

陕西省卫生和计划生育委员会办公室

陕卫办医函〔2016〕232号

陕西省卫生计生委办公室转发 国家卫生计生委办公厅关于印发寨卡病毒病 诊疗方案（2016年第二版）及黄热病诊疗方案 （2016年版）的通知

各设区市卫生计生局（委）、杨凌示范区社会事业局，韩城市卫生计生局，神木县、府谷县卫生局，委直委管各医院：

现将国家卫生计生委办公厅《关于印发寨卡病毒病诊疗方案（2016年第二版）的通知》（国卫办医函〔2016〕259号）及《关于印发黄热病诊疗方案（2016年版）的通知》（国卫办医函〔2016〕323号）转发给你们，请参照执行。

各地卫生计生行政部门、各医院要高度重视寨卡病毒病和黄热病的疫情防控与医疗救治准备工作，加强与口岸卫生检疫、交通等部门的沟通联动，强化医务人员培训，使其掌握诊断与鉴别诊断的方法，提高寨卡病毒疾病及黄热病的早期识别和诊疗能力，切实落实好各项防治措施，保障人民群众生命安全。

陕西省卫生计生委办公室

2016年4月12日



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:bmaylzye@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

国家卫生和计划生育委员会办公厅

国卫办医函〔2016〕323号

国家卫生计生委办公厅关于印发 黄热病诊疗方案(2016年版)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:

黄热病主要在中南美洲和非洲的热带地区流行。我国于2016年3月12日确诊首例输入性黄热病病例,截至3月24日共发现6例输入性病例,均来自安哥拉。为做好黄热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,对黄热病诊疗方案进行修订完善,形成《黄热病诊疗方案(2016年版)》(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,要继续做好相关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,提高黄热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:医政医管局资源处 罗庆华、李亚、胡瑞荣

联系电话:010-68791875、68791885、68791887

传真:010-69792963

电子邮箱:bmaylzye@163.com



国家卫生计生委办公厅
2016年3月29日

(信息公开形式:主动公开)

黄热病诊疗方案

(2016 年版)

黄热病 (Yellow fever) 是一种由黄热病毒引起,经蚊叮咬传播的急性传染病。临床表现主要为发热、黄疸、出血等。主要在中南美洲和非洲的热带地区流行。世界卫生组织估计,2013 年非洲因黄热病造成的严重病例为 8.4 万—17 万例,其中死亡 2.9 万—6 万例。安哥拉于 2015 年 12 月 5 日确诊首例病例,至 2016 年 3 月 20 日共报告疑似病例 1132 例,确诊 375 例,死亡 168 例。我国于 2016 年 3 月 12 日确诊首例输入性黄热病病例,截至 2016 年 3 月 24 日共发现 6 例输入性病例,均来自于安哥拉。

一、病原学

黄热病毒 (Yellow fever virus) 为单股正链 RNA 病毒,属于黄病毒科 (Flaviviridae) 黄病毒属 (Flavivirus)。病毒颗粒呈球形,直径 40—60 nm, 外有脂质包膜,表面有棘突,基因组长度约为 11kb。

黄热病毒只有一个血清型,根据 prM、E 和 3'-UTR 核苷酸序列的差异分为多个基因型。

黄热病毒抵抗力弱,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。

黄热病毒可与黄病毒科其他成员如登革病毒、西尼罗病毒、圣路易脑炎病毒、寨卡病毒等产生交叉血清学反应。

二、发病机制与病理改变。

(一)发病机制。

黄热病的发病机制尚不明确。病毒可在叮咬部位复制,通过淋巴和血液扩散至其他器官和组织,并在其中不断繁殖,然后释放入血,引起病毒血症,主要侵入肝脏、脾脏、心脏、骨髓和横纹肌等。

靶器官损害可能为病毒直接作用所致。肝脏是主要靶器官,患者由于肝脏受损而出现血清转氨酶、胆红素升高和凝血酶原时间延长等,同时可见肾脏、心脏等受累。肝脏和脾脏的巨噬细胞产生的 TNF 等细胞因子、氧自由基堆积、内皮细胞损伤、微血栓形成和弥漫性血管内凝血(DIC),是多脏器损害和休克的可能原因。出血可能是由于血小板减少、维生素 K 一依赖的凝血因子在肝脏合成减少和弥漫性血管内凝血(DIC)等原因引发。

(二)病理改变。

本病可引起广泛组织病变,其中肝脏病理变化具有诊断特异性。

肝脏可肿大,肝小叶中央实质细胞坏死,肝细胞浑浊肿胀,胞核变大,呈多发性微小性空泡性脂肪改变,凝固性坏死及嗜酸透明变性,严重时可发生整个肝小叶坏死,但无明显的炎症反应和纤维组织增生,网状结构塌陷少见。

肾脏肿大,肾小管急性坏死(多见于近曲小管),肾小管上皮脂肪变性,脱落或坏死,管腔内充满颗粒样碎屑。肾小球也有破坏,特殊染色发现基底膜 Schiff 染色阳性,在肾小球囊腔和近曲小管腔内有蛋白样物质沉积。

心肌呈脂肪变性,浊样肿胀和退行性变。

脾充血,脾脏及淋巴结中淋巴细胞明显减少,代之以大单核细胞和组织细胞。

脑组织可有小的出血灶及水肿,而无明显的炎症细胞浸润。

此外,尚可见皮肤、胃肠黏膜出血,胸腹腔少量积液。

三、流行病学。

(一)传染源。

按照传播方式,黄热病主要分为城市型和丛林型。城市型的主要传染源为患者和隐性感染者,特别是发病5日以内的患者,以“人—埃及伊蚊—人”的方式循环。丛林型的主要传染源为猴及其他非人灵长类动物,以“猴—非洲伊蚊或趋血蚊属等—猴”的方式循环,人因进入丛林被蚊叮咬而感染。

蚊叮咬感染病毒的人或非人灵长动物后,经8—12天可具传染性。受感染的蚊可终生携带病毒,并可经卵传代。

(二)传播途径。

主要经蚊叮咬传播。城市型黄热病传播媒介主要是埃及伊蚊。丛林型的媒介蚊种比较复杂,包括非洲伊蚊、辛普森伊蚊、趋血蚊属、煞蚊属等。

(三)人群易感性。

人对黄热病毒普遍易感。感染或接种疫苗可获得持久免疫力。

(四)流行特征。

1. 地区分布:主要流行于非洲和中南美洲的热带地区。
2. 季节分布:在流行地区全年均可发病,蚊媒活跃季节高发。

四、临床表现

潜伏期通常为 3—6 天,也可长达 10 天。

人感染黄热病毒后大多数无症状或轻症感染。典型病例临床过程可分为以下 4 期。

(一)感染期。

此期为病毒血症期,持续 3—5 天。

急性起病,寒战、发热(可达 39°C — 41°C),全身不适,头痛、畏光、腰骶部和下肢疼痛(特别是膝关节)、肌痛、厌食、恶心、呕吐、烦躁、易怒、头晕等,但症状无特异性。

体格检查可有相对缓脉,皮肤、结膜和牙龈充血,特征性舌苔改变(舌边尖红伴白苔),肝大和上腹压痛。

(二)缓解期。

发病 3—5 天后,患者进入缓解期,体温下降,症状减轻。大多数患者开始恢复,但约 15% 的患者在 48 小时之内病情再次加重,进入第三期(中毒期)。

(三)中毒期(肝肾损害期)。

此期特点是病情再次加重,出现多器官功能损伤表现,常累及肝脏、肾脏和血液系统等。临床表现为体温再次升高,黄疸逐渐加重,频繁呕吐,上腹痛,可出现多部位出血,如皮肤瘀点、瘀斑、鼻衄、黏膜出血,甚至腔道大出血、休克。肾功能异常,蛋白尿、血尿,尿量减少,甚至无尿。心电图可见 ST—T 异常,少数可出现急性心脏增大。神经系统表现为躁动、谵妄、昏迷,脑脊液检查压力明显增高,蛋白升高但白细胞升高不明显。进入中毒期的患者约有 50% 死亡。

(四)恢复期。

恢复期可持续2—4周。体温下降至正常,症状逐步消失,器官功能逐步恢复正常。但疲乏症状可持续数周。黄疸和转氨酶升高可持续数月。有报道患者可在恢复期死亡,多死于心律失常。

五、实验室检查

(一)一般检查。

血常规:外周血白细胞减少,中性粒细胞比例降低,血小板下降。

尿常规:蛋白尿,并有颗粒管型及红细胞。

粪便检查:大便隐血试验可阳性。

生化检查:血清转氨酶升高早于胆红素,门冬氨酸氨基转移酶(AST)升高程度高于丙氨酸转移酶(ALT),可达20000 U/L以上。血清胆红素也可明显升高,可达255—340 μ mol/L。还可见血氨升高、血糖降低等。

凝血功能检查:凝血酶原时间延长、凝血酶原活动度下降、凝血因子(II、V、VII、IX和X)下降。部分病例出现弥漫性血管内凝血(DIC)相应凝血功能异常。

肾功能检查:血肌酐水平升高。

心肌损伤标志物检查:心肌损害时血肌钙蛋白明显升高。

其他生化检查:肌红蛋白、血淀粉酶、脂肪酶、尿淀粉酶也可明显升高。

(二)血清学检查。

1. 血清特异性IgM抗体:采用ELISA、免疫荧光等方法检测,

捕获法检测 IgM 抗体的结果较为可靠。一般发病后第 5—7 天可检出 IgM 抗体,可持续数年。

2. 血清特异性 IgG 抗体:采用 ELISA、免疫荧光抗体测定 (IFA)、免疫层析等方法检测。

黄热病毒抗体与其他黄病毒属的登革病毒、寨卡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. 核酸检测:应用 RT-PCR 等核酸扩增技术检测血液、尿液及其他体液标本黄热病毒 RNA,可用于疾病早期诊断。

2. 病毒分离:发病后 5 天内患者血液或死亡病例的组织标本可用于病毒分离。可用新生乳鼠脑内接种或 Vero 细胞和 C6/36 细胞等敏感细胞,在 BSL-3 实验室培养分离病毒。

3. 抗原检测:使用免疫组化方法检测组织标本中的病毒抗原;采用 ELISA 方法检测血液等标本中的病毒抗原。

六、诊断及鉴别诊断

(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 天内有在黄热病流行地区居住或旅行史。

(2)临床表现:难以用其他原因解释的发热、黄疸、肝肾功能损

害或出血等。

2. 临床诊断病例:疑似病例且黄热病毒 IgM 抗体检测阳性。

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)黄热病毒核酸检测阳性。

(2)分离出黄热病毒。

(3)恢复期血清黄热病毒抗体滴度较急性期呈 4 倍及以上升高,同时排除登革热、寨卡病毒等其它常见黄病毒感染。

(三)鉴别诊断。

早期或轻型病例应与流行性感冒、伤寒、斑疹伤寒和拉沙热等鉴别;发热伴有黄疸者应与各种原因引起的肝损害、钩端螺旋体病等鉴别;发热伴出血和肾综合征出血热及其他病毒性出血热、登革热、蜱传回归热、恶性疟疾等鉴别。

本病可与疟疾、登革热同时发生。

七、治疗

本病无特效抗病毒药物治疗,主要为对症支持治疗。

(一)一般治疗。

急性期病人应卧床休息,采取有效防蚊隔离措施。密切观察病情变化,监测生命体征。有频繁呕吐、消化道出血时应禁食、静脉补液,维持水、电解质及酸碱平衡。

(二)对症和支持治疗。

高热时予物理降温,必要时予小剂量解热镇痛剂,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。禁用阿司匹林。

肝功能损害时,予保肝、降酶、退黄治疗,补充维生素K促进凝血因子合成,严重出血时补充凝血因子、血小板、新鲜血浆等,必要时输注红细胞。

急性肾损伤时,必要时可予肾脏替代治疗。

上消化道出血时可予质子泵抑制剂、凝血酶等治疗。

出现脑水肿时,予渗透性利尿剂(3%高渗盐水或者20%甘露醇)脱水治疗。

(三) 中医治疗。

1. 辨证选择口服中药汤剂。

(1) 湿热郁阻证(多见于感染期)

临床表现:发热、恶寒,头、身痛,骨节疼痛,羞明,厌食、呕、恶,烦躁、易怒,尿黄等。舌边尖红,苔白、厚腻,脉濡缓或浮数。

治法:清热化湿,透表解肌。

参考方药:甘露消毒丹合柴葛解肌汤加减。茵陈、黄芩、葛根、金银花、连翘、柴胡、苏梗、藿香、滑石、甘草等。

(2) 毒扰气营证(多见于中毒早期)

临床表现:再次壮热,汗出热不解,神昏、谵语。眼黄,尿黄、短赤。皮肤斑、疹,烦渴,呕吐、上腹痛。舌红、苔白或黄,脉濡或数。

治法:清气凉营,泻火解毒。

参考方药:清瘟败毒饮加减。生石膏、黄芩、生地、连翘、紫草、栀子、青蒿、丹皮、水牛角、土茯苓、甘草等。

(3) 瘀毒入血证(多见于中毒期)

临床表现:壮热不解,上腹痛,黄疸加深,可见躁扰不安或神昏不醒,肌肤瘀斑,吐血、衄血、便血或并见其他出血证,少尿,舌暗红,苔薄或腻,少津,脉细数。

治法:凉血止血,解毒化瘀。

参考药物:犀角地黄汤加减。水牛角、山栀子、生地黄、赤芍、丹皮、大小蓟、白茅根、紫珠草、侧柏炭、地榆、槐花、仙鹤草等。

(4) 阳气暴脱证(多见于休克)

临床表现:身热骤降,面色苍白,气短息微,大汗不止,四肢湿冷,烦躁不安或神昏谵语,肌肤斑疹或见各种出血。舌质淡红,脉微欲绝。

治法:回阳救逆,益气固脱。

参考方药:生脉散合四逆汤加减。红参(另煎兑入)、麦冬、五味子、熟附子、干姜、肉桂等。

(5) 余邪未净证(恢复期)

临床表现:倦怠无力,纳可,思饮,尿黄渐轻。舌淡、苔厚少津或少苔,脉细、数。

治法:清利余热,益气养阴。

参考方药:茵陈五苓散加减。茵陈、茯苓、泽泻、白术、石斛、麦冬等。

2. 辨证选择中成药或静脉滴注中药注射液。

可选择清热解毒、凉血化瘀、益气固脱、醒脑开窍类制剂。

八、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。

九、预防

(一)控制传染源。

对疑似、临床诊断和确诊病例应采取有效防蚊隔离措施。对来自黄热病疫区人员实施卫生检疫。

(二)切断传播途径。

防蚊灭蚊是本病的重要防控措施。

(三)保护易感人群。

前往黄热病流行区人员应在出发前至少 10 天接种黄热病疫苗,同时采取个人防蚊措施。

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 31 日印发

校对:李 亚