就是一种去年发现的流感病毒毒株。“流感病毒”感染过程,包括感染、复制、释放、存活和致病等方面。“徐可说,H7N9 的自我复制能力较强,目前来看仍是在局部地区散发,还不具备普遍的人际传播能力,不能称之为流感大流行。历史上,距现在最近的流感大流行是 2009 年的甲流(H1N1)。”不过,2009 年底,科学家就研发出甲流疫苗,加上甲流的复制能力较弱,致病性较低,之后已演变成季节性流感。”而前不久首次报道人感染上的 H10N8 流感病

毒,其复制能力、致病性和传播力都比较差。

人类可以战胜流感? 不能

一方面,人类通过免疫系统对流感病毒进行持续的监督和清除;另一方面,流感病毒也在不断地重组与变异。复旦大学研究生院院长、生命科学学院院长、进化生物学家钟扬认为,人类与流感就像一场永不停歇的军备竞赛,人类虽不能“战胜”流感病毒,但与流感共舞的时代已经到来。

钟扬说,仔细研究流感病毒的进化树,会发现每种流感病毒都会分成两支——一支最终被人类发明的药物消灭,另一支则总能“逃出生天”,继续不断进化。“环境好的时候,流感病毒就会住最有利的发展方向;环境差的时候,哪里能活命它就往哪里去。这符合遗传学中的放松限制法则。在这种进化中,不仅人类的科学研究无法超越它,就连大多数流感病毒也跟不上自己的步伐。”

徐可表示:“也许我们和流感病毒这两个

群体是长期共存的,但在个体上我们可以把它从体内清除。比如,用疫苗和药物把病毒浓度控制在一定范围内,在这个范围内人体免疫系统足以对付病毒。”

流感暴发能被“预报”? 或可

虽然科恩总比流感病毒进化落后一步,但反过来讲,这个“劲敌”也在促进科学发展。据钟扬介绍,流感暴发有区域分布规律,可用统计进化地理学的方法对其做长期监控,比如,根据 H 和 N 基因序列计算得出的流感病毒迁徙路线图显示——亚洲尤其是东南亚地区是流感高发地。

“使用时下热门的大数据方法,流感的暴发也许还可以‘预报’。”钟扬介绍说,2008 年,计算机科学家便小试牛刀,测算出来的流感发病率曲线和疾控中心的报告相近。流感病人在网络上的信息数据可以被抓取,其中与流感暴发有关的医学词汇就会被成为预报流感的关键词,比如,他给朋友发送“我发烧了”的信息,或给老板发“感冒请假”,甚至他在搜索引擎上查找“到哪里购买感冒药”。

通常,从医生发现疑似流感病人到确诊、再由疾控中心发出警示,需要 7 天时间,而这宝贵的 7 天恰巧是流感的潜伏期时长。生物学依据是过硬的,但速度太慢了。计算机科学家基于网络数据挖掘做出来的流感预报,计算模型再稍加改进,或许能抢回这宝贵的 7 天。不足之处是,这种预报方法,有监控公众隐私之嫌。”钟扬说。(来源:东方网)

人感染 H7N9 禽流感诊疗方案

(2014 年版)

为进一步做好人感染 H7N9 禽流感病例的医疗救治工作,更好地指导各级各类医疗机构开展人感染 H7N9 禽流感病例的规范化诊疗工作,国家卫生计生委组织制定了《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案(2014 年版)》,并于 1 月 24 日印发,请各地根据实际情况参照执行。同时要求在诊疗过程中,关注抗病毒药物的耐药性,重视医疗文书的完整性。

人感染 H7N9 禽流感是由 H7N9 禽流感病毒引起的急性呼吸道传染病,其中重症肺炎病例常可合并急性呼吸窘迫综合征、感染性休克,甚至多器官功能衰竭。早发现、早报告、早诊断、早治疗,加强重症病例救治,注意中西医并重,是有效防控、提高治愈率、降低死亡率的关键。

一、病原学

禽流感病毒属正粘病毒科甲型流感病毒属。甲型流感病毒颗粒呈多形性,其中球形直径 80~120nm,有囊膜。基因组为分节段单股负链 RNA,依据其外膜血凝素(H)和神经氨酸酶(N)蛋白抗原性不同,目前可分为 16 个 H 亚型(H1-H16)和 9 个 N 亚型(N1-N9)。禽甲型流感病毒除感染禽外,还可感染人、猪、马、水貂和海洋哺乳动物。可感染人的禽流感病毒亚型为 H5N1、H9N2、H7N7、H7N2、H7N3 等,此次为 H7N9 禽流感病毒。该病毒为新型重配病毒,编码 HA 的基因来源于 H7N3,编码 NA 的基因来源于 H7N9,其 6 个内部基因来自于 H9N2 禽流感病毒。

二、流行病学

(一)传染源。目前已经在禽类及其分泌物或排泄物以及活禽市场环境标本中检测和分离到 H7N9 禽流感病毒,与人感染 H7N9 禽流感病毒高度同源。传染源可能为携带 H7N9 禽流感病毒的禽类。目前,大部分为散发病例,有个别家庭聚集发病现象,但尚无持续人际间传播的证据。

(二)传播途径。具体途径可经呼吸道传播或密切接触感染禽类的分泌物或排泄物而获得感染;或通过接触病毒污染的环境传播至人;不排除有限的非持续的人传人。

(三)高危人群。在发病前 1 周内接触过禽类或者到过活禽市场者,特别是老年人。

三、发病机制和病理

H7N9 禽流感病毒可以同时结合唾液酸 α-2,3 型受体(禽流感病毒受体)和唾液酸 α-2,6 型受体(人流感病毒受体),较 H5N1 禽流感病毒更易与人上呼吸道上皮细胞(唾液酸 α-2,6 型受体为主)结合,相对于季节性流感病毒更容易感染人的下呼吸道上皮细胞(唾液酸 α-2,3 型受体为主)。H7N9 禽流感病毒感染人体后,可以诱发细胞因子风暴,导致全身炎症反应,可出现 ARDS、休克及多脏器功能衰竭。个别重症病例下呼吸道病毒可呈持续性至病程的 3 周以上。

四、临床表现

根据流感的潜伏期及现有人感染 H7N9 禽流感病例的调查结果,潜伏期一般为 7 天以内。

(一)症状、体征和临床特点。患者一般表现为流感样症状,如发热、咳嗽、少痰,可伴有头痛、肌肉酸痛、腹泻等全身症状。重症患者病情发展迅速,多在发病 3-7 天出现重症肺炎,体温大多持续在 39℃以上,出现呼吸困难,可伴有咯血痰。常快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症、感染性休克,甚至多器官功能衰竭,部分患者可出现胸腔积液等表现。

(二)实验室检查。

- 血常规。白细胞总数一般不高或降低。重症患者多有白细胞总数及淋巴细胞减少,可有血小板降低。
- 血清学检查。多有肌酸激酶、乳酸脱氢酶、天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶升高,C 反应蛋白升高,肌红蛋白可升高。
- 病原学及相关检测。抗病毒治疗之前必须采集呼吸道标本送检(如鼻咽分泌物、口腔含漱液、呼吸道分泌物、气管吸出物),气管深部咳痰或气管吸出物检测阳性率高于上呼吸道标本。有病原学检测条件的医疗机构应尽快检测,无病原学检测条件的医疗机构应留取标本尽快送指定机构检测。

(一) 二级以上医疗机构适用



足量、足疗程使用神经氨酸酶抑制剂

(2)甲型流感病毒抗原检测。呼吸道标本甲型流感病毒抗原快速检测阳性。仅适用于没有核酸检测条件的医疗机构作为初筛实验。

(3)病毒分离。从患者呼吸道标本中分离 H7N9 禽流感病毒。

(4)动态检测急性期和恢复期双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高。

(三)胸部影像学检查。发生肺炎的患者肺内出现片状阴影。重症患者病变进展迅速,常呈双肺多发磨玻璃影及肺实变影像,可合并少量胸腔积液。发生 ARDS 时,病变分布广泛。

(四)预后。人感染 H7N9 禽流感重症患者预后差。影响预后的因素可能包括患者年龄、基础疾病、并发症等。

五、诊断与鉴别诊断

(一)诊断。根据流行病学接触史、临床表现及实验室检查结果,可作出人感染 H7N9 禽流感的诊断。在流行病学史不详的情况下,根据临床表现、辅助检查和实验室检测结果,特别是从患者呼吸道分泌物标本中分离出 H7N9 禽流感病毒,或 H7N9 禽流感病毒核酸检测阳性,或动态检测双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高,可作出人感染 H7N9 禽流感的诊断。

- 1.流行病病史。发病前 1 周内接触禽类及其分泌物、排泄物或者到过活禽市场,或者与人感染 H7N9 禽流感病例有流行病学联系。
- 2.诊断标准。
 - (1)疑似病例:符合上述临床表现,甲型流感病毒抗原阳性,或有流行病学史。
 - (2)确诊病例:符合上述临床表现,或有流行病学接触史,并且呼吸道分泌物标本中分离出 H7N9 禽流感病毒或 H7N9 禽流感病毒核酸检测阳性或动态检测双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高。
 - (3)重症病例:符合下列任一条标准,即诊断为重症病例:
 - 1.X 线胸片显示为多叶病变或 48 小时内病灶进展>50%;
 - 2.呼吸困难,呼吸频率>24 次/分;
 - 3.严重低氧血症,吸氧流量在 3-5 升/分条件下,患者 SpO2≤92%;
 - 4.出现休克、ARDS 或 MODS(多器官功能障碍综合征)。易发展为重症的危险因素包括:
 - 1.年龄>60 岁;
 - 2.合并严重基础病或特殊临床情况,如心脏或肺部基础疾病、高血压、糖尿病、肥胖、肿瘤、免疫抑制状态、孕妇等;
 - 3.发病后持续高热(T>39℃)3 天及 3 天以上;
 - 4.淋巴细胞计数持续降低;
 - 5.CRP、LDH 及 CK 持续增高;
 - 6.胸部影像学提示肺炎。出现以上任一条情况的患者,可能进展为重症病例或出现死亡,应当高度重视。

六、治疗

(一)隔离治疗。对疑似病例和确诊病例应尽早隔离治疗。

(二)对症支持治疗。可吸氧,根据缺氧程度可采用鼻导管、开放面罩及储氧面罩进行氧疗。高热者可进行物理降温,或应用解热药物。咳嗽、咳痰严重者给予复方甘草片、盐酸氨溴索、乙酰半胱氨酸,可待因等止咳祛痰药物。

(三)抗病毒治疗。应尽早应用抗流感病毒药物。

- 1.抗病毒药物使用原则。
 - (1)在使用抗病毒药物之前应留取呼吸道标本。
 - (2)抗病毒药物应尽量在发病 48 小时内使用。重点在以下人群中使用:
 - ①人感染 H7N9 禽流感病例;
 - ②甲型流感病毒抗原快速检测阳性的流感样病例;
 - ③甲型流感病毒抗原快速检测阴性或无条件检测的流感样病例,具有下列情形者,亦应使用抗病毒药物:
 - A.与疑似或确诊病例有密切接触者(包括医护人员)出现流感样症状;
 - B.聚集性流感样病例;
 - C.1 周内接触过禽类的流感样病例;
 - D.有慢性心肺疾病、高龄、妊娠等情况的流感样病例;
 - E.病情快速进展及临床上认为需要使用抗病毒药物的流感样病例;
 - F.其他不明原因肺炎病例。

- 2.神经氨酸酶抑制剂:
 - (1)奥司他韦(Oseltamivir):成人剂量 75mg 每日 2 次,疗程 5-7 天,重症病例剂量可加倍,疗程可延长一倍以上。1 岁及以上年龄的儿童患者应根据体重给药:体重不足 15Kg 者,予 30mg 每日 2 次;体重 15-23Kg 者,予 45mg 每日 2 次;体重 23-40Kg 者,予 60mg 每日 2 次;体重大于 40Kg 者,予 75mg 每日 2 次。对于吞咽胶囊有困难的儿童,可选用奥司他韦混悬液。
 - (2)帕拉米韦(Peramivir):重症病例或无法口服者可用帕拉米韦氯化钠注射液,成人用量为 300-600mg,静脉滴注,每日 1 次,1-5 天,重症病例疗程可适当延长。目前临床应用数据有限,应严密观察不良反应。
 - (3)扎那米韦(Zanamivir):成人及 7 岁以上青少年用法:每日 2 次,间隔 12 小时,每次 10mg(分两次吸入)。
 - 3.离子通道 M2 阻滞剂:目前监测资料显示所有 H7N9 禽流感病毒对金刚烷胺(Amantadine)和金刚乙胺(Rimantadine)耐药,不建议使用。

- (四)中医药辨证论治。
 - 1.疫毒犯肺,肺失宣降证(疑似病例或确诊病例病情轻者)。症状:发热,咳嗽,少痰,头痛,肌肉关节疼痛,舌红苔薄,脉数滑。舌红苔薄,脉滑数。治法:清热解毒,宣肺止咳。参考处方和剂量:银翘散合白虎汤。金银花 30g,连翘 15g,炒杏仁 15g,生石膏 30g,知母 10g,桑叶 15g,芦根 30g,青蒿 15g,黄芩 15g,生甘草 6g。水煎服,每日 1-2 剂,每 4-6 小时口服一次。加减:咳嗽甚者加枇杷叶、浙贝母。中成药:可选择疏风解毒胶囊、连花清瘟胶囊、金莲清肺泡腾片等具有清热解毒、宣肺止咳功效的药物。中药注射液:痰热清注射液、喜炎平注射液、热毒宁注射液、血必净注射液、参麦注射液。
 - 2.疫毒泻肺,内闭外脱证(临床表现高热、急性呼吸窘迫综合征、感染性休克等患者)。症状:高热,咳嗽,痰少难咯,憋气,喘促,咯血,或见咯吐粉红色泡沫痰,伴四肢不温,四肢厥逆,躁扰不安,甚则神昏谵语。舌暗红,脉沉细数或脉微欲绝。治法:解毒泻肺,益气固脱。参考处方和剂量:宣白承气汤合参黄汤。生大黄 10g,全瓜蒌 30g,炒杏仁 10g,炒葶苈子 30g,生石膏 30g,生栀子 10g,虎杖 15g,莱菔子 15g。

山羊肉 15g,西洋参 15g 水煎服,每日 1-2 剂,每 4-6 小时口服或鼻饲一次。

加减:高热、神志恍惚、甚至神昏谵语者,上方送服安宫牛黄丸;肢冷、汗出淋漓者加炮附子、煨龙骨、煨牡蛎;中成药:可选择参麦注射液、参附注射液、痰热清注射液、血必净注射液、喜炎平注射液、热毒宁注射液。

- 3.以上中药汤剂、中成药和中药注射液不作为预防使用,应早期使用中西医结合治疗。
- (五)加强支持治疗和预防并发症。注意休息,多饮水,增加营养,给予易消化的饮食,维持水电解质平衡。如出现明显低钠血症,应积极补充氯化钠。对于低钾血症,应给予氯化钾、门冬氨酸钾等补钾治疗。须密切观察病情,监测并预防并发症。抗菌药物应在明确继发性细菌感染时有充分证据提示继发性细菌感染时使用。
- (六)重症病例的治疗。具体参照《人感染 H7N9 禽流感医疗救治专家共识》重症病例的治疗部分。

七、医院感染防控

严格规范收治人感染 H7N9 禽流感患者医疗机构的医院感染防控措施。遵照标准预防的原则,根据疾病传播途径采取防控措施。具体措施依据《人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南(2013 年版)》的相关规定。

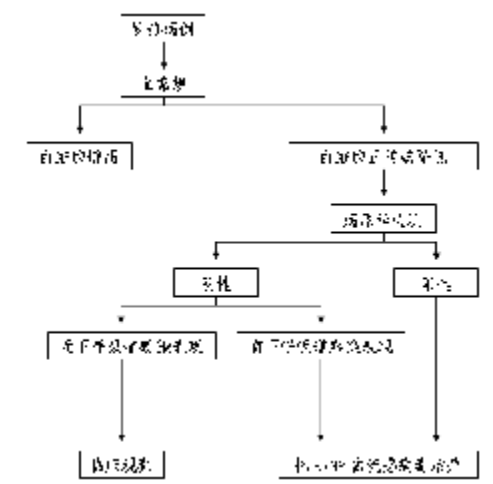
八、转科或出院标准

(一)因基础疾病或合并症较重,需较长时间住院治疗的患者,待人感染 H7N9 禽流感病毒核酸检测连续 2 次阴性后,可转出隔离病房进一步治疗。

(二)体温正常,临床症状基本消失,呼吸道标本人感染 H7N9 禽流感病毒核酸检测连续 2 次阴性,可以出院。

附件:有疫情地区人感染 H7N9 禽流感早检早治流程图

附件 有疫情地区人感染 H7N9 禽流感 早检早治流程图



注:对于血常规检查白细胞不高或者降低的病例,应当行甲型流感或 H7N9 禽流感病原学检测。

- 1.具备 PCR 检测条件的,应行 H7N9 或 H7 核酸检测。
- 2.不具备 PCR 检测条件的,可先行甲型流感病毒抗原检测。
- 3.甲型流感或 H7N9 禽流感病原学检测阳性,抗病毒治疗;病原学检测虽为阴性,但临床高度怀疑的病例,仍应当行抗病毒治疗。

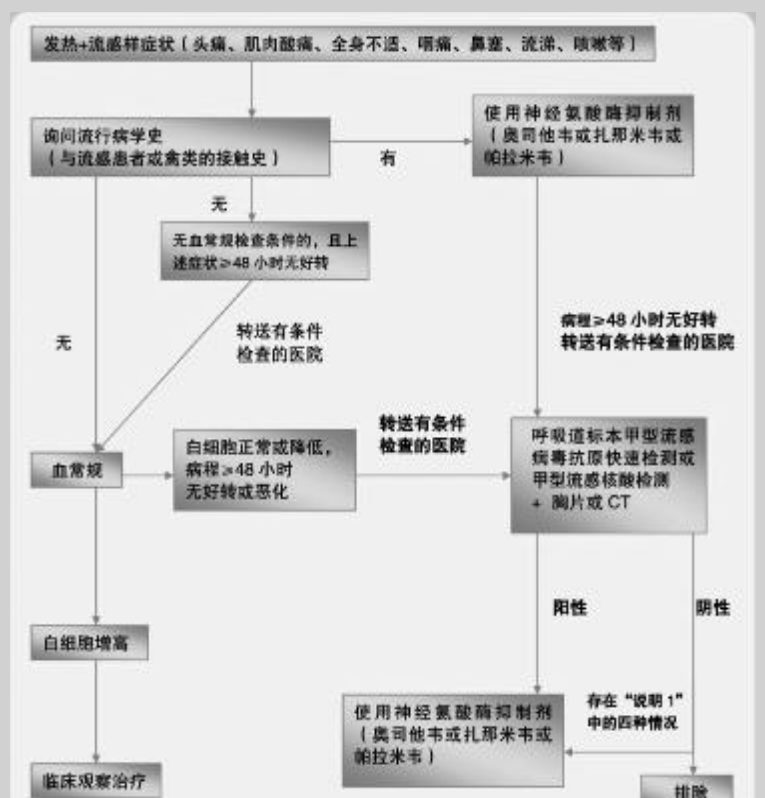
广州市医疗机构神经氨酸酶抑制剂临床治疗简明指引

(广州市卫生局 2014 年 1 月 9 日印发)

(一) 二级以上医疗机构适用



(二) 二级以下医疗机构适用



说明:

- 1.甲型流感病毒抗原快速检测阴性,但具有下列情形之一者,也要及时使用神经氨酸酶抑制剂:
 - A.有密切接触者(包括医护人员)出现流感样症状者;发生聚集性流感样病例及在 1 周内接触过禽类的流感样病例;
 - B.有基础疾病如慢性心肺疾病,高龄,孕妇等流感样病例;
 - C.病情快速进展及临床上认为需要使用抗病毒药物的流感样病例;
 - D.其他不明原因肺炎病例。
- 2.神经氨酸酶抑制剂用法参照相关药物说明书、国家卫生和计划生育委员会《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案》及《广东省医疗机构神经氨酸酶抑制剂临床应用指引(试行)(粤卫明电[2013]11 号)》。
- 3.孕妇使用神经氨酸酶抑制剂有一定的风险,应对风险及获益情况充分评估后决定是否使用。
- 4.小于 1 岁的儿童使用神经氨酸酶抑制剂的经验不多,应充分评估后慎重决定是否使用。

说明:

- 1.甲型流感病毒抗原快速检测阴性,但具有下列情形之一者,也要及时使用神经氨酸酶抑制剂:
 - A.有密切接触者(包括医护人员)出现流感样症状者;发生聚集性流感样病例及在 1 周内接触过禽类的流感样病例;
 - B.有基础疾病如慢性心肺疾病,高龄,孕妇等流感样病例;
 - C.病情快速进展及临床上认为需要使用抗病毒药物的流感样病例;
 - D.其他不明原因肺炎病例。
- 2.神经氨酸酶抑制剂用法参照相关药物说明书、国家卫生和计划生育委员会《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案》及《广东省医疗机构神经氨酸酶抑制剂临床应用指引(试行)(粤卫明电[2013]11 号)》。
- 3.孕妇使用神经氨酸酶抑制剂有一定的风险,应对风险及获益情况充分评估后决定是否使用。
- 4.小于 1 岁的儿童使用神经氨酸酶抑制剂的经验不多,应充分评估后慎重决定是否使用。

人感染H7N9禽流感疫情防控方案

(第三版)

一、适用范围

此方案适用于现阶段医疗卫生机构开展人感染H7N9禽流感疫情防控工作,并将根据对该疾病认识的深入和疫情形势变化适时更新。

二、病例的发现、报告

(一)病例定义。

1. 人感染H7N9禽流感疑似病例与确诊病例定义参照《人感染H7N9禽流感诊疗方案(2014年版)》(国卫办医发〔2014〕6号)。

2. 疑似聚集性病例是指7天内在小范围(如一个家庭、一个社区等)发现1例确诊病例,并同时发现1例及以上疑似病例,提示可能存在人际传播或因共同暴露而感染。在上述条件下,发现2例确诊病例的,判定为聚集性病例。

(二)发现与报告。

各级各类医疗机构对就诊的流感样病例,要询问其禽类或活禽市场的暴露史,重点关注从事活禽养殖、屠宰、贩卖、运输等行业的人群,在发现人感染H7N9禽流感病例后,应当于24小时内填写传染病报告卡并进行网络直报。报告疾病类别选择“乙类传染病”中“人感染H7N9禽流感”。尚不具备网络直报条件的医疗机构,应当于诊断后24小时内填写并寄出传染病报告卡,县级疾控中心在接到报告后立即进行网络直报。

三、病例的流行病学调查、采样与检测

(一)流行病学调查。

县级疾控中心接到辖区内医疗机构报告的人感染H7N9禽流感确诊病例后,应当按照中国疾控中心制定的《人感染H7N9禽流感流行病学调查方案》进行调查。

对于单例病例,调查内容主要包括病例基本情况、发病就诊经过、临床表现、实验室检查、诊断和转归情况、病例家庭及家居环境情况、暴露史、密切接触者情况等。对病例可能暴露的禽类饲养或交易等场所,应当采集禽类粪便、笼具涂抹标本等环境标本开展病原学检测。必要时根据调查情况组织开展病例主动搜索。

对于疑似聚集性病例和聚集性病例,在上述工作基础上,要立即排查疑似病例,并重点调查病例的暴露史及病例之间的流行病学关联,对从病例和环境标本中分离到的病毒进行溯源性分析,明确是否存在人际传播或因共同暴露而感染。

(二)标本采集、运送与实验室检测。

当医务人员怀疑病人感染H7N9禽流感病毒时,应当尽早采集其上、下呼吸道标本(尤其是下呼吸道标本)和发病7天内急性期血清以及与急性期血清采集时间间隔2-4周的血清等。

有条件开展核酸检测的医疗机构要对呼吸道标本开展H7N9禽流感病毒核酸检测,进行病例诊断;没有条件开展核

为进一步做好人感染H7N9禽流感疫情的预防控制工作,保护人民群众的身体健康和生命安全,国家卫生计生委组织专家对《人感染H7N9禽流感疫情防控方案(第二版)》进行了修订,形成了《人感染H7N9禽流感疫情防控方案(第三版)》,并于2014年1月27日印发,请各地结合实际参照执行。2013年5月10日印发的《人感染H7N9禽流感防控方案(第二版)》(卫发[2013]30号)同时废止。

酸检测的医疗机构应当尽快利用快速抗原检测试剂进行甲型流感病毒抗原检测,并将甲型流感病毒抗原检测阳性的标本送当地流感监测网络实验室进一步开展H7N9禽流感病毒核酸检测。标本采集、包装、运送等应当严格按照《可感染人类的高致病性病原微生物(毒)种或样本运输管理规定》(原卫生部令 第45号)等生物安全相关规定执行。

具备BSL-3级生物安全条件的省级疾控中心应当在2周内完成病毒分离工作,具备序列测定能力的实验室应当在病毒分离后72小时内完成全基因组序列测定工作,并将序列提交国家流感中心流感病毒序列数据库。未能进行序列测定的病毒48小时内按要求送国家流感中心;未能开展病毒分离的网络实验室需将H7核酸阳性病例的原始标本48小时内送国家流感中心,国家流感中心在2周内完成病毒分离和序列测定工作,并将序列提交流感病毒序列数据库进行反馈。

各医疗机构采集的血清标本送当地流感监测网络实验室,由当地网络实验室将血清标本分别送省级疾控中心和国家流感中心开展相关抗体检测。

各级疾控中心要加强对活禽市场和家禽养殖场等重点地区环境标本的采集与检测工作。

具体操作要点参见中国疾控中心制定的《人感染H7N9禽流感病毒标本采集及实验室检测策略》。

四、信息管理

(一)信息报告。

对于确诊病例,报告病例的医疗机构要通过人感染H7N9禽流感信息管理系统及时填报病例的病情转归信息,并在其出院或死亡后24小时内网上填报《人感染H7N9禽流感病例调查表--临床部分》(详见《人感染H7N9禽流感流行病学调查方案》)。对于疑似病例,要认真填写死亡医学证明书的相关内容,通过死因登记报告信息系统进行网络直报。所在辖区的县级疾控中心完成初步调查后,要网上填报《人感染H7N9禽流感病例调查表--流行病学部分》(详见《人感染H7N9禽流感流行病学调查方案》),并根据调查进展,及时补充完善调查表信息,每日更新其中的密切接触者医学观察情况。

如已经网络直报的病例转院治疗,转出病例的医疗机构要通过人感染H7N9禽流感信息管理系统录入病例的转出情况。接收病例的医疗机构要通过上述系统对该病例信息进行查询核实,并录入病例的收治情况。

聚集性病例一经确认后,应当于2小时内通过突发公共卫生事件报告管理信息系统进行网络直报,并根据事件进展及时进行进程报告和结案报告。

开展实验室检测的疾控中心要及时将标本信息和检测结果录入到中国流感监测信息系统中。

对未按要求进行信息报告和标本(毒株)报送的省份,国家卫生计生委将予以通报批评。

(二)信息发布与通报。

国家卫生计生委每月定期公布全国人感染H7N9禽流感发病数和死亡数,各省级卫生计生行政部门及时发布本行政区域的个案信息。

外环境标本检测阳性结果由各地疾控中心报告同级卫生计生行政部门和上级疾控中心,由卫生计生行政部门通报同级农业部门。

病毒发生变异、出现人传人疫情等重要信息,要经国家级联防联控机制专家组审核评估后发布。

五、病例管理和感染防护

医疗机构应当参照《人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制技术指南(2013年版)》(卫发[2013]6号),落实病人隔离、医院感染预防与控制及医务人员防护等措施。

疾控中心人员在开展流行病学调查和样品采集时,应当做好个人防护,并指导涉禽从业人员和染疫禽类处置人员做好个人防护。

六、可疑暴露者和密切接触者管理

(一)可疑暴露者的管理。

可疑暴露者是指暴露于H7N9禽流感病毒检测阳性的禽类、环境,且暴露时未采取有效防护的养殖、屠宰、贩卖、运输等人员。对可疑暴露者,由县级卫生计生行政部门会同农业、工商、交通等相关部门,组织进行健康告知,嘱其出现发热(腋下体温≥37.5℃)及咳嗽等急性呼吸道感染症状时要及时就医,并主动告知其禽类接触情况。

(二)密切接触者管理。

密切接触者是指诊治疑似或确诊病例过程中未采取有效防护措施的医护人员或照料患者的家属;在疑似或确诊病例发病前1天至隔离治疗或死亡前,与病人有共同生活或其他近距离接触情形的人员;或经现场调查人员判断需作为密切接触者管理的其他人员。对密切接触者,由县级卫生计生行政部门组织进行追踪、医学观察,医学观察期限为自最后一次暴露或与病例发生无有效防护的接触后7天。一旦密切接触者出现发热(腋下体温≥37.5℃)及咳嗽等急性呼吸道感染症状,则立即转送至医疗机构就诊,并采集其咽拭子,送当地流感监测网络实验室进行检测。

七、流感样病例强化监测

加强流感样病例和不明原因肺炎监测。各地要在既往流

感样病例监测工作基础上,提高监测强度,增加标本采集和检测数量,南方省份每家流感监测哨点医院每周采集流感样病例和人感染H7N9禽流感相关病例标本20份,北方省份4-9月每月采集相关标本20份,10月-次年3月每周采集20份标本,送当地流感监测网络实验室开展检测。

在发生人感染H7N9禽流感确诊病例的县(区)内,应当在病例确诊后开展为期2周的强化监测。二级及以上医疗机构对符合

流感样病例定义的门诊患者,以及住院严重急性呼吸道感染患者,应当及时采集呼吸道标本,询问暴露史,并按照中国疾控中心制定的《人感染H7N9禽流感病毒标本采集及实验室检测策略》开展相关检测工作。各医疗机构每周汇总并上报流感样病例总数、住院严重急性呼吸道感染患者总数、采样人数、本医院检测人数、送疾控中心检测人数、阳性数及阳性结果等。具体上报方式参照中国疾控中心印发的强化监测信息报告有关技术要求。各地可根据工作情况适当扩大监测范围和时间。

八、疫情形势研判建议

各级卫生计生行政部门应当根据人感染H7N9禽流感的疫情形势、病原学监测和研究进展及时组织专家进行疫情形势研判,达到突发事件标准时,应当按照相关预案及时启动应急响应机制,并按照相关规定及时终止响应。

各级卫生计生行政部门要充分发挥联防联控机制牵头部门的作用,根据疫情形势建议当地政府采取有针对性的防控措施;在未发生疫情的地市,建议采取活禽市场“日一清洗,周一消毒,一月一休市”措施;在发生疫情地市,建议采取休市和彻底消毒措施;在有条件的地市,鼓励采取季节性休市措施。

九、做好健康教育工作

各地要积极做好信息发布和舆论引导,及时回应社会关切,引导公众科学、理性地应对疫情,并做好疫情防控知识宣传,指导并促进公众养成良好的卫生习惯,尤其要加强对从事活禽养殖、屠宰、贩卖、运输等行业人群的健康教育和风险沟通工作。

十、加强医疗卫生机构专业人员培训与督导检查

医疗卫生机构应当开展人感染H7N9禽流感病例的发现与报告、流行病学调查、标本采集、实验室检测、病例管理与感染防控、风险沟通等内容的培训。

各级卫生计生行政部门负责组织对本辖区内的防控工作督导检查,发现问题及时处理。

十一、大力开展爱国卫生运动

各级爱卫会要切实发挥议事协调作用,强化组织管理和督促检查,结合卫生城镇创建活动,广泛发动群众,动员基层单位,在城乡范围内深入开展环境卫生集中整治行动。要重点加强农贸市场的卫生管理,着力解决活禽销售、宰杀方面存在的突出卫生问题。

人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制技术指南

为进一步指导医疗机构做好人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制工作,降低发生人感染H7N9禽流感医院感染风险,规范医务人员行为,国家卫生和计划生育委员会于2013年组织有关专家制订了《人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制技术指南(2013年版)》,请各医院遵照执行。

(2013年版)

为进一步指导医疗机构做好人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制工作,降低发生人感染H7N9禽流感医院感染的风险,规范医务人员行为,特制定本技术指南。

一、基本要求

(一) 医疗机构应当根据人感染H7N9禽流感的流行病学特点,针对传染源、传播途径和易感人群,结合实际情况,建立预警机制,制定应急预案和工作流程。

(二) 医疗机构应当开展临床医务人员培训,提高医务人员对人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制意识、报告与处置能力,做到早发现、早诊断、早隔离、早报告。

(三) 医疗机构应当加强医院感染监测工作,发现疑似或确诊人感染H7N9禽流感感染者时,应当按照有关要求,及时报告,做好相应处置工作。

(四) 医疗机构应当规范消毒、隔离和防护工作,为医务人员提供充足、必要、符合要求的消毒和防护用品,确保消毒、隔离和个人防护等措施落实到位。

(五) 严格按照《医疗机构消毒技术规范》的规定,做好医疗器械、污染物品、物体表面、地面等清洁与消毒;按照《医院空气净化管理规范》的规定,加强诊疗环境的通风,必要时进行空气净化。

(六) 在人感染H7N9禽流感感染患者诊治过程中产生的医疗废物,应根据《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的有关规定进行管理和处置。

二、医院感染预防与控制

(一)发热门诊。

1. 应当建立疑似、确诊患者隔离、转出和救治的工作流程,其建筑布局和工作流程应当符合《医院隔离技术规范》等有关要求。发热门诊出入口应设有手卫生设施。

2. 医务人员诊疗工作中应当遵循标准预防原则,接触所有患者时均应穿戴外科口罩,严格执行手卫生等措施,接触疑似患者或确诊患者时应穿戴医用防护口罩。

3. 医务人员应当掌握人感染H7N9禽流感感染的流行病学特点与临床特征,对疑似或确诊患者应立即按《医疗机构消毒技术规范》进行终末处理。

4. 医务人员进入或离开发热门诊时,要按照有关要求,正确穿脱防护用品。

5. 陪伴者及病情允许的患者应当穿戴外科口罩。

(二)急诊。

1. 应当建立预检分诊制度,制定并完善重症患者的转出、救治应急预

案并严格执行。

2. 应当设置一定的隔离区域以满足疑似或确诊患者就地隔离和救治的需要。

3. 医务人员应当严格遵照标准预防的原则进行个人防护和诊疗环境的管理。

4. 诊疗区域应保持有良好的通风并定时清洁消毒。

(三)普通病区(房)。

1. 应当备有应急隔离室,用于疑似或确诊患者的隔离与救治,建立相关工作制度及流程,备有充足的应对急性呼吸道传染病的消毒和防护用品。

2. 病区(房)内发现疑似或确诊患者,启动相关应急预案和工作流程,对患者实施及时有效隔离和救治。

3. 疑似或确诊患者宜专人诊疗与护理,限制无关医务人员出入,原则上不探视;有条件的可安置在负压病房或及时转到有隔离和救治能力的专科医院。患者转出后按《医疗机构消毒技术规范》进行终末处理。

(四)收治疑似或确诊人感染H7N9禽流感感染患者的病区(房)。

1. 建筑布局和工作流程应当符合《医院隔离技术规范》等有关要求。

2. 对疑似或确诊患者应当及时采取隔离措施,疑似患者和确诊患者

应当分开安置,疑似患者进行单间隔离,经病原学确诊的同类型感染患者可以同室安置。

3. 根据人感染H7N9禽流感的传播途径,在实施标准预防的基础上,采取飞沫隔离和接触隔离等措施。具体措施包括:(1)医务人员进入或离开病房时,应当遵循《医院隔离技术规范》的有关要求,并正确穿脱防护用品。

(2)原则上患者的活动限制在隔离病房内,若确需离开隔离病房或隔离区域时,应当采取相应措施如佩戴外科口罩,防止造成交叉感染。

(3)用于疑似或确诊患者的听诊器、体温计、血压计等医疗器具应专人专用。非单人专用的医疗器具使用后,应当进行彻底清洁和消毒。

(五) 医务人员的防护。

1. 医务人员应当按照标准预防的原则,根据其传播途径采取飞沫隔离和接触隔离的防护措施。

2. 医务人员使用的防护用品应当符合国家有关标准。

3. 每次接触患者前后应当严格遵循《医务人员手卫生规范》要求,及时正确进行手卫生。

4. 医务人员应当根据导致感染的风险程度采取相应的防护措施。(1)接触患者的血液、体液、分

泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时应戴清洁手套,脱手套后洗手。

(2)可能受到患者血液、体液、分泌物等物质飞溅时,应戴外科口罩或医务人员防护用品、护目镜、穿隔离衣。

(3)对疑似或确诊患者进行气管插管操作时,应戴医用防护口罩、护目镜、穿隔离衣。

(4)外科口罩、医用防护口罩、护目镜、隔离衣等防护用品被患者血液、体液、分泌物等污染时应当及时更换。

(5)正确穿戴和脱摘防护用品,脱去手套或隔离服后立即洗手或手消毒。

(6)处理所有的锐器时应当防止被刺伤。

(7)每个患者用后的医疗器械、器具应当按照《医疗机构消毒技术规范》的要求进行清洁与消毒。

(六) 加强对患者的管理。

1. 应当对疑似或确诊患者及时进行隔离,并按照指定路线由专人引导进入病区。

2. 病情允许时,患者应当戴外科口罩;指导患者咳嗽或者打喷嚏时用卫生纸遮掩口鼻,在接触呼吸道分泌物后应当使用清洁剂洗手或者使用手消毒剂消毒双手。

3. 患者出院、转院后按《医疗机构消毒技术规范》进行终末消毒。

4. 患者死亡后,应当及时对尸体进行处理。处理方法为:用双层布单包裹尸体,装入双层尸体袋中,由专用车辆直接送至指定地点火化;因民族习惯和宗教信仰不能进行火化的,应当经上述处理后,按照规范深埋。

自去年8月到迄今,全国禽流感疫情不断,面对疫情,我们是否应该好好的检讨和反思一下,究竟我们在哪些方面出了问题?有补救的方法吗?首先我们就从老百姓的身边事说起,天下事,可以说莫过于食了,“民以食为天”,食得安全,则国家安宁人民安康,然而反思我们的饮食习俗,确有学习和改善的空间,就以国人喜吃鲜活禽类为例,在享受口福的过程中也存在失去健康、甚至生命的巨大风险。据近期疫情回顾,在报告的病例中,有80%以上的患者都有明确的活禽市场接触史。据了解,目前广东每年家禽出栏量已超10亿只,广东居民消费习惯以食用鲜肉、活禽肉为主,因此市民在活禽市场受病毒感染风险较大。钟南山院士在接受媒体采访时曾多次表示,现在市民急需改变的应是饮食习惯,同时要加强对活禽市场的产业升级、规范管理。活禽最好做到集中养殖、集中屠宰、冰鲜上市。长期以来,广州市场上的三鸟多由业户分散屠宰然后在档口出售,在活禽加工档口人们经常会看到,其所用的用具装锅(盆)都是沾满油污和动物粪便的,一锅热水往往要反复使用到关铺,许多档口就是用这些混浊、油腻的污水来宰杀家禽并脱毛;档口地面上污水横流,光鸡鸭就在这些地方加工。恶劣的卫生环境实在是难以保证食品安全。有鉴于此,政府职能部门应从宏观层面尽快制订和实施活禽集中屠宰、冰鲜上市规划,市民为了健康着想,也是时候改变喜吃鲜活禽类的习惯了,为了健康与食品安全,由现在起开始接受冰鲜食品吧。

为健康安全计 接受冰鲜食品或许是明智选择

(观潮)

