

国家卫生和计划生育委员会办公厅

国卫办医函〔2016〕259 号

国家卫生计生委办公厅关于印发 寨卡病毒病诊疗方案(2016 年第 2 版)的通知

各省、自治区、直辖市卫生计生委,新疆生产建设兵团卫生局:

近期,报告寨卡病毒感染病例的国家有增多趋势。截至 2016 年 3 月 8 日,至少在非洲、亚洲、欧洲、美洲的 55 个国家有寨卡病毒传播的证据,以巴西疫情最为严重。2016 年 2 月 9 日我国江西省发现首例输入性病例,截至 2016 年 3 月 11 日共发现输入性病例 13 例。为做好寨卡病毒病医疗救治相关工作,我委组织专家在借鉴世界卫生组织有关指南和总结国内有关病例救治经验的基础上,对寨卡病毒病诊疗方案进行修订完善,形成《寨卡病毒病诊疗方案(2016 年第 2 版)》(可从国家卫生计生委网站下载)。现印发给你们,请参照执行。

各地卫生计生行政部门特别是与疫情发生地有人员往来的口岸地区卫生计生部门,要继续做好寨卡病毒疫情防控和医疗救治准备工作,保持与口岸卫生检疫、交通等部门的沟通与联动,保证各项防控措施落实到位。要加强病例管理,做到早发现、早诊断、早治疗,按照诊疗方案有关要求为患者提供规范的诊疗服务,做好病例防蚊隔离工作。加强医务人员培训,提高寨卡病毒病早期识

别和诊疗能力。有疾病传播蚊媒分布的省份要加强环境卫生整治,根据蚊媒监测情况及时、有效开展灭蚊工作,降低蚊媒疾病传播风险。

联系人:国家卫生计生委医政医管局 肖奎、胡瑞荣

联系电话:010-68791885、68791887

传真:010-68792963

邮箱:bmaylzyc@163.com



(信息公开形式:主动公开)

寨卡病毒病诊疗方案

(2016 年第 2 版)

寨卡(Zika)病毒病是由寨卡病毒引起的一种自限性急性传染病,主要通过埃及伊蚊叮咬传播。临床特征主要为皮疹、发热、关节痛或结膜炎,极少引起死亡。世界卫生组织(WHO)认为,新生儿小头畸形、格林—巴利综合征(吉兰—巴雷综合征)可能与寨卡病毒感染有关。

寨卡病毒病主要在全球热带及亚热带地区流行。1952 年,在乌干达和坦桑尼亚的人体中分离到该病毒。此后,多个国家有散发病例报道。2007 年,首次在西太平洋国家密克罗尼西亚的雅普岛发生寨卡病毒疫情暴发。截至 2016 年 3 月 8 日,至少在非洲、亚洲、欧洲、美洲的 55 个国家有寨卡病毒传播的证据,以巴西疫情最为严重。我国于 2016 年 2 月 9 日在江西省发现首例输入性病例,截至 2016 年 3 月 11 日共发现输入性病例 13 例。

一、病原学

寨卡病毒是一种蚊媒病毒,于 1947 年首次在乌干达恒河猴中发现。属黄病毒科黄病毒属,为单股正链 RNA 病毒,直径 40—70nm,有包膜,包含 10794 个核苷酸,编码 3419 个氨基酸。根据基因型别分为非洲型和亚洲型,本次美洲流行的为亚洲型。

寨卡病毒的抵抗力不详,但黄病毒属的病毒一般不耐酸、不耐热。60℃30 分钟可灭活,70%乙醇、0.5%次氯酸钠、脂溶剂、过氧

乙酸等消毒剂及紫外线照射均可灭活。

二、流行病学特征

(一) 传染源。

患者、无症状感染者和感染寨卡病毒的非人灵长类动物是该病的可能传染源。

(二) 传播途径。

带病毒的伊蚊叮咬是本病最主要的传播途径。传播媒介主要为埃及伊蚊,白纹伊蚊、非洲伊蚊和黄头伊蚊也可能传播该病毒。亦可通过母婴传播(包括宫内感染和分娩时感染)、血源传播和性传播。

病毒血症持续时间一般在 10 天以内。在感染者的唾液、尿液、精液中可检测到寨卡病毒 RNA,且持续时间可长于病毒血症期。乳汁中可检测到寨卡病毒核酸,但尚无通过哺乳感染新生儿的报道。

根据监测,我国与传播寨卡病毒有关的伊蚊种类主要为埃及伊蚊和白纹伊蚊,其中埃及伊蚊主要分布于海南省、广东省雷州半岛、云南省的西双版纳州、德宏州、临沧市以及台湾部分地区;白纹伊蚊则广泛分布于我国辽宁、河北、山西、陕西、甘肃、四川、西藏一线及以南广大区域。

(三) 人群易感性。

人群普遍易感。曾感染过寨卡病毒的人可能对再次感染具有免疫力。

三、临床表现

寨卡病毒病的潜伏期一般为 3—12 天。人感染寨卡病毒后,仅 20% 出现症状,且症状较轻,主要表现为皮疹(多为斑丘疹)、发热(多为中低度发热),并可伴有非化脓性结膜炎、肌肉和关节痛、全身乏力以及头痛,少数患者可出现腹痛、恶心、腹泻、黏膜溃疡、皮肤瘙痒等。症状持续 2—7 天缓解,预后良好,重症与死亡病例罕见。婴幼儿感染病例还可出现神经系统、眼部和听力等改变。

孕妇感染寨卡病毒可能导致胎盘功能不全、胎儿宫内发育迟缓、胎死宫内和新生儿小头畸形等。

有与寨卡病毒感染相关的格林—巴利综合征(吉兰—巴雷综合征,Guillain—Barre Syndrome)病例的报道,但二者之间的因果关系尚未确定。

四、实验室检查

(一)一般检查。

血常规:部分病例可有白细胞和血小板减少。

(二)血清学检查。

1. 寨卡病毒 IgM 检测:采用酶联免疫吸附法(ELISA)、免疫荧光法等进行检测。

2. 寨卡病毒中和抗体检测:采用空斑减少中和试验(PRNT)检测血液中和抗体。应尽量采集急性期和恢复期双份血清开展检测。

寨卡病毒抗体与同为黄病毒属的登革病毒、黄热病毒和西尼

罗病毒抗体等有较强的交叉反应,易于产生假阳性,在诊断时应注意鉴别。

(三)病原学检查。

1. 病毒核酸检测:采用荧光定量 RT-PCR 检测血液、尿液、精液、唾液等标本中的寨卡病毒核酸。

2. 病毒抗原检测:采用免疫组化法检测寨卡病毒抗原。

3. 病毒分离培养:可将标本接种于蚊源细胞(C6/36)或哺乳动物细胞(Vero)等方法进行分离培养,也可使用乳鼠脑内接种进行病毒分离。

五、诊断和鉴别诊断

(一)诊断依据。

根据流行病学史、临床表现和相关实验室检查综合判断。

(二)病例定义。

1. 疑似病例:符合流行病学史且有相应临床表现。

(1)流行病学史:发病前 14 天内在寨卡病毒感染病例报告或流行地区旅行或居住;或者接触过疑似、临床诊断或确诊的寨卡病毒病患者。

(2)临床表现:难以用其他原因解释的发热、皮疹、关节痛或结膜炎等。

2. 临床诊断病例:疑似病例且寨卡病毒 IgM 抗体检测阳性,同时排除登革热、流行性乙型脑炎等其他常见黄病毒感染。

3. 确诊病例:疑似病例或临床诊断病例经实验室检测符合下

列情形之一者：

(1)寨卡病毒核酸检测阳性。

(2)分离出寨卡病毒。

(3)恢复期血清寨卡病毒中和抗体阳转或者滴度较急性期呈4倍以上升高,同时排除登革热、流行性乙型脑炎等其他常见黄病毒感染。

(三)鉴别诊断。

需要和以下疾病进行鉴别诊断：

1. 主要与登革热和基孔肯雅热进行鉴别诊断。

2. 其他：与微小病毒、风疹、麻疹、肠道病毒、立克次体病等相鉴别。

六、治疗

(一)一般治疗。寨卡病毒病通常症状较轻,不需要做出特别处理,以对症治疗为主,加强营养支持。在排除登革热之前避免使用阿司匹林等非甾体类抗炎药物治疗。

(二)对症治疗。

1. 高热不退患者可服用解热镇痛药,如对乙酰氨基酚,成人用法为250—500mg/次、每日3—4次,儿童用法为10—15mg/kg/次,可间隔4—6小时1次,24小时内不超过4次。儿童应避免使用阿司匹林以防并发Reye综合征。

2. 伴有关节痛患者可使用布洛芬,成人用法为200—400mg/次,4—6小时1次,儿童5—10mg/kg/次,每日3次。

3. 伴有结膜炎时可使用重组人干扰素 α 滴眼液,1—2滴/次滴眼,每日4次。

(三)中医药治疗。本病属中医“瘟疫·疫疹”范畴,可参照“疫疹”辨证论治。

1. 邪犯卫表证。

症状:皮疹、发热、恶风寒、咽痛、肌肉骨节疼痛,或见肌肤疹点隐约,或头颈皮肤潮红、目赤多泪。可见舌尖边红,脉浮数。

治法:清热解表。

基本方药:银花、连翘、荆芥穗、赤芍、青蒿、淡豆豉、黄芩、柴胡。

加减:目赤者,加菊花、夏枯草;肌肤疹点显露者,加升麻、紫草;热甚者,加生石膏、知母。

中成药:可选用清热解表类中成药。

2. 邪郁气营证。

症状:发热,口渴,疹点稠密,紫赤成片,头痛,骨节疼痛。可见舌质红绛,脉数。

治法:清营透邪。基本方药:生地、

赤芍、丹皮、紫草、银花、连翘、白茅根、青蒿、炒栀子、生石决明。

加减:大便秘结者,加生大黄、枳实;热甚者,加生石膏;头疼甚者,加钩藤;关节疼痛重者,加松节、桑枝。

中成药:可选用清营透邪类中成药。

3. 气阴两虚证。

症状：热退，神疲，口干，少气，斑疹渐隐，小便黄。可见舌红、少苔，脉细。

治法：益气养阴。

基本方药：北沙参、麦冬、山药、五味子、天花粉、淡竹叶、白茅根、麦芽。

中成药：可选用益气养阴类中成药。

（四）其他。

对感染寨卡病毒的孕妇，建议定期产检，每 3—4 周监测胎儿生长发育情况。

七、出院标准

综合评价住院患者病情转归情况以决定出院时间。建议出院时应符合以下条件：

1. 体温正常，临床症状缓解。
2. 血液核酸连续检测 2 次阴性（间隔 24 小时以上）；不具备核酸检测条件者，病程不少于 10 天。

八、预防

目前尚无疫苗进行预防，最佳预防方式是防止蚊虫叮咬。建议准备妊娠及妊娠期女性谨慎前往寨卡病毒流行地区。

患者及无症状感染者应当实施有效的防蚊隔离措施 10 天以上，4 周内避免献血，2—3 个月内如发生性行为应使用安全套。

抄送：国家中医药管理局，中央军委后勤保障部卫生局。

国家卫生计生委办公厅

2016 年 3 月 18 日印发

校对：胡瑞荣