

DOI: 10.16505/j.2095-0136.2022.0040

• 一切为了人民健康——我们这十年专栏 猴痘 •

猴痘诊疗指南 (2022 年版)

国家卫生健康委员会

关键词: 猴痘病毒; 诊断; 治疗; 指南

中图分类号: R511.3 文献标识码: A 文章编号: 2095-0136 (2022) 0-0255-02

Guidelines for the diagnosis and treatment of monkeypox (2022 version)

National Health Commission of the People's Republic of China

Keywords: Monkeypox virus; Diagnosis; Treatment; Guidelines

猴痘是一种由猴痘病毒 (monkeypox virus, MPXV) 感染所致的人兽共患病毒性疾病, 临床上主要表现为发热、皮疹、淋巴结肿大。该病主要流行于中非和西非。2022 年 5 月以来, 一些非流行国家也报道了猴痘病例, 并存在社区传播。为提高临床医师对猴痘的早期识别及规范诊疗能力, 特制定本诊疗指南。

一、病原学

猴痘病毒 (MPXV) 归类于痘病毒科正痘病毒属, 是对人类致病的 4 种正痘病毒属之一, 另外 3 种是天花病毒、痘苗病毒和牛痘病毒。电镜下猴痘病毒颗粒呈砖形或椭圆形, 大小为 200 nm × 250 nm, 有包膜, 病毒颗粒中有结构蛋白和 DNA 依赖的 RNA 多聚酶, 基因组为双链 DNA, 长度约 197 kb。猴痘病毒分为西非分支和刚果盆地分支两个分支。本次非流行国家部分病例病毒测序结果为西非分支。

猴痘病毒的主要宿主为非洲啮齿类动物 (包括非洲松鼠、树松鼠、冈比亚袋鼠、睡鼠等)。

猴痘病毒耐干燥和低温, 在土壤、痂皮和衣被上可生存数月。对热敏感, 加热至 56 °C 30 min 或 60 °C 10 min 可灭活。紫外线和一般消毒剂均可使之灭活, 对次氯酸钠、氯二甲酚、戊二醛、甲醛和多聚甲醛等敏感。

二、流行病学

(一) 传染源 主要传染源为感染猴痘病毒的

啮齿类动物。灵长类动物 (包括猴、黑猩猩、人等) 感染后也可成为传染源。

(二) 传播途径 病毒经黏膜和破损的皮肤侵入人体。人主要通过接触感染动物病变渗出物、血液、其他体液, 或被感染动物咬伤、抓伤而感染。人与人之间主要通过密切接触传播, 也可通过飞沫传播, 接触被病毒污染的物品也有可能感染, 还可通过胎盘垂直传播。尚不能排除性传播。

(三) 易感人群 人群普遍易感。既往接种过天花疫苗者对猴痘病毒存在一定程度的交叉保护力。

三、临床表现

潜伏期 5~21 d, 多为 6~13 d。发病早期出现寒战、发热, 体温多在 38.5 °C 以上, 可伴头痛、嗜睡、乏力、背部疼痛和肌痛等症状。多数患者出现颈部、腋窝、腹股沟等部位淋巴结肿大。发病后 1~3 d 出现皮疹。皮疹首先出现在面部, 逐渐蔓延至四肢及其他部位, 皮疹多呈离心性分布, 面部和四肢皮疹较躯干更为多见, 手心和脚掌均可出现皮疹, 皮疹数量从数个到数千个不等; 也可累及口腔黏膜、消化道、生殖器、结膜和角膜等。皮疹经历从斑疹、丘疹、疱疹、脓疱疹到结痂几个阶段的变化, 疱疹和脓疱疹多为球形, 直径约 0.5~1 cm, 质地较硬, 可伴明显痒感和疼痛。从发病至结痂脱落约 2~4 周。结痂脱落后可遗留红斑或色素沉着, 甚至瘢痕, 瘢痕持续时间可长达数年。部分患者可出现并发症, 包括皮损部位继发细菌感染、支气管肺炎、脑炎、角膜感染、脓毒症等。

猴痘为自限性疾病,大部分预后良好。严重病例常见于年幼儿童、免疫功能低下人群,预后与感染的病毒分支、病毒暴露程度、既往健康状况和并发症严重程度等有关。西非分支病死率约 3%,刚果盆地分支病死率约 10%。

四、实验室检查

(一) 一般检查 外周血白细胞正常或升高,血小板正常或减少。部分患者可出现转氨酶水平升高、血尿素氮水平降低、低蛋白血症等。

(二) 病原学检查

1. 核酸检测:采用核酸扩增检测方法在皮疹、疱疹液、痂皮、口咽或鼻咽分泌物等标本中可检测出猴痘病毒核酸。

2. 病毒培养:采集上述标本进行病毒培养可分离到猴痘病毒。病毒培养应当在三级及以上生物安全实验室开展。

五、诊断和鉴别诊断

(一) 诊断标准

1. 疑似病例 出现上述临床表现者,同时具备以下流行病学史中的任一项:(1)发病前 21 d 内有境外猴痘病例报告地区旅居史;(2)发病前 21 d 内与猴痘病例有密切接触;(3)发病前 21 d 内接触过猴痘病毒感染动物的血液、体液或分泌物。

2. 确诊病例 疑似病例且猴痘病毒核酸检测阳性或培养分离出猴痘病毒。

对符合疑似病例或确诊病例标准的病例,应按相关要求开展传染病报告。

(二) 鉴别诊断 主要和水痘、带状疱疹、单纯疱疹、麻疹、登革热等其他发热出疹性疾病鉴别,还要和皮肤细菌感染、疥疮、梅毒和过敏反应等鉴别。

六、治疗

目前国内尚无特异性抗猴痘病毒药物,主要是对症支持和并发症的治疗。

(一) 对症支持治疗。卧床休息,注意补充营养及水分,维持水、电解质平衡。体温高者,物理降温为主,超过 38.5℃,予解热镇痛药退热,但要注意防止大量出汗引发虚脱。

保持皮肤、口腔、眼及鼻等部位清洁及湿润,避免搔抓皮疹部位皮肤,以免继发感染。皮疹部位疼痛严重时可予镇痛药物。

(二) 并发症治疗。继发皮肤细菌感染时给予有效抗菌药物治疗,根据病原菌培养分离鉴定和药敏结果加以调整。不建议预防性应用抗菌药物。出现角膜病变时,可应用滴眼液,辅以维生素 A 等治疗。出现脑炎时给予镇静、脱水降颅压、保护气道等治疗。

(三) 心理支持治疗。患者常存在紧张、焦虑、抑郁等心理问题,应加强心理支持、疏导和相关解释工作,根据病情及时请心理专科医师会诊并参与疾病诊治,必要时给予相应药物辅助治疗。

(四) 中医治疗。根据中医“审因论治”、“三因制宜”原则辨证施治。临床症见发热者推荐使用升麻葛根汤、升降散、紫雪散等;临床症见高热、痘疹密布、咽痛、多发淋巴结肿痛者推荐使用清营汤、升麻鳖甲汤、宣白承气汤等。

七、出院标准

符合以下标准可以出院:体温正常,临床症状明显好转,结痂脱落。

八、医疗机构内感染预防与控制

疑似病例和确诊病例应安置在隔离病房。疑似病例单间隔离。

医务人员执行标准预防,采取接触预防、飞沫预防措施,佩戴一次性乳胶手套、医用防护口罩、防护面屏或护目镜、一次性隔离衣等,同时做好手卫生。

对患者的分泌物、粪便及血液污染物按照《医疗机构消毒技术规范》进行严格消毒处理。

本文编辑:马衣静