

法定传染病诊断标准手册

浙江省疾病预防控制中心
二〇二一年八月

编印说明

为了提高我省广大医务人员传染病诊断水平，提高传染病诊断、报告质量，确保我省报告法定传染病疫情准确、可信。我们更新并翻录了有关诊断标准，摘录编印了本手册。

本手册是根据中华人民共和国卫生行业标准—法定传染病诊断标准各单病标准摘录，每种传染病的诊断标准仅摘录诊断依据、诊断原则和诊断标准等三部分主要内容，基本可以满足临床诊断的需要。新型冠状病毒肺炎、人感染H7N9禽流感和流行性感冒的诊断标准分别按照《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版 修订版）》、《人感染H7N9禽流感诊疗方案（2017年第1版）》和《流行性感冒诊疗方案（2020版）》内容摘录。

目录

一、鼠疫 (WS 279-2008)	1
二、霍乱 (WS 289-2008)	5
三、传染性非典型肺炎 (WS 286-2008)	8
四、艾滋病和艾滋病病毒感染 (WS 293-2019)	17
五、甲型病毒性肝炎 (WS 298-2008)	39
六、乙型病毒性肝炎 (WS 299-2008)	42
七、丙型病毒性肝炎 (WS 213-2018)	47
八、丁型病毒性肝炎 (WS 300-2008)	54
九、戊型病毒性肝炎 (WS 301-2008)	58
十、脊髓灰质炎 (WS 294-2016)	61
十一、人感染高致病性禽流感 (WS 284-2008)	77
十二、麻疹 (WS 296-2017)	84
十三、流行性出血热 (WS 278-2008)	87
十四、狂犬病 (WS 281-2008)	91
十五、流行性乙型脑炎 (WS 214-2008)	93
十六、登革热 (WS 216-2018)	97
十七、炭疽 (WS 283-2020)	101
十八、细菌性和阿米巴性痢疾 (WS 287-2008)	106
十九、肺结核 (WS 288-2017)	111
二十、伤寒和副伤寒 (WS 280-2008)	121
二十一、流行性脑脊髓膜炎 (WS 295-2019)	123
二十二、百日咳 (WS 274-2007)	129
二十三、白喉 (WS 275-2007)	131
二十四、新生儿破伤风 (WS 272-2007)	135
二十五、猩红热 (WS 282-2008)	137
二十六、布鲁氏菌病 (WS 269-2019)	140
二十七、淋病 (WS 268-2019)	146
二十八、梅毒 (WS 273-2018)	152
二十九、钩端螺旋体病 (WS 290-2008)	162
三十、血吸虫病 (WS 261-2006)	165
三十一、疟疾 (WS 259-2015)	168
三十二、新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版 修订版）	174
三十三、人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2017 年第 1 版）	186
三十四、流行性感冒诊疗方案（2025 版）	191
三十五、流行性腮腺炎 (WS 270-2007)	195
三十六、风疹 (WS 297-2008)	198
三十七、急性出血性结膜炎 (WS 217-2008)	201
三十八、麻风病 (WS 291-2018)	203
三十九、流行性和地方性斑疹伤寒 (WS 215-2008)	211
四十、黑热病 (WS 258-2006)	217
四十一、包虫病 (WS 257-2006)	218
四十二、丝虫病 (WS 260-2006)	221
四十三、感染性腹泻 (WS 271-2007)	224
四十四、手足口病 (WS 588-2018)	227

鼠疫 (WS 279-2008)

1 诊断依据

1.1 临床表现

1.1.1 突然发病，高热，白细胞剧增，在未用抗菌药物或仅使用青霉素族抗菌药物情况下，病情迅速恶化，在48h内进入休克或更严重的状态。

1.1.2 急性淋巴结炎，淋巴结肿胀，剧烈疼痛并出现强迫体位。

1.1.3 出现重度毒血症、休克综合征而无明显淋巴结肿胀。

1.1.4 咳嗽、胸痛、咳痰带血或咯血。

1.1.5 重症结膜炎并有严重的上下眼睑水肿。

1.1.6 血性腹泻并有重症腹痛、高热及休克综合征。

1.1.7 皮肤出现剧痛性红色丘疹，其后逐渐隆起，形成血性水泡，周边呈灰黑色，

基底坚硬。水泡破溃后创面也呈灰黑色。

1.1.8 剧烈头痛、昏睡、颈部强直、谵语妄动、脑压高、脑脊液浑浊。

1.2 接触史

1.2.1 患者发病前10d内到过动物鼠疫流行区。

1.2.2 在10d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。

1.2.3 患者发病前10d内接触过具有

1.1.1及1.1.4特征的患者并发生具有类似表现的疾病。

1.3 实验室检验结果

1.3.1 患者的淋巴结穿刺液、血液、痰液，咽部或眼分泌物，或尸体脏器、管状骨骺端骨髓标本中分离到鼠疫菌。

1.3.2 上述标本中针对鼠疫菌 $caf1$ 及 pla 基因的PCR扩增阳性，同时各项对照成立。

1.3.3 上述标本中使用胶体金抗原检测、酶联免疫吸附试验或反相血凝试验中任

何一种方法，检出鼠疫菌F1抗原。

1.3.4 患者的急性期与恢复期血清使用酶联免疫吸附试验或被动血凝试验检测，针对鼠疫F1抗原的抗体滴度呈4倍以上增长。

2 诊断原则

2.1 具有1.1.1项临床表现；或具有1.2.1项接触史，同时出现1.1.2至1.1.8中任何一项临床表现者为急热待查。

2.2 发现急热待查患者具有1.2.2或1.2.3项接触史，或获得1.3.3项实验室检验结果，应作出疑似鼠疫诊断。

2.3 急热待查或疑似鼠疫患者，获得1.3.1项、或1.3.2+1.3.3项、或者1.3.4项检验结果，应作出确诊鼠疫诊断。

3 诊断分型

3.1 按临床表现1.1.2诊断的鼠疫病例，为腺型鼠疫。

3.2 按临床表现1.1.3诊断的鼠疫病例，为败血型鼠疫。

3.3 按临床表现1.1.4诊断的鼠疫病例，为肺型鼠疫。

3.4 按临床表现1.1.5诊断的鼠疫病例，为眼型鼠疫。

3.5 按临床表现1.1.6诊断的鼠疫病例，为肠型鼠疫。

3.6 按临床表现1.1.7诊断的鼠疫病例，为皮肤型鼠疫。

3.7 按临床表现1.1.8诊断的鼠疫病例，为脑膜炎型鼠疫。

4 排除鼠疫诊断

4.1 在疾病过程中，确诊为其他疾病，可以解释所有的临床表现，且针对鼠疫进行的所有实验室检测结果均为阴性。

4.2 在疾病过程中未确诊鼠疫，发病30d后，针对鼠疫F1抗原的抗体检验结果仍为阴性，或达不到滴度升高4倍的标准。

二、霍乱（WS 289-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学

1.1.1 生活在霍乱流行区、或5d内到过霍乱流行区、或发病前5d内有饮用生水或进食海（水）产品或其他不洁食物和饮料等饮食史。

1.1.2 与霍乱患者或带菌者有密切接触史或共同暴露史。

1.2 临床表现

1.2.1 轻型病例

无腹痛腹泻，可伴有呕吐，常无发热和里急后重表现。少数病例可出现低热（多见于儿童）、腹部隐痛或饱胀感，个别病例有阵发性绞痛。

1.2.2 中、重型病例

腹泻次数频繁或剧烈，粪便性状为水样便，伴有呕吐，迅速出现脱水或严重脱水，循环衰竭及肌肉痉挛（特别是腓肠肌）等休克表现。

1.2.3 中毒型病例

为一较罕见类型（干性霍乱），在霍乱流行期出现无泻吐或泻吐较轻，无脱水或仅轻度脱水，但有严重中毒性循环衰竭。

1.3 实验室检测

1.3.1 粪便、呕吐物或肛拭子细菌培养分离到O₁群和（或）O₁₃₉群霍乱弧菌。

1.3.2 在腹泻病患者日常生活用品或家居环境中检出O₁群和（或）O₁₃₉群霍乱弧菌。

1.3.3 粪便、呕吐物或肛拭子标本霍乱毒素基因PCR检测阳性。

1.3.4 粪便、呕吐物或肛拭子标本霍乱弧菌快速辅助检测试验阳性。

2 诊断原则

依据患者的流行病学、临床表现及实验室检查结果进行综合判断。

3 诊断

3.1 带菌者

无霍乱临床表现，但符合1.3.1者。

3.2 疑似病例

符合下列情况之一者即可诊断：

- 3.2.1 具备1.1.2加1.2.1者；
- 3.2.2 具备1.2.1加1.3.3者；
- 3.2.3 具备1.2.1加1.3.4者；
- 3.2.4 具备1.2.3加1.3.3者；
- 3.2.5 具备1.2.3加1.3.4者；
- 3.2.6 具备1.2.2者。

3.3 临床诊断病例

符合下列情况之一者即可诊断：

- 3.3.1 具备1.2中的任一项并同时具备1.3.2者；
- 3.3.2 在一起确认的霍乱暴发疫情中，暴露人群中具备1.2中的任一项者。

3.4 确诊病例

- 3.4.1 凡具备1.2中的任一项并同时具备1.3.1者；
- 3.4.2 在疫源检索中，粪便培养检出O₁群和（或）O₁₃₉群霍乱弧菌前后各5d内有腹泻症状者。

三、传染性非典型肺炎（WS 286-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 发病前14d内曾经接触过疑似或临床诊断或实验室确诊SARS病例，尤其是与其密切接触。

1.1.2 病例有明确传染他人，尤其是传染多人发病的证据，他人或多人被诊断为疑似或临床或实验室确诊SARS病例。

1.1.3 发病前14d内有与果子狸或相关野生动物的接触史，如曾经到过饲养、贩卖、运输、加工、烹饪果子狸或相关野生动物的场所和环境，直接接触过其分泌物和（或）排泄物等。

1.1.4 从事SARS-CoV检测、科研的相关实验室工作人员。

1.1.5 发病前2周内居住在或曾经到过

SARS流行的区域（由卫生部组织专家评估确定）。

1.2 临床表现

SARS的潜伏期通常限于2周之内，一般2d~10d。

1.2.1 临床症状

急性起病，自发病之日起2周~3周内病情都可处于进展状态，主要有以下三类症状：

a) 发热及相关症状：常以发热为首发和主要症状，体温一般高于38°C，常呈持续性高热，可伴有畏寒、头痛、乏力、肌肉和关节酸痛。在早期，使用退热药可有效；进入进展期，通常难以用退热药控制高热。

使用糖皮质激素可对热型造成干扰。

b) 呼吸系统症状：咳嗽不多见，表现为干咳，少痰，少数患者出现咽痛。可有胸闷，严重者逐渐出现呼

吸加速、气促，甚至呼吸窘迫。常无上呼吸道卡他症状。呼吸困难和低氧血症多见于发病6d~12d以后。

c) 其他方面症状：部分患者出现腹泻、恶心、呕吐等消化道症状。

1.2.2 体征

SARS患者的肺部体征常不明显，部分患者可闻及少许湿啰音，或有肺实变体征。偶有局部叩浊、呼吸音减低等少量胸腔积液的体征。

1.2.3 实验室检查

1.2.3.1 外周血像

a) 多数患者白细胞计数在正常范围内，部分患者白细胞计数减低。

b) 大多数SARS患者淋巴细胞计数绝对值减少，随病程进展呈逐步减低趋势，并有细胞形态学变化。判断淋巴细胞计数减低的临界值为 $1.2 \times 10^9/L$ 。淋巴细胞计数绝对值 $<0.9 \times 10^9/L$ 。

c) 发病后期常容易合并细菌感染，白细胞计数明显升高，中性粒细胞比例升高。

1.2.3.2 T淋巴细胞亚群

CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺细胞计数减少，以CD4⁺亚群减低为著。CD4⁺/CD8⁺正常或降低。

1.2.3.3 其他

部分患者伴有肝功能及肾功能异常，LDH、ALT、AST、CK的升高。

1.2.4 影像学表现

SARS患者的胸部X线和CT基本影像表现为磨玻璃密度影和肺实变影。

a) 磨玻璃密度影：磨玻璃密度影在胸部X线和CT上的判定标准为病变的密度比血管密度低，其内可见血管影像。在X线胸片上磨玻璃密度影也可采用低于肺门的密度作为识别标准。磨玻璃密度影的形态可为单发或多发的小片状、大片状，或在肺内弥漫

分布。在CT上有的磨玻璃影内可见细线和网状影，为肺血管分支、增厚的小叶间隔及小叶内间质的影像。磨玻璃密度影内若合并较为广泛、密集的网状影，称为“碎石路”（crazy paving）征。有的磨玻璃影内可见含有气体密度的支气管分支影像，称为“空气支气管”（air bronchogram）征。

b) 肺实变影：在胸部X线和CT上肺实变影的判定标准为病变的密度接近或高于血管密度，其内不能见到血管影像，但有时可见空气支气管征。在X线胸片上肺实变影又可以以等于或高于肺门阴影的密度作为识别的依据。病变可为小片状或大片状，单发或多发。

1.3 SARS-CoV 实验室检测

1.3.1 SARS-CoV 核酸（RNA）检测

应用逆转录聚合酶链反应（reverse

transcription polymerase chain reaction, RT-PCR) 方法检测SARS-CoV的RNA。RT-PCR检测阳性结果应使用原始标本进行重复试验或在第二个实验室检测同一份标本。

1. 3. 1. 1 任何一种标本经任何一间具备RT-PCR检测和生物安全资质的实验室检测阳性。

1. 3. 1. 2 至少需要两种不同部位的临床标本检测阳性（例如血液和鼻咽分泌物或粪便）。

1. 3. 1. 3 连续收集2d或以上的同一种临床标本送检，检测阳性（例如2份或多份鼻咽分泌物）。

1. 3. 1. 4 在每一个特定检测中对原始临床标本使用两种不同的方法，或从原始标本重新提取RNA，RT-PCR检测阳性。

1. 3. 2 SARS-CoV特异性抗原N蛋白检测
以ELISA检测血清或血浆标本中
SARS-CoV核衣壳（N）蛋白抗原阳性，重

复一次试验，结果仍为阳性。

1. 3. 3 SARS-CoV特异性抗体检测

急性期血清标本是指发病后7d内采集的标本，应尽可能早地采集；恢复期血清标本是指发病后3周～4周采集的标本。WHO推荐以ELISA和IFA作为血清SARS-CoV抗体检测方法。SARS-CoV抗体中和试验（neutralization test）作为SARS血清学诊断的特异方法，有条件的实验室可以开展。

1. 3. 3. 1 病例的任何一份血清抗体检测阳性。

1. 3. 3. 2 平行检测急性期和恢复期血清，抗体阳转。

1. 3. 3. 3 平行检测急性期和恢复期血清，抗体滴度升高 $\geqslant 4$ 倍。

2 诊断原则

SARS的诊断需要依据病例的流行病学史、临床表现和实验室检测综合进行判断，确诊病例需要病原学或血清学检测依

据，尤其是血清抗体阳转或急性期与恢复期有4倍以上增长的证据。为早期、及时发现疑似SARS病例，医务人员应详细询问患者的流行病学史。

流行病学方面有明确支持证据和从临床或实验室上能够排除其他疾病，是做出临床诊断最重要的支持依据。对于就诊时未能明确流行病学依据者，就诊后应继续进行流行病学追访。

动态观察病情演变（症状、氧合状况、肺部X线影像）、抗菌药物治疗效果和SARS特异性病原学检测结果，对于诊断具有重要意义。

3 诊断标准

3.1 SARS疑似病例

符合以下任何一项可诊断为SARS疑似病例：

3.1.1 具备1.1中的任一项，和1.2中SARS的相应临床表现，但尚没有典型1.2.4肺部X线影像学表现者；

3.1.2 具备1.2中SARS的相应临床表现，有或没有1.2.4肺部X线影像学表现者，同时具备1.3.1.1；

3.1.3 具备1.2中SARS的相应临床表现，有或没有1.2.4肺部X线影像学表现者，同时具备1.3.3.1。

3.2 SARS临床诊断病例

具备1.1中的任一项和1.2中SARS的相应临床表现，尤其是1.2.4肺部X线影像学表现，并能排除其他疾病诊断者。

3.3 SARS确诊病例

符合以下任何一项者为SARS确定病例：

3.3.1 具备1.2中SARS相应的临床表现及1.3.1.2；

3.3.2 具备1.2中SARS相应的临床表现及1.3.1.3；

3.3.3 具备1.2中SARS相应的临床表现及1.3.1.4；

3.3.4 具备1.2中SARS相应的临床表现及

- 1. 3. 2;
- 3. 3. 5 具备1. 2中SARS相应的临床表现及
- 1. 3. 3. 2;
- 3. 3. 6 具备1. 2中SARS相应的临床表现及
- 1. 3. 3. 3。

四、艾滋病和艾滋病病毒感染 (WS 293—2019)

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1. 1. 1 患有性病或有性病史。

1. 1. 2 有不安全性行为史（包括同性和异性性接触）。

1. 1. 3 有共用注射器吸毒史。

1. 1. 4 有医源性暴露史。

1. 1. 5 有职业暴露史。

1. 1. 6 HIV/AIDS患者的配偶或性伴侣。

1. 1. 7 HIV/AIDS母亲所生子女。

1.2 临床表现(各类临床表现参见附录A)

1. 2. 1 急性HIV感染综合征（参见附录A. 1）。
1. 2. 2 PGL（参见附录A. 2）。
1. 2. 3 免疫系统轻度缺陷时的临床表现：
 - a) 成人及15岁(含15岁)以上青少年：A组临床表现（参见附录A. 6. 1. 1）。
 - b) 15岁以下儿童：D组临床表现（参见附录A. 6. 2. 1）。
1. 2. 4 免疫系统中度缺陷时的临床表现：
 - a) 成人及15岁(含15岁)以上青少年：B组临床表现（参见附录A. 6. 1. 2）。
 - b) 15岁以下儿童：E组临床表现（参见附录A. 6. 2. 2）。
1. 2. 5 免疫系统重度缺陷时的临床表现，为AIDS的指征性疾病，包括机会性感染、肿瘤和 HIV 相关神经系统症状：
 - a) 成人及15岁(含15岁)以上青少年：C组临床表现（参见附录A. 6. 1. 3）。
 - b) 15岁以下儿童：F组临床表现（参

见附录A.6.2.3)。

1.3 实验室检测

1.3.1 总则

因存在检测的窗口期，实验室检测需根据情况综合应用抗体检测、核酸检测和HIV病毒分离试验。

1.3.2 血清学检测

1.3.2.1 HIV抗体筛查试验

筛查试验结果有反应，提示HIV抗体可能阳性，需进一步做补充试验予以证实。筛查试验结果无反应，报告HIV抗体阴性。

1.3.2.2 HIV抗体确证试验

1.3.2.2.1 HIV抗体确证试验结果的判定

a) HIV-1抗体阳性(+)，需符合以下标准之一：

- 1) 至少有2条env带(gp41和gp160/gp120)出现，或至少1条env带和至少1条gag或pol带同时出现；
- 2) 符合国家批准的HIV抗体确证试剂

盒提供的阳性判定标准。

b) HIV-2抗体阳性 (+)，需符合以下标准之一：

1) 至少有2条env带 (gp36和gp140/gp105)；

2) 符合国家批准的HIV抗体确证试剂盒提供的阳性判定标准。

c) HIV抗体阴性 (-)：无HIV抗体特异条带出现。

d) HIV抗体不确定(±)：出现HIV抗体特异条带，但不足以判定阳性。

1.3.2.2 HIV抗体确证试验结果的处理

确证试验结果阳性，报告HIV抗体阳性；确证试验结果阴性，报告HIV抗体阴性；确证试验结果不确定，报告HIV抗体不确定，并建议2周～4周后随访或尽快做HIV核酸检测。

1.3.3 病原学检测

1.3.3.1 HIV病毒分离试验

试验结果阳性报告HIV感染，阴性不

能排除HIV感染。

1.3.3.2 HIV核酸检测

核酸定性试验结果阳性或定量试验

$>5\text{ 000 CPs/mL}$ 提示HIV感染，阴性不能排除HIV感染。

1.3.4 免疫学检测

1.3.4.1 检测分类

免疫学检测是进行HIV感染和AIDS的分期和判断疗效的主要检测指标，主要采用 CD4^+T 淋巴细胞检测，分 CD4^+T 淋巴细胞计数和百分比两类。

1.3.4.2 CD4^+T 淋巴细胞计数

适用于成人及5岁以上儿童和青少年。该人群 CD4^+T 淋巴细胞计数 $\geq 500/\text{mm}^3$ ，提示无免疫缺陷； $350/\text{mm}^3 \sim 499/\text{mm}^3$ ，提示轻度免疫缺陷； $200/\text{mm}^3 \sim 349/\text{mm}^3$ ，提示中度免疫缺陷； $<200/\text{mm}^3$ ，提示重度免疫缺陷。

1.3.4.3 CD4^+T 淋巴细胞百分比

适用于5岁及以下儿童。该人群 CD4^+T

淋巴细胞在外周血T细胞中百分比 $>35\%(<12$ 月龄), 或 $>30\%(12$ 月龄~ 36 月龄), 或 $>25\%(37$ 月龄~ 60 月龄), 提示无免疫缺陷; $30\%\sim 35\%(<12$ 月龄), 或 $25\%\sim 30\%(12$ 月龄~ 36 月龄), 或 $20\%\sim 25\%(37$ 月龄~ 60 月龄), 提示轻度免疫缺陷; $25\%\sim 29\%(<12$ 月龄), 或 $20\%\sim 24\%(12$ 月龄~ 36 月龄), 或 $15\%\sim 19\%(37$ 月龄~ 60 月龄), 提示中度免疫缺陷; $<25\%(<12$ 月龄), 或 $<20\%(12$ 月龄~ 36 月龄)或 $<15\%(37$ 月龄~ 60 月龄), 提示重度免疫缺陷。

2 诊断原则

HIV/AIDS的诊断原则是以实验室检测为依据, 结合临床表现和参考流行病学资料综合进行。HIV抗体和病原学检测是确诊HIV感染的依据; 流行病学史是诊断急性期和婴幼儿HIV感染的重要参考; CD4 $^+$ T淋巴细胞检测和临床表现是HIV感染分期诊断的主要依据; AIDS的指征性疾

病是AIDS诊断的重要依据。

3 诊断

3.1 HIV感染

3.1.1 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：

- a) HIV抗体筛查试验有反应和HIV抗体确证试验阳性；
- b) HIV抗体筛查试验有反应和核酸定性试验阳性；
- c) HIV抗体筛查试验有反应和核酸定量试验 $>5000 \text{ CPs/mL}$ ；
- d) 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；
- e) HIV分离试验阳性。

3.1.2 18个月龄及以下儿童

符合下列一项者即可诊断：

- a) 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)；
- b) 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；

c) 为HIV感染母亲所生和HIV分离试验阳性。

3.2 AIDS

3.2.1 成人及15岁(含15岁)以上青少年符合下列一项者即可诊断：

- a) HIV感染和CD4⁺T淋巴细胞计数<200/mm³；
- b) HIV感染和伴有至少一种成人AIDS指征性疾病（参加附录A.6.1.3）。

3.2.2 15岁以下儿童

符合下列一项者即可诊断：

- a) HIV感染和CD4⁺T淋巴细胞百分比<25%(<12月龄)，或<20%(12月龄~36月龄)，或<15% (37月龄~60月龄)，或CD4⁺T淋巴细胞计数<200/mm³ (5岁~14岁)；
- b) HIV感染和伴有至少一种儿童AIDS指征性疾病(参见附录A.6.2.3)。

4 HIV/AIDS 的临床分期

4.1 成人及 15 岁(含 15 岁)以上青少年

4.1.1 I 期 (HIV感染早期)

HIV感染者，符合下列一项即可诊断：

- a) 3个月~6个月内有流行病学史和/或有急性HIV感染综合征和/或有PGL；
- b) 抗体筛查试验无反应，两次核酸检测均为阳性；
- c) 一年内出现HIV血清抗体阳转。

4.1.2 II 期 (HIV感染中期)

HIV感染者，符合下列一项即可诊断：

- a) CD4⁺T淋巴细胞计数为200/mm³~500/mm³；
- b) 无症状或至少一项符合1.2.3 a)的临床表现；
- c) 至少一项符合1.2.4 a)的临床表现。

4.1.3 III 期 (AIDS 期)

HIV感染者，符合下列一项即可诊断：

- a) CD4⁺T淋巴细胞计数<200/mm³；

b) 至少一项符合1. 2. 5 a) 的临床表现。

4. 1. 4 成人及青少年临床分期的主要条件，见表 1。

表1 成人及 15 岁(含 15 岁)以上青少年 HIV / AIDS 的临床分期及其分期标准

淋巴细胞计 (个/mm ³)	HIV 抗体检测 ^a	HIV 核酸检测 ^a	主要
或一过性降低	-或±或血清阳转	+	急性 HIV 感染症状
00~500	+	+	II 期早期无的临床表现 II 期后期有现
<200	+	+	有至少一项现

多数 HIV/AIDS 患者的实验室检测指标和临床表现进行归纳情况。

判断 HIV/AIDS 临床分期的依据，进行 HIV/AIDS 的诊断时应

HIV 核酸检测的结果以阳性 (+) 、阴性 (-) 和不确定 (±)

4.2 15岁以下儿童

4.2.1 I期 (HIV感染早期)

HIV感染者，符合下列一项即可诊断：

- a) CD4⁺T淋巴细胞百分比 $>35\%$ (<12月龄)， $>30\%$ (12月龄~36月龄)， $>25\%$ (37月龄~60月龄)，CD4⁺T 淋巴细胞计数 $\geq 500\text{个}/\text{mm}^3$ (≥ 5 岁)；
- b) 有 PGL 或无症状。

4.2.2 II期 (HIV感染中期)

HIV感染者，符合下列一项即可诊断：

- a) CD4⁺T淋巴细胞百分比在 $25\% \sim 35\%$ (<12月龄)， $20\% \sim 30\%$ (12月龄~36月龄)， $15\% \sim 25\%$ (37月龄~

60月龄)，CD4⁺T淋巴细胞计数在200个/mm³～499个/mm³(≥5岁)；

- b) 至少一项符合1.2.3 b) 的临床表现；
- c) 至少一项符合1.2.4 b) 的临床表现。

4.2.3 III期(AIDS期)

HIV感染者，符合下列一项即可诊断：

- a) CD4<25%(<12月龄)，<20%(12月龄～36月龄)，<15%(37月龄～60月龄)，<200个/mm³(≥5岁)；
- b) 至少一项符合1.2.5 b) 的临床表现。

4.2.4 儿童临床分期的主要条件，见表2。

表2 15岁以下儿童 HIV / AIDS 的临床分期及其分期标准

关CD4 ⁺ T淋巴细胞百分比/计数值	HIV抗体	HIV核酸检
--------------------------------	-------	--------

12月 龄~36月 龄%	37月 龄~60月 龄%	≥ 5 岁 个/ mm^3 或%	检测 ^a	测 ^a
>30	>25	≥ 500	血清阳 转或+	+
20~30	15~25	200 ~ 499	+	+
<20	<15	<200 或 <15%	+	+

据多数HIV/AIDS患者的实验室检测指标和临床表现进行者的例外情况。

为判断HIV/AIDS临床分期的依据，进行HIV/AIDS的诊
标。

V核酸检测的结果以阳性(+)和阴性(-)来表示。

附录 A (资料性附录)

HIV 感染的临床表现

A. 1 急性HIV感染综合征 (acute HIV infection syndrome)

初次感染 HIV1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。

A. 2 持续性全身性淋巴腺病 (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 >1 cm，持续3个月以上。

A. 3 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。

A. 4 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。

A. 5 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：

- 大脑发育障碍或萎缩；
- 智力障碍；
- 对称性运动障碍；
- 轻瘫；
- 共济失调或步态紊乱。

A. 6 HIV感染的临床表现分类

A. 6.1 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

A. 6.1.1 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：

——不明原因体重减轻，不超过原体重 10%；

——反复发作的上呼吸道感染，近6个月内 ≥ 2 次；

——带状疱疹；

——口角炎、唇炎；

——反复发作的口腔溃疡，近6个月内 ≥ 2 次；

——结节性痒疹；

——脂溢性皮炎；

——甲癣。

A. 6.1.2 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：

——不明原因体重减轻，超过原体重

10%；

——不明原因的腹泻，持续超过1个月；

——不明原因的发热，间歇性或持续性超过1个月；

——持续性口腔念珠菌感染；

——口腔黏膜毛状白斑；

——肺结核病(现症的)；

——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)；

——急性坏死性溃疡性牙龈炎、牙周炎或口腔炎；

——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 $<0.5 \times 10^9/\text{L}$)或血小板减少(血小板数 $<50 \times 10^9/\text{L}$)，时间持续超过1个月。

A. 6. 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：

- HIV消耗综合征；
- 肺孢子菌肺炎；
- 食管念珠菌感染；
- 播散性真菌病(球孢子菌病或组织胞浆菌病)；
- 反复发生的细菌性肺炎，近6个月内≥2次；
- 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；
- 任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染；
- 巨细胞病毒感染性疾病(除肝、脾、淋巴结以外)；
- 肺外结核病；
- 播散性非结核分枝杆菌病；
- 反复发生的非伤寒沙门菌败血症；
- 慢性隐孢子虫病(伴腹泻，持续

- >1个月)；
- 慢性等孢球虫病；
 - 非典型性播散性利什曼病；
 - 卡波西肉瘤；
 - 脑或B细胞非霍奇金淋巴瘤；
 - 浸润性宫颈癌；
 - 弓形虫脑病；
 - 马尔尼菲青霉病；
 - 肺外隐球菌病，包括隐球菌脑膜炎；
 - 进行性多灶性脑白质病；
 - HIV 相关神经认知障碍；
 - 有症状的 HIV 相关性心肌病或肾病。

A. 6.2 15 岁以下儿童的临床表现分为D组、E组和F组

A. 6.2.1 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：

- 不明原因的肝脾肿大；

- 结节性痒疹；
- 反复发作或持续性上呼吸道感染；
- 带状疱疹；
- 广泛的疣病毒感染；
- 广泛的传染性软疣感染；
- 线形齿龈红斑；
- 口角炎、唇炎；
- 反复发作的口腔溃疡；
- 不明原因的持续性腮腺肿大；
- 甲癣。

A. 6. 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：

- 不明原因的中度营养不良；
- 不明原因的持续性腹泻；
- 不明原因的发热($>37.5^{\circ}\text{C}$)，反复或持续1个月以上；
- 口咽部念珠菌感染(出生6周~8周内除外)；

- 口腔黏膜毛状白斑；
- 急性坏死性溃疡性牙龈炎、牙周炎或口腔炎；
- 淋巴结结核；
- 肺结核病；
- 反复发作的严重细菌性肺炎；
- 有症状的淋巴性间质性肺炎；
- 慢性HIV相关性肺病，包括支气管扩张；
- 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 $<50 \times 10^9/\text{L}$)。

A. 6. 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：

- 不明原因的严重消瘦，发育或营养不良；
- 肺孢子菌肺炎；

- 食管、气管、支气管或肺念珠菌感染；
- 播散性真菌病(组织胞浆菌病或球孢子菌病)；
- 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)；
- 肺外结核病；
- 播散性非结核分枝杆菌感染；
- 慢性单纯疱疹病毒感染(口唇或皮肤)，持续 1 个月以上；
- 任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染；
- 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)；
- 慢性隐孢子虫病(伴腹泻)；
- 慢性等孢子虫病；
- 有症状的HIV相关性心肌病或肾病；
- 卡波西肉瘤；

——脑或B细胞非霍奇金淋巴瘤；
——弓形虫脑病（新生儿期除外）；
——马尔尼菲青霉病；
——肺外隐球菌病，包括隐球菌脑膜炎；
——进行性多灶性脑白质病；
——HIV相关神经认知障碍。

五、 甲型病毒性肝炎（WS 298-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

发病前2周～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。

1.2 临床表现

1.2.1 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。

1. 2. 2 有巩膜、皮肤黄染并排除其他疾病所致黄疸者。

1. 3 实验室检查

1. 3. 1 血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）明显升高。

1. 3. 2 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。

1. 3. 3 血清学检测：抗-HAV IgM阳性或抗-HAV IgG双份血清呈4倍升高。

2 诊断原则

根据流行病学、临床症状、体征、实验室检查等进行综合分析和诊断。因为甲型肝炎的临床表现与其他急性病毒性肝炎极其相似，确诊依赖于特异性的血清学检查。

3 诊断标准

甲型肝炎分为急性无黄疸型和急性黄疸型。

3. 1 临床诊断病例

3.1.1 甲型肝炎

符合下列一条即可诊断：

3.1.1.1 1.1和1.2和1.3.1

3.1.1.2 1.1和1.2和1.3.1和1.3.2

3.1.1.3 1.2和1.3.1

3.1.1.4 1.2和1.3.1和1.3.2

3.1.2 急性甲型肝炎（无黄疸型）

符合下列一条即可诊断：

3.1.2.1 1.1 和1.2.1；

3.1.2.2 1.1 和1.3.1；

3.1.2.3 1.2.1 和1.3.1。

3.1.3 急性甲型肝炎（黄疸型）

符合下列一条即可诊断：

3.1.3.1 1.1 和1.2.1 和1.2.2 和
1.3.2；

3.1.3.2 1.1 和1.2.2 和1.3.1 和
1.3.2；

3.1.3.3 1.2.1 和1.2.2 和1.3.1 和
1.3.2。

3.2 确诊病例

- 3.2.1甲型肝炎
临床诊断病例和1.3.3。
- 3.2.2急性甲型肝炎（无黄疸型）
临床诊断病例和1.3.3。
- 3.2.3急性甲型肝炎（黄疸型）
临床诊断病例和1.3.3。

六、乙型病毒性肝炎（WS 299-2008）

1 诊断原则

乙肝的诊断依据流行病学资料、临床表现、实验室检查、病理学及影像学检查等进行初步诊断，确诊须依据血清HBV标志和HBV DNA检测结果。

2 诊断分类

根据临床特点和实验室检查等将乙肝分为不同临床类型，包括急性乙肝、慢性乙肝、乙肝肝硬化、乙肝病毒相关的原发性肝细胞癌等。

3 诊断

3.1 急性乙肝

3.1.1 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。

3.1.2 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。

3.1.3 HBsAg阳性。

3.1.4 有明确的证据表明6个月内曾检测血清HBsAg阴性。

3.1.5 抗-HBc IgM阳性1: 1000以上。

3.1.6 肝组织学符合急性病毒性肝炎改变。

3.1.7 恢复期血清HBsAg 阴性，抗HBs 阳性。

3.1.8 疑似急性乙肝病例

符合下列任何一项可诊断：

3.1.8.1 同时符合3.1.1和3.1.3。

3.1.8.2 同时符合3.1.2和3.1.3。

3.1.9 确诊急性乙肝病例

符合下列任何一项可诊断：

- 3. 1. 9. 1 疑似病例同时符合3. 1. 4。
- 3. 1. 9. 2 疑似病例同时符合3. 1. 5。
- 3. 1. 9. 3 疑似病例同时符合1. 1. 6。
- 3. 1. 9. 4 疑似病例同时符合1. 1. 7。

3. 2 慢性乙肝

- 3. 2. 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。
- 3. 2. 2 HBsAg阳性持续时间不详，抗HBc IgM阴性。
- 3. 2. 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。
- 3. 2. 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，或胆红素升高等。
- 3. 2. 5 肝脏病理学有慢性病毒性肝炎的特点。
- 3. 2. 6 血清HBeAg阳性或可检出HBV DNA，并排除其他导致ALT升高的原因。
- 3. 2. 7 疑似慢性乙肝病例

符合下列任何一项可诊断：

3.2.7.1 符合3.2.1 和3.2.3。

3.2.7.2 符合3.2.2 和3.2.3。

3.2.7.3 符合3.2.2 和3.2.4。

3.2.8 确诊慢性乙肝病例

符合下列任何一项可诊断：

3.2.8.1 同时符合3.2.1、3.2.4和3.2.6。

3.2.8.2 同时符合3.2.1、3.2.5和3.2.6。

3.2.8.3 同时符合3.2.2、3.2.4和3.2.6。

3.2.8.4 同时符合3.2.2、3.2.5和3.2.6。

3.3 乙肝肝硬化

3.3.1 血清HBsAg阳性，或有明确的慢性乙肝病史。

3.3.2 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（血小板和（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。

3.3.3 腹部B型超声、CT或MRI等影像学检查有肝硬化的典型表现。

3.3.4 肝组织学表现为弥漫性纤维化及假小叶形成。

3.3.5 符合下列任何一项可诊断：

3.3.5.1 符合3.3.1 和3.3.2。

3.3.5.2 符合3.3.1 和3.3.3。

3.3.5.3 符合3.3.1 和3.3.4。

3.4 乙肝病毒相关的原发性肝细胞癌

3.4.1 血清HBsAg阳性，或有慢性乙肝病史。

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

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

3.4.4 肝脏占位性病变的组织学检查证实为肝细胞癌。

3.4.5 符合下列任何一项可诊断：

- 3.4.5.1 符合3.4.1 和3.4.2。
- 3.4.5.2 符合3.4.1 和3.4.3。
- 3.4.5.3 符合3.4.1 和3.4.4。

七、丙型病毒性肝炎（WS 213-2018）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

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。

1.2 临床表现

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，以及肝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。

1.3 实验室检查

1.3.1 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。

1.3.2 血液抗-HCV阳性。

1.3.3 血液 HCV RNA阳性。

1.4 肝组织病理学检查

急性、慢性丙型肝炎及丙型肝炎肝硬化可呈现不同组织病理学改变。

1.5 影像学及其他辅助检查

1.5.1 急性丙型肝炎

腹部超声、CT或MRI可显示肝脾轻度肿大。

1.5.2 慢性丙型肝炎

腹部超声、CT或MRI可显示肝脏实质不均匀，可见肝脏或脾脏轻度增大。APRI评分常 <1.5 。

1.5.3 丙型肝炎肝硬化

腹部超声、CT或MRI可显示肝脏边缘不光滑甚至呈锯齿状，肝实质不均匀甚至呈结节状，门静脉增宽，脾脏增大。肝脏弹性测定值提示肝硬化。APRI评分常 >2.0 。

2 诊断原则

依据流行病学史、临床表现、生化学检查以及抗-HCV阳性结果做出临床诊断。依据HCV RNA阳性结果做出确诊。对于确

诊病例，根据明确的暴露时间、HCV RNA、抗-HCV阳性结果出现的时间顺序，以及肝组织学和影像学及其他辅助检查结果，可以区分为急性、慢性丙型肝炎及丙型肝炎肝硬化。

3 诊断

3.1 临床诊断病例

抗-HCV阳性且符合下列任何一项：

- a) 有流行病学史中任一项；
- b) 有临床表现；
- c) 有生化学异常检查结果。

3.2 确诊病例

3.2.1 血液HCV RNA检测结果为阳性的病例。对确诊病例需进一步进行急性丙型肝炎、慢性丙型肝炎的诊断。

3.2.2 急性丙型肝炎：HCV RNA阳性且符合下列任何一项：

- a) 有明确的就诊前6个月以内的流行病学史；
- b) 临床表现呈现急性丙型肝炎的特

征；

- c) 肝组织病理学检查呈现急性丙型肝炎的特征；
- d) 其他辅助检查呈现急性丙型肝炎的特征；
- e) 抗-HCV检测结果阴性，且排除免疫抑制状态。

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

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

3.2.4 丙型肝炎肝硬化：抗-HCV及 HCV

RNA均阳性且符合下列任何一项：

- a) 临床表现呈丙型肝炎肝硬化的特征；
- b) 肝组织病理学检查呈丙型肝炎肝硬化的特征；
- c) 影像学及其他辅助检查呈丙型肝炎肝硬化的特征。

4 病例报告

诊断的病例需进行传染病报告（见附录）。

附录 (规范性附录) 丙型肝炎病例报告

1 丙型肝炎病例报告方法

诊断出的临床诊断病例和确诊病例需通过法定传染病报告系统及时报告。

2 临床诊断病例的报告

抗-HCV阳性且符合临床诊断病例诊断标准的病例，如无HCV RNA检测结果，

填报“临床诊断病例”。

3 确诊病例的报告

HCV RNA阳性病例，无论抗-HCV结果如何，填报“确诊病例”。

4 急性和慢性丙型肝炎的报告

对于确诊病例，应根据急性和慢性丙型肝炎的诊断标准，进一步填报“急性”或“慢性”丙型肝炎。

5 儿童病例的报告

对于18个月及以下的婴儿或幼儿，应以HCV RNA阳性作为诊断及报告的依据；6个月后复查HCV RNA仍为阳性者，可诊断为慢性丙型肝炎。

6 丙型肝炎病例报告的更正

对于抗-HCV检测结果阳性，但HCV RNA检测结果阴性的病例，无需进行病例报告；如果已经按照抗-HCV检测结果阳性报告“临床诊断病例”，应予以订正删除。

八、丁型病毒性肝炎（WS 300-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 既往无HBV感染史。6个月内接受过血及血制品、或有其他医源型感染HBV 和 HDV的可能性、生活中同其他的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。

1.1.2 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、生活中同其他的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感染的基础上重迭急性 HDV感染的可能性。

1.1.3 既往HBV感染史不详，近期偶然发现HBV感染(无急性起病的临床变现)，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

感染重迭慢性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感染的基础上重迭HDV感染。

1.2 临床表现

1.1.1 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。

1.2.2 HBV和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迭出现，不能区分。如急性乙型肝炎患者有血清ALT和胆红素的双相升高，应怀疑为HBV与HDV的同时感染。

1.2.3 HBV与HDV重迭感染

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，应考虑重迭感染HDV的可能性。

1.3 实验室检测

1.3.1 肝功能检测

血清ALT升高。

1.3.2 HDV 标志物检测

使用国家标准诊断试剂盒，按说明书操作。

1.3.2.1 血清HDAg阳性

1.3.2.2 血清HDV RNA阳性

1.3.2.3 血清抗-HDV阳性。

1.3.2.4 血清抗-HDV IgM阳性

1.3.2.5 肝组织HDAg阳性

1.3.2.6 肝组织HDV RNA阳性

1.3.3 HBV 感染标志物检测

1.3.3.1 乙型肝炎表面抗原（HBsAg）阳性。

2 诊断原则

丁型病毒性肝炎的诊断须依据流行病学资料、临床表现和实验室检查（包括病毒学检查、肝功能检查等）进行综合诊断，确诊须依据患者血清和（或）肝组织中HBV和HDV标志物的检测。

3 诊断

3.1 疑似诊断丁型病毒性肝炎病例

符合下列任何一项即可诊断：

3.1.1 1.1和1.2和1.3.1和1.3.3.1。

3.1.2 1.2和1.3.1和1.3.3.1。

3.1.3 1.2和1.3.3.1。

3.2 确诊丁型病毒性肝炎病例

3.2.1 3.1和1.3.2中任一项

3.2.2 急性丁型肝炎与急性乙型肝炎同时感染。

符合下列任何一项即可诊断：

3.2.2.1 1.1.1和1.2.1和1.2.2和1.3.1
和1.3.3.1和1.3.2中任一项

3.2.2.2 1.1.1和1.3.1和1.3.3.1和
1.3.2中任一项

3.2.2.3 1.1.1和1.3.3.1和1.3.2中任
一项

3.2.2.4 1.2.2和1.3.2中任一项。

3.2.3 急性丁型肝炎与慢性乙型肝炎重
迭感染。

符合下列任何一项即可诊断；

3.2.3.1 1.1.2和1.2.1和1.2.3和1.3.1

和1.3.3.1和1.3.2中任一项

3.2.3.2 1.1.2和1.3.1和1.3.3.1和
1.3.2中任一项

3.2.3.3 1.1.2和1.3.3.1和1.3.2中任
一项

3.2.3.4 1.2.3和1.3.2中任一项

九、戊型病毒性肝炎（WS 301-2008）

1 诊断依据

1.1 流行学病史

发病前15d~75d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。

1.2 临床表现

1.2.1 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。

1.2.2 尿黄、皮肤巩膜黄疸，并排除其他疾病所致的黄疸。

1.2.3 肝衰竭患者表现为乏力、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）。

1.3 实验室检测

1.3.1 血清学检测 抗-HEV IgG和（或）抗-HEV IgM阳性。

1.3.2 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)明显升高。

1.3.3 血清总胆红素(TBIL) $>17.1\text{ }\mu\text{mol/L}$ (10mg/L)和（或）尿胆红素阳性。

1.3.4 凝血酶原活动度 肝衰竭患者的凝血酶原活动度进行性降至40%以下。

1.3.5 血清学排除急性甲、乙、丙型肝炎。

2 诊断原则

依据流行病学史、症状、体征及实验室检查进行综合诊断。因为戊型病毒性肝炎的临床表现与其他急性肝炎极其相似，确诊依赖于特异性的血清学检查。

3 诊断

3.1 临床诊断

3.1.1 急性戊型病毒性肝炎，无黄疸型：

1.1和1.2.1和1.3.2和1.3.5。

3.1.2 急性戊型病毒性肝炎，黄疸型：

3.1.1和1.2.2和1.3.3。

3.1.3 戊型病毒性肝炎，急性肝衰竭：符合3.1.2和起病14d内出现1.2.3和1.3.4。

3.1.4 戊型病毒性肝炎，亚急性肝衰竭：
符合3.1.2和起病后14d以上至6个
月出现1.2.3和1.3.4。

3.2 确定诊断

3.2.1 急性戊型病毒性肝炎，无黄疸型；

符合3.1.1和1.3.1。

3.2.2 急性戊型病毒性肝炎，黄疸型：符合3.1.2和1.3.1。

3.2.3 戊型病毒性肝炎，急性肝衰竭：

3.1.3和1.3.1。

3.2.4 戊型病毒性肝炎，亚急性肝衰竭：

符合3.1.4和1.3.1。

十、脊髓灰质炎（WS 294-2016）

1 诊断依据

1.1 流行病学史(参见附录)

1.1.1 与确诊的脊髓灰质炎患者有接触史；近期曾经到过世界卫生组织(WHO)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。

1.1.2 既往未接种或未全程接种OPV或IPV。

1.2 临床表现(参见附录)

1.2.1 潜伏期为3d～35d(一般为5d～14d)。

1.2.2 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。

1.2.3 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。

1.2.4 麻痹60d后随访仍残留弛缓性麻痹 (后期可出现肌萎缩)。

1.3 实验室检测

1.3.1 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。

1.3.2 发病前6周内未接种过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 ≥ 4 倍升高。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现、实验室检测等进行综合分析做出诊断。

3 诊断

3. 1 疑似病例

15岁以下病因不明的任何AFP病例，包括临床初步诊断为GBS的病例，任何年龄临床怀疑为脊髓灰质炎的病例。

3. 2 临床诊断病例

符合下列一项可诊断为临床诊断病例：

- a) 疑似病例并同时符合1. 1和1. 2。
- b) 疑似病例并同时符合1. 1和
1. 3. 2。

3. 3 确诊病例

疑似病例并同时符合1. 3. 1。

3. 4 排除病例

符合下列一项可排除脊髓灰质炎诊断：

- a) 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。
- b) 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。

3.5 与OPV有关的其他病例

3.5.1 服苗者VAPP病例：疑似病例近期曾有OPV免疫史，且在服用OPV后4d~35d内发热，6d~40d出现急性弛缓性麻痹，临床表现符合1.2。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III型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异≤9个，II型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异≤5个。

3.5.2 服苗接触者VAPP病例：疑似病例曾与OPV免疫者在服苗后35d内有密切接触史，接触6d~60d后出现急性弛缓性麻痹；或发病前40d未服过OPV，临床表现符合

1.2。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III型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异≤9个, II型脊髓灰质炎病毒VP1编码区核苷酸序列变异≤5个。

3.5.3 VDPV病例: 疑似病例临床表现符合1.2, 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≥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≥6个, 且<135个(变异率>0.6%, 且<15%)。

4 鉴别诊断

主要应与具备AFP临床表现的神经系统和肌肉疾病相鉴别。常见的包括GBS、

急性脊髓炎、外伤性神经炎、周期性麻痹、其他肠道病毒感染引致的麻痹等。在鉴别诊断时，应结合流行病学史（如与脊髓灰质炎病例有接触史、疫苗接种史等）、临床表现（如发病的前驱症状、麻痹及恢复状况和神经反射及感觉功能检查等）及实验室检测（如病毒分离、抗体检测等）等方面资料加以综合判断。

附录 (资料性附录)

脊髓灰质炎病原学、流行病学和临床表现

A. 1 病原学

脊髓灰质炎是由脊髓灰质炎病毒引起的急性肠道传染病。脊髓灰质炎病毒(Poliovirus, PV)属于小核糖核酸病毒科、肠道病毒属，同属的其他病毒如柯萨奇病毒(Coxsackievirus)和埃可病毒(Echovirus)与其在生物学、物理化学以及流行病学方面有许多相似之处。脊髓

灰质炎病毒直径为20nm~30nm，内含单股正链的核糖核酸，无包膜。在电子显微镜下呈小圆球形颗粒状，其衣壳蛋白由60个结构相同的亚单位组成，每一亚单位又由病毒蛋白VP1、VP2、VP3和VP4组成，其中VP1在病毒表层暴露最充分，是引起中和反应最主要的抗原决定簇，是构成病毒的最主要抗原。按其抗原性不同，可分为I型、II型、III型共3个血清型，型间无交叉免疫。目前WHO推荐使用RD和L20B两种传代细胞分离脊髓灰质炎病毒。该病毒仅感染人，无其他动物宿主；病毒在-70℃的低温下可保存活力达8年之久，在4℃冰箱中可保存数周至数月，在污水和污物中可生存6个月；但对干燥很敏感，故不宜用冷冻干燥法保存。该病毒不耐热，加热56℃30 min可使之灭活，煮沸和紫外线照射可迅速将其杀死；能耐受一般浓度的化学消毒剂，如70%酒精及5%煤酚皂液；耐酸、耐乙醚和氯仿等脂溶剂，但对高锰

酸钾、过氧化氢、漂白粉等敏感，可将其迅速灭活。

预防脊髓灰质炎所用的疫苗包括OPV和IPV，是根据脊髓灰质炎病毒3个血清型病毒分别制备后按不同比例配制而成。通常的脊髓灰质炎病例是指野病毒引致的病例，以I型最多（占80%~90%），其次为III型，1999年以后全球无II型引发的病例或流行。此外，源自OPV的疫苗病毒可能使服苗者及其接触者发生VAPP病例；在一定条件下，源自OPV的VDPV是由于疫苗病毒在免疫覆盖率不高的情况下，在易感者体内复制而导致神经毒力增强（回升）。VDPV可导致一些未免疫者或未全程免疫者发病，甚至发生循环（cVDPVs）。

A. 2 流行病学

脊髓灰质炎的传染源为病人、隐性感染者和病毒携带者。由于病毒携带者、无症状的隐性感染和无麻痹型患者不易被发现，因此在传播该病上起重要作用。本

病的潜伏期为3d~35d，一般为5d~14d。患者自发病前2d~3d至发病后3周~6周都有传染性，退热后传染性减小。病毒主要存在于患者的脊髓和脑部，在鼻咽部、肠道粘膜与淋巴结内亦可查到。感染者一般通过粪便排出病毒，数量多且持续时间长，可达3周~6周，少数长达3个月~4个月；粪-口途径是本病的主要传播途径，在发病的早期咽部排毒可经飞沫传播。人对脊髓灰质炎病毒普遍易感，感染后出现不同的临床表现，其中主要是隐性感染者及不易诊断的轻型患者，麻痹型患者甚少。人感染后能产生对同型病毒的持久免疫力。

在实施疫苗免疫之前，脊髓灰质炎呈自然流行状态，发病率高，在一些国家和地区成为地方性流行的传染病。一年四季均可发生，夏、秋季为流行高峰。我国7月~9月发病最多，一般以5岁以下儿童为主。在普及儿童OPV免疫之后，发病率显

著下降。1988年，世界卫生大会通过全球消灭脊髓灰质炎目标的决议2000年我国已经实现了无脊髓灰质炎的目标，进入到消灭该病的后期阶段。但是，在全球消灭脊髓灰质炎之前，我国仍然存在发生输入性野病毒引致的脊髓灰质炎病例的风险，且输入性疫情一旦扩散，还可能引致大年龄组儿童甚至成人发病；此外，使用OPV可能引致VAPP病例和VDPV病例，但VAPP病例和VDPV病例不属于脊髓灰质炎野病毒病例。

VAPP病例多见于首剂服苗者，其发生率极低，且往往见于免疫功能低下儿童。

VDPV病例发生率极低，主要发生在使用OPV且免疫接种率水平不高地区的未免疫或未全程免疫的儿童。目前WHO对VDPV通行的鉴定标准为经核苷酸序列分析，与原始疫苗病毒Sabin株相比，I型和III型VDPV VP1编码区核苷酸序列变异 ≥ 10 个，且 <135 个（变异率 $>1\%$ ，且 $<15\%$ ），II

型 VDPV VP1编码区核苷酸序列变异 ≥ 6 个，且 <135 个（变异率 $>0.6\%$ ，且 $<15\%$ ）。现已证实有3种VDPV：由免疫缺陷病患者长期排出体外的iVDPV、不明来源的VDPV和引起循环的cVDPVs。其中，cVDPVs是指由相关的疫苗衍生脊髓灰质炎病毒引起2例或2例以上VDPV病例的事件，称为疫苗衍生脊髓灰质炎病毒循环。此外，当脊髓灰质炎疫苗病毒变异尚未达到VDPV标准时，如I型和III型VP1编码区核苷酸序列变异6个~9个，视为脊髓灰质炎疫苗病毒高变异株。

发生脊髓灰质炎野病毒输入性疫情和cVDPVs属突发公共卫生事件，应按照国务院《突发公共卫生事件应急条例》、国家卫生和计划生育委员会的有关规定进行应急处置。发现脊髓灰质炎疫苗病毒高变异株时，也应按照国家卫生和计划生育委员会的相关要求进行处理。

A.3 临床表现

A. 3. 1 隐性感染（无症状型）

占全部感染者的90%~95%。感染后无症状出现，不产生病毒血症，不侵入中枢神经系统，但从咽部和大便中可分离出病毒，体内可查到特异性中和抗体，相隔2周~4周至4倍以上增长。

A. 3. 2 顿挫型（轻型）

约占4%~8%。病毒未侵袭中枢神经组织。临床症状缺乏特异性，可出现：

- a) 上呼吸道炎症状，如不同程度的发热，咽部不适、充血及咽后壁淋巴组织增生，扁桃体肿大等；
- b) 胃肠道症状，恶心、呕吐、腹泻或便秘，腹部不适等；
- c) 流感样症状，头痛、乏力、关节、肌肉酸痛等。症状持续1d~3d，自行恢复。

A. 3. 3 无麻痹型

病毒侵入中枢神经系统，除具有顿挫型症状外，还出现神经系统症状但不发生麻痹，体温较高，头痛加剧，多汗，呕吐，

烦躁不安或嗜睡，全身肌肉疼痛，腓肠肌触痛，皮肤感觉过敏，不愿拥抱，动之即哭，神情紧张，颈背肌痛、颈强直，不能屈曲，克氏征（Kernig's sign）和布氏征（Brudzinski's sign）阳性。肌腱反射开始大多正常或活跃，后期可减弱。腹壁反射减弱或消失。脑脊液检查显示压力、蛋白、细胞数轻度升高，糖、氯化物正常。患者通常在3 d～5 d内退热，脑膜刺激征及病理反射可持续1周～2周。

A. 3. 4 麻痹型

A. 3. 4. 1 分期

麻痹型约占感染者的1%～2%，其特征为在无麻痹型临床表现基础上，出现累及脊髓前角灰质、脑及脑神经的病变，导致肌肉麻痹。通常的脊髓灰质炎病例是指麻痹型病例。本型分为以下5期：

- a) 前驱期。本期症状与顿挫型相似，儿童以发热伴上呼吸道感染及胃肠炎症状为主，约1/3有双峰热；成人以

发热伴全身肌肉酸痛及皮肤感觉过敏为主。经1d~4d发热，再经1d~6d无热期后进入麻痹前期。

b) 麻痹前期。本期特征与无麻痹型相似，体温再度上升或持续下降，并出现神经系统的症状、体征，肌肉疼痛以活动和体位变化时最明显，故于起坐时用双上肢向后支撑身体而呈特殊的“三角架征”，脑膜刺激征及霍伊内(Hoyne)征阳性，亦可短暂意识障碍，多汗、尿潴留等表现，此期脑脊液多有改变。

c) 麻痹期。一般在第2次发热1d~2d后体温开始下降或在高热和肌痛处于高峰时发生麻痹，短期内(一般3d~4d)麻痹达到最严重程度，但在热退后麻痹不再进展，根据病变部位可分为4型：

1) 脊髓型。此型最为多见，麻痹多为下运动神经元性，多表现为急性

弛缓性麻痹，其特点为：

——发生于单肢或数肢，以下肢多见；

——近端大肌群较远端小肌群麻痹出现早而重；

——麻痹肌群分布不均匀、不对称，同侧上下肢均麻痹者少见；

——不伴有感觉障碍；

——发生上行性麻痹者，即由下肢向上蔓延至腹、背、颈部而达延髓者，则预后严重；

——麻痹出现后，腱反射随之减弱或消失。

2) 脑干型。本型在麻痹型中占6%~25%，常与脊髓型同时发生。由于病变在脑干的不同部位，可产生颅神经麻痹、呼吸中枢麻痹、血管运动中枢麻痹等不同症状。

3) 脑炎型。个别病例可仅表现为脑炎，也可与脑干型或脊髓型同时存

在。弥漫性脑炎表现为意识不清、高热、谵妄、震颤、惊厥、昏迷、强直性麻痹等。局限性脑炎表现为大脑定位症状，恢复后可长期出现阅读不能症、阵挛或癫痫大发作等。

4) 混合型。兼有脊髓型麻痹和脑干型麻痹的临床表现，可出现肢体麻痹、脑神经麻痹、呼吸中枢损害、血管运动中枢损害等。

d) 恢复期。常见于瘫痪后1周～2周麻痹肢体逐渐恢复，肌力逐步增强，一般自肢体远端开始，腱反射也渐趋正常。轻者经1个月～3个月即可恢复，重症常需12个月～18个月甚或更久的时间才能恢复。

e) 后遗症期。本期指起病满2年以后，有些受损肌群由于神经损伤过甚而致功能不能恢复。出现持久性瘫痪和肌肉萎缩，并可因肌肉挛缩导致肢体或躯干畸形，骨骼发育也受到阻碍。

A. 3. 4. 2 肢体麻痹的轻重程度

肢体麻痹的轻重可按肌肉活动程度分为6级：

- a) 0级（全麻痹），刺激肌肉时，毫无收缩现象；
- b) 1级（次全麻痹），刺激肌肉时，肌腱或肌体略见收缩或触之有收缩感，但不引起动作；
- c) 2级（重度麻痹），肢体不能向上抬举，只能在平面上移动；
- d) 3级（中度麻痹），可自动向上抬举，但不能承受任何压力；
- e) 4级（轻度麻痹），可自动向上抬举，亦能承受一定压力，但不能对抗阻力；
- f) 5级，肌力正常。

十一、人感染高致病性禽流感 (WS 284-2008)

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 发病前7d内，接触过禽，尤其是病禽、死禽（包括野生禽、家禽），或其排泄物、分泌物及7d内下的蛋，或暴露于其排泄物、分泌物污染的环境。

1.1.2 发病前14d内，曾经到过有活禽交易、宰杀的市场。

1.1.3 发病前14d内，与人禽流感疑似、临床诊断或实验室确诊病例有过密切接触，包括与其共同生活、居住，或护理过病例等。

1.1.4 发病前14d内，在出现异常病、死禽的地区居住、生活、工作过。

1.1.5 高危职业史：从事饲养、贩卖、屠宰、加工、诊治家禽工作的职业人员；可能暴露于动物和人禽流感病毒或潜在感染性材料的实验室职业人员；未采取严格的个人防护措施，处置动物高致病性禽流感疫情的人员；未采取严格的个人防护措施，诊治、护理人禽流感疑似、临床诊断或实验室确诊病例的医护人员。

1.2 临床表现

1.2.1 H7亚型人禽流感

主要表现出结膜炎和上呼吸道卡他症状。

1.2.2 H9N2亚型人禽流感

类似普通人流感，通常仅有轻微的上呼吸道感染症状。

1.2.3 H10N7亚型人禽流感

仅有轻微的上呼吸道感染症状。

1.2.4 H5N1亚型人禽流感

a) 潜伏期一般为1d~7d，通常为2d~4d。患者呈急性起病，早期表现类似普通型人流感。主要为发热，体温大多持续在39℃以上，可伴有流涕、鼻塞、咳嗽、咽痛、头痛、肌肉酸痛和全身不适。部分患者可有恶心、腹痛、腹泻、稀水样便等消化道症状。

b) 重症患者病情发展迅速，几乎所有患者都有临床表现明显的肺炎，可出现急性肺损伤、急性呼吸窘迫综合征（acute

respiratory distress syndrome, ARDS)、肺出血、胸腔积液、全血细胞减少、多脏器功能衰竭、休克及瑞氏(Reye)综合征等多种并发症。可继发细菌感染，发生败血症。

- c) 外周血象检查白细胞总数一般正常或降低。重症患者多有白细胞总数及淋巴细胞减少，并有血小板降低。
- d) 体征：重症患者可有肺部实变体征等。
- e) 胸部影像学：病初病变形态可为斑片状、大片状、多片的、融合的单侧或双侧肺实变，肺实质渗出阴影浅淡，呈絮状、磨玻璃样密度，重症患者病变进展迅速，1d~2d内范围扩大，密度加深呈肺实变密度，边缘模糊，病变内可见“空气支气管征”，病变多表现为两肺弥漫性分布，没有明显的以段或叶划分的特征，相当部分病例演变为“白肺”样改变，可合并胸腔积液。

1. 3 实验室检测

1. 3. 1 病毒分离

病毒分离阳性并经亚型鉴定确认。

1. 3. 2 血清学检查

1. 3. 2. 1 患者恢复期血清进行红细胞凝集抑制（hemagglutination inhibition, HI）试验。

1. 3. 2. 2 微量中和试验

（microneutralization test, MNT），
禽流感病毒（HA）（H5或H7或H9等亚型）
抗体阳性（HI抗体或中和抗体效价 ≥ 80 ）
(不含 ≥ 55 岁者)。

1. 3. 2. 3 恢复期血清抗体滴度比急性期
血清高4倍或以上。

1. 3. 3 病毒抗原及核酸检测

在患者的临床标本检查到人禽流感
特异性的核酸或特异的H亚型抗原。

2 诊断原则

人禽流感病例的诊断需要结合病例
的流行病学史、临床表现和实验室检测，

综合进行判断。流行病学史是诊断的重要条件，但不是必要条件。确诊病例需要严格的病毒学或血清学检测证据，尤其是恢复期血清抗体滴度比急性期血清高4倍或以上的证据。为早期、及时发现人禽流感病例，医务人员应详细询问患者的流行病学史，根据流行病学史和临床表现可作出人禽流感疑似病例诊断。

3 诊断标准

3.1 人禽流感疑似病例

具备1.1中任何一项，且无其他明确诊断的肺炎病例。

3.2 人禽流感临床诊断病例

具备以下任何一项者：

3.2.1 具备1.1 中任何一项加1.2 中任一项，且符合1.3.2.1、1.3.2.2中任一项。

3.2.2 诊断为人禽流感疑似病例，无法进一步获得其临床标本进行实验室确诊，而与其有共同暴露史的其他人已被诊断为

人禽流感确诊病例，并且没有其他疾病确定诊断依据者。

3.3 禽流感确诊病例

具备以下任何一项者：

3.3.1 具备1.2 中任一项加1.3.1。

3.3.2 具备1.2 中任一项加1.3.2。

3.3.3 具备1.2 中任一项加1.3.3 中任一项，并经两个不同实验室所证实。

3.4 人禽流感排除病例

具备以下任何一项的人禽流感疑似或临床诊断病例：

3.4.1 患者禽流感病毒分离阴性（1.3.1）或病毒抗原及核酸检测阴性（1.3.3），且恢复期血清比急性期血清的抗体滴度没有4倍或以上增高；

3.4.2 死亡患者未采集到急性期和恢复期双份血清，尸检肺组织病毒分离阴性（1.3.1）或病毒抗原及核酸检测阴性（1.3.3），并经两个不同实验室所证实；

3.4.3 有明确的其他疾病确诊依据。

十二、麻疹（WS 296-2017）

1 诊断依据

1.1 流行学病史

1.1.1 在出诊前7d~21d与麻疹确诊患者有接触史。

1.1.2 在出疹前7d~21d有麻疹流行地区居住或旅行史。

1.2 临床症状

1.2.1 发热，体温一般 $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

1.2.2 在病程第3天~第4天开始出现红色斑丘疹，疹间皮肤正常。出疹顺序一般自耳后、面部开始，自上而下向全身扩展，并可累及黏膜。出疹时间一般持续3d~5d。

1.2.3 咳嗽、流涕、喷嚏等上呼吸道卡他症状，并有畏光、流泪、结膜炎症状。

1.2.4 起病早期（一般于病程第2天~第3天）在口腔颊黏膜见到麻疹黏膜斑（Koplik 斑）。

1.3 实验室检测

1.3.1 采血前 8 d~56 d 内未接种过含麻疹成分减毒活疫苗，而出疹后 28 d 内血标本中麻疹 IgM 阳性。

1.3.2 咽拭子或尿液标本中麻疹病毒核酸阳性或分离到麻疹病毒。

1.3.3 恢复期血标本麻疹 IgG 抗体滴度比急性期有 ≥ 4 倍升高，或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现和实验室检测结果予以诊断。

3 诊断

3.1 疑似病例

具备 1.2.1、1.2.2 和 1.2.3 者。

3.2 临床诊断病例

疑似病例符合以下任何一项者：

- a) 具备 1.1.1 和/或 1.1.2，且未明确诊断为其他疾病；
- b) 具备 1.2.4；
- c) 未采集标本进行实验室检测，且

未明确诊断为其他疾病。

3.3 实验室确诊病例

疑似病例同时具备1.3.1、1.3.2、1.3.3中任何一项者。

3.4 排除病例

疑似病例符合以下任何一项者：

- a) 出疹后4d~28d内采集的血标本检测麻疹IgM抗体阴性，且不符合1.1.1和/或 1.1.2；
- b) 出疹后3d 内采集的血标本检测麻疹IgM抗体阴性，合格咽拭子/尿液标本中麻疹病毒核酸阴性，且不符合1.1.1和/或 1.1.2；
- c) 未采集标本进行实验室检测，但明确诊断为其他疾病；
- d) 病原学标本分离鉴定出麻疹疫苗株病毒或疫苗株病毒核酸阳性，且未分离出麻疹野病毒也无麻疹野病毒核酸阳性；或同时符合以下 5 种情形的：

- 1) 有出疹，有或无发热，但无咳嗽等呼吸道症状；
- 2) 接种含麻疹成分减毒活疫苗后7d~14d出疹；
- 3) 血标本采集日期为接种含麻疹成分减毒活疫苗后8d~56d，且检测麻疹IgM阳性；
- 4) 流行病学调查未发现该病例引起的续发病例；
- 5) 流行病学和实验室调查未发现其他可明确解释的原因。

十三、流行性出血热（WS 278-2008）

1 诊断依据

1.1 流行学病史

1. 1. 1 发病前2个月内有疫区旅居史。
1. 1. 2 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。

1.2 临床表现

1.2.1 发热，可伴有乏力、恶心、呕吐、腹痛及腹泻等消化道症状。

1.2.2 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。

1.2.3 低血压休克。

1.2.4 肾脏损害：尿蛋白、镜下或肉眼血尿，尿中膜状物，少尿或多尿。

1.2.5 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）。

1.3 实验室检测

1.3.1 血常规

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）。

1.3.2 尿常规

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。

1.3.3 血生化检查

血肌酐、尿素氮升高。

1.3.4 血清特异性IgM抗体阳性。

1.3.5 恢复期血清特异性IgG抗体滴度比急性期有4倍以上增高。

1.3.6 从患者标本中检出汉坦病毒RNA。

1.3.7 从患者标本中分离到汉坦病毒。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现和实验室检查等进行诊断。

3 诊断标准

3.1 疑似病例

1.1.1 和（或）1.1.2，同时具备1.2.1和（或）1.2.2者，且不支持其他发热性疾病诊断者。

3.2 临床诊断病例

疑似病例，同时具备1.2.3、1.2.4、

1.2.5、1.3.1、1.3.2、1.3.3中至少一项者。

3.3 确诊病例

临床诊断病例或疑似病例，同时具备1.3.4、1.3.5、1.3.6、1.3.7中至少一项者。

十四、狂犬病（WS 281-2008）

1 诊断依据

1.1 流行学病史

有被犬、猫、野生食肉动物以及食虫和吸血蝙蝠等宿主动物咬伤、抓伤、舔舐黏膜或未愈合伤口的感染史。

1.2 临床表现

1.2.1 狂躁型

狂躁型是我国最常见的类型。主要表现有：在愈合的伤口及其神经支配区有痒、痛、麻及蚁走等异常感觉，以后出现高度兴奋、恐水、怕风、阵发性咽肌痉挛和交感神经兴奋症状如流涎、吐沫、多汗、心率加快、血压增高等。逐渐发生全身弛缓性瘫痪，最终因呼吸、循环衰竭而死亡。

1.2.2 麻痹型

麻痹型在我国较为少见。临床表现为：前驱期多为高热、头痛、呕吐及咬伤处疼痛等，无兴奋期和恐水症状，亦无咽喉痉挛和吞咽困难等表现。前驱期后即出现四肢无力、麻痹症状，麻痹多开始于肢体被咬处，然后呈放射状向四周蔓延。部分或全部肌肉瘫痪，咽喉肌、声带麻痹而失音，故称“哑狂犬病”。

1.3 实验室检查

1.3.1 直接荧光抗体法（dFA）或ELISA

检查患者唾液、脑脊液或颈后带毛囊的皮肤组织标本中狂犬病毒抗原阳性，或用RT-PCR检测狂犬病病毒核酸阳性。

1.3.2 细胞培养方法

从患者唾液、脑脊液等标本中分离到狂犬病病毒。

1.3.3 脑组织检测

尸检脑组织标本，用直接荧光抗体法（dFA）或ELISA 检测狂犬病病毒抗原阳

性、RT-PCR检测狂犬病病毒核酸阳性、细胞培养方法分离到狂犬病病毒。

2 诊断原则

根据患者的流行病学史、临床表现和实验室检查结果进行综合判断，病例确诊需要实验室证据。

3 诊断

3.1 临床诊断病例

符合下列任一项即可诊断；

3.1.1 符合1.2.1 者。

3.1.2 符合1.1 加1.2.2 者。

3.2 确诊病例

临床诊断病例加1.3.1、1.3.2、1.3.3 中的任何一项者。

十五、流行性乙型脑炎（WS 214-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

居住在乙脑流行地区且在蚊虫孳生季节发病，或发病前25d内在蚊虫孳生季节曾去过乙脑流行地区。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期

一般为10d~14d，可短至4d，长至21d。

1.2.2 临床症状

急性起病，发热、头痛、喷射性呕吐，发热2d~3d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。

1.2.3 体征

浅反射消失、深反射亢进。脑膜刺激征和病理性反射阳性、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。

1.2.4 临床分型

1.2.4.1 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7d~10d。

1.2.4.2 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。

1.2.4.3 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。

1.2.4.4 极重型

起病急骤，体温在1d~2d内上升至40℃以上，反复或持续性强烈抽搐，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。

1.3 实验室检查

1.3.1 血象

白细胞总数多在 $(10\sim20)\times10^9/L$ ，中性粒细胞可达80%以上。

1.3.2 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。

1.3.3 血清学检查

1.3.3.1 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；

1.3.3.2 恢复期血清中抗乙脑病毒IgG抗体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；

1.3.3.3 急性期抗乙脑病毒IgG抗体阴性，恢复期阳性。

1.3.4 病原学检查

1.3.4.1 早期感染者脑脊液或血清中分离出乙脑病毒；

1.3.4.2 检测出乙脑病毒的特异性核酸。

2 诊断原则

2.1 根据流行病学资料和临床表现及实验室检查，综合分析后作出疑似诊断、临

床诊断。

2. 2 确定诊断须依靠血清学或病原学检查。

3 诊断

3. 1 疑似病例

符合1. 1、1. 2. 2、1. 2. 3和1. 3. 1项者。

3. 2 临床诊断病例

疑似病例同时符合1. 3. 2项者。

3. 3 确诊病例

临床诊断病例，同时符合1. 3. 3中任一项者；或临床诊断病例，同时符合1. 3. 4中任一项者。

3. 4 在临床诊断或确定诊断基础上，根据1. 2. 4 进行临床分型诊断。

十六、登革热（WS 216-2018）

1 诊断依据

1. 1 流行病学史

发病前14d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。

1.2 临床表现

1.2.1 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。

1.2.2 皮疹：于病程第3天～第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3d～5d。

1.2.3 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。

1.2.4 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。

1.2.5 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。

1.2.6 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、脉压差减小或血压测不到等。

1.3 实验室检查

1.3.1 白细胞计数减少和/或血小板减少。

1.3.2 登革病毒IgM抗体阳性。

1.3.3 发病5d内的登革病毒NS1抗原检测阳性。

1.3.4 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。

1.3.5 从急性期病人血液、脑脊液或组织等中分离到登革病毒。

1.3.6 应用 RT-PCR或实时荧光定量RT-PCR检出登革病毒核酸。

2 诊断原则

依据患者的流行病学证据、临床表现及实验室检查结果进行综合判断。

3 诊断

3.1 疑似病例

符合下列一项可诊断为疑似病例：

- a) 符合1.1，并同时符合1.2.1。
- b) 同时符合1.2.1、1.3.1。

3.2 临床诊断病例

符合下列一项可诊断为临床诊断病例：

- a) 符合3.1a），并同时符合1.2.2、1.2.3中任一项和1.3.1。
- b) 符合3.1，并同时符合1.3.2、1.3.3中任一项。

3.3 确诊病例

符合3.1或3.2，并同时符合1.3.4、1.3.5、1.3.6中任一项可诊断为确诊病例。

3.4 重症登革热

符合3.2或3.3，并同时符合1.2.4、1.2.5、1.2.6中任一项可诊断重症登革热。

十七、炭疽（WS 283—2020）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

发病前14d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，或吸入可疑炭疽芽胞杆菌污染的粉尘，或从事与毛皮等畜产品密切接触、与炭疽芽胞杆菌研究使用相关的职业，或在可能被炭疽芽胞杆菌污染的地区从事养殖、放牧、耕耘或挖掘等活动。

1.2 临床表现及分型

1.2.1 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。

1.2.2 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。

1.2.3 肺炭疽

高热，呼吸困难，可有胸痛及咳嗽，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。

1.2.4 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1.2.1~1.2.3，也可能直接发生。

1.2.5 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淤斑，腔道出血，迅速出现呼吸与循环衰竭。多继发于1.2.1~1.2.3，也可能直接发生。

1.3 实验室检测

1.3.1 患者临床标本，细菌分离培养获得炭疽芽胞杆菌。

1.3.2 患者血清标本，抗炭疽特异性抗体检测阳性。

1.3.3 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。

1.3.4 患者临床标本，炭疽芽胞杆菌特异性核酸片段检测阳性。

1.3.5 患者临床标本，炭疽芽胞杆菌抗原检测阳性。

1.3.6 暴露动物标本或暴露环境标本，细菌分离培养获得炭疽芽胞杆菌。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现、实验室检查等进行诊断。

3 诊断

3. 1 疑似病例

具有1. 1中的任何一条，并具有1. 2. 1~1. 2. 5的临床表现之一者。

3. 2 临床诊断病例

符合下列一项可诊断为临床诊断病例：

a) 疑似病例，并具有1. 3. 2~1. 3. 6中任何1项者；

b) 具有明确的流行病学史，并具有典型的皮肤损害者。

3. 3 确诊病例

符合下列一项可诊断为确诊病例：

a) 疑似病例或临床诊断病例，并具备1. 3. 1者；

b) 疑似病例或临床诊断病例，并具备1. 3. 2中患者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；

c) 疑似病例或临床诊断病例，并具备1.3.2~1.3.6中任何2项者。

4 鉴别诊断

4.1 皮肤炭疽

炭疽病灶早期有明显水肿，有痒无痛，并不化脓。可与疖、蜂窝织炎、恙虫病的焦痂、羊痘、鼻疽、鼠疫、土拉热、丹毒、梅毒硬下疳、脓性溃疡相鉴别。患者的职业和病畜接触史可供参考。

4.2 肠炭疽

肠炭疽早期应与食物中毒、出血性坏死性肠炎、痢疾、急腹症相鉴别。

4.3 肺炭疽

肺炭疽黏性血痰与大叶性肺炎之泡沫状铁锈色痰相鉴别，并与肺鼠疫、钩端螺旋体病肺弥漫性出血型相鉴别。胸膜炎的积液为血性黏稠液。

十八、细菌性和阿米巴性痢疾 (WS 287-2008)

细菌性痢疾

1 诊断依据

1.1 流行病学史

患者有不洁饮食和（或）与菌痢患者接触史。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期

数小时至7d，一般1d~3d。

1.2.2 临床症状和体征

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次~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。

1.2.3 临床分型

1.2.3.1 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。

1.2.3.2 急性轻型（非典型）

症状轻，可仅有腹泻、稀便。

1.2.3.3 急性中毒型

1.2.3.3.1 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。

1.2.3.3.2 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。

1.2.3.3.3 混合型

具有以上两型的临床表现。

1.2.3.4 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。

1.3 实验室检测

1.3.1 粪便常规检查，白细胞或脓细胞 $\geq 15/\text{HPF}$ （400倍），可见红细胞、吞噬细胞。

1.3.2 病原学检查，粪便培养志贺菌阳性。

2 诊断原则

2.1 根据流行病学资料和临床表现及实验室检查，综合分析后作出疑似诊断、临床诊断。

2.2 确定诊断须依靠病原学检查。

3 诊断

3.1 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。

3.2 临床诊断病例

同时具备1.1、1.2和1.3.1，并排除

其他原因引起之腹泻。

3.3 确诊病例

临床诊断病例并具备1.3.2。

阿米巴性痢疾

1. 诊断依据

1.1 流行病学史

进食不洁食物史。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期

1周至数月不等，甚至可长达1年以上，多数为1周~2周。

1.2.2 临床症状和体征

发热、腹痛、腹泻、果酱样黏液血便，右下腹压痛，全身症状不重，但易迁延为慢性或多次复发。

1.2.3 临床分型

1.2.3.1 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。

1.2.3.2 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。

1.2.3.3 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。

1.2.3.4 轻型

间歇性腹痛腹泻，症状轻微，大便可检出阿米巴包囊。

1.3 实验室检测

1.3.1 粪便涂片检查可见大量红细胞、少量白细胞、夏科-雷登结晶。

1.3.2 粪便涂片检查可见溶组织内阿米巴滋养体和（或）包囊。

2 诊断原则

根据流行病学资料和临床表现及实验室检查，综合分析后作出疑似诊断、临床诊断，确定诊断须依靠病原学检查。

3 诊断

3.1 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。

3.2 临床诊断病例

同时具备1.1、1.2.3和1.3.1，或抗阿米巴治疗有效。

3.3 确诊病例

同时具备1.1、1.2.3和1.3.2。

十九、肺结核（WS 288-2017）

1. 诊断依据

1.1 流行病学史

有肺结核患者接触史。

1.2 临床表现

1.2.1 症状

咳嗽、咳痰≥2周，或痰中带血或咯血为肺结核可疑症状。

肺结核多数起病缓慢，部分患者可无明显症状，仅在胸部影像学检查时发现。随着病变进展，可出现咳嗽、咳痰、痰中带血或咯血等，部分患者可有反复发作的上呼吸道感染症状。肺结核还可出现全身症状，如盗汗、疲乏、间断或持续午后低热、食欲不振、体重减轻等，女性患者可伴有月经失调或闭经。少数患者起病急骤，有中、高度发热，部分伴有不同程度的呼吸困难。

病变发生在胸膜者可有刺激性咳嗽、胸痛和呼吸困难等症状。

病变发生在气管、支气管者多有刺激性咳嗽，持续时间较长，支气管淋巴瘤形成并破入支气管内或支气管狭窄者，可出现喘鸣或呼吸困难。

少数患者可伴有结核性超敏感症候群，包括：结节性红斑、疱疹性结膜炎/角膜炎等。

儿童肺结核还可表现发育迟缓，儿童

原发性肺结核可因气管或支气管旁淋巴结肿大压迫气管或支气管，或发生淋巴结-支气管瘘，常出现喘息症状。

当合并有肺外结核病时，可出现相应累及脏器的症状。

1.2.2 体征

早期肺部体征不明显，当病变累及范围较大时，局部叩诊呈浊音，听诊可闻及管状呼吸音，合并感染或合并支气管扩张时，可闻及湿性啰音。

病变累及气管、支气管，引起局部狭窄时，听诊可闻及固定、局限性的哮鸣音，当引起肺不张时，可表现气管向患侧移位，患侧胸廓塌陷、肋间隙变窄、叩诊为浊音或实音、听诊呼吸音减弱或消失。

病变累及胸膜时，早期于患侧可闻及胸膜摩擦音，随着胸腔积液的增加，患侧胸廓饱满，肋间隙增宽，气管向健侧移位，叩诊呈浊音至实音，听诊呼吸音减弱至消失。当积液减少或消失后，可出现胸膜增

厚、粘连，气管向患侧移位，患侧胸廓可塌陷，肋间隙变窄、呼吸运动受限，叩诊为浊音，听诊呼吸音减弱。

原发性肺结核可伴有浅表淋巴结肿大，血行播散性肺结核可伴肝脾肿大、眼底脉络膜结节，儿童患者可伴皮肤粟粒疹。

1.3 胸部影像学检查

1.3.1 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。

1.3.2 血行播散性肺结核

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。

1.3.3 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。

1.3.4 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。

1.3.5 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。

1.4 实验室检查

1.4.1 细菌学检查

检查结果如下：

- a) 涂片显微镜检查阳性；
- b) 分枝杆菌培养阳性，菌种鉴定为结核分枝杆菌复合群。

1.4.2 分子生物学检查

结核分枝杆菌核酸检测阳性。

1.4.3 结核病病理学检查

结核病组织病理改变。

1.4.4 免疫学检查

1.4.4.1 结核菌素皮肤试验，中度阳性或强阳性。

1.4.4.2 γ -干扰素释放试验阳性。

1.4.4.3 结核分枝杆菌抗体阳性。

1.5 支气管镜检查

支气管镜检查可直接观察气管和支气管病变，也可以抽吸分泌物、刷检及活检。

2 诊断原则

肺结核的诊断是以病原学（包括细菌学、分子生物学）检查为主，结合流行病史、临床表现、胸部影像、相关的辅助检查及鉴别诊断等，进行综合分析做出诊断。以病原学、病理学结果作为确诊依据。

儿童肺结核的诊断，除痰液病原学检查外，还要重视胃液病原学检查。

3 诊断

3.1 疑似病例

凡符合下列项目之一者：

- a) 具备1.3中任一条者；
- b) 5岁以下儿童：具备 1.2 同时具备1.1，1.4.4.1，1.4.4.2任一条。

3.2 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：

- a) 具备1.3中任一条及1.2者；
- b) 具备1.3中任一条及1.4.4.1者；
- c) 具备1.3中任一条及1.4.4.2者；
- d) 具备1.3中任一条及1.4.4.3者；
- e) 具备1.3中任一条及肺外组织病理检查证实为结核病变者；
- f) 具备1.3.4及1.5者可诊断为气管、支气管结核；
- g) 具备1.3.5和胸水为渗出液、腺苷脱氨酶升高，同时具备1.4.4.1，1.4.4.2，1.4.4.3 任一条者，可诊断为结核性胸膜炎；
- h) 儿童肺结核临床诊断病例应同时具备以下2条：

- 1) 具备1.3中任一条及1.2者；
- 2) 具备1.4.4.1, 1.4.4.2任一条者。

3.3 确诊病例

3.3.1 痰涂片阳性肺结核诊断

凡符合下列项目之一者：

- a) 2份痰标本涂片抗酸杆菌检查符合1.4.1.a者；
- b) 1份痰标本涂片抗酸杆菌检查符合1.4.1.a，同时具备1.3中任一条者；
- c) 1份痰标本涂片抗酸杆菌检查符合1.4.1.a，并且1份痰标本分枝杆菌培养符合1.4.1.b者。

3.3.2 仅分枝杆菌分离培养阳性肺结核诊断

符合1.3中任一条，至少2份痰标本涂片阴性并且分枝杆菌培养符合1.4.1.b者。

3.3.3 分子生物学检查阳性肺结核诊断

符合1.3中任一条及1.4.2者。

3.3.4 肺组织病理学检查阳性肺结核诊断

符合1.4.3者。

3.3.5 气管、支气管结核诊断

凡符合下列项目之一者：

- a) 具备1.5及气管、支气管病原学检查符合1.4.3者；
- b) 具备1.5及气管、支气管分泌物病原学检查，符合1.4.1.a或1.4.1.b或1.4.2者。

3.3.6 结核性胸膜炎诊断

凡符合下列项目之一者：

- a) 具备1.3及胸水或胸膜病原学检查符合1.4.3者；
- b) 具备1.3及胸水病原学检查，符合1.4.1.a或1.4.1.b或1.4.2者。

二十、伤寒和副伤寒（WS 280—2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 病前30d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。

1.2 临床表现

1.2.1 不明原因持续发热。

1.2.2 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。

1.3 实验室检测

1.3.1 嗜酸性粒细胞减少或消失、白细胞总数正常或低下。

1.3.2 肥达反应“O”抗体凝集效价 $\geq 1:80$ ，“H”抗体凝集效价 $\geq 1:160$ 者；但在高发地区，许多正常人因既往感染亦可有较高滴度，此时最好首先检查当地人群

免疫水平，确定正常值。

1.3.3 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。

1.3.4 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。

2 诊断原则

应综合流行病学资料、临床资料和实验室检查结果做出判断。

3 诊断

3.1 带菌者

无任何临床表现、从粪便中分离到伤寒沙门菌或副伤寒沙门菌。

3.2 疑似病例

符合下列任何一项可诊断：

3.2.1 同时符合1.1中任何一项和1.2.1。

3.2.2 同时符合1.2.1和1.2.2中任何一项体征者。

3.2.3 同时符合1.2.1和1.3.1。

3.3 临床诊断病例

符合下列任何一项可诊断：

3.3.1 同时符合1.2.1、1.2.2中任何一项
体征和1.3.1。

3.3.2 同时符合1.2.1、1.2.2中任何一项
体征和1.3.2。

3.4 确诊病例

符合下列任何一项可诊断：

3.4.1 同时符合1.2.1和1.3.3。

3.4.2 同时符合1.2.1和1.3.4。

二十一、流行性脑脊髓膜炎（WS 295-2019）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

当地有本病发生或流行，或发病前
10d内有流行性脑脊髓膜炎流行地区居住
或旅行史。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期

数小时至10d，一般为2d～3d。

1.2.2 主要临床症状和体征

1.2.2.1 发热、头痛、呕吐，和（或）有脑膜刺激征，婴幼儿可见前囱隆起。重症患者可有不同程度的意识障碍和（或）感染中毒性休克。

1.2.2.2 皮肤、黏膜出现瘀点（斑）。瘀斑可迅速扩大融合成片。

1.3 实验室监测

1.3.1 血常规

白细胞总数、中性粒细胞计数明显升高。

1.3.2 脑脊液常规

典型改变为压力增高，外观呈浑浊米汤样或脓样；白细胞数明显增高，并以多形核白细胞增高为主；糖及氯化物明显减少，蛋白含量升高。但在病程初期仅有压力升高，外观清亮，随后出现典型改变，暴发休克型患者脑脊液通常清亮，蛋白、细胞数和糖亦无变化。

1.3.3 病原学

1.3.3.1 痰点（斑）组织液、脑脊液涂片检测，可在多形核白细胞内或细胞外见到革兰阴性肾形双球菌。

1.3.3.2 脑脊液、血液、痰点（斑）组织液培养脑膜炎奈瑟菌阳性。

1.3.3.3 脑脊液、血液、痰点（斑）组织液脑膜炎奈瑟菌特异性核酸检测阳性。

1.3.4 免疫学

1.3.4.1 急性期脑脊液样品脑膜炎奈瑟菌特异性多糖抗原检测阳性。

1.3.4.2 恢复期血清脑膜炎奈瑟菌特异性 IgG 抗体检测，其效价较急性期呈 4 倍或 4 倍以上升高。

2 诊断原则

根据流行病学史和临床表现及血常规和（或）脑脊液常规检测结果做出疑似病例和（或）临床诊断病例的诊断。

确诊需要脑膜炎奈瑟菌病原学或免疫学检测结果，对病原学检测阳性的病例

进一步做出病原学分群诊断。

3 诊断

3.1 疑似病例

同时符合1.1和1.2.2.1，并同时符合1.3.1、1.3.2任一项。

3.2 临床诊断病例

符合3.1并同时符合1.2.2.2。

3.3 确诊病例

符合3.1或3.2，并同时符合1.3.3、1.3.4中任一项。

3.4 临床分型

在临床诊断或确定诊断基础上，进行临床分型诊断（参见附录）。

附 录 (资料性附录) 临床分型

1 普通型

1.1 上呼吸道感染期

有发热、咽痛、鼻炎和咳嗽等上呼吸

道感染症状。部分病人有此期表现。

1.2 脓毒症期

有恶寒、高热、头痛、呕吐、乏力、肌肉酸痛、神志淡漠等症状。约70%患者皮肤及黏膜出现瘀点（斑）。

1.3 脑膜炎期

多与脓毒症期症状同时出现。发病后24 h，除高热及毒血症外，主要表现为剧烈头痛、呕吐，可呈喷射性，烦躁不安，脑膜刺激征阳性。颅压增高明显者有血压升高、脉搏减慢等。严重者可进入谵妄、昏迷。婴幼儿的症状多不典型，表现为高热、拒食、烦躁、啼哭不安，惊厥、腹泻及咳嗽较成人多见。前囟未闭者囟门可有隆起，而脑膜刺激征可能不明显。

1.4 恢复期

经治疗体温逐渐下降至正常，意识及精神状态改善，皮肤瘀点（斑）吸收或结痂愈合。神经系统检查均恢复正常。约有10%的患者出现口周疱疹。患者一般在1

周～3周痊愈。

普通型约占90%。各期不易严格区分。

2 暴发型

2.1 休克型

又称“暴发型脑膜炎奈瑟菌脓毒症”。起病急骤，寒战、高热或体温不升，严重中毒症状，短时间（12h内）出现遍及全身的瘀点（斑），迅速扩大，或继以瘀斑中央坏死。休克为重要表现：面色灰白、唇及指（趾）端紫绀、四肢厥冷、皮肤花斑状、脉细速、血压下降；易并发DIC。多无脑膜刺激征，脑脊液检查多无异常。

2.2 脑膜脑炎型

除有高热、头痛和呕吐外，可迅速陷入昏迷，频繁抽搐，锥体束征阳性，血压持续升高。球结膜水肿。部分病人出现脑疝（小脑幕切迹疝、枕骨大孔疝），表现为双侧瞳孔不等大，对光反应迟钝或消失，可出现呼吸不规则，快慢深浅不一或骤

停，肢体肌张力增强等症状。

2.3 混合型

同时具备休克型和脑膜脑炎型的临床表现，此型最为凶险，预后差，病死率高。

暴发型病情凶险，进展迅速，如不及时治疗，发病6h~24h内即可危及生命。婴幼儿病死率可高达50%。

3 轻型

临床表现为低热、轻微头痛、咽痛等上呼吸道感染症状；皮肤黏膜可有少量细小出血点；亦可有脑膜刺激征。脑脊液可有轻度炎症改变。

二十二、百日咳（WS 274-2007）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

四季均有发病，春夏季多发，该地区有百日咳流行，有与百日咳患者的密切接

触史，无预防接种史。

1.2 临床表现

1.2.1 典型病例

阵发性、痉挛性咳嗽，持续咳嗽 ≥ 2 周者。

1.2.2 不典型病例

婴儿有反复发作的呼吸暂停、窒息、青紫和心动过缓症状，或有间歇的阵发性咳嗽；青少年和成人具有不典型较轻症状，卡他期、痉咳期、恢复期三期症状都缩短或无明显的阶段性，而只表现持续两周以上的长期咳嗽。

1.3 实验室检查

1.3.1 外周血白细胞计数及淋巴细胞明显增高。

1.3.2 从痰、鼻咽部分泌物分离到百日咳鲍特菌。

1.3.3 恢复期血清特异性抗体比急性期呈 ≥ 4 倍增长。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现及实验室检查结果可做出百日咳病例诊断。

3 诊断标准

3. 1 疑似病例

符合1. 2. 1、1. 2. 2任何一项的规定，或伴有1. 1项的规定。

3. 2 临床诊断病例

疑似病例同时符合1. 3. 1的规定。

3. 3 确诊病例

临床诊断病例同时符合实验室检查中1. 3. 2、1. 3. 3中的任何一项的规定。

二十三、 白喉(WS 275-2007)

1 诊断依据

1. 1 流行病学史

1. 1. 1 多在秋冬季节发病。

1. 1. 2 一周内与白喉病人有直接或间接接触史。

1. 2 临床表现

潜伏期1d~7d，多数为2d~4d。根据

病变侵犯部位分为以下四种类型：

1.2.1 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。

1.2.1.1 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。

1.2.1.2 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。

1.2.1.3 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。

1.2.1.4 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，可影像呼吸和吞咽，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。

1.2.2 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，呼吸道梗塞而窒息。

1.2.3 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。

1.2.4 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。

1.3 实验室检查

1.3.1 白喉杆菌分离培养阳性并证明能产生外毒素。

1.3.2 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。

1.3.3 病人急性期和恢复期血清特异性抗体四倍或四倍以上增长。

2 诊断原则

根据临床表现及实验室检查，结合流行病学史进行综合分析，做出诊断。

3 诊断

3.1 疑似病例

符合1. 2. 1或1. 2. 2或1. 2. 3或1. 2. 4。

3. 2 临床诊断病例

疑似病例加1. 3. 2，参考1. 1。

3. 3 确诊病例

疑似病例同时符合1. 3. 1或1. 3. 3任何一项者。

二十四、新生儿破伤风（WS 272-2007）

1 诊断依据

1. 1 流行病学

1. 1. 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；

1. 1. 2 分娩过程中新生儿局部外伤未经消毒处理史。

1. 2 临床表现

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

后2d~28d。

1.2.2 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1d~2d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。

1.2.3 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。

1.3 实验室检测

1.3.1 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。

1.3.2 脐部或伤口处分泌物破伤风杆菌培养阳性。

2 诊断原则

根据流行病学史、典型的临床表现和病原学实验室检测结果综合分析诊断。

3 诊断

3.1 临床诊断病例

符合以下任一条为临床诊断病例：

3.1.1 符合1.2.1 和1.2.2；

3.1.2 符合1.2.1 和1.2.3。

3.2 确诊病例

临床诊断病例，同时符合1.1以及1.3中的任一条。

二十五、猩红热（WS 282-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

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。

1.2 临床表现

1.2.1 普通型猩红热

起病急骤，出现发热、咽峡炎、皮疹。发热第2天开始发疹，皮肤呈弥漫性充血潮红，其间有针尖大小充血性红疹，压之

褪色，伴有痒感。少数患者可见有带黄白色脓头且不易破溃的皮疹。皮肤皱褶处可出现“巴氏线”。面部充血而无皮疹，同时有“口周苍白圈”。病初起时出现“草莓舌”，以舌尖及边缘处为显著。2d~3d后白苔开始脱落，成为“杨梅舌”。2d~5d后皮疹消退。疹退后皮肤有脱屑或脱皮。

1.2.2 轻型猩红热

发热、咽峡炎、皮疹均很轻，持续时间短，脱屑也很轻。

1.2.3 中毒型

临床表现主要为毒血症，中毒症状明显，表现为高热、头痛、呕吐、出血性皮疹、神志不清等，而咽峡炎不重。可出现中毒型心肌炎、中毒性肝炎及感染性休克。

1.2.4 脓毒型

咽部红肿，渗出脓液，甚至发生溃疡，引起颈淋巴结炎、急性中耳炎、急性鼻窦

炎等，还可引起败血症。

1.2.5 外科型及产科型

病原菌由创口或产道侵入，局部先出现皮疹，由此延及全身，但无咽炎，全身症状大多较轻。

1.3 实验室检测

1.3.1 白细胞总数和中性粒细胞增多，严重患者可出现中毒颗粒。

1.3.2 A群链球菌快速检测实验阳性。

1.3.3 细菌培养后镜检，为 β 溶血性链球菌。

1.3.4 杆菌肽敏感试验阳性。

1.3.5 生化鉴定为化脓性链球菌。

1.3.6 咽拭子或其他病灶分泌物经血清学分群，鉴定为A群 β 型溶血性链球菌。

2 诊断原则

依据流行病学资料、临床表现及实验室检查进行综合诊断。确诊须依据病原学检查。

3 诊断

3.1 疑似病例

具备1. 2中的临床表现和1. 3. 1.

3.2 临床诊断病例

符合下列任一项即可诊断：

3. 2. 1 疑似病例并同时符合1. 1.

3. 2. 2 疑似病例并同时符合1. 3. 2、

1. 3. 3、1. 3. 4、1. 3. 5中的至少一项。

3.3 确诊病例

临床诊断病例同时符合1. 3. 6。

二十六、布鲁氏菌病（WS 269—2019）

1 诊断依据

1.1 流行学病史

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。

1.2 临床表现

1.2.1 出现持久数日乃至数周发热（包括低热），多汗，乏力，肌肉和关节疼痛等。

1.2.2 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。具体临床表现参见附录。

1.3 实验室检查

1.3.1 实验室初筛

1.3.1.1 虎红平板凝集试验（RBT）结果为阳性。

1.3.1.2 胶体金免疫层析试验（GICA）结果为阳性。

1.3.1.3 酶联免疫吸附试验（ELISA）结果为阳性。

1.3.1.4 布鲁氏菌培养物涂片革兰染色检出疑似布鲁氏菌。

1.3.2 实验室确诊

1.3.2.1 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。

1.3.2.2 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。

1.3.2.3 补体结合试验（CFT）滴度为 $1:10^{++}$ 及以上。

1.3.2.4 抗人免疫球蛋白试验
(Coomb's) 滴度为 $1:400^{++}$ 及以上。

2 诊断原则

布鲁氏菌病的发生、发展和转归比较复杂，其临床表现多种多样，很难以某一种症状来确定诊断。对布鲁氏菌病的诊断，应结合病人流行病学接触史、临床表现和实验室检查等情况综合判断。

3 诊断

3.1 疑似病例

符合1.1，并同时符合1.2。

3.2 临床诊断病例

符合疑似病例并同时符合1.3.1中任

一项。

3.3 确诊病例

符合疑似或临床诊断病例并同时符合1.3.2中任一项。

3.4 隐性感染

符合1.1，并同时符合1.3.2中任一项，且不符合1.2。

附录 (资料性附录)

布鲁氏菌病临床表现

1 主要症状

1.1 发热

是布鲁氏菌病常见的临床表现，典型病例表现为波状热，常伴有寒战等症状，可见于各期患者。部分病例可表现为低热和不规则热型，且多发生在午后或夜间。

布鲁氏菌病患者在高热时神志清醒，痛苦较小，但体温下降时自觉症状加重，这种高热与病况相矛盾的现象为布鲁氏

菌病所特有。

1.2 多汗

是布鲁氏菌病常见的临床表现，急性期病例出汗尤重，体温下降时加重，可湿透衣裤、被褥，使患者感到紧张和烦躁。

1.3 肌肉和关节疼痛

是布鲁氏菌病常见的临床表现，为全身肌肉和多发性、游走性大关节疼痛。一些病例还可有脊柱（腰椎为主）骨关节受累，表现为疼痛、畸形和功能障碍等。

1.4 乏力

几乎全部病例都有乏力疲劳的表现。

1.5 其他

少数病例可有头痛、心、肾及神经系统受累的表现。

2 主要体征

2.1 肝、脾及淋巴结肿大

多见于急性期病例，肝、脾肿大的患者恢复较慢。

2.2 其他

男性病例可伴有睾丸炎，女性病例可见卵巢炎。急性期患者可以出现各种各样的皮疹，一些患者可以出现黄疸，慢性期患者表现为骨关节系统的损害。

3 临床分期

3.1 急性期

具有上述临床表现，病程在3个月以内，出现确诊的血清学阳性反应。

3.2 亚急性期

具有上述临床表现，病程在3个月~6个月之间，出现确诊的血清学阳性反应。

3.3 慢性期

病程超过6个月仍未痊愈，有布鲁氏菌病的症状和体征，并出现确诊的血清学阳性反应。

4 潜伏期

布鲁氏菌病的潜伏期一般为1周~3周。

二十七、淋病（WS 268-2019）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

有不安全性接触史或多性伴史，或性伴淋病感染史，或新生儿的母亲有淋病史。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期

1d~10d，常为 3d~5d。

1.2.2 无合并症淋病

1.2.2.1 男性淋菌性尿道炎最初症状为尿道口痒、有稀薄或黏液脓性分泌物，多数患者 24 h 后症状加剧，出现尿痛、烧灼感，分泌物增多，为黏稠的深黄色脓液，可伴有尿频、尿急。严重者可出现龟头、包皮内板红肿，有渗出物或糜烂，包皮水肿，可并发包皮嵌顿。查体可见尿道口红肿充血及脓性分泌物。

1.2.2.2 女性症状比男性轻，部分患者可无明显症状。在成年女性淋病主要引起宫

颈炎，可同时或单独有尿道炎，有症状者常出现白带增多、发黄，有的伴下腹痛、尿痛、尿频和尿急。妇科检查时宫颈充血、红肿，易接触出血，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，可见阴道口、尿道口、会阴部红肿，病变部位可出现糜烂、溃疡和疼痛，阴道有脓性分泌物，排尿困难等。

1.2.3 有合并症淋病

1.2.3.1 治疗不及时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。附睾炎、睾丸炎发病急，初起时阴囊或睾丸有牵引痛，进行性加重，且向腹股沟处扩散，常有发热、全身不适。检查可见附睾、睾丸肿大、压痛，病情严重时可触及肿大的精索及腹股沟淋巴结。病变后期可引起附睾结缔组织增生、纤维化和输精管闭锁，引起不育。前列腺炎表现为发热、尿痛、尿频、尿急，有排尿不尽感和会阴胀痛，前列腺肛检有明显压痛和肿

大。前列腺分泌物中有大量脓细胞、卵磷脂小体减少。此外，男性还可并发其他并症如尿道旁腺炎、尿道周围脓肿、海绵体炎、龟头炎或龟头包皮炎、尿道狭窄等。

1.2.3.2 女性淋病合并症 女性合并症主要为盆腔炎，包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、腹膜炎等。好发于育龄妇女，多数病人有白带增多，且为脓性或血性。全身症状明显，如畏寒、发热、头痛、厌食、恶心、呕吐、双下腹痛。检查可见下腹压痛、触痛和肌紧张，尿道、宫颈等处有脓性分泌物。可发展为输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿，此时可在附件和阴道后穹窿处触及肿物，触痛明显，按之有波动感，如果脓肿破裂，则有腹膜炎甚至中毒性休克等表现，以后可造成输卵管粘连、阻塞以至不孕或异位妊娠。此外女性还可并发前庭大腺炎，表现为前庭大腺红肿、疼痛，腺体开口处有脓性分泌物，大阴唇下1/2肿胀明显。

显，还可伴有全身症状和腹股沟淋巴结肿大。

1.2.4 泌尿生殖道外的淋病

1.2.4.1 淋菌性眼炎

新生儿淋菌性眼炎常为经患淋病母亲产道分娩时感染所致，多为双侧性，一般于生后3 d内出现症状。成人淋菌性眼炎多为自我接种感染或密切接触被分泌物污染的物品所致，单侧或双侧。临床表现为睑结膜充血水肿，有较大量脓性分泌物，治疗不及时角膜可失去光泽，继而溃疡，甚至发生穿孔及全眼球炎，最后可导致失明。

1.2.4.2 淋菌性咽炎

主要由于口交所致。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。查体可见咽黏膜充血，扁桃体红肿，有脓性分泌物附着于咽后壁。

1.2.4.3 淋菌性直肠炎

多见于肛交后。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。查体可见直肠黏膜肿胀、充血、糜烂、渗血。

1.2.5 播散性淋球菌感染

淋球菌通过血行播散至全身，临床罕见。表现为发热、寒战、皮损、关节疼痛等。皮损初起为红色小丘疹、红斑，继而出现水疱或脓疱。关节受累好发于膝、肘、腕等关节，表现为关节疼痛、局部肿胀、关节腔内积液和关节活动受限，即为淋菌性关节炎。可发生致命的并发症如淋菌性脑膜炎、心内膜炎、心包炎、心肌炎、肝周炎甚至败血症等。

1.3 实验室检查

1.3.1 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。有明显尿道症状的男性淋菌性尿道炎尿道分泌物标本镜检阳性有确诊价值。

1. 3. 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，可从临床标本中分离到形态典型、氧化酶试验阳性的菌落。取菌落做涂片检查，可见革兰阴性双球菌，糖发酵试验分解葡萄糖，不分解其他糖。

1. 3. 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。

2 诊断原则

依据流行病学史、临床表现及实验室检查作综合分析，作出诊断。

3 诊断

3. 1 疑似病例

男性淋菌性尿道炎病例符合1. 1和1. 2；其他病例符合1. 1、1. 2和1. 3. 1。

3. 2 确诊病例

男性淋菌性尿道炎病例符合1. 1和1. 2，同时符合1. 3中任一项；其他病例符合1. 1和1. 2，同时符合1. 3. 2或1. 3. 3。

二十八、梅毒（WS 273-2018）

1 诊断依据

1.1 一期梅毒

1.1.1 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。

1.1.2 临床表现

硬下疳：潜伏期2周～4周（平均3周），多见于外生殖器等性接触部位。起初表现为小丘疹，逐渐发展为直径约1cm～2cm的圆形或椭圆形浅在性溃疡，界限清楚、边缘略隆起，溃疡面清洁；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。硬下疳也可不典型，或可因为继发细菌感染，表现为自觉疼痛、多个溃疡、深或大的溃疡、溃疡面有脓性渗出物、触之不硬等。

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。

1.1.3 实验室检查

1.1.3.1 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。

1.1.3.2 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。

1.1.3.3 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。

1.2 二期梅毒

1.2.1 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. 2 临床表现:

皮损：呈多形性，可模拟各种皮肤病皮损，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；皮损一般无自觉症状，也可有瘙痒；口腔可发生黏膜斑，或可有生殖器部位黏膜斑；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。

全身浅表淋巴结可肿大。

可出现梅毒性骨关节损害、眼损害、神经系统及其他内脏损害等。

1. 2. 3 实验室检查:

1. 2. 3. 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。

1. 2. 3. 2 非梅毒螺旋体血清学试验 阳性。

1. 2. 3. 3 梅毒螺旋体血清学试验 阳性。

1. 3 三期梅毒

1. 3. 1 流行病学史：

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

1. 3. 2 临床表现：

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。

眼梅毒：少数可发生虹膜睫状体炎、

视网膜炎及间质性角膜炎等，可致失明。

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），也可为无症状性神经梅毒，仅有脑脊液异常发现。

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。

1.3.3 实验室检查：

1.3.3.1 非梅毒螺旋体血清学试验

阳性。

1.3.3.2 梅毒螺旋体血清学试验

阳性。

1.3.3.3 脑脊液检查（主要用于神经梅毒的诊断）

白细胞计数 $\geq 10 \times 10^6/L$ ，蛋白量 $> 500\text{mg/L}$ ，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FTA-ABS试验（或TPPA/TPHA试验）阳性。

1. 3. 3. 4 组织病理检查

有三期梅毒的组织病理变化。

1. 4 隐性梅毒（潜伏梅毒）

1. 4. 1 流行病学史：

多数有不安全性行为史，或性伴感染史，或多次性伴史。

早期隐性梅毒：在近2年内有以下情形：

a) 有明确的不安全性行为史，而2年前无不安全性行为史；

b) 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；

c) 性伴有明确的早期梅毒感染史。

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。

既往无明确的梅毒诊断或治疗史。

1. 4. 2 临床表现

无任何梅毒性的临床表现。

1. 4. 3 实验室检查

1.4.3.1 非梅毒螺旋体血清学试验 阳性。

1.4.3.2 梅毒螺旋体血清学试验 阳性。

1.4.3.3 脑脊液检查

有条件时可进行脑脊液检查以排除无症状神经梅毒。隐性梅毒一般无明显异常。

1.5 胎传梅毒（先天梅毒）

1.5.1 流行病学史

生母为梅毒患者。

1.5.2 临床表现

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-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。

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、腔口周围皮肤放射状裂纹等）。

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。

1.5.3 实验室检查

1.5.3.1 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。

1.5.3.2 梅毒血清学试验

梅毒血清学试验如下：

——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；
——梅毒螺旋体 IgM 抗体检测：阳性；
——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；
——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。

2 诊断原则

应根据流行病学史、临床表现及实验室检查等进行综合分析，作出诊断。

3 诊断

3.1 一期梅毒

3.1.1 疑似病例

应同时符合1.1.1，1.1.2，并符合1.1.3.2或1.1.3.3中的一项。

3.1.2 确诊病例

应同时符合3.1.1和1.1.3.1，或同时符合1.1.1、1.1.2、1.1.3.2和1.1.3.3。

3.2 二期梅毒

3.2.1 疑似病例

应同时符合1.2.1，1.2.2，并符合1.2.3.2或1.2.3.3中的一项。

3.2.2 确诊病例

应同时符合3.2.1和1.2.3.1，或同时符合1.2.1、1.2.2、1.2.3.2和1.2.3.3。

3.3 三期梅毒

3.3.1 疑似病例

应同时符合1.3.1，1.3.2，并符合1.3.3.1或1.3.3.2中的一项。

3.3.2 确诊病例

应同时符合1.3.1、1.3.2和1.3.3.1，并符合1.3.3.2或1.3.3.4中的一项。诊断神经梅毒还应同时符合1.3.3.3。

3.4 隐性梅毒（潜伏梅毒）

3.4.1 疑似病例

应同时符合1.4.1，1.4.2，并符合

1.4.3.1或1.4.3.2中的一项。

3.4.2 确诊病例

应同时符合1.4.1、1.4.2、1.4.3.1、1.4.3.2和1.4.3.3。

3.5 胎传梅毒（先天梅毒）

3.5.1 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。

3.5.2 确诊病例

应同时符合1.5.1和1.5.2，并符合1.5.3中的一项。

二十九、钩端螺旋体病（WS 290-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学

发病前1d~30d接触疫水，或带菌动物尿液，或带菌动物血液。

1.2 临床表现

钩端螺旋体病根据临床表现主要分为：流感伤寒型、肺出血及肺弥漫性出血型、黄疸出血型、肾型及脑膜脑炎型。其早期典型临床表现为：三症状（即寒热、酸痛、全身乏力）和三体征（即眼红、腿痛、淋巴结肿大）。

1.2.1 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。

1.2.2 肌痛：全身肌痛，特别是腓肠肌痛明显。

1.2.3 乏力：全身乏力，特别是腿软症状明显。

1.2.4 眼结膜充血：轻者主要在眼球结膜、外眦及上下穹窿部，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。

1.2.5 腓肠肌压痛：双侧腓肠肌压痛，重者拒按。

1.2.6 淋巴结肿大：主要为表浅淋巴结及股淋巴结，一般为1cm~2cm，质偏软，有压痛，无化脓。

1.3 实验室检测

1.3.1 从血液、脑脊液或尿液中分离出钩端螺旋体。

1.3.2 从血液、尿液或脑脊液中检测出钩端螺旋体核酸。

1.3.3 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 $\geq 1: 400$ 。

2 诊断原则

根据患者的流行病学、临床表现和实验室检查结果进行综合判断，病例确诊需要实验室证据。

3 诊断

3.1 疑似病例

符合下列情况之一者即可诊断：

3.1.1 具备1.1加1.2.1；

3.1.2 具备1.1加1.2.2；

3.1.3 具备1.1加1.2.3。

3.2 临床诊断病例

符合下列情况之一者即可诊断：

3.2.1 疑似病例加1.2.4；

3.2.2 疑似病例加1.2.5；

3.2.3 疑似病例加1.2.6。

3.3 实验室确诊病例

符合下列情况之一者即可诊断：

3.3.1 疑似病例加1.3.1；

3.3.2 疑似病例加1.3.2；

3.3.3 疑似病例加1.3.3。

三十、血吸虫病（WS 261-2006）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 发病前2周至3个月有疫水接触史。

1.1.2 居住在流行区或曾到过流行区有多次疫水接触史。

1.2 临床表现

1.2.1 发热、肝脾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、脾肿大、咳嗽、腹胀及腹泻等。

1.2.2 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，少数伴脾肿大。

1.2.3 临床有门脉高压症状、体征，或有结肠肉芽肿或侏儒表现。

1.3 实验室检测

1.3.1 下列试验至少一种阳性反应。

1.3.1.1 间接红细胞凝集试验。

1.3.1.2 酶联免疫吸附试验。

1.3.1.3 胶体染料试纸条法试验。

1.3.1.4 环卵沉淀试验。

1.3.1.5 斑点金免疫渗滤试验。

1.3.2 粪检找到血吸虫虫卵或毛蚴。

1.3.3 直肠活检发现血吸虫虫卵。

1.4 吡喹酮试验性治疗有效

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现及实验室检测结果等予以诊断。

3 诊断标准

3.1 急性血吸虫病

3.1.1 疑似病例：应同时符合1.1.1 和1.2.1。

3.1.2 临床诊断病例：应同时符合疑似病例和1.3.1 或1.4。

3.1.3 确诊病例：应同时符合疑似病例和1.3.2。

3.2 慢性血吸虫病

3.2.1 临床诊断病例：应同时符合1.1.2、1.2.2 和1.3.1。

3.2.2 确诊病例：应同时符合1.1.2、1.2.2 和1.3.2 或1.3.3。

3.3 晚期血吸虫病

3.3.1 临床诊断病例：应同时符合1.1.2、1.2.3 和1.3.1（既往确诊血吸虫病者可血清学诊断阴性）。

3.3.2 确诊病例：应同时符合1.1.2、1.2.3

和1.3.2 或1.3.3。

三十一、疟疾（WS 259-2015）

1 诊断依据

1.1 流行病学史（参见附录）

疟疾传播季节在疟疾流行区有夜间停留史或近二周内有输血史。

1.2 临床表现（参见附录）

1.2.1 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。

1.2.2 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。

1.2.3 重症临床表现：重症患者可出现昏迷、重度贫血、急性肾功能衰竭、肺水肿或急性呼吸窘迫综合征、低血糖症、循环衰竭或休克、代谢性酸中毒等。

1.3 实验室检查

1.3.1 显微镜检查血涂片查见疟原虫。

1.3.2 疟原虫抗原检测阳性。

1.3.3 疟原虫核酸检测阳性。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现以及实验室检测结果等，予以诊断。

3 诊断标准

3.1 无症状感染者

符合下列一项可诊断：

- a) 无临床表现，同时符合1.3.1；
- b) 无临床表现，同时符合1.3.2；
- c) 无临床表现，同时符合1.3.3。

3.2 临床诊断病例

符合下列一项可诊断：

- a) 有流行病学史，同时符合1.2.1；
- b) 有流行病学史，同时符合1.2.2。

3.3 确诊病例

符合下列一项可诊断：

- a) 临床诊断病例，同时符合1.3.1；
- b) 临床诊断病例，同时符合1.3.2；

c) 临床诊断病例，同时符合1.3.3。

3.4 重症病例

确诊病例，同时符合1.2.3。

附录 (资料性附录) 流行病学和临床表现

A. 1 流行病学

A. 1.1 传染源

疟疾现症病人和无症状感染者。

A. 1.2 传播途径

经媒介按蚊叮咬传播或/和血液传播。

A. 1.3 易感人群

不同种族、性别、年龄和职业的人，除具有某些遗传特征的人群外，对4种人体疟原虫普遍易感。

A. 1.4 地区分布

全球疟疾主要分布在非洲、加勒比海地区、中美、南美、东亚、东南亚、中东、

印度次大陆、南太平洋地区和东欧等。我国云南、海南、安徽、湖北、河南、贵州、西藏、江苏、山东、广西、广东、江西、浙江、四川、湖南、重庆、辽宁、上海、陕西、甘肃、新疆、福建、河北、山西等 24 个省（自治区、直辖市）具备疟疾传播条件。

A. 1.5 季节分布

热带地区通常全年都能传播，我国亚热带地区主要传播季节在 5 月～10 月。

A. 1.6 年龄、性别分布

各年龄组均有发病，通常以青壮年发病为多。男、女发病无明显差异。

A. 2 临床表现

A. 2.1 潜伏期

间日疟有长短潜伏期，短者一般为 12d～30d，长者可达 1 年左右；卵形疟与间日疟相仿；恶性疟一般为 11d～16d，三日疟一般为 18d～40d。

A. 2.2 前驱期

初发患者发作前 3d~4d 常有疲乏、头痛、不适、畏寒和低热等。

A. 2.3 发作期

典型的疟疾发作先后出现寒颤、发热、出汗退热的周期性症状。但初发患者临床发作常不典型。多次发作后可见贫血、脾大。

恶性疟多起病急，寒颤、出汗不明显，热型不规则，持续高热，可达 20h 以上，前后两次发作的间歇较短。

A. 2.4 发作周期

间日疟和卵形疟的发作周期为隔天一次，但间日疟初发病例的前 2~3 次发作周期常不典型，呈每日一次；其后可呈典型的隔天发作。恶性疟一般间隔 24h~48h 发作一次，在前后两次发作的间歇期，患者体温可不恢复正常。三日疟隔 2 日发作一次，且较规律。疟疾的发作多始于中午前后至晚 9 点以前，偶见于深夜。

A. 2.5 重症疟疾

重症疟疾患者可出现以下一项或多项临床表现或实验室指征：

昏迷、重度贫血（血红蛋白 $<5\text{ g/dL}$ ，红细胞压积 $<15\%$ ），急性肾功能衰竭（血清肌酐 $>265 \mu\text{mol/L}$ ），肺水肿或急性呼吸窘迫综合征、低血糖症（血糖 $<2.2 \text{ mmol/L}$ 或 $<40 \text{ mg/dL}$ ）、循环衰竭或休克（成人收缩压 $<70\text{ mmHg}$ ，儿童收缩压 $<50\text{ mm Hg}$ ）、代谢性酸中毒（血浆碳酸氢盐 $<15\text{ mmol/L}$ ）等。

A. 3 特殊类型疟疾

A. 3.1 孕妇疟疾

症状一般较重，特别是感染恶性疟原虫时，易于发展为重症疟疾，且往往造成早产或死胎。

A. 3.2 婴幼儿疟疾

见于 5 岁以下的婴幼儿，起病多呈渐进型，常表现为不宁、厌食、呕吐，热型不规则，易发展成重症疟疾。

A. 3.3 输血性疟疾

由输入含有疟原虫的血液引起，具有潜伏期短和无复发的特点。

A. 3.4 先天性疟疾

含有疟原虫的母体血经受损的胎盘或胎儿通过产道时皮肤受损而进入胎儿，在出生后 7d 内发病。症状与婴幼儿疟疾相似。

三十二、新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版 修订版）

1 诊断依据

1.1 临床表现

潜伏期 1~14 天，多为 3~7 天。

以发热、干咳、乏力为主要表现。部分患者以嗅觉、味觉减退或丧失等为首发症状，少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等症状。重症患者多在发病一周后出现呼吸困难和（或）低氧血症，严重者可快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症休克、难以纠正的代谢性酸中毒和出凝血功能障碍及多器官功能衰竭等。极少数患者还可有中枢神经系统受累及肢端缺血性坏死等表现。值得注意的是重型、危重型患者病程中可为中低热，甚至无明显发热。

轻型患者可表现为低热、轻微乏力、嗅觉及味觉障碍等，无肺炎表现。少数患者在感染新型冠状病毒后可无明显临床症状。

多数患者预后良好，少数患者病情危重，多见于老年人、有慢性基础疾病者、晚期妊娠和转产期女性、肥胖人群。

儿童病例症状相对较轻，部分儿童及新生儿病例症状可不典型，表现为呕吐、腹泻等消化道症状或仅表现为反应差、呼吸急促。极少数儿童可有多系统炎症综合征(MIS-C)，出现类似川崎病或不典型川崎病表现、中毒性休克综合征或巨噬细胞活化综合征等，多发生于恢复期。主要表现为发热伴皮疹、非化脓性结膜炎、黏膜炎症、低血压或休克、凝血障碍急性消化道症状等。一旦发生，病情可在短期内急剧恶化。

1.2 实验室检查

1.2.1 一般检查

发病早期外周血白细胞总数正常或减少,可见淋巴细胞计数减少,部分患者可出现肝酶、乳酸脱氧酶、肌酶、肌红蛋白、肌钙蛋白和铁蛋白增高。多数患者C反应蛋白(CRP)和血沉升高,降钙素原(PCT)正常。重型、危重型患者可见D-二聚体升高,外周血淋巴细胞进行性减少,炎症因子升高。

1.2.2 病原学及血清学检查

1.2.2.1 病原学检查:采用RT-PCR NGS等方法在鼻、口咽拭子、痰和其他下呼吸道分泌物、血液、粪便、尿液等标本中可检测出新型冠状病毒核酸。检测下呼吸道标本(痰或气道抽取物)更加准确。

核酸检测会受到病程标本采集、检测过程、检测试剂等因素的影响,为提高检测阳性率,应规范采集标本,标本采集后尽快送检。

1.2.2.2 血清学检查：新型冠状病毒特异性 IgM 抗体、IgG 抗体阳性，发病 1 周内阳性率均较低。

由于试剂本身阳性判断值原因，或者体内存在干扰物质（类风湿因子、嗜异性抗体、补体、溶菌酶等），或者标本原因（标本深血、标本被细菌污染、标本贮存时间过长、标本凝固不全等），抗体检测可能会出现假阳性。一般不单独以血清学检测作为诊断依据，需结合流行病学史、临床表现和基础疾病等情况进行综合判断。

1.2.3 胸部影像学

早期呈现多发小斑片影及间质改变，以肺外带明显。进而发展为双肺多发磨玻璃影、浸润影，严重者可出现肺实变，胸腔积液少见。MIS-C 时，心功能不全患者可见心影增大和肺水肿。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现、实验室检查等进行综合分析，作出诊断。新型冠状病毒核酸检测阳性为确诊的首要标准。未接种新型冠状病毒疫苗者新型冠状病毒特异性抗体检测可作为诊断的参考依据。接种新型冠状病毒疫苗者和既往感染新型冠状病毒者，原则上抗体不作为诊断依据。

3 诊断标准

3.1 疑似病例

有下述流行病学史中的任何 1 条，且符合临床表现中任意 2 条。

无明确流行病学史的，符合临床表现中的 3 条；或符合临床表现中任意 2 条，同时新型冠状病毒特异性 IgM 抗体阳性（近期接种过新型冠状病毒疫苗者不作为参考指标）。

3.1.1 流行病学史

3.1.1.1 发病前 14 天内有病例报告社区的旅行史或居住史

- 3.1.1.2 发病前 14 天内与新型冠状病毒感染的患者和无症状感染者有接触史；
- 3.1.1.3 发病前 14 天内曾接触过来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者；
- 3.1.1.4 聚集性发病(14 天内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所, 出现 2 例及以上发热和/或呼吸道症状的病例)。

3.1.2 临床表现

- 3.1.2.1 发热和(或)呼吸道症状等新型冠状病毒肺炎相关临床表现；
- 3.1.2.2 具有上述新型冠状病毒肺炎影像学特征；
- 3.1.2.3 发病早期白细胞总数正常或降低，淋巴细胞计数正常或减少。

3.2 确诊病例

疑似病例具备以下病原学或血清学证据之一者：

- 3.2.1 实时荧光 RT-PCR 检测新型冠状病毒核酸检测阳性；

3.2.2 病毒基因测序，与已知的新型冠状病毒高度同源；

3.2.3 新型冠状病毒特异性 IgM 抗体和 IgG 抗体阳性；

3.2.4 新型冠状病毒特异性 IgG 抗体由阴性转为阳性或恢复期 IgG 抗体滴度较急性期呈 4 倍及以上升高。

4 临床分型

4.1 轻型

临床症状轻微，影像学未见肺炎表现。

4.2 普通型

具有发热、呼吸道症状等，影像学可见肺炎表现。

4.3 重型

4.3.1 成人符合下列任何一条：

4.3.1.1 出现气促， $RR \geq 30$ 次/分；

4.3.1.2 静息状态下，吸空气时指氧饱和度 $\leq 93\%$ ；

4.3.1.3 动脉血氧分压(PaO_2) / 吸氧浓度(FiO_2) $\leq 300 \text{ mmHg}$ ($1 \text{ mmHg} = 0.133 \text{ kPa}$)；

高海拔(海拔超过 1000 米)地区应根据以下公式对 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 进行校正： $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \times [760/\text{大气压}(\text{mmHg})]$ 。

4.3.1.4 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。

4.3.2 儿童符合下列任何一条：

4.3.2.1 持续高热超过 3 天

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

4.3.2.3 静息状态下, 吸空气时指氧饱和度 $\leq 93\%$;

4.3.2.4 辅助呼吸(鼻翼启动、三凹征);

4.3.2.5 出现嗜睡、惊厥;

4.3.2.6 拒食或喂养困难, 有脱水征。

4.4 危重型

符合以下情况之一者：

- 4.4.1 出现呼吸衰竭，且需要机械通气；
- 4.4.2 出现休克；
- 4.4.3 合并其他器官功能衰竭需 ICU 监护治疗。

5 重型/危重型高危人群

- 5.1 大于 65 岁老年人；
- 5.2 有心脑血管疾病(含高血压)、慢性肺部疾病(慢性阻塞性肺疾病、中度至重度哮喘)、糖尿病、慢性肝脏、肾脏疾病、肿瘤等基础疾病者；
- 5.3 免疫功能缺陷(如艾滋病患者、长期使用皮质类固醇或其他免疫抑制药物导致免疫功能减退状态)；
- 5.4 肥胖(体质指数 ≥ 30)；
- 5.5 晚期妊娠和转产期女性；
- 5.6 重度吸烟者。

6 重型/危重型早期预警指标

6.1 成人

有以下指标变化应警惕病情恶化：

- 6.1.1** 低氧血症或呼吸窘迫进行性加重；
- 6.1.2** 组织氧合指标恶化或乳酸进行性升高；
- 6.1.3** 外周血淋巴细胞计数和进行性降低或外周血炎症标记物如 IL-6、CRP、铁蛋白等进行性上升；
- 6.1.4** D-二聚体等凝血功能相关指标明显升高；
- 6.1.5** 胸部影像学显示肺部病变明显进展。

6.2 儿童

- 6.2.1** 呼吸频率增快；
- 6.2.2** 精神反应差、嗜睡；
- 6.2.3** 乳酸进行性升高；
- 6.2.4** CRP、PCT、铁蛋白等炎症标记物明显升高；
- 6.2.5** 影像学显示双侧或多肺叶浸润、胸腔积液或短期内病变快速进展；

6.2.6 有基础疾病(先天性心脏病、支气管肺发育不良、呼吸道畸形、异常血红蛋白、重度营养不良等)、有免疫缺陷或低下(长期使用免疫抑制剂)和新生儿。

7 鉴别诊断

7.1 新型冠状病毒肺炎轻型表现需与其它病毒引起的上呼吸道感染相鉴别。

7.2 新型冠状病毒肺炎主要与流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒等其他已知病毒性肺炎及肺炎支原体感染鉴别,尤其是对疑似病例要尽可能采取快速抗原检测、多重PCR核酸检测等方法,对常见呼吸道病原体进行检测。

7.3 还要与非感染性疾病,如血管炎、皮肌炎和机化性肺炎等鉴别。

7.4 儿童患者出现皮疹、黏膜损害时,需与川崎病鉴别。

8 病例的发现与报告

各级各类医疗机构的医务人员发现符合病例定义的疑似病例后，应当立即进行单人单间隔离治疗，院内专家会诊或主诊医师会诊，仍考虑疑似病例，在 2 小时内进行网络直报，并采集标本进行新型冠状病毒核酸检测，同时在确保转运安全前提下立即将疑似病例转运至定点医院。与新型冠状病毒感染者有密切接触者，即便常见呼吸道病原检测阳性，也应及时进行新型冠状病毒病原学检测。疑似病例连续两次新型冠状病毒核酸检测阴性（采样时间至少间隔 24 小时）且发病 7 天后新型冠状病毒特异性 IgM 抗体和 IgG 抗体仍为阴性可排除疑似病例诊断。

对于确诊病例应在发现后 2 小时内进行网络直报。

三十三、人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2017 年第 1 版）

1 诊断依据

潜伏期多为7天以内，也可长达10天。

1.1 症状、体征

肺炎为主要临床表现，患者常出现发热、咳嗽、咳痰，可伴有头痛、肌肉酸痛、腹泻或呕吐等症状。重症患者病情发展迅速，多在发病3~7天出现重症肺炎，体温大多持续在39℃以上，出现呼吸困难，可伴有咯血痰。常快速进展为ARDS、脓毒性休克和MODS。

少数患者可为轻症，仅表现为发热伴上呼吸道感染症状。

1.2 实验室检查

1.2.1 血常规 早期白细胞总数一般不高或降低。重症患者淋巴细胞、血小板减少。

1.2.2 血生化检查 多有C反应蛋白、乳酸脱氢酶、肌酸激酶、天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶升高，肌红蛋白可升高。

1.2.3 病原学及相关检测 采集呼吸道标本（如鼻咽分泌物、痰、气道吸出物、支

气管肺泡灌洗液)送检,下呼吸道标本检测阳性率高于上呼吸道标本。标本留取后应及时送检。

1.2.3.1 核酸检测:对可疑人感染H7N9禽流感病例宜首选核酸检测。对重症病例应定期检测呼吸道分泌物核酸,直至阴转。

1.2.3.2 甲型流感病毒通用型抗原检测:呼吸道标本甲型流感病毒通用型抗原快速检测H7N9禽流感病毒阳性率低。对高度怀疑人感染H7N9禽流感病例,应尽快送检呼吸道标本检测核酸。

1.2.3.3 病毒分离:从患者呼吸道标本中分离H7N9禽流感病毒。

1.2.3.4 血清学检测:动态检测急性期和恢复期双份血清H7N9禽流感病毒特异性抗体水平呈4倍或以上升高。

1.3 胸部影像学检查 发生肺炎的患者肺内出现片状阴影。重症患者病变进展迅速,常呈双肺多发磨玻璃影及肺实变影

像，可合并少量胸腔积液。发生ARDS时，病变分布广泛。

1.4 预后 人感染H7N9禽流感重症患者预后差。影响预后的因素可能包括患者年龄、基础疾病、并发症等。

2 诊断标准

2.1 流行病学史：发病前10天内，有接触禽类及其分泌物、排泄物，或者到过活禽市场，或者与人感染H7N9禽流感病例有密切接触史。

2.2 疑似病例：符合上述流行病学史和临床表现，尚无病原学检测结果。

2.3 确诊病例：有上述临床表现和病原学检测阳性。

2.4 重症病例：符合下列1项主要标准或 ≥ 3 项次要标准者可诊断为重症病例。

主要标准：

2.4.1 需要气管插管行机械通气治疗；

2.4.2 脓毒性休克经积极液体复苏后仍需要血管活性药物治疗。

次要标准：

- 2.4.3 呼吸频率 ≥ 30 次 / 分；
- 2.4.4 氧合指数 ≤ 250 mmHg (1 mmHg=0.133kPa)；
- 2.4.5 多肺叶浸润；
- 2.4.6 意识障碍和（或）定向障碍；
- 2.4.7 血尿素氮 ≥ 7.14 mmol/L；
- 2.4.8 收缩压 <90 mmHg需要积极的液体复苏。

3 易发展为重症的危险因素

- 3.1 年龄 ≥ 65 岁。
- 3.2 合并严重基础病或特殊临床情况，如心脏或肺部基础疾病、高血压、糖尿病、肥胖、肿瘤、免疫抑制状态、孕产妇等。
- 3.3 发病后持续高热 ($T \geq 39^{\circ}\text{C}$)。
- 3.4 淋巴细胞计数持续降低。
- 3.5 CRP、LDH及CK持续增高。
- 3.6 胸部影像学提示肺炎快速进展。

三十四、流行性感冒诊疗方案 (2025 版)

1 诊断依据

1.1 临床表现

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。

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。

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。

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。

1.2 实验室检查

1.2.1 血常规：白细胞计数一般不高或降低，重症病例淋巴细胞计数明显降低。

1.2.2 血生化：可有天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酐等升高。少数病例肌酸激酶升高；部分病例出现低钾血症等电解质紊乱。休克病例血乳酸可升高。

1.2.3 动脉血气分析：重症病例可有氧分压、血氧饱和度、氧合指数下降，酸碱失衡。

1.2.4 脑脊液：中枢神经系统受累者细胞数和蛋白可正常或升高；急性坏死性脑病表现为细胞数大致正常，蛋白增高。

1.2.5 病原学相关检查：

1.2.5.1 病毒抗原检测：采集鼻咽拭子或咽拭子进行抗原检测，快捷简便，但敏感性低于核酸检测。抗原检测阳性支持诊断，阴性不能排除流感。

1.2.5.2 病毒核酸检测：采集鼻咽拭子、咽拭子、气管抽取物、痰或肺泡灌洗液进行核酸检测，敏感性和特异性高，且能区分病毒类型和亚型。

1.2.5.3 病毒培养分离:从呼吸道标本可培养分离出流感病毒。

1.2.5.4 血清学检测:恢复期 IgG 抗体阳转或较急性期呈 4 倍及以上升高,有回顾性诊断意义。

2 诊断

主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查进行诊断。

在流感流行季节,即使临床表现不典型,特别是有流感重症高

危因素或住院患者,仍需考虑流感可能,应行病原学检测。在

流感散发季节,对疑似病毒性肺炎的住院患者,除检测常见呼

吸道病原体外,还需行流感病毒检测。

2.1 临床诊断病例

有流行病学史(发病前7天内在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)

和上述流感临床表现，且排除其他引起流感样症状的疾病。

2.2 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：

- 2.2.1 流感抗原检测阳性。
- 2.2.2 流感病毒核酸检测阳性。
- 2.2.3 流感病毒培养分离阳性。
- 2.2.4 流感病毒IgG抗体阳转或恢复期较急性期呈4倍及以上升高。

三十五、流行性腮腺炎（WS 270-2007）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

发病前14d~28d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。

1.2 临床表现

1.2.1 发热、头痛、乏力、食欲不振等。

1.2.2 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。

1.2.3 伴脑膜脑炎时有头痛、呕吐、脑膜刺激征或意识改变。

1.2.4 伴睾丸炎时有睾丸或附睾肿痛。

1.2.5 伴胰腺炎时有呕吐、上中腹疼痛与压痛。

1.3 实验室检测

1.3.1 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。

1.3.2 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。

1.3.3 约半数病人可出现病毒性脑膜脑炎的脑脊液改变。

1.3.4 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。

1.3.5 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)。

1.3.6 唾液、尿、脑脊液等体液中分离到腮腺炎病毒。

2 诊断原则

主要依靠流行病学史、腮腺和(或)其他唾液腺急性肿大，除外其他原因引起的腮腺肿大做出诊断。确诊病例需要作实验室特异性检查。

3 诊断

3.1 疑似病例

符合下列任何一条为疑似病例：

- 3. 1. 1 符合1. 2. 2;
- 3. 1. 2 符合1. 1和1. 2. 1;
- 3. 1. 3 符合1. 1和1. 2. 3;
- 3. 1. 4 符合1. 1和1. 2. 4;
- 3. 1. 5 符合1. 1和1. 2. 5。

3. 2 临床诊断病例

符合下列任何一条为临床诊断病例：

- 3. 2. 1 符合1. 2. 2和1. 2. 1;
- 3. 2. 2 符合1. 2. 2和1. 2. 3;
- 3. 2. 3 符合1. 2. 2和1. 2. 4;
- 3. 2. 4 符合1. 2. 2和1. 2. 5;
- 3. 2. 5 符合1. 1和1. 2. 1和1. 3. 1;
- 3. 2. 6 符合1. 1和1. 2. 1和1. 3. 2;
- 3. 2. 7 符合1. 1和1. 2. 1和1. 3. 3。

3. 3 确诊病例

符合下例任何一条为确诊病例：

- 3. 3. 1 疑似病例或临床诊断病例同时符合1. 3. 4;
- 3. 3. 2 疑似病例或临床诊断病例同时符

合1.3.5;

3.3.3 疑似病例或临床诊断病例同时符合1.3.6。

三十六、风疹 (WS 297-2008)

1 诊断依据

1.1 风疹

1.1.1 流行病学史

既往未患过风疹，在发病前14d~21d内与确诊的风疹患者有明确接触史。

1.1.2 临床表现

1.1.2.1 发热，一般为低热或中度发热，1d~2d。

1.1.2.2 全身皮肤在起病1d~2d 内出现淡红色充血性斑丘疹。

1.1.2.3 耳后、枕后、颈部淋巴结肿大或结膜炎或伴有关节痛(关节炎)。

1.1.3 实验室检查

1.1.3.1 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。

1.1.3.2 血清风疹IgM 抗体阳性(1个月内未接种过风疹减毒活疫苗)。

1.1.3.3 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 ≥ 4 倍。

1.1.3.4 急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。

1.2 先天性风疹综合征

1.2.1 流行病学史

患儿母亲在妊娠早期有风疹病毒感染史。

1.2.2 临床表现

1.2.2.1 低出生体重，先天性心脏病，白内障 / 青光眼，视网膜病，神经性耳聋。

1.2.2.2 血小板减少性紫癜，溶血性贫血，再生障碍性贫血，脾肿大，黄疸，精神发育迟缓，小头畸形，脑膜脑炎，X线骨质异常。

1.2.3 实验室检查

1.2.3.1 婴儿咽拭子、鼻咽吸出物、血/淋巴细胞、尿液、脑脊液或脏器活检标本分离到风疹病毒或检测到风疹病毒RNA。

1.2.3.2 婴儿血清风疹IgM 抗体阳性。

1.2.3.3 婴儿风疹IgG 抗体水平持续与母体抗体水平持平或更高。

2 诊断原则

根据临床表现结合流行病学做出临床诊断。根据血清风疹抗体的检测或风疹病原学检测结果予以确诊。

3 诊断

3.1 风疹

3.1.1 疑似病例

符合以下任何一项者：

3.1.1.1 同时符合1.1.2.1、1.1.2.2。

3.1.1.2 同时符合1.1.2.2、1.1.2.3。

3.1.2 临床诊断病例

疑似病例并同时符合1.1.1

3.1.3 确诊病例

疑似病例并同时符合1.1.3中的任何

一项。

3.2 先天性风疹综合征

3.2.1 疑似病例

具备1.2.2.1和（或）1.2.2.2。

3.2.2 临床诊断病例

疑似病例并同时符合1.2.1。

3.2.3 确诊病例

疑似病例并同时符合1.2.3中的任何一项。

三十七、急性出血性结膜炎

(WS 217-2008)

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 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。

1.1.2 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。

1.2 临床表现

1.2.1 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。

1.2.2 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。

1.3 实验室检测

1.3.1 结膜细胞学检查见单个核细胞反应为主。

1.3.2 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。

1.3.3 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。

1.3.4 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 ≥ 4 倍。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床症状、体征，结合结膜细胞学检查作出临床诊断。临床诊断结合病原学检查或血清学检查作出确诊。

3 诊断

3.1 疑似病例

同时符合1.1、1.2者；

3.2 临床诊断病例

同时符合1.1、1.2和1.3.1项者。

3.3 确诊病例

同时符合1.1、1.2以及1.3.2、1.3.3、1.3.4中任何一项者。

三十八、麻风病（WS 291-2018）

1 诊断依据

1. 1新发患者诊断依据

1. 1. 1 流行病学

1. 1. 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. 1. 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。

1. 1. 2 临床表现

1. 1. 2. 1 临床皮损表现

1. 1. 2. 1. 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。

1. 1. 2. 1. 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。

1. 1. 2. 1. 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。

1.1.2.2 周围神经损害表现

1.1.2.2.1 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。

1.1.2.2.2 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。

1.1.2.2.3 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。

1.1.3 实验室检测

3.1.3.1 常规皮肤查菌有一处及以上部位检查 AFB 为阳性。

3.1.3.2 皮肤损害组织学检查：

a) 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。

b) 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 $1+\sim 3+$ 。

c) 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。

1.2 麻风反应患者诊断依据

1.2.1 临床表现

1.2.1.1 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。

1.2.1.2 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。

1.2.2 皮肤组织学检查

1.2.2.1 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。

1.2.2.2 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。

1.3 复发患者诊断依据

1.3.1 治疗史

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。

1.3.2 临床表现

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。

1.3.3 实验室检查

1.3.3.1 皮肤涂片检查AFB，符合以下之一者：

a) 皮肤查菌阴转后，出现任一部位细菌密度 $\geq 2+$ ；

b) 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。

1.3.3.2 复发皮损的组织学检查，符合以下之一者：

a) 重现活动性麻风病特异性病理改变，且无明显组织水肿；

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

c) 病理抗酸染色阳性，同时有完整染色菌。

1.3.3.3 小鼠足垫接种证实有活菌者。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现，结合实验室检查（皮肤涂片检查AFB和组织活检的麻风病特异性病理改变）等，进行综合分析，及时、准确地做出诊断。

3 诊断

3.1 新患者诊断标准

3.1.1 疑似病例

符合1.1.2.1之一项或1.1.2.2之一

项，同时有或无1.1.1中之一项者。

3.1.2 临床诊断病例

同时符合1.1.2.1中之一项和1.1.2.2中之一项，有或无1.1.1中之一项者。

3.1.3 确诊病例

符合3.1.1或3.1.2，同时符合1.1.3中之一项者。

5.2 麻风反应诊断标准

5.2.1 麻风反应临床病例

符合1.2.1中之一项或多项者。

5.2.2 麻风反应确诊病例

同时符合1.2.1中之一项或多项和1.2.2中之一项或多项者。

5.3 复发患者诊断标准

符合1.3.1、1.3.2，且同时符合1.3.3中之一项者。

三十九、流行性和地方性斑疹伤寒 (WS 215-2008)

1 诊断依据

1.1 流行性斑疹伤寒

1.1.1 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。

1.1.2 临床症状和体征

1.1.2.1 急性持续性发热

大多数患者体温在前驱期后2d~3d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。

1.1.2.2 皮疹

大多数患者于发病后4d~6d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6d~8d，皮疹最盛，为瘀血性皮疹，此时的皮疹形状小而圆、色红，中心暗紫色，按之不褪色。

1.1.2.3 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。

1.1.3 实验室检查

1.1.3.1 检测普氏立克次体抗体

检测患者血清标本的普氏立克次体抗体，作流行性斑疹伤寒的血清学诊断。

1.1.3.1.1 外斐反应(Weil-Felix reaction)

外斐反应血清OX₁₉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。

1.1.3.1.2 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≥

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。

1.1.3.2 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立克次体DNA片段为普氏立克次体核酸检测阳性。

1.1.3.3 普氏立克次体分离

有条件的实验室可采集患者血清标本直接接种豚鼠，分离普氏立克次体。

1.2 地方性斑疹伤寒

1.2.1 流行病学史

多发生在秋、冬季，但在温带、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。

1.2.2 临床症状和体征

1.2.2.1 急性持续性发热

潜伏期为6d~14d，潜伏期后突然发热，体温约为39℃，持续9d~14d，多为

稽留或弛张热型。

1.2.2.2 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。

1.2.3 实验室检查

1.2.3.1 莫氏立克次体抗体检测

1.2.3.1.1 外斐反应同1.1.3.1.1。

1.2.3.1.2 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。

1.2.3.2 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。

1.2.3.3 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。

2 诊断原则

依据患者的临床表现、流行病学史和实验室检查的结果进行综合分析，病例确诊需要实验室检查证据。

3 诊断

3.1 流行性斑疹伤寒

3.1.1 疑似病例

具备1.1.1和1.2.1。

3.1.2 临床诊断病例

符合下列一项可诊断：

3.1.2.1 疑似病例加1.1.2.2。

3.1.2.2 疑似病例加1.1.2.3。

3.1.3 确诊病例

符合下列一项可诊断：

3.1.3.1 临床诊断病例加1.1.3 中的任何一项。

3.1.3.2 疑似病例加1.1.3 中的任何一项。

3.1.4 复发性斑疹伤寒

患者有流行性斑疹伤寒发病史，同时具有1.1.3中的任何一项。

3.2 地方性斑疹伤寒

3.2.1 疑似病例

具备1.2.1和1.2.2.1。

3.2.2 临床诊断病例

疑似病例加1.2.2.2。

3.2.3 确诊病例

符合下列一项可诊断：

3.2.3.1 临床诊断病例加1.2.3中的任何一项。

3.2.3.2 疑似病例加1.2.3中的任何一项。

四十、黑热病 (WS 258-2006)

1 诊断依据

1.1 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。

1.2 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。

1.3 实验室检测

1.3.1 免疫学检测

下列任何一种免疫学方法检测结果为阳性者。

1.3.1.1 直接凝集试验(DAT)。

1.3.1.2 间接荧光抗体试验(IFAT)。

1.3.1.3 rk39 免疫层析试条法(ICT)。

1.3.1.4 酶联免疫吸附试验(ELISA)。

1.3.2 病原学检查

在骨髓、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。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表观以及免疫学检测和病原学检查结果予以诊断。

3 诊断标准

3.1 疑似病例：应同时符合1.1 和1.2。

3.2 临床诊断病例：疑似病例并同时符合1.3.1。

3.3 确诊病例：疑似病例并同时符合1.3.2。

四十一、包虫病(WS 257-2006)

1 诊断依据

1.1 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。

1.2 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。

1.3 影像学检查

1.3.1 发现占位性病变。

1.3.2 下列任一检查发现包虫病的特征性影像：

1.3.2.1 B超扫描。

1.3.2.2 X线检查。

1.3.2.3 计算机断层扫描(CT)或磁共振成像(MRI)检查。

1.4 实验室检查

1.4.1 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。

1.4.1.1 酶联免疫吸附试验(ELISA)。

1.4.1.2 间接红细胞凝集试验(IHA)。

1.4.1.3 PVC薄膜快速ELISA。

1.4.1.4 免疫印迹技术(Western blot, WB)

1.4.2 病原学检查，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。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现、影像学特征和实验室检查结果综合诊断。

3 诊断标准

3.1 疑似病例。应同时符合1.1 和1.2, 或1.1和1.3.1。

3.2 临床诊断病例。疑似病例符合1.3.2 或1.4.1。

3.3 确诊病例。临床诊断病例符合1.4.2。

四十二、丝虫病（WS 260—2006）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

居住在丝虫病流行区，或者有传播季节在流行区居住史。

1.2 临床表现

马来丝虫病的临床表现限于肢体，而班氏丝虫病除肢体外还累及泌尿生殖系统。

1.2.1 急性丝虫病

急性丝虫病表现为淋巴结炎 / 淋巴管炎和 / 或精索炎、睾丸炎、附睾炎等，常反复发作。

1.2.2 慢性丝虫病

慢性丝虫病的主要临床表现有淋巴

水肿 / 象皮肿、乳糜尿和鞘膜积液。

1.3 实验室检测

1.3.1 病原学检测

血液检查微丝蚴或淋巴液、鞘膜积液、乳糜尿内微丝蚴的检查及病理组织学检查。

1.3.2 血清学检测

快速免疫色谱试验 (ICT) 检测班氏丝虫抗原或 ELISA 检测丝虫特异 IgG4 抗体。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床表现、病原学检查、血清学检查等予以诊断。

3 诊断标准

3.1 微丝蚴血症

3.1.1 传播季节流行区居住史。

3.1.2 血液检查微丝蚴阳性。

确诊依据：具备3.1.1和3.1.2。

3.2 急性丝虫病

3.2.1 传播季节流行区居住史。

3.2.2 有非细菌感染性淋巴结炎/淋巴管

炎和/或精索炎、睾丸炎、附睾炎等临床表现，并排除其他病因。

3.2.3 快速免疫色谱实验（ICT）检测班氏丝虫抗原阳性或ELISA 检测丝虫特异 IgG4抗体阳性。

3.2.4 血液检查微丝蚴阳性或微丝蚴阳性史。

临床诊断病例：应同时具备3.2.1和3.2.2，或兼有3.2.3。

确诊病例：临床诊断病例加3.2.4。

3.3 慢性丝虫病

3.3.1 长期流行区居住史。

3.3.2 有符合丝虫病发病特点和规律的淋巴水肿/象皮肿、鞘膜积液或乳糜尿等临床表现，并排除其他病因，或兼有3.2.2的表现。

3.3.3 快速免疫色谱实验（ICT）检测班氏丝虫抗原阳性或ELISA 检测丝虫特异 IgG4抗体阳性。

3.3.4 病原学检查阳性（含血检微丝蚴或

淋巴液、鞘膜积液、乳糜尿内微丝蚴检查和活体组织检查)或病原学检查阳性史。

临床诊断病例：应同时具备3.3.1和3.3.2，或兼有3.3.3。

确诊病例：临床诊断病例加3.3.4。

四十三、感染性腹泻（WS 271-2007）

1 诊断依据

1.1 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。

1.2 临床表现

1.2.1 每日大便次数 ≥ 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。

1.2.2 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。

1.3 实验室检查

1.3.1 粪便常规检查

粪便有性状改变，常为黏液便、脓血便或血便、稀便、水样便。

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。

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。

1.3.2 病原检查

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。

（注：应用分子生物学方法开展病原检测时，应遵照相关规定执行。）

2 诊断原则

临床诊断应综合流行病学资料、临床表现和粪便常规检查等进行。病原确诊则

应依据从粪便、呕吐物、血等标本中检出病原体，或特异性抗原、特异性核酸片段检测阳性。3 诊断

3.1 临床诊断病例：应同时符合1.2、1.3.1，1.1供参考。

3.2 确诊病例：应同时符合临床诊断和1.3.2。

四十四、手足口病（WS 588-2018）

1 诊断依据

1.1 流行病学特点

一年四季均可发病，具有季节性分布特点，南方可出现春夏季主高峰和秋冬季次高峰，北方主要出现夏秋流行，尤其是夏季。肠道病毒传染性强、隐性感染比例大、传播途径复杂、传播速度快，在短时间内可造成较大范围的流行，流行期间，可在幼儿园、托幼机构、家

庭等地出现聚集性或暴发疫情。

1.2 临床表现

潜伏期一般为2d~10d，平均3d~5d。

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。

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。

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。

1.3 实验室检查

1.3.1 一般检查

1.3.1.1 血常规

白细胞计数正常或降低，重型和危

重型病例白细胞计数可升高。

1.3.1.2 血糖

危重型病例可升高。

1.3.1.3 脑脊液

中枢神经系统受累时常表现为：外观清亮，压力增高，白细胞计数增多，多以单核细胞为主，蛋白正常或轻度增多，糖和氯化物正常。

1.3.2 血清学及病原学检查

1.3.2.1 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。

1.3.2.2 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 ≥ 4 倍升高或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。

1.3.2.3 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。

1.3.2.4 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。

2 诊断原则

2.1 根据临床表现及一般实验室检查结果可做出临床诊断和分型。流行病学资料可作为参考。

2.2 确诊需要手足口病相关病原学和血清学检测的阳性结果。

3 诊断

3.1 临床诊断病例

符合1.2，并排除其他相关疾病。

3.2 确诊病例

临床诊断病例，并具有1.3.2之一者。

3.3 临床分型

3.3.1 普通型

手、足、臀部皮疹，口腔黏膜疱疹，

伴或不伴发热。

3.3.2 重型

出现中枢神经系统受累表现，如：精神差、嗜睡、易惊、谵妄；头痛、呕吐；肢体抖动、肌阵挛、眼球震颤、共济失调、眼球运动障碍；无力或急性弛缓性麻痹；惊厥。可见脑膜刺激征，腱反射减弱或消失。实验室检查可有白细胞和血糖升高。

3.3.3 危重型

重型病例出现下列情况之一者：

- a) 频繁抽搐、昏迷、脑疝等严重中枢神经系统受损表现；
- b) 呼吸困难、血性泡沫痰、紫绀等呼吸功能障碍表现；
- c) 皮肤花斑、四肢冰凉、心率明显加快、血压明显上升或下降等循环功能障碍表现。

