



## آبله ی میمونی

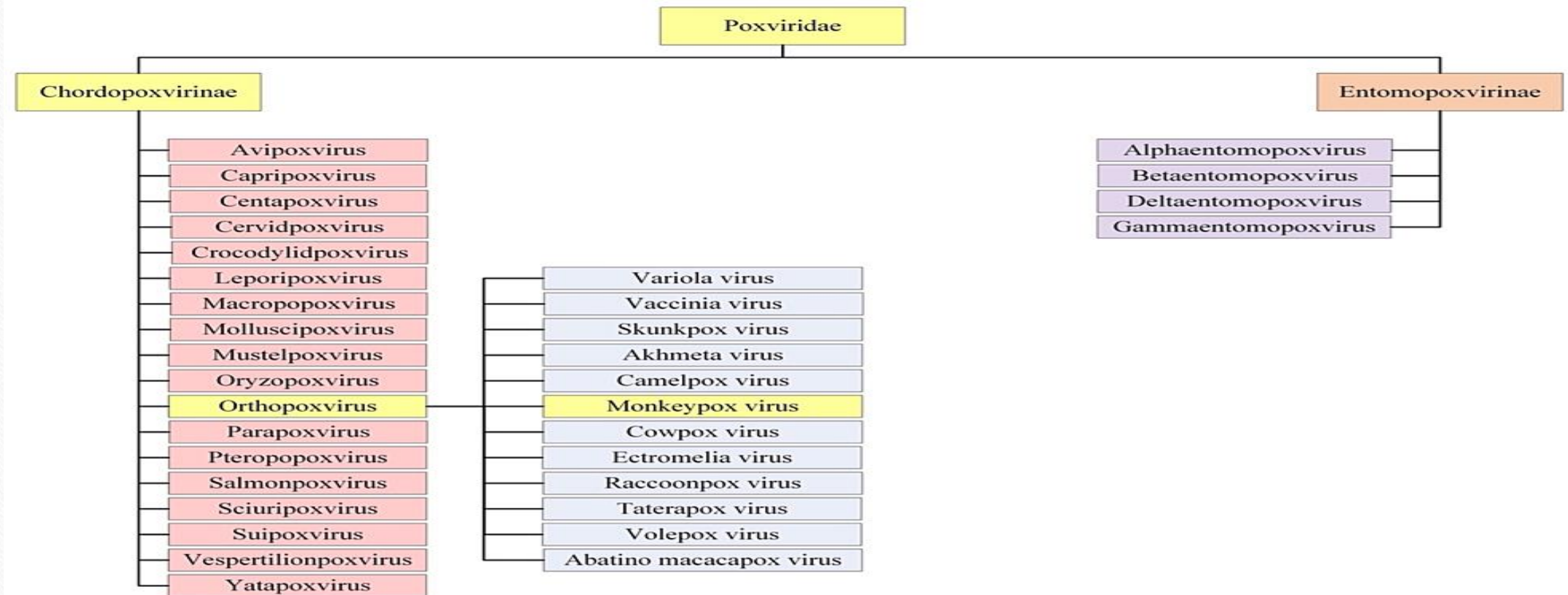
ارایه دهنده : دکتر غزاله کشوادی  
متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری

## مقدمه

آبله میمونی یک بیماری ویروسی قابل انتقال از حیوان به انسان<sup>۱</sup> است که موجب بروز علائمی مشابه بیماران مبتلا به آبله در گذشته اما با شدت کمتر می شود. انسان به صورت اتفاقی به آن مبتلا می شود. با ریشه کنی آبله در سال ۱۹۸۰ و متعاقباً توقف واکسیناسیون آبله، عامل آبله میمونی به عنوان مهمترین ویروس از جنس ارتوپاکس برای سلامت عمومی مطرح شد. بیماری آبله میمونی عمدتاً در مناطق مرکز و غرب آفریقا، اغلب در مجاورت جنگل های پر باران استوایی رخ می دهد که به طور فزاینده ای در مناطق شهری کشورهای واقع در این مناطق ظاهر شده است.



# عامل بیماری:



# اپیدمیولوژی

## توزیع جغرافیایی بیماری آبله میمونی Monkey Pox

آبله میمونی اولین بار در سال ۱۹۵۸ در دانمارک کشف شد، زمانی که طغیان بیماری شبیه آبله در میمون‌هایی که قرار بود برای تحقیقات ویروس فلج اطفال استفاده شوند، به وقوع پیوست. به همین دلیل نام آن را "آبله میمونی" گذاشتند. در طول دهه بعد، شیوع بیشتر آبله میمونی در حیوانات آزمایشگاهی در ایالات متحده و همچنین حیوانات باغ وحش روتردام مشاهده شد. ابتلا انسان به آبله میمونی برای اولین بار در سال ۱۹۷۰ در جمهوری دموکراتیک کنگو در یک پسر ۹ ماهه در منطقه‌ای که آبله در سال ۱۹۶۸ از بین رفته بود شناسایی شد. از آن زمان، بیشتر موارد از مناطق روستایی و جنگلی گزارش شده است.

## کشورهای غیر بومی (سفرهای پراکنده / موارد مرتبط با حیوانات)

اولین طغیان آبله میمونی در خارج از قاره افریقا و در نیم کره غربی در سال ۲۰۰۳ در امریکا رخ داد که به علت تماس با سنجاب مرغزار (Prairie dogs) آلوده بوده است. این حیوانات با موش‌های کیسه‌دار گامبیایی که از غنا به کشور وارد شده بودند، نگهداری می‌شدند. این شیوع منجر به ابتلا بیش از ۷۰ نفر به آبله میمونی در ایالات متحده شد. بیشتر موارد انسانی در معرض مستقیم حیوانات قرار داشتند، اگرچه انتقال فرد به فرد را نمی‌توان رد کرد. قبل از این طغیان، آبله میمونی در نیمکره غربی یافت نشده بود. آبله میمونی همچنین در مسافرانی که از نیجریه در سپتامبر ۲۰۱۸ به فلسطین اشغالی، در سپتامبر ۲۰۱۸، دسامبر ۲۰۱۹، می ۲۰۲۱ و می ۲۰۲۲، به انگلیس، در می ۲۰۱۹ به سنگاپور، و در جولای و نوامبر ۲۰۲۱ به ایالات متحده آمریکا مسافرت کرده بودند گزارش شده است.



## طغیان آبله میمونی در ۲۰۲۲ به طور همزمان در چندین کشور غیر بومی:

شناسایی یک مورد آبله میمونی در یک کشور غیر بومی طغیان بیماری محسوب می‌شود. تا قبل از طغیان سال ۲۰۲۲، تقریباً تمام موارد آبله میمونی در افراد خارج از آفریقا با سفرهای بین‌المللی به کشورهای که این بیماری معمولاً در آنها رخ می‌دهد یا از طریق حیوانات وارداتی مرتبط بوده است. شناسایی موارد تایید شده آبله میمونی بدون ارتباط مستقیم سفر به یک منطقه بومی، غیر معمول است. اولین موارد در این طغیان در اواسط ماه می ۲۰۲۲ در بریتانیا شناسایی شد. این موارد با سفر اخیر به یک منطقه آندمیک یا تماس نزدیک با فردی شناخته شده مبتلا به آبله میمونی مرتبط نبودند. از ۱۳ ماه می ۲۰۲۲، موارد ابتلا به آبله میمونی از ۵۷ کشور به WHO گزارش شده است که در آنها قبلاً ابتلا به آبله میمونی وجود نداشته و یا معمول نبوده است. اکثریت قریب به اتفاق موارد گزارش شده تاکنون هیچ ارتباط مسافرتی اثبات شده‌ای با یک منطقه آندمیک نداشته‌اند و از طریق مراکز ارائه مراقبت‌های اولیه یا خدمات بهداشت جنسی شناسایی شده‌اند. این اولین بار است که موارد و زنجیره انتقال در کشورهای غیر بومی بدون ارتباط اپیدمیولوژیک با مناطق بومی آفریقای مرکزی و غربی گزارش شده است. توالی‌های ویروس‌های ناشی از شیوع جهانی آبله میمونی در کشورهای غیرآندمیک نشان می‌دهد که آنها مشابه

توالی‌هایی از سویه‌هایی هستند که در نیجریه در گردش هستند. داده‌های توالی اولیه نشان می‌دهد که جهش‌های بیش از حد انتظار در ژنوم DNA وجود دارد و این نگرانی‌ها را افزایش می‌دهد که ویروس در گردش در حال افزایش سازگاری انسانی است.

تا ۸ ژوئیه (۱۷ تیر) ۲۰۲۲، تعداد ۸۲۳۸ مورد بیمار مبتلا به آبله میمونی تایید شده آزمایشگاهی از ۵۷ کشور غیر بومی گزارش شده است. (جدول شماره ۱) تا کنون هیچ مورد مرگ ناشی از ابتلا به آبله میمونی در این کشورها گزارش نشده است.

# روشهای انتقال بیماری

---

۱. انتقال از حیوان به انسان: (از طریق تماس مستقیم و غیر مستقیم)

- تماس مستقیم با خون، مایعات بدن، یا ضایعات پوستی یا مخاطی حیوانات آلوده
- خوردن گوشت خام و یا کاملاً پخته نشده و سایر محصولات حیوانی حیوانات آلوده
- گاز گرفتن یا چنگ زدن و ایجاد خراش توسط حیوانات آلوده
- استفاده از محصولات ساخته شده از حیوانات آلوده
- لمس و یا حمل حیوانات آلوده یا مرده



# روشهای انتقال بیماری

۲. انسان به انسان

از طریق تماس مستقیم با ضایعات پوستی عفونی یا مخاطی: شامل تماس چهره به چهره، تماس نزدیک پوستی بین افراد، از جمله در حین رابطه جنسی، تماس دهان به دهان یا دهان به پوست از طریق قطرات و ترشحات تنفسی و احتمالاً آئروسولهای کوتاه برد که نیاز به تماس نزدیک طولانی مدت دارند

ویروس همچنین میتواند حین بارداری از طریق جفت از مادر به جنین انتقال یافته یا حین زایمان و یا با تماس نزدیک پس از زایمان از مادر به نوزاد انتقال یابد.

# روشهای انتقال بیماری

---

انتقال از محیط آلوده به انسان:

□ تماس با مواد یا اشیایی که در تماس با ترشحات عفونی بیماران آلوده به ویروس شده است نظیر لباس یا ملافه های آلوده، بانداژ و پانسمان آلوده و ظروف آلوده



# علائم بالینی بیماری (در فرم کلاسیک بیماری در کشورهای بومی)

## ۱- علائم اولیه بیماری

گاهی ممکن است فرد در این دوره مسری باشد. به طور معمول تا پنج روز طول میکشد. شدید، گاهی اوقات علائم عبارتند از تب، لرز، لنفادنوپاتی (تورم غدد لنفاوی)، سردرد شدید، کمردرد، درد عضلانی و ضعف گلودرد و سرفه

لنفادنوپاتی یکی از ویژگیهای متمایز آبله میمونی در مقایسه با سایر بیماریهایی است که ممکن است در ابتدا با علائمی مشابه ظاهر شوند (آبله، آبله مرغان و سرخک). لنفادنوپاتی معمولاً با شروع تب، ۱ تا ۲ روز قبل از شروع بثورات، یا به ندرت با شروع بثورات رخ میدهد. غدد لنفاوی ممکن است در گردن (زیر فکی و گردنی)، زیر بغل (آگزیلاری) یا کشاله ران (اینگوینال) متورم شوند و در هر دو طرف بدن یا فقط در یک طرف بدن ایجاد شوند.

## ۲ - بثورات پوستی (Skin eruption):

مرحله بروز ضایعات پوستی ۱ تا ۳ روز پس از تب رخ می‌دهد و تا ۲ الی ۳ هفته باقی می‌ماند. بثورات بیشتر در صورت و اندام‌ها متمرکز است. بثورات در صورت (در ۹۵٪ موارد) و کف دست و پا (۷۵٪)، در مخاط دهان (۷۰٪)، ژنیتال یا دستگاه تناسلی (۳۰٪)، ملتحمه (۲۰٪) و قرنیه چشم مشاهده می‌شود. بثورات ابتدا بشکل ماکول (هموار) بوده و سپس به پاپول (برجسته تر از سطح پوست) تغییر یافته و سپس به وزیکول (ضایعات حاوی مایع)، پوستول (حاوی مایع زردرنگ) و دلمه خشک (CRUST) تبدیل شده و در نهایت پوستریزی پیدا می‌کند. ممکن است تعداد ضایعات پوستی از چند عدد تا چندین هزار عدد ضایعه متغیر باشد.



## ویژگیهای بثورات پوستی:

حاشیه مشخص و مدور دارند، در عمق قرار دارند و اغلب ناف‌دار می‌شوند (شبهه یک نقطه در روی ضایعه)، همه در یک مرحله، یکسان و هم‌اندازه هستند، بیشتر در صورت، اندام‌ها و کف دست و کف پا هستند، اغلب تا مرحله التیام (مرحله دلمه و پوسته‌ریزی) دردناک توصیف می‌شوند (در مرحله دلمه و پوسته‌ریزی خارش‌دار می‌شوند) هنوز اطلاعات در خصوص علائم بالینی فرم جدید آبله میمونی کامل نیست ولی در فرم کلاسیک آن در کشورهای آندمیک آفریقایی در درصدی از موارد بثورات پوستی ناشی از آبله میمونی می‌تواند به صورت هیپرتروفی، پیگمانتاسیون، هایپوپپیگمانتاسیون، کلوئید و یا فرو رفتگی، اسکار ایجاد کند.

تا به امروز، تظاهرات بالینی موارد آبله میمونی مرتبط با طغیان اخیر متغیر بوده است. بسیاری از موارد در این طغیان با تصویر بالینی توصیف شده کلاسیک برای آبله میمونی (تب، تورم غدد لنفاوی، به دنبال آن راش متمرکز بر صورت و اندام‌ها) مطابقت ندارد. نمای بالینی غیر معمول توصیف شده عبارتند از: بروز تنها چند ضایعه یا حتی فقط یک ضایعه. ضایعاتی که از ناحیه تناسلی یا پرینه / پری‌آنال شروع می‌شوند و بیشتر گسترش نمی‌یابند.

## افراد در معرض خطر ابتلا به فرم شدید بیماری

۱. افراد مبتلا به نقص ایمنی مانند عفونت با HIV، سندرم نقص ایمنی اکتسابی، لوسمی، لنفوم، بدخیمی، پیوند اعضای solid organ transplant، درمان با عوامل آلکیله کننده، ضد متابولیت‌ها، پرتوها، مهارکننده‌های فاکتور نکروز تومور، دوز بالای کورتیکواستروئیدها، گیرنده پیوند سلول‌های بنیادی هماتوپویتیک کمتر از ۲۴ ماه پس از پیوند یا ۲۴ ماه بیشتر اما با بیماری پیوند در مقابل میزبان Graft-versus-host disease یا عود بیماری، یا داشتن بیماری خودایمنی با نقص ایمنی
۲. کودکان به ویژه بیماران کمتر از ۸ سال
۳. افراد با سابقه یا وجود درماتیت آتوپیک، افراد با سایر بیماری‌های پوستی لایه‌بردار فعال (مانند اگزما، سوختگی، زرد زخم، عفونت ویروس واریسلا زوستر، عفونت ویروس هرپس سیمپلکس، آکنه شدید، درماتیت پوستی شدید در ناحیه پرینه، پسوریازیس یا بیماری کراتوز فولیکولاریس



---

۴. زنان باردار یا شیرده

۵. افراد مبتلا به عفونت پوستی باکتریایی ثانویه، گاستروانتریت همراه با تهوع/استفراغ شدید، اسهال یا کم آبی

بدن، پنومونی، بیماری همزمان یا سایر بیماری‌های زمینه‌ای

# تعریف موارد (Case Definitions)

## مورد مشکوک: Suspected case

هر فرد در هر سنی با بثورات پوستی حاد غیر قابل توضیح به همراه یک یا چند مورد از نشانهها و

یا علائم زیر:

۱. سردرد

۲. شروع حاد تب (بیشتر از ۳۸/۵ درجه سانتی گراد)

۳. لنفادنوپاتی (تورم غدد لنفاوی)

۴. درد عضلانی/بدن درد

۵. کمر درد

۶. ضعف شدید و

علل شایع بروز بثورات حاد (موارد زیر) توجه کننده علائم بالینی بیمار نباشد:

آبله مرغان (واریسلا زوستر)

هرپس زوستر

سرخک

زیکا

دانگ

چیکونگونیا Chikungunya

Herpes simplex

- عفونت باکتریایی پوستی
- عفونت کموکوکی منتشر
- سیفیلیس اولیه یا ثانویه
- شانکروتید
- لنفوگرانولوم ونروم **Lymphogranuloma venereum**
- گرانولوم اینگوینال **Granuloma inguinale**
- مولوسکوم کونتاژیوزوم
- بیماری دست، پا، دهان **Hand Foot Mouth**
- عوارض کووید-۱۹ در کودکان: **Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS)**
- واکنش آلرژی
- هر نوع علل شایع محلی بثورات یا راش و زیکولر (ناولی)



## مورد محتمل (Probable case)

موردی که تعریف بالینی بیماری (مورد مشکوک) را داشته باشد و دارای یک یا بیشتر از موارد زیر باشد:

- ارتباط اپیدمیولوژیک (مواجهه چهره به چهره از جمله پرسنل بهداشت و درمان بدون تجهیزات حفاظت فردی چشم و تنفسی)، تماس مستقیم با پوست یا ضایعات پوستی، از جمله تماس جنسی، یا تماس با وسایل آلوده از جمله لباس، ملحفه، حوله و وسایل مصرفی مورد محتمل یا قطعی آبله میمونی ظرف ۲۱ روز قبل از شروع علائم
  - سابقه سفر به کشور آندمی آبله میمونی در ۲۱ روز قبل بروز علائم یا تماس نزدیک با افراد مسافر از کشورهای آندمیک در ۲۱ روز گذشته
  - دارا بودن شریک جنسی متعدد یا مجهول در ۲۱ روز قبل از شروع علائم
  - نتیجه مثبت آزمایشگاهی سرولوژی ارتوپاکس orthopox در صورت عدم وجود واکسیناسیون یا سایر مواجهات شناخته شده ویروس ارتوپاکس orthopox
  - بستری در بیمارستان با علائم بثورات پوستی
- (از موارد محتمل لازم است نمونه گیری جهت بررسی به عمل آید)

## مورد قطعی (Confirmed Case)

• موردی که با تعریف مورد مشکوک یا محتمل مطابقت دارد + تایید آزمایشگاهی monkeypox virus

تشخیص توالی‌های منحصر به فرد DNA monkeypox virus به وسیله:

Real-time PCR and/or sequencing

تأیید آزمایشگاهی روتین موارد مشکوک و محتمل (Suspected/Probable cases) آبله میمونی با استفاده از تست PCR انجام می‌شود و بهترین نمونه برای شناسایی ژنوم ویروس، ضایعات پوستی (سواب ترشحات ضایعات پوستی، پوسته روی ضایعات و پوسته‌های خشک (lesion crust) می‌باشد.



## درمان

در حال حاضر درمان اختصاصی برای این بیماری وجود ندارد. لذا درمان بر مراقبت بالینی آبله میمونی برای تخفیف علائم، درمان عوارض بیماری و پیشگیری از پیامدهای دراز مدت بیماری متمرکز است. در صورت لزوم آنتی‌بیوتیک برای درمان عفونت باکتریائی ثانویه تجویز می‌گردد.

- اغلب موارد، بیماری خودمحدود شونده بوده و نیاز به درمان ندارد.
- تاکید بر عدم دستکاری و یا عدم وارد کردن آسیب به ضایعات پوستی
- مراقبت از ضایعات پوستی شامل شستشو و استحمام روزانه
- در صورت امکان ضایعات پوستی با پانسمان خشک و یا جاذب پوشانیده شود.
- حمایت‌های آب و الکترولیت و تغذیه‌ای
- کنترل تب و سردرد با استامینوفن. در صورت نیاز به داروی ضد التهاب استفاده از NSAID همانند ایبوپروفن، ناپروکسن
- در صورت عدم کنترل درد با مسکن‌های معمولی استفاده از استامینوفن کدئین و یا اکسی کدون
- درمان علامتی مشکلات گوارشی احتمالی
- ضایعات جلدی، مستعد عفونت‌های ثانویه باکتریایی هستند. در صورت لزوم درمان عفونت باکتریایی انجام شود.

## داروهای ضد ویروسی برای درمان بیماران مبتلا به آبله میمونی صرفاً در بیماران با شرایط زیر در نظر

گرفته می‌شود:

۱. افراد مبتلا به بیماری شدید مانند بیماری هموراژیک، ضایعات همزمان، سپسیس، آنسفالیت یا سایر

شرایطی که نیاز به بستری شدن دارند.

۲. افرادی که در معرض خطر ابتلا به فرم شدید بیماری می‌باشند:

- افراد مبتلا به نقص ایمنی
- جمعیت کودکان، به ویژه بیماران کمتر از ۸ سال
- زنان باردار یا شیرده
- افراد با یک یا چند عارضه (مانند عفونت پوستی باکتریایی ثانویه)، عفونت؛ گاستروانتریت همراه با حالت تهوع/استفراغ شدید، اسهال یا کم آبی بدن؛ برونکوپنومونی)

---

تکوویریمات (TPOXX, ST-246) Tecovirimat

Cidofovir سیدوفوویر

Vaccinia Immune Globulin Intravenous (VIGIV)



- **پروفیلاکسی پس از مواجهه (PEP):** برای افراد تماس یافته با موارد قطعی بیماری، با واکسن مناسب نسل دوم یا سوم توصیه می‌شود، به طور ایده آل در طی ۴ روز پس از تماس اول و در صورت عدم وجود علائم تا ۱۴ روز، برای جلوگیری از شروع بیماری توصیه می‌شود.
- **پروفیلاکسی قبل از مواجهه PrEP:** برای کارکنان بهداشتی که در معرض خطر بالای قرار دارند، مثل پرسنل آزمایشگاهی که با ویروس‌های ارتوپکس کار می‌کنند و آزمایش‌های تشخیصی برای آبله میمونی انجام می‌دهند و همچنین اعضای تیم پاسخ به طغیان بیماری توصیه می‌شود.

## پیشگیری و کنترل عفونت

### ۱- در جامعه:

۱,۱. مهم ترین رویکرد پیشگیرانه آبله میمونی بالابردن آگاهی مردم و آموزش اقداماتی است که مواجهه با ویروس را کاهش می دهد. رعایت بهداشت فردی از قبیل خودداری از تماس و دست زدن به حیوان و عدم در معرض قرار گرفتن با فرد دارای علائم مشکوک بدون وسایل حفاظت فردی خصوصا برای پرسنل بهداشتی و درمانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. رعایت اصول شست و شوی بهداشتی دست ها در پیشگیری از بیماری حائز اهمیت است.

۱,۲. بیمار مبتلا به MPX مشکوک یا تایید شده با بیماری خفیف و بدون عارضه و بدون خطر بالای عوارض در طی مدت زمانی که قابلیت انتقال بیماری وجود دارد، باید در اتاقی جدا از سایر اعضای

- خانواده و دور از فضای مشترک خانه ایزوله شود. باید در یک اتاق اختصاصی و دارای تهویه مناسب با پنجره‌هایی که قابلیت باز شدن داشته باشد بماند.
- ۱.۳. فردی برای مراقبت از بیمار انتخاب شود که از سلامت خوبی برخوردار باشد، هیچ بیماری مزمن زمینه‌ای نداشته باشد و در صورت امکان فردی باشد که قبلاً با واکسن آبله واکسینه شده باشد.
- ۱.۴. فردی که مراقب بیمار است، باید از PPE مناسب (دستکش، روپوش، محافظ چشم و ماسک تنفسی) استفاده کند و قبل از پوشیدن و بعد از درآوردن وسایل حفاظت فردی دست خود را بشوید و ضدعفونی نماید.
- ۱.۵. سایر اعضای خانواده بیمار باید به طور منظم و مستمر دست‌های خود را با آب و صابون یا با محلول ضدعفونی کننده دست مبتنی بر الکل، ضد عفونی کنند و از ورود به اتاق بیمار خودداری نمایند.
- ۱.۶. وسایل شخصی بیمار مانند ظروف غذاخوری، ملحفه، حوله، وسایل الکترونیکی یا تخت باید اختصاصی باشد و از اشتراک گذاری وسایل شخصی بیمار خودداری شود.
- ۱.۷. در صورت ضرورت خروج بیمار از اتاق ایزوله از ماسک پزشکی مناسب استفاده کند.
- ۱.۸. بیماران مبتلا به MPX که در خانه از آنها مراقبت می‌شود باید تا زمانی که ضایعات پوستی آنها پوسته پوسته شود، دلمه‌ها افتاده و لایه‌ای تازه از پوست در زیر آن تشکیل شود ایزولاسیون را رعایت کرده و از تماس نزدیک با دیگران خودداری کنند.
- ۱.۹. توصیه می‌شود از زمان بروز علائم اولیه (Prodromal) تا بهبودی کامل ضایعات پوستی (دوره سرایت بیماری) از تماس جنسی خودداری شود.
- ۱.۱۰. ملحفه‌های بیمار را نباید تکان داد تا از پراکندگی ویروس در هوا جلوگیری شود.
- ۱.۱۱. ملحفه‌ها، حوله‌ها و لباس‌های بیمار مبتلا به MPX باید جدا از سایر لباس‌های خانگی شسته شوند. از لباس‌ها و ملحفه‌ها پس از شستشو با صابون و ترجیحاً آب داغ (بیش از ۶۰ درجه سانتی‌گراد) می‌توان مجدداً استفاده کرد. در صورت در دسترس نبودن آب گرم، با محلول کلر ضد عفونی شوند.
- ۱.۱۲. ظروف و ظروف و سطوح خانگی مانند میلمان، تختخواب، توالت یا کف، یا هر مکانی که بیمار با آن تماس داشته است باید با آب و مواد شوینده تمیز شود و به طور منظم ضد عفونی شود (با مواد ضد عفونی کننده معمولی خانگی یا محصولات سفید کننده). به سطوحی که اغلب لمس می‌شوند توجه ویژه‌ای داشته باشید.
- ۱.۱۳. زباله‌هایی عفونی بیمار مانند بانداژ و PPE، باید در کیسه‌های محکم قرار داده شوند و توسط خدمات پسماند شهری جمع‌آوری و به طور ایمن دفع شود. اگر چنین خدماتی در دسترس نباشد، دفن ایمن یا سوزاندن کنترل شده تا زمانی که اقدامات پایدارتر و سازگار با محیط زیست مهیا گردد، انجام شود.



## ۲- در بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات بهداشتی، تشخیصی و درمانی

- ۱.۱. تقویت نظام مراقبت و شناسایی سریع موارد جدید برای محدود کردن طغیان بسیار حیاتی است. حین طغیان انسانی آبله میمونی، موارد تماس نزدیک عامل بسیار مهم برای انتشار بیماری می‌باشند. پرسنل بهداشتی درمانی و افرادی که با بیمار در یک محل مشترک (منزل و...) اقامت دارند، در معرض بیشترین خطر ابتلا قرار دارند. پرسنل بهداشتی درمانی که از فرد مشکوک یا قطعی آبله میمونی مراقبت می‌کنند، یا نمونه فرد مشکوک را جمع‌آوری می‌کنند، باید هم احتیاطات تماسی و هم قطره‌ای را رعایت کنند. لازم است فرد مشکوک به آبله میمونی از ماسک جراحی که به نحو صحیحی بر روی صورتش فیت شده باشد، استفاده کند تا از پخش شدن قطرات تنفسی جلوگیری شود و در صورت بستری مورد مشکوک در بیمارستان، بیمار در اتاق ایزوله بستری شود. رعایت بهداشت دست پس از تماس با فرد یا حیوان یا وسایل آلوده شامل شست و شوی دست‌ها با آب و صابون یا محلول ضد عفونی با پایه الکل لازم است.
- ۱.۲. برای هر بیمار مشکوک به MPX اقدامات احتیاطی تماسی و قطره‌ای اعمال شود. علاوه بر اقدامات احتیاطی تماسی و قطره‌ای، در صورت مشکوک شدن به ویروس واریسلا زوستر (آبله مرغان) باید اقدامات احتیاطی هوابرد نیز انجام شود. در مواجهه با بیمار تایید شده از ماسک N95 استفاده شود.
- ۱.۳. کارکنان بهداشتی درمانی باید بهداشت دست را طبق توصیه WHO رعایت نمایند، به خصوص قبل از پوشیدن و بعد از درآوردن PPE.
- ۱.۴. اگر مشکوک به ویروس واریسلا زوستر (آبله مرغان) هستید، بیمار را در اتاق ایزوله عفونی هوابرد (AII) با حمام یا توالت اختصاصی قرار دهید.
- ۱.۵. - اگر اتاق AII در دسترس نیست، بیمار را در یک اتاق یک نفره با تهویه مناسب با حمام یا توالت اختصاصی قرار دهید و در را بسته نگه دارید.
- ۱.۶. به بیمار آموزش دهید که ماسک پزشکی مناسب بپوشد، بهداشت تنفسی و آداب سرفه را رعایت کند.
- ۱.۷. از جایجایی غیرضروری بیماران مشکوک خودداری کنید. اگر بیمار مشکوک باید به مکان دیگری منتقل شود یک ماسک پزشکی مناسب بر روی دهان و بینی بیمار گذاشته شود و ضایعات پوستی با پوشش مناسبی پوشانده شود.
- ۱.۸. اگر اتاق ایزوله برای هر بیمار به صورت مجزا وجود ندارد، بیماران با تشخیص مشابه به صورت Cohort در یک اتاق با فاصله حداقل یک متر بستری شوند.
- ۱.۹. اگر مداخلاتی برای بیمار انجام می‌شود که آئروسول ایجاد می‌کند می‌بایست احتیاطات هوا برد هم رعایت شود.

## الگوریتم مراقبت بالینی آبله میمونی

### ویژگی های بثورات حاد آبله میمونی کلاسیک

- بثورات پوستی معمولاً در یک مرحله بوده و با توالی زیر ظاهر میشوند (ماکول، پاپول، وزیکول و پوسچول) سپس پوسته ها ظاهر شده و ریزش می کنند (بثورات ۲-۳ هفته طول می کشد).
- بثورات معمولاً از صورت و یا از ناحیه تناسلی شروع می شوند.
- تعداد ضایعات پوستی می تواند از یک عدد، چند عدد و در موارد شدید تا چند هزار ضایعه متغیر باشد.
- ممکن است سطوح مخاطی، ملتحمه چشم و یا قرنیه را درگیر کند.
- بطور تیپیک همه ضایعات در یک مرحله هستند و انتشاری مرکز گریز داشته و درکف دست و پا (دستها و پاها) ظاهر می شوند

### ۱- غربالگری

- بثورات پوستی حاد (در هر سنی) به همراه حداقل یکی از علائم زیر:
- بروز ناگهانی تب
  - تورم غدد لنفاوی (لنفادنوپاتی)
  - سردرد
  - درد عضلانی
  - کمر درد
  - ضعف شدید

خیر

انجام  
مراقبت  
معمول

### موارد شدید یا دارای عارضه آبله میمونی

- جداسازی و درمان در بیمارستان (در صورت نیاز بستری در ICU)
- درمان علامتی
- درمان تب و/یا درد
- تغذیه مناسب
- مراقبت پوستی
- درمان حمایتی بهینه در صورت لزوم
- داروهای ضد ویروسی یا سایر درمانهای اختصاصی (بشرط موجود بودن و اندیکاسیون)
- باید در قالب کارآزمایی بالینی مورد استفاده قرار گیرد. (در صورت تایید کمیته کشوری و اخلاق)

بلی

### ورود به مسیر مراقبت آبله میمونی

- بیمار باید از ماسک جراحی استفاده کند
- در اتاق ایزوله بستری شود و یا تخت بیماران بیش از یک متر فاصله داشته باشد

بلی

### ۲) تریاژ و ارزیابی بالینی

شناسایی موارد شدید بیماری یا گروه های پرخطر (یکی یا بیشتر از موارد ذیل)

خیر

رعایت موازین  
کنترل عفونت  
برای مراقبت در  
منزل میسر است  
(چک لیست IPC را  
ملاحظه کنید)

بلی

### آبله میمونی خفیف یا بدون عارضه

- جداسازی بیمار در منزل در اتاقی جدا از اعضای خانواده
- درمان علامتی
- بویژه برای تب و یا درد
- تغذیه مناسب
- مراقبت پوستی
- کنترل روزانه توسط پرستل بهداشتی درمانی (تله مدیسین، ویزیت در منزل) برای مراقبت بهینه و ارجاع در صورت لزوم
- یک نفر برای کمک به خود مراقبتی بیمار در منزل انتخاب شود.

خیر

### مراکز جداسازی

بر اساس سیاست های هر کشور و امکانات و وضعیت بیماری تصمیم گیری خواهد شد.

### ۳) انجام تست آزمایشگاهی

محتویات ضایعه پوستی، اگزودای ضایعه پوستی، روی ضایعه یا دلمه ضایعات می تواند استفاده شود. نمونه گیری از بیش از یک ضایعه انجام شود. هم سواب خشک و هم سواب در محیط VTM می تواند مورد استفاده قرار گیرد. ابتدا PCR ارتوپاکس ویروس انجام می شود. در صورتیکه که نتیجه PCR ارتوپاکس مثبت باشد، تست Monkeypox PCR آبله میمونی انجام می شود.

**Score شدت ضایعات پوستی**

- خفیف: > ۲۵ ضایعه پوستی
- متوسط: بین ۲۵ تا ۹۹ ضایعه
- شدید: بین ۱۰۰ تا ۲۵۰ ضایعه
- بسیار شدید: بیش از ۲۵۰ ضایعه

**حداقل ۳ اختلال در آزمایشات زیر:**

- افزایش AST و/یا ALT
- افزایش BUN
- افزایش WBC
- کاهش پلاکت
- کاهش آلبومین

**حداقل یکی از علائم بالینی و نشانه های شدت بیماری:**

- تهوع و استفراغ
- نوشیدن/خوردن غذا و مایعات ناکافی
- دهیدراتاسیون
- لنفادنوپاتی گردنی منجر به دشواری بلع
- درد چشم و یا اختلال بینایی
- زجر تنفسی، پنومونی
- گیجی
- سپسیس

**گروه های پرخطر**

- کودکان
- مادر باردار
- نقص ایمنی از جمله افراد HIV+ با بیماری کنترل نشده
- (گرچه داده ها محدود است) بیماران دارای سابقه بیماری مزمن پوستی (مثل درماتیت آتوپیک)، آسیب حاد پوستی (سوختگی)



پیار گزاره

از شما بی نهایت

NODY IR