

《传染病报告规则》  
(2026 年版)

中国疾病预防控制中心  
2026 年 4 月

# 目 录

第一部分 甲乙丙目录传染病.....	5
一、鼠 疫 .....	6
二、霍 乱 .....	9
三、新型冠状病毒感染 .....	12
四、传染性非典型肺炎 .....	14
五、艾滋病 .....	16
六、甲 肝 .....	23
七、乙 肝 .....	25
八、丙 肝 .....	28
九、丁 肝 .....	30
十、戊 肝 .....	33
十一、脊髓灰质炎 .....	35
十二、人感染新亚型流感 .....	38
十三、麻 疹 .....	42
十四、流行性出血热 .....	45
十五、狂犬病 .....	47
十六、流行性乙型脑炎 .....	49
十七、登革热 .....	52
十八、猴 痘 .....	55
十九、炭 疽 .....	57
二十、细菌性痢疾 .....	60
二十一、阿米巴性痢疾 .....	63
二十二、肺结核 .....	66
二十三、伤寒和副伤寒 .....	73
二十四、流行性脑脊髓膜炎 .....	77
二十五、百日咳 .....	80
二十六、白 喉 .....	82
二十七、新生儿破伤风 .....	86
二十八、猩红热 .....	88
二十九、布鲁氏菌病 .....	91

三十、淋病 .....	94
三十一、梅毒 .....	97
三十二、钩端螺旋体病 .....	104
三十三、血吸虫病 .....	106
三十四、疟疾 .....	109
三十五、发热伴血小板减少综合征 .....	111
三十六、基孔肯雅热 .....	114
三十七、流行性感冒 .....	117
三十八、流行性腮腺炎 .....	119
三十九、风疹 .....	122
四十、急性出血性结膜炎 .....	125
四十一、麻风病 .....	127
四十二、流行性和地方性斑疹伤寒 .....	131
四十三、黑热病 .....	135
四十四、包虫病 .....	137
四十五、丝虫病 .....	139
四十六、手足口病 .....	141
四十七、其他感染性腹泻病 .....	143
<b>第二部分 重点监测传染病 .....</b>	<b>145</b>
一、中东呼吸综合征 .....	146
二、埃博拉病毒病 .....	149
三、寨卡病毒病 .....	152
四、尖锐湿疣 .....	154
五、生殖器疱疹 .....	157
六、水痘 .....	160
七、华支睾吸虫病 .....	164
八、生殖道沙眼衣原体感染 .....	167
九、恙虫病 .....	169
十、森林脑炎 .....	171
十一、人感染猪链球菌病 .....	173
十二、人粒细胞无形体病 .....	176
十三、黄热病 .....	179

十四、裂谷热 .....	181
十五、拉沙热 .....	183
十六、莱姆病 .....	185
十七、蜱传回归热 .....	188
十八、克里米亚刚果出血热 .....	190
十九、斑点热 .....	192
二十、尼帕病毒病 .....	194

# 第一部分 甲乙丙目录传染病

# 一、鼠 疫

## 【诊断报告类型】<sup>1</sup>

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

## 【诊断类型】

### （一）疑似病例

具有以下临床表现，且存在可能的鼠疫流行病学史。

#### 1. 临床表现

1.1 腺鼠疫。腺鼠疫是最常见的临床类型，主要表现为高热、淋巴结肿大，以腹股沟、腋下、颈部等单侧淋巴结为多见，主要特征为淋巴结迅速弥漫性肿胀，大小不等，质地坚硬，疼痛剧烈，与皮下组织粘连，失去移动性，周围组织亦可充血、出血。由于疼痛剧烈，患侧常呈强迫体位。

1.2 肺鼠疫。肺鼠疫可分为原发性肺鼠疫和继发性肺鼠疫两种类型。

1.2.1 原发性肺鼠疫。发病急骤，主要表现为寒战、高热，体温可达40~41℃，初期表现为干咳，继之咳嗽频繁，咳出稀薄泡沫痰，痰中带血或纯血痰，脉搏细速，呼吸急促，颜面潮红，眼结膜充血，口唇、颜面、四肢及全身皮肤发绀。若不及时给予有效治疗，常于发病1~3天内死亡。

1.2.2 继发性肺鼠疫。多继发于腺鼠疫或败血症型鼠疫，与原发性肺鼠疫表现类似，主要表现为病情突然加重，出现咳嗽、胸痛、呼吸困难，鲜红色泡沫样血痰等。

1.3 败血症型鼠疫。主要表现为畏寒、高热，剧烈头痛、谵妄、神志不清，脉搏细速、心律不齐、血压下降，呼吸窘迫，皮下及黏膜出血、腔道出血等，若不及时抢救常于发病1~3天内死亡。

1.4 肠鼠疫。主要表现为高热和呕吐、腹泻等消化道症状，呕吐和

<sup>1</sup> “—”代表无此诊断或报告类别，“○”代表有此诊断类别或报告类别。下同。

腹泻每天可达数十次，吐泻物中常混有血液和黏液，排便时腹痛。极易发展为败血症型鼠疫。

1.5 脑膜炎型鼠疫。多继发于败血症型鼠疫，主要表现为剧烈头痛、频繁呕吐、抽搐、谵语、昏睡，甚至昏迷。查体可见颈强直、布鲁津斯基征（Brudzinski）和克尼格征（Kernig）阳性。

1.6 眼鼠疫。主要表现为高热和急性化脓性结膜炎。

1.7 皮肤鼠疫。主要表现为皮肤出现红色丘疹伴疼痛，其后逐渐隆起，形成出血性疱疹，周边呈灰黑色，基底坚硬。可伴有发热等全身症状。

## 2. 流行病学史

2.1 患者在发病前 10 天内到过动物鼠疫流行区；

2.2 在发病前 10 天内接触过来自鼠疫疫区的疫源动物、动物制品，进入过鼠疫实验室或接触过鼠疫实验用品；

2.3 在发病前 10 天内接触过具有上述临床表现或明确诊断鼠疫的患者。

### （二）临床诊断病例

疑似病例具有以下任一项者。

1. 临床样本镜下可见革兰染色阴性、两极浓染的短小杆菌。

2. 鼠疫菌 F1 抗原阳性（胶体金、RIHA 或 ELISA 法）。

3. 单份血清鼠疫菌 F1 抗体阳性，且排除既往罹患鼠疫或接种过鼠疫疫苗。

### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例，具有以下任一项者。

1. 培养到鼠疫菌。

2. 鼠疫菌特异性基因 *cafI* 及 *pla*PCR 扩增均为阳性。

3. 血清鼠疫菌 F1 抗体阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。

### （四）排除鼠疫诊断

疑似病例至少满足以下其中 1 项，可排除鼠疫诊断。

1. 以下实验室检测结果至少 2 项为阴性。鼠疫菌 F1 抗原（胶体金、RIHA 或 ELISA 法）、直接镜检、PCR 检测、鼠疫菌培养、恢复期血清鼠

疫苗 F1 抗体检测,或恢复期血清 F1 抗体滴度与急性期相比无明显改变。

2. 当无法进行确诊病例的检测时,间隔 24 小时采集的两份临床样本鼠疫苗 F1 抗原检测(胶体金、RIHA 或 ELISA 法)均为阴性。

### 【报告要求】

鼠疫为甲类传染病,按照甲类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现鼠疫疑似病例、临床诊断病例、确诊病例,应于诊断后 2 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

责任报告单位和责任报告人等须对收到的传染病报告卡信息进行错项、漏项、逻辑错误等检查,县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时,应在 2 小时内完成订正诊断报告,订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时,可不更新诊断时间,也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时,应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时,应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重,重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准,重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.鼠疫诊疗方案(2023 版)[EB/OL]. 国卫办医急函〔2023〕482 号,2023:4-9.

[https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068348\\_56939.pdf](https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068348_56939.pdf)

## 二、霍乱

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	○	○	○	○
报告类型	○	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）病原携带者

无霍乱临床表现，但细菌培养到 O1 群或 O139 群霍乱弧菌产毒株。

#### （二）疑似病例

临床表现。典型霍乱病例的病程分为三期。

##### 1. 泻吐期。

以腹泻、腹部不适起病，初始为水样，带粪质，有鱼腥味，含有斑片状黏液的水样便，迅速变为米泔水样或无色透明水样，少数重症患者偶有出血，大便呈洗肉水样。呕吐多在腹泻后出现，常为喷射性和连续性，呕吐物先为胃内容物，后为清水样。多无发热、里急后重，少数可因腹直肌痉挛导致腹痛。

##### 2. 脱水期。

频繁的腹泻和呕吐导致大量水和电解质丢失，患者迅速出现脱水和微循环衰竭。重型患儿排便速度可达到 10~20ml/kg/h。严重脱水的典型表现为脉搏微弱或缺失，呼吸窘迫、窒息，甚至神志丧失。此期一般为数小时至 2~3 天。

##### 3. 恢复期。

症状缓解，腹泻次数减少。约 1/3 患者有反应性发热，极少数患者尤其是儿童可有高热。未经及时治疗，重型霍乱患者可在发病 12 小时内死亡，病死率可达 70%。妊娠期霍乱增加流产、早产和死胎的风险。

具有上述霍乱临床表现，符合以下任一项者。

1. 发病 5 天内有霍乱流行地区旅居史、不洁饮水或饮食史、与疑似霍乱患者或带菌者有共同暴露史或密切接触史；

2. 粪便、呕吐物或肛拭子标本霍乱弧菌抗原检测或动力—制动试验阳性；

3. 粪便、呕吐物或肛拭子标本培养到 O1 群或 O139 群霍乱弧菌但未进行 CT 毒素基因检测。

### （三）临床诊断病例

疑似病例日常生活用品或家居环境中培养到 O1 群或 O139 群霍乱弧菌产毒株。

### （四）确诊病例

疑似或临床诊断病例符合以下任一项者。

1. 粪便、呕吐物或肛拭子培养到 O1 群或 O139 群霍乱弧菌产毒株；
2. 粪便、呕吐物或肛拭子霍乱弧菌 CT 基因、种特异性基因、O1 群或 O139 群脂多糖特异性基因核酸检测阳性。

### 【报告要求】

霍乱为甲类传染病，按照甲类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现霍乱病原携带者、疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 2 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 2 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以

上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

**【依据】**

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.霍乱诊疗方案（2023 版）[EB/OL]. 国卫办医急函〔2023〕482 号,2023:3-7 .

[https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068087\\_98112.pdf](https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068087_98112.pdf)

### 三、新型冠状病毒感染

#### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	—	○
报告类型	—	—	—	○

#### 【诊断类型】

##### 确诊病例

根据流行病学史、临床表现、实验室检查等综合分析，作出诊断。新冠病毒核酸检测阳性为确诊的首要标准。

1. 具有新冠病毒感染的相关临床表现；
2. 具有以下一种或以上病原学、血清学检查结果。
  - 2.1 新冠病毒核酸检测阳性；
  - 2.2 新冠病毒抗原检测阳性；
  - 2.3 新冠病毒分离、培养阳性；
  - 2.4 恢复期新冠病毒特异性IgG 抗体水平为急性期4倍或以上升高。

#### 【报告要求】

新型冠状病毒感染为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

##### 1. 报告

1.1 各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现新型冠状病毒感染确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

1.2 需要填报临床严重程度。

##### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

##### 3. 订正

1.1 排除诊断时，应及时进行订正。

1.2 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

##### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

**【依据】**

国务院联防联控机制综合组. 新型冠状病毒感染防控方案（第十版）[EB/OL]. 联防联控机制综发〔2023〕5号,2023.

[https://www.gov.cn/xinwen/2023-01/07/content\\_5735448.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2023-01/07/content_5735448.htm)

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司. 新型冠状病毒感染诊疗方案（试行第十版）[EB/OL]. 国卫办医急函〔2023〕4号,2023:4-8.

[https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202301/6338a7b72d6d45cab2ac5e8af6b87b23/files/1734003027700\\_62929.pdf](https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202301/6338a7b72d6d45cab2ac5e8af6b87b23/files/1734003027700_62929.pdf)

## 四、传染性非典型肺炎

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	—	○
报告类型	—	—	—	○

### 【诊断类型】

#### 确诊病例

根据流行病学史、临床表现、实验室检查等综合分析，作出诊断。SARS-CoV 核酸检测阳性为确诊的首要标准。

1. 具有 SARS-CoV 感染的相关临床表现；
2. 具有以下一种或以上病原学、血清学检查结果。

2.1 SARS-CoV 核酸检测阳性；

2.2 获得 SARS-CoV 全长序列；

2.3 SARS-CoV 病毒分离、培养阳性；

2.4 恢复期 SARS-CoV 特异性 IgG 抗体水平为急性期 4 倍或以上升高。

### 【报告要求】

传染性非典型肺炎为乙类传染病，按照甲类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现传染性非典型肺炎确诊病例，应于诊断后 2 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 排除诊断时，应及时进行订正。

3.2 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### **【依据】**

《传染性非典型肺炎诊断标准》（WS286-2008）于 2008 年发布，迄今已历经 17 年，其间检测方法不断更新。新冠疫情暴发后，对冠状病毒的认识逐步深入，根据新冠病例的诊断标准对传染性非典型肺炎的诊断标准进行修订。根据流行病学史、临床表现、实验室检查等综合分析，作出诊断，SARS-CoV 核酸检测阳性为确诊的首要标准。

## 五、艾滋病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	—	○
报告类型	—	—	—	○

### 【诊断类型】

#### （一）HIV 感染

1. 成人、青少年及 18 个月龄以上儿童符合下列一项者即可诊断。

1.1 HIV 抗体筛查试验有反应和 HIV 抗体确证试验阳性；

1.2 HIV 抗体筛查试验有反应和核酸定性试验阳性；

1.3 HIV 抗体筛查试验有反应和核酸定量试验 $>5000$  CPs/mL；

1.4 有流行病学史或艾滋病相关临床表现，两次 HIV 核酸检测均为阳性；

1.5 HIV 分离试验阳性。

2. 18 个月龄及以下儿童符合下列一项者即可诊断。

2.1 为 HIV 感染母亲所生和两次 HIV 核酸检测均为阳性（第二次检测需在出生 4 周后采样进行）；

2.2 有医源性暴露史，HIV 分离试验结果阳性或两次 HIV 核酸检测均为阳性；

2.3 为 HIV 感染母亲所生和 HIV 分离试验阳性。

#### （二）AIDS

1. 成人及 15 岁（含 15 岁）以上青少年符合下列一项者即可诊断。

1.1 HIV 感染和  $CD4^+T$  淋巴细胞计数 $<200 / mm^3$ ；

1.2 HIV 感染和伴有至少一种成人 AIDS 指征性疾病。

2. 15 岁以下儿童符合下列一项者即可诊断。

2.1 HIV 感染和  $CD4^+T$  淋巴细胞百分比 $<25\%$ （ $<12$  月龄），或 $<20\%$ （ $12\sim36$  月龄），或 $<15\%$ （ $37\sim60$  月龄），或  $CD4^+T$  淋巴细胞计数 $<200 / mm^3$ （ $5\sim14$  岁）；

2.2 HIV 感染和伴有至少一种儿童 AIDS 指征性疾病。

#### 附。HIV 感染的临床表现

##### (一) 急性 HIV 感染综合征 (acute HIV infection syndrome)

初次感染 HIV 1 个月内出现的发热、咽痛、皮疹、肌肉关节痛、淋巴结肿大、头痛、腹泻、恶心、呕吐等的一组临床表现。

##### (二) 持续全身性淋巴腺病 (persistent generalized lymphadenopathy, PGL)

HIV 感染者无其他原因的腹股沟以外两处或两处以上的淋巴结肿大，直径>1cm，持续 3 个月以上。

##### (三) HIV 消耗综合征 (HIV wasting syndrome)

HIV 感染者或 AIDS 患者在半年内出现体重减少超过 10%，伴有持续发热超过 1 个月，或者持续腹泻超过 1 个月、食欲差、体虚无力等症状和体征。

##### (四) HIV 相关神经认知障碍 (HIV associated neurocognitive disorders)

由感染 HIV 所引起的感知和运动神经元的异常，影响日常工作，表现为健忘、注意力难以集中、思维缓慢、抑郁、细微运动功能损害等。

##### (五) 儿童 HIV 相关神经认知障碍 (infant HIV associated neurocognitive disorders)

感染 HIV 的儿童出现无其他原因的以下症状之一。

1. 大脑发育障碍或萎缩；
2. 智力障碍；
3. 对称性运动障碍；
4. 轻瘫；
5. 共济失调或步态紊乱。

##### (六) HIV 感染的临床表现分类

1. 成人及 15 岁 (含 15 岁) 以上青少年的临床表现分为 A 组、B 组和 C 组

###### 1.1 A 组临床表现

该组临床表现在免疫系统轻度缺陷时出现，包括如下任一项。

1.1.1 不明原因体重减轻，不超过原体重 10%；

1.1.2 反复发作的上呼吸道感染，近 6 个月内 $\geq 2$  次；

1.1.3 带状疱疹；

1.1.4 口角炎、唇炎；

1.1.5 反复发作的口腔溃疡，近 6 个月内 $\geq 2$  次；

1.1.6 结节性痒疹；

1.1.7 脂溢性皮炎；

1.1.8 甲癣。

### 1.2 B 组临床表现

该组临床表现在免疫系统中度缺陷时出现，包括如下任一项。

1.2.1 不明原因体重减轻，超过原体重 10%；

1.2.2 不明原因的腹泻，持续超过 1 个月；

1.2.3 不明原因的发热，间歇性或持续性超过 1 个月；

1.2.4 持续性口腔念珠菌感染；

1.2.5 口腔黏膜毛状白斑；

1.2.6 肺结核病（现症的）；

1.2.7 严重的细菌感染（如肺炎、体腔或内脏脓肿、脓性肌炎、骨和关节感染、脑膜炎、菌血症）；

1.2.8 急性坏死性溃疡性牙龈炎、牙周炎或口腔炎；

1.2.9 不明原因的贫血（血红蛋白 $< 80$  g/L）和中性粒细胞减少（中性粒细胞数 $< 0.5 \times 10^9/L$ ）或血小板减少（血小板数 $< 50 \times 10^9/L$ ），时间持续超过 1 个月。

### 1.3 C 组临床表现

该组临床表现在免疫系统重度缺陷时出现，为 AIDS 指征性疾病，包括如下任一项。

1.3.1 HIV 消耗综合征；

1.3.2 肺孢子菌肺炎；

1.3.3 食管念珠菌感染；

1.3.4 播散性真菌病（球孢子菌病或组织胞浆菌病）；

1.3.5 反复发生的细菌性肺炎，近 6 个月内 $\geq 2$  次；

1.3.6 慢性单纯疱疹病毒感染（口唇、生殖器或肛门直肠）超过 1 个月；

- 1.3.7 任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染；
  - 1.3.8 巨细胞病毒感染性疾病（除肝、脾、淋巴结以外）；
  - 1.3.9 肺外结核病；
  - 1.3.10 播散性非结核分枝杆菌病；
  - 1.3.11 反复发生的非伤寒沙门菌败血症；
  - 1.3.12 慢性隐孢子虫病（伴腹泻，持续>1个月）；
  - 1.3.13 慢性等孢球虫病；
  - 1.3.14 非典型性播散性利什曼病；
  - 1.3.15 卡波西肉瘤；
  - 1.3.16 脑或 B 细胞非霍奇金淋巴瘤；
  - 1.3.17 浸润性宫颈癌；
  - 1.3.18 弓形虫脑病；
  - 1.3.19 马尔尼菲青霉病；
  - 1.3.20 肺外隐球菌病，包括隐球菌脑膜炎；
  - 1.3.21 进行性多灶性脑白质病；
  - 1.3.21 HIV 相关神经认知障碍；
  - 1.3.22 有症状的 HIV 相关性心肌病或肾病。
2. 15 岁以下儿童的临床表现分为 D 组、E 组和 F 组
- 2.1 D 组临床表现
- 该组临床表现在免疫系统轻度缺陷时出现，包括如下任一项。
- 2.1.1 不明原因的肝脾肿大；
  - 2.1.2 结节性痒疹；
  - 2.1.3 反复发作或持续性上呼吸道感染；
  - 2.1.4 带状疱疹；
  - 2.1.5 广泛的疣病毒感染；
  - 2.1.6 广泛的传染性软疣感染；
  - 2.1.7 线形齿龈红斑；
  - 2.1.8 口角炎、唇炎；
  - 2.1.9 反复发作的口腔溃疡；
  - 2.1.10 不明原因的持续性腮腺肿大；
  - 2.1.11 甲癣。

## 2.2 E 组临床表现

该组临床表现在免疫系统中度缺陷时出现，包括如下任一项。

2.2.1 不明原因的中度营养不良；

2.2.2 不明原因的持续性腹泻；

2.2.3 不明原因的发热 ( $>37.5^{\circ}\text{C}$ )，反复或持续1个月以上；

2.2.4 口咽部念珠菌感染（出生6~8周内除外）；

2.2.5 口腔黏膜毛状白斑；

2.2.6 急性坏死性溃疡性牙龈炎、牙周炎或口腔炎；

2.2.7 淋巴结结核；

2.2.8 肺结核病；

2.2.9 反复发作的严重细菌性肺炎；

2.2.10 有症状的淋巴性间质性肺炎；

2.2.11 慢性 HIV 相关性肺病，包括支气管扩张；

2.2.12 不明原因的贫血（血红蛋白 $<80\text{ g/L}$ ）和中性粒细胞减少（中性粒细胞数 $<0.5\times 10^9/\text{L}$ ）和（或）慢性血小板减少（血小板数 $<50\times 10^9/\text{L}$ ）。

## 2.3 F 组临床表现

该组临床表现在免疫系统重度缺陷时出现，为 AIDS 指征性疾病，包括如下任一项。

2.3.1 不明原因的严重消瘦，发育或营养不良；

2.3.2 肺孢子菌肺炎；

2.3.3 食管、气管、支气管或肺念珠菌感染；

2.3.4 播散性真菌病（组织胞浆菌病或球孢子菌病）；

2.3.5 反复发作的严重细菌性感染，如脑膜炎、骨或关节感染、体腔或内脏器官脓肿、脓性肌炎（肺炎除外）；

2.3.6 肺外结核病；

2.3.7 播散性非结核分枝杆菌感染；

2.3.8 慢性单纯疱疹病毒感染（口唇或皮肤），持续1个月以上；

2.3.9 任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染；

2.3.10 巨细胞病毒感染，包括视网膜炎及其他器官的感染（新生儿期除外）；

2.3.11 慢性隐孢子虫病（伴腹泻）；

- 2.3.12 慢性隐孢子虫病；
- 2.3.13 有症状的 HIV 相关性心肌病或肾病；
- 2.3.14 卡波西肉瘤；
- 2.3.15 脑或 B 细胞非霍奇金淋巴瘤；
- 2.3.16 弓形虫脑病（新生儿期除外）；
- 2.3.17 马尔尼菲青霉菌病；
- 2.3.18 肺外隐球菌病，包括隐球菌脑膜炎；
- 2.3.18 进行性多灶性脑白质病；
- 2.3.10 HIV 相关神经认知障碍。

### 【报告要求】

艾滋病为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

1.1 各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现 HIV 感染者和 AIDS 患者，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

1.2 HIV 感染者发病日期填写为首次发现抗体阳性的初筛检测/核酸检测阳性日期；AIDS 患者发病日期填写为本次就诊日期。

1.3 HIV 感染者或 AIDS 患者诊断日期填写为接到确认（替代策略、核酸）检测阳性报告单的日期。

1.4 不论是否因艾滋病死亡，均须及时填报死亡日期进行死亡报告。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

（1）从阳性检测订正为确诊病例时，应在订正诊断为确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾病预防控制机构审核。

（2）排除诊断时，应及时进行订正。

（3）已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展

查重工作。

**【依据】**

国家卫生健康委员会. 艾滋病和艾滋病病毒感染诊断: WS 293—2019[S/OL]. 2019:3-12.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201901/7b1e6a7242084a67993f01cc14f8e960/files/1739781460870\\_69990.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201901/7b1e6a7242084a67993f01cc14f8e960/files/1739781460870_69990.pdf)

## 六、甲 肝

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

符合 1 和 2，可伴有 3 者。

1. 具有甲肝临床表现，发热、乏力和纳差、恶心、呕吐或者腹胀、便秘等消化道症状。肝脏肿大，伴有触痛或叩痛；有巩膜、皮肤黄染并排除其他疾病所致黄疸。

2. 血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）明显升高，可伴有血清总胆红素（TBIL）大于正常上限数值一倍以上和（或）尿胆红素阳性。

3. 发病前 2~7 周内有不洁饮食史或不洁饮水史；或与甲型肝炎急性患者有密切接触史；或当地出现甲型肝炎暴发或流行；或有甲型肝炎流行区旅行史。

#### （二）确诊病例

临床诊断病例同时血清学检测抗-HAV IgM 阳性或抗-HAV IgG 双份血清呈 4 倍升高。

### 【报告要求】

甲肝为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现甲肝临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

中华人民共和国卫生部.甲型病毒性肝炎诊断标准:WS 298—2008 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1-2.  
[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200907/41984/files/1739781393073\\_84682.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200907/41984/files/1739781393073_84682.pdf)

## 七、乙 肝

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	○	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似急性乙肝病例

HBsAg 阳性同时符合下列任一项可诊断。

1. 近期出现无其他原因可解释的乏力和消化道症状，可有尿黄、眼黄和皮肤黄疸。
2. 肝脏生化检查异常，主要是血清 ALT 和 AST 升高，可有血清胆红素升高。

#### （二）确诊急性乙肝病例

疑似病例同时符合下列任一项可诊断。

1. 有明确的证据表明 6 个月内曾检测血清 HBsAg 阴性。
2. 抗-HBc IgM 阳性 1:1000 以上。
3. 肝组织学符合急性病毒性肝炎改变。
4. 恢复期血清 HBsAg 阴转，抗 HBs 阳转。

#### （三）疑似慢性乙肝病例

符合 1 和 3，或 2 和 3，或 2 和 4。

1. 急性 HBV 感染超过 6 个月仍 HBsAg 阳性或发现 HBsAg 阳性超过 6 个月。
2. HBsAg 阳性持续时间不详，抗 HBc IgM 阴性。
3. 慢性肝病患者的体征如肝病面容、肝掌、蜘蛛痣和肝、脾肿大等。
4. 血清 ALT 反复或持续升高，可有血浆白蛋白降低和（或）球蛋白升高，或胆红素升高。

#### （四）确诊慢性乙肝病例

血清 HBeAg 阳性或可检出 HBV DNA，并排除其他导致 ALT 升高的

原因，符合 1 和 3，或 1 和 4，或 2 和 3，或 2 和 4。

1. 急性 HBV 感染超过 6 个月仍 HBsAg 阳性或发现 HBsAg 阳性超过 6 个月。

2. HBsAg 阳性持续时间不详，抗 HBc IgM 阴性。

3. 血清 ALT 反复或持续升高，可有血浆白蛋白降低和（或）球蛋白升高，或胆红素升高。

4. 肝脏病理学有慢性病毒性肝炎的特点。

#### （五）乙肝肝硬化

血清 HBsAg 阳性，或有明确的慢性乙肝病史，同时符合下列任一项者。

1. 血清白蛋白降低，或血清 ALT 或 AST 升高，或血清胆红素升高，伴有脾功能亢进（血小板或白细胞减少），或明确食管、胃底静脉曲张，或肝性脑病或腹水。

2. 腹部 B 型超声、CT 或 MRI 等影像学检查有肝硬化的典型表现。

3. 肝组织学表现为弥漫性纤维化及假小叶形成。

#### （六）乙肝病毒相关的原发性肝细胞癌

血清 HBsAg 阳性，或有慢性乙肝病史，同时符合下列任一项者。

1. 一种影像学技术（B 超、CT、MRI 或血管造影）发现 >2cm 的动脉性多血管性结节病灶，同时 AFP  $\geq 400 \mu\text{g/L}$ ，并能排除妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤及转移性肝癌。

2. 两种影像学技术（B 超、CT、MRI 或血管造影）均发现 >2cm 的动脉性多血管性结节病灶。

3. 肝脏占位性病变的组织学检查证实为肝细胞癌。

#### （七）慢性 HBV 携带者

疑似病例符合 1、2、3；确诊病例为疑似病例同时符合 4。

1. 血清 HBsAg 阳性史 6 个月以上。

2. 1 年内连续随访 3 次或以上，血清 ALT 和 AST 均在正常范围，且无慢性肝炎的体征如肝掌、蜘蛛痣、脾大等。

3. HBeAg 阳性，血清 HBVDNA 可检出。

4. 肝组织学检查无明显炎症、坏死和纤维化。

#### （八）非活动性 HBsAg 携带者

疑似病例符合 1、2、3；确诊病例为疑似病例同时符合 4。

1. 血清 HBsAg 阳性史 6 个月以上。

2. 1 年内连续随访 3 次以上，血清 ALT 和 AST 均在正常范围。

3. 血清 HBeAg 阴性，抗-HBe 阳性或阴性，血清 HBV DNA 检测不到。

4. 肝组织学检查无明显炎症或炎症轻微。

### 【报告要求】

乙肝为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现疑似病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从病原携带者或疑似病例订正为确诊病例时，应在订正诊断为确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.乙型病毒性肝炎诊断标准:WS 299—2008 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1-3.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200907/41983/files/1739781391673\\_36733.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200907/41983/files/1739781391673_36733.pdf)

## 八、丙 肝

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

抗-HCV 阳性且符合下列任一项。

1. 曾接受过血液、血液制品或其他人体组织、细胞成分治疗，或器官移植；有血液透析史、不安全注射史或其他有创操作史，如手术、腔镜、内镜、穿刺、导管、插管、口腔诊疗、针灸、美容、纹身、修脚等；有既往有偿供血史；有共用针具注射毒品史；职业暴露史；有与他人共用牙刷、剃须刀等日常生活接触史；有与 HCV 感染者无保护的性接触史；出生时其母亲为 HCV 感染者。

2. 大部分患者无明显症状和体征，部分患者有乏力、食欲减退、恶心、腹胀和右季肋部不适或疼痛。部分急性丙型肝炎患者可有轻度肝脾肿大，少数可伴低热或出现黄疸，部分可有关节疼痛等肝外表现。部分慢性丙型肝炎患者有肝病面容、黄疸、肝掌、蜘蛛痣及轻度肝、脾肿大。部分代偿期丙型肝炎肝硬化患者有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、黄疸及腹壁或食管、胃底静脉曲张，以及脾脏肿大和脾功能亢进。失代偿期丙型肝炎肝硬化患者有腹水、肝性脑病或消化道出血史。

3. 生化学检查异常。急性丙型肝炎患者多有血清 ALT、AST 升高，部分患者有胆红素升高。部分慢性丙型肝炎和丙型肝炎肝硬化患者有 ALT、AST 及胆红素升高。

#### （二）确诊病例

血液 HCV RNA 检测结果阳性。

1. 急性丙型肝炎。HCV RNA 阳性且符合下列任何一项。

1.1 有明确的就诊前 6 个月以内的流行病学史；

- 1.2 临床表现呈现急性丙型肝炎的特征；
- 1.3 肝组织病理学检查呈现急性丙型肝炎的特征；
- 1.4 其他辅助检查呈现急性丙型肝炎的特征；
- 1.5 抗-HCV 检测结果阴性，且排除免疫抑制状态。

2. 慢性丙型肝炎。抗-HCV 及 HCV RNA 均阳性，且符合下列任何一项。

- 2.1 HCV 感染超过 6 个月，或有 6 个月以前的流行病学史；
- 2.2 临床表现呈慢性丙型肝炎的特征；
- 2.3 肝组织病理学检查呈慢性丙型肝炎的特征；
- 2.4 影像学及其他辅助检查呈慢性丙型肝炎的特征；
- 2.5 流行病学史或感染时间不详，已排除急性丙型肝炎。

#### **【报告要求】**

丙肝为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现丙肝临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### **【依据】**

国家卫生和计划生育委员会.丙型肝炎诊断:WS 213—2018[S/OL]. 2018:1-3.[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/29997c16d2f24e639ab6c6f55105a9d0/files/1739781338526\\_15995.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/29997c16d2f24e639ab6c6f55105a9d0/files/1739781338526_15995.pdf)

## 九、丁 肝

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【诊断类型】

#### (一) 疑似病例

同时符合下列 1、2 外，可有 3 或 3、4 共同存在。

##### 1. 临床表现

1.1 乏力、食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、肝区不适或隐痛、尿黄、眼黄等，急性患者可有肝脏肿大、触痛或叩痛，慢性患者可有脾大、肝掌、蜘蛛痣等。

1.2 HBV 与 HDV 同时感染。成年急性 HBV 和 HDV 感染大多表现为自限性肝炎经过。急性丁型肝炎的症状体征与急性乙型肝炎的症状体征重叠出现，不能区分。如急性乙型肝炎患者有血清 ALT 和胆红素的双向升高，应怀疑为 HBV 与 HDV 的同时感染。

1.3 HBV 与 HDV 重叠感染。慢性 HBV 感染者突然出现病情活动或加重，或迅速发展为重型肝炎，应考虑重叠感染 HDV 的可能性。

2. 乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 阳性。

3. 血清 ALT 升高。

##### 4. 流行病学史

4.1 既往无 HBV 感染史。6 个月内接受过血及血制品或有其他医源性感染 HBV 和 HDV 的可能性、生活中同其他 HBV 感染者有密切接触 (尤其是性接触) 等。符合该病史者提示急性 HBV 与 HDV 同时感染的可能性。

4.2 既往有慢性 HBV 感染史。6 个月内接受过血及血制品或有其他医源性感染 HDV 的可能性、生活中同其他 HDV 感染者有密切接触 (尤其是性接触) 等。符合该病史者提示慢性 HBV 感染的基础上重叠急性 HDV

感染的可能性。

4.3 既往 HBV 感染史不详，近期偶然发现 HBV 感染（无急性起病的临床表现），此类患者多为慢性 HBV 感染。如同时检出 HDV 感染，则亦多为慢性 HDV 感染，即慢性 HBV 感染重叠慢性 HDV 感染。但不能区分是 HBV 与 HDV 的同时感染转为慢性，抑或是慢性 HBV 感染的基础上重叠 HDV 感染。

## （二）确诊病例

疑似病例同时下列 HDV 标志物检测任一项阳性。

1. 血清 HDAg 阳性；
2. 血清 HDVRNA 阳性；
3. 血清抗-HDV 阳性；
4. 血清抗-HDV IgM 阳性；
5. 肝组织 HDAg 阳性；
6. 肝组织 HDVRNA 阳性。

### 【报告要求】

丁肝为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现丁肝疑似病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在订正诊断为确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 丁型病毒性肝炎诊断标准: WS 300—2008 [S/OL]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:1-3.  
[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200908/42099/files/1739781395826\\_35491.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200908/42099/files/1739781395826_35491.pdf)

## 十、戊 肝

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

1. 急性戊型病毒性肝炎，无黄疸型。发病前 15~75 天内有不洁饮食（水）史或有接触戊型病毒性肝炎患者史，或到戊型病毒性肝炎高发区或流行区出差、旅游史。无其他原因可解释的持续乏力、食欲减退或其他消化道症状和（或）肝肿大伴有触痛或叩击痛。血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）明显升高。血清学排除急性甲、乙、丙型肝炎。

2. 急性戊型病毒性肝炎，黄疸型。符合无黄疸型急性戊肝所有表现，具有尿黄、皮肤巩膜黄疸，并排除其他疾病所致的黄疸，血清总胆红素（TBIL） $>17.1 \mu\text{mol/L}$ （10mg/L）和（或）尿胆红素阳性。

3. 戊型病毒性肝炎，急性肝衰竭。符合黄疸型急性戊肝所有表现，同时起病 14 天内出现乏力、消化道症状、黄疸等临床表现进行性加重，并可出现腹水和（或）神经精神症状（表现为烦躁不安，定向力障碍，甚至神志不清、嗜睡、昏迷），凝血酶原活动度进行性降低至 40% 以下。

4. 戊型病毒性肝炎，亚急性肝衰竭。符合黄疸型急性戊肝所有表现，同时起病 14 天以上至 6 个月出现上述肝衰竭表现。

#### （二）确诊病例

临床诊断病例同时血清学检测抗-HEVIgG 或抗-HEVIgM 阳性。

### 【报告要求】

戊肝为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现戊肝临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 戊型病毒性肝炎诊断标准: WS 301—2008 [S/OL]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200908/42097/files/1739781394495\\_78353.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200908/42097/files/1739781394495_78353.pdf)

# 十一、脊髓灰质炎

## 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	○	○	○	○

## 【诊断类型】

### （一）疑似病例

15 岁以下病因不明的任何急性弛缓性麻痹（AFP）病例，包括临床初步诊断为格林-巴利综合征（GBS）的病例，任何年龄临床怀疑为脊髓灰质炎的病例。

### （二）临床诊断病例

疑似病例具有一定的流行病学史，与确诊的脊髓灰质炎患者有接触史，或近期曾经到过世界卫生组织近期公布的脊髓灰质炎流行地区，或近期当地发生脊髓灰质炎野病毒输入事件，既往未接种或未全程接种口服脊髓灰质炎减毒活疫苗（OPV）或脊髓灰质炎灭活疫苗（IPV），同时符合下列中的一项。

1. 经过 3~35 天（一般为 5~14 天）潜伏期，早期可有发热、咽部不适，患者可烦躁不安、腹泻或便秘、多汗、恶心，肌肉酸痛等症状。热退后（少数可在发热过程中）出现不对称性弛缓性麻痹。神经系统检查发现肢体和（或）腹肌不对称性（单侧或双侧）弛缓性麻痹，躯体或肢体肌张力减弱、肌力下降深部腱反射减弱或消失。但无感觉障碍。麻痹 60 天后随访仍残留弛缓性麻痹（后期可出现肌萎缩）。

2. 发病前 6 周未接种 OPV 或 IPV，发病后未再接种 OPV 或 IPV，未接触疫苗病毒，麻痹后 1 个月内从脑脊液或血液中查到抗脊髓灰质炎病毒 IgM 抗体，或恢复期血清中和抗体或特异性 IgG 抗体滴度比急性期  $\geq 4$  倍升高。

### （三）确诊病例

疑似病例并且发病后从粪便、咽部、脑脊液、脑或脊髓组织中分离

到病毒，并鉴定为脊髓灰质炎野病毒。

#### （四）排除病例

符合下列一项可排除脊髓灰质炎诊断。

1. 疑似病例经实验室和临床检查有确凿证据诊断为非脊髓灰质炎的其他疾病。

2. 疑似病例的粪便、咽部、脑脊液、脑或脊髓组织未分离到脊髓灰质炎野病毒，或麻痹后1个月内脑脊液或血液特异性IgM抗体阴性，或恢复期血清中和抗体或特异性IgG抗体滴度比急性期无4倍升高者。

#### （五）与OPV有关的其他病例

1. 服苗者VAPP病例。疑似病例近期曾有OPV免疫史，且再服用OPV后4~35天内发热，6~40天出现急性弛缓性麻痹，符合脊髓灰质炎临床表现。麻痹后未再服用OPV，从粪便、咽部、脑脊液、脑或脊髓组织标本中分离到脊髓灰质炎疫苗病毒，该病毒和原始疫苗病毒Sabin株相比，I型和II型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异 $\leq 9$ 个，II型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异 $\leq 5$ 个。

2. 服苗接触者VAPP病例。疑似病例曾与OPV免疫者在服苗后35天内有密切接触史，接触6~60天后出现急性弛缓性麻痹；或发病前40天未服过OPV，符合脊髓灰质炎临床表现。麻痹后未再服用OPV，从粪便、咽部、脑脊液、脑或脊髓组织标本中分离到脊髓灰质炎疫苗病毒，该病毒和原始疫苗病毒Sabin株相比，I型和II型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异 $\leq 9$ 个，II型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异 $\leq 5$ 个。

3. VDPV病例。疑似病例符合脊髓灰质炎临床表现，发病后从粪便、咽部、脑脊液、脑或脊髓组织中分离到VDPV，其中，VDPV是指I型和III型脊髓灰质炎病毒，与原始疫苗病毒Sabin株比较，VP1编码区核苷酸序列变异 $\geq 10$ 个，且 $< 135$ 个（变异率 $> 1\%$ ，且 $< 15\%$ ）；II型脊髓灰质炎病毒，与原始疫苗病毒Sabin株比较，VP1编码区核苷酸序列变异 $\geq 6$ 个，且 $< 135$ 个（变异率 $> 0.6\%$ ，且 $< 15\%$ ）。

#### 【报告要求】

脊髓灰质炎为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现脊髓灰质炎病原携带者、疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会. 脊髓灰质炎诊断: WS 294—2016[S/OL]. 2016:1-3.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201606/55fca4a0e4b0458bba1659fda26c22e6/files/1739781433067\\_62307.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201606/55fca4a0e4b0458bba1659fda26c22e6/files/1739781433067_62307.pdf)

## 十二、人感染新亚型流感

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

临床表现多为发热，体温可达 39°C 以上，伴咳嗽、头痛、肌肉酸痛，还可伴有恶心、腹痛、腹泻等消化道症状。重症病例进展迅速，多在发病 5~7 天出现肺炎，多有中至重度 ARDS，部分出现休克、急性肾损伤、横纹肌溶解、弥漫性血管内凝血、Reye 综合征、急性坏死性脑病、细菌或真菌感染等并发症。轻者表现为上呼吸道感染症状，如鼻塞、流涕、咽痛、咳嗽等，或仅表现为结膜炎。

具备上述临床表现者，同时具备以下流行病学史中任何一项；

1. 发病前 14 天内，接触或处理过禽（尤其是病/死禽）及未经熟制加工的禽/蛋制品，或暴露于被禽的排泄物和分泌物污染的物品或环境；
2. 发病前 14 天内，曾经到过有活禽交易和/或宰杀的市场。
3. 发病前 14 天内，与人感染禽流感疑似或实验室确诊病例有过密切接触，包括共同生活、居住或陪护等。
4. 发病前 14 天内，居住、生活、工作或到访过的地区曾出现异常病/死禽。
5. 高危职业史。从事禽类饲养、贩卖、屠宰、加工、诊治等工作的职业人员；可能暴露于禽流感病毒或潜在感染性材料的实验室职业人员；未采取有效的个人防护措施，处置动物禽流感疫情的人员；未采取有效的个人防护措施，诊治、护理、调查、处置人感染禽流感疑似或实验室确诊病例的医疗卫生专业人员。

#### （二）确诊病例

符合疑似病例者，且具备病原学和血清学检查阳性结果中任何一项。

1. 禽流感病毒特异性核酸阳性;
2. 培养分离出禽流感病毒, 并经亚型鉴定确认;
3. 血清禽流感病毒 IgG 抗体阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。

### (三) 重型与危重型病例

#### 1. 重型

1.1 成人符合下列任何一条。

1.1.1 出现气促, 呼吸频率 (RR)  $\geq 30$  次/分;

1.1.2 静息状态下, 吸空气时指氧饱和度  $\leq 93\%$ ;

1.1.3 动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) /吸氧浓度 (FiO<sub>2</sub>)  $\leq 300$ mmHg

(1mmHg=0.133kPa);

高海拔(海拔超过 1000 米)地区应根据以下公式对 PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 进行校正。PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> $\times [760/\text{大气压 (mmHg)}]$ ;

1.1.4 临床症状进行性加重, 肺部影像学显示 24~48 小时内病灶明显进展  $> 50\%$ 者;

1.1.5 严重呕吐、腹泻, 出现脱水表现。

1.2 儿童符合下列任何一条。

1.2.1 持续高热超过 3 天;

1.2.2 出现气促 ( $< 2$  月龄, RR  $\geq 60$  次/分; 2~12 月龄, RR  $\geq 50$  次/分; 1~5 岁, RR  $\geq 40$  次/分;  $> 5$  岁, RR  $\geq 30$  次/分), 除外发热和哭闹的影响;

1.2.3 静息状态下, 吸空气时指氧饱和度  $\leq 93\%$ ;

1.2.4 出现辅助呼吸 (鼻翼扇动、三凹征);

1.2.5 出现嗜睡、惊厥;

1.2.6 拒食或喂养困难, 有脱水征。

#### 2. 危重型。

符合以下情况之一者。

2.1 出现呼吸衰竭, 且需要机械通气;

2.2 出现休克;

2.3 急性坏死性脑病;

2.4 合并其他器官功能衰竭需 ICU 监护治疗。

#### （四）鉴别诊断

1. 主要与季节性流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒、冠状病毒、肺炎支原体等其它病原体引起的呼吸道感染相鉴别，相应病原学检查阳性可鉴别。

2. 伴有腹泻等消化道症状者应与腺病毒、轮状病毒、诺如病毒等病原体引起的感染性腹泻相鉴别，相应病原学检查阳性可鉴别。

3. 伴有脑炎等脑病表现者应及时行脑脊液检查，并与其它病毒性脑炎如流行性乙型脑炎、单纯疱疹病毒脑炎、肠道病毒感染所致脑炎脑膜炎等相鉴别，相应病原学检查阳性可鉴别。

4. 伴有血小板降低表现者应与发热伴血小板减少综合征等相鉴别，大别班达病毒等核酸检测或特异性抗体阳性可鉴别。

#### 【报告要求】

人感染新亚型流感为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

##### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现人感染高致病性禽流感疑似病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

##### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

##### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在订正诊断为确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

##### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.人感染禽流感诊疗方案（2024 年版）[EB/OL]. 国卫办医急函（2024）268 号,2024:3-6.

<https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202407/430f72d43b4c4d70b12f0edbbf9ea>

f94/files/1734003043606\_85634.pdf

国家卫生健康委员会.人感染动物源性流感预防控制技术指南（试行）[EB/OL]. 国卫办应急函〔2021〕395号,2021:7-10.

[https://www.nhc.gov.cn/yjb/c100058/202108/3d89a3e2ded5404583860b0b4dbe5e56/files/1733999980678\\_34870.pdf](https://www.nhc.gov.cn/yjb/c100058/202108/3d89a3e2ded5404583860b0b4dbe5e56/files/1733999980678_34870.pdf)

## 十三、麻 疹

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例	其他监测病例
诊断类型	—	○	○	○	—
报告类型	—	○	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）监测病例

具有发热 ( $>37.3^{\circ}\text{C}$ )、出疹 (斑丘疹)，伴有咳嗽、卡他性鼻炎、结膜炎、淋巴结肿大、关节炎或关节痛等一种及以上症状，且排除已知病原所致发热出疹性疾病 (如水痘、猩红热、手足口病) 的病例。

#### （二）疑似病例

出疹前 7~21 天有麻疹患者接触史，或麻疹流行地区居住或旅行史，并有发热、流涕、咳嗽、流泪、畏光和斑丘疹等临床表现者。

#### （三）临床诊断病例

疑似病例，出现柯氏斑或有麻疹典型的皮疹特点及出疹顺序。

#### （四）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例，具有以下任一项者。

1. 麻疹病毒特异性核酸阳性；
2. 培养分离到麻疹病毒 (非疫苗株)；
3. 出疹后 28 天内麻疹病毒 IgM 抗体阳性 (采血前 8~56 天内无麻疹疫苗接种史)；
4. 血清麻疹病毒 IgG 抗体阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。

#### （五）排除病例

符合下列条件之一的监测病例、疑似病例、临床诊断病例，订正为排除麻疹风疹病例。

1. 血标本检测麻疹和风疹 IgM 结果均为阴性，病原学标本检测麻疹和风疹病毒核酸结果均为阴性，且不符合上述确诊病例和临床诊断病例

定义者；

2. 明确诊断为其他疾病者；

3. 麻疹或风疹疫苗相关病例。鉴定出麻疹或风疹疫苗株病毒，且未检测出麻疹或风疹野病毒；或同时符合以下 5 种情形。①有出疹，伴或不伴发热，无咳嗽等呼吸道症状；②接种含麻疹或风疹成分疫苗后 7~14 天之间出疹；③血标本在接种含麻疹或风疹成分疫苗后 8 周内采集，且检测麻疹和/或风疹 IgM 抗体阳性；④流行病学调查未发现该病例引起续发病例；⑤流行病学调查和实验室检测未发现其他致病因素。

### 【报告要求】

麻疹为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

1.1 各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现麻疹疑似病例、临床诊断病例、确诊病例、其他监测病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

1.2 符合“监测病例”标准的需进行报告，病例分类选择“其他监测病例”。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从其他监测病例或疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司. 麻疹诊疗方案  
(2024 年版) [EB/OL]. 国卫办医急函〔2024〕268 号,2024:3-8.  
[https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202407/430f72d43b4c4d70b12f0edbbf9ea-f94/files/1734003044007\\_38525.pdf](https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202407/430f72d43b4c4d70b12f0edbbf9ea-f94/files/1734003044007_38525.pdf)

国家疾病预防控制局综合司 国家卫生健康委员会. 麻疹风疹防控  
方案(2024 年版) [EB/OL]. 国疾控综传防发〔2024〕16 号,2024.  
[https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content\\_1866421563072040960.html](https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content_1866421563072040960.html)

## 十四、流行性出血热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

1. 发病前 2 个月内有疫区旅居史，或发病前 2 个月内与鼠类或其排泄物（粪、尿）、分泌物等有直接或间接接触史或可疑接触史。

2. 发热，可伴有乏力、恶心、呕吐、腹痛及腹泻等消化道症状。或充血、渗出和出血等毛细血管损害表现。如面潮红、颈潮红和胸部潮红（三红），酒醉貌，头痛、腰痛和眼眶痛（三痛），球结膜充血、水肿，皮肤出血点，重者可有腔道出血。且不支持其他发热性疾病诊断，或虽无明确流行病学史但临床症状典型者。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例至少符合以下任一项者。

1. 低血压休克；
2. 肾脏损害。尿蛋白、镜下或肉眼血尿，尿中膜状物，少尿或多尿；
3. 典型病程分为发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期和恢复期（五期经过）；
4. 发热期外周血白细胞计数增高和血小板减少，出现异型淋巴细胞；血液浓缩（低血压休克期）或血液稀释（少尿期）；
5. 尿蛋白阳性，可出现镜下血尿、管型尿。可有肉眼血尿和尿中膜状物；尿沉渣中可发现巨大的融合细胞；
6. 血肌酐、尿素氮升高。

#### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例至少符合以下任一项者。

1. 血清特异性 IgM 抗体阳性；

2. 恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍以上增高；
3. 从患者标本中检出汉坦病毒 RNA；
4. 从患者标本中分离到汉坦病毒。

### 【报告要求】

流行性出血热为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现流行性出血热疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.流行性出血热诊断标准: WS 278—2008 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39043/files/1739781371348\\_11972.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39043/files/1739781371348_11972.pdf)

中华人民共和国卫生部. 全国肾综合征出血热监测方案（试行） [EB/OL]. 2005:63-65.[https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/lxxcxr/jszl\\_lxxcxr/202409/W020240909342135715749.pdf](https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/lxxcxr/jszl_lxxcxr/202409/W020240909342135715749.pdf)

## 十五、狂犬病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

符合狂犬病临床表现的病例。

急性神经系统综合征（即脑炎）患者，主要表现为各种机能亢奋（狂躁型狂犬病）或者麻痹综合症（麻痹型狂犬病），如果没有重症监护支持，通常会在首发症状出现后的 7~10 天内进行性发展为昏迷和死亡，常见死因为呼吸循环衰竭。可能会出现以下症状。恐风、恐水、感觉异常或局部疼痛、吞咽困难、局部无力、恶心或呕吐。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例，同时具有与疑似狂犬病动物接触的可靠病史。

#### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例，实验室检测满足以下任何一项者。

1. 脑或颈后皮肤等组织样本中检测到病毒抗原；
2. 脑组织、颈后皮肤组织、唾液、脑脊液、血清等样本中检测到病毒核酸；
3. 未接种疫苗者的脑脊液或血清样本中检测到病毒特异性中和抗体；
4. 通过细胞培养或实验室动物接种，脑组织、唾液等样本中分离到狂犬病病毒。

### 【报告要求】

狂犬病为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现狂犬病疑

似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.狂犬病诊断标准:WS 281—2008[S/OL]. 北京:人民卫生出版社, 2008:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38806/files/1739781425288\\_73299.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38806/files/1739781425288_73299.pdf)

中华人民共和国卫生部.全国狂犬病监测方案(试行)[EB/OL]. 2005:129-130.

[https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/kqb/jswj\\_kqb/202409/W020240906525415522416.pdf](https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/kqb/jswj_kqb/202409/W020240906525415522416.pdf)

中国疾病预防控制中心.狂犬病预防控制技术指南(2016年版)[EB/OL]. 中疾控传防发(2016)10号,2016:7-17.

[https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/kqb/jswj\\_kqb/202409/P020240906525420231910.pdf](https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/kqb/jswj_kqb/202409/P020240906525420231910.pdf)

## 十六、流行性乙型脑炎

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### (一) 疑似病例

流行病学史。居住在乙脑流行地区且在蚊虫滋生季节发病，或发病前 25 天内蚊虫滋生季节曾去过乙脑流行地区。

有流行病学史并符合以下 1、2、3 项者诊断为疑似病例。

#### 1. 临床症状

急性起病，发热、头痛、喷射性呕吐，发热 2~3 天后出现不同程度的意识障碍，重症患者可出现全身抽搐、强直性痉挛或瘫痪等中枢神经症状，严重病例出现中枢性呼吸衰竭。临床分型分为 4 型。

1.1 轻型。发热，体温一般不超过 39℃；头痛、呕吐、精神萎靡，神志清楚，无抽搐，病程 7~10 天。

1.2 普通型。发热，体温 39~40℃；剧烈头痛，喷射性呕吐、烦躁、嗜睡、昏睡或浅昏迷，局部肌肉小抽搐，病程约 2 周。

1.3 重型。发热，体温 40℃ 以上；剧烈头痛，喷射性呕吐，很快进入昏迷，反复抽搐，病程约 3 周，愈后可留有后遗症。

1.4 极重型。起病急骤，体温在 1~2 天内上升至 40℃ 以上，反复或持续性剧烈抽搐，伴深昏迷，迅速出现脑疝及呼吸衰竭，病死率高，幸存者发生后遗症几率较高。

#### 2. 体征

浅反射消失、深反射亢进。脑膜刺激征和病理反射阳性、痉挛性瘫痪或去大脑强直。可伴有瞳孔大小改变、血压升高、心率减慢等颅内压升高体征。

#### 3. 血象

白细胞总数多在  $(10\sim 20) \times 10^9/L$ ，中性粒细胞可达 80% 以上。

## （二）临床诊断病例

疑似病例同时符合实验室脑脊液检测以下特征者。

脑脊液压力增高，外观清亮，白细胞计数增高，多在  $(50\sim 500) \times 10^6/L$ ，早期以多核细胞增高为主，后期以单核细胞增高为主，蛋白轻度增高，糖与氯化物正常。

## （三）确诊病例

临床诊断病例，同时符合以下血清学检查中任意一项者；或临床诊断病例，同时符合以下病原学检查中任意一项者。

### 1. 血清学检查

1.1 1 个月内未接种乙脑疫苗者，血液或脑脊液中抗乙脑病毒 IgM 抗体阳性；

1.2 恢复期血清中抗乙脑病毒 IgG 阳转或乙脑病毒中和抗体滴度比急性期有 4 倍或 4 倍以上升高。

1.3 急性期抗乙脑病毒 IgG 抗体阴性，恢复期阳性。

### 2. 病原学检查

2.1 早期感染者脑脊液或血清中分离出乙脑病毒。

2.2 在组织、血液或其它体液中通过直接免疫荧光或聚合酶链反应（PCR）检测到乙脑病毒抗原或特异性核酸。

## （四）排除病例

脑脊液呈非病毒性脑炎表现、或血清学实验阴性、或能够证实为其它疾病的疑似病例应排除乙脑诊断。

### 【报告要求】

流行性乙型脑炎为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现流行性乙型脑炎疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

中华人民共和国卫生部.流行性乙型脑炎诊断标准:WS 214—2008 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1-2.

<https://www.nhc.gov.cn/eveditor/uploadfile/2014/10/20141011154554184.PDF>

中华人民共和国卫生部. 全国流行性乙型脑炎监测方案[EB/OL]. 2006:29-30.

[https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.chinacdc.cn%2Fjkyj%2Fcrb2%2Fyl%2Flxxyxny%2Fjswj\\_lxxyxny%2F202409%2FW020240909369988632698.doc&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.chinacdc.cn%2Fjkyj%2Fcrb2%2Fyl%2Flxxyxny%2Fjswj_lxxyxny%2F202409%2FW020240909369988632698.doc&wdOrigin=BROWSELINK)

## 十七、登革热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

同时符合以下 1、2；或同时符合 2、3 可诊断为疑似病例。

1. 流行病学史。发病前 14 天内，曾经到过登革热流行区，或居住场所或工作场所周围 1 个月内曾出现过登革热病例。

2. 急性起病，突发高热，明显疲乏、厌食、恶心等，常伴有较剧烈的头痛、眼眶痛、全身肌肉痛、骨关节痛等症状，可伴面部、颈部、胸部潮红，结膜充血等。

3. 白细胞计数减少和/或血小板减少。

#### （二）临床诊断病例

符合疑似病例中的 1、2，并同时符合以下 1、2 中任一项和 3；或疑似病例同时符合以下 4、5 中任一项，可诊断为临床诊断病例。

1. 皮疹。于病程第 3~6 天在颜面四肢出现充血性皮疹或点状出血疹。典型皮疹为见于四肢的针尖样出血点及“皮岛”样表现等。皮疹分布于四肢躯干或头面部，多有痒感，不脱屑。持续 3~5 天。

2. 出血倾向。部分病人可出现不同程度的出血表现，如皮下出血、注射部位瘀点、牙龈出血、鼻衄及束臂试验阳性等。

3. 白细胞计数减少和/或血小板减少。

4. 登革病毒 IgM 抗体阳性。

5. 发病 5 天内的登革病毒 NS1 抗原检测阳性。

#### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例，并同时符合以下 1、2、3 中任一项可诊断为确诊病例。

1. 登革病毒恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍及以上增长或阳转。

2. 从急性期病人血液、脑脊液或组织等中分离到登革病毒。

3. 应用 RT-PCR 或实时荧光定量 RT-PCR 检出登革病毒核酸。

#### (四) 重症登革热

临床诊断病例或确诊病例，并同时符合以下 1、2、3 中任一项可诊断重症登革热。

1. 严重出血。皮下血肿，肉眼血尿，消化道、胸腹腔、阴道、颅内等部位出血。

2. 严重脏器损伤。急性心肌炎、急性呼吸窘迫综合征、急性肝损伤、急性肾功能不全、中枢神经系统损伤等表现。

3. 休克。心动过速、肢端湿冷、毛细血管充盈时间延长 $>3s$ 、脉搏细弱或测不到、脉压减小或血压测不到等。

#### 【报告要求】

登革热为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

1.1 各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现登革热疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

1.2 登革热病例需填报感染来源和是否重症。感染来源分为境外输入、外省输入、本地感染、不详。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

##### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会. 登革热诊断: WS 216—2018[S/OL]. 2018:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/d524df26df28453eada8371dc3565818/files/1739781364593\\_34028.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/d524df26df28453eada8371dc3565818/files/1739781364593_34028.pdf)

国家疾病预防控制中心综合司 国家卫生健康委员会. 登革热和基孔肯雅热防控方案(2026年版)[EB/OL]. 国疾控综传防发(2026)12号, 2026. [https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content\\_2042601950245457920.html](https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content_2042601950245457920.html)

## 十八、猴 痘

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【诊断类型】

#### （一）猴痘样症状者

不明原因急性皮疹（面部或口腔黏膜、四肢、生殖器或会阴、肛周等部位），伴发热（ $>37.3^{\circ}\text{C}$ ）或淋巴结肿大者。

#### （二）疑似病例

猴痘样症状者，发病前 21 天内具备以下流行病史中的任一项。

1. 有境外猴痘病例报告地区旅居史；
2. 有猴痘病例确诊病例或疑似病例接触史；
3. 有同性性行为，或性伴有同性性行为史；
4. 有地方性流行区可疑动物接触史。

#### （三）确诊病例

猴痘样症状者、疑似病例及密切接触者，经实验室检测猴痘病毒核酸检测阳性或病毒分离阳性者。

### 【报告要求】

猴痘为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现猴痘疑似病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在订正诊断为确诊病例后 24

小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家疾病预防控制局 国家卫生健康委员会. 猴痘防控方案（2023 年版）[EB/OL]. 国疾控传防发〔2023〕16 号,2023:3-5.

<https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100081/1715172949319086080/dD5BTO Pg.pdf>

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局. 猴痘诊疗指南（2022 年版）[EB/OL]. 国卫办医函〔2022〕202 号,2022:5-7.

<https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-07/01/5698880/files/d05564745c794a548a66f4b5395644e9.pdf>

## 十九、炭 疽

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

具有流行病学史，并具有以下2~6的临床表现之一者。

1. 流行病学史。发病前14天以内，接触过疑似炭疽的病、死动物或其残骸，或食用过疑似炭疽的病、死动物肉类或其制品，或吸入可疑炭疽芽孢杆菌污染的粉尘，或从事与毛皮等畜产品密切接触、与炭疽芽孢杆菌研究使用相关的职业，或在可能被炭疽芽孢污染的地区从事养殖、放牧、耕耘或挖掘等活动。

#### 2. 皮肤炭疽

手、前臂、面、颈等暴露部位的局部皮肤出现不明原因的斑疹、丘疹、水疱，周围组织肿胀及浸润，继而中央坏死形成溃疡性黑色焦痂，焦痂周围皮肤发红，肿胀，疼痛不显著，稍有痒感。典型皮肤损害表现为具有黑痂的浅溃疡，周边有小水疱，附近组织较为广泛的非凹陷性水肿。除皮损外，患者多出现发热、头痛、关节痛、全身不适以及局部淋巴结和脾肿大等症状和体征。少数严重病例，局部呈大片水肿和坏死。

#### 3. 肠炭疽

发热，腹胀，腹部剧烈疼痛，腹泻，通常为血样便或血水样便。可有恶心、呕吐，呕吐物中可含血丝及胆汁。可伴有消化道以外症状和体征。

#### 4. 肺炭疽

高热，呼吸困难，可有胸痛咳嗽，咳极黏稠血痰。肺部体征常只有散在的细湿啰音。胸部X线的主要表现为纵隔影增宽，胸腔积液。

#### 5. 脑膜炎型炭疽

剧烈头痛，呕吐，颈项强直，继而出现谵妄、昏迷、呼吸衰竭，脑脊液多为血性。多继发于 2~4，也可能直接发生。

#### 6. 败血症型炭疽

高热、寒战，感染性休克与弥漫性血管内凝血（DIC）表现，皮肤出现出血点或大片瘀斑，腔道出血，迅速出现呼吸与循环衰竭。多继发于 2~4，也可能直接发生。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例，并具有下列 1~5 中任何 1 项者；或具有明确的流行病学史，并具有典型的皮肤损害者。

1. 患者血清标本，抗炭疽特异性抗体检测阳性。
2. 患者临床标本，显微镜检查发现大量两端平齐呈串联状排列的革兰阳性大杆菌。
3. 患者临床标本，炭疽芽孢杆菌特异性核酸片段检测阳性。
4. 患者临床标本，炭疽芽孢杆菌抗原检测阳性。
5. 暴露动物标本或暴露环境标本，细菌分离培养获得炭疽芽孢杆菌。

#### （三）确诊病例

符合下列一项可诊断为确诊病例。

1. 疑似病例或临床诊断病例，且细菌分离培养患者临床标本获得炭疽芽孢杆菌。
2. 疑似病例或临床诊断病例，患者血清标本抗炭疽特异性抗体检测阳性，且双份血清抗炭疽特异性抗体出现阳转或滴度出现 4 倍或 4 倍以上升高者。

#### 【报告要求】

炭疽为乙类传染病，若发现肺炭疽，按照甲类传染病要求进行报告；若发现除肺炭疽外的其他类型炭疽，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

1.1 各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现肺炭疽疑似病例、临床诊断病例和确诊病例，应于诊断后 2 小时内进行网络直报。

1.2 各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现除肺

炭疽外的其他类型炭疽病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

2.1 肺炭疽病例县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

2.2 除肺炭疽外的其他类型炭疽病例县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从肺炭疽疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 2 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制机构审核。

从除肺炭疽外的其他类型炭疽疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生健康委员会. 炭疽诊断: WS 283—2020[S/OL]. 20201-3.  
[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/202005/594e9618a38f46ec9aa45e869d4d2ba6/files/1739781464947\\_17137.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/202005/594e9618a38f46ec9aa45e869d4d2ba6/files/1739781464947_17137.pdf)

中国动物疫病预防控制中心（农业农村部屠宰技术中心） 中国疾病预防控制中心. 炭疽防控技术要点（第一版）（2023 年版）[EB/OL]. 2023.  
[https://xmsyj.moa.gov.cn/zcjd/202308/t20230823\\_6434849.htm](https://xmsyj.moa.gov.cn/zcjd/202308/t20230823_6434849.htm)

## 二十、细菌性痢疾

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

腹泻，有脓血便或黏液便或水样便或稀便，伴有里急后重症状，尚未确定其他原因引起的腹泻者。

#### （二）临床诊断病例

同时具备 1，2 和 3 项并排除其他原因引起的腹泻。

##### 1. 流行病学史

患者有不洁饮食和（或）与菌痢患者接触史。

##### 2. 临床表现

2.1 潜伏期数小时至 7 天，一般 1~3 天。起病急骤，畏寒、寒战伴高热，继以腹痛、腹泻和里急后重，每天排便 10~20 次，但量不多，呈脓血便，并有中度全身中毒症状。重症患者伴有惊厥、头痛、全身肌肉酸痛，也可引起脱水和电解质紊乱，可有左下腹压痛伴肠鸣音亢进。

##### 2.2. 临床分型

2.2.1 急性普通型（典型）。起病急，畏寒、发热，可伴乏力、头痛、纳差等毒血症症状，腹泻、腹痛、里急后重，脓血便或黏液便，左下腹部压痛。

2.2.2 急性轻型（非典型）。症状轻，可仅有腹泻、稀便。

##### 2.2.3 急性中毒型

2.2.3.1 休克型（周围循环衰竭型）。感染性休克表现，如面色苍白、皮肤花斑、四肢厥冷、发绀、脉细速、血压下降等，可伴有急性呼吸窘迫综合征（acute respiratory distress syndrome, ARDS）。常伴有腹痛、腹泻。

2.2.3.2 脑型（呼吸衰竭型）。脑水肿甚至脑疝的表现，如烦躁不安、惊厥、嗜睡或昏迷、瞳孔改变，呼吸衰竭，可伴有 ARDS，可伴有不同程度的腹痛、腹泻。

2.2.3.3 混合型。具有以上两型的临床表现。

2.2.4 慢性。急性细菌性痢疾反复发作或迁延不愈病程超过 2 个月以上。

### 3. 粪便常规检查

白细胞或脓细胞 $\geq 15/HPF$ （400 倍），可见红细胞、吞噬细胞。

### （三）确诊病例

临床诊断病例且病原学检查，粪便培养志贺菌阳性。

#### 【报告要求】

细菌性痢疾为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现细菌性痢疾疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 细菌性和阿米巴性痢疾诊断标准: WS 287—2008[EB/OL]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:1-2.  
[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39040/files/1739781367464\\_91241.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39040/files/1739781367464_91241.pdf)

## 二十一、阿米巴性痢疾

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

起病较缓，腹泻，大便带血或黏液便有腥臭，难以确定其他原因引起的腹泻者。

#### （二）临床诊断病例

同时具备以下 3 条，或抗阿米巴治疗有效者。

##### 1. 流行病学史

进食不洁食物史。

##### 2. 临床分型

###### 2.1 急性阿米巴性痢疾（普通型）

起病缓慢，间歇性腹痛，右下腹部可有压痛，腹泻，黏液血便，典型呈果酱样。

###### 2.2 急性阿米巴性痢疾（重型）

起病急，高热伴明显中毒症状，剧烈腹痛、腹泻，大便每日数十次，大便为水样或血水样便，奇臭，可有脱水、电解质紊乱、休克表现。

###### 2.3 慢性阿米巴性痢疾

常为急性型的持续，病程超过数月，症状持续存在或反复发作。

###### 2.4 轻型

间歇性腹痛腹泻，症状轻微大便可检出阿米巴包囊。

##### 3. 实验室检测

粪便涂片检查可见大量红细胞、少量白细胞、夏科-雷登结晶。

#### （三）确诊病例

同时具备以下 2 条。

## 1. 临床分型

### 1.1 急性阿米巴性痢疾（普通型）

起病缓慢，间歇性腹痛，右下腹部可有压痛，腹泻，黏液血便，典型呈果酱样。

### 1.2 急性阿米巴性痢疾（重型）

起病急，高热伴明显中毒症状，剧烈腹痛、腹泻，大便每日数十次，大便为水样或血水样便，奇臭，可有脱水、电解质紊乱、休克表现。

### 1.3 慢性阿米巴性痢疾

常为急性型的持续，病程超过数月，症状持续存在或反复发作。

### 1.4 轻型

间歇性腹痛腹泻，症状轻微大便可检出阿米巴包囊。

## 2. 实验室检测

粪便涂片检查可见溶组织内阿米巴滋养体和（或）包囊。

### （四）排除阿米巴痢疾诊断

#### 1. 细菌性痢疾

症状较重，多有发热，腹痛重，里急后重，腹泻每日十至几十次，左下腹痛多见，粪便量少，为黏液脓血便，镜检白细胞或脓细胞 $\geq 15/HPF$ （400倍），可见红细胞，粪便培养可有志贺菌。

#### 2. 血吸虫病

有疫水接触史，有发热、尾蚴皮炎、肝肿大、腹痛、腹泻，黏液血性稀便。

#### 3. 肠结核

有消耗性发热、盗汗、营养障碍，腹泻与便秘交替，粪便多呈黄色稀糊状，带黏液而少脓血。血沉加快，PPD阳性等。

#### 4. 结肠癌

进行性贫血或排便不畅。晚期腹部可扪及包块，结肠镜检查和钡灌肠有助于诊断。

#### 5. 慢性非特异性溃疡性结肠炎

临床表现与阿米巴病较难区别。多次病原体检查阴性。结肠镜检查涂片查病原体及组织学检查以资鉴别。

#### 6. 慢性阿米巴病还需与克罗恩病相鉴别

可有腹泻、不规则发热、右下腹痛及不全性肠梗阻。可行结肠镜组织学检查进行鉴别。

### 【报告要求】

阿米巴性痢疾为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现阿米巴痢疾疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在订正诊断为临床诊断病例或确诊病例后 24 小时内再次进行报告，报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 细菌性和阿米巴性痢疾诊断标准: WS 287—2008[EB/OL]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:2-3.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39040/files/1739781367464\\_91241.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39040/files/1739781367464_91241.pdf)

## 二十二、肺结核

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

凡符合下列项目之一者。

1. 5岁以上儿童或成人仅胸部影像学检查异常，胸部影像学具备下列表现中任一条者。

##### 1.1 原发性肺结核

原发性肺结核主要表现为肺内原发病灶及胸内淋巴结肿大，或单纯胸内淋巴结肿大。儿童原发性肺结核也可表现为空洞、干酪性肺炎以及由支气管淋巴瘘导致的支气管结核。

##### 1.2 血型播散性肺结核

急性血行播散性肺结核表现为两肺均匀分布的大小、密度一致的粟粒阴影；亚急性或慢性血行播散性肺结核的弥漫病灶，多分布于两肺的上中部，大小不一，密度不等，可有融合。儿童急性血行播散性肺结核有时仅表现为磨玻璃样影，婴幼儿粟粒病灶周围渗出明显，边缘模糊，易于融合。

##### 1.3 继发性肺结核

继发性肺结核胸部影像表现多样。轻者主要表现为斑片、结节及索条影，或表现为结核瘤或孤立空洞；重者可表现为大叶性浸润、干酪性肺炎、多发空洞形成和支气管播散等；反复迁延进展者可出现肺损毁，损毁肺组织体积缩小，其内多发纤维厚壁空洞、继发性支气管扩张，或伴有多发钙化等，邻近肺门和纵隔结构牵拉移位，胸廓塌陷，胸膜增厚粘连，其他肺组织出现代偿性肺气肿和新旧不一的支气管播散病灶等。

##### 1.4 气管、支气管结核

气管及支气管结核主要表现为气管或支气管壁不规则增厚、管腔狭窄或阻塞，狭窄支气管远端肺组织可出现继发性不张或实变、支气管扩张及其他部位支气管播散病灶等。

### 1.5 结核性胸膜炎

结核性胸膜炎分为干性胸膜炎和渗出性胸膜炎。干性胸膜炎为胸膜的早期炎性反应，通常无明显的影像表现；渗出性胸膜炎主要表现为胸腔积液，且胸腔积液可表现为少量或中大量的游离积液，或存在于胸腔任何部位的局限积液，吸收缓慢者常合并胸膜增厚粘连，也可演变为胸膜结核瘤及脓胸等。

### 2.5 岁以下儿童

具备下列临床表现的同时具备流行病学史及免疫学检查中任一条者。

#### 2.1 临床表现

2.1.1 咳嗽、咳痰 $\geq$ 2周，或痰中带血或咯血、或伴胸痛。

2.1.2 儿童还常表现为低体重、营养不良、发育迟缓。

#### 2.2 流行病学史

有活动性肺结核患者接触史。

#### 2.3 免疫学检查

2.3.1 结核菌素皮肤试验，中度以上阳性。

2.3.2 结核分枝杆菌抗原皮肤试验阳性。

2.3.3  $\gamma$ -干扰素释放试验阳性。

#### (二) 临床诊断病例

经鉴别诊断排除其他肺部疾病，同时符合下列项目之一者。

1. 具备（一）1. 胸部影像学表现中任一条及（一）2.1 临床表现者；
2. 具备（一）1. 胸部影像学表现中任一条及免疫学检查结核菌素皮肤试验，中度以上阳性；
3. 具备（一）1. 胸部影像学表现中任一条及免疫学检查结核分枝杆菌抗原皮肤试验阳性者；
4. 具备（一）1. 胸部影像学表现中任一条及免疫学检查  $\gamma$ -干扰素释放试验阳性者；

5. 具备（一）1. 胸部影像学表现中任一条及结核分枝杆菌抗体阳性者；

6. 具备（一）1. 胸部影像学表现中任一条及肺外组织病理检查证实为结核病变者；

7. 具备（一）1.4 气管、支气管结核表现及支气管镜检查符合气管和支气管病改变。

### （三）确诊病例

#### 1. 痰涂片阳性肺结核诊断

凡符合下列项目之一者。

1.1 2 份痰标本涂片显微镜检查阳性者。

1.2 1 份痰标本涂片显微镜检查阳性者，同时具备（一）1.胸部影像学检查表现中任一条者。

1.3 1 份痰标本涂片显微镜检查阳性者，并且 1 份痰标本分枝杆菌培养阳性者。

#### 2. 仅分枝杆菌分离培养阳性肺结核诊断

符合胸部影像学检查中任一条，至少 2 份痰标本涂片阴性并且分枝杆菌培养阳性，菌种鉴定结核分枝杆菌复合群者。

#### 3. 分子生物学检查阳性肺结核诊断

符合胸部影像学检查中任一条及分子生物学检查，结核分枝杆菌核酸检测阳性者，包括基因检测（NGS）阳性。

#### 4. 肺组织病理学检查阳性肺结核诊断

结核病组织病理学检查，符合结核病组织病理改变者。

#### 5. 气管、支气管结核诊断

凡符合下列项目之一者。

5.1 气管、支气管病理学检查符合结核病组织病理改变者；

5.2 支气管镜检查符合结核病改变，以及气管、支气管分泌物涂片显微镜检查、分枝杆菌分离培养检查、分枝杆菌核酸检查任意一项阳性。

#### 6 结核性胸膜炎诊断

凡符合下列项目之一者。

6.1 胸水或胸膜病理学检查符合结核病组织病理改变者；

6.2 胸水涂片显微镜检查、分枝杆菌分离培养检查、分枝杆菌核酸检测任意一项阳性者。

#### (四) 排除肺结核诊断

##### 1. 影像呈浸润表现的肺结核鉴别

影像呈浸润表现的肺结核应与细菌性肺炎、肺真菌病和肺寄生虫病等感染性肺疾病相鉴别。细菌性肺炎常有受凉史，多伴血白细胞升高，抗感染治疗病灶吸收较快；肺真菌病常有长期应用抗生素、免疫抑制剂或患有免疫疾病史，痰真菌培养阳性，血 G 试验及 GM 试验阳性，抗炎、抗结核治疗无效，抗真菌治疗有效；肺寄生虫病患者常有在流行地区居住史，食污染食物及饮生水史，痰内或胸水查到虫卵，血清特异性抗体检查有助于诊断。

##### 2. 肺结核病鉴别

肺结核球与周围型肺癌、炎性假瘤、肺错构瘤和肺隔离症等相鉴别。周围型肺癌患者常以咳嗽、胸痛就诊或体检发现病灶，病灶多有分叶、毛刺，多无卫星病灶，患者痰中可找到瘤细胞，经皮肺穿刺活检或经支气管镜肺活检病理检查常能确诊；炎性假瘤是一种病因不明炎性肉芽肿病变，患者以前曾有慢性肺部感染史，抗炎治疗病灶逐渐缩小；肺错构瘤常为孤立病灶，呈爆米花样阴影；肺隔离症以 20 岁年轻人较多，不伴肺内感染时可长期无症状，病变好发于肺下叶后基底段，以左下肺多见，密度均匀、边缘清楚，很少钙化，血管造影及肺放射性核素扫描可见单独血供，可确诊。

##### 3. 血行播散性肺结核鉴别

血行播散性肺结核与支气管肺泡细胞癌、肺含铁血黄素沉着症和弥漫性肺间质病相鉴别。肺泡细胞癌患者多无结核中毒症状，胸闷、气短症状明显，可以有较多泡沫样痰液，病灶多发生于双肺中下肺野，分布不均匀，痰中检查可查到癌细胞，经皮肺活检、经支气管镜肺活检常能确诊；肺含铁血黄素沉着症患者常有反复咳嗽、咯血及缺铁性贫血症状，有过敏、二尖瓣狭窄、肺出血-肾炎综合征等病史，阴影中下肺野分布较多，患者痰巨噬细胞内发现含铁血黄素颗粒可助诊断，确诊通常依靠经皮肺组织活检或经支气管镜肺活检病理检查；弥漫性肺间质病患者病史较长，进行性呼吸困难，部分患者有粉尘接触史，阴影以中下肺野、内

中带较多，患者未并发感染时，多无发热，低氧血症明显，确诊通常需肺活检病理检查。

#### 4. 支气管淋巴结结核鉴别

支气管淋巴结结核与中央型肺癌、淋巴瘤和结节病相鉴别。肺癌患者年龄多在 40 岁以上，患者早期可有刺激性干咳、血痰，多无结核中毒症状；淋巴瘤为淋巴系统的恶性肿瘤，可表现单侧或双侧肺门淋巴结肿大，患者多伴血色素降低、浅表部位淋巴结肿大；结节病是原因不明的全身性肉芽肿疾病，影像学表现双侧肺门或纵隔淋巴结肿大，结核菌素试验多为阴性，Kveim 试验阳性，血管紧张素转化酶升高，肾上腺皮质激素治疗有效，以上疾病确诊通常需支气管镜检查或超声内镜检查并病理检查。

#### 5. 肺结核空洞鉴别

肺结核空洞与癌性空洞、肺囊肿和囊性支气管扩张相鉴别。肺癌性空洞洞壁多不规则，空洞内可见结节状突起，空洞周围无卫星灶，空洞增大速度较快；肺囊肿为肺组织先天性异常，多发生在肺上野，并发感染时，空腔内可见液平，周围无卫星灶，未并发感染时可多年无症状，病灶多年无变化；囊性支气管扩张多发生在双肺中下肺野，患者常有咳大量脓痰、咯血病史，薄层 CT 扫描或碘油支气管造影可助诊断。

#### 6. 结核性胸膜炎鉴别

结核性胸膜炎与各种漏出性胸腔积液、癌性胸腔积液和肺炎旁胸腔积液相鉴别。心源性胸腔积液、肝性胸腔积液和肾性胸腔积液，临床上积液多为双侧，有原发病病史，无结核中毒症状，胸水密度 1.016，蛋白含量 < 30g/L，通常为漏出液，原发病好转后胸水很快吸收。肿瘤胸膜转移及胸膜间皮瘤，患者常有剧痛，胸水多为血性，胸水瘤细胞及胸膜活检特别是胸腔镜下直视活检病理检查可助诊断。肺炎旁胸腔积液患者有感染史，抗感染治疗后胸水很快吸收。

#### 7. 肺结核与非结核分枝杆菌肺病鉴别

非结核分枝杆菌肺病临床表现酷似肺结核病。多继发于支气管扩张、矽肺和肺结核病等慢性肺病，也是人类免疫缺陷病毒（HIV）感染或获得性免疫缺陷综合征（AIDS）的常见并发症。常见临床症状有咳嗽、咳痰、咯血、发热等。胸片可表现为炎性病灶及单发或多发薄壁空洞，纤

维硬结灶、球形病变及胸膜渗出相对少见。病变多累及上叶的尖段和前段。但亦约有 20%~50%的病人无明显症状。痰抗酸染色涂片检查阳性，无法区别结核分枝杆菌与非结核分枝杆菌，只有通过分枝杆菌培养菌型鉴别方可鉴别。其病理组织学基本改变类似于结核病，但非结核分枝杆菌肺病的组织学上改变以类上皮细胞肉芽肿改变多见，无明显干酪样坏死。胶原纤维增生且多呈现玻璃样变，这是与结核病的组织学改变区别的主要特点。目前尚无特效治疗非结核分枝杆菌肺病的化学药物和标准的化疗方案，且多数非结核分枝杆菌对抗结核药物耐药，故主张抗结核药物与其他抗生素联合使用，方案中药物以 3~5 种为宜，一般情况下，非结核分枝杆菌肺病在抗酸杆菌阴转后仍需继续治疗 18~24 个月，至少 12 个月，与肺结核化疗方案明显不同。

### 【报告要求】

肺结核为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现肺结核疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.肺结核诊断:WS 288—2017[S/OL].

2017:1-4.[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201712/a452586fd21d4018b0ebc00b89c06254/files/1739781446584\\_64021.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201712/a452586fd21d4018b0ebc00b89c06254/files/1739781446584_64021.pdf)

## 二十三、伤寒和副伤寒

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### (一) 疑似病例

符合 1 或 2 或 3 或 4 或 5 或以下之一者可诊断为疑似病例。

1. 同时符合 1.1 中任何一项和不明原因持续发热。

##### 1.1 流行病学史

1.1.1 病前 30 天内曾到过或生活在伤寒、副伤寒流行区。

1.1.2 有伤寒、副伤寒患者、带菌者密切接触史。

1.1.3 有喝生水等不良卫生习惯。

2. 同时符合不明原因持续发热和特殊中毒面容（表情淡漠，呆滞），相对缓脉，皮肤玫瑰疹，肝脾肿大中任何一项体征者。

3. 同时符合不明原因持续发热和实验室检测嗜酸性粒细胞减少或消失、白细胞总数正常或低下。

4. 在伤寒、副伤寒流行地区，不明原因持续发热或反复发热 3 天或以上，体温  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ，伴头痛、乏力、腹部不适等症状，但实验室检验结果尚未明确的病例。

5. 具有发热等症状（持续发热或反复发热 3 天及 3 天以上（体温  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）），部分患者伴有头痛、乏力、畏寒、腹痛、腹泻或便秘等消化道症状），同时具有下列情况之一者。

5.1 流行病学史（发病前 30 天内有伤寒、副伤寒流行区旅居史或有喝生水或进食生冷食物等不良卫生习惯；或与伤寒及副伤寒患者存在共同的水源或食源性暴露史；或有伤寒、副伤寒患者或带菌者密切接触史）；

5.2 任一临床体征[特殊临床表现（表情淡漠，呆滞，反应迟钝），相对缓脉，皮肤玫瑰疹，肝脾肿大]；

5.3 外周血象(白细胞总数正常或低下、嗜酸性粒细胞减少或消失)。

#### (二) 临床诊断病例

符合 1 或 2 或 3 或 4 或以下之一者可诊断为临床诊断病例。

1. 同时符合不明原因持续发热、特殊中毒面容(表情淡漠,呆滞),相对缓脉,皮肤玫瑰疹,肝脾肿大中任何一项体征和实验室检测嗜酸性粒细胞减少或消失、白细胞总数正常或低下。

2. 同时符合不明原因持续发热、特殊中毒面容(表情淡漠,呆滞),相对缓脉,皮肤玫瑰疹,肝脾肿大中任何一项体征和血清特异性抗体阳性。肥达氏反应“O”抗体凝集效价 $\geq 1:80$ ,伤寒或副伤寒鞭毛抗体凝集效价 $\geq 1:160$ ,恢复期血清效价 4 倍以上增高。

3. 符合以下临床症状和实验室检查的病例作为临床诊断病例。不明原因持续发热或反复发热 5 天或以上,体温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ,头痛、全身乏力、表情淡漠、相对缓脉、伴消化道症状或皮肤充血或多系统受累表现,白细胞总数低或正常。

#### (三) 确诊病例

1. 同时符合不明原因持续发热和恢复期血清中特异性抗体效价较急性期血清特异性抗体效价增高 4 倍以上。

2. 同时符合不明原因持续发热和从血、骨髓、粪便、胆汁中任一种标本分离到伤寒沙门菌或副伤寒沙门菌。

3. 疑似或临床诊断病例基础上,自血、骨髓、粪便、尿液、胆汁任一种标本中分离到伤寒沙门菌或副伤寒沙门菌或自血、骨髓、胆汁任一种标本中伤寒沙门菌或副伤寒沙门菌特异性核酸片段检测阳性或恢复期特异性抗体效价较急性期升高 4 倍及以上。

#### (四) 排除伤寒和副伤寒诊断

##### 1. 上呼吸道病毒感染

起病较急,多伴有上呼吸道症状,病程常在一周以内。无相对缓脉,无肝脾大,无玫瑰疹,伤寒的病原学与血清学检查均为阴性。

##### 2. 斑疹伤寒

有虱咬史,多见于冬季,起病较急,脉快。多有结膜充血。第 4 日至第 5 日出现皮疹,可遍及全身。外斐反应阳性。

##### 3. 急性粟粒性肺结核

患者可有结核史或与结核病患者密切接触史。发热不规则，可有盗汗及呼吸道症状，脉搏增快。胸片可见大小一致、对称、均匀分布的粟粒性病变。抗结核治疗有效。

#### 4. 革兰阴性杆菌败血症

常有胆道、泌尿道或腹腔内感染等原发病灶。起病急，发热常呈弛张热型，常伴有寒战，多汗，病程中易出现休克、弥散性血管内凝血(DIC)等。白细胞总数虽不高，但中性粒细胞比例增高。血培养可检出致病菌。

#### 5. 恶性组织细胞病

病情进展快而凶险，高热，不规则热型，出血与贫血显著。血常规可见全血细胞减少，骨髓中可见恶性组织细胞，淋巴结活检有助于确诊。

### 【报告要求】

伤寒和副伤寒为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现伤寒和副伤寒疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.伤寒副伤寒诊断标准:WS208—2008 [S/OL].

北京:人民卫生出版社,2008:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38811/files/1739781438970\\_47204.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38811/files/1739781438970_47204.pdf)

中华人民共和国卫生部. 全国伤寒、副伤寒监测方案(试行)  
[EB/OL]. 2005:217-218.

[https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/y1/shhfsh/jswj\\_shhfsh/202409/W020240909349970239658.pdf](https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/y1/shhfsh/jswj_shhfsh/202409/W020240909349970239658.pdf)

## 二十四、流行性脑脊髓膜炎

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

流脑流行季节，有流脑相关临床表现或脑脊液检查符合化脓性脑膜炎表现者。

#### （二）临床诊断病例

同时符合以下两项者。

1. 疑似病例伴有皮肤黏膜瘀点、瘀斑。
2. 瘀点（斑）组织液、脑脊液涂片可见革兰染色阴性肾型双球菌。

#### （三）确诊病例

疑似或临床诊断病例，具有以下任一项者。

1. 血液、脑脊液和瘀点（斑）组织液培养到脑膜炎奈瑟菌；
2. 血液、脑脊液和瘀点（斑）组织液脑膜炎奈瑟菌核酸检测阳性；
3. 脑膜炎奈瑟菌特异性多糖抗原检测阳性；
4. 血清 IgG 抗体阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。

#### （四）排除流行性脑脊髓膜炎诊断

##### 1. 其他细菌引起的化脓性脑膜炎

##### 1.1 肺炎链球菌感染

多见于 5 岁以下儿童，大多数继发于肺炎、中耳炎、鼻窦炎和颅脑外伤。

##### 1.2 流感嗜血杆菌感染

多见于婴幼儿，多数继发于中耳炎、鼻窦炎、结膜炎及社区获得性肺炎。

##### 1.3 葡萄球菌感染

包括金黄色葡萄球菌和凝固酶阴性葡萄球菌，多继发于皮肤感染、血管内导管引起的血流感染、颅脑术后感染。

上述细菌感染均无明显季节性，以散发为主，无皮肤黏膜瘀点、瘀斑，确诊有赖于细菌学检查。

## 2. 结核性脑膜炎

起病缓慢，病程较长，有低热、盗汗、消瘦等结核消耗症状，神经系统症状出现晚，无瘀点、瘀斑，脑脊液以单核细胞为主，蛋白质增加，糖和氯化物减少；脑脊液涂片可检出抗酸染色阳性杆菌；外周血 T-SPOT、脑脊液结核杆菌培养或结核杆菌核酸检测阳性可助诊断。

### 【报告要求】

流行性脑脊髓膜炎为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现流行性脑脊髓膜炎疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.流行性脑脊髓膜炎诊疗方案（2023 年版）[EB/OL]. 国卫办医急函〔2023〕482 号, 2023:3-7.

[https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068133\\_63694.pdf](https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068133_63694.pdf)

## 二十五、百日咳

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

具有以下任一项者。

1. 阵发性痉挛性咳嗽，病程 $\geq 2$ 周；
2. 婴儿有反复发作的呼吸暂停、窒息、紫绀和心动过缓症状，或有间歇的阵发性咳嗽，有百日咳流行病学暴露史或者确诊病例接触史；
3. 大龄儿童、青少年、成人持续2周以上咳嗽，不伴发热，无其他原因可解释，有百日咳流行病学暴露史或者确诊病例接触史。

#### （二）临床诊断病例

具有以下任一项者。

1. 疑似病例，且外周血白细胞和淋巴细胞增多，明显高于相应年龄正常范围；
2. 阵发性痉挛性咳嗽，病程 $\geq 2$ 周，与百日咳确诊病例有明确的流行病学关联（与首发或者继发病例发病间隔5~21天）。

#### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例，具有以下任一项者。

1. 培养到百日咳鲍特菌；
2. 百日咳鲍特菌核酸检测阳性；
3. PT-IgG 抗体阳转或恢复期较急性期滴度呈4倍及以上升高（排除婴幼儿1年内接种含百日咳成分疫苗或既往感染）。

#### （四）排除百日咳诊断

1. 百日咳样综合征

副百日咳杆菌、呼吸道合胞病毒、腺病毒及其他呼吸道病毒、肺炎支原体、肺炎衣原体等引起的呼吸道感染，部分患者临床表现、血常规、肺部影像学表现可与百日咳类似。鉴别主要依靠病原学检查。

## 2. 慢性咳嗽

支气管淋巴结结核、气管支气管异物及其他病因引起的慢性咳嗽，也可引起刺激性阵发性咳嗽，但通常无典型咳嗽末吸气性鸡鸣样吼声。可根据血常规、肺部影像学、病原学进行鉴别。

### 【报告要求】

百日咳为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现百日咳疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.百日咳诊疗方案（2023 年版）[EB/OL]. 国卫办医急函〔2023〕483 号,2023:3-6.  
[https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068417\\_92469.pdf](https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003068417_92469.pdf)

## 二十六、白 喉

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

具备以下临床表现之一者。

##### 1. 咽白喉

最常见，占发病人数的80%左右。根据病情轻重又分为4型。

1.1 轻型 全身及咽部症状均较轻，假膜呈点状或小片状，常局限于扁桃体上，有时可无假膜，但白喉杆菌培养阳性。

1.2 普通型 全身症状有轻至中度发热、乏力、食欲减退、恶心、呕吐、咽痛等，伴有扁桃体肿大，表面有灰白色片状假膜，可逐渐扩大，延及咽喉壁。常有颌下淋巴结肿大及压痛。

1.3 重型 全身中毒症状明显，有高热、面色苍白、明显乏力、恶心、呕吐、咽痛明显，严重者出现血压下降。扁桃体和咽部水肿，假膜延至咽部及鼻咽部，甚至整个口腔，呈灰白色和黑色。口腔有腐臭味，颈部淋巴结肿大，颈部有明显的软组织肿胀，称为“牛颈”，常并发心肌炎和周围神经炎。

1.4 极重型 起病急，病情进展快。假膜范围广泛，多呈黑色，并有局部坏死，口腔有特殊的腐臭味，扁桃体和咽部出现高度肿胀，可影响呼吸和吞咽，颈部到锁骨上窝软组织明显水肿，出现重度“牛颈”。全身中毒症状严重，并发有严重心肌炎和周围神经炎，亦有血小板减少、出血等表现，病死率极高。

##### 2. 喉白喉

原发性喉白喉少见，多为咽白喉向下扩散所致。起病较缓，全身中毒症状轻，起病时呈犬样咳嗽，声音嘶哑，甚至失音。重者出现吸气性

呼吸困难，呼吸道梗阻而窒息。

### 3. 鼻白喉

原发性鼻白喉少见，多由咽白喉扩展而来。全身症状轻，局部表现为鼻塞、流浆液血性鼻涕，鼻孔周围皮肤红、糜烂或结痂，鼻前庭或中隔上可见白色假膜。

### 4. 其他部位的白喉

其他部位的白喉少见，皮肤、眼结膜、耳、外阴、新生儿脐部、食管等处偶尔可见发生白喉。均有局部炎症、假膜形成，全身症状轻，但在疾病传播上有重要意义。

#### （二）临床诊断病例

符合疑似病例的基础上实验室检查咽拭子直接涂片镜检可见革兰氏阳性棒状杆菌，并有异染颗粒。

同时参考流行病学史，多在秋冬季节发病或一周内与白喉病人有直接或间接接触史。

#### （三）确诊病例

符合疑似病例同时符合下列实验室检查中任一项者。

1. 白喉杆菌分离培养阳性并证明能产生外毒素；
2. 病人急性期和恢复期血清特异性抗体 4 倍或 4 倍以上增长。

#### （四）排除白喉诊断

##### 1. 咽白喉应与下列疾病鉴别

###### 1.1 急性扁桃体炎

起病急，高热，咽部疼痛较重，扁桃体充血水肿明显，表面脓性分泌物附着疏松，不超出扁桃体范围，且易擦去。

###### 1.2 鹅口疮

病变躲在口腔黏膜两侧，呈乳白色斑块状融合，疏松易剥离，全身中毒症状轻，多见于久病体弱幼儿或长期应用广谱抗生素者。

###### 1.3 奋森咽峡炎

本病主要在齿龈或咽部有坏死，溃疡和假膜形成，口有恶臭。涂片可见梭形杆菌和螺旋体。

##### 2. 喉白喉应与下列疾病鉴别

###### 2.1 急性咽炎

该病多发生于婴幼儿，起病急，呼吸困难有日轻夜重现象。咽部无假膜形成。

## 2.2 气管异物

异物吸入后呛咳明显，多无发热，咽部无假膜，可有局限性肺气肿，肺不张，纵隔摆动等。

## 3. 鼻白喉应与下列疾病鉴别

### 3.1 鼻腔异物

有异物史，直接窥检可见异物。

### 3.2 慢性鼻炎

分泌物不呈血性，无假膜。

### 【报告要求】

白喉为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现白喉疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 白喉诊断标准: WS 275—2007[S/OL]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38798/files/1739781418382\\_24143.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38798/files/1739781418382_24143.pdf)

## 二十七、新生儿破伤风

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

符合 1 和 2 或 1 和 3 为临床诊断病例。

1. 潜伏期为 3~14 天，以 4~7 天发病较多。一般新生儿破伤风发病在婴儿出生后 2~28 天。

2. 起病初期患儿哭闹，烦躁不安，吮乳困难，继之面部肌肉抽动，呈苦笑面容，渐发展至牙关紧闭，发病 1~2 天内即出现抽搐，四肢阵发性强直性痉挛，腹直肌痉挛强直如板状，颈项强直呈角弓反张。一般无发热或只有低热。

3. 轻微刺激，如声、光、轻触、饮水、轻刺等常诱发痉挛发作。用压舌板检查咽部，越用力下压，压舌板反被咬得越紧，不能打开口腔。

#### （二）确诊病例

符合临床诊断病例，同时符合下列流行病学和实验室检测中任一项者。

1. 有不洁接生史，用未经消毒的工具对新生儿进行断脐；或有用未经消毒的物品包扎、涂抹新生儿脐带史；

2. 分娩过程中新生儿局部外伤未经消毒处理史；

3. 取脐部或伤口处分泌物标本直接涂片后镜检可见革兰染色阳性细菌；

4. 脐部或伤口处分泌物破伤风杆菌培养阳性。

### 【报告要求】

新生儿破伤风为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现新生儿破伤风临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.新生儿破伤风诊断标准: WS 272—2007[S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2007:1.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38796/files/1739781407149\\_50160.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38796/files/1739781407149_50160.pdf)

## 二十八、猩红热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### (一) 疑似病例

有发热、咽峡炎及典型皮疹等临床表现，且外周血白细胞及中性粒细胞升高者。

猩红热临床表现分4型。

1. 普通型。急性起病，可表现为高热伴咽痛，发病后次日出现皮疹，皮疹始见于耳后、颈及上胸部，1天内蔓延至全身。典型的皮疹为在皮肤充血的基础上有猩红色弥漫细小斑丘疹，压之褪色，皮疹隆起如“鸡皮疙瘩”，顶端可见粟粒状小疱疹；面部皮肤充血，口、鼻周围充血不明显，形成“口周苍白圈”；在腋下、肘部及腹股沟的皮肤皱褶处，皮疹密集，色深红，间或有出血点，呈横线状，称之为“帕氏线”。皮疹多在1周内消退，1周末至第2周开始脱屑，躯干常呈糠样脱屑，皮疹严重者四肢、手掌、足底可出现片状脱皮。部分患者在病程1~2天出现舌苔厚白，舌乳头红肿，突出于白苔之上，以舌尖及边缘处显著，称为“草莓舌”。2~3天后白苔脱落，舌面光滑呈牛肉色，味蕾仍较明显，称为“杨梅舌”。

2. 脓毒型。在上述临床表现基础上，咽峡出现严重化脓性炎症，渗出物多，形成脓性假膜，局部粘膜可坏死、形成溃疡。细菌扩散到附近组织，导致化脓性中耳炎、鼻窦炎、乳突炎及颈淋巴结炎甚至颈部蜂窝织炎，亦可引起败血症及迁延性化脓性病灶。

3. 中毒型。全身中毒症状明显，高热、头痛、剧烈呕吐，惊厥、神志不清，甚至昏迷，可出现中毒性心肌炎、中毒型肝炎及中毒性休克综合征。

4. 外科型及产科型。病原菌从皮肤创伤处或产道侵入而致病，皮疹首先出现在伤口周围，可有局部化脓病灶，然后向全身蔓延，常无咽峡炎。

### （二）临床诊断病例

疑似病例并同时符合当地有本病发生及流行，有与猩红热患者或与扁桃体炎、咽峡炎、中耳炎、丹毒等链球菌感染患者接触史。

### （三）确诊病例

疑似或临床诊断病例，具有以下任一项者。

1. 扁桃体或伤口等处分泌物或渗出物培养到 GAS；
2. 咽拭子等标本中 GAS 核酸检测阳性；
3. GAS 抗原检测阳性；
4. ASO 阳转或恢复期较急性期滴度呈 2 倍及以上升高。

### 【报告要求】

猩红热为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现猩红热疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.猩红热诊断标准:WS 282—2008[S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38805/files/1739781423616\\_68642.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38805/files/1739781423616_68642.pdf)

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司. 猩红热诊疗方案(2023年版)[EB/OL]. 国卫办医急函〔2023〕483号,2023:3-6.

[https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003067695\\_25109.pdf](https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202312/7553bd72c9934f4ca72327b361d111be/files/1734003067695_25109.pdf)

## 二十九、布鲁氏菌病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

符合“流行病学史”，并同时符合“临床表现”即为疑似病例。

##### 1. 流行病学史

发病前病人与疑似布鲁氏菌感染的家畜、畜产品有密切接触史，或生食过牛、羊乳及肉制品，或生活在布鲁氏菌病疫区；或从事布鲁氏菌培养、检测或布鲁氏菌疫苗生产、使用等工作。

##### 2. 临床表现

出现持续数日乃至数周发热（包括低热），多汗，乏力，肌肉和关节疼痛等。部分患者淋巴结、肝、脾和睾丸肿大，少数患者可出现各种各样的皮疹和黄疸；急慢性期患者可以表现为骨关节系统损害。

#### （二）临床诊断病例

符合疑似病例并同时符合以下任一项即为临床诊断病例。

1. 虎红平板凝集试验（RBT）结果为阳性。
2. 胶体金免疫层析试验（GICA）结果为阳性。
3. 酶联免疫吸附试验（ELISA）结果为阳性。
4. 布鲁氏菌培养物涂片革兰染色检出疑似布鲁氏菌。

#### （三）确诊病例

符合疑似或临床诊断病例并同时符合以下任一项即为确诊病例。

1. 从病人血液、骨髓、其他体液及排泄物等任一种病理材料培养物中分离到布鲁氏菌。
2. 试管凝集试验（SAT）滴度为 1:100++及以上，或者患者病程持续一年以上且仍有临床症状者滴度为 1:50++及以上。

3. 补体结合试验（CFT）滴度为 1:10++及以上。
4. 抗人免疫球蛋白试验（Coomb's）滴度为 1:400++及以上。

#### （四）隐性感染

符合“流行病学史”，并同时符合以下任一项，且不符合“临床表现”即为隐性感染。

1. 从病人血液、骨髓、其他体液及排泄物等任一种病理材料培养物中分离到布鲁氏菌。
2. 试管凝集试验（SAT）滴度为 1:100++及以上，或者患者病程持续一年以上且仍有临床症状者滴度为 1:50++及以上。
3. 补体结合试验（CFT）滴度为 1:10++及以上。
4. 抗人免疫球蛋白试验（Coomb's）滴度为 1:400++及以上。

#### 【报告要求】

布鲁氏菌病为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

##### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现布鲁氏菌病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

##### 2. 审核

县级疾病预防控制中心应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

##### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

##### 4. 查重

县级疾病预防控制中心每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家卫生健康委员会.布鲁氏菌病诊断: WS 269—2019[S/OL]. 2019: 2-3.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201901/0ccfdbde58d9413fabe0fe803c0bafe6/files/1739781463441\\_71074.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201901/0ccfdbde58d9413fabe0fe803c0bafe6/files/1739781463441_71074.pdf)

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.布鲁氏菌病诊疗方案(2023年版)[EB/OL]. 国卫办医急函〔2023〕482号, 2023:4-7.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100378/202312/c946629db4454bc3a0766adef06306b7/files/1734003068605\\_77840.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100378/202312/c946629db4454bc3a0766adef06306b7/files/1734003068605_77840.pdf)

国家卫生和计划生育委员会.全国布鲁氏菌病监测工作方案[EB/OL]. 国卫办疾控函〔2018〕141号, 2018:2-4.

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.nhc.gov.cn%2Fewebeditor%2Fuploadfile%2F2018%2F03%2F20180320170640205.doc&wdOrigin=BROWSELINK>

## 三十、淋 病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

男性淋菌性尿道炎病例符合“流行病学史”和“临床表现”；其他病例符合“流行病学史”、“临床表现”和“涂片革兰染色镜检阳性”。

##### 1. 流行病学史

有不安全性行为史，或性伴感染史，或多性伴史。新生儿患者的母亲有淋病史。

##### 2. 临床表现

###### 2.1 潜伏期

1~10天，常为3~5天。

###### 2.2 无合并症淋病

2.2.1 男性淋菌性尿道炎出现尿道黏液脓性或脓性分泌物，可伴有尿频、尿急、尿痛。严重者可出现龟头、包皮内侧红肿、糜烂。查体可见尿道口红肿充血及脓性分泌物。

2.2.2 女性主要为宫颈炎，部分患者可无明显症状。可同时或单独有尿道炎，有症状者常出现白带增多、发黄。妇科检查时宫颈充血、红肿，宫颈口有黏液脓性分泌物。女童患者表现为弥漫性阴道炎继发外阴炎，

##### 3. 有合并症淋病

部分患者可出现合并症，男性主要为附睾炎、睾丸炎和前列腺炎。女性主要为盆腔炎，包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、腹膜炎等，以及前庭大腺炎、前庭大腺脓肿。

##### 4. 泌尿生殖道外的淋病

4.1 淋菌性眼炎。新生儿和成人的淋菌性眼炎表现为睑结膜充血水

肿，有较大量脓性分泌物。

4.2 淋菌性咽炎。多数患者无症状或症状轻微，少数可表现为咽部疼痛、灼热，吞咽困难。

4.3 淋菌性直肠炎。多数患者为无症状感染，少数表现为肛门瘙痒、疼痛或坠胀感，排便时加重，有脓性分泌物排出。

#### 5. 播散性淋球菌感染

临床罕见。表现为发热、寒战、皮损、关节疼痛等。严重者可发生淋菌性脑膜炎、心内膜炎等。

#### 6. 实验室检查

涂片革兰染色镜检。临床疑似患者取分泌物，涂片，做革兰染色镜检，可见典型的多形核白细胞内革兰阴性双球菌。

### (二) 确诊病例

男性淋菌性尿道炎病例符合“流行病学史”和“临床表现”，同时符合以下任一项；其他病例符合“流行病学史”和“临床表现”，同时符合“淋球菌培养阳性”或“淋球菌核酸检测阳性”。

1. 涂片革兰染色镜检。临床疑似患者取分泌物，涂片，做革兰染色镜检，可见典型的多形核白细胞内革兰阴性双球菌。

2. 淋球菌培养。取尿道或宫颈分泌物，或其他临床标本做淋球菌培养阳性。

3. 淋球菌核酸检测。取尿液、尿道或宫颈分泌物标本做淋球菌核酸检测阳性。

### 【报告要求】

淋病为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现淋病疑似病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报

告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家卫生健康委员会.淋病诊断: WS 268—2019[S/OL]. 2019:1-3.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201901/36db68138ceb4f7d8c326b62cd185856/files/1739781462183\\_24844.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201901/36db68138ceb4f7d8c326b62cd185856/files/1739781462183_24844.pdf)

中国疾病预防控制中心性病控制中心 中华医学会皮肤性病学分会性病学组 中国医师协会皮肤科医师分会性病亚专业委员会. 梅毒、淋病和生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(03) : 168-179. DOI: 10.35541/cjd.20190808

# 三十一、梅毒

## 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

## 【诊断类型】

### （一）一期梅毒

#### 1. 疑似病例

应同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做非梅毒螺旋体血清学试验）”或“非梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做梅毒螺旋体血清学试验）”。

##### 1.1 流行病学史

多数有不安全性行为史，或性伴感染史，或多性伴史。

##### 1.2 临床表现

1.2.1 硬下疳。外生殖器性接触部位出现直径约 1~2cm 的圆形或椭圆形溃疡，界限清楚，一般为单发；触诊基底质韧，呈软骨样硬度；无明显疼痛或触痛。

1.2.2 腹股沟或患部近位淋巴结肿大。可为单侧或双侧，无痛，相互孤立而不粘连，质硬，不化脓破溃，其表面皮肤无发红、发热表现。

##### 1.3 实验室检查

###### 1.3.1 梅毒螺旋体血清学试验。

阳性。如感染不足 4 周，该试验亦可为阴性，应于感染 4 周后复查。

###### 1.3.2 非梅毒螺旋体血清学试验。

阳性。如感染不足 6 周，该试验可为阴性，应于感染 6 周后复查。

#### 2. 确诊病例

同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“暗视野显微镜检查或镀银染色检查或核酸扩增试验阳性”。或同时符合“梅毒螺旋体血清学试验阳性”和“非梅毒螺旋体血清学试验阳性”。

2.1 暗视野显微镜检查、镀银染色检查或核酸扩增试验。

硬下疳损害刮取渗液或淋巴结穿刺液可查见梅毒螺旋体，或核酸扩增试验检测梅毒螺旋体核酸阳性。

## （二）二期梅毒

### 1. 疑似病例

应同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做非梅毒螺旋体血清学试验）”或“非梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做梅毒螺旋体血清学试验）”。

#### 1.1 流行病学史

多数有不安全性行为史，或性伴感染史，或多性伴史；或有输血史（供血者为早期梅毒病人）。可有一期梅毒史，病期在2年以内。

#### 1.2 临床表现

1.2.1 皮损。呈多形性，包括斑疹、斑丘疹、丘疹、丘疹鳞屑疹及脓疱疹等，常泛发对称；掌跖部易见暗红斑及脱屑性斑丘疹；外阴及肛周可见湿丘疹及扁平湿疣；口腔可发生黏膜斑；可发生虫蚀样脱发。二期复发梅毒，皮损局限，数目较少，形态奇异，常呈环状、弓形或弧形。

1.2.2 全身浅表淋巴结可肿大。

1.2.3 可出现梅毒性骨关节损害、眼损害、听力损害、神经系统及其他内脏损害等。

#### 1.3 实验室检查

1.3.1 梅毒螺旋体血清学试验。

阳性。

1.3.2 非梅毒螺旋体血清学试验。

阳性。

### 2. 确诊病例

应同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“暗视野显微镜检查或镀银染色检查或核酸扩增试验阳性”。或同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“梅毒螺旋体血清学试验阳性”和“非梅毒螺旋体血清学试验阳性”。

2.1 暗视野显微镜检查、镀银染色检查或核酸扩增试验。

二期梅毒皮损如扁平湿疣、湿丘疹及黏膜斑，其刮取渗液可查见梅毒螺旋体，或核酸扩增试验检测梅毒螺旋体核酸阳性。

### （三）三期梅毒

#### 1. 疑似病例

应同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做非梅毒螺旋体血清学试验）”或“非梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做梅毒螺旋体血清学试验）”。

##### 1.1 流行病学史

多数有不安全性行为史，或性伴感染史，或多性伴史。可有一期或二期梅毒史。病期2年以上。

##### 1.2 临床表现

1.2.1 晚期良性梅毒。皮肤黏膜损害表现为头面部及四肢伸侧的结节性梅毒疹，大关节附近的近关节结节，皮肤、口腔、舌咽树胶肿，上腭及鼻中隔黏膜树胶肿可导致上腭及鼻中隔穿孔和马鞍鼻。也可发生骨梅毒及其他内脏梅毒，累及骨骼及关节、呼吸道、消化道、肝脾、泌尿生殖系及内分泌腺等。

1.2.2 神经梅毒。可发生脑膜神经梅毒（出现头痛、呕吐、颈项强直等）、脑膜血管梅毒（出现闭塞性脑血管综合征表现如偏瘫、失语、癫痫性发作）、脑实质梅毒（出现麻痹性痴呆、脊髓痨等）。也可伴发或单独发生眼梅毒、耳梅毒。

1.2.3 心血管梅毒。可发生单纯性主动脉炎、主动脉瓣闭锁不全、主动脉瘤等。

##### 1.3 实验室检查

###### 1.3.1 梅毒螺旋体血清学试验。

阳性。

###### 1.3.2 非梅毒螺旋体血清学试验。

阳性。

#### 2. 确诊病例

2.1 应同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“梅毒螺旋体血清学试验阳性”和“非梅毒螺旋体血清学试验阳性”；或“组织病理检查阳性”。

2.2 诊断神经梅毒还应符合“脑脊液 VDRL 试验阳性”；或“脑脊液检查白细胞计数异常或蛋白含量异常”；或脑脊液 RPR/TRUST 试验阳性或 TPPA/TPHA 试验（FTA-ABS 试验）阳性”；或出现中枢神经系统症状

排除其他原因。

2.3 注意：对于神经梅毒、眼梅毒、耳梅毒患者，如果同时患有二期梅毒或一期梅毒，报告为二期梅毒或一期梅毒，不报告为三期梅毒。

#### 2.4 脑脊液检查

白细胞计数 $>5\times 10^6/L$ ，蛋白量 $>500mg/L$ ，且无其他引起这些异常的原因。脑脊液 VDRL 试验（或 RPR/TRUST 试验）或 TPPA/TPHA 试验（或 FTA-ABS 试验）阳性。

#### 2.5 三期梅毒组织病理检查

2.5.1 表皮一般没有明显变化，真皮内由上皮样细胞、常有多核巨细胞组成的肉芽肿，周围大量淋巴细胞及浆细胞等炎症细胞浸润，其中含较多血管，血管病变较二期轻。

2.5.2 结节型：表现为结核样肉芽肿改变，浸润限于真皮，肉芽肿较小，干酪样坏死不广泛，甚或缺如，周围淋巴细胞和少量浆细胞浸润。大血管不受累。

2.5.3 树胶肿型：浸润侵及真皮和皮下组织，有大量浆细胞、淋巴细胞、上皮样细胞和多核巨细胞，病损中央形成广泛的干酪样或树胶样坏死。可见残留的坏死细胞和结缔组织，病变处弹性纤维被破坏，炎症愈重破坏亦愈重。常见动脉内膜炎。梅毒螺旋体数量很少。

#### （四）隐性梅毒（潜伏梅毒）

##### 1. 疑似病例

应同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做非梅毒螺旋体血清学试验）”或“非梅毒螺旋体血清学试验阳性（未做梅毒螺旋体血清学试验）”。

##### 1.1 流行病学史

多数有不安全性行为史，或性伴感染史，或多性伴史。

1.1.1 早期隐性梅毒。在近 2 年内有以下情形。

1.1.1.1 有明确的不安全性行为史，而 2 年前无不安全性行为史；

1.1.1.2 有过符合一期或二期梅毒的临床表现，但当时未得到诊断和治疗者；

1.1.1.3 性伴有明确的早期梅毒感染史；

1.1.1.4 2 年前梅毒血清学检查为阴性，近 2 年梅毒血清学检查转阳。

1.1.2 晚期隐性梅毒。感染时间在 2 年以上。无法判断感染时间者亦视为晚期隐性梅毒。

1.1.3 既往无明确的梅毒诊断或治疗史。

1.2 临床表现

无任何毒性的临床表现。

2. 确诊病例

应同时符合“流行病学史”、“临床表现”、“梅毒螺旋体血清学试验阳性”和“非梅毒螺旋体血清学试验阳性”。

(五) 胎传梅毒(先天梅毒)

1. 疑似病例

所有未经有效治疗的患梅毒母亲所生的婴儿，证据尚不足以确诊胎传梅毒者。

2. 确诊病例

应同时符合“流行病学史”与“临床表现”，并符合“暗视野显微镜检查或镀银染色检查或核酸扩增试验阳性”；或出现胎传梅毒临床症状与体征、梅毒螺旋体血清学试验阳性和非梅毒螺旋体血清学试验阳性；或符合“梅毒血清学试验”条目中的任一项；或符合“放射影像学检查”结果；或符合“脑脊液检查”结果。

2.1 流行病学史

生母为梅毒患者。

2.2 临床表现

2.2.1 早期胎传梅毒。2 岁以内发病，类似于获得性二期梅毒。发育不良；皮损常为水疱一大疱、红斑、丘疹、扁平湿疣；口周及肛周形成皲裂，愈后遗留放射状瘢痕；梅毒性鼻炎及喉炎；骨髓炎、骨软骨炎及骨膜炎；可有全身淋巴结肿大、肝脾肿大、贫血等。

2.2.2 晚期胎传梅毒。2 岁以后发病，类似于获得性三期梅毒。出现炎症性损害（间质性角膜炎、神经性耳聋、鼻或腭树胶肿、克勒顿关节等）或标志性损害（前额圆凸、马鞍鼻、佩刀胫、锁胸关节骨质肥厚、赫秦生齿、口腔周围皮肤放射状裂纹等）。

2.2.3 隐性胎传梅毒。即胎传梅毒未经治疗，无临床症状，梅毒血清学试验阳性，脑脊液检查正常，年龄 < 2 岁者为早期隐性胎传梅毒， > 2

岁者为晚期隐性胎传梅毒。

### 2.3 实验室检查

#### 2.3.1 暗视野显微镜检查、镀银染色检查或核酸扩增试验。

在早期胎传梅毒儿的皮肤黏膜损害或组织标本中可查到梅毒螺旋体，或核酸扩增试验检测梅毒螺旋体核酸阳性。

#### 2.3.2 梅毒血清学试验。

2.3.2.1 出生时非梅毒螺旋体血清学试验阳性，滴度大于或等于母亲分娩前滴度的4倍，且梅毒螺旋体血清学试验阳性；

2.3.2.2 梅毒螺旋体 IgM 抗体检测。阳性；

2.3.2.3 出生时不能诊断胎传梅毒的儿童，任何一次随访过程中非梅毒螺旋体血清学试验由阴转阳，或滴度上升，且梅毒螺旋体血清学试验阳性；

2.3.2.4 在18月龄前不能诊断胎传梅毒的儿童，18月龄后梅毒螺旋体血清学试验仍阳性。

### 【报告要求】

梅毒为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现梅毒疑似病例、确诊病例，应于诊断后24小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后24小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在24小时内完成订正诊断报告，订正报告后24小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

4.1 县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

4.2 排除再感染后，同一梅毒病例第 1 次报告后的所有相同诊断的报告病例均为重复报告。但由于梅毒病情进展而致诊断变更，需要重新报告（如原报告一期、二期或隐性梅毒发展为三期梅毒，则重新报告三期梅毒），不判定为重复报告。梅毒病例重复报告判定规则见下表。

判定方法	姓名	有效证件号	性别	出生年月	年龄	联系电话	现住址
1	√/+	√					
2	√		√			√	
3	√		√				√/+
4	√		√	√			

注。“√”完全一致；“√/+”高度相近，如发音相似或一致但文字不同。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.梅毒诊断:WS273—2018[S/OL]. 2018:2-7.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/5103a5425f9e47d29b91de38434b7f74/files/1739781434393\\_58317.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/5103a5425f9e47d29b91de38434b7f74/files/1739781434393_58317.pdf)

中国疾病预防控制中心性病控制中心 中华医学会皮肤性病学会性病学组 中国医师协会皮肤科医师分会性病亚专业委员会.梅毒、淋病和生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南[J].中华皮肤科杂志, 2020, 53(03): 168-179. DOI: 10.35541/cjd.20190808

## 三十二、钩端螺旋体病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

发病前 1~30 天接触疫水，或带菌动物尿液，或带菌动物血液，同时具有下列临床表现中的任何一项者。

1. 发热。起病急，可有畏寒。短期内体温可高达 39℃ 左右，常为弛张热，有时也可稽留热，少数间歇热。
2. 肌痛。全身肌痛，特别是腓肠肌痛明显。
3. 乏力。全身乏力，特别是腿软症状明显。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例符合以下任一项者。

1. 眼结膜充血。轻者主要在眼球结膜、外眦及上下穹隆部，重者除角膜周围外的全球结膜血管扩张呈网状，无分泌物，无疼痛感，不畏光。
2. 腓肠肌压痛。双侧腓肠肌压痛，重者拒按。
3. 淋巴结肿大。主要为表浅淋巴结及股淋巴结，一般为 1~2cm，质偏软，有压痛，无化脓。

#### （三）确诊病例

疑似病例符合以下任一项者。

1. 从血液、脑脊液或尿液中分离出钩端螺旋体。
2. 从血液、尿液或脑脊液中检测出钩端螺旋体核酸。
3. 患者恢复期血清中钩端螺旋体抗体效价较早期血清有 4 倍或 4 倍以上升高，或单份血清抗体效价  $\geq 1:400$ 。

### 【报告要求】

钩端螺旋体病为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

## 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现钩端螺旋体病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.钩端螺旋体病诊断标准: WS290—2008 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1-2.  
[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200801/38802/files/1739781420014\\_59081.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200801/38802/files/1739781420014_59081.pdf)

中华人民共和国卫生部.全国钩端螺旋体病监测方案(试行) [EB/OL]. 2005:145-146.  
[https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/gdlxtb/jswj\\_gdlxtb/202409/W020240909361196300710.pdf](https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/yl/gdlxtb/jswj_gdlxtb/202409/W020240909361196300710.pdf)

## 三十三、血吸虫病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

##### 1. 急性血吸虫病

发病前 2 周至 3 个月有疫水接触史，发热、肝脏肿大及周围血液嗜酸粒细胞增多为主要特征，伴有肝区压痛、脾脏肿大、咳嗽、腹胀及腹泻等。

#### （二）临床诊断病例

##### 1. 急性血吸虫病临床诊断病例

疑似病例符合以下任一项者。

1.1 间接红细胞凝集试验，酶联免疫吸附试验，胶体染料试纸条法试验，环卵沉淀试验，斑点金免疫渗滤试验至少一种反应阳性。

1.2 吡喹酮试验性治疗有效。

##### 2. 慢性血吸虫病临床诊断病例

2.1 居住在流行区或曾到过流行区有多次疫水接触史。

2.2 无症状，或间有腹痛、腹泻或脓血便。多数伴有以左叶为主的肝脏肿大，少数伴脾脏肿大。

2.3 间接红细胞凝集试验，酶联免疫吸附试验，胶体染料试纸条法试验，环卵沉淀试验，斑点金免疫渗滤试验至少一种反应阳性。

##### 3. 晚期血吸虫病临床诊断病例

3.1 居住在流行区或曾到过流行区有多次疫水接触史。

3.2 临床有门脉高压症状、体征，或有结肠肉芽肿或侏儒表现。

3.3 间接红细胞凝集试验，酶联免疫吸附试验，胶体染料试纸条法试验，环卵沉淀试验，斑点金免疫渗滤试验至少一种反应阳性（既往确

诊血吸虫病者可血清学诊断阴性)。

### (三) 确诊病例

#### 1. 急性血吸虫病确诊病例

疑似病例同时粪检找到血吸虫虫卵或毛蚴。

#### 2. 慢性血吸虫病确诊病例

2.1 居住在流行区或曾到过流行区有多次疫水接触史。

2.2 无症状，或间有腹痛、腹泻或脓血便。多数伴有以左叶为主的肝脏肿大，少数伴脾脏肿大。

2.3 粪检找到血吸虫虫卵或毛蚴或直肠活检发现血吸虫虫卵。

#### 3. 晚期血吸虫病确诊病例

3.1 居住在流行区或曾到过流行区有多次疫水接触史。

3.2 无症状，或间有腹痛、腹泻或脓血便。多数伴有以左叶为主的肝脏肿大，少数伴脾脏肿大。

3.3 粪检找到血吸虫虫卵或毛蚴或直肠活检发现血吸虫虫卵。

### 【报告要求】

血吸虫病为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现血吸虫疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以

上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

**【依据】**

中华人民共和国卫生部. 血吸虫病诊断标准: WS 261—2006[S/OL]. 2006:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201412/761824ba645e4571a482d43d76205bf2/files/1739783328057\\_20464.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201412/761824ba645e4571a482d43d76205bf2/files/1739783328057_20464.pdf)

## 三十四、疟疾

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	○	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

符合下列一项可诊断。

1. 有流行病学史（疟疾传播季节在疟疾流行区有夜间停留史或近 2 周内输血史）同时有典型临床表现。呈周期性发作，每天或隔天或隔两天发作一次。发作时有寒颤、发热、出汗等症状。发作多次后可出现脾大和贫血。

2. 有流行病学史（疟疾传播季节在疟疾流行区有夜间停留史或近 2 周内输血史）同时有不典型临床表现。具有发冷、发热、出汗等症状，但热型和发作周期不规律。

#### （二）确诊病例

临床诊断病例，同时符合下列任一项。

1. 显微镜检查血涂片查见疟原虫
2. 疟原虫抗原检查阳性
3. 疟原虫核酸检测阳性

#### （三）无症状感染者（病原携带者）

符合下列一项可诊断。

1. 无临床表现，同时符合显微镜检查血涂片查见疟原虫；
2. 无临床表现，同时符合疟原虫抗原检查阳性；
3. 无临床表现，同时符合疟原虫核酸检测阳性。

### 【报告要求】

疟疾为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现疟疾临床诊断病例、确诊病例、无症状感染者，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从无症状感染者订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.疟疾的诊断:WS259—2015[S/OL]. 2015:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201512/1778a65f9a134dfbac400356f497a55c/files/1739783347162\\_25843.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201512/1778a65f9a134dfbac400356f497a55c/files/1739783347162_25843.pdf)

## 三十五、发热伴血小板减少综合征

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

具有下述流行病学史之一，且符合临床表现者。

##### 1. 临床表现

潜伏期可能为 1~2 周，在人-人传播病例中，潜伏期多在 6~9 天。

##### 1.1 初期。

亦称发热期。起病急，发热，体温 38~40℃，伴乏力、食欲不振、恶心、呕吐等，部分病例有肌肉酸痛、腹泻，少数有神志淡漠。体格检查常有单侧腹股沟或颈部、腋窝等浅表淋巴结肿大伴触痛，较大者局部红、肿、热、痛明显。

##### 1.2 极期。

亦称多器官功能损害期。可与发热期重叠，持续高热，可呈稽留热，极度乏力、消化道症状明显加重。部分病例可出现下颌、四肢等不自主抖动伴肌张力增高。重症病例可出现皮肤瘀斑、消化道出血、肺出血、烦躁不安、谵妄，甚至抽搐、昏迷，可因循环衰竭、呼吸衰竭、出血等死亡。

##### 1.3 恢复期。

体温正常，症状逐渐缓解，2 周左右可恢复，有并发症者病程可延长。

以上三期可有重叠，轻型病例无极期表现。

##### 2. 流行病学史

2.1 流行季节在丘陵、林区、山地等地工作、生活或旅游史；

2.2 发病前 2 周内被蜱叮咬史；

2.3 与感染的动物或确诊病例接触史。

#### (二) 临床诊断病例

疑似病例同时符合下列任一项者。

1. 发热伴血小板减少综合征病毒 (SFTSV) -IgM 阳性；
2. 出现多器官功能损伤表现。

#### (三) 确诊病例

疑似病例或临床诊断病例同时符合下列任一项者。

1. SFTSV 核酸阳性；
2. 临床标本中培养分离到 SFTSV；
3. SFTSV-IgG 阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。

#### 【报告要求】

发热伴血小板减少综合征为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

##### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现发热伴血小板减少综合征疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

##### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

##### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

##### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.发热伴血小板减少综合征诊疗方案》(2023 年版) [EB/OL].国卫办医急函〔2023〕482 号, 2023:3-6.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100378/202312/c946629db4454bc3a0766adef06306b7/files/1734003067772\\_77837.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100378/202312/c946629db4454bc3a0766adef06306b7/files/1734003067772_77837.pdf)

国家疾病预防控制局综合司 国家卫生健康委员会. 发热伴血小板减少综合征防控方案(2026 年版) [EB/OL]. 国疾控综传防发〔2026〕12 号, 2026.

[https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content\\_2042601950245457920.html](https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content_2042601950245457920.html)

## 三十六、基孔肯雅热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	○	○	○	○
报告类型	○	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

有流行病学史和下列临床表现，并排除登革热和/或其他发热伴出疹性疾病者。

##### 1. 流行病学史

发病前 12 天内，曾经到过基孔肯雅热流行区或居住场所或工作场所周围曾有本病发生。

##### 2. 临床表现

2.1 发热。急起高热，体温可达 39°C 以上，一般发热 1 天~7 天。部分病人热退后再次出现发热，表现为双峰热，持续 3 天~5 天恢复正常。常伴有寒战、头痛、背痛、全身肌肉疼痛，畏光，恶心、呕吐等症状。

2.2 关节疼痛。关节疼痛主要累及手腕和踝趾等小关节，也可涉及膝和肩等大关节，腕关节受压引起剧烈疼痛是本病的重要特征。急性期多个关节出现疼痛或关节炎表现，可有肿胀或僵硬，晨间较重，严重者不能活动，通常 1 周~3 周缓解。部分病例关节疼痛可持续数月。

2.3 可伴有皮疹。发病后 2 天~5 天，半数以上病例在躯干、四肢伸侧、手掌和足底出现红色斑丘疹或紫癜，疹间皮肤多为正常，部分伴有瘙痒感，数天后消退，可伴脱屑。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例，同时符合急性期血清特异性 IgM 抗体阳性。

#### （三）确诊病例

疑似病例或者临床诊断病例，同时符合以下任一项。

1. 恢复期血清特异性抗体（IgG 或中和抗体）滴度比急性期升高 4 倍及以上，或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳性。
2. 急性期血清标本分离到基孔肯雅病毒。
3. 急性期血清标本检测到基孔肯雅病毒核酸。

#### （四）无症状感染者

基孔肯雅病毒核酸检测阳性，但尚未出现相关症状者。

#### 【报告要求】

基孔肯雅热为乙类传染病，按照乙类传染病要求进行报告。

##### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现基孔肯雅热疑似病例、临床诊断病例、确诊病例、无症状感染者，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

##### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

##### 3. 订正

3.1 从无症状感染者、疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

##### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.基孔肯雅热诊断:WS/T590—2018 [S/OL].2018:1-2.[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/a5993b86fc024b7c8ad72f0f16c52090/files/1739781457018\\_12451.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/a5993b86fc024b7c8ad72f0f16c52090/files/1739781457018_12451.pdf)

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.基孔肯雅热诊疗方

案（2025年版）[EB/OL].国卫办医急函〔2025〕328号,2025.

<https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202507/c592a4f82dd7405e9be5302e4147c0c7.shtml>

国家疾病预防控制局综合司 国家卫生健康委员会. 登革热和基孔肯雅热防控方案(2026年版)[EB/OL]. 国疾控综传防发〔2026〕12号, 2026.

[https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content\\_2042601950245457920.html](https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content_2042601950245457920.html)

## 三十七、流行性感

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

1. 有流行病学史（发病前 7 天内无有效个人防护的情况下与疑似或确诊流感患者有密切接触，或属于流感样病例聚集发病者之一，或有明确传染他人的证据）和下述流感临床表现，且排除其他引起流感样症状的疾病。

2. 主要以发热、头痛、肌肉关节酸痛起病，体温可达 39~40℃，常有咽喉痛、干咳、鼻塞、流涕等，可有畏寒、寒战、乏力、食欲减退等全身症状，部分患者症状轻微或无症状。流感病毒感染可导致慢性基础疾病加重。

3. 儿童的发热程度通常高于成人，乙型流感患儿恶心、呕吐、腹泻等消化道症状也较成人多见。新生儿可仅表现为嗜睡、拒奶、呼吸暂停等。

4. 老年人的临床表现可能不典型，常无发热或为低热，咳嗽、咳痰、气喘和胸痛明显。也可表现为厌食和精神状态改变。

5. 无并发症者病程呈自限性，多于发病 3~5 天后发热逐渐消退，全身症状好转，但咳嗽、体力恢复常需较长时间。

#### （二）确诊病例

有上述流感临床表现，具有以下一种或以上病原学检测结果阳性。

1. 流感抗原检测阳性。
2. 流感病毒核酸检测阳性。
3. 流感病毒培养分离阳性。
4. 急性期和恢复期双份血清的流感病毒特异性 IgG 抗体水平呈 4 倍

或以上升高。

### 【报告要求】

流行性感冒为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现流行性感冒临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。按

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作

### 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局.流行性感冒诊疗方案（2025 年版）[EB/OL]. 国卫办医急函〔2025〕26 号,2025:3-6.

[https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/bl/lxxgm/jswj\\_lg/202508/U020250825344950467333.pdf](https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/bl/lxxgm/jswj_lg/202508/U020250825344950467333.pdf)

## 三十八、流行性腮腺炎

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

符合以下任何一项者为疑似病例。

1. 单侧或双侧腮腺和（或）其他唾液腺肿胀、疼痛，张口和咀嚼或进食酸性食物时疼痛加剧。
2. 发病前 14~28 天有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有流行性腮腺炎流行，伴发热、头痛、乏力、食欲不振等。
3. 发病前 14~28 天有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有流行性腮腺炎流行，伴脑膜脑炎时有头痛、呕吐、脑膜刺激征或意识改变。
4. 发病前 14~28 天有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有流行性腮腺炎流行，伴睾丸炎时有睾丸或附睾肿痛。
5. 发病前 14~28 天有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有流行性腮腺炎流行，伴胰腺炎时有呕吐、上中腹疼痛与压痛。

#### （二）临床诊断病例

符合以下任何一项者为临床诊断病例。

1. 单侧或双侧腮腺和（或）其他唾液腺肿胀、疼痛，张口和咀嚼或进食酸性食物时疼痛加剧，伴发热、头痛、乏力、食欲不振等。
2. 单侧或双侧腮腺和（或）其他唾液腺肿胀、疼痛，张口和咀嚼或进食酸性食物时疼痛加剧，伴脑膜脑炎时有头痛、呕吐、脑膜刺激征或意识改变。
3. 单侧或双侧腮腺和（或）其他唾液腺肿胀、疼痛，张口和咀嚼或进食酸性食物时疼痛加剧，伴睾丸炎时有睾丸或附睾肿痛。
4. 单侧或双侧腮腺和（或）其他唾液腺肿胀、疼痛，张口和咀嚼或

进食酸性食物时疼痛加剧，伴胰腺炎时有呕吐、上中腹疼痛与压痛。

5. 发病前 14~28 天有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有流行性腮腺炎流行，伴发热、头痛、乏力、食欲不振等。白细胞计数和尿常规一般正常，有睾丸炎者白细胞可以增高。

6. 发病前 14~28 天有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有流行性腮腺炎流行，伴发热、头痛、乏力、食欲不振等。90%患者发病早期血清和尿淀粉酶增高。无腮腺肿大的脑膜脑炎患者，血和尿淀粉酶也可升高。血清脂肪酶增高，有助于胰腺炎的诊断。

7. 发病前 14~28 天有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有流行性腮腺炎流行，伴发热、头痛、乏力、食欲不振等。约半数病人可出现病毒性脑膜脑炎的脑脊液改变。

### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例至少符合以下任何一项者为确诊病例。

1. 1 个月内未接种过腮腺炎减毒活疫苗，血清中检测出腮腺炎病毒特异性 IgM 抗体。

2. 恢复期与急性期血清（间隔 2~4 周）腮腺炎病毒 IgG 抗体滴度比呈 4 倍或 4 倍以上升高（含抗体阳转）。

3. 唾液、尿、脑脊液等体液中分离到腮腺炎病毒。

### 【报告要求】

流行性腮腺炎为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现流行性腮腺炎疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不

需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 流行性腮腺炎诊断标准: WS 270—2007 [S/OL]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:1-2.  
[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38797/files/1739781416664\\_16637.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38797/files/1739781416664_16637.pdf)

## 三十九、风 疹

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例	其他监测病例
诊断类型	—	○	○	○	—
报告类型	—	○	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）监测病例

具有发热 ( $>37.3^{\circ}\text{C}$ )、出疹 (斑丘疹), 伴有咳嗽、卡他性鼻炎、结膜炎、淋巴结肿大、关节炎或关节痛等一种及以上症状, 且排除已知病原所致发热出疹性疾病 (如水痘、猩红热、手足口病) 的病例。

#### （二）疑似病例

符合以下任何一项者。

1. 发热, 一般为低热或中度发热, 1~2 天。全身皮肤在起病 1~2 天内出现淡红色充血性斑丘疹。
2. 全身皮肤在起病 1~2 天内出现淡红色充血性斑丘疹。耳后、枕后、颈部淋巴结肿大或结膜炎或伴有关节痛 (关节炎)。

#### （三）临床诊断病例

疑似病例同时既往未患过风疹, 在发病前 14~21 天内与确诊的风疹患者有明确接触史。

#### （四）确诊病例

疑似病例同时符合以下任何一项者。

1. 咽拭子或尿液标本分离到风疹病毒, 或检测到风疹病毒核酸。
2. 血清风疹 IgM 抗体阳性 (1 个月内未接种过风疹减毒活疫苗)。
3. 恢复期血清风疹 IgG 抗体或风疹血凝抑制抗体滴度较急性期升高  $\geq 4$  倍。
4. 急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。

#### （五）排除病例

符合下列条件之一的监测病例、疑似病例、临床诊断病例，订正为排除麻疹风疹病例。

1. 血标本检测麻疹和风疹 IgM 结果均为阴性，病原学标本检测麻疹和风疹病毒核酸结果均为阴性，且不符合上述确诊病例和临床诊断病例定义者；

2. 明确诊断为其他疾病者；

3. 麻疹或风疹疫苗相关病例。鉴定出麻疹或风疹疫苗株病毒，且未检测出麻疹或风疹野病毒；或同时符合以下 5 种情形。

3.1 有出疹，伴或不伴发热，无咳嗽等呼吸道症状；

3.2 接种含麻疹或风疹成分疫苗后 7~14 天之间出疹；

3.3 血标本在接种含麻疹或风疹成分疫苗后 8 周内采集，且检测麻疹和/或风疹 IgM 抗体阳性；

3.4 流行病学调查未发现该病例引起续发病例；

3.5 流行病学调查和实验室检测未发现其他致病因素。

#### 【报告要求】

风疹为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

1.1 各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现风疹疑似病例、临床诊断病例、确诊病例、其他监测病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

1.2 符合“监测病例”标准的需进行报告，病例分类选择“其他监测病例”。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从其他监测病例或疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

中华人民共和国卫生部.风疹诊断标准: WS 297—2008 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200908/42159/files/1739781413374\\_28579.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200908/42159/files/1739781413374_28579.pdf)

国家疾病预防控制局综合司 国家卫生健康委员会.麻疹风疹防控方案（2024年版）[EB/OL]. 国疾控综传防发〔2024〕16号,2024.

[https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content\\_1866421563072040960.html](https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content_1866421563072040960.html)

## 四十、急性出血性结膜炎

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

同时符合 1 和 2 者诊断为疑似病例。

##### 1. 流行病学史

1.1 本病易导致流行或暴发流行，以夏秋季常见，流行期间无季节性。

1.2 患者多有明显的接触感染史，通过眼→手、物、水→眼的途径接触传染。

##### 2. 临床表现

2.1 临床症状。潜伏期短，起病急剧，自觉症状明显，双眼先后或同时患病；有剧烈的异物感、眼红、眼刺痛、畏光、流泪等刺激症状；早期分泌物为水性，重者带淡红色，继而为黏液性。

2.2 体征。眼睑红肿，睑、球结膜中、高度充血，多伴结膜下点、片状出血。早期角膜上皮点状剥脱，荧光素染色后裂隙灯检查可见角膜弥漫散在细小点状着染。

#### （二）临床诊断病例

同时符合流行病学史、临床表现和结膜细胞学检查见单个核细胞反应为主者。

#### （三）确诊病例

疑似病例检测出以下任何一项者。

1. 结膜拭子涂擦或结膜刮取物培养分离出病毒，并应用微量中和实验鉴定为 EV70 或 CA24v。

2. 结膜细胞涂片或细胞培养物涂片间接免疫荧光技术检测，查见

EV70 或 CA24v 抗原。

3. 双相血清学检查，患者恢复期血清抗 EV70 或抗 CA24v 抗体比急性期血清抗体滴度升高 $\geq 4$  倍。

### 【报告要求】

急性出血性结膜炎为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现急性出血性结膜炎疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.急性出血性结膜炎诊断标准:WS 217—2008 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2008:1.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39044/files/1739781372882\\_73903.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/39044/files/1739781372882_73903.pdf)

## 四十一、麻风病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### (一) 疑似病例

符合 2 中之一项或 3 中之一项，同时有或无 1 中之一项者诊断为疑似病例。

#### 1. 流行病学史

1.1 生活在麻风病流行地区，与未经治疗的麻风病患者有过密切接触。

1.2 亲属、邻居或同事中有麻风病患者，并与其在没有确诊治疗前有过密切接触。

#### 2. 临床皮损表现

2.1 皮肤损害为 1~5 块，有斑疹或斑块，表面干燥，边缘清楚，麻木闭汗。

2.2 皮肤损害在 6 块或以上，分布不对称，有斑疹或斑块，呈黄红色、棕褐色或淡红色，有卫星状或免疫区皮损。皮损表面干燥或光滑，边缘清楚，部分皮损处麻木闭汗。

2.3 皮肤损害多发，广泛对称分布，表面光滑，边缘模糊。有浅色斑、浸润性红斑、结节、斑块或弥漫性浸润。早期病例皮损浅感觉正常或减退，眉毛完整，晚期病例皮损浅感觉消失，眉毛脱落。

#### 3. 周围神经损害表现

3.1 单一周围神经干粗大，质地硬，部分患者伴有眼、手、足或面部畸残。

3.2 周围神经干不对称粗大，数量在 2 条或以上，质地硬，部分患者伴有神经干触痛或眼、手、足或面部畸残。

3.3 早期无周围神经干粗大。晚期周围神经干轻度或中度对称粗大，质地软，数量在 2 条或以上，并出现手足麻木和畸残。

#### (二) 临床诊断病例

同时符合疑似病例 2 中之一项和 3 中之一项，有或无 1 中之一项者诊断为临床诊断病例。

#### (三) 确诊病例

符合疑似病例或临床诊断病例标准，同时符合以下之一项者。

1. 常规皮肤查菌有一处及以上部位检查 AFB 为阳性。
2. 皮肤损害组织学检查。

2.1 表皮基底膜破坏，白细胞侵入表皮，真皮内见上皮样细胞肉芽肿，并见郎罕巨细胞，肉芽肿外围密集淋巴细胞包围，神经分枝破坏而难以辨认，肉芽肿内查找抗酸杆菌阴性，S-100 蛋白免疫组化染色在肉芽肿内见破坏的神经分枝；皮神经检查见神经内炎症或上皮样细胞肉芽肿。

2.2 表皮下有狭窄“无浸润带”，真皮内见上皮样细胞肉芽肿，肉芽肿周围有稀疏淋巴细胞包围，郎罕巨细胞少或无，肉芽肿内神经分枝难以辨认，肉芽肿内抗酸杆菌检查阳性，细菌密度 1+~3+。

2.3 表皮萎缩，表皮下见明显“无浸润带”，真皮内见组织细胞和泡沫细胞肉芽肿，淋巴细胞少或无，神经束膜呈洋葱样改变，神经分枝内见炎症细胞浸润。在肉芽肿内和神经分枝内抗酸杆菌检查阳性，细菌密度在 4+或以上。

#### (四) 麻风反应诊断

1. 麻风反应临床病例

符合以下两项中一项或多项者。

1.1 患者原有皮损突然红肿，出现新皮损，严重者皮损发生水疱或浅溃疡。手足面部肿胀。皮损消退后有脱屑。部分患者单条或多条周围神经干肿胀，伴有不同程度的疼痛或触痛，或突然发生爪形手、垂腕、垂足或面瘫等畸残。

1.2 患者突然出现触痛的结节性红斑。严重者有水疱、脓疱、大疱、坏死、破溃和结痂。少数患者有多形性红斑或坏死性红斑表现。严重患者出现发热、疲倦、厌食、淋巴结炎、虹膜睫状体炎、睾丸炎、神经炎和关节炎等部分或全部表现。

## 2. 麻风反应实验室确诊病例

符合麻风反应临床病例，同时符合以下皮肤组织学检查两项中一项或多项者。

2.1 表皮见细胞内外水肿。真皮浅层纤维组织水肿，淋巴管扩张，上皮样细胞胞浆出现空泡状变性，细胞间距离变大，胶原组织出现纤维蛋白样变性。严重者出现小灶性坏死。

2.2 真皮及皮下组织炎症灶内见动、静脉全层血管炎。血管内膜及内皮细胞呈显著肿胀，管腔变细而闭塞。血管壁各层及周围见中性粒细胞、淋巴细胞、嗜酸性细胞等浸润，血管壁发生纤维蛋白样变性和红细胞外渗。

### （五）复发患者诊断

符合 1、2，且同时符合 3、4 或 5 中之一项者。

1. 完成规定疗程的抗麻风病治疗（如联合化疗），显示正常疗效，在达到临床治愈后（临床非活动）又出现临床、细菌或组织病理学上疾病再活动的证据者。

2. 在已消退皮疹部位或其他部位出现新的斑疹、丘疹、斑块、结节及弥漫浸润等麻风病活动性皮损，但皮损无明显的触痛和水肿。部分患者发生新的周围神经干粗大，或新的眼、手、足或面部畸残。

3. 皮肤涂片检查 AFB，符合以下之一者。

3.1 皮肤查菌阴转后，出现任一部位细菌密度  $\geq 2+$ ；

3.2 皮肤查菌阴转后，重新出现任一部位或多部位查菌阳性，同时见有完整染色菌。

4. 复发皮损的组织学检查，符合以下之一者。

4.1 重现活动性麻风病特异性病理改变，且无明显组织水肿；

4.2 病理组织像组织水肿不明显，出现任一部位皮肤查菌  $\geq 2+$ ；

4.3 病理抗酸染色阳性，同时有完整染色菌。

5. 小鼠足垫接种证实有活菌者。

### 【报告要求】

麻风病为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现麻风病疑

似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.麻风病诊断:WS 291—2018 [S/OL]. 2018:2-5.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/a8580254187c4f32bb8e5cc10cb9ea38/files/1739781316652\\_41877.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/a8580254187c4f32bb8e5cc10cb9ea38/files/1739781316652_41877.pdf)

## 四十二、流行性和地方性斑疹伤寒

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

##### 1. 流行性斑疹伤寒

具备以下两项者诊断为流行性斑疹伤寒疑似病例。

##### 1.1 流行病学史

多发生在冬、春季，患者身上或衣服上常有体虱存在。

##### 1.2 急性持续性发热

大多数患者体温在前驱期后 2~3 天内达到高峰，多为 39~40℃。热型多为稽留型，也有弛张型或不规则型。

##### 2. 地方性斑疹伤寒

具备以下两项者诊断为地方性斑疹伤寒疑似病例。

##### 2.1 流行病学史

多发生在秋冬季，但在温带和亚热带地区没有明显的季节性，多有跳蚤接触史或居住在鼠多地区。

##### 2.2 急性持续性发热

潜伏期为 6~14 天，潜伏期后突然发热，体温约为 39℃，持续 9~14 天，多为稽留或弛张热型。

#### （二）临床诊断病例

##### 1. 流行性斑疹伤寒

符合疑似病例，且符合下列一项者可诊断。

##### 1.1 皮疹

大多数患者于发病后 4~6 天开始在腋下和两肋出现皮疹，以后皮疹延及胸、腹、背部及四肢，以背部最为明显。初期皮疹为散在、略有突

起、边缘不整，此疹鲜红但按之褪色。在发病的 6~8 天，皮疹最盛，为瘀血性皮疹，此时的皮疹形状小而圆、色红，中心呈暗紫色，按之不褪色。

## 1.2 神经系统症状

发病早期有剧烈头痛，随着病情的加重，患者的神经系统症状也加剧，可出现烦躁不安、谵妄、嗜睡。少数患者出现四肢僵硬、颈项强直及脑膜刺激症状等。

## 2. 地方性斑疹伤寒

符合疑似病例，且符合以下此项者可诊断。

### 2.1 皮疹

皮疹出现的时间差异很大，一般皮疹从胸、腹部开始，然后向肩、背及四肢扩散，皮疹也可从四肢扩散到躯干，但是脸和颈部、手掌、足底一般无皮疹。早期皮疹为粉红色的斑疹，按之即褪；随后皮疹发展为暗红色的斑丘疹，按之不褪。

### （三）确诊病例

#### 1. 流行性斑疹伤寒

符合疑似病例或临床诊断病例，且符合以下中的一项者可诊断。

##### 1.1 检测普氏立克次体抗体

###### 1.1.1 外斐反应

外斐反应血清 OX<sub>19</sub> 菌株凝集效价大于 1:160，并且随病程增长后其血清凝集效价 4 倍或 4 倍以上升高为斑疹伤寒现症感染抗体检测阳性。

###### 1.1.2 间接免疫荧光试验检测普氏立克次体抗体

采用普氏立克次体已知抗原对患者血清作间接免疫荧光试验。间接免疫荧光试验的普氏立克次体血清抗体效价 IgM $\geq$ 1:40 或 IgG $\geq$ 1:160，或两次血清标本的抗体效价提高 4 倍或 4 倍以上为斑疹伤寒现症感染抗体检测阳性。

###### 1.2 聚合酶链反应（PCR）检测普氏立克次体基因片段

采用 PCR 从患者血液标本中扩增出普氏立克次体 DNA 片段为普氏立克次体核酸检测阳性。

###### 1.3 普氏立克次体分离

有条件的实验室可采集患者血液标本直接接种豚鼠，分离普氏立克

次体。

## 2. 地方性斑疹伤寒

符合疑似病例或临床诊断病例，且符合以下中的一项者可诊断。

### 2.1 莫氏立克次体抗体检测

#### 2.1.1 外斐反应

外斐反应血清 OX<sub>19</sub> 菌株凝集效价大于 1:160，并且随病程增长后其血清凝集效价 4 倍或 4 倍以上升高为斑疹伤寒现症感染抗体检测阳性。

#### 2.1.2 间接免疫荧光试验检测莫氏立克次体抗体

间接免疫荧光试验的莫氏立克次体血清抗体效价 IgM $\geq$ 1:40 或 IgG $\geq$ 1:160 效价，或两次血清标本的抗体效价提高 4 倍或 4 倍以上为斑疹伤寒现症感染抗体检测阳性。

### 2.2 聚合酶链反应（PCR）检测莫氏立克次体基因片段

采用 PCR 从患者血液标本中扩增出莫氏立克次体 DNA 片段为莫氏立克次体核酸检测阳性。

### 2.3 莫氏立克次体分离

有条件的实验室可采集患者血液标本直接接种豚鼠，分离莫氏立克次体。

## 【报告要求】

流行性和地方性斑疹伤寒为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现流行性和地方性斑疹伤寒疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不

需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 流行性和地方性斑疹伤寒诊断标准: WS 215—2008[S/OL]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:1-3.  
[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38814/files/1739781454301\\_45099.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38814/files/1739781454301_45099.pdf)

## 四十三、黑热病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

同时符合以下两项者可诊断。

##### 1. 流行病学史

黑热病流行区内的居民，或曾在 5—9 月白蛉成虫活动季节内在流行区居住过的人员。

##### 2. 临床表现

长期不规则发热，盗汗，消瘦，进行性脾大，轻度或中度肝大，全血细胞减少和高球蛋白血症，或有鼻出血及齿龈出血等症状。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例，并同时符合下列任何一种免疫学方法检测结果为阳性者可诊断。

1. 直接凝集试验（DAT）。
2. 间接荧光抗体试验（IFAT）。
3. rk39 免疫层析试条法（ICT）。
4. 酶联免疫吸附试验（ELISA）。

#### （三）确诊病例

符合疑似病例，并同时骨髓、脾或淋巴结等穿刺物涂片上查见利什曼原虫无鞭毛体，或将穿刺物注入三恩氏（NNN）培养基内培养出利什曼原虫前鞭毛体。

### 【报告要求】

黑热病为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现黑热病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.黑热病诊断标准:WS 258—2006[S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2006:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201212/67594559dba5470090d6dbc2d1bf3b65/files/1739783326726\\_86046.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201212/67594559dba5470090d6dbc2d1bf3b65/files/1739783326726_86046.pdf)

## 四十四、包虫病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

同时符合 1 和 2，或同时符合 1 和 3 者可诊断。

##### 1. 流行病学史

有在流行区的居住、工作、旅游或狩猎史，或与犬、牛、羊等家养动物或狐、狼等野生动物及其皮毛的接触史；在非流行区有从事对来自流行区的家畜运输、宰杀、畜产品和皮毛产品加工等接触史。

##### 2. 临床表现

包虫病病人早期可无任何临床症状，多在体检中发现。主要的临床表现为棘球蚴囊占位所致压迫、刺激或破裂引起的一系列症状。囊型包虫病可发生在全身多个脏器，以肝、肺多见。泡型包虫病原发病灶几乎都位于肝脏，就诊病人多属晚期。

##### 3. 影像学检查发现占位性病变。

#### （二）临床诊断病例

符合疑似病例，且符合 1 或 2 中的一项者可诊断。

##### 1. 影像学检查

下列任一检查发现包虫病的特征性影像。

###### 1.1 B 超扫描。

###### 1.2 X 线检查。

##### 2. 实验室检查

下列任何免疫学检查查出包虫病相关的特异性抗体或循环抗原或免疫复合物。

###### 2.1 酶联免疫吸附试验（ELISA）。

2.2 间接红细胞凝集试验 (IHA)。

2.3 PVC 薄膜快速 ELISA。

2.4 免疫印迹技术 (Western blot, WB)。

### (三) 确诊病例

符合临床诊断病例，且病原学检查中，在手术活检材料、切除的病灶或排出物中发现棘球蚴囊壁、子囊、原头节或头钩者可诊断。

#### 【报告要求】

包虫病为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现包虫病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

中华人民共和国卫生部.包虫病诊断标准:WS 257—2006 [S/OL]. 2006:1-2.[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201410/d12aade4b0d046938b6ec20fba4cd790/files/1739783339376\\_68473.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201410/d12aade4b0d046938b6ec20fba4cd790/files/1739783339376_68473.pdf)

中国疾病预防控制中心.全国包虫病监测方案(2020年版)[EB/OL]. 中疾控传防发(2020)19号,2020.

## 四十五、丝虫病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）疑似病例

具有急性淋巴管炎、淋巴结炎、睾丸炎、附睾炎、精索炎，或近 2 年内新出现的鞘膜积液、乳糜尿和淋巴水肿等症状和体征，并排除细菌性、先天性、家族性、外伤、手术、结核、肿瘤或其他病因的病例。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例且具有传播季节在国外丝虫病流行区或国内原丝虫病流行区居住史，或兼有丝虫病血清学检测结果阳性。

#### （三）确诊病例

临床诊断病例者，其血液检查微丝蚴阳性的病例。

### 【报告要求】

丝虫病为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现丝虫病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

##### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 丝虫病诊断标准: WS 260—2006[S/OL]. 2006:1-4.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201412/d169bcb7fb674c89999ada218d2f40cb/files/1739783343245\\_27438.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9499/201412/d169bcb7fb674c89999ada218d2f40cb/files/1739783343245_27438.pdf)

中华人民共和国卫生部. 全国消除淋巴丝虫病后监测工作方[EB/OL]. 卫办疾控发〔2010〕146号, 2010.

<https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wtwj/201304/969f974a80714309860f046ad13c3d70.shtml>

## 四十六、手足口病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

符合以下临床表现并排除其他相关疾病。

1. 潜伏期一般为 2~10 天，平均 3~5 天。
2. 急性起病，发热，手、足和臀部出现斑丘疹、疱疹，口腔黏膜或咽峡部出现散在疱疹。可伴有咳嗽、流涕、食欲不振、腹泻等症状。
3. 部分病例仅表现为手、足和臀部皮疹和/或咽峡部疱疹。少数病例皮疹不典型，表现为细小沙粒状皮疹、单部位皮疹或无皮疹。
4. 少数病例可累及中枢神经系统，表现为脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎，甚至出现肺水肿、肺出血和/或循环功能障碍等，病情进展迅速，可致死亡。

#### （二）确诊病例

在临床诊断病例基础上，具有下列之一者即可确诊。

1. 用 ELISA 等方法在患者血清或脑脊液中检测到抗 EV-A71 或 CV-A16 等肠道病毒 IgM 抗体。
2. 用 ELISA 或中和试验等方法检测患者血清中 EV-A71 或 CV-A16 等肠道病毒 IgG 抗体，恢复期血清比急性期有  $\geq 4$  倍升高或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。
3. 用 RT-PCR、荧光定量 RT-PCR 等方法从患者鼻咽拭子、肛拭子、粪便、疱疹液、脑脊液或尸检标本中检测到 EV-A71 或 CV-A16 等肠道病毒特异性核酸。
4. 用 RD、HEp-2 或 Vero 等细胞系对患者鼻咽拭子、肛拭子、粪便、疱疹液、脑脊液或尸检标本进行病毒培养，可分离到 EV-A71 或 CV-A16

等肠道病毒。

### 【报告要求】

手足口病为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现手足口病临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.手足口病诊断:WS 588—2018[S/OL]. 2018:2-3.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/fd30701a6bb24564b081349aaf6ff024/files/1739781365848\\_36897.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201803/fd30701a6bb24564b081349aaf6ff024/files/1739781365848_36897.pdf)

## 四十七、其他感染性腹泻病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【诊断类型】

#### （一）临床诊断病例

需同时符合 2 和 3 者,1 供参考。

##### 1. 流行病学史

全年均可发病,但具有明显季节高峰,发病高峰季节常随地区和病原体的不同而异;细菌性腹泻一般夏秋季节多发,而病毒性感染性腹泻、小肠结肠炎耶尔森菌腹泻等则秋冬季节发病较多。发病者常有不洁饮食(水)和(或)与腹泻病人、病原携带者、腹泻动物、带菌动物接触史,或有流行地区居住或旅行史;需排除致泻性的过敏原、化学药品暴露史及症状性、器官功能失调等非感染性腹泻病史。食(水)源性感染常为集体发病并有共进可疑食物(水)史;某些沙门菌(如鼠伤寒沙门菌)、肠致病性大肠杆菌(EPEC)、A 组轮状病毒和柯萨奇病毒感染可在婴儿群体中引起暴发流行。

##### 2. 临床表现

2.1 每日大便次数 $\geq 3$ 次,粪便性状异常,可为稀便、水样便,黏液便、脓血便或血便,可伴有恶心、呕吐、腹痛、发热、食欲不振及全身不适。病情严重者,常并发脱水、酸中毒、电解质紊乱、休克等,甚至危及生命。

2.2 已排除由 O1 血清群和 O139 血清群霍乱弧菌、志贺菌属、溶组织内阿米巴及伤寒沙门菌以及甲、乙、丙型副伤寒沙门菌所致的腹泻。

##### 3. 粪便常规检查

3.1 粪便有性状改变,常为黏液便、脓血便或血便、稀便、水样便。

3.2 黏液便、脓血便或血便,镜检可有多量红、白细胞,多见于沙

门菌、侵袭性大肠杆菌、肠出血性大肠杆菌、弯曲菌、耶尔森菌等细菌和某些病毒等所致的腹泻。

3.3 稀便、水样便，镜检可有少量或无红、白细胞，多见于肠产毒性大肠杆菌、轮状病毒、隐孢子虫、气单胞菌等所致的腹泻。

## （二）确诊病例

临床诊断病例基础上，从粪便、呕吐物、血等标本中检出 O1 血清群和 O139 血清群霍乱弧菌、志贺菌属、溶组织内阿米巴、伤寒沙门菌以及甲、乙、丙型副伤寒沙门菌以外的感染性腹泻病原体，或特异性抗原、特异性核酸片段检测阳性。

### 【报告要求】

其他感染性腹泻病为丙类传染病，按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现其他感染性腹泻病临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部. 感染性腹泻诊断标准:WS 271—2007 [S/OL]. 北京:人民卫生出版社,2007:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38817/files/1739781344388\\_99393.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200704/38817/files/1739781344388_99393.pdf)

## 第二部分 重点监测传染病

# 一、中东呼吸综合征

## 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

## 【报告规则】

### （一）疑似病例

患者符合流行病学史和临床表现，但尚无实验室确认依据。

1. 流行病学史。发病前 14 天内有中东地区和疫情暴发的地区旅游或居住史；或与疑似/临床诊断/确诊病例有密切接触史。
2. 临床表现。难以用其他病原感染解释的发热，伴呼吸道症状。

### （二）临床诊断病例

1. 满足疑似病例标准，仅有实验室阳性筛查结果（如仅呈单靶标 PCR 或单份血清抗体阳性）的患者。
2. 满足疑似病例标准，因仅有单份采集或处理不当的标本而导致实验室检测结果阴性或无法判断结果的患者。

### （三）确诊病例

具备下述 4 项之一，可确诊为中东呼吸综合征实验室确诊病例。

1. 至少双靶标 PCR 检测阳性。
2. 单个靶标 PCR 阳性产物，经基因测序确认。
3. 从呼吸道标本中分离出 MERS-CoV。
4. 恢复期血清中 MERS-CoV 抗体较急性期血清抗体水平阳转或呈 4 倍以上升高。

### （四）无症状感染者

无临床症状，但具备实验室确诊依据 4 项之一者。

## 【报告要求】

中东呼吸综合征按照甲类传染病要求进行报告。

## 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现中东呼吸综合征疑似病例、临床诊断病例、确诊病例及无症状感染者，应于诊断后 2 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“中东呼吸综合征”，如为输入性病例须在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

## 2. 审核

县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从无症状感染者、疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 2 小时内订正诊断报告，订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

## 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.中东呼吸综合征病例诊疗方案（2015 年版）[EB/OL].国卫发明电（2015）32 号,2015.

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.nhc.gov.cn%2Fewebeditor%2Fuploadfile%2F2015%2F06%2F20150612155708721.docx&wdOrigin=BROWSELINK>

国家卫生和计划生育委员会.中东呼吸综合征疫情防控方案（第二版）[EB/OL].国卫办疾控发（2015）34 号,2015.

<https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201506/782a50fd5c6744079c84aeaade7c>

ceaa.shtml

## 二、埃博拉病毒病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【报告规则】

#### （一）留观病例

流行病学史

1. 发病前 21 天内有在埃博拉传播活跃地区居住或旅行史；
2. 发病前 21 天内，在没有恰当个人防护的情况下，接触过埃博拉患者的血液、体液、分泌物、排泄物或尸体等；
3. 发病前 21 天内，在没有恰当个人防护的情况下，接触或处理来自疫区的蝙蝠或非人类灵长类动物。

具备上述流行病学史中第 2、3 项中任何一项，并且体温  $>37.3^{\circ}\text{C}$  者；具备上述流行病学史中第 1 项，并且体温  $\geq 38.6^{\circ}\text{C}$  者。

#### （二）疑似病例

具备流行病学史中符合流行病学史第 2、3 中任何一项，并且符合以下三种情形之一者。

1. 体温  $\geq 38.6^{\circ}\text{C}$ ，出现严重头痛、肌肉痛、呕吐、腹泻、腹痛；
2. 发热伴不明原因出血；
3. 不明原因猝死。

#### （三）确诊病例

留观或疑似病例经实验室检测符合下列情形之一者。

1. 核酸检测阳性。患者血液等标本用 RT-PCR 等核酸扩增方法检测，结果阳性。若核酸检测阴性，但病程不足 72 小时，应在达 72 小时后再次检测；

2. 病毒抗原检测阳性。采集患者血液等标本，用 ELISA 等方法检测病毒抗原；

3. 分离到病毒。采集患者血液等标本，用 Vero、Hela 等细胞进行病毒分离；

4. 血清特异性 IgM 抗体检测阳性；双份血清特异性 IgG 抗体阳转或恢复期较急性期 4 倍及以上升高；

5. 组织中病原学检测阳性。

### 【报告要求】

埃博拉病毒病按照甲类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现埃博拉出血热留观病例、疑似病例或确诊病例，应于诊断后 2 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“埃博拉出血热”，并在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

#### 2. 审核

县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在 2 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会. 埃博拉出血热诊疗方案》(2014 年第 1 版) [EB/OL].国卫发明电 (2014) 39 号,2014:4-7.

[https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.nhc.gov.cn%2Fyjb%2Ffkgzgzdt%2F201410%2Ff9ad1a40947b4fd58b217b2dfc208829%2Ffiles%2F1732873401346\\_74885.doc&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.nhc.gov.cn%2Fyjb%2Ffkgzgzdt%2F201410%2Ff9ad1a40947b4fd58b217b2dfc208829%2Ffiles%2F1732873401346_74885.doc&wdOrigin=BROWSELINK)

国家卫生和计划生育委员会. 埃博拉出血热防控方案（第三版）[J]. 中华临床感染病杂志, 2014, 07(5):385-386.

DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2397.2014.05.001

## 三、寨卡病毒病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）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。

#### （二）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。

#### （三）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。

### 【报告要求】

寨卡病毒病按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现寨卡病毒病

疑似病例、临床诊断病例或确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“寨卡病毒病”，如为输入性病例须在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

各县（区）内出现首例病例，暂按照突发公共卫生事件要求在 2 小时内向所在地县级卫生计生行政部门报告，并同时通过突发公共卫生事件信息报告管理系统进行网络报告。接到报告的卫生计生行政部门应当在 2 小时内向本级人民政府和上级卫生计生行政部门报告。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

## 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.寨卡病毒病诊疗方案（2016 年第 2 版）[EB/OL].国卫办医函（2016）259 号,2016:4-7.

[https://zjjcmspublic.oss-cn-hangzhou-zwynet-d01-a.internet.cloud.zj.gov.cn/jcms\\_files/jcms1/web3508/site/attach/0/cdfd28cb180b4cbe84e408c38cc108b7.pdf](https://zjjcmspublic.oss-cn-hangzhou-zwynet-d01-a.internet.cloud.zj.gov.cn/jcms_files/jcms1/web3508/site/attach/0/cdfd28cb180b4cbe84e408c38cc108b7.pdf)

国家卫生和计划生育委员会.寨卡病毒病防控方案（第二版）[EB/OL].国卫办疾控函（2016）311 号,2016: 3-7.

<https://www.nhc.gov.cn/jkj/c100063/201604/0e581544a7b244c787d5831c9c88bb54.shtml>

## 四、尖锐湿疣

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【报告规则】

#### （一）临床诊断病例

符合尖锐湿疣临床表现，同时有或无流行病学史、皮损醋酸白试验阳性。

##### 1. 临床表现

1.1 潜伏期 3 周至 8 个月，平均 3 个月。

1.2 皮损初期表现为针头至绿豆大小丘疹，逐渐增大增多，呈乳头状、鸡冠状、菜花状，或扁平状、团块状的赘生物。可单发或多发，色泽可为肤色、灰白色、暗红色或棕黑色等。因皮损摩擦、脆性增加，可发生糜烂、破溃、出血，或继发感染。免疫功能低下者或妊娠妇女可出现疣体明显增大，数目增加。少数患者发生巨大型尖锐湿疣。

1.3 男性好发于冠状沟、包皮、龟头、阴茎干、尿道口、阴囊和肛周等处，女性好发于大小阴唇、尿道口、阴道口、会阴、肛周、阴道壁、宫颈等处，肛交者可发生于肛周、肛管和直肠，口交者可发生于口腔。

1.4 一般无自觉症状，少数患者可觉有痛痒感，异物感，压迫感或灼痛感。女性患者可有阴道分泌物增多。

##### 2. 流行病学史

多有不安全性行为史，或性伴感染史，或多性伴史。

3. 皮损醋酸白试验可呈阳性，但有一定比例的假阳性或假阴性。

#### （二）确诊病例

符合临床诊断病例的条件，且病理学检查或核酸检测试验任一项阳性。

## 1. 病理学检查

主要表现为乳头瘤样增生，表皮角化过度伴角化不全，颗粒层增生，棘层肥厚，棘层浅表有凹空细胞，真皮浅层炎细胞浸润等。

## 2. 核酸检测试验

临床标本作 HPV 核酸检测试验，结果呈阳性。

### 【报告要求】

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现尖锐湿疣临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

报告首诊病例，首次诊断的尖锐湿疣临床诊断病例、确诊病例均须报告；基于临床诊断的病例即可报告；肛周尖锐湿疣、口腔尖锐湿疣需报告；尖锐湿疣复发病例不报告，有证据表明的复诊、多处就診治疗（包括年度内、跨年度、跨地区）的病例不报告；无肉眼可见的尖锐湿疣皮损临床表现，仅为人乳头瘤病毒（HPV）核酸检测阳性，或 HPV 血清抗体检测阳性者不报告；对于合并 HIV/AIDS（或免疫缺陷/免疫低下）的尖锐湿疣患者治愈后，可再次感染发病，也可感染不同型别发病，出现尖锐湿疣皮损者需要报告。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.尖锐湿疣诊断:WS/T 235—2016 [S/OL].2016:1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201804/9aef5c170b67438a963dc8341047a128/files/1739781458249\\_89331.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201804/9aef5c170b67438a963dc8341047a128/files/1739781458249_89331.pdf)

中国疾病预防控制中心.全国性病病例报告质量管理方案(2021年版) [EB/OL].中疾控性控发(2021)6号,2021

[https://www.msscdc.cn/Files/Editor/file/20250917/20250917142147\\_9279.pdf](https://www.msscdc.cn/Files/Editor/file/20250917/20250917142147_9279.pdf)

## 五、生殖器疱疹

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【报告规则】

#### （一）临床诊断病例

符合生殖器疱疹临床表现，同时有或无流行病学史及抗体检测阳性。

##### 1. 临床表现

##### 1.1 原发性生殖器疱疹

1.1.1 潜伏期 2 天~20 天，平均 6 天。初起为红斑和丘疱疹，很快发展为集簇或散在的小水疱，2 天~4 天后破溃形成糜烂或浅表溃疡，有烧灼感和疼痛。病程可持续 2 周~4 周。男性好发于包皮、冠状沟、龟头、阴茎体、阴阜等，可伴有尿道炎的表现。女性好发于大小阴唇、阴道、宫颈、会阴和阴阜等。有肛交性行为者可有肛门、直肠受累，表现为肛周水疱或溃疡，肛门疼痛、里急后重、便秘和直肠黏液血性分泌物等。

1.1.2 原发感染的原发性生殖器疱疹，临床症状较重，常伴全身不适、乏力、发热、头痛、肌痛等全身症状，腹股沟淋巴结肿大，有压痛，病程较长。

1.1.3 非原发感染的原发性生殖器疱疹，临床症状与原发感染类似，部分病例病情相对较轻。

##### 1.2 复发性生殖器疱疹

与原发性生殖器疱疹相比，自觉症状较轻，水疱、糜烂或溃疡皮损数目较少，病程较短，多在 1 周内愈合，腹股沟淋巴结肿大和全身症状少见。发疹前可有前驱症状，表现为局部烧灼感、刺痛、感觉异常等。少部分患者临床症状不典型，仅表现为发作性外生殖器或肛门周围红斑、裂隙、糜

烂等。

## 2. 流行病学史

有不安全性行为史，或多性伴史，或性伴感染史，

3. 抗体检测。单纯疱疹病毒 2 型特异性血清抗体检测阳性，原发感染者可阴性。

## （二）确诊病例

符合临床诊断病例的条件，并符合核酸检测阳性、抗原检测阳性、病毒培养阳性中的任一项者。

1. 核酸检测。皮损处取材，应用核酸扩增试验从临床标本中检测到单纯疱疹病毒 DNA。

2. 抗原检测。皮损处取材，以免疫荧光试验（IFA）或酶联免疫吸附试验（ELISA）检测临床标本，单纯疱疹病毒抗原阳性。

3. 病毒培养。皮损处取材，通过细胞培养法从临床标本中分离出单纯疱疹病毒。

## 【报告要求】

### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现生殖器疱疹临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

报告初发型生殖器疱疹；基于临床诊断的病例即可报告；每例生殖器疱疹病人只报告一次；对于首次诊断（既往从未诊治过）的复发性生殖器疱疹需要报告；肛周、会阴部位生殖器疱疹须报告；生殖器疱疹复发病例不报告，有证据表明的复诊、多处就診治疗（包括年度内、跨年度、跨地区）的病例不报告；无肉眼可见的生殖器疱疹皮损临床表现，仅为单纯疱疹病毒（HSV-1 或 HSV-2）血清抗体阳性者不报告。

### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.生殖器疱疹诊断:WS/T 236—2017 [S/OL].2017:2-3.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201707/fb6d54763b0241c88dff939b3abc101d/files/1739781363279\\_19462.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201707/fb6d54763b0241c88dff939b3abc101d/files/1739781363279_19462.pdf)

中国疾病预防控制中心.全国性病病例报告质量管理方案（2021年版）[EB/OL].中疾控性控发〔2021〕6号,2021.

[https://www.msscnc.cn/Files/Editor/file/20250917/20250917142147\\_9279.pdf](https://www.msscnc.cn/Files/Editor/file/20250917/20250917142147_9279.pdf)

## 六、水 痘

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	○	○
报告类型	—	—	○	○

### 【报告规则】

#### 1. 临床表现

潜伏期为 10~21 天，多为 14 天。

原发感染通常发生于儿童期，常呈良性自限性，成人及免疫抑制患者可发展为重症。

##### 1.1 前驱期。

部分患者有发热头痛、全身不适、纳差及上呼吸道症状，偶可出现前驱疹。此期持续 1~2 天。婴幼儿常无前驱期症状。

##### 1.2 出疹期。

多于发热当天出疹，皮疹有以下特点。

1.2.1 先见于躯干、头部，后延及全身。皮疹发展迅速，开始为红斑疹，数小时变为丘疹，逐渐形成疱疹、结痂，伴皮肤瘙痒。皮疹分批出现，同一部位可见斑疹、丘疹、疱疹和结痂同时存在。1~2 周后痂皮脱落，色素沉着可持续数周，一般不留瘢痕。

1.2.2 皮疹常呈椭圆形，3~5mm，周围有红晕，疱疹浅表易破，顶部可见脐凹。疱液初为透明，后混浊，若继发细菌感染可呈脓性。

1.2.3 皮疹呈向心性分布，躯干最多，其次为头面部及四肢近端，数目由数个至数千个不等。

1.2.4 口腔、外阴、眼结合膜等处黏膜可发生浅表疱疹，易破溃形成浅表性溃疡，伴有疼痛。

##### 1.3 重症水痘。

多见于小于 1 岁的婴儿、孕妇及应用免疫抑制剂、放化疗、HIV 感染等免疫功能低下人群。临床表现为严重的感染中毒症状，体温可高达 40°C 以上，皮疹多为播散性，常呈出血性皮疹或大疱型疱疹，严重出血或 DIC。

#### 1.4 特殊类型水痘。

##### 1.4.1 突破性水痘。

接种水痘疫苗 6 周后出现的野生型水痘-带状疱疹病毒感染病例称为突破性水痘。通常症状较未接种疫苗患者轻，皮疹常不典型，无水疱、结痂等，类似蚊虫叮咬皮疹，多不伴发热。

##### 1.4.2 新生儿水痘。

患有水痘的母亲分娩时可感染新生儿，新生儿感染后重症比例较高，病死率高达 30%。分娩前 2 周感染水痘可传播给胎儿，症状相对较轻。

##### 1.4.3 先天性水痘。

母亲孕 20 周前患水痘或带状疱疹可能累及胎儿，发生先天性水痘，发生率约 1%~2%，表现为出生体重低、瘢痕性皮肤病变、肢体萎缩（一个或多个肢体短小或者畸形）、眼部异常（视神经萎缩、白内障、视网膜脉络膜炎、眼球震颤等）及中枢神经系统损害（大脑皮层萎缩、小头畸形、癫痫发作、智力低下）等。死亡率高达 30%以上。

#### 1.5 并发症。

1.5.1 肺炎。多见于免疫缺陷者、新生儿。于病后 1~6 天发生，表现为发热、咳嗽、呼吸困难、咯血、胸痛和肺部啰音。胸片示两肺散在斑片状或结节状影。

1.5.2 脑炎。常发生于出疹后第 2~6 天或出疹前或病愈后，与一般病毒性脑炎相似，亦可累及小脑，表现为共济失调。

1.5.3 皮肤细菌感染。疱疹破溃时可合并细菌感染，病原体以化脓性链球菌、金黄色葡萄球菌为多见。

1.5.4 其他并发症。包括心肌炎、血小板减少、肝功能异常、肾炎等。

## 2. 流行病学史

发病前 3 周内接触过水痘或带状疱疹患者。

### （一）临床诊断病例

具有以下任一项者。

1. 有典型临床表现；

2. 临床表现不典型者，但具有流行病学史。

## （二）确诊病例

临床诊断病例，具有以下任一项者。

1. 水痘核酸检测阳性；
2. 水痘抗原检测阳性；
3. 水痘病毒培养分离阳性；
4. 水痘-带状疱疹病毒-IgM 阳性（排除近期接种水痘减毒活疫苗）；
5. 水痘-带状疱疹病毒-IgG 阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。

## 【报告要求】

### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现水痘临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

### 3. 订正

3.1 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

## 【依据】

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局综合司.水痘诊疗方案（2023 年版）[EB/OL].国卫办医急函（2023）482 号,2023:2-6.

<https://www.nhc.gov.cn/cms-search/downFiles/c401746d8fb04f89a486912e5ff947ea.pdf>



## 七、华支睾吸虫病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

急性华支睾吸虫病同时符合 1 和 2。

慢性华支睾吸虫病同时符合 1 和 3。

1. 有生食或半生食淡水鱼虾史，并有在流行区生活、工作、旅游史。
2. 有畏寒发热、头痛、食欲不振、恶心、乏力、腹胀、腹泻和右上腹痛等症状，并伴有肝大、黄疸及外周血嗜酸性粒细胞增多等体征。
3. 无症状，或以纳差、腹胀、腹泻、乏力和神经衰弱等症状为主，可有肝大、黄疸等体征。常并发胆囊炎、胆结石。晚期患者有肝硬化、腹水，儿童可出现生长发育障碍等。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例同时符合下列任一项者。

1. 酶联免疫吸附试验（ELISA）阳性；
2. B 型超声检查有以下特征。
  - 2.1 肝脏型。肝实质点状回声增粗、增强，有短棒状、索状或网状回声。
  - 2.2 胆管型。肝内胆管轻度扩张，以部分节段扩张常见，同时伴有管壁增厚，回声增强；肝外胆管内可见层叠排列的“双线征”回声，其长 10mm~20mm，宽 2mm~3mm。
  - 2.3 胆囊型。胆囊壁毛糙，囊内常见漂浮斑点、“小等号”样光带及沉淀物回声，可见“双线征”或“细条征”，或直或弯，长 10mm~20mm，宽

2mm~3mm 的高回声光带。

2.4 混合型。同时有以上两种或三种类型表现。

### （三）确诊病例

疑似病例同时符合下列任一项者。

1. 粪检发现华支睾吸虫虫卵。
2. 胶囊拉线法检查发现华支睾吸虫虫卵。
3. 手术发现华支睾吸虫成虫或虫卵。

### 【报告要求】

华支睾吸虫病按照丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现华支睾吸虫病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.华支睾吸虫病诊断标准:WS309—2009 [S/OL].北京:人民卫生出版社,2009:1-2.

<https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/jscb/1656327159929442304/T2AQBLif.pdf>  
中国疾病预防控制中心.全国肝吸虫病和土源性线虫病监测方案（试行）（2017年版）

## 八、生殖道沙眼衣原体感染

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	—	—	○
报告类型	—	—	—	○

### 【报告规则】

#### 确诊病例

符合生殖道沙眼衣原体感染临床表现，以及核酸检测、抗原检测和细胞培养中任一项阳性，同时有或无流行病学史。

#### 1. 临床表现

1.1 男性生殖道沙眼衣原体感染。潜伏期平均 1 周~3 周,多数感染者症状轻微，部分无症状。有症状者主要表现为尿道刺痛或痒感，部分伴有轻重不等的尿频、尿急、尿痛、排尿困难及阴茎体局部疼痛。尿道口轻度红肿，可有少量稀薄浆液性或浆液脓性分泌物。长时间不排尿或晨起首次排尿前可见尿道口分泌物结成黏糊状，或分泌物污染内裤。部分感染者并发附睾炎。偶有感染者出现反应性关节炎。

1.2 女性生殖道沙眼衣原体感染。潜伏期平均 1 周~3 周，大多数感染者无症状或症状轻微。有症状者主要表现为白带异常及下腹部不适，可伴有轻度尿频、尿急、尿痛。可见宫颈充血、水肿及浆液性或浆液脓性分泌物，触之易出血。部分感染者并发急性输卵管炎、子宫内膜炎、盆腔炎等。

#### 2. 实验室检测

2.1 尿道、宫颈、肛门直肠、咽部采集标本进行核酸扩增法检测，沙眼衣原体核酸阳性。

2.2 尿道、宫颈采集标本进行抗原检测，沙眼衣原体抗原阳性。

2.3 尿道、宫颈采集标本进行细胞培养，沙眼衣原体阳性。

### 【报告要求】

## 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现生殖道沙眼衣原体感染病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

报告首诊病例，首次诊断的生殖道沙眼衣原体感染病例须报告；再次感染者需报告；生殖道沙眼衣原体感染引起的睾丸炎、附睾炎、盆腔炎、咽炎、直肠炎等需报告。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 排除诊断时，应及时进行订正。

3.2 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

## 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.生殖道沙眼衣原体感染诊断：WS/T513—2016[S/OL].2016: 1-2.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201804/9a7570f0ad5c46eda3b1631874e64f9e/files/1739781447827\\_24954.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/201804/9a7570f0ad5c46eda3b1631874e64f9e/files/1739781447827_24954.pdf)

中国疾病预防控制中心.全国性病病例报告质量管理方案（2021年版）[EB/OL].中疾控性控发〔2021〕6号,2021.

[https://www.msscdc.cn/Files/Editor/file/20250917/20250917142147\\_9279.pdf](https://www.msscdc.cn/Files/Editor/file/20250917/20250917142147_9279.pdf)

## 九、恙虫病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

流行季节，发病前3周内曾在或到过恙虫病流行区，并有野外活动史，主要有田间劳作、农村垂钓、野营训练、草地坐卧、接触和使用秸秆等，出现发热，伴淋巴结肿大或皮疹，且明确排除其他疾病。或无法获得明确的流行病学史，在流行季节同时出现发热、淋巴结肿大和皮疹。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例同时出现特异性焦痂或溃疡；或具有流行病学史，且出现发热伴特异性焦痂或溃疡。

#### （三）确诊病例

疑似病例符合2、3、4中任一项，或者临床诊断病例符合下列任一项。

1. 外斐氏试验阳性。单份血清  $OX_K$  效价 $\geq 1:160$ ；
2. 间接免疫荧光试验阳性。双份血清 IgG 抗体滴度4倍及以上升高；
3. PCR 核酸检测阳性；
4. 分离到病原体。

### 【报告要求】

恙虫病按照乙、丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现恙虫病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后24小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中国疾病预防控制中心.恙虫病预防控制技术指南（试行）（2009 年版）[EB/OL].中疾控疾发〔2009〕1 号,2009:4-7.  
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.jygc dc.com%2FUploadFiles%2F200911485437744.doc&wdOrigin=BROWSELIN>

## 十、森林脑炎

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

依据流行病学史、临床表现和实验室检测结果进行诊断。

#### （一）疑似病例

在流行地区森林、草地地区工作、生活或者旅行史等，突然发热、典型急性中枢神经系统损伤的临床表现。

#### （二）临床诊断病例

在流行地区森林、草地地区工作、生活或者旅行史等，且有蜱的叮咬史、突然发热、典型急性中枢神经系统损伤的临床表现，参考森林脑炎流行病学调查结果，综合分析，并排除其他病因所致的类似疾病方可诊断。

#### （三）确诊病例

血清学检查是森林脑炎实验室诊断的常用方法。在神经侵袭期，血清或脑脊液的 IgM 捕获 ELISA 通常呈阳性。结果解读时应结合患者的疫苗接种史、症状出现时间，以及当地流行区域其他黄病毒可能引起的交叉反应。森林脑炎病毒或其 RNA 仅在疾病早期阶段可能检出，当出现神经系统症状时，病毒或 RNA 通常已不可检测。

疑似或临床诊断基础上，病原学及血清学检测结果符合下述任一项的病例。

1. 1 个月内未接种过森林脑炎疫苗者，血清和（或）脑脊液中森林脑炎病毒 IgM 抗体阳性。
2. 恢复期血清中森林脑炎病毒 IgG 抗体阳转或中和抗体滴度比急性期有  $\geq 4$  倍升高。

3. 在血液和（或）脑脊液中检测到森林脑炎病毒抗原或核酸。
4. 在血液和（或）脑脊液中分离出森林脑炎病毒。

### 【报告要求】

森林脑炎按照乙、丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现森林脑炎疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例、确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.职业性森林脑炎诊断标准:GBZ 88—2002[S/OL].2002:3-5.

[https://www.nhc.gov.cn/wjw/pyl/201212/34564/files/1739779769624\\_75932.pdf](https://www.nhc.gov.cn/wjw/pyl/201212/34564/files/1739779769624_75932.pdf)

国家疾病预防控制局.全国重点蜱传疾病监测方案(试行).国疾控综监测函(2025)232号.

# 十一、人感染猪链球菌病

## 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

## 【报告规则】

### （一）疑似病例

具有流行病学史，出现急性全身感染中毒表现或者外周血白细胞总数及中性粒细胞比例增高。

#### 1. 流行病学史

发病前 7 天内有与病（死）猪等家畜直接接触史。

#### 2. 临床表现

潜伏期数小时~7 天，一般为 2~3 天。

急性起病，轻重不一，表现多样。

2.1 感染中毒症状。高热、畏寒、寒战，伴头痛、头晕、全身不适、乏力等。

2.2 消化道症状。食欲下降、恶心、呕吐，少数患者出现腹痛、腹泻。

2.3 皮疹。皮肤出现瘀点、瘀斑，部分病例可出现口唇疱疹。

2.4 休克。血压下降，末梢循环障碍。

2.5 中枢神经系统感染表现。脑膜刺激征阳性，重者可出现昏迷。

2.6 呼吸系统表现。部分严重患者继发急性呼吸窘迫综合征（ARDS），出现呼吸衰竭表现。

2.7 听力、视力改变。听力下降，视力下降，且恢复较慢。

2.8 其他。少数患者可出现关节炎、化脓性咽炎、化脓性淋巴结炎等，严重患者还可出现肝脏、肾脏等重要脏器的功能损害。

### （二）临床诊断病例

具有流行病学史，同时符合下列任一项者。

1. 中毒性休克综合征。血压下降，成人收缩压在 12 KPa（90mmHg）以下，伴有下列两项或两项以上。

1.1 肾功能不全；

1.2 凝血功能障碍；

1.3 肝功能不全；

1.4 急性呼吸窘迫综合征；

1.5 全身瘀点、瘀斑；

1.6 软组织坏死，筋膜炎，肌炎，坏疽。

2. 脑膜炎。脑膜刺激征阳性，脑脊液化脓性改变。

### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例，无菌部位的标本培养分离出猪链球菌或特异性基因检测阳性。

### 【报告要求】

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现人感染猪链球菌病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重

工作。

**【依据】**

中华人民共和国卫生部.人感染猪链球菌病诊疗方案[EB/OL].卫医发〔2006〕461号,2006.

<https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wtwj/201304/3f779fe5a2fb4e72b43a98572aec13af.shtml>

中国疾病预防控制中心.全国人感染猪链球菌病监测方案（2009版）[EB/OL].2009.

[https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/qt/rzzzlqjgr/jswj\\_lqjgr/202409/t20240907\\_298710.html](https://www.chinacdc.cn/jkyj/crb2/qt/rzzzlqjgr/jswj_lqjgr/202409/t20240907_298710.html)

## 十二、人粒细胞无形体病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

具备下列表现，部分病例可能无法获得明确的流行病学史。

##### 1. 流行病学史

发病前 2 周内被蜱叮咬史，或在有蜱活动的丘陵、山区（林区）工作或生活史，或直接接触过危重患者的血液等体液。

##### 2. 临床表现

急性起病，主要症状为发热（多为持续性高热，可高达 40℃以上）、全身不适、乏力、头痛、肌肉酸痛，以及恶心、呕吐、厌食、腹泻等。个别重症病例可出现皮肤瘀斑、出血，伴多脏器损伤、弥漫性血管内凝血等。

3. 血常规及生化检查显示，早期外周血象白细胞、血小板降低，严重者呈进行性减少，异型淋巴细胞增多，谷丙（丙氨酸氨基转移酶，ALT）和 / 或谷草（天冬氨酸氨基转移酶，AST）转氨酶升高。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例同时符合下列任一项者。

1. 末梢血涂片镜检中性粒细胞内可见桑葚状包涵体。

2. 急性期血清间接免疫荧光抗体（IFA）检测嗜吞噬细胞无形体 IgM 抗体阳性。

3. 急性期血清 IFA 检测嗜吞噬细胞无形体 IgG 抗体阳性。

#### （三）确诊病例

疑似病例或临床诊断病例同时符合下列任一项者。

1. 恢复期血清 IFA 检测嗜吞噬细胞无形体 IgG 抗体滴度较急性期有 4 倍及以上升高。

2. 全血或血细胞标本 PCR 检测嗜吞噬细胞无形体特异性核酸阳性，且序列分析证实与嗜吞噬细胞无形体的同源性达 99%以上。

3. 分离到病原体。

### 【报告要求】

人粒细胞无形体病按照乙、丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现人粒细胞无形体病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.人粒细胞无形体病预防控制技术指南（试行）[EB/OL].卫办应急发〔2008〕18号,2008.

<https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/200802/355b281d60f547ff8eba837cc1d3eebb.shtml>



## 十三、黄热病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

符合流行病学史（发病前 14 天内有在黄热病流行地区居住或旅行史）且有难以用其他原因解释的发热、黄疸、肝肾功能损害或出血等临床表现。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例且黄热病毒 IgM 抗体检测阳性。

#### （三）确诊病例

疑似病例或者临床诊断病例，同时符合以下任一项。

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。

### 【报告要求】

黄热病按照甲类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构发现黄热病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于 2 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 2 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制中心审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，更新诊断时间，需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制中心每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### 【依据】

国家卫生和计划生育委员会.黄热病诊疗方案（2016 年版）[EB/OL].  
国卫办医函〔2016〕323 号,2016:5-9.

[https://zjjcmpublic.oss-cn-hangzhou-zwynet-d01-a.internet.cloud.zj.gov.cn/jcms\\_files/jcms1/web3508/site/attach/0/d35bf27d7b8a4afeb6cecb2b91758172.pdf](https://zjjcmpublic.oss-cn-hangzhou-zwynet-d01-a.internet.cloud.zj.gov.cn/jcms_files/jcms1/web3508/site/attach/0/d35bf27d7b8a4afeb6cecb2b91758172.pdf)

国家卫生和计划生育委员会.黄热病防控方案（2016 年版）[EB/OL].  
国卫办疾控函〔2016〕382 号,2016:4-6.

<https://cdcp.gd.gov.cn/gcdcdfiles/1m5/201809/ea6eb7405cbf4faca7837c8cdcdfd28/files/af38980e47574532be73b9d691c66852.pdf>

## 十四、裂谷热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

具有流行病学史和临床表现。

##### 1. 流行病学史

生活在裂谷热流行地区或到疫区旅行，有患病动物接触史或蚊虫叮咬史。

##### 2. 临床表现

发热（常为双相热）、头痛、乏力、肌肉关节疼痛，部分病例可表现为多系统受累。

#### （二）确诊病例

疑似病例同时符合以下任一项。

1. 病毒抗原阳性；
2. 血清特异性 IgM 抗体阳性；
3. 恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度比急性期增高 4 倍以上；
4. 从患者标本中检出裂谷热病毒 RNA；
5. 从患者标本中分离到裂谷热病毒。

### 【报告要求】

裂谷热按照甲类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构发现裂谷热疑似病例、确诊病例，应于 2 小时内进行网络直报。

## 2. 审核

县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐级对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在 2 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.裂谷热诊断和治疗方案（2008 年版）[EB/OL].  
卫办应急发〔2008〕140 号.

<https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/200807/72a2e9e151414618a7c9ce78aa323f1c.shtml>

中华人民共和国卫生部.裂谷热预防控制技术指南(2008 年版)[EB/OL].  
卫办应急发〔2008〕140 号.

<https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/200807/72a2e9e151414618a7c9ce78aa323f1c.shtml>

## 十五、拉沙热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

具有流行病学史和临床表现。

##### 1. 流行病学史

生活在拉沙热流行地区或3周内疫区旅行史。

##### 2. 临床表现

发热、咽炎、胸骨后疼痛和蛋白尿可作为早期诊断线索。

#### （二）确诊病例

疑似病例同时符合以下任一项。

1. 血清中特异性病毒抗原阳性；
2. 血清特异性 IgM 抗体阳性；
3. 恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍以上增高；
4. 从患者标本中检出拉沙病毒 RNA；
5. 患者标本中分离到拉沙病毒。

### 【报告要求】

拉沙热按照乙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现拉沙热疑似病例、确诊病例，应于 24 小时内进行网络直报。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行

行审核。

### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时,应在 24 小时内完成订正诊断报告,订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时,应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时,应及时进行订正。

### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重,重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准,重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华人民共和国卫生部.拉沙热诊断和治疗方案(2008年版)[EB/OL].卫办应急发(2008)140号.

<https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/200807/72a2e9e151414618a7c9ce78aa323f1c.shtml>

国家疾病预防控制局 国家卫生健康委员会.拉沙热防控方案(2024年版).国疾控综传防发(2024)18号.

## 十六、莱姆病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

具有流行病学史 1，并具有临床表现 2~5 之一者，或具有流行病学史 2，并具有临床表现 1~5 之一者。

##### 1. 流行病学史

1.1 发病前数天或数月到过疫区，有蜱暴露或叮咬史；

1.2 发病前没有去过已知的疫区，但有蜱暴露或叮咬史。

##### 2. 临床表现

2.1 典型的皮肤损害，呈“牛眼状”的游走性红斑；

2.2 神经系统损害，主要包括。脑膜脑炎、颅神经炎（特别是面神经麻痹）、神经根炎或其他神经系统损害；

2.3 有心脏损害并能排除有关疾病；

2.4 有单个或多个关节炎；

2.5 其他莱姆病症状。不典型皮肤损害（全身皮疹或红斑），或眼部损害，或精神异常等。

#### （二）临床诊断病例

发病前数天或数月到过疫区，有蜱暴露或叮咬史，具有典型的皮肤损害，呈“牛眼状”的游走性红斑。

#### （三）确诊病例

疑似病例、临床诊断病例具有以下实验室检查结果之一者。

1. 细菌学检测 皮肤红斑组织或血液、脑脊液等标本的细菌分离培养

获得莱姆病螺旋体，或显微镜检查发现莱姆病螺旋体。

2. 血清抗体检测 血清学“两步法”检查莱姆病螺旋体特异抗体阳性（即初筛和确诊实验均为阳性），或 ELISA/IFA 检测双份血清抗体滴度发生 4 倍及以上变化。

3. 核酸检测 皮肤红斑组织或血液、脑脊液等标本中莱姆病螺旋体特异性核酸片段检查阳性。

### 【报告要求】

莱姆病按照乙、丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现莱姆病疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“莱姆病”，如为输入性病例须在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

#### 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

#### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

#### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

中华预防医学会. 莱姆病诊断 :T/CPMA 007-2020[S]. 2020.  
<https://std.samr.gov.cn/>

国家疾病预防控制局. 全国重点蜚传疾病监测方案(试行). 国疾控综监测函(2025)232号.

## 十七、蜱传回归热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

##### 1. 流行病学史

有疫区旅居史，有蜱叮咬史或蜱暴露史。

##### 2. 临床表现

2.1 发热、剧烈头痛、肌肉疼痛或关节痛、寒战或乏力；

2.2 头晕、恶心呕吐、食欲丧失，很少出现面瘫、眼睛疼痛或视力改变。

#### （二）临床诊断病例

##### 1. 流行病学史

有蜱叮咬史或蜱暴露史，可无疫区旅居史。

##### 2. 临床表现

反复发热或不规则间歇发热，发热可能发生在暴露后 4 至 21 天出现，持续约 3 天左右，随后出现短暂的无热期，通常 7 天左右，然后再次发热。如果没有抗生素治疗，这个过程可能重复多次。

#### （三）确诊病例

疑似病例、临床诊断病例具备以下实验室结果之一者。

##### 1. 病原学检测

1.1 暗视野检查。在发热期采血，暗视野检查可查到螺旋体。在滚动的红细胞附近很容易发现活动的螺旋体。尿和脑脊液亦可查到螺旋体。

1.2 涂片染色检查。血液、骨髓或脑脊液同时涂厚片或薄片，吉姆萨

或瑞特染色可查到红色或紫色螺旋体。

1.3 PCR 检测回归热螺旋体核酸阳性。

2. 血清学检测

回归热特异性抗体检测阳性（或 2 次血清抗体检测 4 倍变化）。

### 【报告要求】

蜱传回归热按照乙、丙类传染病要求进行报告。

1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现蜱传回归热疑似病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“蜱传回归热”，如为输入性病例须在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家疾病预防控制局. 全国重点蜱传疾病监测方案（试行）. 国疾控综监测函〔2025〕232号.

## 十八、克里米亚刚果出血热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

任何具有提示 CCHF 临床特征的人，在症状出现前 15 天内有以下一项或多项暴露。

1. 被蜱虫咬或徒手压扁蜱虫，或者在牲畜屠宰期间或屠宰后直接接触动物血液或其他组织。
2. 直接或间接接触患者的血液、分泌物或排泄物。
3. 有本病流行的地区旅居史，存在接触牲畜或蜱虫的风险者。

#### （二）确诊病例

疑似病例出现以下任何一项实验室检测阳性。

1. RT-PCR 检测出病毒核酸；
2. IgM 或 IgG 阳转；
3. 抗原检测阳性；
4. 分离到病毒。

### 【报告要求】

克里米亚刚果出血热按照乙、丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现克里米亚刚果出血热疑似病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“克里米亚刚果出血热”，如为输入性病例须在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时,应在 24 小时内完成订正诊断报告,订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 排除诊断时,应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时,应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重,重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准,重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家疾病预防控制局. 全国重点蜱传疾病监测方案(试行). 国疾控综监测函〔2025〕232号.

## 十九、斑点热

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	○	○
报告类型	—	○	○	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

##### 1. 流行病学史

流行季节具有蜱叮咬史或野外接触史。

##### 2. 临床表现

发热、淋巴结肿大、皮疹、特异性焦痂或溃疡。

#### （二）临床诊断病例

疑似病例具有以下实验室结果之一者。

1. 急性期血清间接免疫荧光抗体（IFA）检测斑点热群立克次体 IgM 抗体阳性。

2. 急性期血清 IFA 检测斑点热群立克次体 IgG 抗体阳性

#### （三）确诊病例

疑似病例、临床诊断病例具备以下实验室结果之一者。

1. 恢复期血清 IFA 检测斑点热群立克次体 IgG 抗体滴度较急性期有 4 倍及以上升高。

2. 从发热期患者血标本中分离出斑点热群立克次体，或发热期血标本斑点热群立克次体特异性 DNA 片段阳性。

### 【报告要求】

斑点热按照乙、丙类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现斑点热疑似

病例、临床诊断病例、确诊病例，应于诊断后 24 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“斑点热”，如为输入性病例须在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

## 2. 审核

县级疾病预防控制机构应于网络直报后 24 小时内对网络报告信息进行审核。

## 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例时，应在 24 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 24 小时内再次完成县级疾控机构审核。

3.2 从临床诊断病例订正为确诊病例时，可不更新诊断时间，也不需要再次审核。

3.3 排除诊断时，应及时进行订正。

3.4 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

## 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

### 【依据】

国家疾病预防控制局. 全国重点蜱传疾病监测方案（试行）. 国疾控综监测函〔2025〕232号.

## 二十、尼帕病毒病

### 【诊断报告类型】

类型	病原携带者	疑似病例	临床诊断病例	确诊病例
诊断类型	—	○	—	○
报告类型	—	○	—	○

### 【报告规则】

#### （一）疑似病例

出现发热、呼吸道症状和/或神经系统症状等症状者，且发病前 14 天内曾到过尼帕病毒病流行区或有相关暴露史（如接触感染的蝙蝠、猪、马等，或直接接触其分泌物、排泄物、体液等；食用或饮用可能污染的食品如椰枣、生椰枣汁等；密切接触患者）。

#### （二）确诊病例

疑似病例符合以下之一者。

- 1.任一标本（咽拭子、鼻咽拭子、肺泡灌洗液、血、脑脊液、尿液等）中，尼帕病毒核酸检测阳性；
- 2.任一标本（咽拭子、鼻咽拭子、肺泡灌洗液、血、脑脊液、尿液等）中，分离到尼帕病毒。

### 【报告要求】

尼帕病毒病按照甲类传染病要求进行报告。

#### 1. 报告

各级各类医疗卫生机构、乡村医生、个体开业医生等发现尼帕病毒病疑似病例、确诊病例，应于诊断后 2 小时内进行网络直报。疾病名称选择“其他传染病”中的“尼帕病毒”，如为输入性病例须在备注栏中注明病例国籍及所来自疫区国家或地区名称。

#### 2. 审核

县级、市级和省级三级疾病预防控制机构应于网络直报后 2 小时内逐

级对网络报告信息进行审核。

### 3. 订正

3.1 从疑似病例订正为确诊病例时，应在 2 小时内完成订正诊断报告，订正报告后 2 小时内再次完成县级、市级和省级三级疾病预防控制机构审核。

3.2 排除诊断时，应及时进行订正。

3.3 已报告病例因该病死亡或填报信息错误时，应及时进行订正。

### 4. 查重

县级疾病预防控制机构每日对报告信息进行查重，重复报告信息以上级医疗机构诊断结果为准，重复信息进行删除。医疗机构每日需开展查重工作。

#### **【依据】**

中国疾病预防控制中心. 尼帕病毒病预防控制技术指南. 中疾控应急发〔2021〕54号.