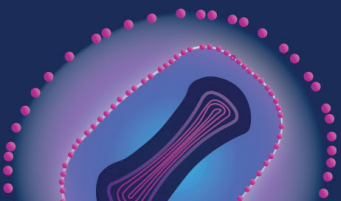
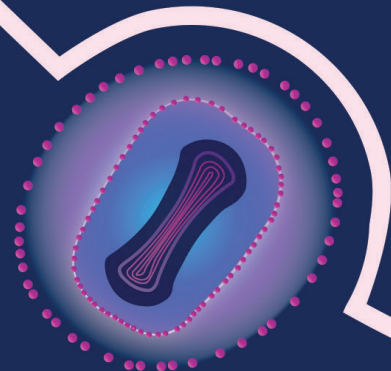
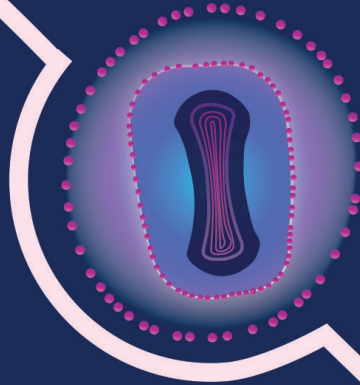


التدبير العلاجي السريري للعدوى بجذري القرودة والوقاية منها ومكافحتها

إرشادات مبدئية للاستجابة السريعة

10 حزيران/يونيو 2022



التدبير العلاجي السريري للعدوى بجذري
القردة والوقاية منها ومكافحتها
.....
إرشادات مبدئية للاستجابة السريعة
10 حزيران/يونيو 2022

المحتويات

v	شكر وتقدير
vii	الاختصارات
ix	موجز تنفيذي
x	ملخص التوصيات
1	1- المنهجية
3	2- التوصيف السريري
3	1-2 معلومات أساسية
3	2-2 التاريخ الطبيعي للمرض ومدى وخامته
3	3-2 العلامات والأعراض
4	4-2 التشخيص التبايني
5	5-2 انتقال العدوى والذرف الفيروسي
6	6-2 النساء والحوامل أثناء الحمل أو بعد الولادة
6	7-2 الآثار المتوسطة والطويلة الأجل
6	8-2 ملخص الرعاية السريرية والوقاية من العدوى ومكافحتها
7	3- الفحص والفرز والعزل والتقييم السريري (3 توصيات)
10	4- التدبير العلاجي لحالات جدري القرّة الخفيفة أو غير المصحوبة بمضاعفات (9 توصيات)
10	1-4 اعتبارات عامة للرعاية المجتمعية
11	2-4 اعتبارات الوقاية من العدوى ومكافحتها في المجتمع
13	3-4 الاعتبارات السريرية
14	4-4 التدبير العلاجي السريري للآفات الجلدية
16	5- رعاية الصحة النفسية للمرضى المصابين بجدري القرّة (توصيتان)
18	6- مضادات الفيروسات والعلاجات الأخرى (توصية واحدة)
18	1-6 مضادات الفيروسات
19	2-6 الغلوبولين المناعي
20	7- الوقاية من العدوى ومكافحتها في المرافق الصحية (7 توصيات)
20	1-7 اعتبارات الوقاية من العدوى ومكافحتها للمرضى المشتبه في إصابتهم بجدري القرّة
21	2-7 اعتبارات الوقاية من العدوى ومكافحتها للمرضى الذين تأكدت إصابتهم بجدري القرّة

24	8- اعتبارات خاصة ببعض المجموعات (9 توصيات)
24	1-8 رعاية المجموعات النشطة جنسياً (توصيتان)
25	2-8 رعاية النساء أثناء الحمل وبعده (4 توصيات)
27	3-8 رعاية الرضع والأطفال الصغار المصابين بجذري القردة (توصيتان)
28	4-8 تغذية الرضع لأمهات مصابات بجذري القردة (توصية واحدة)
	9- معالجة المرضى الأشد عرضة للخطر وأولئك الذين يعانون من مضاعفات أو عدوى شديدة بجذري القردة
29	(توصيتان)
33	10- رعاية مرضى جذري القردة بعد عدوى حادة (توصية واحدة)
34	11- العناية بالمرضى المتوفقين (توصية واحدة)
35	12- معالجة العاملين الصحيين المعرضين للعدوى (توصية واحدة)
36	13- تجميع حصيلة البيانات الموحدة والمنصة السريرية لمنظمة الصحة العالمية
37	14- أوجه عدم اليقين والمجالات المطلوب بحثها
38	التعاريف
40	المراجع
	الملاحق
47	الملحق 1- تعاريف منظمة الصحة العالمية لحالات تفشي جذري القردة في البلدان غير الموبوءة
49	الملحق 2- الأدوية ومقادير الجرعات لرعاية الحالات المصحوبة بأعراض
51	الملحق 3- توصيات بشأن مضادات الميكروبات ومقادير الجرعات للعدوى الجلدية البكتيرية
52	الملحق 4- ملخص الترخيص التنظيمي للأدوية المضادة لفيروسات جذري القردة
57	الملحق 5- مسار الرعاية السريرية المرتبطة بجذري القردة

شكر وتقدير

تود منظمة الصحة العالمية (المنظمة) أن تتقدم بموفور الشكر والتقدير للجهود التعاونية التي بذلها كل أولئك الذين شاركوا في إنجاز هذه العملية على نحو سريع وفعال وجدير بالثقة وشفاف.

الفريق الأساسي لمنظمة الصحة العالمية المسؤول عن هذه الإرشادات: (حسب الترتيب الأبجدي) أبريل بولر (رئيس قسم الوقاية من العدوى ومكافحتها، وحدة تعزيز الجاهزية القُطرية، برنامج المنظمة للطوارئ الصحية (برنامج الطوارئ الصحية)؛ فانيسا كراموند (برنامج الطوارئ الصحية)؛ جانيت ف. دياز (رئيس وحدة الإدارة السريرية والعمليات، وحدة تعزيز الجاهزية القُطرية، برنامج الطوارئ الصحية)؛ كروتنيكا كوبالي (وحدة الأمراض الناشئة والأمراض الحيوانية المصدر، برنامج الطوارئ الصحية)؛ مارتا لادو (برنامج الطوارئ الصحية)؛ روزاموند لويس (وحدة التأهب لمواجهة المخاطر المُعدية/الأمراض الناشئة والأمراض الحيوانية المصدر على الصعيد العالمي، برنامج الطوارئ الصحية)؛ جولي فيري (مسؤول المشاريع، برنامج الطوارئ الصحية)؛ فيكتوريا ويليت (وحدة الوقاية من العدوى ومكافحتها، برنامج الطوارئ الصحية). ونتوجه بشكر خاص إلى مركز العمليات الصحية الاستراتيجية على توفير دعم تكنولوجيا المعلومات لهذه الاجتماعات (AEM/WHE).

اللجنة التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية: بينديتا أليغراني (رئيس قسم الشؤون التقنية، وحدة الوقاية من العدوى ومكافحتها، الخدمات الصحية المتكاملة)؛ ليزا أسكي (إدارة ضمان جودة القواعد والمعايير)؛ سيلفيا بيرتانيوليو (شعبة الأمراض السارية وغير السارية)؛ مرسيدس بونيه-سيماناس (وحدة الصحة الإنجابية الجنسية والبحوث ذات الصلة)؛ أستريد تشويناكي (وحدة الوقاية من العدوى ومكافحتها، برنامج الطوارئ الصحية، مكتب المنظمة الإقليمي لغرب المحيط الهادئ)؛ لاندري سيهامانيا (وحدة الوقاية من العدوى ومكافحتها، برنامج الطوارئ الصحية، مكتب المنظمة الإقليمي للمنطقة الأفريقية)؛ جيورجيو كوميتي (وحدة القوى العاملة الصحية)؛ أنا باولا كوتينو ريهسي (وحدة إدارة الأخطار المُعدية، مكتب المنظمة الإقليمي لأوروبا)؛ كيرلي دي بولناي (إدارة التغذية وسلامة الأغذية)؛ ميغ دوهرتي (البرامج العالمية لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد والعدوى المنقولة جنسياً)؛ لوكا فونتانا (الخدمات اللوجستية الصحية والتقنية، برنامج الطوارئ الصحية)؛ فهمي حنا (إدارة الصحة النفسية وتعاطي المواد)؛ إيفان إيانوف (وحدة الصحة المهنية والرفاه في مكان العمل)؛ كاثرين جونستون (وحدة إدارة الأخطار المُعدية، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية)؛ مانيس كاكار (وحدة التدبير العلاجي للحالات، منظمة الصحة العالمية، مكتب المنظمة الإقليمي لجنوب شرق آسيا)؛ إدنا كارا (وحدة الصحة الإنجابية الجنسية والبحوث ذات الصلة)؛ شيوري كوداما (رئيس قسم التدبير العلاجي للحالات، مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط)؛ مارتا لادو كاسترو-ريال (قسم التدبير العلاجي للحالات، برنامج الطوارئ الصحية)؛ روزاموند لويس (وحدة التأهب لمواجهة المخاطر المُعدية/الأمراض الحيوانية المصدر الناشئة على الصعيد العالمي، برنامج الطوارئ الصحية)؛ ستيسي ميرنز (فريق الدعم السريع للصحة العامة في المملكة المتحدة، منتدب إلى قسم الوقاية من العدوى ومكافحتها، برنامج منظمة الصحة العالمية للطوارئ الصحية)؛ أنتونز موزاليفسكيس (البرنامج العالمي لمكافحة السل)؛ ديوس مومبانغيزي (وحدة تنظيم المنتجات والاختبار المسبق لصلاحيتها)؛ بيير إيف أوجيه (وحدة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، اليونيسيف)؛ بيلار رامون باردو (إدارة الأمراض السارية والمحددات البيئية للصحة، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية)؛ دينا بفايفر (رئيس قسم التدبير العلاجي للحالات، مكتب المنظمة الإقليمي لأوروبا)؛ كامارا رشيداتو (رئيس قسم التدبير العلاجي للحالات، برنامج الطوارئ الصحية، مكتب المنظمة الإقليمي للمنطقة الأفريقية)؛ لودوفيك ريفاييس (إدارة جمع البيانات والمعلومات من أجل العمل في مجال الصحة، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية)؛ أبارنا شاه (إدارة تطوير النظم الصحية، مكتب المنظمة الإقليمي لجنوب شرق آسيا)؛ أليس سيمينسيانو (وحدة الأمراض الناشئة والأمراض الحيوانية المصدر، برنامج الطوارئ الصحية)؛ فاليسكا ستيمبليوك (مكتب منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية في جامايكا وبرمودا وجزيرة كايمان)؛ عمر سويد (إدارة الأمراض السارية والمحددات البيئية للصحة، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية)؛ نيشيجيما تاكيشي (رئيس قسم التدبير العلاجي للحالات، برنامج الطوارئ الصحية، مكتب المنظمة الإقليمي لغرب المحيط الهادئ)؛ مها طلعت (وحدة مقاومة مضادات الميكروبات والوقاية من العدوى ومكافحتها، مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط)؛ جواو توليدو (وحدة الوقاية من العدوى ومكافحتها، الخدمات الصحية المتكاملة)؛ ويلسون وير (وحدة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق)؛ تيودورا واي (البرامج العالمية لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد والعدوى المنقولة جنسياً)؛ بوشبا ويجيسينغ (رئيس قسم التدبير العلاجي للحالات، برنامج الطوارئ الصحية، مكتب المنظمة الإقليمي لجنوب شرق آسيا)؛ مرجم إسماعيل (اليونيسيف)؛ جيروم بفاغان (اليونيسيف).

ومن الواجب توجيه الشكر إلى الفريق المعني بوضع المبادئ التوجيهية على المدخلات التي قدّمها والاستعراض الذي أجره: خاصّة إلى رئيسيه المشاركين: توتشي أوكور (المركز النيجيري لمكافحة الأمراض، نيجيريا)؛ وتوم فليشر (كلية ليفربول للطب الاستوائي، مستشفى جامعة ليفربول الملكية ومستشفى برودغرين، هيئة الخدمات الصحية الوطنية، ليفربول، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية). والشكر موصول لكلٍ من: رودريغو أنغرامبي (مستشفى دي كلينيكاس التابع لجامعة كامبيناس/UNICAMP، البرازيل)؛ إنريكي كاسترو-سانشيز (جامعة غرب لندن، كلية لندن الملكية، جامعة أوبيرتا في كاتالونيا، أسبانيا)؛ نظام داماني، هيئة الرعاية الصحية والاجتماعية، جنوب المملكة المتحدة؛ معهد السند لجراحة المسالك البولية ومركز زراعة الأعضاء، باكستان)؛ جيك دونينغ، رئيس قسم الأمراض المعدية والأمراض الحيوانية المنشأ، هيئة الصحة العامة في إنكلترا)؛ كانديدا فرنانديز (المركز الاستشفائي والجامعي في لشبونة الوسطى، البرتغال)؛ كارول فراي (وكالة حماية الصحة في المملكة المتحدة)؛ ليندي غرايسون (جامعة ملبورن، مركز أوستن الصحي، ملبورن، أستراليا)؛ ليزا هينسلي (وزارة الزراعة الأمريكية، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ تيري كالونجي، وزارة الصحة، كينشاسا، جمهورية الكونغو الديمقراطية)؛ جيسون كيندراتشوك (جامعة مانيتوبا، كندا)؛ آرون كوفمان (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، أتلانتا، جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ فرناندا ليزا (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، أتلانتا، جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ لورنس ليزينبورغس (المعهد البلجيكي للطب الاستوائي، بلجيكا)؛ كاليب ماريموثو (المركز الوطني للأمراض المعدية، مستشفى تان توك سينغ، سنغافورة)؛ بلاسيد مبالا (المعهد الوطني لبحوث الطب الحيوي، جمهورية الكونغو الديمقراطية)؛ غيتا ميهتا (كلية ليدى هاردينغ الطبية، نيودلهي، الهند)؛ مارك مندلسون (مستشفى غروت شور، جامعة كيب تاون، جنوب أفريقيا)؛ إيمانويل ناكون (معهد باستير في بانغي وجامعة بانغي، جمهورية أفريقيا الوسطى)؛ بيوس أوكونغ (لجنة الخدمات الصحية، كمبالا، أوغندا)؛ ديامانتيس بلانتشوراس، المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها)؛ آن ريموين (جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس وشعبة الصحة العامة والأمراض المعدية بكلية جوناثان وكارين فيليدينغ، التابعة لكلية ديفيد غيفين للطب، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ ميتشيل شفاير (المركز الوطني لمكافحة العدوى، وزارة الصحة الإسرائيلية)؛ إيلينا سينداغورتا (مستشفى لاجاز الجامعي، أسبانيا)؛ مارك سوسي (كلية غيلينغز للصحة العامة الشاملة بجامعة نورث كارولينا في تشابل هيل، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ شاليني سري رانغاناثان (جامعة كولومبو، سري لانكا)؛ جوليان تانغ، مستشفيات لايسينتر الجامعية، المملكة المتحدة؛ مارغريدا تافاريس (المركز الاستشفائي بجامعة ساو جواو، البرنامج الوطني للأمراض المنقولة جنسياً والعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية، أسبانيا)؛ فيليب فان دي بير (جامعة مونبلييه، فرنسا)؛ لورا ووترز، كلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة؛ أديسولا ينكا (المركز النيجيري لمكافحة الأمراض، نيجيريا).

ونودّ توجيه شكر خاص لأولئك الذين ساهموا في مسودة الدليل الميداني لجذري القردة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية: ألكسندرا هيل، روزاموند لويس، نوهيلي نومبيللا، برنارد أونوجا، نيكولا سكلينوفسكا، بالتعاون الوثيق مع أندريا ماکولوم وبريت بيترسون من فرع فيروس الجذري وداء الكلب، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة؛ مع التنويه بمدخلات الخبراء الخارجيين: جيك دانينغ، وبلاسيد مبالا، وديمي أوغوانا.

كما نتوجه بشكر خاص لكلٍ من كارين ستانيفورث (خبير استشاري في الطب السريري، وكالة الأمن الصحي في المملكة المتحدة)؛ وغيني مور وتوماس بوتاج (الفريق المعني بالسلامة البيولوجية وميكروبيولوجيا الهواء والماء، وكالة الأمن الصحي في المملكة المتحدة)، لقيامهم باستعراض سريع لإضافة الكلور عند غسل أغطية الفراش للحالات التي حُدِّتْ إصابتها بجذري القردة؛ مما يمكن أن يقلل بشكل كبير من خطر انتقال العدوى.

الاختصارات

المسالك الهوائية، التنفس، الدوران، العجز	ABCD
التبدلات الهوائية في الساعة	ACH
إجراء مولد للرداذ	AGP
عزل حالات العدوى المنقولة بالهواء	AII
متلازمة الضائقة التنفسية الحادة	ARDS
علاج بمضادات الفيروسات القهقرية	ART
الوعي، الصوت، الألم، عدم الاستجابة (مقياس)	AVPU
مؤشر كتلة الجسم	BMI
المكورات العنقودية الذهبية المقاومة لمضاد الميثيسيلين المكتسبة في المجتمع	CA-MRSA
حوض الكونغو	CB
العلاج السلوكي المعرفي	CBT
مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها	CDC
نسبة الوفيات من الحالات المصابة	CFR
السائل النخاعي	CSF
عدوى المكورات البنية المنتشرة	DGI
إعلان المصالح	DOI
الوكالة الأوروبية للأدوية	EMA
الفريق المعني بوضع المبادئ التوجيهية	GDG
فيروس الحلأ البسيط	HSV
مرض معد	ID
الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر	IFRC
الوقاية من العدوى ومكافحتها	IPC
أداة الفرز المتكامل المشتركة بين الوكالات (منظمة الصحة العالمية/الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)	IITT
داخل العظم	IO
داخل الوريد؛ وريدي	IV
وَرَمٌ حُبَيْبِيٌّ لِمَفِيٍّ مَنقُولٌ جِنْسِيًّا	LGV
مقاوم لأدوية متعددة	MDR
الاستخدام الطارئ المراقب لتدخلات غير مسجلة وتجريبية	MEURI
جدري القردة	MPX
الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال	MSM
العنقودية الذهبية الحساسة للميثيسيلين	MSSA
محيط منتصف أعلى الذراع (عند الأطفال)	MUAC
منظمة الصحة للبلدان الأمريكية	PAHO
تفاعل البوليمراز التسلسلي	PCR
العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس	PEP
معدات الحماية الشخصية	PPE
اضطراب الكرب التالي للرضح	PTSD
تجربة مُعشاة مضبوطة بشواهد	RCT

تفاعل البوليمراز التسلسلي في الزمن الحقيقي	RT-PCR
الأمراض المعدية المنقولة جنسياً	STIs
إدارة الأغذية والعقاقير في الولايات المتحدة	US FDA
غلوبولين مناعي وقائي	VIG
الفيروس النطاقي الحماقي	VZV
غرب أفريقيا	WA
برنامج المنظمة للطوارئ الصحية	WHE
منظمة الصحة العالمية	WHO

موجز تنفيذي

بعد اثني عشر عاماً من اكتشاف الفيروس الجدرية الجديدة بأحد المختبرات الدنماركية في عام 1958، حُدِّثت أول حالة إصابة بجدرى القردة البشري في عام 1970 لصبي يبلغ من العمر تسعة أشهر في جمهورية الكونغو الديمقراطية (1،2). ومنذ ذلك الحين، أُبلغ عن حالات ينتشر معظمها بشكل رئيسي في وسط وغرب أفريقيا (1). ويمكن أن يشبه طُفح جدرى القردة العديد من الأمراض المعدية مثل الفيروس النطاقي الحُمَاقِيّ وفيروس الحَلأ البسيط والزهري. وحتى 6 حزيران/يونيو 2022، أُبلغت منظمة الصحة العالمية بما مجموعه 1002 حالة إصابة مؤكدة مختبرياً بجدرى القردة من 29 دولة عضواً في أوروبا وأمريكا الشمالية، ممتدة عبر أربعة أقاليم تابعة للمنظمة، ولم يبلغ عن أي وفيات. وحتى الآن، تسود فاشية جدرى القردة الحالية غالباً بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال، وكُشِفَت بالدرجة الأولى بين رجال تَطَلَّبوا رعاية في عيادات الرعاية الأولية والصحة الجنسية بسبب أعراض مشابهة لأمراض معدية أخرى منقولة جنسياً. وللاطلاع على أحدث أرقام الحالات، يُرجى مراجعة الموقع الشبكي (https://www.who.int/health-topics/monkeypox#tab=tab_1) (3).

ونظراً لطبيعة هذه الفاشية الشاملة لبلدان متعددة، وضعت المنظمة مبادئ توجيهية مبدئية سريعة بشأن التدبير العلاجي السريري والوقاية من العدوى بجدرى القردة ومكافحتها. انظر القسم 1 المتعلق بالمنهجية للحصول على مزيد من التفاصيل.

القطاعات المستهدفة

تهدف هذه الوثيقة إلى توفير إرشادات مبدئية للأطباء السريريين ومديري المرافق الصحية والعاملين الصحيين والممارسين في مجال الوقاية من العدوى ومكافحتها، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر العاملون في عيادات الرعاية الأولية، وعيادات الصحة الجنسية، وأقسام الطوارئ وطب الأسنان والأمراض المعدية، وعيادات الجهاز البولي التناسلي، وخدمات الأمومة، وطب الأطفال، وأمراض النساء والتوليد، ومرافق الرعاية الحرجة التي توفر الرعاية للمرضى الذين يُشتَبه أو يتأكد أنهم مصابون بجدرى القردة. وتيسيراً للاستخدام، سنشير في هذه الوثيقة بأكملها إلى المرضى الجاري تقييمهم والذين سيدخلون مسار الرعاية السريرية لجدرى القردة كمشتبه بهم، بما يشمل كلتا المجموعتين البوبائيتين (الحالات المشتبه فيها والحالات المحتملة).

ملخص التوصيات

الفحص والفرز والعزل والتقييم السريري

توصي المنظمة بما يلي:

- عند نقطة الاتصال الأولى بالنظام الصحي، يُجرى فحص وفرز لجميع الأشخاص الذين يأتون وهم يعانون من طفح جلدي وحمى أو اعتلال العقد اللمفاوية، وفقاً لتعريف المنظمة للحالات بعد مواءمته محلياً (٦)، لتحديد الأفراد المشتبه أو المؤكد أنهم مصابون بجدي القرّة.
- بعد الفحص والعزل، يُفرز المرضى المشتبه في إصابتهم بجدي القرّة باستخدام أداة فرز موحدة (مثل أداة الفرز المتكامل المشتركة بين الوكالات والمصنّمة من قبل منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)؛ ويقيّم المريض لتحديد عوامل الخطر والإصابة بمرض وخيم.
- تُجرى اختبارات على المرضى المشتبه فيهم لتشخيص إصابتهم بجدي القرّة.

التدبير العلاجي لعدوى خفيفة أو دون مضاعفات بجدي القرّة

توصي المنظمة بما يلي:

- يمكن تطبيق عزل منزلي طوال الفترة المُعدية على المرضى المشتبه أو المؤكد أنهم مصابون بجدي القرّة مع اعتلال خفيف ودون مضاعفات وغير المُعرّضين لمضاعفات شديدة الخطورة، طالما أن التقييم المنزلي يجزم باستيفاء شروط الوقاية من العدوى ومكافحتها في البيئة المنزلية.
- ينبغي إجراء تقييم منزلي عند اتخاذ قرار بالعزل والرعاية في بيئة منزلية لشخص يُشتبه أو يتأكد أنه مصاب بجدي القرّة مع اعتلال خفيف ودون مضاعفات.
- يتعيّن إخضاع مرضى حالات جدي القرّة الخفيفة وغير المصحوبة بمضاعفات الذين يتم الاعتناء بهم في المنزل للعزل داخل منطقة منفصلة عن سائر أفراد الأسرة، وبعيدة عن المناطق المشتركة في المنزل (أي غرفة منفصلة أو منطقة مفصولة بستارة أو حاجز).
- يجب توخّي الحذر عند التعامل مع البياضات والأسطح المنزلية ولدى تنظيفها وأثناء التخلص من النفايات.
- يُعطى المرضى المصابون بجدي القرّة علاجاً للأعراض مثل الأدوية المضادة للحمى والمسكّنات للألم.
- تُقيّم الحالة الغذائية للمرضى المصابين بجدي القرّة ويتمّ إعطاؤهم تغذية كافية وإمالة مناسبة.
- تُقدّم المشورة للمرضى بحالة خفيفة من جدي القرّة بشأن علامات وأعراض تطور المرض.
- ينبغي إجراء علاج تحفّظي لآفات الطفح الجلدي تبعاً لمرحلتها بهدف تخفيف الانزعاج والتعجيل بالشفاء والوقاية من حدوث مضاعفات، مثل حالات العدوى الثانوية أو التقشّر.
- لا يُستخدَم العلاج بالمضادات الحيوية أو الوقاية الطبية لمرضى حالات جدي القرّة غير المصحوبة بمضاعفات. ومع ذلك، ينبغي مراقبة الآفات لكشف حالات العدوى البكتيرية الثانوية (التهاب خلوي، خراج)، فإن وُجدت، تُعالج بالمضادات الحيوية ذات التأثير المضاد لميكروبات الجلد الطبيعية، بما في ذلك العقديّة المقيّحة والمكورات العنقودية الذهبية الحساسة للميثيسيلين.

توصي المنظمة برعاية الصحة النفسية للمصابين بجذري القردة

توصي المنظمة بما يلي:

- يتعيّن المبادرة فوراً بتحديد وتقييم أعراض القلق والاكتئاب في سياق جذري القردة. ويتعيّن البدء في استراتيجيات الدعم النفسي والاجتماعي الأساسية وتدخلات الخط الأول لمعالجة ما يستجدّ من أعراض القلق والاكتئاب.
- يجب أن تكون استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي هي تدخلات الخط الأول لمعالجة مشاكل النوم في سياق الإجهاد الحاد.

العلاجات المضادة للفيروسات والعلاجات الأخرى

- يُفضّل استخدام مضادات الفيروسات للمصابين بجذري القردة في إطار تجارب مُعشّاة مضبوطة بشواهد مع جمع بيانات موحّدة عن الحالة السريرية والحاصل بما يعزز الإسراع بتوليد الأدلة حول الفاعلية والمأمونية، فإن تَعَدَّر ذلك، يمكن استخدام مضادات الفيروسات بموجب بروتوكولات الإتاحة الموسعة، مثل MEURI (الاستخدام الطارئ المراقب لتدخلات غير مسجّلة وتجريبية) (3).

الوقاية من العدوى ومكافحتها في المرافق الصحية

توصي المنظمة بما يلي:

- تُنفَّذ الاحتياطات الاحترازية للمُخالطة والقُطيرات لأيّ مريض مشتبه في إصابته بجذري القردة. وبالإضافة إلى احتياطات المُخالطة والقُطيرات، يجب تنفيذ الاحتياطات المرتبطة بالعدوى المنقولة بالهواء عند الاشتباه في الإصابة بالفيروس النُطَاقِي الحُمَاقِي (أي الجذري) وحتى يتمّ استبعاده.
- تُنفَّذ الاحتياطات الاحترازية للمُخالطة والقُطيرات لأيّ مريض تأكدت إصابته بجذري القردة. وبالإضافة إلى احتياطات المُخالطة والقُطيرات، يجب استخدام أقنعة التنفّس.
- تُنفَّذ الاحتياطات المرتبطة بالعدوى المنقولة بالهواء إذا طُبِّقَت إجراءات مُؤدّة للردّ.
- ينبغي تنظيف وتطهير المناطق والمعدّات الكائنة داخل مرفق الرعاية الصحية التي يستخدمها المريض بشكل متكرر أو التي تُجرى فيها أنشطة لرعاية المرضى وفقاً للمبادئ التوجيهية المطبّقة على الصعيد الوطني أو على مستوى المرافق.
- يتعيّن توخّي العناية في تناول وجمع البياضات والأردية الطبية المستخدمة في المستشفيات والمناشف وأيّ عناصر أخرى مصنوعة من القماش.
- يجب التعامل مع جميع سوائل الجسم والنفايات الصلبة للمرضى المصابين بجذري القردة كنفائات مُعدية.
- ينبغي أن تُتخذ تدابير للمرضى المعزولين المصابين بجذري القردة لدعم تفاعل المريض مع العائلة والزوار تعزيزاً لراحتهم.

رعاية المجموعات النشطة جنسياً

توصي المنظمة بما يلي:

- يتعيّن نصح جميع المرضى بالامتناع عن ممارسة الجنس حتى تنتشر جميع الأقات الجلدية الناجمة عن جذري القردة وتسقط الجلبة وتتشكّل طبقة جديدة من الجلد تحتها.
- استناداً إلى مبدأ التحوُّط ذي الصلة، تقترح المنظمة استخدام الرفالات باستمرار أثناء النشاط الجنسي (المتلقّي والإيلاجي عن طريق الفم/الشرج/المهبل) لمدة 12 أسبوعاً بعد التعافي لمنع الانتقال المحتمل لجذري القردة.

رعاية النساء أثناء الحمل وبعده

توصي المنظمة بما يلي:

- قد لا تحتاج الحوامل أو النساء اللاتي كنّ حوامل مؤخراً من مرضى حالات جذري القردة الخفيفة وغير المصحوبة بمضاعفات إلى رعاية حرجة في المستشفى، لكن ربما يفضل مراقبتهم في مرفق صحي. وينبغي إدخال مريضات الحالات الوخيمة أو المصحوبة بمضاعفات إلى مرفق صحي لتلقي الرعاية نظراً لحاجتهنّ إلى مستوى أمثل من الرعاية الداعمة أو التدخلات لتحسين بقاء الأم والجنين على قيد الحياة.
- يجب أن تُتاح لمريضات جذري القردة من الحوامل والنساء اللاتي انتهت فترة حملهنّ مؤخراً إمكانية الحصول على رعاية ماهرة وتتسم بالاحترام محوراً للمرأة، بما في ذلك القبالة، والتوليد، وأمراض النساء، وطب الأجنّة ورعاية حديثي الولادة، فضلاً عن الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي، مع الجاهزية لرعاية مضاعفات الأمهات والمواليد.
- ينبغي أن تكون طريقة الولادة مصمّمة حسب الاحتياجات الفردية، بناءً على مؤشرات التوليد وتفضيلات المرأة. وتوصي المنظمة بقصر حثّ المخاض وإجراء جراحة قيصرية على الحالات التي تستدعي ذلك طبيّاً وتبعاً لما يقتضيه وضع الأم والجنين.
- يتعين تمكين وتشجيع المتعافيات من جذري القردة من الحوامل والنساء اللاتي كنّ حوامل مؤخراً لتلقي الرعاية الروتينية قبل الولادة أو بعدها أو عند الإجهاد، حسب الاقتضاء. ويجب توفير رعاية إضافية حال التعرّض لأيّ مضاعفات.

رعاية الرضع والأطفال الصغار المصابين بجذري القردة

توصي المنظمة بما يلي:

- يجب مراقبة الرضع حديثي الولادة لأمهات مصابات بجذري القردة عن كثب بحثاً عن بينات على احتمال التعرّض أو الإصابة بعدوى خلقية أو محيطية بالولادة. هذا بالإضافة إلى إمكانية تعرّض الأمهات والرضع أو الأطفال الصغار للعدوى من خلال المخالطة للصيقة.
- ينبغي إجراء تطعيم كامل للأطفال المعرضين للإصابة بجذري القردة حسب فنتهم العمرية وفقاً لبرنامج التحصين الوطني الروتيني، وتحديث تطعيماتهم متى أمكن.

تغذية الرضع لأمهات مصابات بجذري القردة

توصي المنظمة بما يلي:

- يتعيّن تقييم ممارسات تغذية الرضع، بما في ذلك ما إذا كان يتعيّن أن تتوقف الأم المصابة بجذري القردة عن الرضاعة الطبيعية، على أساس كل حالة على حدة، مع مراعاة الحالة البدنية العامة للأم وشدة المرض، بما يمكن أن يؤثر على خطر انتقال جذري القردة من الأم إلى الرضيع.

التدبير العلاجي للمرضى المعرضين لمخاطر عالية وأولئك الذين يعانون من مضاعفات أو عدوى شديدة بجذري القرّة

توصي المنظمة بما يلي:

- يجب إدخال المرضى الأشدّ عرضةً للمضاعفات (أي الأطفال الصغار والحوامل وأولئك الذين يعانون من كبت المناعة) أو مرضى حالات جذري القرّة الشديدة أو المصحوبة بمضاعفات إلى المستشفى لمراقبتهم عن كثب ورعايتهم سريريّاً في ظل احتياطات العزل المناسبة لمنع انتقال فيروس جذري القرّة.
- ينبغي معالجة مرضى جذري القرّة الذين يصابون بمضاعفات أو اعتلالات وخيمة باستخدام التدخّلات المثلى للرعاية الدائمة.

رعاية مرضى جذري القرّة بعد عدوى حادة

توصي المنظمة بما يلي:

- يتعيّن أن يحصل المرضى الذين يُشتبه أو يتأكد أنهم مصابون بجذري القرّة على رعاية للمتابعة. ويجب نصح جميع المرضى المصابين بجذري القرّة (ومقدّمى الرعاية لهم) بمراقبة أيّ أعراض مستمرة أو جديدة أو متغيّرة. وحال حدوثها، يجب عليهم طلب الرعاية الطبية وفقاً لمسارات الرعاية الوطنية (المحلية).

الاعتناء بالموتى

توصي المنظمة بما يلي:

- يجب أن يتم التعامل مع الرفات البشرية للأفراد المتوفين بجذري القرّة باستخدام تدابير مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها.

التدبير العلاجي للعاملين الصحيين المعرضين للخطر

- توصي المنظمة بوضع خطة بشأن تقييم ومعالجة الموظّفين المعرضين مهنيّاً.

تجميع حصيلة البيانات الموحّدة والمنصّة السريّة لمنظمة الصحة العالميّة

1- المنهجية

وُضِعَت هذه المبادئ التوجيهية المبدئية للاستجابة السريعة وفقاً للمعايير والأساليب الموصوفة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية (4). وقد استُمد المحتوى الأولي من فصول الرعاية السريرية والوقاية من العدوى ومكافحتها من مسودة نسخة الدليل الميداني بشأن جدي القردة (غير منشورة، انظر القسم المعنون «شكر وتقدير»). وحوّلت هذه الفصول إلى توصيات «أولية» عملية من قِبَل اللجنة التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بقيادة وحدة التدبير العلاجي السريري والعمليات، والفريق المعني بالوقاية من العدوى ومكافحتها، التابع لإدارة تعزيز استعداد البلدان في برنامج المنظمة للطوارئ الصحية. وفي 25 أيار/ مايو 2022، اجتمعت اللجنة التوجيهية للمنظمة من أجل الاتفاق على نطاق المبادئ التوجيهية وصيغة التوصيات «الأولية» للإرشادات.

المبادئ التوجيهية ذات الصلة: حيثما أمكن، استُخدمت المبادئ التوجيهية للمنظمة المنشورة بالفعل لدعم التوصيات السريعة (انظر المراجع).

التوقيت: تُنشر هذه الوثيقة بعنوان التدبير العلاجي السريري للعدوى بجدي القردة والوقاية منها ومكافحتها: إرشادات مبدئية للاستجابة السريعة، مع تحديث مقترح بعد شهرين من نشرها وتحولها إلى مبادئ توجيهية قائمة على نهج GRADE لتصنيف تقدير التوصيات ووضعها وتقييمها التزاماً بمعايير إصدار مبادئ توجيهية جديدة بالثقة.

نهج تدريجي

الخطوة 1- رصد البيانات: فيما يخص التوصيات السريرية، تم إجراء بحث شامل على الإنترنت عبر محرك البحث PubMed، باستخدام معايير البحث التالية: «جدي القردة» و«الفيروس الجدي أو الفيروس الجدي» و«الحصائل السريرية» و«حصائل الأمهات» و«التثبيط المناعي» و«مضادات الفيروسات أو العلاجات». وجرى مراجعة الدراسات المُعْتَمَدة المضبوطة بشواهد، ودراسات المجموعات، والتحليل الوصفي، والتقارير الإفرادية، والمقالات الاستعراضية. وبسبب الجدول الزمني المتسارع واتساع نطاق الإرشادات، لم يكن من الممكن إجراء عملية رسمية قائمة على نهج GRADE لتصنيف تقدير التوصيات ووضعها وتقييمها (أسئلة بصيغة الإطار الزمني لحصيلة مقارنة تدخلات المرضى PICO؛ واستعراضات منهجية؛ وتوثيق رسمي للقيم والتفضيلات؛ وإدراج اعتبارات التكاليف والموارد والجدوى).

وفيما يتعلق بتوصيات الوقاية من العدوى ومكافحتها، وُضِعَت مسودة إرشادات استناداً إلى الاحتياطات القائمة على نمط انتقال العدوى. وُعِمَت على فريق من الخبراء يضمّ أخصائيين في مجال الوقاية من العدوى ومكافحتها والأمراض المعدية، وطلب الفريق إجراء استعراض سريع للأدبيات. ثم أجرت الوحدة التقنية بحثاً سريعاً في الكتابات على محرك البحث PubMed باستخدام استراتيجية البحث «جدي القردة» و«الفيروس الجدي أو الفيروس الجدي» و«انتقال العدوى». وأدرجت الاستعراضات المنهجية وورقات البحث ذات الصلة وجرى مراجعتها. وفي 25 أيار/ مايو 2022، عُقدت مشاورة مع خبراء في مجال الوقاية من العدوى ومكافحتها والأمراض المعدية من جميع أقاليم المنظمة لمناقشة تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها، وتم تبادل نتائج البحث السريع في النصوص خلال هذا الاجتماع. وكانت المنظمة قد استضافت، في 24 أيار/ مايو 2022، اجتماعاً للشبكة السريرية بهدف جمع المعلومات عن الخصائص السريرية والتدبير العلاجي من الأطباء السريريين ذوي الخبرات الحديثة في رعاية المرضى.

الخطوة 2- الدعوة لعقد اجتماعات الفريق المعني بوضع المبادئ التوجيهية: في 27 و28 و30 أيار/ مايو 2022، دعت المنظمة لعقد اجتماع للخبراء ضمّ فريقاً متعدد التخصصات من مقدمي الرعاية الصحية ذوي الخبرة في مجال التدبير العلاجي السريري والوقاية من العدوى ومكافحتها للمرضى المصابين بأمراض ناشئة حيوانية المصدر، فضلاً عن فيروس العوز المناعي البشري، والأمراض المنقولة جنسياً، والإنتان. وفي إطار التحضير لهذا الاجتماع، عُمِمَت مسودة الإرشادات على الفريق إلى جانب المراجع الرئيسية المستخدمة في إعدادها. وقامت الوحدة التقنية بجمع وتنظيم إعلانات المصالح، ولم يتبين لها وجود تضارب في المصالح لدى أيّ عضو في الفريق. وبالإضافة إلى توزيع نموذج إعلان المصالح أثناء الاجتماع، قَدِّمَت أمانة المنظمة شرحاً لعملية إعلان المصالح، وأتيحت الفرصة لأعضاء الفريق للإفصاح عن أيّ مصالح لم تُدرج كتابةً في النموذج. ولم يُعلن شفاهاً عن أيّ حالات تضارب. كما لم تسفر عمليات البحث الإلكتروني عن تحديد أيّ مصالح إضافية قد يُتصور أنها تؤثر في موضوعية الأفراد واستقلاليتهم أثناء وضع التوصيات.

الخطوة 3- التوصيات النهائية: اجتمع الفريق المعني بوضع المبادئ التوجيهية وأشرف على الاجتماع رئيسان خارجيان. وتمّ إطلاع الفريق مسبقاً على مسودة توصيات «أوليّة» وأديرت المناقشة إلى أن تمّ التوصل إلى توافق في الآراء. ونُقِشت العناصر التالية من إطار اتخاذ القرار على أساس البيانات: الفوائد والأضرار، والجدوى، واعتبارات الموارد، والإنصاف، وقيم المرضى وتفضيلاتهم. واستندت المناقشات إلى ما هو متاح من بيانات ضعيفة الجودة للغاية (دراسات رصدية مصغرة) فضلاً عن آراء الخبراء. وبالإضافة إلى ذلك، تمّ التطرّق إلى مبدأ التحوُّط بسبب محدودية المعلومات المتاحة وعدم اليقين الحالي بشأن طرق انتقال العدوى والمخاطر المحتملة على العاملين الصحيين والجمهور. وتمت مشاركة مسودة الوثيقة مع الفريق في إجراء متكرر كل يوم بعد الاجتماعات لاستعراضها. وكانت اللجنة التوجيهية للمنظمة قد حدّدت مسبقاً قواعد التصويت في حالة عدم التوصل إلى توافق واضح في الآراء. وستُستخدم أغلبية بسيطة لتحديد اتجاه التوصية.

الخطوة 4- الاستعراض والنشر والتعميم: قُدِّمت الوثيقة النهائية إلى لجنة استعراض المبادئ التوجيهية المعجّلة ووافق عليها مايك رايان (المدير التنفيذي لبرنامج المنظمة للطوارئ الصحية) لإجازتها تنفيذياً.

وستضع المنظمة نصب عينها تحديث هذه الإرشادات بمبادئ توجيهية معيارية تصدر عنها استناداً إلى نهج GRADE لتصنيف تقدير التوصيات ووضعها وتقييمها في غضون 8 أسابيع إلى 12 أسبوعاً من نشرها.

2- التوصيف السريري

1-2 معلومات أساسية

جدري القردة مرض فيروسي حيواني المنشأ ينتمي إلى جنس الفيروسات الجدرية المنحدرة من فصيلة *Poxviridae*. وقد تم التعرف على المرض البشري لأول مرة في عام 1970 لدى صبي يبلغ من العمر تسعة أشهر في جمهورية الكونغو الديمقراطية، ومنذ ذلك الحين أبلغ عن حالات ينتشر معظمها بشكل رئيسي في وسط وغرب أفريقيا (2،1). وقد حُدِّتْ زمردتان معروفتان من جدري القردة، إحداهما في غرب أفريقيا والأخرى في منطقة حوض الكونغو (5). ويبدو تاريخياً أن زمرة حوض الكونغو أكثر ضراوة، حيث تتراوح نسبة الوفيات من الحالات المصابة بين 1% و 10% (2،6،7)، في حين ترتبط زمرة غرب أفريقيا بمعدل وفيات أدنى بشكل عام يقل عن 3% (7،8). وتشير بيانات حديثة لهذه الأخيرة إلى نسبة قدرها 1.4% للوفيات من الحالات المصابة (9). وتجدر ملاحظة أن الوفيات قد تتفاوت تفاوتاً كبيراً باختلاف البيئات.

2-2 التاريخ الطبيعي للمرض ومدى وخامته

عادةً ما تتراوح فترة حضانة جدري القردة من 6 أيام إلى 13 يوماً بعد التعرض، لكنها يمكن أن تتراوح بين 5 أيام و 21 يوماً (10). ورغم أن معظم الناس يتعافون في غضون أسابيع، فقد أفادت التقارير بأن الإصابات بمضاعفات وعواقب شديدة أكثر شيوعاً بين أولئك الذين لم يتم تطعيمهم ضد الجدري مقارنةً بأولئك الذين حصلوا على التطعيم (74% مقابل 39.5%) (11). ومن غير الواضح ما إذا كان يحدث تضاؤل للمناعة بالتطعيم المضاد للجدري بمرور الوقت؛ ومع ذلك، تشير الدراسات إلى أن التطعيم ضد الجدري فعال بنسبة 85% تقريباً في الوقاية من الإصابة بجدري القردة (12). ونظراً لأن التطعيم السابق ضد الجدري قد يؤدي إلى مسار أكثر اعتدالاً للمرض، فمن المهم التأكد من حالة التطعيم لدى أي شخص معرض للإصابة بجدري القردة (9). ويمكن عادةً العثور على بيانات دالة على تطعيم سابق ضد الجدري عادةً كندبة على الجزء العلوي من الذراع. وربما يكون الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 40 إلى 50 عاماً (حسب البلد) قد حصلوا على تطعيم ضد الجدري قبل إيقاف حملات التطعيم العالمية ضد الجدري عقب إعلان منظمة الصحة العالمية القضاء على المرض في عام 1980 (1). وبالإضافة إلى ذلك، ربما يكون بعض موظفي المختبرات أو العاملين الصحيين قد حصلوا على اللقاح.

وحتى الآن، حدثت معظم الوفيات المبلغ عنها بين أطفال صغار وأفراد منقوصي المناعة، مثل مرضى فيروس العوز المناعي البشري الذين لا تتم السيطرة على مرضهم بشكل جيد (8،11،13). وأفادت دراسة حديثة من جمهورية الكونغو الديمقراطية بأنه في مجموعة قوامها 216 مريضاً، حدثت ثلاث وفيات بين مرضى تقل أعمارهم عن 12 عاماً. وبالمقارنة مع الناجين، كان الحمض النووي الفيروسي لجدري القردة أعلى في دم المرضى بحالات مميتة، مع بلوغ عدد الآفات الجلدية حده الأقصى، وارتفاع قيم ناقلات أمين الأسبارتات والألانين في يوم دخولهم المستشفى (9).

2-3 العلامات والأعراض

يمكن أن يسبب جدري القردة مجموعة من العلامات والأعراض السريرية. وتستمر المرحلة الأولية للاعتلال السريري عادةً من يوم واحد إلى خمسة أيام، وخلال هذه الفترة قد يعاني المرضى من الحمى والصداع وآلام الظهر وشد العضلات ونقص الطاقة واعتلال العقد اللمفاوية - وهي سمة مميزة لهذا المرض (9). وتعبق ذلك مرحلة ثانية، تحدث عادةً بعد يوم واحد إلى ثلاثة أيام من انحسار الحمى مع ظهور طفح جلدي (12،14،15). ويظهر الطفح الجلدي في مراحل متتابعة - بُعَ فحطاطات ثم حويصلات وبثور وتسرُّر، قبل التقشر والتوسُّف على مدى فترة تتراوح بين أسبوعين وثلاثة أسابيع. ويتراوح حجم قطر الآفات من 0.5 إلى 1 سم، ويتباين عددها من بضعة آلاف إلى عدة آلاف (2،7). ويتخذ انبثاقها اتجاهًا نابذاً، بدءاً من الوجه وامتداداً نحو راحة وإخمص اليدين والقدمين، ويمكن أن يشمل الأغشية المخاطية الفموية والملتحمة والقرنية و/أو الأعضاء التناسلية (2،11،16). وتصف الملاحظات المستمدة من الفاشيات الحالية في بلدان أوروبا وأمريكا الشمالية آفات تبدأ في المنطقة التناسلية، ولكن هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات (17). وقد يصاب المرضى باعتلال في العقد اللمفاوية - ورد وصفه في 98.6% من مجموعة تضم أكثر من

200 مريض مصابين بجذري القردة في جمهورية الكونغو الديمقراطية (9،2). وتشعب الإصابة بقرحة في الفم قد تؤثر في قدرة المريض على تناول الطعام والشراب مما يؤدي إلى الجفاف وسوء التغذية (18،14). وقد يحدث أيضاً التهاب في الغشاء المخاطي البلعومي والملتحمة والأعضاء التناسلية (14،10). وبيّنت دراسة رصدية موسعة حديثة تصف التاريخ الطبيعي لـ 216 مريضاً مصابين بجذري القردة في جمهورية الكونغو الديمقراطية أنّ الأعراض السريرية الأكثر شيوعاً هي الطفح الجلدي (96.8%)، والشعور بالضيق (85.2%) والتهاب الحلق (78.2%). وكانت النتائج الأكثر شيوعاً لدى الفحص البدني هي الطفح الجلدي التقليدي لجذري القردة (99.5%)؛ واعتلال العقد للمفاوية (98.6% - حيث كانت منطقة العنقية هي الأكثر تضرراً بشكل متكرر [85.6%]، تليها المنطقة الأربية [77.3%])؛ وآفات الفم/الحلق (28.7%) (9).

وقد يصاب مرضى جذري القردة بمضاعفات شديدة ومهددة للحياة، وإن كان ذلك أمراً غير شائع. وعلى سبيل المثال، قد يتسبب اقتران الآفات الجلدية في الإصابة بعدوى بكتيرية في الجلد والأنسجة الرخوة مثل التهاب النسيج الخلوي والحُرَاجات والتهابات الأنسجة الرخوة الناحرة التي تتطلب عناية موضعية دقيقة بالجروح؛ إلى جانب تراكم السوائل تحت الجلد في مرحلة النقش مما يؤدي إلى استنزاف للأوعية الدموية وصدمة؛ بالإضافة إلى التقشير مما يؤدي إلى وجود مناطق من الجلد قد تحتاج إلى تنظيف جراحي لموضع الإصابة وإلى ترقيع (18،15،14). وتشمل المضاعفات الأخرى الأكثر ندرة الالتهاب الرئوي الحاد والضائقة التنفسية، وعدوى القرنية التي قد تؤدي إلى فقدان البصر، وفقدان الشهية، والقيء والإسهال مما قد يؤدي إلى جفاف شديد، وتشوهات إلكتروليتية وصدمة، واعتلال العقد للمفاوية العنقي الذي قد يؤدي إلى خراج خلف البلعوم أو تدهور الوظائف التنفسية، والإنتان، والصدمة الإنتانية، والتهاب الدماغ والوفاة (15-13،11-8).

وتشير دراسات مصغرة لبحث التطورات غير الطبيعية كما تظهرها القياسات المختبرية للمرضى المصابين بجذري القردة إلى أنّ زيادة الكريات البيضاء، وارتفاع مستويات ناقلاات الأمين، وانخفاض نيتروجين اليوريا في الدم، ونقص ألبومين الدم كانت سمات شائعة أثناء المرض، وأنّه كانت هناك شواهد على كثرة اللِّمَفَوِيَّات ونقص صفيحات الدم في أكثر من ثلث المرضى الذين خضعوا للتقييم (18،9،2).

4-2 التشخيص التبايني

قد يكون الطفح الجلدي الذي يظهر في جذري القردة شبيهاً بأمراض معدية أخرى أو حالات أخرى، بما في ذلك الفيروس النُّطَاقِيّ الحُمَاقِيّ (VZV، الحماق)، وفيروس الحلاّ البسيط، والزهرى الأولي أو الثانوي، وعدوى المكورات البنية المنتثرة، والحمى القلاعية، وقرح الزهري الرخوة، والورم الحُبَبِيّ اللِّمَفَوِيّ المنقُولُ جنسياً، والورم الحُبَبِيّ الأُرْبِيّ، والمليساء المعدية، والحصبة، والجرب، وجذري الركتسيات، وداء الشيكونغونيا، وفيروس زيكا، وحمى الضنك، والتهاب الأوعية الدموية وغيرها من التهابات الجلد البكتيرية وعدوى الأنسجة الرخوة الأخرى.

وفي كثير من الأحيان، قد يتم الخلط بين الطفح الجلدي الناجم عن الفيروس النُّطَاقِيّ الحُمَاقِيّ وجذري القردة، ولكن يمكن التمييز بينهما لأنّ الطفح الجلدي في الحماق يتفاقم بشكل أسرع عموماً، ويقع في موضع مركزي أكثر مما نشهده في التوزع النابذ لجذري القردة، كما أنّه يجتاز مراحل متعددة من التطور (وليس نفس المرحلة كما يُشاهد في جذري القردة) وعادةً ما لا يعاني المرضى من آفات على راحة الأيدي وأخمص القدمين (2،11). وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ المرضى المصابين بالفيروس النُّطَاقِيّ الحُمَاقِيّ لا يعانون عادةً من اعتلال العقد للمفاوية، وهو السمة المميزة لجذري القردة (11). ورغم الاختلافات السريرية بين هذين المرضين، أفادت دراسة من جمهورية الكونغو الديمقراطية بحدوث عدوى مصاحبة بجذري القردة/الفيروس النُّطَاقِيّ الحُمَاقِيّ بمعدل يتراوح بين 10 و13% (20،19). وأبلغ المرضى المصابون بعدوى مصاحبة عن شعورهم بتعب وقشعريرة وصداع وألم عضلي. ولم يبلغ هؤلاء الأفراد على الأرجح عن علامات/أعراض تقرحات الفم واعتلال العقد للمفاوية الإبطية والسعال والتهاب الحلق. وكان مستوى عبء الآفات أعلى لدى المرضى المصابين بعدوى مصاحبة مقارنةً بشواهد الفيروس النُّطَاقِيّ الحُمَاقِيّ وحده، ولكنّ عبء الطفح الجلدي كان أقلّ لديهم مما تبيّن مع جذري القردة وحده، وهو ما طرح إيجاباً بأنّ العدوى المصاحبة بهذين الفيروسين يمكن أن تلطف شدة العدوى إجمالاً - وثمة حاجة لمزيد من التقصي في هذا المضمار (20،19).

5-2 انتقال العدوى والذرف الفيروسي

رغم السريان الممتد للمرض على مدى عقود في الحيوانات مع انتشار عَرَضِيٍّ إلى البشر، تتوفر بيانات محدودة تصف انتقال العدوى والذرف الفيروسي لجذري القردة. وتدعم المعلومات المتاحة إمكانية حدوث انتقال للمرض من الحيوان إلى الإنسان، ومن البشر إلى البشر، ومن النباتات الملوثة إلى البشر. ومعظم المعلومات متاحة حتى الآن من بلدان في غرب ووسط أفريقيا، وبمعدل أقل من مناطق في أقاليم أخرى تابعة للمنظمة (18).

وينتقل فيروس جذري القردة من الحيوانات المصابة إلى البشر عن طريق المخالطة غير المباشرة أو المباشرة (12). وقد يحدث الانتقال من اللدغات أو الخدوش، أو أثناء مزاولة أنشطة من قبيل الصيد، أو السلخ، أو القنص بالشراك، أو الطهي، أو العبث بالذبائح، أو أكل لحوم الحيوانات، مثل الرئيسيات غير البشرية، والقوارض البرية، والظباء والغزلان، وسناجب الأشجار (14). ولا يزال مدى سريان الفيروس في مجموعات الحيوانات غير معروف تماماً، وجارٍ إجراء المزيد من الدراسات في هذا الصدد (11).

ويمكن أن يحدث انتقال للمرض من البشر إلى البشر عبر الملامسة المباشرة للجاد المصاب أو آفات الأغشية المخاطية المعدية، ويشمل ذلك التلامس وجهاً لوجه أو من الجلد إلى الجلد أو من الفم إلى الفم أو من الفم إلى الجلد، وقطرات الجهاز التنفسي (وربما البخاخات القصيرة المدى التي تتطلب ملامسة لصيقة مطوّلة) (2,21,22). عندئذٍ يدخل الفيروس الجسم عبر الجلد المشقق والأسطح المخاطية (مثل الفم والبلعوم والعينين والأعضاء التناسلية)، أو بواسطة الجهاز التنفسي (21,23). وقد تتباين الفترة المعدية، لكن بشكل عام يُعتبر المرضى مُسبِّبين للعدوى حتى تتقشر الآفات الجلدية وتسقط الجلبة وتتشكل طبقة جديدة من الجلد تحتها. ويمكن أن يحدث الانتقال أيضاً من البيئة إلى البشر عن طريق الملابس أو البياضات الملوثة التي تحتوي على جسيمات جلدية معدية (يوصف أيضاً على أنه سريان المرض بأداة العدوى). وفي حالة اهتزاز هذه الجزيئات، يمكن أن تنتشر في الهواء وتُسْتَشَقُّ، وأن تهبط على الجلد المشقق أو الأغشية المخاطية وتؤدي إلى انتقال المرض والعدوى؛ وقد نُشِرَتْ إصابة موثقة على مستوى العاملين الصحيين تشير إلى انتقال فيروس جذري القردة عن طريق ملامسة أغطية الفراش الملوثة (15,24). ووجد أن ثبات فيروس الجذري البديل في البيئة المحيطة وعلى أنواع مختلفة من الأسطح يستمر بين يوم واحد إلى 56 يوماً حسب درجة الحرارة ومدى رطوبة الغرفة (25,26)؛ ومع ذلك، هناك حالياً بيانات محدودة عن التلوث السطحي وسريان المرض بأدوات معدية، بالإضافة إلى البياضات الملوثة (15). وعلى وجه العموم، فإن فيروسات الجذري أكثر مقاومة للظروف البيئية وتُظهِر استقراراً عالياً في البيئة عموماً (25,26). وأثناء بحثنا في المطبوعات، لم يتم العثور على أي معلومات حول وجود الفيروس في مياه الصرف الصحي.

وقد تناولت دراسة حديثة نُشِرَتْ في أيار/مايو 2022 من المملكة المتحدة مسائل التوصيف السريري والحركات الفيروسية وإيجابية تفاعل البوليمراز التسلسلي والاستجابة لمضادات الفيروسات في سبعة مرضى مصابين بجذري القردة بين عامي 2018 و2021. واكتُشِفَ الحمض النووي الفيروسي لجذري القردة لدى المرضى السبعة جميعهم بواسطة تفاعل البوليمراز التسلسلي في الآفات الجلدية وفي عينات الجهاز التنفسي العلوي؛ وتمّ كشفه لدى ستة مرضى في الدم؛ وتبيّن وجوده لدى أربعة مرضى في البول ولدى شخص واحد في خُرَاجات جلدية. وأشارت دراسة حديثة أخرى نُشِرَتْ في أيار/مايو 2022 حول التوصيف السريري لـ 216 مريضاً تمّ تشخيصهم بين عامي 2007 و2011 في جمهورية الكونغو الديمقراطية إلى أنه قد يتم اكتشاف الحمض النووي لجذري القردة في الدم والجهاز التنفسي العلوي قبل ظهور الطفح الجلدي، وأنّ ذروة الحمل الفيروسي قد تحدث في وقت مبكر جداً من مسار المرض (9). وتشير البيانات أيضاً إلى أنّ جلبة جذري القردة تحتوي على كميات كبيرة من الحمض النووي الفيروسي إلى أن تسقط، بما في ذلك عند سقوطها، وأنّ مستواها يفوق المستويات الموجودة في الدم والحلق (9). وتجدر الإشارة إلى أنه لم يتمّ الجزم بحدوث عدوى فيروسية للعينات. وفي هذه الأونة، لا تزال دلالة هذه النتائج فيما يتعلق بانتقال الفيروس والفترة المعدية غير مؤكدة (12). وهناك حاجة إلى مزيد من المعلومات من أجل تحسين فهم الطرق المحتملة الأخرى لسريان وثبات العدوى عن طريق ملامسة سوائل الجسم الأخرى (مثل حليب الثدي أو السائل المنوي أو السائل المهبلي أو السائل الأمنيوسي أو الدم)، ولفهم انتقال المرض عن طريق قطرات الجهاز التنفسي والهباء الجوي بشكل أفضل.

ويبدو في بلدان الفاشية الحالية وبين حالات جذري القردة المبلغ عنها أنّ سريان العدوى يحدث أساساً من خلال المخالطة الجسدية للصيقة، بما في ذلك الاتصال الجنسي (عن طريق الفم والمهبل والشرج).

2-6 النساء والحوامل أثناء الحمل أو بعد الولادة

تمّ توثيق انتقال العدوى بجذري القردة داخل الرحم، وكذلك انتقالها من الأم إلى الطفل عن طريق الاتصال المباشر (27،28). النوع الأول مصدره سلسلة حالات طويلة أفادت عن حصائل أربع حوامل: واحدة أنجبت طفلاً سليماً، واثنان تعرّضتا لإجهاض مبكر، وواحدة توفي جنينها حيث كان الوليد الميت مغطى بطفح جلدي منتشر مع إصابة مؤكدة بجذري القردة وفق المشاهدات الفيروسية. ويشير ذلك إلى أنّ العدوى بفيروس جذري القردة قد تؤدي إلى حصائل سلبية للجنين، مثل الموت أو الإجهاض العفوي (9،28). وليس واضحاً مدى الارتباط بين وخامة مرض الأم وهذه الحصائل (28،29).

2-7 الآثار المتوسطة والطويلة الأجل

هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات حول التوصيف السريري للآثار المتوسطة والطويلة الأجل لجذري القردة. وأفادت إحدى الدراسات بأن أكثر من 90% من الناجين من جذري القردة لا يعانون من مضاعفات، بغض النظر عن حالة التطعيم ضد الجذري (14). وفي المصابين بمضاعفات طويلة الأجل، من أكثر العواقب شيوعاً ظهور ندبات تشوّه شكل الجلد، والإصابة بالعمى (11،14،30). ويمكن أن تؤدي الندبات المنقرّة إلى ما يُعرف بالبثور (11،14). وتشير البيانات أيضاً إلى أنّ المرضى قد يكونون عرضة لخطر الإصابة بمضاعفات تمسّ الصحة النفسية (15).

2-8 ملخص الرعاية السريرية والوقاية من العدوى ومكافحتها

تتطلب رعاية المرضى المشتبه أو المؤكد أنهم مصابون بجذري القردة التعرف المبكر على المشتبه بهم، والإسراع بتنفيذ تدابير مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها، واختبار مسببات المرض المحتملة لتأكيد التشخيص، ومعالجة الأعراض لدى مرضى حالات جذري القردة الخفيفة أو غير المصحوبة بمضاعفات، ورصد وعلاج المضاعفات والأوضاع التي تهدّد الحياة مثل الجفاف الشديد والالتهاب الرئوي الحاد والإنتان. ولا يزال دور العلاجات المحددة لجذري القردة تجريبياً، ويمكن استخدامها في إطار تجارب مُعشّاة مضبوطة بشواهد (وهو الأفضل)، أو بروتوكولات الإتاحة الموسعة. ويعدّ تنفيذ تدابير مناسبة مع ضوابط هندسية وإدارية وخاصة بمعدات الحماية الشخصية أمراً ضرورياً للتخفيف من انتقال العدوى بجذري القردة والسيطرة عليها في بيئات الرعاية الصحية والمجتمع (31). ويجب أن يتلقّى جميع المرضى المصابين بجذري القردة رعاية محورها المريض تتسم بالاحترام وتحافظ على الكرامة والخصوصية والسرية.

3- الفحص والفرز والعزل والتقييم السريري (3 توصيات)

توصي المنظمة بأن يُجرى، عند أول نقطة اتصال بالنظام الصحي، فحص وفرز لجميع الأشخاص الذين يعانون من طفح جلدي أو حمى أو اعتلال العقد المفاوية، وفقاً لتعريف المنظمة للحالات بعد مواعته محلياً (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-surveillance-2022.1>) (انظر الملحق 1)، من أجل تحديد الأفراد المشتبه أو المؤكد أنهم مصابون بجذري القرودة.

ملاحظات:

- يمكن تنفيذ استبيان مبسّط وبروتوكول للفحص استناداً إلى تعريف المنظمة للحالات بعد مواعته مع العوامل الوبائية المحلية عند نقطة الدخول لتلقّي الرعاية الصحية (أو أثناء تتبّع المخالطين)، من أجل فحص المرضى على أساس تعريف المنظمة للحالات والعوامل الوبائية المحلية. وعلى سبيل المثال، يمكن القيام بذلك أثناء هذه الفاشية في عيادات الرعاية الأولية، وعيادات الصحة الجنسية، وأقسام الطوارئ، وعيادات الأمراض المعدية، وعيادات الجهاز البولي التناسلي، وعيادات الأمراض الجلدية، وعيادات الأمومة وطب الأطفال وغيرها.
- تبعاً لمسارات التنسيق الوطنية (المحلية)، يمكن أن يوضع التطبيب عن بُعد في الاعتبار كوسيلة لفحص المرضى.
- ينبغي أن تكون الكمامات الطبية ومطهرات اليدين الكحولية متاحة للمرضى المتواجدين في مناطق الفحص. ويتعيّن وضع علامات إرشادية بشأن نظافة الجهاز التنفسي ونظافة اليدين على السواء، إلى جانب تعليمات بارتداء كمامة طبية محكمة تماماً إذا كانت هناك أي أعراض تنفسية.
- يجب القيام بأنشطة الفحص مع الحفاظ على مسافة لا تقل عن متر بعيداً عن المرضى واستخدام نهج «عدم اللمس». وفي الحالات التي يتعدّر فيها تنفيذ هذه التدابير أو التقيّد بها، ينبغي أن يجري المرفق تقييماً للمخاطر من أجل تحديد مستوى معدات الحماية الشخصية المطلوب وفقاً لتوصيات الوقاية من العدوى ومكافحتها الخاصة بالمرافق الصحية في سياق جذري القرودة (انظر القسم 7 بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها). ويتعيّن على العاملين الصحيين القائمين بالفحص أن يتبعوا تعليمات المنظمة الصادرة تحت عنوان «لحظّاتك الخمس لنظافة اليدين (31،32)» (32).
- أثناء الانتظار، يجب منع الازدحام بين المرضى والحفاظ على مسافة لا تقل عن متر بين كل مريض وآخر (32).
- ينبغي إدخال الأشخاص الذين يعانون من أعراض نقي بتعريف حالة عدوى مشتبهة بجذري القرودة إلى مسار الرعاية السريرية للمرض، مع إعطائهم على الفور كمامة طبية محكمة جيداً وعزلهم في غرفة مفردة جيدة التهوية. وإذا لم تتوفر غرفة مفردة جيدة التهوية، يُجمّع المرضى ذوو التشخيص السريري المتماثل ويتمّ تصنيفهم استناداً إلى عوامل الخطر الوبائية، مع فصلهم مكانياً (بفاصل متر على الأقل بين المرضى). ويتعيّن عدم تجميع الحالات المشتبه فيها مع الحالات المؤكدة (انظر القسم 7 بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها).
- يُنظر في أعمال ترصّد المرضى الداخليين للكشف عن جذري القرودة تبعاً للعوامل الوبائية المحلية.

توصي المنظمة بالقيام، بعد الفحص والعزل، بفرز المرضى المُشتَبَه في إصابتهم بجذري القردة باستخدام أداة فرز موحدة (مثل أداة الفرز المتكاملة المشتركة بين الوكالات المصممة من قِبَل منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)؛ وقيّم المريض لتحديد عوامل الخطر ومدى وخامة المرض.

ملاحظات:

- يشير الفرز إلى تصنيف المرضى حسب الأولوية بعد الفحص، بناءً على معايير محددة (مثل وخامة المرض)، ويمكن إجراؤه في أي نقطة للوصول إلى نظام الرعاية الصحية، بما في ذلك في سياق الرعاية الصحية التمهيدية وداخل المرافق على السواء (33). ويجوز القيام بذلك أيضاً في أجنحة المستشفيات، أثناء مراقبة المرضى.
- الفرز القائم على أساس حدة العدوى هو عملية فرز المرضى وتحديد أولوياتهم بناءً على تقدير مدى وخامة المرض. ويُستخدَم لتحديد المرضى المحتاجين إلى تدخّل طبي فوري وأولئك الذين يمكنهم الانتظار بأمان، أو من قد يلزم نقلهم إلى وجهة محددة بناءً على حالتهم (33).
- أداة الفرز المتكاملة المشتركة بين الوكالات هي أداة فرز مستجدة تمّ استحداثها لتوفير مجموعة متكاملة من البروتوكولات بغرض الفرز الروتيني للبالغين والأطفال. ومحور الأداة هو نظام للفرز من ثلاثة أنساق، ويمكن الاطلاع عليها في مجموعة أدوات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالرعاية السريرية للعدوى التنفسية الحادة الوخيمة (<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit>) (33).
- يجب أن ينصّب التقييم السريري على تحديد علامات وأعراض الحالات الوخيمة أو المصحوبة بمضاعفات والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بمرض وخيم (انظر الجدول 1-3).

الجدول 1-3 عوامل الخطر والنتائج السريرية التي توصف بأنها مرتبطة بمرض وخيم وحصائل سيئة (استناداً إلى دراسات رصدية مصغرة غير مضبوطة بشواهد)

<ul style="list-style-type: none"> • الأطفال والحوامل ومرضى كبت المناعة مثل الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري الذين لا تتم السيطرة على مرضهم جيداً (5،6،10،11،13،26). • رغم عدم وجود بيانات، فإن المرضى الذين يعانون من حالات جلدية مزمنة (مثل التهاب الجلد التأتبي)، وحالات جلدية حادة (كالحروق) قد يكونون أيضاً أكثر عرضة لخطر حدوث مضاعفات، مثل الإصابة بعدوى بكتيرية (33). 	<p>مجموعات المرضى الأكثر عرضة لخطر الإصابة بأمراض أو مضاعفات وخيمة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الغثيان والقيء (11،16)، واعتلال العقد للمفاوية العنقي المؤلم الذي يسبب عسر البلع، وعدم القدرة على تناول عن طريق الفم، وآلام العين، وتشوهات الرؤية، وتضخم الكبد، والإنتان، والجفاف، والضائقة التنفسية/الالتهاب الرئوي، و/أو الارتباك. 	<p>العلامات السريرية وأعراض المضاعفات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ارتفاع مستوى ناقلات أمين الكبد (ناقلات أمين الأسبارتات و/أو الألانين)، أو انخفاض نيتروجين اليوريا في الدم، أو انخفاض الألبومين، أو ارتفاع عدد كرات الدم البيضاء، أو انخفاض عدد الصفائح الدموية (16). 	<p>التطورات غير الطبيعية وفق القياسات المخبرية</p>
<ul style="list-style-type: none"> • من واقع الخبرة بالجذري (28،94): <ul style="list-style-type: none"> - خفيفة (أقل من 25 آفة جلدية) - معتدلة (25 إلى 99 آفة جلدية) - شديدة (100 إلى 250 آفة جلدية) - شديدة جداً (أكثر من 250 آفة جلدية). 	<p>درجة شدة الآفات الجلدية</p>

توصي المنظمة باختبار المرضى المشتبه في إصابتهم بجدي القردة.

ملاحظات:

- ينبغي أن يُجرى اختبار جدي القردة في أقرب وقت ممكن لتأكيد التشخيص (انظر الفحوص المختبرية لفيروس جدي القردة: إرشادات مبنئية (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354488/WHO-MPX-Laboratory-2022.1-eng.pdf) (13)، تم تحديثها في 23 أيار/مايو 2022).
- في المناطق التي تعاني من حالات عدوى متوطنة أخرى تسبب الطفح الجلدي والحمى أو اعتلال العقد اللمفاوية، أو إذا كان المريض عرضة لعوامل خطر الإصابة بأمراض أخرى، يتعين تضمين الفحص اختبار المرضى المحمومين وعلاجهم وفقاً للبروتوكولات الروتينية (على سبيل المثال: الأمراض المنقولة جنسياً مثل الزهري وفيروس الحلا البسيط وفيروس العوز المناعي البشري للأشخاص النشطين جنسياً، واختبار الملاريا في المناطق الموبوءة للمرضى المصابين بالحمى، وغيرها من الأمراض المعدية حسب السياق السريري والعوامل الوبائية المحلية) (انظر القسم 2) (9،34،35). وقد تكون العدوى المُصاحبة قادرة على التعايش (انظر القسم 1)، لكن معدل الانتشار يبقى غير معروف (13،19). وقد تمّ الإبلاغ عن عدوى مُصاحبة لدى نسبة بلغت 13% من المرضى في جمهورية الكونغو الديمقراطية.

4- التدبير العلاجي لحالات جدري القردة الخفيفة أو غير المصحوبة بمضاعفات (9 توصيات)

1-4 اعتبارات عامة للرعاية المجتمعية

ينبغي أن تبادر وزارات الصحة والشركاء في مختلف القطاعات على المستويين الوطني ودون الوطني إلى العمل مع المجتمعات المحلية والجهات الفاعلة الأخرى من أجل تحديد وتهيئة الموارد اللازمة، وتنفيذ استراتيجيات الإبلاغ عن المخاطر لتوفير الدعم المطلوب، والتطلع إلى سياقات أخرى بغرض إيجاد حلول يمكن أن تضمن استيفاء تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها، بغية توفير رعاية مأمونة في الأماكن التي ستمت رعاية المرضى بها (36).

توصي المنظمة بتطبيق عزل منزلي طوال الفترة المعدية على المرضى الذين يُشتبه أو يتأكد أنهم مصابون بجدري القردة مع اعتلال خفيف بدون مضاعفات وغير المعرضين لمضاعفات شديدة الخطورة، طالما أن التقييم المنزلي يجزم باستيفاء شروط الوقاية من العدوى ومكافحتها في البيئة المنزلية.

الأساس المنطقي:

○ اتفق الفريق التوجيهي على أن العزل المنزلي لحالات جدري القردة الخفيفة أو غير المصحوبة بمضاعفات إجراء معقول شريطة أن يتسنى تنفيذ تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها للحد من خطر انتقال العدوى، وأن هذا قد يكون مستحباً للمرضى وللنظم الصحية من أجل تخفيف العبء على المستشفيات. ويجوز أن توصي السلطات الصحية على المستوى الوطني أو دون الوطني بالعزل في المجتمعات المحلية أو المرافق الصحية بناءً على تحليلها للفوائد والأضرار.

الاعتبارات السريرية:

- ينبغي أن يُتخذ قرار عزل المريض ومراقبته في المنزل على أساس كل حالة على حدة، وأن يستند إلى شدة حالتهم السريرية، ووجود مضاعفات، واحتياجات الرعاية، وعوامل مخاطر الإصابة بمرض وخيم، وإتاحة الإحالة إلى المستشفى إذا تدهورت الحالة.
- يتعين أن يكون المرضى الخاضعون للعزل المنزلي قادرين على الحركة، وأن يحصلوا على مدخول جيد من الغذاء والماء، وأن يكون بمقدورهم تناول الطعام والاستحمام وارتداء ملابسهم بأنفسهم، وألا يحتاجوا سوى إلى الحد الأدنى من المساعدة، أو لا مساعدة على الإطلاق، من مُقدم الرعاية.
- يجب النظر في إدخال الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بأمراض وخيمة مثل الأطفال أو الحوامل أو المرضى الذين يعانون من كبت المناعة إلى مرفق صحي لمراقبتهم عن كثب بسبب القلق من تدهور المرض سريرياً.
- إذا وُجدت فئات ضعيفة تعيش في البيئة المنزلية وتعدّر استيفاء متطلبات الوقاية من العدوى ومكافحتها بالصورة الكافية، يُوضع في الاعتبار العزل داخل مرفق صحي (36). وتشتمل قائمة الأشخاص سريري التآثر الذين ينبغي التعرف عليهم في المنزل بسبب ارتفاع مخاطر تعرّضهم لعواقب سلبية إذا أصيبوا بجدري القردة على الأطفال الصغار والحوامل ومرضى كبت المناعة، مثل الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري الذين لا يتناولون علاجاً بمضادات الفيروسات القهقرية (7،8،13،15،28). ورغم النقص في البيانات، فإن المرضى الذين يعانون من حالات جلدية مزمنة (مثل التهاب الجلد التأتبي) أو حالات جلدية حادة (كالحروق) قد يكونون أيضاً أكثر عرضة لخطر حدوث مضاعفات (37).

توصي المنظمة بإجراء تقييم منزلي عند اتخاذ قرار بالعزل والرعاية في بيئة منزلية لشخص مُشتَبَه أو مُؤكَّد أنه مصاب بجدري القردة مع اعتلال خفيف بدون مضاعفات.

ملاحظات بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها:

- يتعيّن أن يُجرى تقييم بواسطة أحد العاملين الصحيين المدربين للإفادة بما إذا كان المنزل المعني مناسباً لعزل المريض المصاب بجدري القردة وتوفير الرعاية له، بما في ذلك تقييم ما إذا كان المريض و/أو أفراد الأسرة المعيشية الآخرون لديهم الإمكانيات والمخصّصات المطلوبة (انظر الملحق 5). ويشمل ذلك القدرة على الالتزام بالعزل المنزلي. وتشكل محدودية أو عدم إتاحة خدمات المياه أو الإصحاح أو الموارد اللازمة للنظافة الشخصية والقدرة المحدودة على مباشرة تدابير العزل والوقاية من العدوى ومكافحتها مخاطر على أفراد الأسرة والمجتمع. ويمكن إجراء هذا التقييم أثناء الزيارة الصحية الأولية أو عبر الهاتف أو التطبيب عن بُعد ودون حاجة إلى زيارة منزلية.
- يجب تقديم المشورة إلى المريض والشخص المعين لتسهيل الرعاية الذاتية بشأن مخاطر انتقال العدوى. ويفضّل أن يكون الشخص المعين قد سبق تطعيمه ضد الجدري أو جدري القردة وألا يكون من الفئات الأشدّ عرضة للخطر.
- إذا كان يتعدّر ضمان اتّخاذ تدابير وافية للعزل والوقاية من العدوى ومكافحتها في المنزل، فقد يلزم حينئذٍ الترتيب لإجراء العزل، بموافقة مستتيرة من المريض وبالالتفاق مع مقدّم الرعاية وأفراد الأسرة المعيشية، في مرفق للرعاية الصحية أو غير ذلك من المرافق المخصّصة لهذا الغرض (36).
- إذا كان هناك أشخاص سريعو التأثير (أولئك الأشدّ عرضة للمضاعفات، انظر الجدول 3-1) موجودون في البيئة المنزلية ولا يمكن إبعادهم عن المريض، عندئذٍ ينبغي أن يعرض العامل الصحي اتّخاذ ترتيبات بغرض تدبير مكان بديل لعزل المريض إذا أتيح ذلك.

2-4 اعتبارات الوقاية من العدوى ومكافحتها في المجتمع

توصي المنظمة بإخضاع مرضى حالات جدري القردة الخفيفة وغير المصحوبة بمضاعفات الذين يتم الاعتناء بهم في المنزل للعزل داخل منطقة منفصلة عن أفراد الأسرة الآخرين، وبعيداً عن المناطق المشتركة في المنزل (أي غرفة منفصلة، أو منطقة مفصولة بستارة أو حاجز).

ملاحظات:

- يتعيّن أن يكون مرضى جدري القردة في المنزل قادرين على تدبير رعاية أنفسهم. ويجب متابعة المرض سريرياً باستخدام طرق أخرى غير الزيارات الشخصية (مثلاً: التطبيب عن بُعد، هاتفياً).
- يعيّن شخص لتسهيل الرعاية الذاتية لمرضى حالات جدري القردة الخفيفة بدون مضاعفات: ويفضّل أن يكون شخصاً يتمتع بصحة جيدة، ولا يعاني من حالات مزمنة كامنّة وحصل على تطعيم سابق ضد الجدري أو العدوى بفيروس جدري القردة. وعلى سبيل المثال، قد يشمل ذلك إعداد وجبات الطعام، والذهاب إلى متجر البقالة، والحصول على الأدوية، وما إلى ذلك.
- ينبغي أن يبقى المريض المصاب بجدري القردة في غرفة مخصصة جيدة التهوية (بها نوافذ يمكن فتحها بشكل متكرر) ومنفصلة عن الأشخاص الآخرين في المنزل.
- يتعيّن أن يقوم أفراد الأسرة والمرضى المصابون بجدري القردة بتنظيف أيديهم بالماء والصابون أو مطهر كحولي لليدين بشكل متكرر. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن يتجنّب أفراد الأسرة دخول غرفة المريض.
- إذا كان الشخص المعين لتسهيل الرعاية الذاتية يحتاج إلى دخول منطقة العزل، فينبغي عليه الحفاظ على مسافة لا تقل عن متر من المريض. ومتى تَعَدَّرَ ترك مسافة، يلزم أن يرتدي الشخص المعين كمامة طبية محكمة تماماً وقفازات يمكن التخلّص منها. ويتعيّن عليه تنظيف يديه إما بالصابون والماء أو بمطهر كحولي لليدين، قبل وبعد ملامسة المريض أو البيئة المحيطة به وقبل ارتداء القفازات وبعد خلعها.

- يجب أن تخصص أدوات مكرّسة للشخص المصاب بجدري القردة، مثل أواني الطعام أو البياضات أو المناشف أو الأجهزة الإلكترونية أو الأسرة. ويراعى تجنب مشاركة الأغراض الشخصية.
- ينبغي على المريض المصاب بجدري القردة أن يلتزم بارتداء كمامة طبية محكمة تماماً وتغطية الآفات عندما يكون على مقربة من الآخرين، وعند التحرك خارج منطقة العزل المحددة (لاستخدام المرحاض مثلاً).
- إذا طُلب من العامل الصحي توفير الرعاية لأشخاص مصابين بجدري القردة في المنزل، فيتعيّن عليه ارتداء معدات الحماية الشخصية المناسبة (القفازيات والرداء الطبي وواقي العينين وقناع التنفس)، والالتزام بنظافة اليدين (وفقاً لإرشادات المنظمة المعنونة «خمس لحظات» وقبل ارتداء معدات الحماية الشخصية وبعد خلعها)، وتنظيف وتطهير أيّ معدات مستخدمة لرعاية المرضى.
- إذا غادر الأشخاص المصابون بجدري القردة منزلهم لطلب الرعاية الطبية، فيفضل أن يقوموا بإبلاغ الممارس الصحي أو المرفق الذي سيوزونه قبل الوصول (حتى يتمكن المرفق من تنفيذ الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى)، مع ارتداء كمامة طبية محكمة تماماً، وضمان تغطية جميع الآفات والامتناع عن المخالطة للصيقة كما هو الحال في وسائل النقل العام المزدحمة.
- يجب أن يبقى المرضى المصابون بجدري القردة الذين يتمّ الاعتناء بهم في المنزل قيد العزل، وأن يمتنعوا عن المخالطة للصيقة حتى تتقشر آفاتهم الجلدية وتسقط الجلبة وتتشكل طبقة جديدة من الجلد تحتها.

توصي المنظمة بتوخي الحذر عند التعامل مع البياضات والأسطح المنزلية ولدى تنظيفها وأثناء التخلص من النفايات.

ملاحظات:

- ينبغي رفع البياضات وأغطية الفراش بعناية وطبها لمنع تشتت الجسيمات المعدية الناتجة من الآفات وسوائل الجسم. ويتعيّن عدم هزّها. ولا يُسمح سوى لمرضى جدري القردة وحدهم بالتعامل مع ما يخصهم من مفروشات وملابس وما إلى ذلك وغسلها.
- يجب غسل البياضات والمناشف والملابس المستخدمة من قبل المريض المصاب بجدري القردة بشكل منفصل عن الغسيل المنزلي الآخر. ويمكن إعادة استخدام ملابس وبياضات الشخص المصاب بجدري القردة بعد غسلها بالصابون ويفضل بالماء الساخن (أكثر من 60 درجة مئوية) أو نقعها في الكلور* إذا لم يتوفّر ماء ساخن (25،26،38).
- ينبغي تنظيف الأطباق والأواني والأسطح المنزلية، مثل الأثاث أو الأسرة أو المراحيض أو الأرضيات أو أيّ مكان لمسها المريض، بالماء والصابون وتطهيره بانتظام (باستخدام المطهّرات المنزلية الشائعة أو منتجات التبييض). ويولى اهتمام خاص للأسطح التي يتمّ لمسها بشكل متكرر.
- يُستخدَم المسح الرطب، مع تجنّب الكنس الجاف لمنع تشتت الجسيمات. ويتعيّن تنظيف السجاد والأثاث المنزلي بالبخار حيثما أمكن ذلك. ويراعى تجنّب التنظيف بالمكنسة الكهربائية.
- يجب وضع النفايات الناتجة عن رعاية مريض مصاب بجدري القردة، مثل الضمادات ومعدات الحماية الشخصية، في أكياس متينة وربطها بشكل آمن قبل التخلص منها وجمعها في نهاية المطاف بواسطة خدمات النفايات البلدية. وإذا لم تتوفر خدمات من هذا القبيل، يمكن كتدبير مؤقت ووفقاً للسياسات المحلية أن يتم دفنها بشكل مأمون أو حرقها بضوابط إلى أن يتسنى وضع تدابير أكثر استدامة ومراعاة للبيئة.

* نظراً لنقص الأبحاث المتاحة عن فيروس جدري القردة، فإن التركيز المضبوط للكلور أو مقدار الحدّ من المخاطر الذي يمكن تحقيقه يشوبهما شيء من عدم اليقين. إلا أنّ هناك توافقاً عاماً في الآراء يستند إلى بيانات تخص فيروسات أخرى على أنّ إضافة الكلور تقلّل التلوث المتخلف على الأرجح، وربما كان ذلك مفيداً بالأخص حيثما يكون التطهير الحراري والتخفيف والتأثير الميكانيكي دون المستوى الأمثل (39-41).

3-4 الاعتبارات السريرية

1-3-4 الألم والتغذية

توصي المنظمة بأن يُعطى المرضى المصابون بجذري القرّدة علاجاً للأعراض مثل الأدوية المضادة للحُمى والمسكّنَة للألم. ملاحظات لمعالجة أعراض الألم:

- من الأعراض الشائعة الصداع والألم الناجم عن الطفح الجلدي، وآفات الفم والعينين والجهاز التناسلي، وتورم الغدد الليمفاوية، والأوجاع العضلية الشاملة. ويمكن أن تكون الحكّة الناتجة عن الطفح الجلدي مزعجة أيضاً. انظر الملحق 2 للاطلاع على الأدوية الشائعة التي يمكن استخدامها.
- بالنسبة للآفات الفموية، يُشطف الفم بماء مالح نظيف أربع مرات يومياً على الأقل (42). ويوضّع في الاعتبار استخدام مطهر فموي للحفاظ على نظافة الآفات (مثل الكلورهيكسيدين كغسول للفم) أو مخدّر موضعي (مثل الليدوكاينين اللزج) (43).
- تعدّ معالجة الأعراض والرعاية الداعمة عاملاً ضرورياً للحفاظ على التغذية والإمهاة بصورة جيدة. وبالنسبة للآفات التناسلية أو آفات الشرج-المستقيم، قد تتيح حمامات المقعدة الدافئة (حمام دافئ يتكون من الماء وصودا الخبز أو الملح الإنكليزي لمداداة وتطهير منطقة العجان) و/أو الليدوكاينين الموضعي تخفيف الأعراض (42).

توصي المنظمة بتقييم الحالة الغذائية للمرضى المصابين بجذري القرّدة وإعطائهم تغذية كافية وإمهاة مناسبة. ملاحظات (إجراءات رئيسية):

- تُقيّم حالة التغذية والإمهاة لجميع المرضى المصابين بجذري القرّدة سواء لدى دخولهم إلى المرافق الصحية أو عند تواجدهم في المجتمع. ذلك أنّ المدخول الغذائي قد يتأثر بسبب الآفات الفموية البلعومية و/أو اعتلال العقد اللمفاوية العنقي المؤلم. ويوصف الدعم الغذائي بأنه تدخل مهم (9).
- البالغون: تاريخ انخفاض الشهية أو فقدان الوزن، ووزن الجسم، والطول، وحساب مؤشر كتلة الجسم، تُسنّصى علامات سوء التغذية (مثل هزال العضلات، والودمة الغذائية وما إلى ذلك)؛ ويمكن استخدام أداة موحدة (مثل أداة الفحص الشامل لسوء التغذية (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)) (44).
- الأطفال: كما هو موضّح أعلاه بالإضافة إلى محيط منتصف أعلى الذراع (6 أشهر إلى 59 شهراً). وينبغي تقييم الأطفال وأولئك الذين يعانون من حالة سوء تغذية حادة بواسطة أخصائي في التغذية أو طبيب سريري مُدرب.
- انظر الجدول 9-2 للاطلاع على تصنيف الجفاف.
- يتعيّن تشجيع التغذية عن طريق الفم يومياً، حيث يحتاج المرضى إلى مقدار كافٍ من الطاقة (مقدّرةً بالكيلو كالوري) والمواد المغذية الأساسية، بالإضافة إلى السوائل والإلكتروليتات. وإذا كانت حالة المريض جيدة بما فيه الكفاية لتناول الطعام عن طريق الفم، تقدّم أطعمة علاجية غنية بالمغذيات؛ خاصةً للأطفال والأشخاص المعرضين لخطر سوء التغذية وفقاً لما حدّدته منظمة الصحة العالمية في كتيّب رعاية الأطفال في المستشفيات: القسم 1-10 (https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-154837-3) (45).
- إذا كان لا يمكن تحمّل تناول الطعام، يُجرى تقييم للأسباب وتعالج بشكل مناسب. وعلى سبيل المثال، إذا كان سوء التغذية ناتجاً عن الغثيان أو القيء، فإنّ الأدوية المضادة للتقيؤ يمكن أن تحسّن القدرة على تناول الطعام؛ وإذا كان ناجماً عن الضعف، فيجب المساعدة في إطعام المريض من قِبَل مقدّم الرعاية الصحية؛ وإن كان راجعاً إلى ألم محتمل بسبب آفات الفم أو اعتلال الغدة الدرقية العنقي، يعالَج الألم.
- تقدّم مكملات فيتامين أ وفقاً للتوصيات القياسية، خاصةً للأطفال الذين لم يتلقوا جرعة مؤخراً. وتضطلع هذه المكملات بدور مهم في جميع مراحل النّثام الجروح وصحة العينين (48).

4-3-2 الرصد

توصي المنظمة بتقديم المشورة لمرضى حالات جذري القردة الخفيفة بشأن علامات وأعراض المضاعفات التي تستلزم رعاية عاجلة فورية.

ملاحظات:

- ينبغي إقامة قنوات اتصال بين المريض وعاملين صحيين مدربين طوال فترة الرعاية المنزلية.
- يمكن مراقبة المرضى ومقدمي الرعاية في المنزل من قبل عاملين مجتمعيين مدربين أو فرق للتوعية عن طريق الهاتف أو التطبيق عن بعد أو البريد الإلكتروني، في البداية على أساس يومي (حيثما أمكن) أو حسب ما يُعتبر ضرورياً من الواجهة السريرية بعد عمليات التقييم الأولي. ويتعين أيضاً أن يوضع في الاعتبار مدى استعداد المريض للمشاركة في التقييمات الطبية.
- يجب تقديم المشورة للمرضى المصابين بجذري القردة وعائلاتهم حول علامات وأعراض المضاعفات وكيفية التعرف على حدوث تدهور لحالتهم الصحية بما يتطلب عناية طبية. وعلى سبيل المثال، ينبئ على المرضى بالاتصال بالعاملين الصحيين على الفور إذا ازدادت آفاتهم سوءاً أو زادت كميتها، وإذا أصيبوا بألم متفاقم، أو حمى مستمرة، أو غثيان أو قيء مع قلة تناول الطعام عن طريق الفم، أو أعراض بصرية، أو صعوبة في التنفس أو دوام أو اضطراب.
- إذا اختارت امرأة حامل أن يتم الاعتناء بها في المنزل، عندئذ تقدم المشورة للمرأة بشأن علامات الأمهات والأجنة وحديثي الولادة، وينبئ عليها بطلب الرعاية إذا ظهرت عليها علامات اعتلالات أو مخاطر متفاكمة. وينبغي تشجيع التدخلات القائمة على الرعاية الذاتية.
- تقدم المشورة للنساء بشأن السلوكيات الصحية، بما في ذلك النظام الغذائي، والنشاط البدني، ومدخول المغذيات الدقيقة، وتعاطي التبغ والكحول والمواد الأخرى، وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية قبل الولادة (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>) وبعدها (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>) (50,49).
- بالنسبة للنساء اللواتي يحتجن إلى خدمات الإجهاض، تُوضَع في الاعتبار طرق بديلة لتقديم الخدمات، بما في ذلك الإدارة الذاتية للإجهاض الطبي حتى 12 أسبوعاً من الحمل، حيث يمكن للمرأة الوصول إلى معلومات دقيقة وإلى مقدم الرعاية الصحية في أي مرحلة من مراحل العملية، وفقاً لما حدّته منظمة الصحة العالمية في المبادئ التوجيهية لرعاية الإجهاض (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>) (51).

4-4 التدبير العلاجي السريري للآفات الجلدية

توصي المنظمة بالعلاج التحفظي لآفات الطفح الجلدي تبعاً لمرحلتها بهدف الانزعاج والتعجيل بالشفاء والوقاية من المضاعفات، مثل حالات العدوى الثانوية أو التقشر.

ملاحظات:

- يُنصح المريض بعدم خدش الجلد.
- يوجّه المرضى إلى الحفاظ على الآفات الجلدية نظيفة وجافة لمنع الإصابة بعدوى بكتيرية. ويُطلب منهم غسل اليدين بالصابون والماء أو استخدام مطهر كحولي لليدين قبل وبعد ملامسة الطفح الجلدي لمنع العدوى. ويمكن بعد ذلك تنظيف الآفات بلطف بماء معقم أو محلول مطهر. وينبغي عدم تغطية الطفح الجلدي بل يُترك في الهواء الطلق حتى يجف.
- بالنسبة لمضاعفات الآفات الجلدية مثل التقشير أو الاشتباه في عدوى الأنسجة الرخوة العميقة (التهاب العضل القيجي، أو خراج، أو عدوى ناخرة)، يُنظر في استشارة أخصائي مناسب (أخصائي في العناية بالجروح، أو أخصائي في الأمراض المعدية، و/أو جراح). ويتعين عدم تنظيف موضع الإصابة الجلدية إلا بواسطة خبير يرتدي معدات الحماية الشخصية المناسبة (21).
- التدبير العلاجي الأمثل للآفات الجلدية غير مؤكد ويحتاج إلى مزيد من البحث.

توصي المنظمة بعدم استخدام العلاج بالمضادات الحيوية أو الوقاية الطبية لمرضى حالات جدري القردة غير المصحوبة بمضاعفات. ورغم ذلك، يجب مراقبة الآفات لكشف العدوى البكتيرية الثانوية (التهاب خلوي، أو خراج)، فإذا تبيّن وجودها تعالج بالمضادات الحيوية ذات التأثير المضاد لميكروبات الجلد الطبيعية، بما في ذلك العقديّة المقنّحة والمكورات العنقودية الذهبية الحساسة للميثيسيلين.

ملاحظات:

○ قد تكون الآفات الجلدية في المرضى المصابين بجدري القردة ملتتهبة مما يسبب احمراراً جلدياً خفيفاً و/أو فرط تصبغ الجلد - ولا يحتاج ذلك إلى معالجة بعلاج مضاد للميكروبات (10). ولا يشجّع على الاستخدام التجريبي أو الوقائي للمضادات الحيوية، لأنه يزيد من خطر ظهور وانتقال البكتيريا المقاومة لأدوية متعددة ويعرض الأفراد لخطر الآثار الجانبية المحتملة للمضادات الحيوية مثل الإسهال المرتبط بالمطثية العسيرة. وفيما يخصّ العدوى بالبكتيريا المقاومة لأدوية متعدّدة فإنّ علاجها أصعب، وترتبط بزيادة معدلات الاعتلال والوفيات (52-54).

○ تمّ الإبلاغ عن حالات عدوى بكتيرية ثانوية للآفات الجلدية كمضاعفات شائعة لجدري القردة، وينبغي مراقبة المرضى عن كثب (10، 13، 16، 21).

○ من غير المرجح أن يكون أخذ مسحة من إصابة جلدية سطحية مفيداً ما لم يكن المريض قد دخل المستشفى لفترة طويلة مع القلق من وجود كائن حي مقاوم لأدوية متعددة. وتشمل علامات العدوى البكتيرية حدوث احمرار جلدي، أو تصلّب، أو سخونة، أو ألم متفاقم، أو تصريف قيحي، أو إفرازات كريهة الرائحة، أو عودة الحمى. انظر الملحق 3 للاطلاع على الخيارات الفموية للمضادات الحيوية. وفي حالات مختارة تستند إلى عوامل الخطر الفردية والاستيطان ومعدل الانتشار المحلي المعروف، يمكن النظر في بدء علاج المكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين المكتسبة في المجتمع.

○ قد يكون المرضى الذين يعانون من طفح جلدي مرتبط بعدوى بكتيرية فائقة بجدري القردة عرضة لظهور خراج، وهو تجمع صديدي داخل الأدمة أو الأنسجة الواقعة تحت الجلد ينتج في معظم الأحوال عن بكتيريا جلدية (المكورات العقديّة spp. والمكورات العنقودية الذهبية spp.). وقد يظهر الخراج على شكل عُقيدة مؤلمة حمراء لامعة مع أو بدون أهداب. وقد يترافق ذلك مع التهاب للنسيج الخلوي المحيط وحُمى وتفاقم الألم في موضع العدوى.

- يعالج الخراج بشقّه وتصريفه بواسطة تقنية معقّمة على يد عامل صحي مؤهل باستخدام تدابير مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها، تجنباً للمضاعفات الناجمة عن ترك الخراج دون علاج مثل التهاب العظم والنقي، والتهاب المفاصل الإنتاني، والتهاب العضل الفيحي، والإنتان والصدمة. وقد يلزم، تبعاً لموضع الخراج في الجسم (على سبيل المثال بجوار الأوعية الدموية الرئيسية) وحسب حجمه وتعقّده، إجراء الشق والتصريف في غرفة العمليات. وينبغي أن يتم شفط السوائل وإرسالها للجهة المختصة بفحص واستنبات الأحياء المجهرية بما يساعد على تحديد العلاج المضاد للميكروبات (55).

○ يتعيّن أن يستند قرار بدء العلاج المضاد للميكروبات إلى التقييم السريري الفردي والأنماط المحلية لمقاومة مضادات الميكروبات. وإذا لم يتحسن المريض سريريّاً أو استمرت العدوى في الانتشار، يعاد تقييم حالة المريض ونظام العلاج بالمضادات الحيوية للنظر فيما إذا كانت هناك ضرورة لتعديله. انظر قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية: كتاب المضادات الحيوية (antibiotic-awareness) للحصول على مزيد من المعلومات بشأن اختيار مضادات الميكروبات واستخدامها بالشكل المناسب (56). <https://www.who.int/publications/m/item/the-who-essential-medicines-list-antibiotic-book-improving-antibiotic-awareness>

5- رعاية الصحة النفسية للمرضى المصابين بجذري القردة (توصيتان)

توصي المنظمة بإجراء تحديد وتقييم فوري لأعراض القلق والاكتئاب في سياق جذري القردة، والشروع في استراتيجيات الدعم النفسي والاجتماعي وتدخّلات الخط الأول الأساسية لمعالجة أعراض القلق والاكتئاب المستجدة.

ملاحظات:

- يمكن أن يؤدي تشي جذري القردة إلى آثار عقلية ونفسية اجتماعية هامة، بما في ذلك (42،57):
 - الخوف من المرض أو الموت، أو فقدان الإحساس بمعنى الحياة، أو ضياع الإيمان.
 - العزلة الجسدية والاجتماعية عن الأسرة أو المجتمع.
 - وصمة العار المرتبطة بالتشخيص والعودة إلى المجتمع.
 - حالات التنذّب والإعاقة (مثل العمى) المرتبطة بالمرض.
- ينبغي أن يتاح للمرضى المصابين بجذري القردة الحصول باستمرار على رعاية محورها الناس وتتسم بالرحمة والاحترام، مع ضمان الحماية المناسبة والكافية لأفراد الأسرة والزوار والعاملين الصحيين.
- تعدّ مهارات الدعم النفسي الاجتماعي الأساسية ضرورية لمعالجة جميع المرضى، وتمثّل جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الواجب توفيرها للجميع. وعندما يصل مريض مصاب بجذري القردة إلى مرفق صحي، يتعيّن تزويد المريض وأفراد أسرته بمعلومات عن جذري القردة وتشجيعهم على التزام الهدوء. ويجب إطلاعهم على كيفية انتقال المرض وتثقيفهم بشأن الاحتياطات اللازم اتخاذها لمنع المرض من الانتشار. كما ينبغي تقديم معلومات محدّثة للعائلات حول حالة المريض وموافاتهم بأيّ معلومات إضافية.
- من الناحية المثالية، يراعى منذ بداية المرض إشراك طبيب نفسي أو أخصائي اجتماعي أو ممرض نفسي اجتماعي يجيد اللغة المحلية لتقديم المشورة إلى المريض حول ما سيحدث أثناء وجوده قيد العزل. وإذا تَعَدَّر ذلك، حينئذٍ ينبغي تدريب أطقم التمريض العامة في المركز الصحي والإشراف عليها لتقديم الدعم النفسي الأساسي، باستخدام موارد موحّدة (إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن الإسعافات الأولية النفسية (https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205) (🔗) وإرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders) (🔗) بشأن المهارات النفسية الاجتماعية الأساسية) (58،59) على النحو التالي بهدف:
 - توفير الرعاية والدعم بشكل عملي غير مزعج.
 - تقييم الاحتياجات والمخاوف.
 - المساعدة في تلبية الاحتياجات الأساسية (الطعام، الماء، المعلومات).
 - الاستماع إلى المرضى وعائلاتهم، لكن مع عدم الضغط عليهم للتحدّث.
 - توفير معلومات دقيقة عن حالة المريض وخطة العلاج بلغة سهلة الفهم وغير تقنية، حيث يمكن أن يكون نقص المعلومات مصدراً رئيسياً للإجهاد.
 - مساعدة الناس على تلبية احتياجاتهم الملحة ومواجهة مخاوفهم ومعاونتهم في اتخاذ القرارات حسب الضرورة.
 - طمأنة المرضى وعائلاتهم مع مساعدتهم على الشعور بالهدوء. ويتأتّى ذلك بإخبارهم بأنّ الغالبية العظمى من مرضى جذري القردة يبقون على قيد الحياة، لذا يجب الحرص على إبلاغ المرضى وعائلاتهم بأنّه يُتَوَقَّع تعافيتهم من المرض.
 - مساعدة الأشخاص على الاتصال بمصادر المعلومات والخدمات ووسائل الدعم الاجتماعي. ويتسم توفير المعلومات حول جذري القردة بالأهمية لأنّه يساعد على تبديد الخرافات، وتبادل رسائل واضحة حول السلوك الصحي، وتحسين فهم المرض.

- تشجيع المرضى ومقدمي الرعاية على استخدام أدوات معالجة الإجهاد والمساعدة الذاتية المسندة بالبيانات مثل دليل منظمة الصحة العالمية لمعالجة الإجهاد بعنوان *المعالجة المطوّرة للمشكلات* (WHO-MSD-MER-16.2-ara.pdf?sequence=8&isAllowed=y-) (60).

- عقب التعافي، قد يعاني المرضى من ندوب متخلّفة أو تشوه وضيق نفسي نتيجةً لذلك. وينبغي إدراج الرعاية النفسية الاجتماعية في خطة رعاية المتابعة وكجزء من فريق متعدد التخصصات معني بالرعاية.

○ بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أعراض الاكتئاب، يمكن أن يوضع في الاعتبار إجراء تدخلات نفسية قصيرة استناداً إلى مبادئ العلاج السلوكي المعرفي، والتدريب على معالجة المشاكل والاسترخاء (61). ويُنظر في استخدام دعم الصحة النفسية عن بُعد (أي العلاج عبر الهاتف) عند تعطل الوصول إلى الخدمات العادية.

○ إذا استمر القلق أو أعراض الاكتئاب لدى الشخص إلى ما بعد التعافي من جذري القردة، عندها يمكن الاشتباه في وجود قلق أو اضطراب اكتسابي كامن، ويتعيّن استشارة أخصائي في الصحة النفسية مع ضرورة معالجة هذه الحالات بشكل مناسب. يُرجع إلى دليل التدخل الإنساني mhGAP للاضطرابات العقلية والعصبية واضطرابات تعاطي المخدرات في البيئات الصحية غير المتخصصة (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789241548922_eng.pdf) (62،63).

○ من الأهمية بمكان الاستفسار عن أفكار أو أفعال إيذاء النفس، خاصةً أثناء الإصابة بجذري القردة، بسبب عوامل خطر الإقدام على إيذاء النفس والانتحار مثل الشعور بالعزلة، أو فقدان أحد أفراد الأسرة أو الوظيفة، أو الخسائر المالية والشعور باليأس. ويجب إزالة الوسائل الممكنة لإيذاء النفس، وتفعيل الدعم النفسي الاجتماعي، والمتابعة مع الشخص المعني، واستشارة أخصائي الصحة النفسية عند الضرورة. يُرجع إلى دليل التدخل الإنساني mhGAP للاضطرابات العقلية والعصبية واضطرابات تعاطي المخدرات في البيئات الصحية غير المتخصصة (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789241548922_eng.pdf) (62،63).

○ من أجل ضمان تقديم رعاية شاملة، وبناءً على التقييم الأولي بعد التسريح من العلاج، ينبغي ربط الشخص المعني بقطاعات العمل والتعليم والخدمات الاجتماعية (بما في ذلك الإسكان) والقطاعات الأخرى ذات الصلة (64).

○ يتعيّن النظر في توفير علاج معرفي سلوكي ينصّب على الصدمة، والاسترخاء بإزالة التحسّس وإعادة المعالجة لحركة العين أو إدارة الإجهاد للبالغين الذين يعانون من اضطراب الكرب التالي للرضح (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85623/9789241505932_eng.pdf) (58،62).

توصي المنظمة بأن تكون استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي هي بمثابة تدخّلات الخط الأول بغرض معالجة مشاكل النوم في سياق الإجهاد الحاد.

ملاحظات:

○ التوجيهات المتعلقة بتصحّح بيئة النوم (بما في ذلك تجنّب استخدام المنشطات النفسية مثل الكافيين أو النيكوتين أو الكحول)، وإدارة الإجهاد (بما في ذلك تقنيات الاسترخاء وممارسات اليقظة) هي وسيلة فعالة للحدّ من مشاكل النوم ويمكن اتّباعها. ويمكن أيضاً النظر في إجراء تدخلات نفسية استناداً إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.

○ بالنسبة للأشخاص الذين يدخلون المستشفى مصابين بجذري القردة، قد تشمل الأسباب الإضافية للأرق عوامل بيئية (مثل الضوء المفرط والضوضاء الزائدة ليلاً) أو القلق، أو السعال المستمر، أو الهذيان، أو الإثارة أو الألم. ويجب إعطاء الأولوية لتحديد الأسباب الكامنة ومعالجتها على الفور قبل استخدام أي أدوية مُساعدة على النوم.

6- مضادات الفيروسات والعلاجات الأخرى (توصية واحدة)

1-6 مضادات الفيروسات

يفضل استخدام مضادات الفيروسات للمرضى المصابين بجذري القردة في إطار تجارب مُعشاة مضبوطة بشواهد مع جمع بيانات موحدة عن الحالة السريرية والحصائل لتعزيز توليد الأدلة بسرعة حول الفاعلية والأمنية، وعندما لا يكون ذلك ممكناً، يمكن استخدام مضادات الفيروسات بموجب بروتوكولات الإتاحة الموسعة، مثل MEURI (الاستخدام الطارئ المراقب لتدخلات غير مسجلة وتجريبية) (3).

ملاحظات:

- نظراً لمحدودية المعارف عن مضادات الفيروسات، يمكن اعتبار استخدامها علاجاً لأولئك المعرضين لخطر الإصابة بأمراض وخيمة، أو مرضى حالات جذري القردة الشديدة أو المتفهمة. وسيلزم إعادة النظر في الاستخدام الأمثل لمضادات الفيروسات، بما في ذلك الوقاية اللاحقة للتعرض، ريثما يتوفر المزيد من المعلومات.
- أعدت المنظمة استمارة موحدة لسجلات الحالات موجودة على منصتنا السريرية (<https://www.who.int/teams/health-care-readiness-clinical-unit/covid-19>)، ويمكن أن تدعم الدول الأعضاء في جمع البيانات وإدارتها وتحليلها من أجل تعجيل وتيرة فهمنا للتوصيف السريري والاستجابة للعلاجات، وللإطلاع على مزيد من المعلومات، انظر موقعنا الشبكي (https://www.who.int/health-topics/monkeypox#tab=tab_1) (4).
- عقار **Tecovirimat** مرخص من قبل الوكالة الأوروبية للأدوية لعلاج الجذري وجذري القردة وجذري البقر والمضاعفات الناجمة عن التحصين ضد الوئس، ومرخص من قبل إدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية وإدارة الصحة الكندية لعلاج لجدري (65-67). وقد تم تقييم فعالية عقار tecovirimat بناءً على دراسات أجريت على حيوانات مصابة بجرعات قاتلة من الفيروسات الجدرية، وفي دراسات بشأن آثار الدواء في جسم الإنسان، وبشأن الطريقة التي يتم بها امتصاص الدواء وتعديله وإزالته من الجسم في البشر والحيوانات (الديناميكيات والحركيات الدوائية) (65، 68، 69).
- يمنع عقار Tecovirimat تكوّن المغلف الفيروسي لفيروس جذري القردة عن طريق استهداف البروتين الفيروسي p37، الذي يتسبب بقمع حفظ عالية على مستوى الفيروسات الجدرية (69). وهو متاح ككبسولات ذات مفعول فوري تُعطى عن طريق الفم مرتين يومياً لمدة 14 يوماً (65، 70). وقد تمت الموافقة من قبل إدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية على تركيبة بالحقن الوريدي في 19 أيار/مايو 2022 (71). وتشير دراسات للمرحلة قبل السريرية إلى أن عقار tecovirimat كان فعالاً في الرئيسيات غير البشرية (75).
- وصفت دراسة حديثة من المملكة المتحدة حالة مريضة جاءت نتائج تفاعل البوليمراز التسلسلي لدمها وجهازها التنفسي العلوي سلبية بعد 48 ساعة من بدء العلاج وظلت سلبية حتى 72 ساعة. وقد بقي ملفها التوصيفي للدم والكلية والكبد ضمن الحدود الطبيعية وخرجت إلى المنزل لاستكمال العلاج (15). وتشمل الآثار الجانبية المبلغ عنها لعقار tecovirimat الصداع والغثيان وآلام البطن والقيء (70، 72). وهو محفز ضعيف للسيتوكروم P450، وبالتالي قد تكون له تفاعلات دوائية مع أدوية أخرى يتم استقلالها من خلال نفس المسار (15، 74). وهناك حاجة إلى مزيد من الدراسات حول مأمونية ونجاعة علاج جذري القردة في الأوضاع الميدانية (15، 74).
- تمت الموافقة على عقار **Brincidofovir** من قبل الوكالة الأوروبية للأدوية وإدارة الأغذية والعقاقير لعلاج الجذري، وقد ثبت أن له تأثيراً فيروسياً مضاداً لفيروسات الحمض النووي، بما في ذلك الفيروسات الجدرية (73، 75). كما أنه يُبطل نسخ فيروس جذري القردة عن طريق تثبيط توليف الحمض النووي لجذري القردة بوساطة البوليمراز، وهو متاح كقرص أو كمعلق يتم إعطاء جرعتين منه للمرضى عن طريق الفم بفواصل أسبوع بينهما (11). وتشمل الآثار الجانبية المبلغ عنها لهذا الدواء ارتفاع مستويات أنزيمات ناقلات الأمين الكبدية، والإسهال، والغثيان، والقيء وآلام البطن (73). ولا يُوصى بإعطاء عقار Brincidofovir للحوامل بسبب خطر سمية المضغعة والجنين. وتُنصح النساء اللواتي يُحتمل أن يُصبحن حوامل بتجنّب الحمل واستخدام وسائل فعالة لمنع الحمل أثناء العلاج ولمدة شهرين على الأقل بعد آخر جرعة (15). وقد تم استخدامه في ثلاث من حالات جذري القردة تم الإبلاغ عنها في المملكة المتحدة منذ عام 2018. وفي جميع الحالات، طوّر المرضى مستويات مرتفعة من أنزيمات ناقلات الأمين ولم يكمل أيّ منهم دورة علاج كاملة (15). ولم يلاحظ أيّ ارتباط ثابت بين جرعة من عقار brincidofovir والمعالج السريرية أو الفيروسية (15).

- تمت الموافقة على عقار **Cidofovir** من قِبَل إدارة الأغذية والعقاقير لعلاج فيروس الضخم الخلوي (76). ويُبطل هذا العقار نسخ فيروس جدي القرّدة عن طريق تثبيط بوليمراز الحمض النووي، ويتم إعطاؤه عن طريق الوريد (11). وقد ثبت أن له تأثيراً مضاداً للفيروسات الجدرية في دراسات مختبرية وحيوانية (75). وتمّ الإبلاغ عن حالات سميّة كلويّة وتشوّهات إلكتروليتيّة مرتبطة بعقار Cidofovir (79).
- عقار **NIOCH-14** هو مُركّب مُؤلّف كيميائيّاً تمّ تطويره في عام 2001 من قِبَل المركز الحكومي للأبحاث الفيروسية والتكنولوجية الحيوية لنواقل العدوى (80،79). ويشار إلى أنّ NIOCH-14 هو مُركّب مُناظر لعقار tecovirimat وله تأثير مماثل ضد الفيروسات الجدرية (80،79). وقد أظهرت دراسات تحفيزية لجدي القرّدة في الحيوانات تقارن بين عقاري NIOCH-14 و tecovirimat انخفاضاً كبيراً لمستويات إنتاج الفيروس في الرئتين ولدى الحيوانات المصابة بعد 7 أيام من العدوى عند المقارنة بالضوابط (80،79). ونظراً لقلّة عدد المرضى الذين تمّ علاجهم، فإنّ الفاعلية السريرية لهذا العلاج ضد جدي القرّدة غير مؤكدة.

ويشهد هذا المجال الناشئ تطورات سريعة الإيقاع. ولمزيد من المعلومات المحدّثة حول العلاجات وخريطة طريق مخطط البحث والتطوير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، يرجى زيارة الموقع الشبكي (<https://www.who.int/teams/blueprint/covid-19>) (٦). انظر الملحق 4 لمزيد من التفاصيل.

2-6 الغلوبولين المناعيّ

يتكوّن الغلوبولين المناعيّ الوقسي من أجسام مضادة مأخوذة من أفراد تم تطعيمهم بلقاح الجدي. ومن غير المعروف ما إذا كان الشخص المعرض للإصابة بجدي القرّدة أو الذي يعاني من عدوى شديدة سيستفيد من الغلوبولين المناعيّ الوقسي - وإذا تمّ استخدامه فيجب أن يكون ذلك في سياق البحث السريري مع جمع بيانات استشرافية (81،82).

7- الوقاية من العدوى ومكافحتها في المرافق الصحية (7 توصيات)

من الضروري تنفيذ التدابير المناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها من أجل التخفيف من مخاطر انتقال العدوى بجذري القردة ومكافحتها في أماكن الرعاية الصحية وفي السياق المجتمعي (31،83). ويتسم إعمال ضوابط وفق تسلسل هرمي بأهمية محورية للحد من خطر التعرض لجذري القردة داخل أماكن الرعاية الصحية. ومن هذا المنطلق، أدمجت اعتبارات تطبيق الضوابط الهندسية والإدارية واستخدام معدات الحماية الشخصية في جميع التوصيات المبينة.

وفي البلدان التي تكون فيها برامج الوقاية من العدوى ومكافحتها محدودة أو غير موجودة أصلاً، من الأهمية بمكان التأكد من وضع معايير أساسية للوقاية من العدوى ومكافحتها على المستوى الوطني ومستوى المرافق الصحية، بما يوفر الحد الأدنى من الحماية للمرضى والعاملين الصحيين ومقدمي الرعاية والزوار ويحمي المجتمع بالتالي. وتقدم المنظمة إرشادات بشأن المتطلبات الدنيا (82) للوقاية من العدوى ومكافحتها على المستوى الوطني وفي مرافق الرعاية الصحية. ومن الضروري تحقيق الحد الأدنى من متطلبات الوقاية من العدوى ومكافحتها، ووضع برامج أكثر قوة وشمولية في هذا المجال استناداً إلى المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن المكونات الأساسية لبرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها على الصعيد الوطني وعلى مستوى مرافق الرعاية الصحية الحرجة (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>) (81) عبر النظم الصحية بأسرها، تحقيقاً لاستدامة الجهود الرامية إلى مكافحة الأمراض المعدية الناشئة والعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية ومقاومة مضادات الميكروبات (81).

ينبغي أن يداوم العاملون الصحيون على اتباع الاحتياطات القياسية وتقدير المخاطر لتقييم الحاجة إلى استخدام احتياطات إضافية. وتشمل الاحتياطات القياسية ما يلي:

- نظافة اليدين
- النظافة التنفسية وأداب السعال
- إلحاق المريض بالعلاج
- معدات الحماية الشخصية
- تقنيات التعقيم
- الحقن الآمن والوقاية من الإصابات بأدوات حادة
- تنظيف البيئة المحيطة وتطهيرها
- التعامل مع الغسيل والبياضات
- تطهير وإعادة معالجة مواد ومعدات رعاية المرضى القابلة لإعادة الاستخدام
- إدارة النفايات.

7-1 اعتبارات الوقاية من العدوى ومكافحتها للمرضى المشتبه في إصابتهم بجذري القردة

توصي المنظمة بتنفيذ الاحتياطات المرتبطة بالمخالطة والقطرات لأي مريض يُشتبه في إصابته بجذري القردة. وبالإضافة إلى احتياطات المخالطة والقطرات، ينبغي تنفيذ احتياطات العدوى المنقولة بالهواء عند الاشتباه في الإصابة بالفيروس النطاقي الحمائي (أي الحماق) وحتى يتم استبعاده.

ملاحظات:

- يتعين أن يلتزم العاملون الصحيون بنظافة اليدين وفقاً لتعليمات منظمة الصحة العالمية المعنونة «لحظاتك الخمس لنظافة اليدين»، بما في ذلك قبل ارتداء معدات الحماية الشخصية وبعد خلعها.
- إذا اشتبه في عدوى بالنطاقي الحمائي (أي الحماق)، يوضع المريض في غرفة عزل مخصصة للعدوى المنقولة بالهواء وبها حمام أو مرحاض خاص.

- في حالة عدم توفر غرفة عزل مخصصة للعدوى المنقولة بالهواء، يوضع المريض في غرفة مفردة جيدة التهوية بها حمام أو مرحاض خاص ويُغلق الباب باستمرار.
- يجب على العاملين الصحيين ارتداء معدات الحماية الشخصية التالية: قفازات، ورداء طبي، وقناع للتنفس (مثلاً: N95, FFP2) وواقٍ للعينين.
- ينبغي أن تُغلق عند مدخل غرفة/منطقة العزل لافتات تشير إلى أن المريض يخضع للاحتياطات المرتبطة بالمخالطة/القطرات/العدوى المنقولة بالهواء، وتُبين معدات الحماية الشخصية المطلوبة بالترتيب الصحيح للعاملين الصحيين.
- عند عدم الاشتباه في الإصابة بعدوى الفيروس النطاقي الحماقي (أي الحماق)، يوضع المريض في غرفة مفردة جيدة التهوية بها حمام أو مرحاض خاص.
- يتعين على العاملين الصحيين ارتداء معدات الحماية الشخصية وفقاً للتوصية ذات الصلة بخصوص المرضى الذين تأكدت إصابتهم (رداء طبي، وقفازات، وقناع للتنفس (مثلاً: N95, FFP2) وواقٍ للعينين).
- يجب تدريب العاملين الصحيين على إجراءات ارتداء معدات الحماية الشخصية وخلعها بأمان.
- تُستخدم أذنية مخصصة يمكن تطهيرها. ولا يُنصح بأغطية الأذنية الوحيدة الاستعمال (84-86).
- يُوجّه المريض إلى ارتداء كمامة طبية محكمة تماماً والالتزام بالنظافة التنفسية وآداب السعال متى كانت هناك ضرورة لنقله من مكان إلى آخر.
- يراعى تجنب الحركة غير الضرورية للمرضى المشتبه بإصابتهم. وإذا كان لا بدّ من تحريك المريض المشتبه به أو نقله داخل المرفق أو خارجه، ينبغي التأكد من مباشرة الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى (قطرات/مخالطة/عدوى منقولة بالهواء)، مع وضع كمامة طبية محكمة تماماً على وجه المريض وتغطية الأفات.
- يتعين أن يكون مرفق/جناح/وحدة الاستقبال على علم بأنه مطلوب اتخاذ الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى، وأنّ هناك حاجة إلى إعداد منطقة العزل أو المنطقة المخصصة في انتظار وصول المريض.

2-7 اعتبارات الوقاية من العدوى ومكافحتها للمرضى الذين تأكدت إصابتهم بجذري القردة

توصي المنظمة بتنفيذ الاحتياطات المرتبطة بالمخالطة والقطرات لأي مريض تأكدت إصابته بجذري القردة. وبالإضافة إلى الاحتياطات المرتبطة بالمخالطة والقطرات، يجب استخدام أقنعة التنفس.

الأساس المنطقي: في سياق الفاشية الجارية على نطاق متعدد البلدان، وفي ضوء البيانات الناشئة بشأن أنماط انتقال العدوى، لا توجد حالياً معلومات كافية لدعم التوصية بمواصلة استخدام الاحتياطات المرتبطة بالعدوى المنقولة بالهواء. وقد سلّم الفريق بحالة عدم اليقين الحالية فيما يتعلق باحتمال انتقال العدوى بالهباء الجوي، رغم أنه ليس الشكل المهيمن لانتقال المرض، والمخاطر التي يتعرض لها العاملون الصحيون الذين يقدمون رعاية مباشرة للمرضى الذين تأكدت إصابتهم بجذري القردة. ونتيجة لذلك، صوت الفريق المعني بالإرشادات لصالح استخدام أقنعة التنفس كحماية إضافية للجهاز التنفسي، في سياق تخصيص غرفة جيدة التهوية كإجراء احترازي في الأونة الحالية.

وشدّد الفريق على ضرورة فهم طرائق انتقال جذري القردة ومدى وخامة المرض بشكل أفضل وإعطائهما أولوية لأغراض البحث.

وستقوم المنظمة بتحديث هذه الإرشادات في غضون إطار زمني قصير (8 أسابيع إلى 12 أسبوعاً) استناداً إلى ما يستجدّ من بيانات.

ملاحظات:

- ينبغي أن يلتزم العاملون الصحيون بنظافة اليدين وفقاً لتعليمات منظمة الصحة العالمية المعنونة «لحظائك الخمس لنظافة اليدين»، بما في ذلك قبل ارتداء معدات الحماية الشخصية وبعد خلعها.
- يوضع المريض في غرفة جيدة التهوية مخصصة لمريض واحد وبها حمام أو مرحاض خاص.
- إذا لم تتوفر غرف مخصصة لمريض واحد، يُنظر في تجميع الحالات المؤكدة، مع الحفاظ على مسافة لا تقل عن متر بين كل مريض وآخر (83).
- يتعين أن تُغلق عند مدخل غرفة/منطقة العزل لافتات تُبين الاحتياطات المرتبطة بالمخالطة/القطرات.

- يجب ارتداء معدات الحماية الشخصية بما في ذلك: قفازات، ورداء طبي، وقناع للتنفس (مثلاً: N95, FFP2) وواقٍ للعينين.
- تُستخدَم أذنية مخصصة يمكن تطهيرها. ولا يُصح بأغطية الأذنية الوحيدة الاستعمال (84-86).
- ينبغي تدريب العاملين الصحيين على إجراءات ارتداء معدات الحماية الشخصية وخلعها بأمان.
- تُغَطَّى الآفات المكشوفة عند تواجد أشخاص آخرين في الغرفة وإذا كان المريض قادراً على تحمّل تغطيتها.
- يراعى تجنب الحركة غير الضرورية للمرضى الذين تأكدت إصابتهم. وإذا كان لا بدّ من تحريك المريض أو نقله داخل المرفق أو خارجه، يتعيّن التأكد من مباشرة الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى، ووضع كمامة طبية محكمة تماماً على وجه المريض وتغطية الآفات (شريطة أن يكون المريض قادراً على تحمّل تغطيتها).
- يجب أن يكون مرفق/جناح/وحدة الاستقبال على علم بأنه مطلوب اتخاذ الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى، وأنّ هناك حاجة إلى إعداد منطقة العزل أو المنطقة المخصصة في انتظار وصول المريض.
- ينبغي أن تظَلَّ الاحتياطات سارية حتى تتقشّر الآفات وتسقط الجلبة وتتشكّل طبقة جديدة من الجلد تحتها.
- قد تحتاج الحالات الوخيمة (بما فيها الحالات المكبوتة المناعة) التي قد تتعرّض ذرف فيروسي ممتدّ من الجهاز التنفسي العلوي إلى تقييم سريري لتحديد متى يمكن إيقاف الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى.

توصي المنظمة بتنفيذ الاحتياطات المرتبطة بالعدوى المنقولة بالهواء إذا طبقت إجراءات مؤلدة للرداذ.

ملاحظات:

- ينبغي أن تؤدّى الإجراءات المؤلدة للرداذ في غرفة عزل مخصصة للعدوى المنقولة بالهواء. وإن لم تتوفر غرفة عزل مخصصة لهذا النوع من العدوى أو إذا لم يكن ذلك ممكناً، تؤدّى الإجراءات المؤلدة للرداذ في غرفة جيدة التهوية مخصصة لمريض واحد مع إغلاق الباب.
- يتعيّن على العاملين الصحيين ارتداء قناع للتنفس (على سبيل المثال N95, FFP2) بالإضافة إلى واقٍ للعينين ورداء طبي وقفازات عند ممارسة إجراءات مؤلدة للرداذ.

توصي المنظمة بتنظيف وتطهير معدات رعاية المرضى والمناطق التي يستخدمها المريض بشكل متكرر أو التي تُجرى فيها أنشطة رعاية المرضى* داخل مرفق الرعاية الصحية وفقاً للمبادئ التوجيهية المطبقة على الصعيد الوطني أو على مستوى المرافق.

ملاحظات:

- ينبغي أن يرتدي العاملون الصحيون معدات الحماية الشخصية (قفازات [ثقيلة]، ورداء طبي، وقناع للتنفس [على سبيل المثال N95, FFP2] وواقٍ للعينين) أثناء تنظيف وتطهير معدات رعاية المرضى ومناطق رعاية المرضى أو غرف عزل المرضى المشتبه أو المؤكد أنهم مصابون بجذري القردة.
- تُستخدَم أذنية مخصصة يمكن تطهيرها. ولا يُصح بأغطية الأذنية الوحيدة الاستعمال (84-86).
- تُنظَّف الأسطح دائماً بالمنظفات والماء أولاً ثم تطهّر باستخدام مطهرات معتمدة ذات مبيد للفيروسات (تتبع الإرشادات المحددة على الصعيد الوطني أو على مستوى المرافق). ويتعيّن تحضير المطهرات ومسح الأسطح بها وفقاً لتعليمات الشركات المصنّعة (87).
- منعاً لانتقال التلوث من مصدر لآخر، يجب المداومة على التنظيف بدءاً بالمنطقة الأنظف أولاً وانتهاءً بالمنطقة الأظنر أخيراً، على أن يجري التنظيف دوماً من أعلى إلى أسفل.
- ينبغي إيلاء اهتمام خاص للمراحيض والأسطح التي يتم لمسها بشكل متكرر (88).
- تُستخدَم معدات وحيدة الاستعمال أو مخصصة لرعاية المرضى، على أن تُنظَّف معدات التنظيف وتُطهَّر قبل استخدامها لمرضى آخرين.

* تشمل مناطق رعاية المرضى، على سبيل المثال، أقسام العيادات الخارجية، وغرف الانتظار، والحمامات، وغرف المرضى والبيئة المحيطة بالمرضى.

توصي المنظمة بتوخي العناية عند تداول وجمع البياضات والأردية الطبية المستخدمة في المستشفيات والمناشف وأي عناصر أخرى مصنوعة من القماش.

ملاحظات:

- تُرْفَع البياضات وتُطوى بعناية. ويراعى عدم هزّ البياضات أو الغسيل.
 - يتعيّن وضع هذه الأغراض بعناية في حاوية أو حقيبة مخصّصة لنقلها إلى خدمات غسل الملابس.
 - يمكن غسل البياضات في غسالة بماء ساخن على درجة حرارة أكثر من 60 درجة مئوية باستخدام منظّف للغسيل وتجفيفها وفقاً للإجراءات الروتينية، ويفضّل أن يكون ذلك على حرارة عالية (25،26،38). وإن كان الغسل الآلي غير ممكن ولا يتوفّر ماء ساخن، يمكن نقع البياضات داخل برميل كبير واستخدام عصا للتقليب، مع الحرص على تجنّب حدوث تناثر. ويجب نقع البياضات في الكلور*، على أن تُشطّف بماء نظيف وتترك لتجفّ تماماً.
 - ينبغي أن يتّبع العمال في منطقة الغسيل الاحتياطات القياسية والقائمة على نمط انتقال العدوى بما في ذلك:
 - الحدّ من التداول، وخاصةً تجنّب هزّ البياضات والغسيل؛
 - ارتداء قفازات، ومزّر أو رداء طبي، وقناع للتنفس (على سبيل المثال N95, FFP2) وواقٍ للعينين.
- * نظراً لنقص الأبحاث المتاحة عن فيروس جدري القرّة، فإنّ التركيز المضبوط للكلور أو مقدار الحدّ من المخاطر الذي يمكن تحقيقه يشوبهما شيء من عدم اليقين. إلا أنّ هناك توافقاً عاماً في الآراء يستند إلى بيّنات مستمدة من فيروسات أخرى على أنّ إضافة الكلور تقلّل التلوث المتخلف على الأرجح، وربما كان ذلك مفيداً بالأخصّ حيثما يكون التطهير الحراري والتخفيف والتأثير الميكانيكي دون المستوى الأمثل (39-41).

توصي المنظمة بالتعامل مع جميع سوائل الجسم والنفائيات الصلبة للمرضى المصابين بجدري القرّة كنفائيات معدية.

ملاحظات:

- ينبغي فصل النفائيات (النفائيات العامة، والنفائيات المعدية والأدوات الحادة) ووضعها في صناديق مناسبة عند نقطة الاستخدام (89).
- يتعيّن أن تتمّ إدارة النفائيات والتخلّص منها (بما في ذلك معدّات الحماية الشخصية) وفق اللوائح المحلية المنظمة للنفائيات المعدية.
- يراعى التأكّد من ارتداء العاملين الصحيين لمعدّات الحماية الشخصية المناسبة (أي قفازات، رداء طبي، قناع للتنفّس [على سبيل المثال N95, FFP2]، واقٍ للعينين) أثناء التعامل مع النفائيات.

توصي المنظمة باتخاذ تدابير للمرضى المعزولين المصابين بجدري القرّة على نحو يدعم تفاعل المرضى مع العائلة والزوّار تعزيزاً لراحتهم.

ملاحظات:

- ينبغي أن يلتزم الزوّار أو مقدّمو الرعاية بنظافة اليدين بالصورة المناسبة قبل وبعد دخول/مغادرة غرفة المريض، وأن يزوّدوا بتعليمات ويتمّ الإشراف عليهم عن كثب بشأن استخدام (خلع وارتداء) معدّات الحماية الشخصية وفقاً للاحتياطات المرتبطة بالمخالطة والقطّيرات.
- يتعيّن تقديم المشورة للأفراد المعرضين للخطر فيما يتعلق بالمخاطر حتى يمكنهم اتخاذ قرار مستتير بشأن ما إذا كانوا سيوزرون المريض من عدمه.
- يلزم توفير طرق بديلة للتواصل مثل التداول بالفيديو.

8- اعتبارات خاصة ببعض المجموعات (9 توصيات)

1-8 رعاية المجموعات النشطة جنسياً (توصيتان)

توصي المنظمة بنصح جميع المرضى بالامتناع عن ممارسة الجنس حتى تنتشر جميع الآفات الجلدية الناجمة عن جدري القردة وتسقط الجلبة وتتشكل طبقة جديدة من الجلد تحتها.

الأساس المنطقي:

○ أقر الفريق المعني بوضع المبادئ التوجيهية بأن خطر انتقال العدوى من الملامسة المباشرة للجلد المصاب أو آفات الأغشية المخاطية يمكن أن يفاقم سريان المرض، وبالتالي فإن الامتناع عن النشاط الجنسي أثناء الفترة المعدية من شأنه أن يحد من انتقال العدوى. كذلك، فإن احتمال سريان المرض عن طريق الاتصال الجنسي غير معروف ويخضع لمزيد من البحوث.

ملاحظات:

○ بالنسبة للمرضى النشطين جنسياً: من بين الأشخاص الذين يعانون من طفح جلدي ويُشتبه في إصابتهم بجدري القردة، ينبغي أيضاً أن يوضع في الاعتبار حدوث عدوى مصاحبة مع أمراض أخرى منقولة جنسياً. ويتعين أن يخضع المريض لما يلي:

- تدقيق شامل للتاريخ الجنسي.
- فحص بدني كامل باستخدام التدابير المناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها مع إيلاء اهتمام خاص للفحص بغرض كشف ما يلي:

- اعتلال العقد اللمفاوية؛
- طفح جلدي في الغشاء المخاطي للفم، والأعضاء التناسلية، ومنطقة الشرج التناسلية، وأجزاء أخرى من الجلد؛
- يجب إجراء اختبارات فيروس العوز المناعي البشري، والزهري، وفيروس الحلاّ البسيط التناسلي، وفحص ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً وفق المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً المصحوبة بأعراض (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>) (34)؛

- ينبغي تشجيع المرضى على استخدام الرفالات باستمرار أثناء النشاط الجنسي للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وغيره من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، لكن يتعين إعلامهم بأن استخدام الرفالات وحده لا يمكن أن يوفر الحماية من اكتساب ونقل المرض.

○ فيما يخص الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري: قد يكون أولئك الذين لا تتم السيطرة على مرضهم جيداً من المصابين بجدري القردة أكثر عرضة على الأخص لوخامة المرض. وتشير البيانات إلى أنهم قد يكونون عرضة لخطر الإصابة بقرح تناسلية، وعدوى بكتيرية ثانوية، وامتداد فترة الاعتلال (13).

- إذا أثبتت اختبارات التشخيص لمريض بفيروس العوز المناعي البشري أنه مصاب بجدري القردة، يجب عليه الاستمرار في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية كما في السابق.

- فيما يتعلق بالأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري الذين شُخصت إصابتهم مؤخراً بفيروس العوز المناعي البشري، توصي منظمة الصحة العالمية ببدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بمجرد أن يصبح الشخص جاهزاً وفي غضون 7 أيام وفق المبادئ التوجيهية الموحدة للمنظمة بشأن الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتوفير اختبارات التشخيص والعلاج والخدمات والرصد: توصيات لوضع نهج صحي عام (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>)

(90). ويُحتمل أن يكون الأشخاص الذين لديهم عدد أقل من خلايا CD4 أكثر عرضة لخطر حدوث مضاعفات متعلقة بجدري القردة، لذا يجب إعطاء الأولوية لبدء علاجهم بمضادات الفيروسات القهقرية (13).

- إذا شُخصت إصابة شخص بكلٍ من جدري القردة وفيروس العوز المناعي البشري في نفس الوقت، تُواجه المسائل والجوانب العلاجية الأكثر إلحاحاً لجدري القردة (انظر القسم 6). وتجدر الإشارة إلى أنّ مضادات فيروسات جدري القردة لها تفاعلات دوائية هامة مع بعض مضادات الفيروسات المستخدمة لعلاج فيروس العوز المناعي البشري.

- لا يُعتبر الأشخاص المصابون بفيروس العوز المناعي البشري الخاضعون لعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لكبت الحمل الفيروسي مندرجين في فئة منقوصي المناعة (90).

استناداً إلى مبدأ التحوط، تقترح المنظمة استخدام الرفالات باستمرار أثناء النشاط الجنسي (المتلقي والإيلاجي عن طريق الفم/الشرح/المهبل) لمدة 12 أسبوعاً بعد التعافي لمنع الانتقال المحتمل للعدوى جدري القرادة.

ملاحظات:

- أبلغت سلسلة حالات ضئيلة عن اكتشاف الحمض النووي لفيروس جدري القرادة في سوائل الجسم بعد التئام الآفات الجلدية؛ مما يشير شيئاً من عدم اليقين بشأن ثبات فيروس جدري القرادة في سوائل الجسم مثل السائل المنوي والسوائل المهبلية واللعاب والدم، وخطر انتقال المرض من شخص إلى آخر.
- إزاء صدور هذه الإرشادات الطارئة في ظل أوضاع سريعة التطور، يُطبَّق مبدأ التحوط على هذا التدخل الصحي العام. ولدى توفر المزيد من المعلومات وتحسّن فهمنا بشأن انتقال العدوى، سيتمّ تحديث الإرشادات وفقاً لذلك.

2-8 رعاية النساء أثناء الحمل وبعده (4 توصيات)

تُنوّه المنظمة إلى أنّ الحوامل أو النساء اللاتي كنّ حوامل مؤخراً من مرضى حالات جدري القرادة الخفيفة أو غير المصحوبة بمضاعفات قد لا يحتجن إلى رعاية حرجة في المستشفى، لكن ربما يفضل مراقبتهنّ في مرفق صحي. وينبغي إدخال مريضات الحالات الوخيمة أو المصحوبة بمضاعفات إلى مرفق صحي لتلقي الرعاية نظراً لحاجتتهنّ إلى مستوى أمثل من الرعاية الداعمة و/أو التدخلات لتحسين بقاء الأمّ والجنين على قيد الحياة.

ملاحظات:

- تشير بيانات محدودة إلى أنّ العدوى بفيروس جدري القرادة لدى الحوامل قد تؤدي إلى انتقال العدوى من الأمّ إلى طفلها فضلاً عن نتائج سلبية للجنين، مثل الإجهاض العفوي والإملاص (9،28،29،91). ويحتاج هذا المجال إلى مزيد من البحوث والبيانات.
- إزاء هذه المخاطر المحتملة، يمكن النظر في توفير الرعاية للحوامل من مريضات حالات جدري القرادة الخفيفة/غير المصحوبة بمضاعفات في مرفق صحي لرصد تطور المرض عن كثب، والتعرّف على المضاعفات حال حدوثها وعلاجها بالمستوى الأمثل من الرعاية الداعمة (انظر القسم 4 للوقوف على مزيد من الاعتبارات).
- تُقدّم المشورة للنساء بشأن اتباع نظام غذائي صحي، وممارسة الحركة والرياضة، ومدخول المغذيات الدقيقة لها ولرضيعها، وتعاطي التبغ والتعرض للتدخين السلبي، واستخدام الكحول والمواد الأخرى، وفق المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية السابقة للولادة من أجل تجربة حمل إيجابية (https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912) (🔗) وتوصيات المنظمة بشأن رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة من أجل تجربة إيجابية بعد الولادة (https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989) (🔗) (50،49).
- تُقدّم المشورة للنساء وفقاً للقسم 1-8.

توصي المنظمة بأن تتاح للحوامل والنساء اللاتي كنّ حوامل مؤخراً من المريضات بجذري القردة إمكانية الحصول على رعاية محورها المرأة وتتسم بالاحترام والمهارة، بما في ذلك القبالة، والتوليد، وأمراض النساء، وطب الأجنّة ورعاية حديثي الولادة، فضلاً عن الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي، مع الجاهزية لرعاية المضاعفات لدى الأمهات والمواليد.

ملاحظات:

- يشير تعبير رعاية محورها المرأة وتتسم بالاحترام والمهارة إلى رعاية منظمة لجميع النساء وتقدّم بطريقة تحافظ على كرامتهنّ وخصوصيتهنّ وسريتهنّ، وتضمن التحرّر من الأذى وسوء المعاملة، وتتيح الاختيار المستنير عن علم. وأثناء المخاض والولادة، يشمل ذلك اختيار رفيق، وتخفيف الألم، والتحرّك أثناء المخاض، والوضع المختار للولادة.
- ينبغي فحص رفقاء الولادة باستخدام تعريف الحالات الذي وضعته منظمة الصحة العالمية لجذري القردة (انظر الملحق 1).
- إذا كان يُشتبه أو تأكد أنّ رفيق الولادة مصاب بجذري القردة، تُتخذ ترتيبات لاختيار رفيق بديل سليم صحياً بالتشاور مع المرأة. ويؤكد لأيّ مرافق ولجميع المرافقين على أهمية تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها أثناء المخاض والولادة وخلال إقامة المرأة والمولود الجديد بعد الولادة في المرفق الصحي. ويُدرج التدريب المناسب على معدات الحماية الشخصية واستخدامها مع الحدّ من الحركة في مرفق الرعاية الصحية.

توصي المنظمة بأن تكون طريقة الولادة مصمّمة حسب الاحتياجات الفردية، بناءً على مؤشرات التوليد وتفضيلات المرأة. كما توصي المنظمة بعدم حتّ المخاض وإجراء جراحة قيصرية إلا عندما يكون ذلك مبرراً طبياً واستناداً إلى حالة الأم والجنين.

ملاحظات:

- تُعتبر قرارات إنهاء الولادة والحمل في حالات الطوارئ صعبة وتستند إلى العديد من العوامل مثل عمر الحمل ومدى وخامة حالة الأم وقدرة الجنين على البقاء والتمتع بالعافية.
- لا ينبغي القيام بتدخلات رامية إلى تسريع وتيرة المخاض والولادة (مثل التوسيع، وبضع الفرج، والولادة المهبلية الجراحية) إلا إذا كان ذلك مبرراً طبياً واستناداً إلى الحالة السريرية للأم والجنين وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الحامل أثناء الولادة (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-ara.pdf?ua=1>) (92).
- يوصى بتأخير تثبيت الحبل السري (ليس قبل مرور دقيقة بعد الولادة) لتحسين صحة الأم والطفل ونتائج التغذية. هذا ولا توجد بيانات على أنّ تأخير تثبيت الحبل السري يزيد من إمكانية انتقال الفيروس من الأم إلى المولود. وتفوق الفوائد المثبتة للتأخر لمدة تتراوح بين دقيقة و3 دقائق، على الأقل، في تثبيت الحبل السري الأضرار النظرية وغير المثبتة.
- يتعيّن اتخاذ قرارات مصمّمة حسب الاحتياجات الفردية بشأن تأجيل الحثّ المخطّط له (الاختياري) أو العملية القيصرية للحوامل المشتبه أو المؤكّد أنّهنّ مصابات بحالة خفيفة من جذري القردة (93).
- يجب التخلص من المشيمة وأي أنسجة أو سائل متعلقة بالحمل، مثل سائل الأنسجة الأمنيوسي أو الجنيني، باتّباع بروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها فيما يخص المواد المُحتَمَل أن تكون مُعدية (انظر القسم 7).

توصي المنظمة بتمكين الحوامل والنساء اللاتي كن حوامل مؤخراً المتعافيات من جدري القردة وتشجيعهن لتلقي الرعاية الروتينية قبل الولادة أو بعدها أو عند الإجهاض، حسب الاقتضاء. وينبغي توفير رعاية إضافية إذا حدثت أي مضاعفات.

ملاحظات:

- تشير بيانات محدودة إلى أن العدوى بفيروس جدري القردة لدى الحوامل قد تؤدي إلى انتقال العدوى من الأم إلى طفلها فضلاً عن نتائج سلبية للجنين، مثل الإجهاض العفوي والإملاص (9،28،29،91). ويحتاج هذا المجال إلى مزيد من البحوث والبيانات.
- رغم أن المعلومات لا تزال في طور النشوء حالياً، ينبغي تزويد الحوامل المصابات بجدري القردة أو المتعافيات منه بمعلومات عن المخاطر المحتملة لحدوث نتائج سلبية للحمل وتقديم المشورة لهنّ إذا طلبن أو رغبن في ذلك.
- يتعيّن احترام خيارات المرأة وحقوقها بشأن الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الحصول على وسائل منع الحمل والإجهاض الآمن وفق المبادئ التوجيهية بشأن رعاية الإجهاض الصادرة عن المنظمة (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>) (51).
- يجب إعلام الحوامل المصابات بجدري القردة بأنه ليس معروفاً ما إذا كان يمكن أن يحدث انتقال للعدوى إذا تعرّض أشخاص آخرون للسوائل أو الأنسجة المرتبطة بالحمل، مثل السائل الأمنيوسي أو المشيمة أو أنسجة الجنين. وينبغي إصدار تعليمات حول كيفية التعامل مع العينات المحتمل أن تكون معدية (انظر القسم 7).
- تقدّم المشورة للنساء بشأن الممارسات الجنسية الآمنة (انظر القسم 8-1).
- يتعيّن متابعة جميع الحوامل المؤكّد أنّهن مصابات بجدري القردة وأطفالهن الرضع من خلال السجلات الوطنية لكشف علامات المضاعفات (انظر القسم 13).

3-8 رعاية الرضع والأطفال الصغار المصابين بجدري القردة (توصيتان)

توصي المنظمة بمراقبة الرضع حديثي الولادة لأمهات مصابات بجدري القردة عن كثب بحثاً عن بيّنات على احتمال التعرّض أو الإصابة بعدوى خلقية أو محيطية بالولادة. ويمكن أيضاً أن تعرّض الأمهات والرضع أو الأطفال الصغار للعدوى من خلال المخالطة اللصيقة.

كما توصي المنظمة بإجراء تطعيم كامل للأطفال المعرضين للإصابة بجدري القردة وفقاً لبرنامج التحصين الوطني الروتيني، مع إبقائهم مواكبين لأحدث التطعيمات إن أمكن.

ملاحظات:

- ينتقل جدري القردة إلى الأطفال بنفس الطريقة التي يحدث بها للبالغين؛ ومن الحيوان إلى الإنسان، ومن إنسان إلى آخر، ومن البيّنات الملوثة إلى البشر، حيث تُستمدّ معظم المعلومات من بلدان غرب ووسط أفريقيا (5).
- يجب ألا ينام الأطفال في نفس الغرفة أو السرير وألا يشربوا/ياكلوا من نفس الأواني التي يستخدمها فرد مصاب بجدري القردة.
- تشير البيانات المستقاة من دراسات مصغرة وتقارير إفرادية إلى أنّ الأطفال قد يكونون أكثر عرضة من البالغين للإصابة بأمراض وخيمة مثل التهاب الدماغ والإنتان بالإضافة إلى الوفاة (9-11،16،28).
- يتسم ذلك بالأهمية بشكل خاص لأيّ حالة قد يكون فيها جدري القردة ناتجاً عن عضّة حيوان أو خدش، أو حينما تتعرّض سلامة الجلد للخطر لأيّ سبب من الأسباب. ولا يقتصر الأمر على أنّ الأطفال معرضون لخطر الإصابة بأمراض أكثر وخامة فحسب، بل تشير البيانات إلى أنّ العدوى التي تضرّ سلامة الجلد قد تكون أيضاً مصدراً لخطر الإصابة بمرض أكثر وخامة (23).
- إزاء هذه المخاطر المحتملة، يمكن النظر في رعاية الأطفال الصغار داخل مرفق صحي لمراقبة تطور المرض، والتعرّف على المضاعفات حال حدوثها ومعالجتها بالمستوى الأمثل من الرعاية الداعمة. ويتعيّن ألا يعزل الأطفال الصغار بمفردهم. ويجب أن يكون هناك شخص (أحد الوالدين أو مقدّم الرعاية)، يتمتع بصحة جيدة وليس معرضاً لمخاطر شديدة، يقدم الرعاية للطفل المصاب بجدري القردة مع اتخاذ التدابير المناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها (انظر القسم 7-2).
- يُعطى لقاح يحتوي على ذوفان الكزاز المناسب لعمر الرضع والأطفال الذين لم يكتمل تطعيمهم في مرحلة الطفولة، ولأي شخص لم يكمل جدول التطعيم الموصى به ضد التيتانوس.

4-8 تغذية الرضع لأمهات مصابات بجذري القردة (توصية واحدة)

توصي المنظمة بتقييم ممارسات تغذية الرضع، بما في ذلك ما إذا كان يتعين وقف الرضاعة الطبيعية للأم المصابة بجذري القردة، على أساس كل حالة على حدة، مع مراعاة الحالة البدنية العامة للأم ومدى وخامة المرض، بما قد يؤثر على خطر انتقال جذري القردة من الأم إلى الرضيع.

ملاحظات:

- من غير المعروف حالياً ما إذا كان حليب الثدي للنساء المرضعات يحتوي على فيروس جذري القردة أو الأجسام المضادة له.
- يجب إعطاء المخاطر المعروفة المرتبطة بحجب الحماية التي تمنحها الرضاعة الطبيعية والضغط الناجمة عن فصل الأم والرضيع وزناً أكبر في حساب المخاطر/الفوائد يفوق المخاطر المحتملة وغير المعروفة لعدوى الرضيع بجذري القردة.
- تُعطى الأولوية لحماية بقاء الطفل على قيد الحياة مع الحفاظ على المدخول الغذائي للرضيع (على سبيل المثال تجنب أمراض الإسهال المرتبطة بتلوث تركيبة حليب الرضع بسبب المياه غير النظيفة أو الممارسات غير الصحية).
- ينبغي مراقبة الرضع لأمهات مصابات بجذري القردة عن كثب بحثاً عن أي علامات وأعراض بهدف رئيسي هو الرعاية الداعمة المبكرة لمنع تفاقم شدة المرض وسوء العواقب.
- ينبغي للأمهات المصابات بجذري القردة اتخاذ تدابير حمائية عامة بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها عند التعامل مع أطفالهن الرضع وإطعامهم، مثل غسل اليدين قبل وبعد كل رضعة، وارتداء كمامة (إن أمكن) وتغطية أي آفات على هالة حلمة الثدي أو في المناطق الملامسة للرضيع مباشرة. وكبديل، إذا كان هناك ثدي واحد مصاباً بآفات، يمكن للأمهات عصر/ضخ الحليب من الثدي الذي توجد به آفات على هالة الحلمة وطرحه جانباً والتغذية من الثدي غير المصاب. وفي جميع الحالات، يتعين مراقبة اقتران الأم والرضيع عن كثب لكشف تطور علامات وأعراض جذري القردة ومعالجتها وفقاً لذلك.
- إذا كان عمر الرضيع أقل من ستة أشهر وتم فصله عن والدته المصابة بجذري القردة، فيجب تغذية الرضيع بحليب بشري متبرع به أو ببدائل مناسبة لحليب الثدي، مع الاسترشاد بالجدوى والسلامة والاستدامة والسياق الثقافي والقبول لدى الأم ومدى توافر الخدمات.
- بالنسبة للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر و23 شهراً ولا يستطيعون الوصول إلى الحليب البشري المتبرع به أو ببدائل حليب الثدي المناسبة، يُعتبر الحليب المبستر الحيواني كامل الدسم مناسباً كجزء من نظام غذائي متوازن إلى جانب الأطعمة التكميلية.
- ينبغي تقديم مساعدة شاملة لأي أم توقفت عن الرضاعة الطبيعية بسبب جذري القردة (أو لأي سبب آخر) بغرض إعادة إدرار اللبن لتجديد إمدادات الحليب ومواصلة الرضاعة الطبيعية.
- في حالة الاستعاضة عن الرضاعة الطبيعية ببديل لحليب الأم، من الضروري تتبع نمو الرضيع وتطوره وأي اعتلالات أخرى بالإضافة إلى علامات وأعراض جذري القردة.
- إذا تعرضت أم رضيع أو طفل صغير للإصابة بجذري القردة ولم تظهر عليها أعراض توحى بالعدوى، فلا يتعين فصل الرضيع أو الطفل عنها. ويجب الاستمرار في الرضاعة الطبيعية مع رصد علامات وأعراض جذري القردة عن كثب.

9- معالجة المرضى الأشدّ عرضةً للخطر وأولئك الذين يعانون من مضاعفات أو عدوى شديدة بجدي القردة (توصيتان)

توصي المنظمة بإدخال المرضى المعرضين بشدة لخطر الإصابة بمضاعفات (أي الأطفال الصغار والحوامل وأولئك الذين يعانون من كبت المناعة) أو المصابين بحالات جدي القردة الشديدة أو المصحوبة بمضاعفات إلى المستشفى لمراقبتهم بشكل وثيق وتقديم الرعاية السريرية لهم في ظل احتياطات العزل المناسبة لمنع انتقال فيروس جدي القردة.

ملاحظات:

○ انظر الجدول 1-9 للاطلاع على التقييم المنهجي الذي يتعين إجراؤه للمرضى الذين يدخلون المستشفى.

الجدول 1-9 العلامات الحيوية والسمات السريرية المطلوب رصدها بشكل منهجي

تقييم العلامات الحيوية والألم	• درجة الحرارة، ومعدل ضربات القلب، وضغط الدم، ومعدل التنفس، وتشبع الأكسجين المحيطي، ومستوى الوعي باستخدام مقياس الوعي والصوت والألم وعدم الاستجابة، والغلوكوز في نقطة الرعاية، ووزن الجسم وطوله لحساب مؤشر كتلة الجسم، ومحيط منتصف أعلى الذراع للأطفال • قياس الألم
الحالة العامة	• هل المريض قادر على تناول الطعام والشراب دون دعم؟ • هل المريض قادر على الجلوس والسير بشكل مستقل؟ • هل عانى المريض مؤخراً من فقدان الوزن منذ بدء ظهور الأعراض؟
توصيف الطفح الجلدي	• مرحلة الطفح الجلدي: بُقع، حطاطات، حُبصلات، بُثور متقشرة، تقشّر • موضع الطفح الجلدي (الوجه، الذراعان، الجذع، الأعضاء التناسلية، الساقان، الغشاء المخاطي) • عدد الاقاقات (94,28): – خفيفة (أقل من 25 آفة جلدية) – معتدلة (25 إلى 99 آفة جلدية) – شديدة (100 إلى 250 آفة جلدية) – شديدة جداً (أكثر من 250 آفة جلدية). • في حالة وجود تقشّر: النسبة المئوية المتأثرة من الجسم (إذا كانت أكثر من 10% فهذا مثير للقلق)
وجود عدوى ثانوية بكتيرية	• التهاب النسيج الخلوي، خراج، التهاب العضل القيحي، عدوى الأنسجة الرخوة الناخرة
الحالة العصبية	• مقياس الوعي والصوت والألم وعدم الاستجابة، نوبات، غيبوبة
حالة الحجم	• وجود جفاف: خفيف أو معتدل أو شديد (انظر الجدول 9-2 للاطلاع على مزيد من التفاصيل)
علامات التروية	• معدل النبض، القوة، عود امتلاء الشُعيرات • إخراج البول (أكثر من 0.5 مليلتر/كغم/ساعة = جيد للبالغين؛ 1.0 مليلتر/كغم/ساعة للأطفال) • تبقع الجلد
الجهاز التنفسي	• معدل التنفس، تشبع الأكسجين SpO ₂ ، علامات الضائقة التنفسية
التقييم التغذوي	• تغيير في الشهية، فقدان الوزن، وزن الجسم، الطول، حساب مؤشر كتلة الجسم، محيط منتصف أعلى الذراع للأطفال • علامات سوء التغذية – تُستخدم أداة موحدة (مثل أداة الفحص الشامل لسوء التغذية) (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf) (45).
الفحوص المخبرية	• Na ⁺ ، K ⁺ ، HCO ₃ ⁻ ، BUN، الكرياتينين، AST، ALT، الغلوكوز، عدد كريات الدم البيضاء، Hg، الصفائح الدموية، PT/INR، الكالسيوم، الألبومين

المصدر: تم تعديل هذا الجدول من واقع وثيقة منظمة الصحة العالمية بعنوان الرعاية الداعمة المثلى لمواجهة مرض فيروس الإيبولا (57)، ويتضمن معلومات مأخوذة من كتيب رعاية الأطفال في المستشفيات الصادر عن المنظمة (45).

الجدول 2-9 تصنيف الجفاف

خفيف (نسبة نضوب الحجم 3-5%)	متوسط (نسبة نضوب الحجم 6-9%)	شديد (نسبة نضوب الحجم أكثر من 10%)	
طبيعي	سريع	سريع وضعيف أو واهن	النبيض
طبيعي	طبيعي إلى منخفض	منخفض	ضغط الدم الانقباضي
جاف قليلاً	جاف	ظمان	الغشاء المخاطي الشدقي
طبيعي	—	منخفض	تورم الجلد
طبيعي شخص بالغ (أكثر من 0.5 مليلتر/كغ/ساعة) طفل (أكثر من 1 مليلتر/كغ/ساعة)	عند هذا المستوى أو أقل شخص بالغ (أقل من 0.5 مليلتر/ كغ/ساعة) طفل (أقل من 1 مليلتر/كغ/ساعة) × 3 ساعات	البول منخفض بشكل ملحوظ إلى منقطع (أقل من 0.5 مليلتر/كغ/ساعة × 3 ساعات)	إخراج البول
لا تغيير	مرتفع	مرتفع	معدل التنفس
الزفير أكثر من الشهيق	الزفير أكثر من الشهيق	الزفير أكثر كثيراً من الشهيق	الشهيق والزفير
عطش زائد	عطش زائد	في الرضع، يافوخ غائر، برودة الجلد	فئات أخرى

المصدر: تم تعديل هذا الجدول من واقع وثيقة منظمة الصحة العالمية عن الرعاية الداعمة المثلى لمواجهة مرض فيروس الإيبولا (57).

توصي المنظمة بمعالجة مرضى جذري القردة الذين يصابون بمضاعفات أو مرض وخيم من خلال تدخلات محسنة للرعاية الداعمة.

ملاحظات:

○ انظر الجدول 3-9.

الجدول 3-9 التدبير العلاجي السريري لمضاعفات جذري القردة وأشكاله الحادة

العلاج	المضاعفات
<ul style="list-style-type: none"> قد يكون المرضى الذين يعانون من عيب طفح جلدي ثقيل عرضة للتقشر (في الحالات الشديدة يشبه الحروق ذات السُكْم الجزئي)، وقد يكون ذلك خطيراً ويؤدي إلى جفاف وفقدان للبروتينات (27). تقدير النسبة المئوية للجلد المتضرر والنظر في علاج مماثل للحروق. الحد من فقدان السوائل غير المحسوس وتعزيز مداواة الجلد. ضمان الترطيب والتغذية بدرجة كافية. التشاور مع استشاريين مناسبين كجراح مثلاً أو طبيب للأمراض الجلدية و/أو أخصائيي العناية بالجروح. تنظيف موضع الإصابة للمريض سريرياً أو جراحياً حسب الحاجة. ترقيع الجلد في حالات نادرة شديدة. 	تقشر الجلد
<ul style="list-style-type: none"> هي حالة مهددة للحياة تصيب الأنسجة الرخوة العميقة، وتؤثر على اللفافة العضلية متسببة في نخر وتدمير الأنسجة والإصابة بسمية جهازية. ويشتبه فيها إذا أصيب المريض بодمة أو فرقة أو إفرازات كريهة الرائحة أو ألم لا يتناسب مع مظهر العدوى. ورغم أنه يمكن أن يكون سببها فيروس جذري القردة، تُوضع في الاعتبار مسببات الأمراض البكتيرية أيضاً. ويبدأ العلاج بمضادات حيوية واسعة المدى لتغطية المكورات العنقودية <i>Staphylococcus sp.</i> والمكورات العقدية <i>Streptococcus sp.</i> ويُستشار جراح فيما يخص هذه الحالة الجراحية الطارئة (55). انظر كتاب المضادات الحيوية ضمن قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية antibiotic-awareness (54) للحصول على إرشادات بشأن الاختيار الصحيح والاستخدام المناسب لمضادات الميكروبات (56). 	عدوى الأنسجة الرخوة الناخرة

المضاعفات	العلاج
التهاب العضل القيجي	<ul style="list-style-type: none"> • يحدث هذا عندما ينشأ قيح داخل العضلات وينبغي الاشتباه فيه عندما يصاب المريض ليونة عضلية. ورغم أن هذا يمكن أن يكون ناجماً عن فيروس جذري القرعة، إلا أنه من الشائع أن ينتج أيضاً عن مَجَهْرِيَّات البُقْعَة الجلدية مثل المَكْوَرَات العنقودية <i>Staphylococcus sp.</i> أو المَكْوَرَات العقدية <i>Streptococcus sp.</i> (56،45). ويمكن أن تساعد الموجات فوق الصوتية في التشخيص. ويتم تجميع مُستنبتات دموية، ويُبدأ العلاج بمضادات حيوية واسعة المدى، ثم يُجرى شق جراحي وتصريف. وترسل عينة للفحص البيولوجي المجهرى والاستنبتات دعماً لاختيار العلاج المضاد للميكروبات (55). • انظر كتاب المضادات الحيوية ضمن قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (antibiotic-awareness) (6) للحصول على إرشادات بشأن الاختيار الصحيح والاستخدام المناسب لمضادات الميكروبات (56).
اعتلال تَضَخُّم العُقْد اللَّفْفِيَّة العنقي	<ul style="list-style-type: none"> • يمكن أن يحدث في ما يصل إلى 85.65% من الحالات المصابة باعتلال عقدي لمفي (9). • عندما يجتمع اعتلال تَضَخُّم العُقْد اللَّفْفِيَّة العنقي على نطاق واسع مع آفات فموية بعومية متعددة، قد يكون المرضى عرضة لخطر حدوث مضاعفات مثل تدهور الوظائف التنفسية والإصابة بخُرَاجَات خلف البلعوم. ويكون المرضى معرضين أيضاً لخطر الجفاف بسبب انخفاض مدخول الطعام والماء (9،21). • يُجرى تشاور مع أخصائيين مناسبين كجراح مثلاً أو طبيب تخدير أو أطباء سريريين مختصين بالأمراض المُعْدِيَّة. ويمكن استخدام المنشطات تحت رعايتهم في الحالات الشديدة (9).
آفات العين	<ul style="list-style-type: none"> • تتمثل أحد أهم عواقب جذري القرعة في تندُّب القرنية وفقدان الرؤية (11،21،30،42). • قد يعاني المرضى من أعراض غير محددة تظهر على العين مثل التهاب الملتحمة. • خدمات رعاية صحة العيون مع تقييم يجريه طبيب العيون (42). • المضادات الحيوية/مضادات الفيروسات لعلاج العين إذا وُصِفَتْ لعلاج العدوى المصاحبة. • مكملات فيتامين أ، وخاصةً للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية (45). • عناية جيدة بالعين تشمل تزيق العين ومضادات الفيروسات لعلاج العين إذا وُصِفَتْ لعلاج العدوى المصاحبة. • تجنُّب مراهم الستيرويد (قد تطيل وجود جذري القرعة في أنسجة العين) (21،95). • يمكن أن توضع في الاعتبار قطرات العين Trifluridine (التي تُستخدم أحياناً لفيروسات جدريه أخرى أو لعدوى العين بفيروس الحلأ) لتسريع زوال الأعراض ومنع حدوث أضرار طويلة الأجل للتندُّب، حيثما كان ذلك متاحاً (21،30،95،96).
الالتهاب الرئوي	<ul style="list-style-type: none"> • يعالج وفقاً لمجموعة أدوات منظمة الصحة العالمية للرعاية السريرية لالتهابات الجهاز التنفسي الحادة الوخيمة (https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit) (6) • انظر كتاب المضادات الحيوية ضمن قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (antibiotic-awareness) (6) للحصول على إرشادات بشأن الاختيار الصحيح والاستخدام المناسب لمضادات الميكروبات (56).
متلازمة الضائقة التنفسية الحادة	<ul style="list-style-type: none"> • الأوكسجين، التهوية غير الباضعة، التهوية الميكانيكية. • تُعالج وفقاً لمجموعة أدوات منظمة الصحة العالمية للرعاية السريرية لالتهابات الجهاز التنفسي الحادة الوخيمة (https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit) (6)
الجفاف الشديد	<ul style="list-style-type: none"> • يمكن مشاهدة الجفاف الشديد وصدمة نقص حجم الدم في المرضى المصابين بجذري القرعة، وذلك بسبب فقدان الحجم داخل الأوعية الدموية نتيجة الطفح الجلدي الواسع النطاق و/أو الفواقِد المَدِيَّة المَعْوِيَّة الناجمة عن الإسهال والقيء، إلى جانب سوء المدخول الفموي. • علاج الجفاف الشديد هو الإنعاش باستخدام سائل وريدي أو داخل العظم، يعطى كحقنة واحدة أو عدة حُقَن مع مراقبة استجابة السوائل عن كثب. ويشير تعبير مدخول السوائل الوريدية الكافي إلى الحجم الذي من شأنه أن يصحح علامات نقص حجم الدم. انظر كِتَاب رِعايَة الأَطْفَال في المِستشفى (https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-154837-3) (6) (21،45).
الإنتان والصدمة الإنتانية	<ul style="list-style-type: none"> • يختلف الإنتان والصدمة الإنتانية نتيجة استجابة مناعية للعدوى عن الجفاف الشديد. وتتطلب معالجة الإنتان تحديد العدوى مبكراً ومعالجتها وتوفير الرعاية الداعمة، بما في ذلك الإنعاش بالسوائل للحفاظ على تروية الأعضاء من أجل تقليل ومنع المزيد من إصابات الأعضاء؛ وقد يتطلب أيضاً روافع للضغط بالإضافة إلى السيطرة على العدوى (21). • انظر مجموعة أدوات منظمة الصحة العالمية للرعاية السريرية لالتهابات الجهاز التنفسي الحادة الوخيمة (https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit) (6) • للحصول على مزيد من المعلومات حول الإنتان (33). • انظر كتاب المضادات الحيوية ضمن قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (antibiotic-awareness) (6) للحصول على إرشادات بشأن الاختيار الصحيح والاستخدام المناسب لمضادات الميكروبات (56).

العلاج	المضاعفات
<ul style="list-style-type: none"> • يوضع في الاعتبار البزل القطني بغرض تقييم السائل النخاعي من أجل إجراء دراسة تقييمية للحالات الأخرى القابلة للعلاج. • مراقبة وتقييم مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية والإعاقة، وإعطاء علاجات للحالات الطارئة. • مراقبة الحالة العصبية (AVPU). • السيطرة على النوبات بمضادات الصرع (42). • المضادات الحيوية/مضادات الفيروسات إذا وُصِفَت لعلاج حالات العدوى المصاحبة. • انظر كتاب المضادات الحيوية ضمن قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (antibiotic-awareness) (4) للحصول على إرشادات بشأن الاختيار الصحيح والاستخدام المناسب لمضادات الميكروبات (56). 	<p>التهاب الدماغ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تقييم الحالة الغذائية لجميع المرضى. وإذا كان المدخول الغذائي محدوداً بسبب الضعف، يجب المساعدة في إطعام المريض من قِبَل مَقَدِّم الرعاية الصحية؛ وفي حالة عدم قدرة المريض على تحمُّل التغذية عن طريق الفم، توضع في الاعتبار التغذية المعوية. ويمكن النظر في وضع أنبوب أنفي مَعْدِي بواسطة أحد مَقَدِّمِي الرعاية المتمرسين جنباً إلى جنب مع التغذية الأنفية المَعْدِيَّة. ويراعى التأكد دائماً من وضع الأنبوب الأنفي المَعْدِي بشكل صحيح قبل إعطاء الأغذية لتجنُّب خطر السَفَط. • يولى الانتباه بشكل خاص لإعادة تغذية المرضى المعرضين للخطر (توعك حاد، انخفاض مؤشر كتلة الجسم، انخفاض مدخول الطعام لأكثر من 5 أيام، تاريخ مرضي لتعاطي الكحول أو تناول الأدوية التالية: الأنسولين، أو العلاج الكيميائي، أو مضادات الحموضة أو مدرات البول)، ويبدأ في التغذية المعوية ببطء مع المراقبة عن كثب. • المرضى الذين يعانون من انخفاض مستويات الوعي معرضون لخطر السَفَط ويجب ألا يُجَبَّرُوا على تناول الطعام. وفي حالة وجود سوء تغذية وخيم، يرجى الرجوع إلى المبادئ التوجيهية المنشورة من قِبَل منظمة الصحة العالمية (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95584/9789241506328_eng.pdf?sequence=1) (47،45،42). 	<p>الاعتبارات التغذوية</p>

10- رعاية مرضى جدري القرّة بعد عدوى حادة (توصية واحدة)

توصي المنظمة بأن يتاح للمرضى المشتبه أو المؤكد أنهم مصابون بجدري القرّة الحصول على رعاية المتابعة. ويُنصَح جميع المرضى المصابين بجدري القرّة (ومقدّمي الرعاية لهم) بمراقبة أيّ أعراض مستمرة أو مستجدة أو متغيرة. وإذا حدث ذلك، يجب عليهم التماس الرعاية الطبية وفقاً لمسارات الرعاية الوطنية (المحلية).

ملاحظات:

- ينبغي إنشاء مسارات للرعاية المنسقة على الصعيد الوطني (المحلي)، ويمكن أن تشمل مقدمي الرعاية الأولية (مثل الممارسين العامين)، والأخصائيين ذوي الصلة (مثلاً في مجال الصحة الجنسية والأمراض المعدية، وأطباء الأمراض الجلدية، والجراحين، وأخصائيي العناية بالجروح)، ومقدمي خدمات الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية، وأخصائيي التغذية، وخدمات الرعاية الاجتماعية للمرضى وذويهم.
- يتعين أن تكون المعالجة مصمّمة وفقاً لاحتياجات المريض وأن تكون منسّقة. وقد تنطوي تدخّلات المعالجة على التثقيف، وإسداء المشورة بشأن استراتيجيات المعالجة الذاتية، ودعم وتثقيف القائمين على الرعاية، وتشكيل مجموعات للتواصل بين النظراء، ومعالجة الإجهاد، وتخفيف وصمة العار والتطبيب المنزلي، و/أو إدارة الاختصاصات.

11- العناية بالمرضى المتوفين (توصية واحدة)

توصي المنظمة بأن يتم التعامل مع الرفات البشرية للأفراد المتوفين بجدي القِرة باستخدام تدابير مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها.

ملاحظات:

- ينبغي أن يبقى التعامل مع المتوفى عند الحد الأدنى.
- الالتزام بنظافة اليدين وارتداء معدات الحماية الشخصية وفقاً للاحتياطات المرتبطة بالمخالطة والقُطيرات (قفازات، ورداء طبي، وقناع للتنفس [على سبيل المثال N95, FFP2] وواقٍ للعينين)، إذ قد يظل الفيروس مُعدياً لدى المرضى الذين يعانون من طفح جلدي لم يلتئم.
- ضمان احتواء أيّ سوائل تتسرّب من الجسم.
- يتعيّن لفّ الجثمان بقطعة قماش أو كفن ونقله إلى المشرحة في أقرب وقت ممكن.
- يجب الحرص على احترام وصون كرامة المتوفين وأسرهم وتعاليدهم الثقافية وطقوسهم الدينية. وللأسرة والأصدقاء الحق في إلقاء نظرة على الجثمان بعد تجهيزه للدفن، وفقاً للعادات والتقاليد المحلية. وينبغي ألا يلمسوا الجسم أو يقبلوه، ويتعيّن عليهم تنظيف أيديهم بالصابون والماء أو مطهرٍ كحولي لليدين بعد توديع المتوفى (97،98).

12- معالجة العاملين الصحيين المعرضين للعدوى (توصية واحدة)

توصي المنظمة بوضع خطة لتقييم ومعالجة الموظفين المعرضين مهنيًا للإصابة بجذري القرّة.

ملاحظات:

- ينبغي أن تكون هذه الخطط متفقة مع السياسات الموضوعية على المستوى الوطني أو دون الوطني. ويصف مصطلح «وطني» كياناً حكومياً على المستوى الوطني، أما مصطلح «دون وطني» فيصف أي كيان حكومي دون المستوى الوطني (بغض النظر عن التصميم السياسي والمالي والإداري للبلد) يكون ضالماً في إدارة العاملين الصحيين في سياق جذري القرّة.
- يتعين على العاملين الصحيين إخطار السلطات المعنية بمكافحة العدوى والصحة المهنية والصحة العامة بحالات التعرض المحتملة حتى يتم إخضاعهم لتقييم طبي وتزويدهم بتعليمات بشأن المتابعة.
- لا حاجة لإعفاء العاملين الصحيين الذين تعرضوا للعدوى في إطار مهني (لعدم ارتداء معدات الحماية الشخصية المناسبة مثلاً) من العمل إذا لم تظهر عليهم أعراض، لكن يجب إخضاعهم لترصد نشط للأعراض لمدة 21 يوماً بعد التعرض؛ مع توجيههم إلى عدم العمل مع المرضى المعرضين للخطر.
- يجب أن يخضع العاملون الصحيون الذين تعرضوا لشخص تأكدت إصابته بجذري القرّة لتقييم طبي، مع وضع التدخلات الممكنة (التطعيم أو معدات الحماية الشخصية) في الاعتبار ضمن بروتوكول لجمع بيانات استشرافية أو تجربة سريرية.

13- تجميع حصيلة البيانات الموحدة والمنصة السريرية لمنظمة الصحة العالمية

مع استمرار امتداد مجموعة حالات جدري القردة في البلدان عبر أقاليم المنظمة، من الأهمية بمكان أن نفهم السمات السريرية والعوامل المنبئة والعواقب المترتبة على المرضى حتى نتمكن من إثراء مبادئنا التوجيهية للتدبير العلاجي السريري بالمعلومات على نحو أفضل والاسترشاد بها في مجال الصحة العامة. وتجمع المنصة السريرية العالمية لمنظمة الصحة العالمية (<https://www.who.int/tools/global-clinical-platform/monkeypox>) بيانات سريرية مجهولة المصدر على مستوى المرضى، تُستخدم لفهم مختلف مسببات الأمراض الناشئة مثل مرض فيروس الإيبولا وكوفيد-19. وقد قمنا، في إطار عملنا لفهم المزيد عن الحالات الراهنة، بإعداد استمارة لتقارير الحالات وندعو الدول الأعضاء إلى المساهمة بالبيانات في هذه المنصة.

وتتمثل أهداف المنصة فيما يلي:

- وصف الخصائص السريرية لجدري القردة.
- تقييم التباينات في الخصائص السريرية لجدري القردة.
- تحديد ارتباط الخصائص السريرية لجدري القردة بالأعراض.
- وصف الاتجاهات الزمنية في الخصائص السريرية لجدري القردة.

14- أوجه عدم اليقين والمجالات المطلوب بحثها

○ انتقال المرض:

- فهم ما إذا كانت هناك مرحلة سابقة على الأعراض أو عديمة الأعراض من المرض.
- فهم طرق انتقال العدوى من إنسان إلى آخر لتشمل دراسات عن كيفية ارتباط الديناميات والمسارات الفيروسية بالاستنابات الفيروسي في مختلف سوائل الجسم، وتأثير ذلك على سريان المرض، والفترات المُعدية، والتقسيم إلى مجموعات فرعية حسب مظاهر المرض وشدة الاعتلال.
- احتمال حدوث عدوى مرضية عكسية حيوانية المصدر ومظاهر تداعيات مرتدة.
- التاريخ الطبيعي للمرض: مدى وخامة المرض وعوامل خطر الإصابة بمرض شديد في مختلف المجموعات الفرعية (حديثو الولادة، والأطفال والشباب، ومكبوو المناعة، والحوامل وكبار السن).
- العدوى المصاحبة: فيروسات أخرى (الفيروسُ النُطَاقِيُّ الحُمَاقِيُّ، فيروس العوز المناعي البشري)، الأمراض المنقولة جنسياً (مثل فيروس الحلاّ البسيط، الزهري، القُرْبَح، الورم الحُبَيْبِيُّ اللَّمْفِيُّ المُنْقُولُ جِنْسِيًّا) وغيرها، العدوى الطفيلية (المالاريا، حمى الضنك، داء الفيالريات) وما إلى ذلك. فهم ما إذا كانت العدوى المصاحبة تؤثر على انتقال العدوى، مدى وخامة المرض.
- أفضل رعاية للأعراض بغرض العناية بالبشرة، معالجة الطفح الجلدي، التغذية.
- أفضل حزمة رعاية محسنة للمضاعفات مثل مضاعفات العين، عدوى الجهاز العصبي المركزي.
- العواقب الطويلة الأجل للمرضى المتعافين، بما في ذلك الأمهات والأطفال الرضع، مكبوو المناعة. هل توجد متلازمة ما بعد الفيروس؟
- فاعلية ومأمونية العلاجات، بما في ذلك للحوامل والمرضعات والأطفال.
- فئات مخاطر تعرّض العاملين الصحيين والعلاج الوقائي بعد التعرّض للفيروس.
- فهم طواعية فيروس جدري القردة للمطهرات وخصائصها المبيدة للفيروسات (أي المكونات الفعالة والتركيزات، المدة الزمنية للملاسة).
- استقرار الفيروس في البيئة المحيطة وعلى الأسطح.
- أخذ عينات من مياه الصرف الصحي والتنبؤ باتجاهات الاستجابة للفاشية.
- فهم التهوية المثلى للحدّ من انتقال المرض.
- مدة الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى لمواصلة عزل المرضى (متى يمكن رفع الاحتياطات المرتبطة بنمط انتقال العدوى).
- آثار الرعاية المنزلية (ما يمكن تعلّمه، نماذج الرعاية، وما إلى ذلك).
- توصيف التطوّر الفيروسي.

التعاريف

إجراءات مؤلدة للهباء الجوي: إجراءات طبية أُفيد بأنها تُؤلّد هباءً جويًا وترتبط باستمرار بزيادة خطر انتقال مُسببات الأمراض. وتشتمل القائمة الحالية للإجراءات التي تعترف بها منظمة الصحة العالمية باعتبارها مؤلدة للهباء الجوي على البزل أو الشفط المفتوح لعينات الجهاز التنفسي، وتنظير القصبات، والتنبيب، والإنعاش القلبي الرئوي (99، 100).

غرفة (احتياطية) لعزل حالات العدوى المنقولة بالهواء: غرفة ذات معدل تهوية مرتفع واتجاه متحكّم فيه لتدفق الهواء يمكن استخدامها لاحتواء حالات العدوى المنقولة بالهواء والتهابات الجهاز التنفسي الحادة التي يسببها عامل مستجدّ يمكن أن يشكّل خطراً على الصحة العامة. ويمكن تهوية هذه الغرف بشكل طبيعي أو ميكانيكي (99):

○ غرفة ذات تهوية طبيعية لعزل حالات العدوى المنقولة بالهواء: ينبغي أن يوجّه تدفق الهواء إلى المناطق الخالية من المرور العابر، أو أن يسمح بالتخفيف السريع للهواء الملوث إلى المناطق المحيطة والهواء الطلق؛ ويتعيّن أن يكون متوسط معدل التهوية 160 لتر/ثانية لكل مريض.

○ غرفة احتياطية ذات تهوية ميكانيكية لعزل حالات العدوى المنقولة بالهواء: يتم إيجاد ضغط سلبي للتحكّم في اتجاه تدفق الهواء؛ وينبغي أن يكون معدل التهوية 12 تغييراً هوائياً على الأقلّ في الساعة.

وتُعادل هذه الغرفة «غرفة عزل حالات العدوى المنقولة بالهواء» وفقاً لوصف مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها.

الانتقال عن طريق الهواء: انتشار عامل مُعدّ ناتج عن انتشار نُويّات القطيرات التي تظلّ مُعدية عندما تعلق في الهواء لمسافات وفترات زمنية طويلة. ويمكن المضي قدماً في تصنيف الانتقال عن طريق الهواء إلى انتقال إلزامي أو تفضيلي أو انتهازي عن طريق الهواء (99):

○ الانتقال الإلزامي عن طريق الهواء: مُسببات للأمراض تنتقل فقط عن طريق ترسّب نُويّات القطيرات في ظل الظروف الطبيعية (مثل السّل الرئوي).

○ الانتقال التفضيلي عن طريق الهواء: مُسببات للأمراض يمكن أن تبدأ العدوى بطرق متعددة، لكنّها تنتقل في الغالب عن طريق نُويّات القطيرات (مثل الحصبة والجدي).

○ الانتقال الانتهازي عن طريق الهواء: عوامل تُسبب المرض بشكل طبيعي من خلال طرق أخرى، لكنّها قد تنتقل في ظلّ ظروف خاصة عبر هباء جوي دقيق الجسيمات (101).

أخذ التعريف من الوثيقة المعنونة أثناء ومكافحة عدوى التهابات الجهاز التنفسي الحادة القابلة للتحوّل إلى أوبئة وجوائح في نطاق الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2014). وستستضيف المنظمة مشاورات عالمية في عام 2022 لمواصلة استعراض هذا التعريف.

الانتقال بالمخالطة: انتشار عامل مُعدّ ناتج عن التلامس الجسدي لعائل حَسّاس مع أشخاص أو أشياء. وينطوي الانتقال بالمخالطة المباشرة على تلامس مباشر بين الأجسام والأسطح وعلى نقل مادي لكائنات حيّة دقيقة بين شخص مصاب أو مُستوطن وعائل قابل للتسبب في عدوى. أما الانتقال بالمخالطة غير المباشرة فينطوي على تلامس بين عائل قابل للتسبب في عدوى وشئ وسيط ملوَّث (مثل الأيدي الملوّثة) يحمل الكائنات الحيّة الدقيقة وينقلها (99).

الانتقال بالقطيرات: انتشار عامل مُعدّ ناتج عن انتشار قطيرات. وتتولّد القطيرات في المقام الأول من شخص مصاب (مصدر) أثناء السعال والعطس والتحدّث. ويحدث الانتقال عندما تندفع هذه القطيرات التي تحتوي على كائنات حيّة دقيقة (أقلّ من 1 م عادةً) عبر الهواء وترسّب على الملتحمة أو الفم أو الأنف أو الحلق أو الغشاء المخاطي البلعومي لشخص آخر. ويتكوّن معظم الحجم (أكثر من 99%) من قطيرات كبيرة ترحل لمسافات قصيرة (أقلّ من 1 م) ولا تبقى معلقة في الهواء. وبالتالي، لا يلزم تعامل خاص مع الهواء والتهوية لمنع الانتقال بالقطيرات (99).

العامل الصحي: الأشخاص الضالعون بالدرجة الأولى في إجراءات تهدف أساساً إلى تعزيز الصحة. ويشمل ذلك مقدّمي الخدمات الصحية، كالأطباء والأخصائيين في مجال التمريض والقبالة، والأخصائيين في مجال الصحة العامة، والتقنيين (المختصين بالمختبرات والمجالات الصحية والطبية وغير الطبية)، والعاملين في مجال الرعاية الشخصية، والمعالجين وممارسي الطب التقليدي. كما يشمل ذلك أيضاً العاملين في مجال الإدارة الصحية والدعم الصحي، مثل عملي النظافة، والسائقين، ومسؤولي إدارة المستشفيات، والإداريين الصحيين على مستوى المناطق، والأخصائيين الاجتماعيين، وغيرهم من الفئات المهنية العاملة في أنشطة ذات صلة بالصحة. وتشمل هذه الفئة أولئك الذين يعملون في مرافق الرعاية الحرجة والرعاية الطويلة الأجل والصحة العامة والرعاية المجتمعية وسائر المهن الأخرى في قطاعي الرعاية الصحية والاجتماعية (102).

قناع التنفس: يُعرف أيضاً باسم قناع التنفس الخاص بالوجه والمجهّز بخاصية الترشيح. نوع من معدات الحماية الشخصية يستخدم مرشحاً كجزء لا يتجزأ من الجزء الخاص بالوجه، أو يتكون فيه جزء الوجه بأكمله من وسيط الترشيح ووسيلة للإحكام على الوجه. وتوفر أقنعة التنفس توازناً بين الترشيح والقدرة على التنفس والملاءمة للغرض. وفي حين أنّ الكمادات الطبية تقوم بترشيح قطرات بحجم 3 ميكرومتر، يجب أن تسمح أقنعة "N95" و "FFP2" المصنّفة كأقنعة تنفس خاصة بالوجه ومجهّزة بخاصية الترشيح بترشيح جزيئات أو جسيمات أكثر تحدياً بحجم 0.075 ميكرومتر، وأن تقوم بذلك عبر كامل سطح قناع التنفس نتيجةً للتصميم الملائم للغرض. وتقوم أقنعة التنفس الأوروبية "FFP2" الخاصة بالوجه والمجهّزة بخاصية الترشيح، وفقاً للمعيار EN 149، بترشيح ما لا يقل عن 94% من جسيمات ملح كلوريد الصوديوم وقطرات زيت البارافين (100).

1. Jezek Z, Grab B, Szczeniowski MV, Paluku KM, Mutombo M. Human monkeypox: secondary attack rates. *Bull World Health Organ.* 1988;66(4):465–70 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2844429>, accessed 9 June 2022).
2. Brown K, Leggat PA. Human monkeypox: current state of knowledge and implications for the future. *Trop Med Infect Dis.* 2016;1(1) (<http://dx.doi.org/10.3390/tropicalmed1010008>, accessed 9 June 2022).
3. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>, accessed 9 June 2022).
4. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, accessed 9 June 2022).
5. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al. The changing epidemiology of human monkeypox – a potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16(2):e0010141 (<https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0010141&type=printable>, accessed 9 June 2022).
6. Li Y, Zhao H, Wilkins K, Hughes C, Damon IK. Real-time PCR assays for the specific detection of monkeypox virus West African and Congo Basin strain DNA. *J Virol Methods.* 2010;169(1):223–7 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jviromet.2010.07.012>, accessed 9 June 2022).
7. Beer EM, Rao VB. A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy. *PLoS Negl Trop Dis.* 2019;13(10):e0007791 (<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0007791>, accessed 9 June 2022).
8. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, Ogoina D, McCollum A, Disu Y, et al. Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017–18: a clinical and epidemiological report. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(8):872–9 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309919302944>, accessed 9 June 2022).
9. Pittman PR, Martin JW, Placide M, Muyembe JJT, Wan Q, Reynolds M, et al. Clinical characterization of human monkeypox infections in the Democratic Republic of the Congo. *medRxiv.* 2022 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.26.22273379v1>, accessed 9 June 2022).
10. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al. Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33(4):1027–43 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2019.03.001>, accessed 9 June 2022).
11. McCollum AM, Damon IK. Human monkeypox. *Clin Infect Dis.* 2014;58(2):260–7 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/cit703>, accessed 9 June 2022).
12. Damon IK. Smallpox, monkeypox, and other poxvirus infections. *Goldman's Cecil Medicine.* 2012;2:2117–21 (<http://dx.doi.org/10.1016/b978-1-4377-1604-7.00380-8>, accessed 9 June 2022).
13. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, Oladokun R, Yinka-Ogunleye A, Wakama P, et al. Clinical course and outcome of human monkeypox in Nigeria. *Clin Infect Dis.* 2020;71(8):e210–4 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa143>, accessed 9 June 2022).

14. Damon IK. Status of human monkeypox: clinical disease, epidemiology and research. *Vaccine*. 2011;29 Suppl 4:D54-9 (https://www.researchgate.net/publication/258043776_Human_Monkeypox, accessed 9 June 2022).
15. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis*. 2022 ([http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00228-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00228-6), accessed 9 June 2022).
16. Weinstein RA, Nalca A, Rimoin AW, Bavari S, Whitehouse CA. Reemergence of monkeypox: prevalence, diagnostics, and countermeasures. *Clin Infect Dis*. 2005;41(12):1765–71 (<http://dx.doi.org/10.1086/498155>, accessed 9 June 2022).
17. UK Health Security Agency. Monkeypox cases confirmed in England – latest updates. Gov.uk. 2022 (<https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates>, accessed 9 June 2022).
18. Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, Graham MB, Sejvar J, Likos A, et al. Clinical characteristics of human monkeypox, and risk factors for severe disease. *Clin Infect Dis*. 2005;41(12):1742–51 (<https://doi.org/10.1086/498115>, accessed 9 June 2022).
19. Hughes CM, Liu L, Davidson WB, Radford KW, Wilkins K, Monroe B, et al. A tale of two viruses: coinfections of monkeypox and varicella zoster virus in the Democratic Republic of Congo. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;104(2):604–11 (<http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.20-0589>, accessed 9 June 2022).
20. Hoff NA, Morier DS, Kisalu NK, Johnston SC, Doshi RH, Hensley LE, et al. Varicella coinfection in patients with active monkeypox in the Democratic Republic of the Congo. *EcoHealth*. 2017;14(3):564–74 (<http://dx.doi.org/10.1007/s10393-017-1266-5>, accessed 9 June 2022).
21. Reynolds M, McCollum A, Nguete B, Lushima RS, Petersen B. Improving the care and treatment of monkeypox patients in low-resource settings: applying evidence from contemporary biomedical and smallpox biodefense research. *Viruses*. 2017;9(12):380 (<http://dx.doi.org/10.3390/v9120380>, accessed 9 June 2022).
22. Johnson RF, Dyal J, Ragland DR, Huzella L, Byrum R, Jett C, et al. Comparative analysis of monkeypox virus infection of cynomolgus macaques by the intravenous or intrabronchial inoculation route. *J Virol*. 2011;85(5):2112–25 (<http://dx.doi.org/10.1128/JVI.01931-10>, accessed 9 June 2022).
23. Reynolds MG, Yorita KL, Kuehnert MJ, Davidson WB, Huhn GD, Holman RC, et al. Clinical manifestations of human monkeypox influenced by route of infection. *J Infect Dis*. 2006;194(6):773–80 (<http://dx.doi.org/10.1086/505880>, accessed 9 June 2022).
24. Vaughan A, Aarons E, Astbury J, Brooks T, Chand M, Flegg P, et al. Human-to-human transmission of monkeypox virus, United Kingdom, October 2018. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(4):782–5 (<http://dx.doi.org/10.3201/eid2604.191164>, accessed 9 June 2022).
25. Rheinbaben F v., Gebel J, Exner M, Schmidt A. Environmental resistance, disinfection, and sterilization of poxviruses. In: Mercer AA, Schmidt A, Weber O, editors. *Poxviruses*. Basel: Birkhäuser Basel; 2007:397–405 (https://doi.org/10.1007/978-3-7643-7557-7_19, accessed 9 June 2022).
26. Wood JP, Choi YW, Wendling MQ, Rogers JV, Chappie DJ. Environmental persistence of vaccinia virus on materials. *Lett Appl Microbiol*. 2013;57(5):399–404 (<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/lam.12126>, accessed 9 June 2022).
27. Hobson G, Adamson J, Adler H, Firth R, Gould S, Houlihan C, et al. Family cluster of three cases of monkeypox imported from Nigeria to the United Kingdom, May 2021. *Euro Surveill*. 2021;26(32) (<http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.32.2100745>, accessed 9 June 2022).

28. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka SM, Mulembakani P, Rimoin AW, et al. Maternal and fetal outcomes among pregnant women with human monkeypox infection in the Democratic Republic of Congo. *J Infect Dis.* 2017;216(7):824–8 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix260>, accessed 9 June 2022).
29. Jamieson DJ, Jernigan DB, Ellis JE, Treadwell TA. Emerging infections and pregnancy: West Nile virus, monkeypox, severe acute respiratory syndrome, and bioterrorism. *Clin Perinatol.* 2005;32(3):765–76 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2005.04.008>, accessed 9 June 2022).
30. Hughes C, McCollum A, Pukuta E, Karhemere S, Nguete B, Shongo Lushima R, et al. Ocular complications associated with acute monkeypox virus infection, DRC. *Int J Infect Dis.* 2014;21:276–7 (<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.994>, accessed 9 June 2022).
31. Adams J, Bartram J, Chantier Y. Essential environmental health standards for health care. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43767>, accessed 7 June 2022).
32. Strengthening infection prevention and control in primary care: a collection of existing standards, measurement and implementation resources. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345276>, accessed 9 June 2022).
33. Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit: COVID-19 adaptation. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352851>, accessed 9 June 2022).
34. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>, accessed 9 June 2022).
35. WHO Guidelines for malaria. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352687>, accessed 9 June 2022).
36. Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333782>, accessed 9 June 2022).
37. Blackford S, Roberts DL, Thomas PD. Cowpox infection causing a generalized eruption in a patient with atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 1993;129(5):628–9 (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1993.tb00500.x>, accessed 9 June 2022).
38. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-WASH-2020.4>, accessed 9 June 2022).
39. Gerba CP, Kennedy D. Enteric virus survival during household laundering and impact of disinfection with sodium hypochlorite. *Appl Environ Microbiol.* 2007;73(14):4425–8 (<http://dx.doi.org/10.1128/AEM.00688-07>, accessed 9 June 2022).
40. Eterpi M, McDonnell G, Thomas V. Disinfection efficacy against parvoviruses compared with reference viruses. *J Hosp Infect.* 2009;73(1):64–70 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2009.05.016>, accessed 9 June 2022).
41. Rutala WA, Weber DJ. Uses of inorganic hypochlorite (bleach) in health-care facilities. *Clin Microbiol Rev.* 1997;10(4):597–610 (<http://dx.doi.org/10.1128/CMR.10.4.597>, accessed 9 June 2022).
42. National monkeypox public health response guidelines. Nigeria Centre for Disease Control; 2019 (https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/96_1577798337.pdf, accessed 9 June 2022).
43. France K, Villa A. Acute oral lesions. *Dermatol Clin.* 2020;38(4):441–50 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2020.05.005>, accessed 9 June 2022).

44. Malnutrition universal screening tool (MUST). In: Flynn M, Mercer D, editors. Oxford handbook of adult nursing. Oxford: Oxford University Press; 2018 (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf, accessed 9 June 2022).
45. Pocket book of hospital care for children (second edition). Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/81170>, accessed 9 June 2022).
46. IMAI district clinician manual. Hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77751>, accessed 9 June 2022).
47. Guideline: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95584/9789241506328_eng.pdf?sequence=1, accessed 9 June 2022).
48. Zinder R, Cooley R, Vlad LG, Molnar JA. Vitamin A and wound healing. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(6):839–49 (<http://dx.doi.org/10.1002/ncp.10420>, accessed 9 June 2022).
49. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>, accessed 9 June 2022).
50. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>, accessed 9 June 2022).
51. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>, accessed 9 June 2022).
52. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5(6):229–41 (<https://doi.org/10.1177/2042098614554919>, accessed 9 June 2022).
53. The 2019 WHO AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327957>, accessed 9 June 2022).
54. Duncan H, Hutchison J, Parshuram CS. The Pediatric Early Warning System score: a severity of illness score to predict urgent medical need in hospitalized children. *J Crit Care*. 2006;21(3):271–8 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.06.007>, accessed 9 June 2022).
55. Chapter 10: Medical and minor surgical procedures. In: Clinical guidelines: diagnosis and treatment manual. Médecins Sans Frontières; 2021 (<https://medicalguidelines.msf.org/viewport/CG/english/cutaneous-abscess-18482406.html>, accessed 9 June 2022).
56. The WHO Essential Medicines List antibiotic book: improving antibiotic AWaReness. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/the-who-essential-medicines-list-antibiotic-book-improving-antibiotic-awareness>, accessed 9 June 2022).
57. Optimized supportive care for Ebola virus disease. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325000>, accessed 9 June 2022).
58. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44615>, accessed 9 June 2022).
59. IASC guidance on basic psychosocial skills – a guide for COVID-19 responders. Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders>, accessed 9 June 2022).

60. Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>, accessed 9 June 2022).
61. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331901>, accessed 9 June 2022).
62. mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/162960>, accessed 9 June 2022).
63. mhGAP intervention guide - version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>, accessed 9 June 2022).
64. mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259161/WHO-MSD-MER-17.6-eng.pdf>, accessed 9 June 2022).
65. Tecovirimat SIGA. European Medicines Agency; 2021 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirimat-siga>, accessed 9 June 2022).
66. FDA approves the first drug with an indication for treatment of smallpox. Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-indication-treatment-smallpox>, accessed 9 June 2022).
67. SIGA announces health Canada regulatory approval of oral TPOXX®. SIGA Technologies Inc.; 2021 (<https://www.globenewswire.com/news-release/2021/12/01/2344305/9738/en/SIGA-Announces-Health-Canada-Regulatory-Approval-of-Oral-TPOXX.html>, accessed 9 June 2022).
68. Mucker EM, Goff AJ, Shamblyn JD, Grosenbach DW, Damon IK, Mehal JM, et al. Efficacy of tecovirimat (ST-246) in nonhuman primates infected with variola virus (smallpox). *Antimicrob Agents Chemother*. 2013;57(12):6246–53 (<http://dx.doi.org/10.1128/AAC.00977-13>, accessed 9 June 2022).
69. Grosenbach DW, Honeychurch K, Rose EA, Chinsangaram J, Frimm A, Maiti B, et al. Oral tecovirimat for the treatment of smallpox. *N Engl J Med*. 2018;379(1):44–53 (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1705688>, accessed 9 June 2022).
70. EMA. Tecovirimat-SIGA assessment report (https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/tecovirimat-siga-epar-public-assessment-report_en.pdf); Summary of product characteristics (https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-information_en.pdf, accessed 9 June 2022); European Medicines Agency; 2022.
71. SIGA receives approval from the FDA for intravenous (IV) formulation of TPOXX® (tecovirimat). SIGA; 2022 (<https://investor.siga.com/news-releases/news-release-details/siga-receives-approval-fda-intravenous-iv-formulation-tpoxrx>, accessed 9 June 2022).
72. Russo AT, Grosenbach DW, Chinsangaram J, Honeychurch KM, Long PG, Lovejoy C, et al. An overview of tecovirimat for smallpox treatment and expanded anti-orthopoxvirus applications. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2021;19(3):331–44 (<http://dx.doi.org/10.1080/14787210.2020.1819791>, accessed 9 June 2022).
73. Tembexa (brincidofovir). Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration; 2021 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/applletter/2021/214460Orig1s000,214461Orig1s000ltr.pdf, accessed 9 June 2022).

74. Jezek Z, Marennikova SS, Mutumbo M, Nakano JH, Paluku KM, Szczeniowski M. Human monkeypox: a study of 2,510 contacts of 214 patients. *J Infect Dis.* 1986;154(4):551–5 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/154.4.551>, accessed 9 June 2022).
75. Hutson CL, Kondas AV, Mauldin MR, Doty JB, Grossi IM, Morgan CN, et al. Pharmacokinetics and efficacy of a potential smallpox therapeutic, brincidofovir, in a lethal monkeypox virus animal model. *mSphere.* 2021;3;6(1) (<http://dx.doi.org/10.1128/mSphere.00927-20>, accessed 9 June 2022).
76. Fact sheet on cidofovir. Silver Spring: MD: U.S. Food and Drug Administration; 2000 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/1999/020638s003lbl.pdf, accessed 9 June 2022).
77. Lea AP, Bryson HM. Cidofovir. *Drugs.* 1996;52(2):225–30 (<http://dx.doi.org/10.2165/00003495-199652020-00006>, accessed 9 June 2022).
78. De Clercq E. Cidofovir in the treatment of poxvirus infections. *Antiviral Res.* 2002;55(1):1–13 ([http://dx.doi.org/10.1016/s0166-3542\(02\)00008-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0166-3542(02)00008-6), accessed 9 June 2022).
79. Mazurkov OY, Kabanov AS, Shishkina LN, Sergeev AA, Skarnovich MO, Bormotov NI, et al. New effective chemically synthesized anti-smallpox compound NIOCH-14. *J Gen Virol.* 2016;97(5):1229–39 (<http://dx.doi.org/10.1099/jgv.0.00042257>, accessed 9 June 2022).
80. Mazurkov OY, Shishkina LN, Bormotov NI, Skarnovich MO, Serova OA, Mazurkova NA, et al. Estimation of absolute bioavailability of the chemical substance of the anti-smallpox preparation NIOCH-14 in Mice. *Bull Exp Biol Med.* 2020;170(2):207–10 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33263846/>, accessed 9 June 2022).
81. Vaccinia Immune Globulin. Silver Spring: MD: U.S. Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-blood-products/vaccinia-immune-globulin-intravenous-human>, accessed 9 June 2022).
82. Wittek R. Vaccinia immune globulin: current policies, preparedness, and product safety and efficacy. *Int J Infect Dis.* 2006;10(3):193–201 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2005.12.001>, accessed 9 June 2022).
83. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>, accessed 9 June 2022).
84. Hall S, Poller B, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al. Use of ultraviolet-fluorescence-based simulation in evaluation of personal protective equipment worn for first assessment and care of a patient with suspected high-consequence infectious disease. *J Hosp Infect.* 2018;99(2):218–28 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.002>, accessed 9 June 2022).
85. Poller B, Hall S, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al. "VIOLET": a fluorescence-based simulation exercise for training healthcare workers in the use of personal protective equipment. *J Hosp Infect.* 2018;99(2):229–35 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.021>, accessed 9 June 2022).
86. Standard infection control precautions literature review: footwear. *Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infection Scotland*; 2021 (<https://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/media/1667/2021-08-05-sicp-lr-footwear-v3.pdf>, accessed 9 June 2022).
87. Environmental cleaning in resource-limited settings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (<https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>, accessed 9 June 2022).

88. Monkeypox multi-country outbreak. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2022 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf>, accessed 9 June 2022).
89. Standard precautions: waste management. OpenWHO; 2022 (<https://openwho.org/courses/IPC-WM-EN>, accessed 9 June 2022).
90. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>, accessed 9 June 2022).
91. Kisalu NK, Mokili JL. Toward understanding the outcomes of monkeypox infection in human pregnancy. *J Infect Dis.* 2017;216(7):795–7 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix342>, accessed 9 June 2022).
92. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>, accessed 9 June 2022).
93. WHO recommendations: induction of labour at or beyond term. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277233>, accessed 9 June 2022).
94. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Jezek Z, Ladnyi ID. Smallpox and its eradication. Geneva: World Health Organization; 1988 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39485>, accessed 9 June 2022).
95. Altmann S, Brandt CR, Murphy CJ, Patnaikuni R, Takla T, Toomey M, et al. Evaluation of therapeutic interventions for vaccinia virus keratitis. *J Infect Dis.* 2011;203(5):683–90 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiq103>, accessed 9 June 2022).
96. Semba RD. The ocular complications of smallpox and smallpox immunization. *Arch Ophthalmol.* 2003;121(5):715–9 (<https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415346>, accessed 9 June 2022).
97. Safe body handling and mourning ceremonies for COVID-19 affected communities: implementation guidance for national Red Cross and Red Crescent societies. Geneva: IFRC; 2019 (https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2020/07/COVID_MotD_IFRC-ICRC_July2020_web-1.pdf, accessed 9 June 2022).
98. Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334156>, accessed 9 June 2022).
99. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112656>, accessed 9 June 2022).
100. Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): a living guideline. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352339>, accessed 9 June 2022).
101. Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto W-H. Natural ventilation for infection control in health-care settings. Geneva: World Health Organization; 2009 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44167/9789241547857_eng.pdf, accessed 9 June 2022).
102. World health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>, accessed 9 June 2022).

الملحق 1- تعاريف منظمة الصحة العالمية لحالات تفشي جدري القردة في البلدان غير الموبوءة (حتى 21 أيار/مايو 2022) (انظر الموقع الشبكي للاطلاع على التعاريف الراهنة)

حالة مشتبه بها

شخص بأيّ عمر في بلد غير موبوء بجدري القردة أصيب بطفح جلدي حاد لا تفسير له

و

بوحدة أو أكثر من العلامات أو الأعراض التالية، منذ 15 آذار/مارس 2022:

- صداع
- بداية حادة للحمى (أعلى من 38.5 درجة مئوية)
- اعتلال العقد اللمفاوية (تورم الغدد اللمفاوية)
- ألم عضلي (آلام عضلية/أوجاع جسدية)
- ألم في الظهر
- وهن (ضعف عميق)

و

لا تفسر الأسباب الشائعة التالية للطفح الجلدي الحاد صورته السريرية: النطائقي الحُمَاقِي، الحَلأ النطاقي، الحصبية، الحَلأ البسيط، الالتهابات الجلدية البكتيرية، عدوى المكورات البنية المنتشرة، الزهري الأولي أو الثانوي، الفريخ، الورم الحُببِيّ اللَمْفِيّ المَنقُول جنسِيّاً، الورم الحُببِيّ الأُرْبِيّ، المُلبيساء المُعدِيّة، رد فعل تحسّسي (للنباتات مثلاً)؛ وأي أسباب شائعة أخرى ذات صلة محلياً بالطفح الجلدي الحطاطي أو الحويصلي.

ملاحظة: لا ضرورة للحصول على نتائج مختبرية سلبية لأسباب اعتلال الطفح الجلدي الشائعة المدرجة كي تصنف الحالة على أنها مشتبه بها.

حالة محتملة

شخص يفي بتعريف الحالات الخاص بحالة مشتبه بها

و

بمعيار واحد أو أكثر مما يلي:

- مرتبط ارتباطاً وراثياً (تعرّض وجهاً لوجه، بما في ذلك العاملون في مجال الرعاية الصحية بلا معدات مناسبة للحماية الشخصية؛ تلامس جسدي مباشر مع الجلد أو الأوقات الجلدية، بما في ذلك الاتصال الجنسي؛ أو ملامسة مواد ملوثة مثل الملابس، أو أغطية الفراش أو الأواني) بحالة يُحتمل أو تُأكد أنها مصابة بجدري القردة خلال الـ 21 يوماً السابقة لبدء الأعراض؛
- تاريخ سفر مُبلّغ عنه إلى بلد موبوء بجدري القردة¹ خلال الـ 21 يوماً السابقة لبدء الأعراض؛
- كان لديه شركاء جنسيون متعدّدون أو مجهولو الهوية خلال الـ 21 يوماً السابقة لبدء الأعراض؛
- أظهر فحصه المصلي نتيجة إيجابية للفيروس الجدرية، في غياب التطعيم ضد الجدرية أو تعرّض معروف آخر لفيروسات جدرية؛
- دخل المستشفى مصاباً بالمرض.

¹ البلدان الموبوءة بجدري القردة: جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية الكونغو الديمقراطية، سيراليون، غابون، الكاميرون، الكونغو، كوت ديفوار، ليبيريا، نيجيريا. وفي غانا، تمّ تحديد فيروس جدري القردة في الحيوانات فقط. وقد وثقت بنن وجنوب السودان حالات وافدة سابقاً. والبلدان التي تبلغ حالياً عن حالات إصابة بزمرة غرب أفريقيا هي الكاميرون ونيجيريا؛ ويُبلّغ عن إصابات بزمرة حوض الكونغو من جمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية والكاميرون. وعلى ضوء تعريف الحالات، ينبغي لجميع البلدان، باستثناء هذه البلدان الأربعة (جمهورية أفريقيا الوسطى، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، والكاميرون، ونيجيريا) أن تبلغ عن الحالات الجديدة لجدري القردة كجزء من الفاشية الحالية على مستوى بلدان متعددة. وإذا حددت بلدان وسط أفريقيا أي حالة إصابة بجدري القردة ناجمة عن زمرة غرب أفريقيا، يتعين أيضاً الإبلاغ عنها.

حالة مؤكّدة

حالة تستوفي تعريف حالة مشتبه بها أو محتملة

و

تأكّدت مختبرياً إصابتها بفيروس جذري القرّة عن طريق اكتشاف التسلسلات المتفرّدة للحمض النووي الفيروسي إما عن طريق تفاعل البوليمراز التسلسلي في الوقت الحقيقي و/أو تحديد المتواليات الجينية.

حالة مُستبعدة

حالة مشتبه بها أو محتملة يُظهِر فيها الفحص المختبري لسائل الأفة أو عيّنات الجلد أو القشور بواسطة تفاعل البوليمراز التسلسلي و/أو تحديد المتواليات الجينية نتيجة سلبية لفيروس جذري القرّة. وعلى سبيل المثال في المقابل، فإنّ الحالة المحتملة المكتشفة بأثر رجعي والتي لم يعد بالإمكان اختبار آفاتها بشكل ملائم (بعد سقوط القشور) ستظلّ مصنّفة كحالة محتملة.

الملحق 2- الأدوية ومقادير الجرعات لرعاية الحالات المصحوبة بأعراض

الحمى - باراسيتامول

- البالغون: 1 غرام عن طريق الفم/في الوريد كل 6-8 ساعات. الجرعة القصوى 4 غرامات كل 24 ساعة أو (غرامان إذا كان هناك تاريخ طبي لمرض كبدي مزمن).
- حديثو الولادة: جرعة عن طريق الفم 10-15 ملغ/كغم كل 6 ساعات. الجرعة القصوى 40 ملغ/كغم/يومياً؛ الجرعة الوريدية 7.5 ملغ/كغم كل 6 ساعات، الجرعة القصوى 30 ملغ/كغم/يومياً.
- جميع الأطفال الآخرين: 10-15 ملغ/كغم كل 6 ساعات، الجرعة القصوى 60 ملغ/كغم/يومياً.

السيطرة على الألم الخفيف - باراسيتامول

- البالغون: 1 غرام عن طريق الفم/في الوريد كل 6-8 ساعات. الجرعة القصوى 4 غرامات كل 24 ساعة أو (غرامان إذا كان هناك تاريخ طبي لمرض كبدي مزمن).
- الأطفال: عن طريق الفم أو في الوريد 10-15 ملغ/كغم/جرعة كل 4-6 ساعات حسب الحاجة، الجرعة القصوى المعتادة 60 ملغ/كغم/يومياً، لكن يمكن إعطاء 90 ملغ/كغم/يومياً لفترة قصيرة مع إشراف طبي.

السيطرة على الألم الشديد - ترامادول

- البالغون: 50-100 ملغ عن طريق الفم/في الوريد كل 4-6 ساعات حسب الضرورة، بحد أقصى يومياً 400 ملغ/يومياً.
- الأطفال أكبر من 6 أشهر: 1-2 ملغ/كغم كل 4-6 ساعات، بحد أقصى 400 ملغ/يومياً.

السيطرة على الألم الشديد - المورفين (تفضل جرعة عن طريق الفم إذا استطاع المريض تحملها؛ لا تُستخدم أقراص التسريب الفوري سوى للألم الحاد فقط)

- البالغون: الجرعة الفموية هي 10 ملغ كل 4 ساعات حسب الحاجة؛ الجرعة القصوى هي 40 ملغ/يومياً. الجرعة الوريدية هي 1-4 ملغ تحت الجلد/في الوريد كل 4 ساعات حسب الحاجة - يراقب ضغط الدم الانقباضي ومعدل التنفس قبل إعطاء المورفين (يوقف عند انخفاض ضغط الدم الانقباضي أو معدل التنفس).
- الأطفال: الجرعة الفموية هي 0.2-0.4 ملغم/كغم/جرعة كل 4 ساعات. تُعايز الجرعة بحسب الألم. الجرعة الوريدية هي 0.05-0.1 ملغم/كغم/جرعة كل 4-6 ساعات حسب الضرورة.

مضادات الهستامين

- البالغون: لوراتادين 10 ملغ عن طريق الفم مرة واحدة يومياً.
- الأطفال: (أكثر من 30 كغم): لوراتادين 10 ملغ عن طريق الفم مرة واحدة يومياً.

الغثيان والقيء

1- أوندانسيترون (يرتبط بإطالة الفاصل بين انقباض وانبساط القلب، وبالتالي من المهم ملاحظة الأدوية الأخرى التي قد تطيل أيضاً الفاصل بين انقباض وانبساط القلب مع المراقبة بانتظام باستخدام مخططات رسم القلب إذا كانت متوفرة).

- البالغون: 8 ملغ عن طريق الفم كل 12 ساعة أو 4 ملغ في الوريد كل 8 ساعات حسب الحاجة.
- الأطفال: 0.15 ملغ/كغم عن طريق الفم أو 0.15 ملغ/كغم في الوريد كل 12 ساعة، الجرعة القصوى 8 ملغ.

2- بروميثازين

- فقط للبالغين: 12.5-25 ملغ عن طريق الفم كل 4-6 ساعات حسب الحاجة (يمكن أن يطيل الفاصل بين انقباض وانبساط القلب).

عسر الهضم

- البالغ: أوميبرازول 40 ملغ عن طريق الفم/في الوريد كل 24 ساعة.
- الطفل: أوميبرازول: 5-10 كغم: 5 ملغ مرة واحدة يومياً؛ 10-20 كغم: 10 ملغ مرة واحدة يومياً؛ 20 كغم أو أكثر: 20 ملغ مرة واحدة يومياً.

الإسهال

• ينبغي معالجة الإسهال بتحفظ. ولا يُنصح عموماً باستخدام العوامل المضادة لتحرك الجهاز الهضمي تحسباً لاحتمال حدوث انسداد معوي.

القلق

- قد يكون هذا أحد الأعراض التي يعاني منها المرضى بشكل خاص فيما يتصل بخضوعهم للعزل أو جرأ تقاضم الأعراض.
- علاج الخط الأول هو التحدّث مع مستشار للصحة النفسية.
- بالنسبة للقلق المعتدل إلى الشديد، يمكن أن يوضع الديازيبام في الاعتبار، لكن يجب أن يسبق استخدامه تقييم الحالة النفسية للمريض. لا ينبغي أن تُعطى البنزوديازيبينات للمرضى الذين يعانون من تغيير النشاط العقلي.
- البالغون: ديازيبام 10-5 ملغ عن طريق الفم كل 8 ساعات حسب الحاجة طالما أن النشاط العقلي لا يتأثر.
- الأطفال: ديازيبام 0.05-0.1 ملغ/كغم عن طريق الفم كل 6 ساعات حسب الحاجة. يُنصح بالإشراف المستمر بواسطة معاون صحي للحفاظ على هدوء الطفل. يجب استخدام المهدئات فقط إذا كانت ضرورية لتنفيذ الإجراءات وإعمال التدخّلات.

الاضطراب

إذا كان المريض مضطرباً وأصبح يشكّل خطراً على نفسه أو على مقدّمي خدمات الرعاية الصحية أو المرضى الآخرين، يوضّع في الاعتبار العلاج الدوائي.

- **البالغون:** الديازيبام 2-10 ملغ عن طريق الفم/في الوريد كل 6-8 ساعات حسب الحاجة طالما استطاع المريض حماية مسالكه التنفسية.
- **البالغون:** هالوبيريدول 0.5-5 ملغ كل 4-6 ساعات حسب الحاجة.
- **الأطفال أكبر من 6 سنوات:** هالوبيريدول حقن في العضل 1-3 ملغ كل 4-8 ساعات حسب الحاجة.
- **الأطفال 3-6 سنوات:** هالوبيريدول عن طريق الفم 0.01-0.03 ملغ/كغم مرة واحدة يومياً.
- يرتبط هالوبيريدول بإطالة الفاصل بين انقباض وانبساط القلب، وبالتالي من المهم ملاحظة الأدوية الأخرى التي قد تطيل أيضاً الفاصل بين انقباض وانبساط القلب، مع المراقبة بانتظام بواسطة مخطط رسم القلب إذا كان متوفراً).

ملاحظة: يُتجنّب استخدام الساليسيلات (مثل الأسبرين) للأطفال والمرافقين دون سن 18 عاماً لتجنّب حدوث متلازمة ريبس.

الملحق 3- توصيات بشأن مضادات الميكروبات ومقادير الجرعات للعدوى الجلدية البكتيرية

هذه إرشادات لعلاج القُوباء أو الحُمرة أو التَّهاب النَّسِيجِ الخَلَوِيِّ الناجم عن مُسبِّبات الأمراض البكتيرية. وتُستبعدُ منها الالتهابات الجلدية الناتجة عن مُسبِّبات الأمراض الفيروسية أو الفطرية أو الطفيلية؛ وتآكل الأنسجة البشرية؛ والتهاب العضل القيحي؛ والعدوى الحادة المصحوبة بإنتان؛ والعدوى في موضع الجراحة.

وللحصول على مزيد من الإرشادات بشأن توصيات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالعلاج المضاد للميكروبات، يرجى الرجوع إلى كتاب المضادات الحيوية في قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية: تحسين الوعي بالمضادات الحيوية (<https://www.who.int/publications/m/item/the-who-essential-medicines-list-antibiotic-book-improving-antibiotic-awareness>) وكتاب المضادات الحيوية في قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية: الرسوم البيانية (<https://www.who.int/publications/m/item/the-who-essential-medicines-list-antibiotic-book-infographics>).

البالغون

الجرعة	المضاد الحيوي
500 ملغ عن طريق الفم كل 8 ساعات	كلوكساسيلين (فلوكلوكساسيلين)
500 ملغ عن طريق الفم كل 8 ساعات	سيفالوكسين
125-500 ملغ عن طريق الفم كل 8 ساعات	أموكسيسيلين-حمض الكلافولانيك
تَحَسُّباً للمكورات العنقودية الذهبية المقاومة لمضاد الميثيسيلين المكتسبة في المجتمع، يوضع في الاعتبار العلاج التالي:	
600 ملغ عن طريق الفم كل 8 ساعات	كلينداميسين
160-800 ملغ عن طريق الفم كل 12 ساعة	تريميثوبريم-سلفاميثوكسازول
100 ملغ عن طريق الفم كل 12 ساعة	دوكسيساكيلين

ملاحظة: في حالة الحساسية للبنسلين أو أدوية البيتا-لاكتام: يُستخدم كلينداميسين أو تريميثوبريم-سلفاميثوكسازول.

الأطفال

الوزن	أموكسيسيلين-حمض الكلافولانيك	سيفالوكسين	كلوكساسيلين (فلوكلوكساسيلين)
3 > 6 كغم	250 ملغ من أموكسيسيلين/جرعة مرتان يومياً	25 ملغ/كغم/جرعة كل 12 ساعة	لحديثي الولادة: 25-50 ملغ/كغم/جرعة مرتان يومياً؛ للأطفال: 25 ملغ/كغم/جرعة كل 6 ساعات
6 > 10 كغم	375 ملغ من أموكسيسيلين/جرعة مرتان يومياً	250 ملغ كل 12 ساعة	250 ملغ كل 6 ساعات
10 > 15 كغم	500 ملغ من أموكسيسيلين/جرعة مرتان يومياً	375 ملغ كل 12 ساعة	250 ملغ كل 6 ساعات
15 > 20 كغم	750 ملغ من أموكسيسيلين/جرعة مرتان يومياً	500 ملغ كل 12 ساعة	500 ملغ كل 6 ساعات
20 > 30 كغم	1000 ملغ من أموكسيسيلين/جرعة مرتان يومياً	625 ملغ كل 12 ساعة	750 ملغ كل 6 ساعات
< 30 كغم	تُستخدَم جرعة البالغين	تُستخدَم جرعة البالغين	تُستخدَم جرعة البالغين

ملاحظة: تَحَسُّباً للمكورات العنقودية الذهبية المقاومة لمضاد الميثيسيلين المكتسبة في المجتمع، يوضع في الاعتبار الكلينداميسين: حديثو الولادة 5 ملغ/كغم/جرعة كل 8 ساعات؛ الأطفال: 10 ملغ/كغم/جرعة كل 8 ساعات.

الملحق 4- ملخص الترخيص التنظيمي للأدوية المضادة لفيروسات جذري القرّة

سيذوفوفير	برينسيذوفوفير	تيكوفيريمات	جرعة العلاج، المسار، المدة (للبالغين) (76،73،71،66،65)
<p>الجرعة وريديّة 5 ملغ/كغم في الوريد مرة واحدة أسبوعياً</p> <p>يجب إعطاؤه مع جرعة فموية من بروينسيد: غرامان قبل كل جرعة بثلاث ساعات، وغرام واحد بعد إتمام التسريب بساعتين و 8 ساعات</p> <p>يجب إعطاؤه مع ما لا يقل عن لتر من محلول ملحي طبيعي بنسبة 0.9% على مدى فترة ساعة إلى ساعتين قبل كل تسريب</p> <p>المدة مرة واحدة أسبوعياً × أسبوعين، ثم مرة واحدة كل أسبوعين (استناداً إلى علاج التهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي)</p>	<p>الجرعة فمويّة أقل من 10 كغم: 6 ملغ/كغم 10-48 كغم: 4 ملغ/كغم أكثر من 48 كغم: 200 ملغ (20 ملليلتر)</p> <p>المدة مرة واحدة أسبوعياً بواقع جرعتين، في اليومين الأول والثامن</p>	<p>الجرعة فمويّة 600 ملغ عن طريق الفم كل 12 ساعة</p> <p>وريديّة* 3 كغم إلى أقل من 35 كغم: 6 ملغ/كغم كل 12 ساعة 35 كغم إلى أقل من 120 كغم: 200 ملغ كل 12 ساعة أكثر من 120 كغم: 300 ملغ كل 12 ساعة</p> <p>*يجب إعطاؤه على مدار 6 ساعات</p> <p>المدة 14 يوماً</p>	
<p>الجرعة وريديّة 5 ملغ/كغم في الوريد مرة واحدة أسبوعياً</p> <p>يجب إعطاؤه مع جرعة فموية من بروينسيد: غرامان قبل كل جرعة بثلاث ساعات، وغرام واحد بعد إتمام التسريب بساعتين و 8 ساعات</p> <p>يجب إعطاؤه مع ما لا يقل عن لتر من محلول ملحي طبيعي بنسبة 0.9% على مدى فترة ساعة إلى ساعتين قبل كل تسريب</p> <p>المدة مرة واحدة أسبوعياً × أسبوعين، ثم مرة واحدة كل أسبوعين (استناداً إلى علاج التهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي)</p>	<p>الجرعة فمويّة أقل من 10 كغم: 6 ملغ/كغم 10-48 كغم: 4 ملغ/كغم أكثر من 48 كغم: 200 ملغ (20 ملليلتر)</p> <p>المدة مرة واحدة أسبوعياً بواقع جرعتين، في اليومين الأول والثامن</p>	<p>الجرعة فمويّة 13-25 كغم: 200 ملغ كل 12 ساعة 25-40 كغم: 400 ملغ كل 12 ساعة أكثر من 40 كغم: 600 ملغ كل 12 ساعة</p> <p>وريديّة* 3-35 كغم: 6 ملغ/كغم كل 12 ساعة 35-120 كغم: 200 ملغ كل 12 ساعة أكثر من 120 كغم: 300 ملغ كل 12 ساعة</p> <p>*يجب إعطاؤه على مدار 6 ساعات</p> <p>المدة 14 يوماً</p>	<p>جرعة العلاج، المسار، المدة (للأطفال) (76،73،71،66،65)</p>
<p>عن طريق الوريد: يتم الإمداد به على شكل قوارير تُستخدم لمرة واحدة بسعة 75 ملغ/ملليلتر للتسريب في الوريد (76)</p>	<p>أقراص: 100 ملغ، زرقاء اللون، بيضاويّة الشكل (73)</p> <p>مُسْتَعْلَق: محلول مُعَلَّق بنكهة الليمون الأصفر-الأخضر يحتوي على 10 ملغ/ملليلتر (73)</p>	<p>كبسولات: 200 ملغ برتقالية وسوداء اللون (65)</p> <p>عن طريق الوريد: حقن جرعة واحدة في الوريد 200 ملغ/ 20 ملليلتر (71)</p>	<p>أشكال الجرعات وقوتها</p>

تيكوفيريمات	برينسيديوفوفير	سيدوفوفير
لا توجد بيانات مستمدة من الاستخدام في الحوامل (66،65)	لا يُنصح به أدى إعطاؤه لحيوانات صغيرة إلى سمية جنينية، وانخفاض قدرة المضغ-الجنين على النقاء، و/أو تشوهات هيكلية. ويُنصح باستخدام علاج بديل إذا كان ذلك ممكناً (73)	فئة الحمل C لا توجد دراسات كافية مضبوطة بشواهد جيدة للحوامل (76)
غير معروف ما إذا كان يتم إفراز الدواء أو المُستقلبات في الحليب البشري (70،66،65)	في دراسات أُجريت باستخدام معدلات الرضاعة الطبيعية، اكتُشِفَ برينسيديوفوفير في الحليب ولكن ليس في بلازما الجراء الرضع (73)	غير معروف (76)
لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
يُبطّل نشاط بروتين الفيروسة الجدرية VP37 ويمنع تكوّن المُغلف الفيروسي (72،70،69،65)	يُنْتَبَظ توليف الحمض النووي بواسطة البوليمراز (73)	يكبّت بوليمراز الحمض النووي (80،79)
الوكالة الأوروبية للأدوية (2022) (65) إدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية (2021) (73) الوكالة الأوروبية للأدوية (2016)	إدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية (2021) (73) الوكالة الأوروبية للأدوية (2016)	مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها (الإتاحة الموسّعة لعقارات جديدة تجريبية)
الوكالة الأوروبية للأدوية (2022) (70،65) مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها (بروتوكول الإتاحة الموسّعة لعقارات جديدة تجريبية)	مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها (بروتوكول الإتاحة الموسّعة لعقارات جديدة تجريبية)	مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها (الإتاحة الموسّعة لعقارات جديدة تجريبية)

ملاحظة: NIOCH-14: مُركّب مُناظر لتيكوفيريمات (80،79).

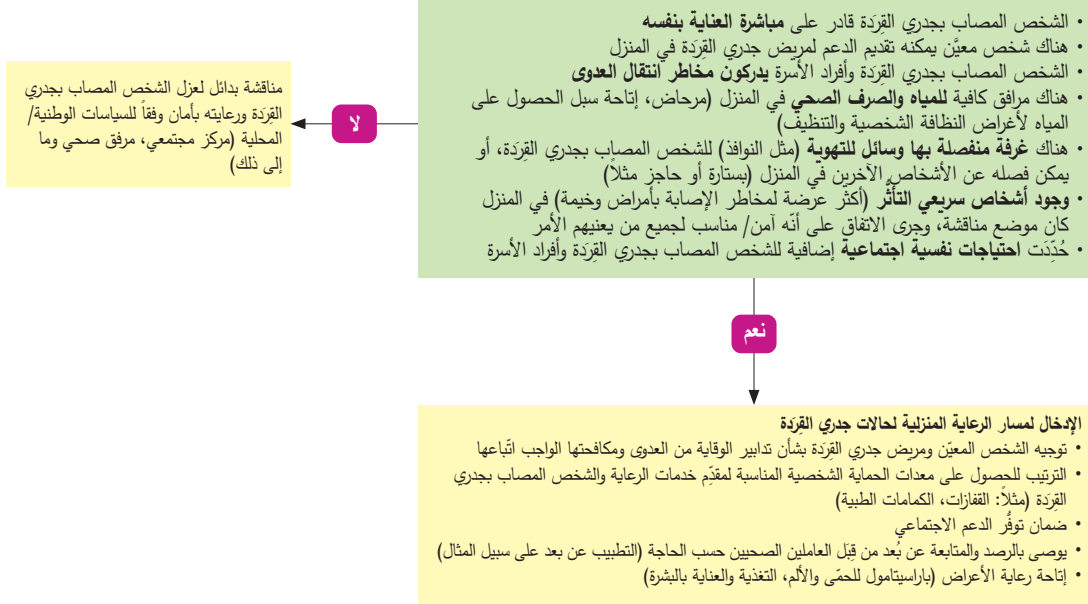
سيدوفوفير	برينسيديوفوفير	تيكوفيريمات	بيانات النظم والسياسات الصحية الوطنية (إذا لم تتوفر تجارب بشرية)
<p>أظهرت نماذج لحيوانات صغيرة انخفاض شدة العدوى مع تراجع مستويات الفيروس في الأنف/الجيوب الأنفية والرئتين (76). معدلات البقاء على قيد الحياة 100-80% (76)</p> <p>تولّد السرطان تمّ إنهاء دراسة استمرت 26 أسبوعاً لتقييم الحَقن تحت الجلد مرةً أسبوعياً في الفئران بعد 19 أسبوعاً بسبب اكتشاف كتلة واضحة في الإناث بعد ست جرعات. وشخّصت الكتل على أنها سرطان غديّ ثديي. وفي دراسة للسمية الوريديّة استمرت 26 أسبوعاً على الفئران، حدثت زيادة كبيرة في معدلات الإصابة بالسرطان الغديّ الثديي بالإضافة إلى سرطان الغدة الدهنيّة السميّة Zymbal في الذكور (76)</p> <p>تكوّن الحيوانات المنويّة تسبّب سيدوفوفير في تثبيط تكوّن الحيوانات المنويّة في الفئران والقروذ ولم تحدث آثار سلبية على الخصوبة في ذكور الفئران (80،79)</p>	<p>أظهرت بيانات لحيوانات لصغيرة تحسُّناً ذا دلالة إحصائيّة في القدرة على البقاء مقارنةً بالدواء الوهمي لدى تلك التي غُولجت باستخدام برينسيديوفوفير (73)</p>	<p>أظهرت بيانات النظم والسياسات الصحية الوطنية وبيانات لحيوانات صغيرة قدرتها على البقاء بنسبة 100-80% عند معالجتها بالحد الأدنى من الجرعة الفعالة</p> <p>ارتبط التأخّر في العلاج بانخفاض القدرة على البقاء</p> <p>زيادة جرعة الدواء لم تسفر عن أي فائدة للقدرة على البقاء لكنّها أدّت إلى ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خفض الحمل الفيروسي المنتشر • الحدّ من الآفات • تقليل علامات العدوى السريرية • عدم الاستجابة • ضيق النَفَس • الحمّى • اعتلال العقد اللمفاوية (65،68-70) 	

ملاحظة: NIOCH-14: أظهرت دراسات أُجريت على حيوانات صغيرة انخفاض تركيز الفيروس في الأعضاء المستهدفة الأولية (الرئتان، القصبه الهوائية، الأنف) والأعضاء الثانوية (الدماغ، الكبد، الكلى، الطحال، البنكرياس) (80،79).

تجارب البيانات البشرية	تيكوفيريمات	برينسيديوفوفير	سيدوفوفير
<p>تجربة سريرية في المرحلة 1: أدى الإعطاء المتزامن مع ريباغليبيد إلى نقص السكر في الدم بنسبة خفيفة إلى معتدلة في 30/10 مريضاً (70،66،65).</p> <p>تجربة سريرية في المرحلة 3: تجربة سلامة موسعة، تناول 359 مريضاً تيكوفيريمات وتناول 90 مريضاً دواءً وهمياً الأحداث السلبية: صداع، غثيان، ألم في البطن (15)</p> <p>تقرير إفرادي (15): مريض واحد:</p> <p>سلبية تفاعل البوليمراز التسلسلي للدم والجهاز التنفسي العلوي بعد 48 ساعة من بدء الدواء</p> <p>بقي تفاعل البوليمراز التسلسلي سلبياً حتى 72 ساعة</p> <p>ظلت ملامح الدم والكلية والكبد طبيعية</p> <p>المغادرة إلى المنزل لاستكمال العلاج</p>	<p>المأمونية استناداً إلى استخدام برينسيديوفوفير للوقاية من فيروس الضخم الخلوي والخمّة الغديّة (15)</p> <p>201-CMX001: المرحلة 2، دراسة مزدوجة التعمية للمقارنة بين دواء وهمي ودواء حقيقي في البالغين للوقاية من فيروس الضخم الخلوي</p> <p>202-CMX001: المرحلة 2، دراسة مزدوجة التعمية عشوائية متعددة المراكز للمقارنة بين دواء وهمي ودواء حقيقي بغرض الوقاية من الخمّة الغديّة</p> <p>301-CMX001: المرحلة 3، دراسة مزدوجة التعمية عشوائية متوازية المجموعات للمقارنة بين دواء وهمي ودواء حقيقي في البالغين بغرض الوقاية من فيروس الضخم الخلوي</p> <p>تقارير إفرادية (15): 3 مرضى:</p> <p>ارتفعت لديهم جميعاً مستويات أنزيمات ناقلات الأمين</p> <p>لم يكمل أيّ منهم دورة كاملة من العلاج</p> <p>لا يوجد ارتباط ثابت بين الدواء والمعالم السريرية أو الفيروسولوجية</p>	<p>أجريت ثلاث تجارب في المرحلتين 3/2 على مرضى مصابين بفيروس العوز المناعي البشري مع التهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي (76)</p> <p>الدراسة 105: خضع مرضى مصابون بالتهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي لتقسيم عشوائي إلى علاج فوري مقابل علاج متأخر حتى تطوّر التهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي</p> <p>الدراسة 106: تجربة مفتوحة التسمية، خضع 48 مريضاً لم يعالجوا سابقاً من التهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي لتقسيم عشوائي إلى علاج فوري أو متأخر حتى تطوّر التهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي</p> <p>الدراسة 107: تجربة مفتوحة التسمية، خضع فيها 100 مريض يعانون من انتكاس التهاب شبكية العين الناجم عن فيروس الضخم الخلوي لتقسيم عشوائي إلى علاج بواقع 5 ملغ/كغم مرة واحدة أسبوعياً لمدة أسبوعين ثم 5 ملغ/كغم أو 3 ملغ/كغم كل أسبوعين حيث تناول 43/26</p> <p>5 ملغ/كغم وتناول 41/21</p> <p>3 ملغم/كغم</p> <p>وتم إيقافها بسبب وقوع حدث سلبي، أو الإصابة باعتلال متداخل، أو استبعاد الدواء، أو سحب الموافقة</p>	<p>تسيم كلوي قلة الغدلات انخفاض ضغط العين التهاب العنبيّة الأمامي/التهاب القرنيّة حمض أبيض غثيان حمي تساقط الشعر ألم عضلي فرط الحساسية للبروبيديسيد</p>
<p>السمية/الأثار الجانبية (77،73،70،66،65)</p>	<p>جيد التحمل شائع جداً: صداع شائع: دوار، ألم في الجزء العلوي من البطن، توعك في البطن، إسهال، غثيان، قيء</p> <p>التفاعلات الدوائية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ريباغليبيد • أوميبازول • ميدازولام • بوبروبيون • أتورفاستاتين • فلوربيروفين • ميتادون • دارونافير • مارافيروك • ريليفيرين • سيلدينافيل • تادالافيل • فاردينا فيل • فوريكونازول • تاكروليموس 	<p>السمية المعدية المعوية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إسهال • غثيان • قيء • ألم في البطن <p>السمية الكبدية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتفاع مستويات أنزيمات ناقلات الأمين • ارتفاع مستويات البيليروبين الكلي 	

سيذوفوفير	برينسيذوفوفير	تيكوفيريمات	
مراقبة وظائف الكلى عن كثب	وفق الرعاية السريرية المعتادة لا حاجة إلى مراقبة معززة	وفق الرعاية السريرية المعتادة لا حاجة إلى مراقبة معززة	المراقبة (VS)
وظائف الكلى الدم بروتين البول في غضون 48 ساعة قبل كل جرعة	يجب إجراء اختبار كبدي قبل البدء وأثناء تناول برينسيذوفوفير على فترات منتظمة حسب الاقتضاء سريرياً	الدم وظائف الكلى وظائف الكبد	الحد الأدنى من المراقبة المختبرية
يجب إعطاؤه مع بروبنيسيد وإمهامة ملحية مسبقة عن طريق الوريد (76) موانع الاستعمال (76) تصفية الكرياتينين 55 ملليتر/دقيقة أو أقل الكرياتينين أكثر من 1.5 ملغ/ديسيلتر بروتين البول 100 ملغم/ديسيلتر أو أكثر المرضى الذين يتناولون أدوية قد تكون سامة للكلى يجب إيقاف هذه العوامل قبل 7 أيام على الأقل من بدء العلاج فرط الحساسية لدواء سيذوفوفير فرط الحساسية لدواء بروبنيسيد أو الأدوية الأخرى المحتوية على السلفا مدى الفعالية (76) فيروسات الحلا (فيروس الضخم الخلوي، الفيروس النطاقي الحماقي) فيروس جون كونيغهام الفيروس الغدي فيروس الورم الخليمي	تولّد السرطان (73) أظهرت بيانات من الفئران كتلاً صغيرة واضحة في الفئران بعد أقل من 26 جرعة عن طريق الفم بمستويات جهازية أقل من التعرض البشري المتوقع بناءً على الجرعة الموصى بها من برينسيذوفوفير تمّ تشخيص الكتل على أنها سرطان غدي ثديي، ولاحظ سرطان في الخلايا الحرشفية، وغدة Zymbal، والرحم والأمعاء الدقيقة، وساركوما وعائية في العقدة الليمفاوية المساريقية والمنصفية، والكبد وتجويف البطن لم تحدث أي أورام في الفئران بعد 9 جرعات وريدية مرتين أسبوعياً الخصوبة (73) يجب على الأفراد الذين لديهم القدرة على الإنجاب استخدام وسائل فعالة لمنع الحمل أثناء العلاج ولمدة شهرين على الأقل بعد الجرعة الأخيرة سمية الخصية (73) بسبب نتائج الحيوانات التي أشارت إلى سمية الخصية، يجب على الأفراد الذين يتمتعون بالقدرة على الإنجاب مع شريكات قادرات على الحمل استخدام الواقي التكري أثناء العلاج لمدة 4 أشهر على الأقل بعد آخر جرعة	تركيبة عن طريق الوريد وافقت عليها إدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية في 19 أيار/مايو 2022 للجذري (71)	فئات أخرى

قائمة مرجعية لشروط الوقاية من العدوى ومكافحتها لأغراض الرعاية المنزلية في إطار معالجة الأشخاص المصابين بحالات جدري القردة غير الحادة أو غير المصحوبة بمضاعفات، المطلوب تنفيذها عند نقطة الاتصال الأولى، إما عند نقطة الوصول الصحية أو عن بُعد عبر الهاتف أو التطبيب عن بعد





للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال على العنوان التالي:

Emerging Diseases Clinical Assessment and Response Network
World Health Organization
Avenue Appia 20
CH1211- Geneva 27
Switzerland

البريد الإلكتروني:
CMTM@who.int



Monkeypox (who.int)