



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینے تشخیص، درمان و پیشگیری پنهان

مرکز تحقیقات ایدز ایران

با همکاری:

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



مرکز تحقیقات ایدز ایران

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور

: راهنمای بالینی تشخیص، درمان و پیشگیری پنومونی/ مرکز تحقیقات ایدز ایران، با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه؛ [برای] دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت.

مشخصات نشر

: تهران: نشر پونه، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری

: ۱۶ ص.: جدول، نمودار.

شابک

: 978-600-6681-28-3

وضعیت فهرست نویسی

: فیبا

موضوع

: ذات‌الریه

موضوع

: تنفس -- اندام‌ها -- بیماری‌ها -- پیشگیری

موضوع

: تنفس -- اندام‌ها -- بیماری‌ها -- پرستاری و مراقبت

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات ایدز ایران

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. معاونت بهداشت

رده بندی کنگره

: RC۷۷۱/ر۲ ۱۳۹۳

رده بندی دیویی

: ۶۱۶/۲۴۱

شماره کتابشناسی ملی

: ۳۵۸۱۹۵۳



خ طالقانی شرقی - خ جهان- ساختمان پونه - شماره ۶ - طبقه سوم - تلفن ۷۷۶۰۵۷۹۸

نام کتاب: راهنمای بالینی تشخیص، درمان و پیشگیری پنومونی

تالیف: مرکز تحقیقات ایدز ایران (با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه) (به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت)

ناشر: پونه

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر هنری: علی منتشری

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: معلی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۶۸۱-۲۸-۳

قیمت: رایگان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینه تشخیص، درمان و پیشگیری پنهان

مرکز تحقیقات ایدز ایران

با همکاری:

دبیر خانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



مرکز تحقیقات ایدز ایران

متدولوژی ۱۸

اهداف راهنما ۱۹

مواردی که این راهنما در مورد آنها صدق نمی‌کند ۲۰

منابع مورد استفاده در راهنما ۲۱

اعتبار توصیه‌های درمانی ۲۲

جدول سطح شواهد ۲۳

اپیدمیولوژی ۲۴

تعریف پنومونی ۲۵

تعریف پنومونی کسب شده از اجتماع ۲۶

سوالات مهم در مورد پنومونی ۲۷

درمان ۲۸

پیشگیری ۲۹

الگوریتم ۳۰

بسمه تعالی

تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی بیش از یک دهه است که به عنوان ابزاری مهم برای افزایش کیفیت خدمات درمانی و سلامت عمومی در کشور مطرح و پیگیری شده است. برنامه‌های متعدد کشوری، برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همین‌طور سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی درمان (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) بر این ضرورت تأکید کرده‌اند. در پاسخ، بخش‌های مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راهنمای بالینی متعددی در سطوح مختلف و برای مخاطبان مختلف تدوین کرده‌اند که برخی در عمل نیز به کار گرفته شده‌اند. ولی هنوز نیاز نظام سلامت به این مکتوب‌های ارزشمند کامل پاسخ داده نشده است.

تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد علمی که بتواند نیازهای واقعی کشوری با درآمد متوسط مثل جمهوری اسلامی ایران را پاسخ بدهد با دو دشواری مهم روبه‌رو است. نخست آنکه بسیاری شواهد علمی اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات مختلف از مطالعات کشورهای پردرآمد به دست آمده‌اند. چنین مطالعاتی هر چند می‌توانند کمک فراوانی به کشور کنند، لزوماً پاسخگوی پرسش‌های مرتبط با شرایط کشور نیستند. دشواری مهم دیگر هزینه و زمان بر بودن تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد است که البته نیازمند تخصص‌های مختلف فنی و همکاری میان گروه‌های متفاوت بالینی است.¹ در نتیجه لازم است موضوع راهنماهای بالینی به درستی انتخاب، و روش‌های معتبری در تدوین راهنماها به‌کارگرفته شوند که هزینه کمتری از نظر نیروی انسانی و زمان اجرا داشته باشند. به خصوص به‌کارگیری روش‌های معتبری برای سازگارسازی راهنماهای معتبری که دیگران برای کشور و شرایط خودشان تدوین کرده‌اند ضرورت می‌یابد.²

مجموعه حاضر، که یک جلد آن اکنون در برابر شما است، گامی در این راستا است. این مجموعه نتیجه تلاش همکاران اینجانب در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه و مراکز مختلف تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول دو سال گذشته است که در دوران مدیریت آقایان دکتر فرید ابوالحسنی و دکتر علیرضا دلوری آغاز شده و اکنون منتشر می‌شوند. هدف این راهنماها تهیه مجموعه‌ای مبتنی بر شواهد از راهنماهای بالینی برای پزشکان خانواده و عمومی است. البته محتوای این راهنماها می‌تواند برای متخصصان پزشکی، دانشجویان دوره‌های عمومی و تخصصی و همین‌طور همکاران بالینی و نظام سلامت غیرپزشک نیز مفید و ارزشمند باشد و در عین حال آگاهی عمومی جامعه را در زمینه روش‌های درست تشخیص، درمان و مدیریت بیماری‌ها افزایش دهد.

افزایش کیفیت خدمات تنها با انتشار راهنماهای بالینی رخ نمی‌دهد. بدون استفاده از آنها در بالین بیمار و در تشخیص و درمان بیماری، راهنماها تأثیری بر ارتقای خدمات نخواهند داشت. مطالعه‌ی در سال ۱۳۹۰ در تهران نشان داد که فقط حدود یک سوم پزشکان شهر تهران با راهنماهای بالینی آشنایی داشتند.³ بدون برنامه‌ریزی مدون در به‌کارگیری راهنماها و اجرای مداخلات مختلف آموزشی، مدیریتی و اجتماعی، تأثیر آنها بر افزایش کیفیت محدود خواهد ماند. تجربه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در به‌کارگیری راهنماهای بالینی درمان دیابت در درمانگاه‌های سرپایی ویژه در شبکه‌های بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر نمونه‌ای موفق از کاربرد راهنماهای بالینی در بهبود مراقبت و درمان و ارتقای سلامت بیماران است.

وظیفه دارم از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مجموعه تلاش کرده‌اند، به خصوص همکاران ارجمند آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و خانم‌ها دکتر آزاده سیاری فرد و دکتر لاله قدیریان از دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، آقای دکتر امید خیرخواه و خانم شیما لشگری از معاونت بهداشت، تمامی نویسندگان راهنماها و دیگر همکاران و مسئولان صمیمانه سپاسگزاری کنم و برای همه ایشان و شما خوانندگان گرامی آرزوی توفیق و بهروزی دارم.

دکتر آرش رشیدیان

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

1- Rashidian A. *Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries. Primary Care Respiratory Journal* 2008; 17(3):136-7.

2- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. *Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012, 18(3):676-681.

3- Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Rashidian A, Gholami J. *Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'Evidence-based clinical guidelines'. International Journal of Preventive Medicine* 2013 4(3): 349-57.

پیشگفتار

توجه به طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی در کشور علاوه بر ارتقای کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران، در کاهش هزینه‌ها نیز موثر خواهد بود. برای رسیدن به این اهداف، طبابت باید بر اساس يك شیوه استاندارد و کارآمد، در سراسر کشور قابل اجرا باشد تا بر اساس چک لیست‌های استاندارد بتوان اقدامات انجام شده را ارزیابی نمود. با توجه به جایگاه پزشک خانواده به عنوان بازوی مهم گروه ارائه دهندگان خدمات بالینی در نظام سلامت، تولید راهنماهای بالینی برای این گروه گامی اساسی و موثر در خدمت رسانی بهینه به بیماران به شمار می‌رود.

بنابراین پیرو اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درخواست دانشگاه علوم پزشکی تهران مبنی بر تهیه و تولید راهنماهای بالینی بومی و مبتنی بر شواهد برای پزشک خانواده، مرکز تحقیقات ایدز ایران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به بومی سازی راهنمای بالینی تشخیصی، درمان و پیشگیری از پنومونی نمود. برای تهیه این مستند از راهنماهای معتبر بالینی موجود در دنیا استفاده شده است. همچنین تلاش گردید تا برای استفاده از نظرات، توصیه‌ها و راهنمایی‌های صاحب‌نظران در جهت بومی سازی آن، پیشنهادی اولیه راهنمای بالینی تشخیصی، درمان و پیشگیری از پنومونی در اختیار گروه‌های مختلف ذینفع در سراسر کشور قرار گیرد.

با این حال معتقدیم که این راهنمای بالینی، خالی از اشکال نبوده و کوشش خواهد شد. در به‌روزرسانی‌های بعدی اشکالات موجود شناسایی و اصلاح گردد. در اینجا لازم است از حمایت‌های مقام محترم ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر باقر لاریجانی و معاون محترم بهداشت وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر دلاوری و همچنین جناب آقای دکتر جعفریان، ریاست محترم دانشگاه و جناب آقای دکتر رشیدیان، معاون محترم بهداشت دانشگاه قدردانی نماییم.

همچنین از زحمات کلیه دست‌اندرکاران تولید و انتشار این راهنما تشکر نموده و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این مجموعه یاری خواهند نمود، سپاسگزاری می‌نماییم.

دکتر مینو محرز

رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران

کمیته مطالعه و تدوین راهنمای بالینی تشخیص، درمان و پیشگیری از پنومونی:

۱. دکتر مینو محرز، استاد، متخصص بیماری‌های عفونی، بیمارستان امام خمینی^(۵)، مرکز تحقیقات ایدز ایران
۲. دکتر مهرناز رسولی نژاد، استاد، متخصص بیماری‌های عفونی، بیمارستان امام خمینی^(۵)، مرکز تحقیقات ایدز ایران
۳. دکتر اسفندیار شجاعی، استادیار، متخصص بیماری‌های عفونی، بیمارستان امام خمینی^(۵)، مرکز تحقیقات ایدز ایران
۴. دکتر سیروس جعفری، دانشیار، متخصص بیماری‌های عفونی، بیمارستان امام خمینی^(۵)، مرکز تحقیقات ایدز ایران
۵. دکتر مهرداد حسیبی، دانشیار، متخصص بیماری‌های عفونی، بیمارستان امام خمینی^(۵)، مرکز تحقیقات ایدز ایران
۶. دکتر حمید عمادی کوچک، دانشیار، متخصص بیماری‌های عفونی، بیمارستان امام خمینی^(۵)، مرکز تحقیقات ایدز ایران
۷. دکتر شهرام فیروزبخش، دانشیار، متخصص بیماری‌های عفونی، بیمارستان امام خمینی^(۵)، مرکز تحقیقات ایدز ایران
۸. المیرا نصیری، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

کمیته مدیریت دانش راهنماهای بالینی پزشک خانواده:

۱. دکتر رضا مجد زاده، استاد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۲. دکتر آزاده سیاری فرد، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۳. دکتر لاله قدیریان، متخصص پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۴. دکتر لیلا حق جو، پزشک عمومی، MPH، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۵. لیلا مونسان، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۶. دکتر فاطمه رجبی، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۷. سمانه عروجی، کارشناس IT، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

کمیته اجرایی برنامه ریزی، نشر و ویرایش نهایی:

۱. دکتر امید خیرخواه، پزشک عمومی، MPH، معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه
۲. دکتر سعید تأملی، پزشک عمومی، MPH، معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه
۳. شیما لشگری، کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، معاونت بهداشت دانشگاه

متدولوژی

اهداف راهنما

- افزایش دقت تشخیص پنومونی
- تصمیم گیری درست درمان سرپایی یا بستری بیماران مبتلا به پنومونی
- مصرف صحیح آنتی بیوتیک ها در درمان پنومونی کسب شده از اجتماع
- تشخیص و شروع به موقع درمان توسط پزشکان خانواده
- اقدامات لازم برای پیشگیری

مواردی که این راهنما در مورد آن صدق نمی کند (Exclusion Criteria)

- بیماران کمتر از ۱۶ سال
- بیماران ایمنوساپرس
- پنومونی که بیش از ۴ روز از زمان بستری شدن در بیمارستان ایجاد شده باشد
- پنومونی آسپیراسیون
- بیماران ساکن مراکز نگهداری سالمندان
- بیماران مبتلا به سل یا فیروز کیستیک ریه

جدول سطح شواهد

Level	Type of evidence
۱a	Evidence obtained from meta-analysis of randomized trials.
۱b	Evidence obtained from at least one randomized trial
۲a	Evidence obtained from one well designed controlled study without randomization
۲b	Evidence obtained from at least one other type of well designed quasi experimental study
۳	Evidence obtained from one well designed non-experimental studies, such as comparative studies, correlation studies and case reports.
۴	Evidence obtained from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities.

Grade	Nature of recommendations
A	Based on clinical studies of good quality and consistency addressing the specific recommendations and including at least one randomized trial
B	Based on well conducted clinical studies, but without randomized clinical trial
C	Made despite the absence of directly applicable clinical studies of good quality

منابع استفاده شده در راهنما

<i>Infectious disease society of America</i>	www.idsociety.org
<i>Scandinavian journal of infectious disease</i>	www.medscape.com
<i>Clinical microbiology and infection</i>	www.esmid.org

اعتبار توصیه‌های درمانی

Grade of recommendation و Level of evidence که در طی متن مورد اشاره قرار گرفته است، اعتبار توصیه‌های درمانی مطرح شده می‌باشد که در جداول زیر مفهوم آنها بیان شده است:

اپیدمیولوژی

پنومونی التهاب ریه است که معمولاً توسط عفونت‌هایی از جمله باکتریها، ویروس‌ها و سایر ارگانیزم‌ها ایجاد می‌شود. پنومونی یک بیماری شایع و بالقوه خطرناک است. در سالهای اخیر حدود ۵۰۰۰۰۰ مورد بستری به علت پنومونی در کشور وجود داشته است. پنومونی که احتیاج به بستری داشته باشد حدود ۱۵٪ با مورتالیتی همراه است. گاهی پنومونی به عنوان یک عارضه انفولوانزای قبلی محسوب می‌شود. در سال ۲۰۰۹ که اپیدمی انفولوانزا وجود داشت پنومونی و انفولوانزا هشتمین علت مرگ و میر در جهان شناخته شده است. بنابراین آشنایی با این بیماری و درمان صحیح و به موقع می‌تواند باعث کاهش چشمگیر مرگ و میر شود. همچنین در بحث پیشگیری در این گاید لاین تلاش شده گروههای پر خطر تاکید شود تا با واکسیناسیون به موقع این افراد از بروز بیماری پیشگیری شود.

تعریف پنومونی

عفونت حاد پارانشیم ریه‌ها که همراه است با :

- حداقل ۲ علامت از علایم زیر:
- تب- لرز- سرفه جدید با یا بدون تولید خلط یا سرفه مزمنی که همراه با تغییر رنگ خلط یا سرفه مزمنی که همراه با تنگی نفس و وجود یافته‌های منطبق با پنومونی درسمع ریه (کراکل لوکالیزه یا صداهای ریوی برونکیال) و وجود یک کدورت جدید گرافی قفسه سینه

تعریف پنومونی کسب شده از اجتماع

- پنومونی کسب شده از اجتماع در بیماری که تا ۱۴ روز قبل از شروع علائم سابقه بستری در بیمارستان را ندارد. یا
- کمتر از ۴ روز از شروع بستری در بیمارستان علایم ریوی پیدا کرده است.

سوالات مهم در مورد پنومونی

در ارزیابی بیماران مشکوک به پنومونی به چه نکاتی باید توجه نمود؟

شرح حال

- تب یا بدون لرز
- سرفه جدید که ممکن است خلط دار یا بدون خلط باشد
- علائم غیر اختصاصی مانند خستگی، سر درد، تهوع و استفراغ، درد عضلانی، درد شکم

بررسی فاکتورهای خطر

- کشیدن سیگار
- بیماریهای زمینه ای همراه با آسم، سرطان ریه یا بیماریهای انسدادی ریه، دیابت، الکسیم، نارسایی مزمن کلیه و کبد، نارسایی احتقانی قلب، مصرف مزمن استروئید در ۳ ماهه اخیر
- بستری در بیمارستان در ۳ ماهه گذشته

معاینات

- تب < 37.8 درجه سانتی گراد
- تاقی پنه $RR \leq 25$ در دقیقه (همیشه باید میزان تنفس را در یک دقیقه کامل شمارش کرد).
- علایم درگیری ریه: کاهش Expansion ریه، افزایش یا کاهش Tactile fremitus، دال بودن ریه در دق، وجود صداهای برونکیال، کراکل لوکالیزه، راب پلورال در سمع

چه اقداماتی در برخورد با فردی که شک به پنومونی وجود دارد باید انجام داد؟ (Level-IV)

CXR

- آیا درمان علامتی سرفه در پنومونی کسب شده از اجتماع ضرورت دارد؟
- استفاده از مهارکننده‌های سرفه، موکولیتیک‌ها، آنتی هیستامین‌ها و کورتیکواستروئیدهای استنشاقی و برونکودیلاتورها در درمان عفونت‌های تنفسی تحتانی توسط پزشک نباید تجویز شود. (A)
- چه زمانی باید در بیمار مبتلا به عفونت تنفسی تحتانی از آنتی بیوتیک استفاده کرد؟
- اگر بیمار مشکوک یا مورد قطعی پنومونی باشد باید از درمان آنتی بیوتیکی استفاده نمود. (C)
- آیا فرستادن اسمیر و کشت خلط در پنومونی کسب شده از اجتماع توسط پزشک خانواده ضرورت دارد؟
- گرفتن اسمیر و کشت خلط در پنومونی کسب شده از اجتماع در بیماران سرپایی توسط پزشک توصیه نمی‌گردد. (B)

- چگونه باید بیماران عفونت تنفسی تحتانی را پیگیری کرد؟
اگر بیمار ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از شروع آنتی بیوتیک بهبودی پیدا نکرد باید مجدداً مراجعه داشته باشد و پس از بررسی دقیق شرح حال و علائم بالینی و اطمینان از مصرف صحیح دارو و بررسی‌های پاراکلینیک انجام شده در صورت عدم پاسخ به درمان بیمار را به متخصص عفونی یا ریه ارجاع داد. (B)
- کدام دسته از بیماران عفونت تنفسی تحتانی را باید به بیمارستان ارجاع داد؟
۱- بیماران بد حال مشکوک به پنومونی که علائم زیر را دارند:

SBP < 90 mm Hg
DBP < 60 mm Hg
HR > 125 beats/min
RR > 30 breath/min

تاکی پنه، تاکی کاردی همراه با هیپوتانسیون و Confusion

- ۲- بیماران مسن که در ریسک بالای عوارض پنومونی قرار دارند: از جمله دیابت، نارسایی قلبی و COPD، بیماریهای مزمن کبدی، کلیوی و بدخیمی
 - ۳- در غیر از موارد بالا باید بیماران بر اساس معیارهای CRB-65 که در جدول آمده است سنجید و تصمیم گیری نمود.
- به هر یک از معیارهای زیر یک امتیاز تعلق می‌گیرد. سپس بر اساس امتیاز بدست آمده تصمیم گیری شود.

CRB-65

Confusion
 Respiratory rate $\geq 30/\text{min}$
 SBP < 90 OR diastolic ≤ 60
 Age ≥ 65

CRB 65 score	0	1	2	3
چگونگی مراقبت از بیماران	درمان سرپایی	درمان سرپایی و ویزیت ۴۸-۷۲ ساعت بعد	بستری در بیمارستان	بستری در بیمارستان و اخذ پذیرش ICU

- شایعترین علل ایجاد کننده پنومونی کسب شده از اجتماع در بیماران سرپایی
- | | |
|----------------|-----------|
| Streptococcus | pneumonia |
| Mycoplasma | pneumonia |
| Haemophilus | influenza |
| Chlamydoiphila | pneumonia |
| Respiratory | viruses |

درمان

در صورتی که بیماری زمینه‌ای و سابقه مصرف آنتی بیوتیک قبلی وجود نداشته باشد چه درمانی را توصیه می‌کنید؟

۱- ماکرولید (آزیترومایسین یا کلاریترومایسین) (Level-I) یا

۲- داکسی سایکلین (Level- II)

در صورتی که بیماری‌های همراه مثل بیماری‌های مزمن قلبی، ریه، کبد یا کلیه، دیابت، ایمنوساپشن، الکلیسم، بدخیمی، آسپلنی، مصرف آنتی بیوتیک در سه ماه گذشته داشته باشد، باید از چه رژیم‌هایی استفاده کرد؟

۱- آموکسی سیلین با دوز بالا (طبق جدول زیر) همراه با ماکرولید (آزیترومایسین یا کلاریترومایسین) یا (Level-I)

۲- کوآموکسی کلاو همراه با ماکرولید

در صورت حساسیت به بتالاکتام باید از فلورکینولون‌های تنفسی استفاده نمود (بدون همراهی با ماکرولید)

درمان بیماران سرپایی

فرد سالم بدون مصرف آنتی بیوتیک قبلی

Azithromycin 500mg po stat then 250 mg/d(5 days)

Clarithromycin 500 mg or bid(5 days)

Doxycycline 100 mg or bid(7 days)

فرد با بیماری زمینه ای یا مصرف آنتی بیوتیک در سه ماه گذشته

Amoxicillin 1 gr po tid (7 days)+macrolide(5 days)

OR

Co-Amoxiclave 2 gr/125 bid(7days) + macrolid(5 days)

فرد با بیماری زمینه ای یا مصرف آنتی بیوتیک در سه ماه گذشته و حساسیت به بتالاکتام

Respiratory quinolones:(eg. Levofloxacin 750 mg for 5 days)

طول مدت درمان بیماران مبتلا به پنومونی کسب شده از اجتماع چند روز است؟

پنومونی کسب شده از اجتماع را ۵-۷ روز باید درمان نمود. (Level-1)

طول مدت درمان با هر یک از آنتی بیوتیک‌ها در جدول فوق آورده شده است. درمان ۵ روزه در مورد ماکرولیدها و فلورکینولون‌های تنفسی در پنومونی غیرعارضه‌دار توصیه می‌گردد. بیمار حداقل باید ۴۸-۷۲ ساعت بدون تب باشد.

پیشگیری

چه افرادی باید واکسن آنفلونزا را سالانه دریافت نمایند؟

برای هر فردی که مستعد به ابتلاء به فرم شدید آنفلونزا می باشد واکسن آنفلونزا توصیه می شود. (Level – Ia)
این افراد شامل موارد زیر می شود:

- افراد < 65 سال
 - بیماران قلبی مزمن
 - بیماران مبتلا به بیماریهای ریوی
 - دیابت کنترل نشده
 - بیماریهای مزمن کلیه یا کبد
 - چاقی مفرط ($BMI < 40$)
 - بیماران دریافت کننده داروهای سرکوب کننده ایمنی
 - هر بیماری نوروماسکولار که اختلال تنفسی ایجاد کند
 - آیا برای پرسنل بهداشتی نیز واکسن سالانه آنفلونزا توصیه می شود؟
- توصیه می شود پرسنل بهداشتی سالانه واکسن آنفلونزا را برای جلوگیری از انتقال بیماری به بیماران و سایر پرسنل بهداشتی دریافت دارند. (Level – II)

• واکسن پنوموکوک ۲۳ ظرفیتی برای چه افرادی لازم است؟

واکسن ۲۳ ظرفیتی پلی ساکاریدی برای گروههای زیر توصیه می گردد: (Level – Ib)

- افراد < 65 سال
 - افراد اسپلنمی
 - سالمندان و افراد ساکن مراکز نگهداری
 - افرادی که بیماری مزمن قلبی دارند
 - افرادی که بیماری مزمن ریوی دارند
 - افرادی که بیماری مزمن کبدی و کلیوی دارند
 - دیابت کنترل نشده
 - آیا واکسیناسیون مجدد پنوموکوک لزومی دارد؟
- در افرادی که دچار asplenia هستند فقط یک نوبت واکسن مجدد پس از گذشت بیش از ۵ سال از واکسن اولیه توصیه می گردد. این واکسن یاد آور را باید در سایر افراد پر خطر نیز در نظر داشت ولی به طور معمول برای تمام بیماران یاد شده قبل یادآور توصیه نمی گردد. (Level- II)

الگوریتم





