

中华人民共和国卫生行业标准

法定传染病诊断标准

河南省焦作市疾病预防控制中心

二 00 九年十月

目 录

鼠疫 (WS279-2008)	4
霍乱 (WS289-2008)	5
传染性非典型性肺炎 (WS286-2008)	6
脊髓灰质炎 (WS294-2008)	9
人感染高致病性禽流感 (WS284-2008)	10
甲型 H1N1 流感 (2009 年第三版)	12
炭疽 (WS283-2008)	12
艾滋病和艾滋病病毒感染 (WS293-2008)	14
甲型病毒性肝炎 (WS298-2008)	19
乙型病毒性肝炎 (WS299-2008)	20
丙型病毒性肝炎 (WS213-2008)	22
丁型病毒性肝炎 (WS300-2008)	24
戊型病毒性肝炎 (WS301-2008)	25
麻疹 (WS296-2008)	26
流行性出血热 (WS278-2008)	27
狂犬病 (WS281-2008)	28
流行性乙型脑炎 (WS214-2008)	29
登革热 (WS216-2008)	30
细菌性和阿米巴性痢疾 (WS287-2008)	31
肺结核 (WS288-2008)	33
伤寒和副伤寒 (WS280-2008)	36
流行性脑脊髓膜炎 (WS295-2008)	37
百日咳 (WS274-2008)	39
白喉 (WS275-2008)	39
新生儿破伤风 (WS272-2008)	40
猩红热 (WS282-2008)	41
布鲁氏菌病 (WS269-2007)	42
淋病 (WS268-2007)	43
梅毒 (WS273-2007)	45
钩端螺旋体病 (WS290-2008)	47

血吸虫病（WS261-2006）	48
疟疾（WS259-2006）	49
流行性感冒（WS285-2008）.....	50
流行性腮腺炎（WS270-2007）.....	51
风疹（WS297-2008）	52
急性出血性结膜炎（WS217-2008）.....	53
麻风病（WS291-2008）	54
流行性和地方性斑疹伤寒（WS215-2008）.....	56
黑热病（WS258-2006）	58
包虫病（WS257-2006）	58
丝虫病（WS260-2006）	59
感染性腹泻（WS271-2007）	60
手足口病（2009 版）	61

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。检验材料的采取及分离步骤见附录 A 和附录 B。
- 1.3.2 上述标本中针对鼠疫菌 *caf 1* 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验结果均为阴性。
- 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。

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 中毒性病例

为一较罕见类型（干性霍乱），在霍乱流行期出现无泄吐或泄吐较轻，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，操作方法见附录 A。
- 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，操作方法见附录 A。
- 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。

传染性非典型性肺炎 (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℃, 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。偶有局部扣浊、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 ≥ 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 倍以上增长的依据。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。

脊髓灰质炎（WS 294-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 与确诊的脊髓灰质炎患者有接触史或近期曾经到过脊髓灰质炎流行地区。

1.1.2 经过 3d ~ 35d（一般为 5d ~ 14d）的潜伏期。

1.2 临床表现

1.2.1 早期可有发热、咽部不适、婴幼儿可有烦躁不安、腹泻/便秘、多汗、恶心、肌肉酸痛等症状。

1.2.2 退热后（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。

1.2.3 麻痹 60d 后仍残留弛缓性麻痹，且未发现其他病因（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者。

1.3.2 发病前 6 周内未服过 OPV，发病后未再服用 OPV 或未接种疫苗病毒，麻痹后一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 倍升高者。

4 诊断原则

根据流行病学史、临床症状与体征、实验室检查以及随访结果等进行综合分析作出诊断。

3 诊断

3.1 疑似病例

病因不明的任何急性弛缓性麻痹（AFP），包括 15 岁以下临床初步诊断为格林-巴利综合征（GBS）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。

3.2.1 疑似例并同时符合 1.1。

3.2.2 疑似例并同时符合 1.2。

3.2.3 疑似例并同时符合 1.3.3。

3.3 确诊病例

疑似例并同时符合 1.3.1。

3.4 排除病例

3.4.1 疑似病例经实验室和临床检查有确凿证据诊断为非脊髓灰质炎的其他疾病。

3.4.2 疑似病例的合格粪便标本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 抗体滴数比急性期无 4 倍升高者。

3.5 与 OPV 有关的其他病例

3.5.1 服苗者疫苗相关麻痹型脊髓灰质炎病例：疑似病例近期曾有 OPV 免疫史，且在服

用 OPV 免后 4d ~ 35d 内发热, 出现急性弛缓性麻痹, 无感觉障碍, 临床诊断符合脊髓灰质炎。麻痹后未再服用 OVP, 从粪便标本中只能分离到脊髓灰质炎疫苗病毒, 该病毒和原始疫苗病毒相比, VP1 区基因序列变异 <1%。

3.5.2 服疫苗接触者疫苗相关麻痹性脊髓灰质炎病例: 疑似病例曾与 OVP 免疫者在服疫苗后 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, 符合脊髓灰质炎的临床诊断。麻痹后未在服 OPV, 粪便中只能分离到脊髓灰质炎脊髓灰质炎疫苗病毒, 该病毒和原始疫苗病毒相比, VP1 区基因序列变异 <1%。

3.5.3 疫苗衍生脊髓灰质炎病毒 (VDPV) 病例: 疑似病例曾有 OPV 免疫史或疫苗病毒接触史, 临床表现符合脊髓灰质炎诊断, 发病后从粪便、咽部、脑脊液、脑或脊髓组织中分离到 VDPV 病毒, 且 VP1 区基因序列变异 ≥1%。

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

类似普通人禽流感, 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禽流感。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, 或特意的 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 中任何一项, 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 人禽流感确诊病例

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。

甲型 H1N1 流感（2009 年第三版）

1 诊断依据

潜伏期一般为 1-7 天，多为 1-3 天。

1.1 临床表现

通常表现为流感样症状，包括发热、咽痛、流涕、鼻塞、咳嗽、咯痰、头痛、全身酸痛、乏力。部分病例出现呕吐和/或腹泻。少数病例仅有轻微的上呼吸道症状，无发热。体征主要包括咽部充血和扁桃体肿大。

可发生肺炎等并发症。少数病例病情进展迅速，出现呼吸衰竭、多脏器功能不全或衰竭。

可诱发原有基础疾病的加重，呈现相应的临床表现。

病情严重者可以导致死亡。

1.2 实验室检查

1.2.1 外周血象检查：白细胞总数一般不高或降低。

1.2.2 血生化检查：部分病例出现低钾血症，少数病例肌酸激酶、天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶升高。

1.2.3 病原学检查：

（a）病毒核酸检测：以 RT-PCR（最好采用 real-time RT-PCR）法检测呼吸道标本（咽拭子、鼻拭子、鼻咽或气管抽取物、痰）中的甲型 H1N1 流感病毒核酸，结果可呈阳性。

（b）病毒分离：呼吸道标本中可分离出甲型 H1N1 流感病毒。

（c）血清抗体检查：动态检测双份血清甲型 H1N1 流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或 4 倍以上升高。

1.3 胸部影像学检查

合并肺炎时肺内可见片状阴影。

2 诊断依据

诊断主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查，早发现、早诊断是防控与有效治疗的关键。

3 诊断依据

3.1 疑似病例

符合下列情况之一即可诊断为疑似病例：

3.1.1 发病前 7 天内与传染期甲型 H1N1 流感确诊病例有密切接触，并出现流感样临床表现。

密切接触是指在未采取有效防护的情况下，诊治、照看传染期甲型 H1N1 流感患者；与患者共同生活；接触过患者的呼吸道分泌物、体液等。

3.1.2 发病前 7 天内曾到过甲型 H1N1 流感流行（出现病毒的持续人间传播和基于社区水平的流行和暴发）的地区，出现流感样临床表现。

3.1.3 出现流感样临床表现，甲型流感病毒检测阳性，尚未进一步检测病毒亚型。

对上述 3 种情况，在条件允许的情况下，可安排甲型 H1N1 流感病原学检查。

3.2 临床诊断病例

仅限于以下情况作出临床诊断：同一起甲型 H1N1 流感暴发疫情中，未经实验室确诊的流感样症状病例，在排除其他致流感样症状疾病时，可诊断为临床诊断病例。

甲型 H1N1 流感暴发是指一个地区或单位短时间出现异常增多的流感样病例，经实验室检测确认为甲型 H1N1 流感疫情。

在条件允许的情况下，临床诊断病例可安排病原学检查。

3.3 确诊病例

出现流感样临床表现，同时有以下一种或几种实验室检测结果：

3.3.1 甲型 H1N1 流感病毒核酸检测阳性（可采用 real-time RT-PCR 和 RT-PCR 方法）；

3.3.2 分离到甲型 H1N1 流感病毒；

3.3.3 双份血清甲型 H1N1 流感病毒的特异性抗体水平呈 4 倍或 4 倍以上升高。

3.4 重症病例

出现以下情况之一者为重症病例：

①持续高热 > 3 天；②剧烈咳嗽，咳脓痰、血痰，或胸痛；③呼吸频率快，呼吸困难，口唇紫绀；④神志改变：反应迟钝、嗜睡、躁动、惊厥等；⑤严重呕吐、腹泻，出现脱水表现；⑥影像学检查有肺炎征象；⑦肌酸激酶（CK）、肌酸激酶同工酶（CK-MB）等心肌酶水平迅速增高；⑧原有基础疾病明显加重。

3.5 危重病例

出现以下情况之一者为危重病例：

①呼吸衰竭；②感染中毒性休克；③多脏器功能不全；④出现其他需进行监护治疗的严重临床情况。

炭疽（WS 283-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 患者生活在证实存在炭疽的地区内，或在发病前 14d 内到达过该类地区。

1.1.2 从事与毛皮等畜产品密切接触的职业；接触过可疑的病、死动物或其残骸，食用过可疑的病、死动物肉类或其制品；在可能被炭疽芽孢污染的地区从事耕耘或挖掘等活动。

1.2 临床表现

1.2.1 在面、颈、手或前臂等暴露部位的局部皮肤出现不明原因的红斑、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。该部位的回流淋巴结肿大且常化脓，伴有发热、头痛、关节痛等。少数严

重病例，局部呈大片水肿和坏死。

1.2.2 急性起病，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，呕吐物中含血丝及胆汁。可有消化道以外症状和体征。

1.2.3 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。常见胸腔积液。

1.2.4 剧烈头痛，呕吐，项强，继而出现谵妄、昏迷、呼吸衰竭，脑脊液多为血性。可继发于1.2.1~1.2.3各种症状，也可能直接发生。

1.2.5 严重的全身中毒症状，高热、寒战，感染性休克与弥漫性血管内凝血表现，皮肤出现出血点或大片瘀斑，腔道中出现活动性出血，迅速出现呼吸与循环衰竭。血液涂片镜检可检出大量革兰阳性大杆菌。可继发于1.2.1~1.2.3各种症状，也可能直接发生。

1.3 实验室检测

1.3.1 皮肤溃疡的分泌物，痰、呕吐物、排泄物，或血液、脑脊液等标本中，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。

1.3.2 细菌分离培养获炭疽芽孢杆菌。

1.3.3 血清抗炭疽特异性抗体滴度出现4倍或以上升高。

2 诊断原则

根据流行病学史、临床症状与体征、实验室检查等进行综合分析，患者应具有细菌学或血清学诊断阳性结果方可确诊。

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

具有1.3.1中的镜检结果，并具有1.2.1~1.2.5的临床表现之一者。

3.3 确诊病例

临床诊断病例，并具备1.3.2或1.3.3任何一项者。

3.4 病型

3.4.1 有1.2.1临床表现的确诊病例，为体表感染（皮肤）炭疽。

3.4.2 有1.2.2临床表现的确诊病例，为经口感染（肠）炭疽。

3.4.3 有1.2.3临床表现的确诊病例，为吸入感染（肺）炭疽。

3.4.4 有1.2.4临床表现的确诊病例，为脑膜炎型炭疽。

3.4.5 有1.2.5临床表现的确诊病例，为败血症型炭疽。

艾滋病和艾滋病病毒感染（WS 293-2008）

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 有不安全性生活史（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 有医源性感染史。

1.1.5 有职业暴露史。

1.1.6 HIV 感染者或爱滋病患者的配偶或性伴侣。

1.1.7 HIV 感染母亲所生子女。

1.2 临床表现

1.2.1 急性 HIV 感染综合征。

1.2.2 持续性全身性淋巴腺病。

1.2.3 HIV 感染中后期临床表现。

1.2.3.1 成人及 15 岁（含 15 岁）以上青少年

1.2.3.1.1 A 组临床表现

- a) 不明原因体重减轻，不超过原体重 10 % ；
- b) 反复发作的上呼吸道感染，近 6 个月内 ≥ 2 次；
- c) 带状疱疹；
- d) 口角炎、唇炎；
- e) 反复发作的口腔溃疡，近 6 个月内 ≥ 2 次；
- f) 结节性痒疹；
- g) 脂溢性皮炎；
- h) 甲癣。

1.2.3.1.2 B 组临床表现

- a) 不明原因体重减轻，超过原体重 10 % ；
- b) 不明原因的腹泻，持续超过 1 个月；
- c) 不明原因的发热，间歇性或持续性超过 1 个月；
- d) 持续性口腔念珠菌感染；
- e) 口腔黏膜毛状白斑；
- f) 肺结核病（现症的）；
- g) 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）；
- h) 急性坏死性溃疡性牙龈炎、牙周炎或口腔炎；
- i) 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。

1.2.3.1.3 C 组临床表现

该组临床表现为艾滋病指征性疾病。包括：

- a) HIV 消耗综合征
- b) 肺孢子菌肺炎；
- c) 食管念珠菌感染；
- d) 播散性真菌病（球孢子菌病或组织胞浆菌病）；
- e) 反复发生的细菌性肺炎，近 6 个月内 ≥ 2 次；
- f) 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；
- g) 任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染；

- h) 巨细胞病毒感染性疾病（除肝、脾、淋巴结以外）；
- i) 肺外结核病；
- j) 播散性非结核分枝杆菌病；
- k) 反复发生的非伤寒沙门菌败血症；
- l) 慢性隐孢子虫病（伴腹泻，持续 > 1 个月）；
- m) 慢性等孢子虫病；
- n) 非典型性播散性利什曼病；
- o) 卡波西肉瘤；
- p) 脑或 B 细胞非霍奇金淋巴瘤；
- q) 浸润性宫颈癌；
- r) 弓形虫脑病；
- s) 肺外隐球菌病，包括隐球菌脑膜炎；
- t) 进行性多灶性脑白质病；
- u) HIV 脑病；
- v) 有症状的 HIV 相关性心肌病或肾病。

1.2.3.2 15 岁以下儿童

1.2.3.2.1 D 组临床表现

- a) 不明原因的肝脾肿大；
- b) 结节性痒疹；
- c) 反复发作或持续性上呼吸道感染；
- d) 带状疱疹；
- e) 广泛的疣病毒感染；
- f) 广泛的传染性软疣感染；
- g) 线形齿龈红斑；
- h) 口角炎、唇炎；
- i) 反复发作的口腔溃疡；
- j) 不明原因的腮腺肿大；
- k) 甲癣。

1.2.3.2.2 E 组临床表现

- a) 不明原因的中度营养不良；
- b) 不明原因的持续性腹泻；
- c) 不明原因的发热（ $> 37.5^{\circ}\text{C}$ ），反复或持续 1 个月以上；
- d) 口咽部念珠菌感染（出生 6~8 周内除外）；
- e) 口腔黏膜毛状白斑；
- f) 急性坏死性溃疡性牙龈炎、牙周炎或口腔炎；
- g) 淋巴结结核；
- h) 肺结核病；
- i) 反复发作的严重细菌性肺炎；

- j) 有症状的淋巴性间质性肺炎;
- k) 慢性 HIV 相关性肺病, 包括支气管扩张;
- l) 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 $< 50 \times 10^9/\text{L}$)。

1.2.3.2.3 F 组临床表现

该组临床表现为艾滋病指征性疾病。包括:

- a) 不明原因的严重消瘦, 发育或营养不良;
- b) 肺孢子菌肺炎;
- c) 食管、气管、支气管或肺念珠菌感染;
- d) 播散性真菌病 (组织胞浆菌病或球孢子菌病);
- e) 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);
- f) 肺外结核病;
- g) 播散性非结核分枝杆菌感染;
- h) 慢性单纯疱疹病毒感染 (口唇或皮肤), 持续 1 个月以上;
- i) 任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染;
- j) 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);
- k) 慢性隐孢子虫病 (伴腹泻);
- l) 慢性等孢子虫病;
- m) 有症状的 HIV 相关性心肌病或肾病;
- n) 卡波西肉瘤;
- o) 脑或 B 细胞非霍奇金淋巴瘤;
- p) 弓形虫脑病 (新生儿期除外);
- q) 肺外隐球菌病, 包括隐球菌脑膜炎;
- r) 进行性多灶性脑白质病;
- s) HIV 脑病。

1.3 实验室诊断

1.3.1 血清学检测

血清学检测是检测机体对 HIV 产生的抗体的检测方法, 适用于从 HIV 感染窗口期后至艾滋病患者死亡的整个病程中的抗体检测, 是最常用的艾滋病实验室诊断方法。由于母体抗体的干扰, 该方法不适用于 18 个月一下的婴幼儿。血清学检测方法分为筛查试验和确证试验两大类, 每一类又包括实验原理不同的多种方法。初筛试验的待检样本也可采用唾液、或者尿液进行, 具体操作按《全国艾滋病检测技术规范》执行。

1.3.1.1 HIV 抗体筛查试验

筛查试验结果阳性, 提示 HIV 抗体阳性, 需进一步做复核或确证试验证实。试验结果阴性, 报告 HIV 抗体阴性。

1.3.1.2 HIV 抗体确证试验

确证试验结果阳性, 报告 HIV 抗体阳性; 试验结果阴性, 报告 HIV 抗体阴性; 试

验结果不确定，报告 HIV 感染不确定，并应建议三个月后再次进行检测。

1.3.2 病原学检测

病原学检测是直接检测 HIV 的方法，包括分离病毒、检测病毒核酸，主要用于 HIV 感染窗口期时的早期诊断和 18 个月以内婴幼儿的诊断。

1.3.2.1 HIV 分离

试验结果阳性报告 HIV 感染，阴性不能排除 HIV 感染。

1.3.1.2 HIV 核酸检测

试验结果阳性提示 HIV 感染，阴性不能排除 HIV 感染。

1.3.3 CD4 细胞检测

CD4 细胞是 HIV/AIDS 诊断、判断疗效及愈后的主要免疫学检测指标，检测分绝对计数和相对计数两类，5 岁以下儿童使用相对计数。

1.3.3.1 CD4 细胞绝对计数

在成人及 5 岁以上儿童和青少年 $CD4$ 细胞 $\geq 500/mm^3$ ，提示无免疫抑制； $350 \sim 499/mm^3$ ，提示轻度免疫抑制； $200 \sim 349/mm^3$ ，提示中度免疫抑制； $< 200/mm^3$ ，提示重度免疫抑制。

1.3.3.2 CD4 细胞相对计数

在 5 岁以下儿童 $CD4$ 细胞百分比 $> 35\%$ (< 11 月龄)，或 $> 30\%$ (12 月龄 ~ 35 月龄)，或 $> 25\%$ (36 月龄 ~ 59 月龄)，提示无免疫抑制； $30\% \sim 35\%$ (< 11 月龄)，或 $25\% \sim 30\%$ (12 月龄 ~ 35 月龄)，或 $20\% \sim 25\%$ (36 月龄 ~ 59 月龄)，提示轻度免疫抑制； $25\% \sim 29\%$ (< 11 月龄)，或 $20\% \sim 24\%$ (12 月龄 ~ 35 月龄)，或 $15\% \sim 19\%$ (36 月龄 ~ 59 月龄)，提示中度免疫抑制； $< 25\%$ (< 11 月龄)，或 $< 20\%$ (12 月龄 ~ 35 月龄)，或 $< 15\%$ (36 月龄 ~ 59 月龄)，提示重度免疫抑制。

2 诊断原则

艾滋病和 HIV 感染是因感染 HIV 引起人体产生免疫缺陷为主要特征的慢性综合病症，流行病学资料有一定的参考价值，临床表现特异性不强，需与其他原因引起的类似症状相鉴别，但有些特殊的机会性感染和肿瘤可作为诊断和临床分期的指征。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。

3 诊断标准

3.1 HIV 感染者

3.1.1 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 抗体确证试验阳性或血液中分离出 HIV 毒株。
- b) 有急性 HIV 感染综合征或流行病学史，且不同时间的两次 HIV 核酸检测结果均为阳性。

3.1.2 15 岁以下儿童

符合下列一项者即可诊断：

- a) 小于 18 个月龄：为 HIV 感染母亲所生，同时 HIV 分离实验结果阳性，或不同时间的两次 HIV 核酸检测均为阳性（第二次检测需在出生 4 周后进行）；

b) 大于 18 个月龄：诊断与成人相同。

3.2 艾滋病病例

符合下列一项者即可诊断：

3.2.1 成人及 15 岁（含 15 岁）以上青少年

a) HIV 感染和 CD4 细胞 $< 200/\text{mm}^3$ ；

b) HIV 感染和至少一种成人艾滋病指征性疾病（C 组临床表现）。

3.2.2 15 岁以下儿童

a) HIV 感染和 CD4 细胞 $< 25\%$ （ < 11 月龄），或 $< 20\%$ （12 月龄 ~ 35 月龄），或 $< 15\%$ （36 月龄 ~ 59 月龄），或 $< 200/\text{mm}^3$ （5 岁 ~ 14 岁）；

b) HIV 感染和至少伴有一种小儿艾滋病指征性疾病（F 组临床表现）。

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。

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。

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 >2cm 的动脉性多血管性结节病灶，同时 AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ ，并能排除妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤及转移性肝癌。

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

3.4.4 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。

丙型病毒性肝炎（WS 213-2008）

1 诊断标准

1.1 流行病学史

1.1.1 曾接受过血液、血液制品或其他人体组织、细胞成分治疗，或器官移植。

1.1.2 有血液透析史、不洁注射史，或其他消毒不严格的有创检查、治疗史，有静脉注射史。

1.1.3 职业供血者，特别是接受过成分血单采回输者。

1.1.4 与 HCV 感染者有性接触史，或 HCV 感染者（母亲）所生的婴儿。

1.2 临床表现

1.2.1 急性丙型病毒性肝炎

1.2.1.1 病程在 6 个月以内，全身乏力、食欲减退、恶心和右季肋部疼痛或不适等。

1.2.1.2 可有轻度肝肿大、部分患者出现脾肿大；少数患者可伴低热或出现黄疸。

1.2.1.3 部分患者可有有关节疼痛等肝外表现。

1.2.1.4 部分患者可无明显症状和体征。

1.2.2 慢性丙型病毒性肝炎

1.2.2.1 病程在 6 个月内，全身乏力、食欲减退、恶心和右季肋部疼痛或不适等。

1.2.2.2 部分患者可有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣及轻度肝、脾肿大。

1.2.2.3 部分患者可无明显症状和体征。

1.2.3 丙型病毒性肝炎肝硬化

1.2.3.1 可有全身乏力、食欲减退、恶心和右季肋区疼痛或不适等。

1.2.3.2 可有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣及腹壁或食管、胃底静脉曲张及脾脏肿大和脾功能亢进。

1.2.3.3 失代偿期患者可有腹水、肝性脑病及消化道出血史。

1.3 实验室检查

1.3.1 急性丙型病毒性肝炎有血清 ALT、AST 升高，部分病例可有血清胆红素升高。部分慢性丙型病毒性肝炎和丙型病毒性肝炎肝硬化患者亦可有 ALT、AST 升高。

1.3.2 血清抗-HCV 阳性。

1.3.3 血清 HCV RNA 阳性。

1.4 组织病理学检查

1.4.1 急性丙型病毒性肝炎

可有小叶内及汇管区炎症等多种病变，其组织学特征包括；

a) 单核细胞增多症样变，即单个核细胞浸润于肝窦中，形成串珠状；

b) 肝细胞大泡性脂肪变性；

c) 胆管损伤伴汇管区大量淋巴细胞浸润，甚至淋巴滤泡形成；

d) 常见界面性炎症。

1.4.2 慢性丙型病毒性肝炎

肝组织中常可观察到不同程度的界面炎、管区淋巴浸润甚至淋巴滤泡形成、胆管损伤及不同程度的纤维化，小叶内肝细胞脂肪变性、库普弗细胞或淋巴细胞聚集

1.4.3 慢性丙型病毒性肝炎肝硬化

在慢性丙型病毒性肝炎肝硬化病例改变的基础上出现肝纤维化及小叶结构的改变，

即假小叶形成。

1.5 影像学检查

1.5.1 急性丙型病毒性肝炎

B超、CT或MRI可显示肝脾轻度肿大。

1.5.2 慢性丙型病毒性肝炎

B超、CT或MRI可显示肝实质不均匀，可见肝脏或脾脏轻度肿大

1.5.3 丙型病毒性肝硬化

B超、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。

2 诊断原则

依据流行病学资料、症状、体征和肝功能实验结果进行初步诊断，确诊丙型病毒性肝炎须依据HCV RNA检测。区分急性、慢性丙型病毒性肝炎及丙型病毒性肝炎肝硬化须根据明确的暴露时间、影像学及组织病理学检查结果。

3 诊断

3.1 疑似丙肝病例

符合下列任何一项可诊断；

3.1.1 符合1.1和1.2。

3.1.2 符合1.1和1.3.1。

3.2 临床诊断丙肝病例

符合下列任何一项可诊断；

3.2.1 符合1.3.2和1.1

3.2.2 符合1.3.2和1.2

3.2.3 符合1.3.2和1.3.1

3.3 确诊丙肝病例

疑似病例或临床诊断病例和1.3.3。

3.3.1 急性丙肝诊断

符合下列任何一项可诊断；

3.3.1.1 符合1.3.3和1.2.1。

3.3.1.2 符合1.3.3和1.4.1。

3.3.2 慢性丙肝诊断

符合下列任何一项可诊断

3.3.2.1 符合1.3.3和1.2.2

3.3.2.2 符合1.3.3和1.4.2

1.3.2.3 符合1.3.3和1.5.2

3.3.3 丙肝肝硬化

符合下列任何一项可诊断

3.3.3.1 符合1.3.3和1.2.3。

3.3.3.2 符合1.3.3和1.4.3。

3.3.3.3 符合1.3.3和1.5.3。

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、或有其他医院型感染 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、或有其他医院型感染 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。符合病史提示慢性 HBV 感染的基础上重叠性 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 感染重叠慢性 HDV 感染。但不能区分是 HBV 与 HDV 的同时感染转为慢性，或是慢性 HBV 感染的基础上重叠 HDV 感染。

1.2 临床表现

1.2.1 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、触痛或扣痛；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叠出现，不能区分。如急性乙型肝炎患者有血清 ALT 和胆红素的双相升高，应怀疑为 HBV 与 HDV 的同时感染。

1.2.3 HBV 与 HDV 重叠感染

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

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，确诊需依据患者血清和（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 1.1.1 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 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叠感染。

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

戊型病毒性肝炎（WS 301-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

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 IgM 阳性。检测方法见附录 A。
- 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) $>17.1 \mu\text{mol/L}$ (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。因为无病毒型肝炎的

临床表现与其他急性感染极其相似，确诊依赖于特异性的血清检查。

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。

麻疹（WS 296-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

在出诊前 6d ~ 21d 与麻疹患者有接触史。

1.2 临床症状

1.2.1 发热 体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 。

1.2.2 全身皮肤出现红色斑丘疹。

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 皮疹自耳后、面部开始，自上而下向全身扩展，3d ~ 5d 内波及全身。

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

1.3 实验室诊断

1.3.1 8d 到 6 周内未接种过麻疹减毒活疫苗而在血清中查到麻疹 IgM 抗体。

1.3.2 恢复期患者血清中麻疹 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍或 4 倍以上升高，或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。

1.3.3 从鼻咽标本或尿液中分离到麻疹病毒，或检测到麻疹病毒核酸。

2 诊断原则

典型麻疹病例可依据临床表现结合流行病学作出诊断，轻型麻疹病例需依据血清麻疹抗体的检测结果或麻疹病毒分离阳性或麻疹特异性基因检测结果做出诊断。

3 诊断

3.1 疑似病例

具备 1.2.1、1.2.2，同时伴有 1.2.3 者。

3.2 临床诊断病例

符合以下任何一项者：

3.2.1 疑似病例与实验室确诊病例没有流行病联系者。

3.2.2 疑似病例未进行流行病学调查者。

3.2.3 疑似病例在完成调查钱失访/死亡者。

3.2.4 疑似病例无实验室诊断结果且不能明确诊断为其他疾病者。

3.3 流行病学诊断病例

疑似病例无标本实验室诊断结果为阴性，并同时具备 1.1 者。

3.4 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。

3.5 排除病例

符合以下任何一项者；

3.5.1 麻疹疑似病例采集了合格血标本，经合格实验室检测麻疹 IgM 阴性，并与实验室确诊病例无流行病学联系。

3.5.2 经实验室检测证实为其他疾病（如风疹等）。

3.5.3 能明确找出是有其他原因引起发热出疹的病例（如药物性过敏性皮疹等）。

流行性出血热（WS 278-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学病史

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：入面潮红、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，出现异形淋巴细胞；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。

狂犬病（WS 281-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学病史

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

狂躁型我国最常见的类型。主要表现为：在愈合的伤口极其神经支配区有痒、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“亚狂犬病”。

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 中任何一项者。

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或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。流行病学特征见附录 D。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期

一般为 10d~14d,可短至 4d,长至 21 的。

1.2.2 临床表现

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 $(10\sim 20)\times 10^9/L$,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。

登革热（WS 216-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 发病前 14d 内去过登革热流行区。

1.1.2 居住场所或工作场所周围（如半径 100m 范围）1 个月内出现过登革热病例。

1.2 临床表现

1.2.1 急性起病，发热（24h～36h 内达 39℃～40℃，少数为双峰热），较剧烈的头痛、眼眶痛，全身肌肉痛、骨关节痛及明显疲乏等症状。可伴面部、颈部、胸部潮红，结膜充血等。

1.2.2 皮疹：于病程第 5～7 日出现为多样性皮疹（麻疹样皮疹、猩红热样疹、针尖样出血性皮疹）或“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 有出血倾向（束臂试验阳性），一般在病程第 5～8 日皮肤出现瘀点、瘀斑、紫癜及注射部位出血，牙龈出血、鼻出血等粘膜出血，消化道出血、咯血、血尿、阴道出血等。

1.2.4 消化道大出血，或胸腹腔出血，或颅内出血。

1.2.5 肝肿大，胸腹腔积液。

1.2.6 皮肤湿冷、烦躁，脉搏细数，低血压和脉压小于 20mmHg（2.7kPa）及血压测不到、

尿量减少等休克表现。

1.3 实验室检查

1.3.1 白细胞计数减少。

1.3.2 血小板减少（低于 $100 \times 10^9/L$ ）。

1.3.3 血液浓缩，如血细胞比容较正常水平增加 20%以上，或经扩容治疗后血细胞比容较基线水平下降 20%以上；低白蛋白血症等。

1.3.4 单份血清特异性 IgG 抗体或 IgM 抗体阳性。

1.3.5 从急性期患者血清、脑脊液、血细胞或组织等中分离到登革病毒。

1.3.6 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。

1.3.7 应用 RT-PCR 或实时荧光定量 PCR 检出登革病毒基因序列。

2 诊断原则

依据患者的流行病学资料、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

符合下列条件之一即可诊断：

3.1.1 具备 1.1.1，同时具备 1.2.1。

3.1.2 无 1.1，但同时具备 1.2.1、1.3.1 和 1.3.2。

3.2 临床诊断病例

3.2.1 登革热

符合下列条件之一即可诊断：

3.2.1.1 疑似病例同时具备 1.1.2、1.3.1 和 1.3.2。

3.2.1.2 3.1.2 同时具备 1.3.4。

3.2.2 登革出血热（DHF）

登革热（3.2.1），同时具备 1.3.2、1.3.3 和 1.2.3~1.2.5 之一。

3.2.3 登革休克综合征

登革出血热（3.2.2）同时具备 1.2.6。

3.3 确诊病例

临床诊断病例（3.2）具备 1.3.5、1.3.6、1.3.7 之任一项。

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。

肺结核（WS 288-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学

结核患者发病时，大多不易查出其传染来源。当易感者与具传染性的肺结核患者密切接触时被感染。

1.2 临床表现

1.2.1 症状

咳嗽、咳痰≥2 周，或咯血为肺结核可疑症状。

多数起病缓慢，部分患者早期可无明显症状，随着病变进展，患者可表现咳嗽、咳痰、咯血痰或咯血，盗汗，疲乏，间断或持续午后低热，腰部酸痛，食欲不振，体重减轻，女性患者可伴有月经失调或闭经，部分患者可有反复发作的上呼吸道症状，儿童

还可表现发育迟缓等。

少数患者起病急剧，特别是在急性血行播散性肺结核、干酪性肺炎以及结核性胸膜炎时，多伴有中、高度发热，胸痛和不同程度的呼吸困难等。

当有支气管结核时，咳嗽较剧，持续时间较长；支气管淋巴瘰形成并破入支气管阻塞气道或支气管结核导致气管或支气管狭窄，可伴有气喘和呼吸困难。当肺结核合并肺外结核时，还可表现肺外器官相应症状。

当肺结核合并其他病原菌感染时，多有中、高度发热，咳痰性状则会有相应变化，如咳黄、绿色痰等。

少数患者还可伴有结核变态反应引起的过敏表现，包括：结节性红斑、疱疹性结膜炎和结核风湿症等。

患者可以以一个或多个症状为主要表现，有少部分患者即使肺内已形成空洞也无自觉症状，仅靠胸部影像学检查时发现。

1.2.2 体征

早期肺部体征不明显，当病变为大叶性干酪性肺炎时，局部叩诊呈浊音，听诊可闻及管状呼吸音，有空洞合并感染或合并支气管扩张时，可闻及干或湿性啰音。

少部分患者延误诊治时间较长或合并一侧肺不张时，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；健侧胸廓饱满、肋间隙增宽、叩诊为过清音等。

当病情严重时，患者除呼吸系统体征外，还可表现面色萎黄，结膜、甲床和皮肤苍白以及消瘦等相应部位体征。

当肺结核合并结核性胸膜炎时，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，患侧叩诊呈浊音至实音，听诊呼吸音减弱至消失。当积液吸收后，若有胸膜增厚、粘连，则气管向患侧移位，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。

1.3 胸部影像学检查

不同类型肺结核的典型胸部影像学表现如下：

1.3.1 原发性肺结核表现为原发病灶及胸内淋巴结肿大或单纯性胸内淋巴结肿大。

1.3.2 急性血行播散性肺结核表现为两肺广泛均匀分布的，大小、密度一致的粟粒状阴影；亚急性或慢性者病变以上、中肺野为主，病灶可相互融合。

1.3.3 继发性肺结核胸片表现多样，轻者可仅在肺尖部呈现斑点状、索条状阴影或锁骨下浸润、或边缘清晰的结核瘤，重者可呈大叶性浸润、空洞形成、支气管播散、大叶或小叶性干酪性肺炎。反复进展至晚期病变，胸片常显示单发或多发纤维厚壁空洞及病龄不同的新旧支气管播散灶，多伴胸膜增厚、心脏气管移位、肺门上提、肺纹理呈垂柳状、代偿性肺气肿等改变。

1.3.4 结核性胸膜炎分为干性胸膜炎及渗出性胸膜炎。干性胸膜炎X线无明显阳性征象。渗出性胸膜炎可有少量胸腔积液，影像学表现为横膈阴影增厚、肋膈角变浅。若出现中等量或大量胸腔积液，可表现为外高内低分布均匀大片致密阴影。

1.4 实验室检测

1.4.1 结核分枝杆菌细菌学实验室检查：痰涂片检查及分枝杆菌分离培养是常用两种检查方法。每例初诊患者应至少涂片检查3份痰标本，有条件的单位应进行结核分枝杆菌

培养检查。

1.4.1.1 痰涂片镜检结果

1.4.1.1.1 抗酸杆菌阴性 (-): 连续观察 300 个不同视野, 未发现抗酸杆菌。

1.4.1.1.2 抗酸杆菌阳性:

——报告抗酸杆菌菌数: 1~8 条/300 视野。

——抗酸杆菌阳性 (+): 3~9 条/100 视野。

——抗酸杆菌阳性 (++) : 1~9 条/10 视野。

——抗酸杆菌阳性 (+++) : 1~9 条/视野。

——抗酸杆菌阳性 (++++): ≥ 10 条/视野。

1.4.1.2 培养结果

1.4.1.2.1 分枝杆菌培养阴性 (-): 培养 8 周未见菌落生长者。

1.4.1.2.2 分枝杆菌培养阳性:

——分枝杆菌培养阳性 (+): 培养基斜面菌落分散生长, 占据斜面面积的 1/4 以下者。

——分枝杆菌培养阳性 (++) : 培养基斜面菌落分散生长, 占据斜面面积的 1/2 以下者。

——分枝杆菌培养阳性 (+++) : 培养基斜面菌落密集生长或部分融合, 占据斜面面积的 3/4 以下者。

——分枝杆菌培养阳性 (++++): 培养基斜面菌落密集生长呈苔样分布, 占据全斜面者。

1.4.2 结核菌素试验: 主要采用结核菌纯蛋白衍生物 (PPD)。

结核菌素试验 72h (48h~96h) 检查反应。以局部皮下硬结为准。

1.4.2.1 阴性: 硬结平均直径 $< 5\text{mm}$ 或无反应者为阴性。

1.4.2.2 硬结平均直径 5mm~9mm 为一般阳性。

1.4.2.3 硬结平均直径 10mm~19mm 为中度阳性。

1.4.2.4 硬结平均直径 $\geq 20\text{mm}$ (儿童 $\geq 15\text{mm}$) 或局部出现水疱、坏死及淋巴管炎者为强阳性。

1.4.3 抗结核抗体检查等其他辅助诊断方法可供参考。

1.4.4 组织病理检查。

2 诊断原则

肺结核的诊断是以细菌学实验室检查为主, 结合胸部影像学、流行病学和临床表现、必要的辅助检查及鉴别诊断, 进行综合分析作出的。咳嗽、咳痰 ≥ 2 周或咯血是发现和诊断肺结核的重要线索。痰涂片显微镜检查是发现传染性肺结核患者最主要的方法。

3 诊断

3.1 疑似病例

凡符合下列项目之一者:

3.1.1 5 岁以下儿童: 具备 1. 加 1.2 者; 或具备 1.2 加 1.4.2.4 者。

3.1.2 具备 1.3 中任一条者。

3.2 临床诊断病例

凡符合下列项目之一者：

- 3.2.1 具备 1.3 中任一条及 1.2 者。
- 3.2.2 具备 1.3 中任一条及 1.4.2.4 者。
- 3.2.3 具备 1.3 中任一条及 1.4.3 者。
- 3.2.4 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。
- 3.2.5 疑似肺结核病例经诊断性治疗或随访观察可排除其他肺部疾病者。

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：

- 2 份痰标本涂片抗酸杆菌检查符合 1.4.1.1 阳性结果中任一条。
- 1 份痰标本涂片抗酸杆菌检查符合 1.4.1.1 阳性结果中任一条，同时具备 1.3 中任一条者。
- 1 份痰标本涂片抗酸杆菌检查符合 1.4.1.1 阳性结果中任一条，并且 1 份痰标本结核分枝杆菌培养符合 1.4.1.2 阳性结果中任一条者。

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，涂片阴性并且结核分枝杆菌培养符合 1.4.1.2 阳性结果中任一条者。

3.3.3 肺部病变标本病理学诊断为结核病变者。

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者。

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。肥达反应检测方法见附录 A。
- 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

符合下列任一项可诊断:

3.2.1 同时符合 1.1 中任一项和 1.2.1。

3.2.2 同时符合 1.1 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。

流行性脑脊髓膜炎 (WS 295-2008)

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 多在冬春季节发病, 1 周内流脑患者密切接触史。

1.1.2 当地有本病发生或流行。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期

数小时至 10 日, 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、脑膜刺激征。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、黏膜出现瘀点或瘀斑。

1.2.3 临床分型

1.2.3.1 普通型

约占 90%。按病情可分为上呼吸道感染期、败血症期和脑膜炎期, 但不易严格区分。

a) 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。部分患者有此期表现。

b) 败血症期: 恶寒, 高热, 头痛, 呕吐, 乏力, 肌肉酸痛, 神志淡漠等。约 70% 患者出现瘀点、瘀斑。

c) 脑膜炎期: 多与败血症期症状同时出现。发病后 24h, 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。颅内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。婴幼儿多不典型, 高热、拒食、烦躁、啼哭不安外, 惊厥、腹泻及咳嗽较成人多见。前囟未闭者可有隆起, 而脑膜刺激征可能不明显。

1.2.3.2 暴发型

病情凶险, 进展迅速, 如不及时治疗, 发病 6h ~ 12h 内即可危及生命。

可分为休克型、脑膜脑炎型和混合型：

a) 休克型：又称“暴发型脑膜炎奈瑟菌败血症”。起病急骤，寒战、高热或体温不升，严重中毒症状，短时间内（12h 内）出现遍及全身的瘀点，瘀斑，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；易并发弥散性血管内凝血（DIC）。多无脑膜刺激征，脑脊液检查多无异常。

b) 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。部分患者出现脑疝（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。

c) 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。

1.2.3.3 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。

1.3 实验室检查

1.3.1 末梢血象

白细胞总数、中性粒细胞计数明显升高。

1.3.2 脑脊液

外观呈浑浊米汤样或脓样，压力增高；白细胞计数明显增高，并以多核细胞增高为主；糖及氯化物明显减少，蛋白含量升高。

1.3.3 病原学

1.3.3.1 瘀点（斑）组织液、脑脊液涂片检测，可在中性粒细胞内见到革兰阴性肾形双球菌。

1.3.3.2 脑脊液、血液培养脑膜炎奈瑟菌阳性。

1.3.3.3 脑脊液、血液脑膜炎奈瑟菌特异性核酸片段检测阳性。

1.3.4 血清学

1.3.4.1 急性期脑脊液、血液及尿液 Nm 群特异性多糖抗原检测阳性。

1.3.4.2 恢复期血清流脑特异性抗体检测，其效价较急性期呈 4 倍或 4 倍以上升高。

2 诊断原则

2.1 应根据流行病学资料和临床表现及实验室检验结果做出疑似及临床诊断。

2.2 确诊需要脑膜炎奈瑟菌病原学或血清学检测的阳性结果。

3 诊断

3.1 带菌者

无临床症状和体征，咽拭子培养脑膜炎奈瑟菌阳性或脑膜炎奈瑟菌特异性核酸片段检测阳性。

3.2 疑似病例

同时符合 1.1、1.2.2.1、1.3.1 和 1.3.2。

3.3 临床诊断病例

同时符合疑似病例及 1.2.2.2。

3.4 确诊病例

符合下列任何一项可诊断：

3.4.1 疑似病例并同时符合 1.3.3、1.3.4 中任何一项者。

3.4.2 临床诊断病例并同时符合 1.3.3、1.3.4 中任何一项者。

在确定诊断基础上，依据血清群检测的结果做出病原学分群诊断。

3.5 在临床诊断或确定诊断基础上，依据 1.2.3 进行临床分型诊断。

百日咳（WS 274-2008）

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，检验方法见附录 B

1.3.3 恢复期血清特异性抗体比急性期呈 ≥ 4 倍增长，检验方法见附录 B

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 项中的任何一项的规定。

白喉（WS 275-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 多在秋冬季节发病，参见附录 A。

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。根据病变侵犯部分分为以下四种类型：

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 全身症状有轻之中度发热、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，可影响呼吸和吞咽，颈部到锁骨上窝软组织明显水肿，出现重度“牛颈”。全身中毒症状严重，并发有严重心肌炎和周围神经炎，亦有血小板减少、出血等表现，病死率极高。
- 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 咽拭子直接涂片镜鉴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。

新生儿破伤风（WS 272-2008）

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, 四肢阵发性强制性痉挛, 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, 压舌板反被咬的越近, 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。实验室检测步骤见附录 A。

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。

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、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。发热第二天开始发疹, 皮肤呈弥漫性充血潮红, 期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 群链球菌快速检测试验阳性。

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

布鲁氏菌病（WS 269-2007）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

发病前病人与家畜或畜产品、布鲁氏菌培养物有密切接触史，或生活区在疫区，或与菌苗生产、使用和研究有密切相关。

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 多数患者淋巴结、肝脾和淋巴结肿大，少数患者可出现各种各样的充血性皮炎和黄疸；慢性期患者多表现为骨关节系统损害。具体临床表现参见附录 B。

1.3 实验室检查

1.3.1 实验室初筛

1.3.1.1 平板凝集实验（PAT）或虎红平板凝集实验（RBPT）结果为阳性或可疑。

1.3.1.2 皮肤过敏实验后 24h、48h 分别观察一次，皮肤红肿浸润范围有一次在 $2.0\text{cm} \times 2.0\text{cm}$ 及以上（或 4.0cm^2 以上）。

1.3.2 血清学检查

1.3.2.1 试管凝集实验（SAT）滴度为 1:100++及以上（或病程一年以上者 SAT 滴度为 1:

50++及以上,或对半年内有布氏菌苗接种史者,STA 滴度虽达 1: 100++及以上,过两周到四周应再检查,滴度升高 4 倍及以上)。

1.3.2.2 补体结合试验(CFT)滴度 1: 10++及以上。

1.3.2.3 抗人免疫球蛋白试验(Coomb's)滴度 1: 400++及以上。

1.3.3 分离细菌

从病人血液、骨髓、其他液体及排泄物等任一种培养物中分离到布鲁氏菌。

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,很难以一种症状来确定诊断。对人布鲁氏菌病的诊断,应是综合性的。即结合病人流行病学接触史、临床表现和实验室检查。

3 诊断

3.1 疑似病例

应同时符合 1.1、1.2 和 1.3.1 中任一项。

3.2 确诊病例

疑似病例和 1.3.2 或 1.3.3 中任何一项。

3.3 隐性感染

符合 1.1 和 1.3.2 或 1.3.3 中任何一项者,但不具备 1.2 者。

淋病(WS 268-2007)

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 无合并症淋病

1.2.1.1 男性淋菌性尿道炎:潜伏期 1d~10d,常为 3d~5d。最初症状为尿道口红肿、发痒、有稀薄或黏液脓型分泌物。24h 后症状加剧,出现尿痛、烧灼感,排出黏稠的深黄色脓液。也可有尿频、尿急。查体可见尿道口红肿、充血及脓性分泌物。

1.2.1.2 女性泌尿生殖系统的淋病

1.2.1.2.1 淋菌性尿道炎:潜伏期 2d~5d,有尿频、尿急、尿痛、尿血及烧灼感。尿道口充血发红,有脓性分泌物;症状比男性淋菌性尿道炎轻,部分患者可无明显症状。

1.2.1.2.2 淋菌性宫颈炎:为女性淋病的主要表现,出现白带增多、阴道口有黏液脓性分泌物排出,外阴瘙痒,阴道内轻微疼痛和烧灼感。妇科检查可见阴道口充血、水肿,子宫颈口充血、糜烂,有黏液脓性分泌物。

1.2.1.2.3 女童淋病: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。多数是因为与患淋病的父母密切接触而感染,少数因性虐待所致。

1.2.2 有合并症淋病

1.2.2.1 男性淋病合并症

1.2.2.1.1 淋病性附睾炎、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。常有全身症状,体温可升高至 40°C。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。病变晚期可引起附睾结缔组织增生、纤维化和输精管闭锁，导致不育。

1.2.2.1.2 淋菌性前列腺炎：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。

1.2.2.1.3 其它合并症：还可并发尿道旁腺炎、尿道周围脓肿、海绵体炎、淋菌性阴茎头炎或阴茎头包皮炎、尿道狭窄等。

1.2.2.2 女性淋病合并症

1.2.2.2.1 淋菌性盆腔炎：包括淋菌性子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、腹膜炎等。

多由于淋菌性宫颈炎未及时治疗或不规则治疗，炎症上行感染引起。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、双侧下腹痛、

检查可见下腹压痛和肌紧张，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。

1.2.2.2.2 淋菌性前庭大腺炎：出现前庭大腺红肿、疼痛，腺体开口处有脓性分泌物，大阴唇下 1/2 肿胀明显，还可伴有全身症状和腹股沟淋巴结肿大。

1.2.3 泌尿生殖器外的淋病

1.2.3.1 淋菌性眼结膜炎：新生儿淋菌性眼结膜炎常为经患淋病母亲产道分娩时感染所致，多为双侧性。多于生后 3 天出现症状。而成人淋菌性眼结膜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，有较大量黄白色脓性分泌物，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。

1.2.3.2 淋菌性咽炎：主要由于口交所致。表现为咽部疼痛、灼热，吞咽困难。查体：咽黏膜充血，扁桃体红肿，有脓性分泌物附着于咽后壁。

1.2.3.3 淋菌性直肠炎：多见于肛交后，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、糜烂、渗血。

1.2.4 散播性淋病

淋球菌通过血行散播至全身。表现有高热、寒战、关节疼痛、皮损等。

关节疼痛好发于膝、肘、腕等关节，局部肿胀，关节腔内积液，关节活动受限，即为淋菌性关节炎。

皮损初起为红色小丘疹、红斑，继而出现水疱或脓疱。

可发生致命的并发症如淋菌性脑膜炎、心内膜炎、心包炎、心肌炎等。

1.3 实验室检查

1.3.1 涂片革兰染色

男性无合并症患者取尿道分泌物，涂片，作革兰染色，可见典型的细胞内革兰阴性双球菌。

1.3.2 淋球菌分离培养

女性患者、有合并症患者及泌尿生殖器外的淋病患者，应作淋球菌分离培养以确定诊断。从临床标本中分离到形态典型、氧化酶试验阳性的菌落，取菌落作涂片检查，可见革兰阴性双球菌。如标本取自泌尿生殖器外淋病患者或在法医学上有重要意义时，则应对培养的菌株经糖发酵试验或荧光抗体试验以进一步鉴定确证。

1.3.3 按患者临床类型选择检查项目。

2 诊断原则

应根据流行病学史、临床表现及实验室检查做综合分析，以确定诊断。

3 诊断

3.1 疑似病例

符合 1.1 以及 1.2 中的任何一项者。

3.2 确诊病例

同时符合疑似病例和 1.3 者。

梅毒（WS 273-2007）

1 诊断依据

1.1 一期梅毒

1.1.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为；或性伴有梅毒感染史。

1.1.2 临床表现：

1.1.2.1 硬下疳：潜伏期一般为 2 周～4 周。一般为单发，但也可多发；直径约 1cm～2cm，圆形或椭圆形浅在性溃疡，界限清楚、边缘略隆起，疮面清洁；触诊基底坚实、浸润明显，呈软骨样的硬度；无明显疼痛或触痛。多见于外生殖器部位。

1.1.2.2 腹股沟或患部近卫淋巴结肿大：可为单侧或双侧，无痛，相互孤立而不粘连，质硬，不化脓破溃，其表面皮肤无红、肿、热。

1.1.3 实验室检查

1.1.3.1 暗视野显微镜检查：皮肤黏膜损害或淋巴结穿刺液可查见梅毒螺旋体。

1.1.3.2 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。如感染不足 2 周～3 周，该试验可为阴性，应于感染 4 周后复查。

1.1.3.3 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.2 二期梅毒

1.2.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为；或性伴有梅毒感染史；或有输血史。

1.2.2 临床表现：可有一期梅毒史，病期在 2 年以内。

1.2.2.1 皮损呈多形性，包括斑疹、斑丘疹、丘疹、鳞屑性皮损、毛囊疹及脓包疹等，常泛发对称。掌跖部易见暗红斑及脱屑性斑丘疹。外阴及肛周皮损多为湿丘疹及扁平湿疣。皮损一般无自觉症状，可有瘙痒。口腔可发生黏膜斑。可发生虫蚀样脱发。二期复发梅毒，皮损局限，数目较少，皮损形态奇异，常呈环状或弓形。

1.2.2.2 全身浅表淋巴结肿大。

1.2.2.3 可出现梅毒性骨关节损害、眼损害、内脏及神经系统损害等。

1.2.3 实验室检查：

1.2.3.1 暗视野显微镜检查：二期皮损尤其扁平湿疣、湿丘疹及黏膜斑，易查见梅毒螺旋体。

1.2.3.2 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.2.3.3 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.3 三期梅毒

1.3.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为；或性伴有梅毒感染史。

1.3.2 临床表现：可有一期或二期梅毒史。病期在 2 年以上。

1.3.2.1 晚期良性梅毒：

皮肤黏膜损害：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、舌咽的树胶肿，上腭及鼻中隔黏膜树胶肿可导致上腭及鼻中隔穿孔和鞍鼻。

骨梅毒，眼梅毒，其他内脏梅毒，可累及呼吸道、消化道、肝脾、泌尿生殖系、内分泌腺及骨骼肌等。

1.3.2.2 神经梅毒：可发生梅毒性脑炎、脑血管栓塞、麻痹性痴呆、脊髓痨等。

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

1.3.3 实验室检查：

1.3.3.1 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.3.3.2 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.3.3.3 脑脊液检查：白细胞计数 $\geq 10 \times 10^6/L$ ，蛋白量 $> 500mg/L$ ，且无其他引起这些异常的原因。脑脊液 VDRL 试验或 FTA-ABS 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：有多性伴，不安全性行为；或性伴有梅毒感染史。

1.4.2 临床表现：无任何梅毒性的症状和体征，可分为早期隐性梅毒和晚期隐性梅毒。

1.4.2.1 早期隐性梅毒：病期在 2 年内，根据下列标准来判断：①在过去 2 年内，有明确记载的非梅毒螺旋抗原试验由阴转阳，或其滴度较原先升高达 4 倍或更高。②在过去 2 年内，有符合一期或二期梅毒的临床表现。③在过去 2 年内，有与疑似或确诊的一期或二期梅毒，或疑似早期隐性梅毒的性伴发生性接触史。

1.4.2.2 晚期隐性梅毒：病期在 2 年以上。无证据表明在既往 2 年中获得感染。无法判断病期者亦视为晚期隐性梅毒处理。

1.4.3 实验室检查

1.4.3.1 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：对于无既往梅毒史者，非梅毒螺旋体抗原试验阳性（滴度一般在 1：8 以上）。对于有既往梅毒治疗史者，与前次非梅毒螺旋体抗原试验结果相比，本次试验结果阳转或其滴度升高 4 倍或更高。

1.4.3.2 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.4.3.3 脑脊液检查：无异常发现。

1.5 胎传梅毒（先天梅毒）

1.5.1 流行病学史：生母为梅毒患者或感染者。

1.5.2 临床表现：

1.5.2.1 早期胎传梅毒：一般在 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；梅毒性鼻炎及喉炎；脊髓炎、骨软骨炎及骨膜炎；可有全身淋巴结肿大、肝脾肿大、贫血等。

1.5.2.2 晚期胎传梅毒：一般在 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、胫骨骨膜炎等）或标记性损害（前额圆凸、马鞍鼻、佩刀胫、胸锁关节骨质肥厚、赫秦生齿、口腔周围皮肤放射状裂纹等）。

1.5.2.3 胎传隐性梅毒：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，年龄小于2岁者为早期胎传隐性梅毒，大于2岁者为晚期胎传隐性梅毒。

1.5.3 实验室检查

1.5.3.1 暗视野显微镜检查：在早期胎传梅毒儿的皮肤黏膜损害或胎盘中可查到梅毒螺旋体。

1.5.3.2 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性，其抗体滴度高于母亲4倍及以上。但低于该值并不排除胎传梅毒。应取婴儿血进行检测，而不是脐带血。

1.5.3.3 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。应取婴儿血进行检测，而不是脐带血。

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和1.1.3.2项。

3.1.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和1.1.3.1、1.1.3.3中的任一项。

3.2 二期梅毒

3.2.1 疑似病例：应同时符合1.2.1，1.2.2和1.2.3.2项。

3.2.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和1.2.3.1、1.2.3.3中的任一项。

3.3 三期梅毒

3.3.1 疑似病例：应同时符合1.3.1，1.3.2中的任一项和1.3.3.1项。

3.3.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和1.3.3.2、1.3.3.3、1.3.3.4中的任一项。

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和1.4.3.1项。

3.4.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和1.4.3.2、1.4.3.3中的任一项。

3.5 胎传梅毒（先天梅毒）

3.5.1 疑似病例：应同时符合1.5.1，1.5.2和1.5.3.2项。

3.5.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和1.5.3.1、1.5.3.3中的任一项。

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，见附录 A.1。

1.3.2 从血液、尿液或脑脊液中检测出钩端螺旋体核酸，见附录 A.2。

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 $\geq 1:400$ ，见附录 A.3。

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。

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、脾脏肿

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，少数伴脾脏肿大。

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。

疟疾（WS 259-2006）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

曾于疟疾传播季节在疟疾流行区住宿、夜间停留或近二周内输血史。

1.2 临床表现

1.2.1 典型的临床表现呈周期性发作，每天或隔天或隔两天发作一次。发作时有发冷、发热、出汗等症状。发作多次后可出现脾大和贫血。重症病例出现昏迷等症状。

1.2.2 具有发冷、发热、出汗等症状，但热型和发作周期不规律。

1.3 假定性治疗

用抗疟药作假定性治疗，3d 内症状得到控制。

1.4 实验室检查

1.4.1 显微镜检查血涂片查见疟原虫。

3.4.2 疟原虫抗原检测阳性。

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 带虫者

无临床症状，同时符合 1.4.1。

3.2 疑似病例

应同时符合 1.1 和 1.2.2。

3.3 临床诊断病例

具备下列之一者：

3.3.1 应同时符合 1.1 和 1.2.1；

3.3.2 应同时符合 1.1、1.2.2 和 1.3。

3.4 确诊病例

具备下列之一者：

3.4.1 应同时符合 1.1、1.2.1 和 1.4.1；

3.4.2 应同时符合 1.1、1.2.1 和 1.4.2；

3.4.3 应同时符合 1.1、1.2.2 和 1.4.1；

3.4.4 应同时符合 1.1、1.2.2 和 1.4.2。

流行性感 冒（WS 285-2008）

1 诊断依据

1.1 流行病学史

在当地流行季节（如我国北方的冬春季，南方的冬春季和夏季）一个单位或地区集中出现大量上呼吸道感染患者，或医院门诊、急诊上呼吸道感染患者明显增加。

1.2 临床表现

1.2.1 通常表现为急起高热（腋下体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）、畏寒、头痛、头晕、浑身酸痛、乏力等中毒症状及咽痛、干咳等呼吸道症状，但卡他性症状常不明显。

1.2.2 少数病例有食欲减退，伴有腹痛、腹胀、呕吐和腹泻等消化道症状。

1.2.3 少数病例也可并发鼻窦炎、中耳炎、喉炎、支气管炎、肺炎等，甚至会呼吸循环衰竭而死亡。

1.2.4 在两岁以下的幼儿，或原有慢性基础疾病者，两肺可有呼吸音减低、湿啰音或哮鸣音，但无肺实变体征。

1.2.5 重症患者胸部 X 射线检查可显示单侧或双侧肺实质性病变，少数可伴有胸腔积液等。

1.2.6 外周血象白细胞总数不高或偏低，淋巴细胞相对增加，重症患者多有白细胞总数及淋巴细胞下降。

1.3 实验室检查

1.3.1 从患者呼吸道标本中分离和鉴定到流感病毒。

1.3.2 患者恢复期血清中抗流感病毒抗体滴度比急性期高 4 倍或以上。

- 1.3.3 在患者呼吸道标本流感病毒特异的核酸检测阳性或检测出特异的抗原。
- 1.3.4 采集标本经敏感细胞将病毒增殖一代后，流感病毒特异的核酸检测阳性或检测出特异的抗原。

2 诊断原则

如果在非流行季节仅根据临床表现，流感很难与其他病原体，尤其呼吸道病原体导致的疾病区别，对流感病例的确诊往往需要实验室的诊断依据。但在流感流行季节，当地一个单位或局部地区出现大量上呼吸道感染患者或医院门诊、急诊上呼吸道感染患者明显增加时，具备相应临床表现的可作为流感临床诊断病例。

3 诊断

3.1 临床诊断病例

具备 1. 1 和 1. 2 中任何一项临床表现者。

3.2 确诊病例

3.2.1 流感样病例并且备 1. 3 中的任何一项者。

3.2.2 临床诊断病例并具备 1. 3 中的任何一项者。

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

符合下列任何一条为确诊病例：

- 3. 3. 1 疑似病例或临床诊断例同时符合 1. 3. 4；
- 3. 3. 2 疑似病例或临床诊断例同时符合 1. 3. 5；
- 3. 3. 3 疑似病例或临床诊断例同时符合 1. 3. 6。

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，在发病的 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。

3.1.1 临床诊断病例

疑似病例并同时符合 1.1.1

3.1.2 确诊病例

疑似病例并符合 1.1.3 中的任何一项。

3.2 先天性风疹综合症

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。

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，片状出血，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。

麻风病 (WS 291-2008)

1 诊断依据

1.1 新发患者诊断依据

1.1.1 流行病学

具备下述情况，均可作为诊断时流行病学线索的参考；但对无明确流行病学史者，亦不能排除麻风病的诊断：

1.1.1.1 患者生活在麻风病流行地区，或发病前曾到过流行地区；

1.1.1.2 家庭内、亲友、邻居、同事等中有过麻风病患者，并与其有过亲密接触。

1.1.2 临床表现

1.1.2.1 浅色斑、红斑、丘疹、斑块、结节或弥漫浸润等皮损，病程大多慢性，同时不具备其他皮肤病的特点；

1.1.2.2 皮损或受累神经支配区，有明确的浅感觉障碍（减退或丧失）或闭汗；

1.1.2.3 明确的周围浅神经粗大。

1.1.3 实验室检测

1.1.3.1 皮肤涂片检查 AFB 阳性；

1.1.3.2 损害活检组织学检查，有麻风病特异性病理改变或 AFB 阳性，即有下述变化之一者：

a) 组织细胞、泡沫细胞肉芽肿病变中查到典型的 AFB；

b 神经组织内查到 AFB；

- c) 非特异性浸润内查到典型的 AFB;
- d) 神经内有结核样肉芽肿;
- e) 神经内有非特异性炎症, 而切片其他部分有结核样肉芽肿变化;
- f) 组织病理的免疫组化(S-100 蛋白)染色, 在损害中查到破坏的神经组织。

1.2 复发患者诊断依据

1.2.1 治疗史

完成规定疗程的抗麻风病治疗(如 MDT)、显示正常疗效, 进入治疗后监测期或达到过临床治愈(临床非活动), 其后又出现 1. 2. 2 或 1.2.3 情况者。

1.2.2 临床表现

原有皮损再活动(如扩大或浸润加剧), 或出现新的斑疹、丘疹、斑块、结节及弥漫浸润等麻风病症状和体征, 但皮损无明显的触痛和水肿。复发患者也可发生新的神经粗大和触痛, 或伴有隐袭性神经功能障碍。

1.2.3 实验室检测

1.2.3.1 皮肤涂片检查 AFB, 见到以下之一者:

- a) 皮肤查菌阴转后, 出现任一部位细菌密度 $\geq 2+$
- b) 皮肤查菌没有阴转, 但任一部位皮肤查菌密度较前次检查 $\geq 2+$;
- c) 见有完整染色菌者。

1.2.3.2 复发损害活检的组织学检查, 符合以下情况者:

1.2.3.2.1 皮肤查菌阴转及肉芽肿完全消退后, 又见有下列情况之一者:

- a) 重现活动性麻风病特异性病理改变者;
- b) 组织水肿不明显, 出现任一部位皮肤查菌 $\geq 2+$ 者;
- c) 抗酸染色见有完整染色菌者。

1.2.3.2.2 皮肤查菌未阴转或肉芽肿未完全消退, 又见有下列情况之一者:

- a) 重现活动性麻风病特异性病理改变者;
- b) 出现细菌密度较前次检查 $\geq 2+$ 者;
- c) 抗酸染色见有完整染色菌者。

1.2.3.3 小鼠足垫接种证实有活菌者。

2 诊断原则

根据病史、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, 准确及时地做出诊断。

3 诊断

3.1 新患者诊断标准

3.1.1 疑似病例

符合下述条件之一者:

- 3.1.1.1 具备 1.1.2 中任何一项临床表现者;
- 3.1.1.2 具备 1.1.3.1 项者。

3.1.2 临床诊断病例

符合 1.1.2 中任何两项临床表现者。

3.1.3 确诊病例

符合下述条件之一者:

- 3.1.3.1 具备 1.1.2 中任何一项临床表现,同时符合 1.1.3.1 项者;
- 3.1.3.2 疑似病例同时符合 1.1.3.2 之一者。

3.2 复发患者诊断标准

具备 1.2.1 项治疗史的患者,同时符合下述两项条件者:

- 3.2.1 具备 1.2.2 中之临床表现者
- 3.2.2 同时符合 1.2.3 中任何一项者

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≥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。

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、临床表现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。

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。

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 ELESa 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，或者兼有 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 ELESa 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。

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

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 O_1 血清群和 O_{139} 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 O_1 血清群和 O_{139} 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。

手足口病（2009 版）

1 临床表现

手足口病潜伏期为 2-10 天，平均 3-5 天，病程一般为 7-10 天。

急性起病，发热，口腔粘膜出现散在疱疹，手、足和臀部出现斑丘疹、疱疹，疱疹周围可有炎性红晕，疱内液体较少。可伴有咳嗽、流涕、食欲不振等症状。部分患者无发热，仅表现为皮疹或疱疹。一般预后良好；少数病例，特别是 EV71 感染患儿，可出现脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、神经源性肺水肿、循环障碍等，病情凶险，可致死亡或留有后遗症。

2 诊断原则

手足口病的诊断应根据流行病学资料，临床表现及实验室检查等综合分析。确诊时须有血清及病原学的检查依据。

3 诊断标准

3.1 临床诊断病例

在流行季节发病，常见于学龄前儿童，婴幼儿多见。

3.1.1 普通病例：发热伴手、足、口、臀部皮疹，部分病例可无发热。

3.1.2 重症病例：出现神经系统受累、呼吸及循环功能障碍等表现，实验室检查可有外

周血白细胞增高、脑脊液异常、血糖增高，脑电图、脑脊髓磁共振、胸部 X 线、超声心动图检查可有异常。

极少数重症病例皮疹不典型，临床诊断困难，需结合实验室检测做出诊断。

若无皮疹，临床不宜诊断为手足口病。

3.2 实验室确诊病例

临床诊断病例符合下列条件之一者，即可诊断为实验室确诊病例：

3.2.1 自咽拭子或咽喉洗液、粪便或肛拭子、脑脊液、疱疹液、血清以及脑、肺、脾、淋巴结等组织标本中分离到人肠道病毒（指包括 CVA16 和 EV71 等有明确证据表明可以导致手足口病的人肠道病毒）。

3.2.2 自咽拭子或咽喉洗液、粪便或肛拭子等标本中检测到 CVA16 或 EV71 特异性核酸，或从脑脊液、疱疹液、血清以及脑、肺、脾、淋巴结等组织标本等标本中检测到人肠道病毒（指包括 CVA16 和 EV71 等有明确证据表明可以导致手足口病的人肠道病毒）的特异性核酸。

3.2.3 血清标本人肠道病毒型特异性中和抗体滴度 $\geq 1:256$ ，或急性期与恢复期血清肠道病毒特异性中和抗体有 4 倍或 4 倍以上的升高。

3.3 聚集性病例

1 周内，同一托幼机构或学校等集体单位发生 5 例及以上手足口病病例；或同一班级（或宿舍）发生 2 例及以上手足口病病例；或同一自然村发生 3 例及以上手足口病病例；或同一家庭发生 2 例及以上手足口病病例。

【说明：本标准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。甲型 H1N1 流感和手足口病的诊断标准按照《甲型 H1N1 流感诊疗方案（2009 年第三版）》和《手足口病预防控制指南（2009 版）》内容摘录。摘录者：河南省焦作市疾病预防控制中心疫情信息科 马俊生。】