



中华人民共和国国家标准

GB XXXXX—XXXX
代替 GB17020-2010

克山病病区判定和类型划分标准

Delimitation and classification standard of Keshan disease areas

(征求意见稿)

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

中华人民共和国国家卫生健康委 发布

前 言

本标准代替GB 17020-2010《克山病病区判定和类型划分》。

本标准与GB 17020-2010相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

- 修改了范围（见1，2010版的1）；
- 修订了术语和定义（见3.1、3.2，2010版的3.1、3.2）；
- 病区判定更改为以行政村为单位（见4，2010版的4）；
- 修订了病区类型划分主要依据（见4、5，2010版的4、5）；
- 病区类型划分不再区分轻、中、重病区（见5.1、5.2，2010版的5）；
- 删除了克山病地区分布特点（2010版的附录A）。

本标准由国家卫生健康标准委员会地方病标准专业委员会负责技术审查和技术咨询，由中国疾病预防控制中心负责协调性和格式审查，由国家卫生健康委疾病预防控制局负责业务管理、法规司负责统筹管理。

本标准起草单位：甘肃省疾病预防控制中心、中国疾病预防控制中心地方病控制中心、山西省地方病防治研究所、哈尔滨医科大学附属第二临床医学院、四川省疾病预防控制中心、吉林省地方病第二防治研究所。

本标准主要起草人：王燕玲、侯杰、张向东、李萍、于波、李锋、万晓艳、鱼素琴、蔡卫、郭百锁。

本标准于1997年首次发布，2010年第一次修订，本次为第二次修订。

克山病病区判定和类型划分标准

1 范围

本标准规定了克山病病区判定和类型划分的依据。

本标准适用于克山病病区的判定和类型划分、病情调查、监测和流行病学研究。

2 规范性引用文件

下列标准中的内容通过文中的规范性引用而构成本标准必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本标准；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准。

WS/T 210 克山病诊断

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

克山病 Keshan disease KD

一种病因不十分清楚的地方性心肌病。因 1935 年在黑龙江省克山县首先报道而命名。基本病理改变是心肌实质细胞的变性、坏死和继发性纤维化，心脏呈肌源性扩张，心腔扩大、室壁趋向变薄。主要临床表现是心功能不全和心律失常。

3.2

新发克山病病例 new Keshan disease case

病程<1 年，且无克山病病史的新检出克山病病例。

4 病区判定

病区判定以行政村为单位，结合克山病地区分布特点，对病区进行判定。既往或现在有急型或亚急型克山病发生或有克山病病例存在的村，判定为病区。克山病病例是指在病区连续居住不少于 6 个月的本地病例。各型克山病诊断依据 WS/T 210。

5 病区类型划分

5.1 现病区

5.1.1 活跃病区

近 5 年内有急型或亚急型克山病发生或有新发慢型克山病病例。

5.1.2 静止病区

近 5 年内无急型、亚急型克山病发生且无新发慢型克山病病例，但有克山病病例存在。

5.2 历史病区

既往为克山病病区，近 5 年内无克山病病例存在。

《克山病病区判定和类型划分》标准编制说明

一、项目基本情况

（一）《克山病病区判定和类型划分》标准修订项目由 2021 年中国疾病预防控制中心公共卫生标准体系升级改造项目（中疾控标准便函〔2021〕868 号）下达。

（二）各起草单位和起草人承担的工作

起草单位：甘肃省疾病预防控制中心、中国疾病预防控制中心地方病控制中心、山西省地方病防治研究所、哈尔滨医科大学附属第二临床医学院、四川省疾病预防控制中心、吉林省地方病第二防治研究所。

主要起草人：王燕玲、侯杰、张向东、李萍、于波、李锋、万晓艳、鱼素琴、蔡卫、郭百锁

姓名	工作单位	职称	所承担工作
王燕玲	甘肃省疾病预防控制中心	主任医师	设计、综合协调
侯杰	中国疾病预防控制中心地方病控制中心	副研究员	资料整理、分析
张向东	山西省地方病防治研究所	主任医师	资料整理、核实
李萍	甘肃省疾病预防控制中心	副主任医师	资料整理、分析
于波	哈尔滨医科大学附属第二临床医学院	主任医师	资料整理、核实
李锋	四川省疾病预防控制中心	副主任医师	资料整理、核实
万晓艳	吉林省地方病第二防治研究所	主任医师	资料整理、核实
鱼素琴	甘肃省疾病预防控制中心	主任医师	资料整理、核实
蔡卫	四川省疾病预防控制中心	主任医师	资料整理、核实
郭百锁	山西省地方病防治研究所	主任医师	资料整理、核实

（三）起草过程

1. 2021 年 5 月 17 日至 2021 年 5 月 30 日，广泛征求全国克山病病区省份专家对《克山病病区判定和类型划分》标准修订意见和建议，并参考专家意见和建议确定标准修订主要内容。

2. 2021 年 5 月 18 日至 2021 年 6 月 10 日，梳理原《克山病病区判定和类型划分》GB 17020-1997 及 GB 17020-2010 各项技术指标，对近 10 年全国克山病

监测数据进行整理分析，确定本标准技术指标来源依据。

3. 2021 年 6 月 13 日至 2021 年 6 月 18 日，根据专家修订意见和建议，起草标准条文和编制说明，并在标准修订专家组内进行充分的讨论和论证，对标准条文达成一致，形成本标准的征求意见稿，在行业内广泛征求意见。

4. 2021 年 6 月 19 日至 2021 年 6 月 30 日，汇总征求意见反馈结果，完善标准条文及标准编制说明，形成本标准和标准编制说明的送审讨论稿，报请地方病标准委员会进行初审。

二、与我国有关法律法规和其它标准的关系

与本标准相关的文件和标准有 WS/T 210 《克山病诊断》，是确诊急型、亚急型、慢型和潜在型克山病的依据，也是本标准病区划分的重要参考。

三、国外相关规定和标准情况的对比说明

克山病主要分布在我国河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、山东、河南、湖北、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃等 16 个省（区、市）的 330 个县。在国外，1957 年日本的信州（亦称信州心肌病）和 1954 年朝鲜北部的长白山东麓也有过类似病例的报道。但未见有关病区划分的标准及概念，到目前为止，本标准无任何国外可参考的相关规定和标准。

四、各项技术内容的依据

标准中各项重要技术指标依据如下。

（一）病区划分以行政村为单位

克山病发生在我国由东北到西南的一条过渡地带，病区多沿大山系两侧，水系上游，分布于中、低山区、丘陵地带及其相邻的部分平原地带，病区在地势上，南起云南高原，向东北方向一路走低，止于海拔仅 40 m 的松嫩平原，以灶状形式非随机地分布其间，各病区村之间在社会、经济、地形地貌诸方面不存在明显的一致性。病区内也可存在少数非病点“健康岛”，即病区乡内存在非病区村；另外，当前政府实施撤乡并镇、异地搬迁等策略，以行政村为单位，克服了病区乡和非病区乡合并造成病区范围的扩大，提高监测效率和精确性，同时也体现了新时期对克山病防治的科学，精准策略。

（二）急型、亚急型克山病发病是克山病病区划分的关键指标

根据克山病发病急缓、病程长短，心脏功能状态和心肌病变，将克山病分成

四个临床类型，急型、亚急型、慢型和潜在型四种。在克山病历史高发年代，克山病有明显的多发年和多发季节，主要原因是急型、亚急型克山病在某些年份有集中高发的现象和明显的季节多发现象。北方病区的急型克山病多发生在严寒的冬季，西南病区的小儿亚急型克山病多发于炎热的夏季。据我国北方病区 1959-1990 年急型、亚急型克山病病情统计分析表明：其中 1959-1984 年平均发病率为 19.15/10 万，此间出现三次高峰年，1959 年发病率为 60.18/10 万，1964 年为 41.73/10 万，1970 年为 40.42/10 万。呈每五年爆发一次大流行。但自 70 年代以来病情呈逐年下降的趋势，1984 年发病率降至于 1.69/10 万，1985-1990 年年均发病率降至 0.07/10 万。90 年代以后，大多数北方病区已无急型、亚急型病例发生，全国年发病不足 10 例，且多数病例集中在四川和云南病区。2010 年以后，全国仅报告发生 2 例亚急型克山病，分别发生在 2012 年和 2013 年，均发生在病情较重的甘肃省。之后，全国再无急型、亚急型病例报告。可见我国克山病病情现已降到历史最低水平，已看不到年度多发和季节多发现象。在病区省(区)范围内，多发年的发病并非整个病区发病率普遍升高，而是某些重点病区发病人数突然增多，造成发病率大幅度上升所致。在不同高发年，集中多发的地点亦非固定不变，集中高发的年度间隔不等，亦无规律可循。急型克山病发病急，病情重，变化快，成人多见，可有健康人突然发病，也可以在潜在型或慢型基础上急型发作，发病时主要临床表现为心源性休克伴有严重心律失常。亚急型克山病多见于儿童(2~7 岁)，发病较急型缓慢，临床表现心脏扩大及水肿，通常数日内发生心力衰竭，部分病人合并有泵衰竭所致的心源性休克，经三个月治疗不愈即转为慢型。急性、亚急型克山病均有发病快，病情重，病死率高的特点，在克山病高发年代，是病情轻重及未知致病因子活跃程度的指示指标。尽管近 7 年全国已无发病，但以近 5 年内是否有急型或亚急型克山病发生作为病区划分的重要指标，仍然是判断病区致病因子活跃程度较为敏感的指标。

(三) 5 年内是否有慢型克山病病例存在是病区划分的重要依据

自 1990 年开始实行的全国克山病监测采用了哨点法，属于非概率抽样的重点监测，监测主要内容是以病区村为单位，定点观察历史重病区人群是否有新发病例、患病率的消长和患者的转归，以 5 年作为一轮，分阶段对监测工作进行回顾和总结。

2009~2011 年，监测方案调整为重点监测结合监测县病例搜索。重点监测基于病区县病例搜索和近年克山病监测结果，选择病情相对较重的病区村开展，每年监测点不固定，但近 3 年有新发急型、亚急型克山病病例发生的监测点（县）或慢型克山病检出率超过 1%的监测点（县），仍在下一年度继续选作重点监测点（县）。病区村监测方法为，对监测对象进行临床查体和十二导联心电图描记，对可疑克山病患者拍摄后前位 2 米距离胸部正位 X 光片，有条件的可开展超声心动图检查，并按照《克山病诊断》（WS/T 210-2011）进行诊断，每个监测村监测人数不少于 400 人。病例搜索具体方法是，调查县级医疗机构及其所辖病区乡（镇）卫生院、病区村卫生室就诊的全部心肌病患者信息，根据患者的病史、临床症状和体征、辅助检查结果和来自病区的流行病学线索等，筛选出疑似克山病病例，由各病区县克山病诊断专家组，根据《克山病诊断》（WS/T 210-2011）对筛选出的疑似克山病病例逐一核实诊断，确诊克山病病例，疑难病例由省级专家组核实确诊。

2012 年始，重点监测仍然选择病情相对较重的病区村，但病区县病例搜索时间范围为前溯 5 年。2017、2018 全国只有部分病区省份开展了病例搜索工作。

梳理近 20 年克山病监测工作，以“五年”为时间段，有利于克山病防治工作的延续性和统一性；其次，用“近 5 年”为时间范围，既能从克山病的防治历史来全面认识病区的病情，又能克服因为短时间内没有发病而降低对病区防控工作的重视。

（四）病区划分不再区分轻、中、重病区类型符合目前克山病防治现状

以往克山病监测方法无法获取县级水平的发病率和患病率，更无法获得乡级水平的发病率和患病率，因此，也难以将全国克山病监测的结果与《克山病病区判定和类型划分》GB 17020-2010 中的具体指标相比较。自 2019 年至 2021 年实行克山病病区全覆盖监测，具体方法为，在全乡（镇）范围内，以病区村（行政村）为单位，由村医线索调查疑似心肌病病例，进一步由县、市、省级确诊复核，并重点识别无克山病病史且病程短于 1 年的新发病例，确诊患者包括历史患者。现行监测方案线索调查可以在历史患者底数清楚的基础上，逐年通过新发生和新发现慢型克山病病例数动态掌握病情现状。2019 年度全国共报告新发慢型克山病 7 例，分布在陕西（4 例）、山东（2 例）和甘肃（1 例），2020 年度全国共报

告新发慢型克山病 9 例，分别为山东（5 例）、甘肃（3 例）和云南（1 例），2019 年、2020 年全覆盖监测共确诊 16 例新发慢型克山病患者，散发于全国 16 个病区村，现症患者绝大部分为历史患者，发病率均在病区消除标准技术指标 5/万以下，故病区划分不再区分轻、中、重病区类型。

（五）将现病区划分为活跃病区和静止病区可以判断致病因子的强度

在克山病病因不明的情况下，病区的划分，结合克山病病区分布特点，单纯根据病区中患病人数的多少，根据患病率区分重病区、中病区、轻病区和非病区，但并不能完全反映未知致病因子的消长情况。流行病学中定义的活跃病区指致病因子多、作用强烈且有许多新发病例的地区；静止病区指致病因子长期基本消失，基本没有新发病例，但有相当数量早年患病的老病例的地区。全国克山病现行监测方案中强调重点识别无克山病病史且病程短于 1 年的新发病例，目的也在于能及时根据新发病例的多少，判断致病因子的强度。活跃病区和静止病区的概念符合目前克山病流行现状，也切合现行监测方案，在病区发病率普遍较低的情况下，根据新发病例的多少判断致病因子的强度，反之，可根据致病因子的强度预测病情发生的严重程度。

《克山病病区判定和类型划分》标准的修订工作，是以当前全国克山病的病情现状为依据，以切实有利于新时期克山病的防治工作为原则，广泛征求全国克山病防治专家意见并论证基础上开展。该标准为当前全国克山病病区判定和划分提供简便可行的依据，并为确定克山病的重点防治区域提供指导，既有利于当前形势下克山病防治工作的开展，又有利于克山病病区现症患者得到及时有效的救治。

五、征求意见和采纳情况

本标准向全国克山病防治专家，心内科医生及省级、县级克山病专业技术骨干发出征求意见稿共计 23 份，其中 23 位专家回复了书面意见；共提出修改意见 32 条，其中采纳 13 条，部分采纳 4 条，未采纳 15 条，10 位专家无修改意见。其意见汇总处理情况详见《征求意见汇总处理表》。

六、重大意见分歧的处理结果和依据

在本标起草组内及广泛征求的专家意见中，争议较多的是病区判定以病区乡为单位还是以行政村为单位的问题，部分专家认为应继续沿用 GB 17020-2010《克

山病病区判定和类型划分》中以病区乡为单位，可与《克山病病区控制与消除标准》中以乡为单位进行病区控制消除评估保持一致。但大多数专家认为以行政村为单位更符合目前克山病流行现状，且与病区考核评估不存在矛盾。病区判定和类型划分以行政村为单位有利于新时期克山病精准防控，而且本标准中以近 5 年是否有急型、亚急型克山病发生或慢型克山病新发作为区分现病区中活跃病区和静止病区的重要依据，与新修订《克山病病区控制与消除标准》以发病率作为技术指标保持一致。

七、实施标准的建议

本标准建议发布后六个月实施。

本标准与 GB 17020-2010《克山病病区判定和类型划分》不一致，建议自本标准实施之日起，GB 17020-2010《克山病病区判定和类型划分》废止。

主要参考文献

1. 孙殿军. 地方病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 190.
2. 梯保雄. 克山病之我见以及白肌病与信州心肌病(之二)--信州心肌病、白肌病及其与克山病的联系[J]. 中华地方病学杂志, 2000, 19(003):232-233.
3. 夏德义. 克山病[J]. 地方病通讯.1975(3):49-55
4. 杨建伯. 克山病发生的原因,条件和相关因素[J]. 中华地方病学杂志, 2012, 31(005):499-505.
5. 王铜. 克山病监测之转化流行病学[J]. 国外医学医学地理分册 2012,33(3):143-147.
6. Qi Li . The prevalence of Keshan disease in China[J]. International Journal of Cardiology, 2013, 168(2) :1121-1126.
7. 朱玉尧, 汪中伯, 相有章. 全国克山病病情监测 5 年(1990—1994)总结[J]. 中国地方病防治杂志, 1996, 011(001):53-56.
8. 汪中伯, 李贤一, 张卫星. 1995-1999 年度全国克山病病情监测 5 年汇总分析[J]. 中国地方病学杂志, 2000,19 (4-1): 102-107.
9. 汪中伯. 1999 年及 2000 年全国克山病病情监测汇总会议纪要[J]. 中华地方病学杂志, 2001(1).
10. 王铜, 侯杰, 李奇, 等. 2000-2004 年全国克山病病情监测 5 年汇总分析. 中国地方病学杂志, 2005, 24(6): 676-679.
11. 全国克山病监测协作组. 2006 年全国克山病病情监测汇总分析[J]. 中华地方病学杂志, 2008, 27(3):296-299.
12. 全国克山病监测协作组. 2007 年全国克山病病情监测汇总分析[J]. 中华地方病学杂志, 2008, 27(4):412-415.
13. 李萍, 廖永建, 格鹏飞, 等. 2011 年甘肃省克山病病情调查[J]. 中华地方病学杂志, 2014.
14. 万晓艳, 王婧, 梁鹤, 等. 吉林省克山病 1990-2018 年国家级监测病情结果分析[J]. 中国地方病防治杂志, 2019, v.34(05):26-27.
15. 李锋, 蔡卫, 李津蜀. 2014-2015 年四川省克山病调查结果分析[J]. 职业卫生

与病伤, 2016, 31(005):293-295.

16. 李丹丹, 王铜, 冯红旗,等. 我国克山病病情数据汇总及趋势分析[J]. 中华地方病学杂志, 2019, 38(5):385-389.
17. 李萍, 邵建赞, 谢晓艳,等. 甘肃省非克山病病区扩张型心肌病调查[J]. 中华地方病学杂志, 2016, 35(008):589-592.

征求意见处理汇总表（非委员）

共 15 页，第 1 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
1	病区划分 4	四川省阿坝州疾病预防控制中心	张霞	副主任医师	建议修改概念：“历史病区”是指没有新发病例，而不是没有病人。	不采纳，有病人无新发为现病区中的静止病区。
2	病区划分 4	四川省内江市疾病预防控制中心	王婉薇	主任医师	克山病病例是指“在病区村连续居住不少于 6 个月的本地病例。”修改为“克山病病例是指在病区村连续居住不少于 6 个月的本地新发病例，不是外地病例。”	不采纳，新发病例有明确定义，用于此处不妥。
3	病区划分 4	四川省内江市疾病预防控制中心	王婉薇	主任医师	现病区“近 5 年内有急型或亚急型克山病发生或有慢型克山病病例存在的病区。”修改为“近 5 年内有急型或亚急型克山病发生或有克山病病例存在的地区”	部分采纳，已在现病区划分中进行了区分。

回函无不同意见的单位及专家：10

未反馈意见的单位及专家：0

共 15 页，第 2 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
4	病区划分 4	四川省内江市 疾控中心	王婉薇	主任医师	“且无克山病病例存在的病区。”修改为“且无克山病 病例存在的地区”	部分采纳，已进一步改进了 表述方式。
5	病区划分 4	雅安市疾病预 防控制中心	张义梅	主管医师	不排除克山病病例病人在病区村之间流动情况，建 议克山病病例定义保留“不是外来病例”描述。	不采纳，“本地病例”表述更为 清晰。
6	病区划分 4	雅安市疾病预 防控制中心	张义梅	主管医师	克山病消除标准以乡为单位开展，本标以村为单位 划分病区，消除评价工作准能否接轨？	不采纳，两个标准的侧重点 不同，并不存在矛盾。
7	病区划分 4	吉林省地方病 二所	李维	副主任医师	为科学、有效的完成克山病防治及科研任务。建议 现病区应包含潜在型克山病病例（尤其历史慢克转 潜病例）存在的病区或将近 5 年仅有潜在型克山病 病例的病区称为“待转病区”、“潜在病区”做独立病区 划分。	部分采纳，将现病区进一步 区分为活跃病区与静止病 区。

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
8	前言	吉林省地方病 二所	梁鹤	副主任医师	本文件所代替标准的历次版本发布情况为： 此处去掉——GB 17020-1997，理由：在 GB 17020-2010 标准发布之日，1997 标准已自动废止，提到意义不大。	不采纳，相关文件有规定内容格式。
9	规范性引用文件 2	吉林省地方病 二所	梁鹤	副主任医师	WS/T 210 克山病诊断，此处建议明确为 WS/T 210-2011 。理由：在最新克山病诊断标准制定出之前，2011 版为现用国家标准，替代了 WS/T 210-2001 克山病诊断。如果后面不缀上时间，则不够明确。文中凡出现之处，均建议修改。	不采纳，该表述为相关文件要求的规范格式。

共 15 页，第 4 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
10	病区划分 4	吉林省地方病 二所	梁鹤	副主任医师	此处建议修改为以行政村或社区为单位，结合既往克山病地区分布，对病区进行划分。理由：附录 A 已经在本标准中删除，而且没有新的替代说明，克山病地区分布特点是什么，在没有明确说明前，对刚接触克山病的人员很容易模糊。	不采纳，《克山病诊断》标准中有该部分内容的明确说明。
11	病区划分 4	吉林省地方病 二所	梁鹤	副主任医师	此处建议修改为现病区是指近 5 年内有急型或亚急型克山病发生或有克山病病例存在的病区，包括活跃风险地区和潜在风险地区。活跃风险地区：近 5 年内有急型或亚急型克山病发生或有慢型克山病病例新发的病区。潜在风险地区：近 5 年内无急型或亚急型克山病发生且有克山病病例存在的病区。	采纳，已进一步进行了现病区的划分。

共 15 页，第 5 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
12	病区划分 4	甘肃省庆阳市 地方病防治办 公室	吴佳伦	副主任医师	如按照现标准以行政村为单位确定病区，对以后在非病区发现的疑似克山病病例，因不具备流行病学诊断条件，可能出现病例漏诊现象，对今后克山病防治工作的开展形成不利影响。	不采纳，克山病诊断首先要具备流行病学条件，监测工作也应该在病区进行。
13	病区划分 4	攀枝花市疾控 中心	韩晓晖	副主任医师	建议加上“历史发病”：以行政村为单位，结合克山病 历史发病 地区分布特点，对病区进行划分。	不采纳，克山病地区分布特点源于历史发病情况，没有必要强调。
14	病区划分 4	山西省地方病 防治研究所	吴赵明	副主任医师	新的标准不划分克山病轻、中、重病区，只判定是否为克山病病区，那么称为《克山病病区判定》是否可行？	采纳，已改进表述方式。

共 15 页，第 6 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
15	病区划分 4	山西省临汾市 疾病预防控制中心	秦连阳	副主任医师	建议：将慢克存活 10 年以上的地区按历史病区对待，因为这些患者没有受到致病因子的反复打击。 举例：我市，6 年前同一年份 2 个基本条件一致的行政村分别各发生 1 例急克，其中 1 例死亡，现在是历史病区，另 1 例转为慢克，至今存活，而判定为现病区。如果 2 病例发生在 5 年内，都是现病区，如果 2 病例都死亡。则都是历史病区。实际二者从发病的角度有多大差别？	采纳，将现病区划分为活跃病区和静止病区，根据 5 年内是否有急克亚急克的发生或慢克新发判断致病因子的强度。
16	前言	山东省地方病 防治研究所	王秀红	主任医师	“本文件代替GB 17020-2010《克山病病区判定和类型划分》。”与最后“本文件所代替标准的历次版本发布情况为：GB 17020-2010”重复。	不采纳，该表述为相关文件要求的规范格式。

共 15 页，第 7 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
17	前言	山东省地方病防治研究所	王秀红	主任医师	“病区划分不再区分轻、中、重病区类型”感觉不妥，全国和各个省的病情轻重都是不一样的，将来也不会一样，有必要进行相对程度的划分。	不采纳，目前现症患者绝大部分为历史患者，病区发病率均在消除标准技术指标 5/万以下，故不再区分轻、中、重病区类型。
18	术语和定义 3	山东省地方病防治研究所	王秀红	主任医师	应该有具体内容，即便别的标准有界定，该处也不能只是“适用”吧	采纳，已按术语和定义界定要求进行了修订。
19	病区划分 4	山东省地方病防治研究所	王秀红	主任医师	应阐明什么是克山病病区，也就是没有对克山病病区做具体界定，还有克山病病区村、克山病病区乡、克山病病区县...	采纳，已改进表述方式。

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
20	病区划分 4	山东省地方病防治研究所	王秀红	主任医师	多年来克山病病区的划分一直都是以病区乡为单位，如发病统计、考核、评估等等，此处以行政村为单位进行病区划分，是否合适？应该与其他标准相统一。	不采纳，不同标准的侧重点不同，并不存在矛盾。
21	现病区 4.1	山东省地方病防治研究所	王秀红	主任医师	将现病区规定为“近 5 年内有急型或亚急型克山病发生或有慢型克山病病例存在的病区”，那么有新的潜在型克山病发生或存在，无其他类型克山病存在时，就不是病区吗？怎么归类呢？	采纳，已进一步进行了现病区的划分。
22	历史病区 4.2	山东省地方病防治研究所	王秀红	主任医师	将历史病区规定为“既往为克山病病区，近 5 年内无急型或亚急型克山病发生，且无克山病病例存在的病区”，那么什么是“克山病病区”？没有对病区进行明确判定，此处怎么引用？	采纳，已增加病区判定的具体表述。

共 15 页，第 9 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
23	病区划分 4	陕西省地方病防治研究所	郭鲜妮	主治医师	既然删除了附录 A 克山病地区分布特点，那么在这块再提“结合克山病地区分布特点”，此处概念显得有些模糊，删除这句话即可，或者改成“结合克山病病例分布特点”。	不采纳，病区判定必须结合克山病地区分布特点，而克山病地区分布特点在《克山病诊断》标准中有详细表述。
24	题目：克山病病区划分	陕西省地方病防治研究所	郭鲜妮	主治医师	题目觉得应该加上“判定”，即：克山病病区判定和划分。因为是先判定是不是病区村，然后进行划分，是现病区还是历史病区。	采纳，已修改。
25	关于病区整村搬迁	陕西省地方病防治研究所	郭鲜妮	主治医师	陕西的华州区金堆镇原本有 8 个行政村，全是病区；截至现在整村搬迁的有 3 个，且均搬迁至非病区，这种情况搬迁后的村子怎么划分，是否应该考虑到新标准中。还有一些慢型克山病患者搬迁至非病区乡非病区村，那么患者现在所属的村子怎么划分？	采纳，增加了病区判定的具体要求。

共 15 页，第 10 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
26		四川省成都市 疾病预防控制中心	陈刚	主任医师	无修改意见	
27		乐山市疾控中 心	李思成	主管医师	无修改意见	
28		四川省凉山州 疾病预防控制中心	付远丽	副主任医师	无修改意见	
29		吉林市疾病预 防控制中心	邱兆海	副主任医师	无修改意见	

共 15 页，第 11 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
30		云南省楚雄州 疾病预防控制中心	鲍建忠	主任医师	无修改意见。	
31		甘肃平凉市疾 控中心	郭六六	副主任医师	无修改意见	
32		哈尔滨医科大 学附属第二医 院	杜文娟	主任医师	无修改意见	
33		哈尔滨医科大 学附属第二临 床医学院	刘琦	副主任医师	无修改意见	

共 15 页，第 12 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
34		山西省吕梁市 疾病预防控制中心	段严顺	副主任医师	无修改意见。	
35		辽宁省疾病预 防控制中心	王偲茜	主管医师	无修改意见	

征求意见处理汇总表（委员）

共 15 页，第 13 页

2021 年 6 月 30 日填写

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

联系电话：0931-4673884

发函件数： 2

回函件数： 2

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
36	病区划分 4	中国疾病预防控制中心地方病控制中心	高彦辉	研究员	病区划分对克山病病情的判断不明确。	采纳，对现病区进行了进一步界定。
37	病区划分 4	中国疾病预防控制中心地方病控制中心	高彦辉	研究员	克山病诊断标准中应该有潜在型，但病区划分中把潜在型去掉了，没有说明潜在型的意义。	采纳，将潜在型克山病作为现病区中静止病区划分依据之一。
38	病区划分 4	中国疾病预防控制中心地方病控制中心	高彦辉	研究员	现病区指的是五年之内有各种类型的人，不适合对病区的准确界定。	采纳，对现病区进行了进一步界定。

回函无不同意见的单位及专家：0

未反馈意见的单位及专家：0

共 15 页，第 14 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
39	标题	四川省疾控中心	李津蜀	主任医师	将“克山病病区判定和类型划分”改为“克山病病区判定和划分”。	不采纳，表述不清晰。
40	规范性引用文件 2	四川省疾控中心	李津蜀	主任医师	将“下列文件.....适用于本标准。”改为“下列文件.....适用于本文件。”	不采纳，该表述为相关文件要求的规范格式。
41	病区划分 4	四川省疾控中心	李津蜀	主任医师	将“病区判定以乡为单位，结合克山病地区分布特点，对病区进行判定。既往或现在有急型或亚急型克山病发生或有慢型克山病病例存在的乡，判定为病区。克山病病例是指在病区连续居住不少于 6 个月的本地病例。各型病例诊断依据 WS/T 210。”改为“以乡为单位，根据 WS/T 210 进行病例诊断，既往或现在有急型或亚急型或慢型克山病病例存在的乡，判定为病区。”	部分采纳，已改进表述方式。

共 15 页，第 13 页

2021 年 6 月 30 日填写

联系电话： 0931-4673884

标准名称：《克山病病区判定和类型划分》

填写人：李 萍

发函件数： 22

回函件数： 22

序号	标准章条编号	提出单位	姓名	职称	意见及建议	采纳与否及其理由
42	病区划分 5.2	四川省疾控中心	李津蜀	主任医师	将“既往为克山病病区，近 5 年内已无克山病病例存在。”改为“既往为克山病病区，近 5 年内无克山病病例存在。”	采纳，表述清晰。