

《基孔肯雅热预防控制技术指南(2025年版)》解读 一文读懂基孔肯雅热防控要点

▲广州医科大学附属市八医院感染病中心 洪文昕 唐小平



唐小平 教授



洪文昕 教授

基孔肯雅热是一种因感染基孔肯雅病毒引起的，以发热、关节痛、皮疹为主要临床表现的急性病毒性传染病，主要通过白纹伊蚊、埃及伊蚊叮咬传播。我国 2008 年首次确诊该病后，发布了第一版基孔肯雅热预防控制技术指南，2010 年广东东莞发生首次较大规模本地疫情后，于 2012 年更新了指南。

2025 年该病在全球范围内大规模暴发，波及国内，中国疾病预防控制中心随即发布新版指南指导防控工作。

有血液传播或母婴传播可能

基孔肯雅病毒只有 1 个血清型，根据病毒基因组遗传进化分析，可分为 3 个基因型：西非型、东中非型和亚洲型，新版指南突出了东中非型病毒突变形成的印度洋分枝（IOL）的病毒株，更易于经白纹伊蚊叮咬传播。增加了传播途径的内容，指出该病毒有血液传播或母婴传播的可能。

增加了流行特征一节，总结了该病目前在全球流行状况，

指出国内基孔肯雅热尚未形成地方性流行，但白纹伊蚊分布范围广泛、活跃期长，导致输入性病例引起的局部传播风险很大。

基孔肯雅热的传播速度快，早期诊断高度依赖一线医务人员对该病临床特征的熟悉程度，新版指南详细描述了基孔肯雅热的典型症状，包括发热、关节疼痛、皮疹等主要症状的具体特点，特别是双峰热、腕关节受压引起剧痛、皮疹多为红

色斑丘疹或紫癜等突出特征。国外文献报道中，该病多急性发病，首发症状多为腕踝关节或指趾关节疼痛，同时累及多个关节，1~2 d 后出现中低热及全身性皮疹，病程 2~4 d，少数持续 1 周以上。由于首发症状不一定是发热，少数病例症状较轻或不明显，容易被忽视。在流行季节有基孔肯雅热流行地区旅居史，一旦出现以上症状，需高度警惕，尽早前往医疗机构就诊。

疫情报告与处置管理有更详尽规范

基孔肯雅热的流行区与登革热重叠，是否会发生疫情与当地媒介伊蚊的密度相关。新版指南根据媒介伊蚊地域分布和活跃期长短，将 31 个省份的流行风险由高到低分为 I 类、II 类、III 类、IV 类地区。

新指南新增病例报告与管理，目的是增强临床救治与科学

防控能力，首先，制定了病例定义，分为疑似病例、临床诊断病例和确诊病例，按感染来源分类为境外输入病例、省外输入病例和本地病例。其次，强调多渠道监测，包括：进境人员监测、本地登革热样病例多病原监测、专项调查、监测媒介伊蚊。再次，为了科学防疫，及准确溯源，

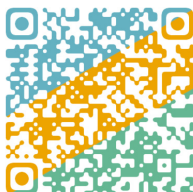
规范了病例和突发公共卫生事件报告。同时，为有效控制传染源，制定了病例管理与职业防护规范。最后，还规范了流行病学调查内容：确定可能的感染地点，搜索可疑病例，评估发生感染和流行的风险。对重点病例开展个案流行病学调查，重点病例有助于查清疫情起源的调查对象。

自限性病毒性传染病 对症支持治疗为主

基孔肯雅热是一种自限性病毒性传染病，目前无有效的抗病毒药物，治疗要点是充分休息、对症支持治疗为主、多饮水、减少活动以保护受累关节。高热时优先采用物理降温（如冰袋、温水擦浴），必要时使用对乙酰氨基酚等非甾体抗炎药（避免使用阿司匹林，以防出血风险）；剧烈关节痛可短期使用镇痛药物（如布洛芬等）。如无合并细菌性感染，无需使用抗生素。重症表现为脑病、感染性休克、心脏或肝脏损害、严重出血等，重症病例须转入 ICU 救治。老人、孕妇、有基础疾病者是重症高危人群，需要入院治疗，加强护

理，密切监测，防止或及时发现重症发生。

目前国内没有疫苗，防护要点是做好防蚊措施。如被感染，最好到定点医院隔离治疗至痊愈，或居家防蚊隔离到痊愈再外出活动，以减少传播。加强群众的宣教以提高病人就诊意识，同时强化医务人员培训，提高该病的诊断鉴别能力，及时发现感染源是防控基孔肯雅热的关键。



扫一扫
阅读年会专题

精准抗感染 扎实功底与多学科协作并进

感染性疾病作为横跨临床各科的重大挑战，其精准诊疗始终需要多学科协同筑起科学防线。在精准抗感染时代，感染及相关学科的医务人员应具备哪些重要技能？中山大学附属第一医院重症医学科主任管向东教授、苏州大学附属第一医院血液科主任吴德沛教授、复旦大学附属华山医院陈轶坚主任医师对此带来思考和见解。



扫一扫
阅读年会专题

练就“精准识菌 科学用药”真功夫



管向东 教授

管向东教授表示，ICU 医生须对已发生严重感染或存在感染风险的危重患者保持高度警惕。首要任务是及时发现并控制感染灶，同时需尽快明确感染扩散范围、病原微生物及免疫状态，并精准选用抗感染药物。

脓毒症是重症患者感染的核心议题，其 3.0 定义明确为感染引发的宿主反应失调所致

危及生命的器官功能障碍。新定义标志着全球对该病认知的进一步深化，但针对免疫失调的发生时机、状态及进程，临床仍缺乏有效监测手段。为此，我国专家联合国际学术力量，基于国内外研究成果制定了《脓毒症免疫监测与治疗专家共识》，以期为脓毒症患者的免疫监测和免疫治疗提供临床指导建议。

近几十年感染与抗感染在全球持续呈现“道高一尺，魔高一丈”的循环，在耐药菌层出不穷的背景下，强力抗菌药物的迭代是应对手段，但预防感染、审慎评估感染风险、避免滥用抗菌药物才是临床医生的基本素养。

血液科掌握感染诊疗技能是“救命”核心能力



吴德沛 教授

粒细胞缺乏、黏膜屏障受损、长期免疫抑制剂使用……这些因素使血液病患者感染风险陡增，且感染进展迅猛、表现隐匿、后果凶险。吴德沛教授表示，作为血液学科医生，掌握精准的感染诊疗技能并非锦上添花，而是让血液肿瘤患者渡过生死关的核心能力。

“血液科医师不仅应具备扎实的微生物学、药理学知识，还应在复杂临床情境中快速决断、精准施策。从高危预警到经验性用药的雷霆出击，从耐药菌的精准打击到抗真菌、病毒的分层管理，再到院感防控的铜墙铁壁，每一步都关乎生死。”吴德沛教授说。

血液高危患者主要包括急性白血病强化疗后、造血干细胞移植受者、重度再生障碍性贫血等。临床医生应预见潜在感染源，包括肺部、消化道、导管相关及皮肤黏膜破损处。“粒缺热”是最高警报，一旦出现需立即启动评估与经验性治疗。

感染科医生要懂微生物懂药更要“懂人”



陈轶坚 主任医师

陈轶坚主任医师表示，成功的抗感染治疗不仅是临床与微生物的结合，更需要临床药理学的有力支撑。这要求医生不仅“懂微生物”“懂药”，更要“懂人”——理解药物在特定患者体内的动态过程。

在新形势下，合格的感染科医生应锻造三大核心能力支柱：（1）需具备敏锐的病史询问和细致体格检查能力，善于捕捉关键临床征象和细微线索。（2）熟练掌握不同部位感染的常见及罕见病原谱，深刻理解当地病原体流行病学特征及耐药性变迁趋势，从而在经验性治疗阶段作出更科学合理的推断与药物选择。（3）系统掌握常用抗菌药物的 PK/PD 特性、组织穿透能力等。将药理学知识融入临床决策，确保药物在感染部位发挥最大效力。



主办：中国医药教育协会感染病专业委员会
协办：解放军呼吸病研究所

主 编：邱海波 俞云松
王明贵
执行主编：
管向东 吴德沛 瞿介明
宗志勇 卓 超 解立新
本期轮值主编：陈轶坚
编 委：
陈静静 陈 衍 崔兰卿
刁孟元 房考生 符一骐
耿晚霞 郭 强 郭 燕
何 超 李 丹 李 曦
刘春燕 刘笑芬 刘紫钰
罗益锋 倪文涛 皮博睿
秦晓华 曲俊彦 石 威
孙文达 王 俊 王 鹏
王初楠 王 睿 肖 坤
许红阳 徐小勇 薛 明
阎 雪 杨 震 袁红霞
翟 茜 张 鑫 张 樱
郑欣婷 朱迎钢