

· 指南精选 ·

基孔肯雅热诊疗方案（2025年版）原版摘登（一）

基孔肯雅热（Chikungunya fever, CHIK）是由基孔肯雅病毒（Chikungunya virus, CHIKV）感染引起，经伊蚊叮咬传播的急性传染病。临床以发热、关节痛、皮疹为主要特征。基孔肯雅热在全球热带和亚热带地区广泛流行，流行范围呈持续扩大趋势。我国伊蚊分布广泛，近年来已经发生多起境外输入病例导致的本地传播疫情。为进一步规范基孔肯雅热临床诊疗工作，在2008年发布的《基孔肯雅热诊断和治疗方案》基础上，结合国内外最新研究进展和诊疗经验，制定本诊疗方案。

一、病原学

基孔肯雅病毒属于披膜病毒科甲病毒属，病毒颗粒呈球形，有包膜，直径为60~70 nm，只有1个血清型。基因组为单股正链RNA，长度约11.8 kb，内含单一可读框依次编码4种非结构蛋白和5种结构蛋白。根据病毒基因组遗传进化分析，分为3个基因型，分别为西非型、东-中-南非型和亚洲型，其中东-中-南非型病毒突变形成的印度洋分支（IOL）病毒株，更易于经白纹伊蚊叮咬传播。

基孔肯雅病毒对热敏感，56℃ 30分钟可灭活；不耐酸，70%乙醇、1%次氯酸钠、脂溶剂、过氧乙酸、甲醛、戊二醛、酚类、碘伏和季铵盐化合物等消毒剂及紫外照射可灭活。

二、流行病学

（一）传染源。

基孔肯雅热急性期患者、隐性感染者和感染病毒的非人灵长类动物。大多数患者在发病当天至发病后7天内具有传染性。

（二）传播途径。

主要通过携带基孔肯雅病毒的伊蚊（主要为白纹伊蚊和埃及伊蚊）叮咬传播。可发生母婴传播。罕见情况下可经输血或接触患者血液传播。

（三）易感人群。

人群对基孔肯雅病毒普遍易感。人感染病毒后可获得持久免疫力。

（四）流行特征。

1952年在坦桑尼亚首次发现基孔肯雅病毒，最初在非洲流行，之后不断扩散到东南亚、南亚、印度洋岛屿及美洲地区。截至2025年6月，全球已有119个国家和地区报告了基孔肯雅热的本地传播。我

国白纹伊蚊分布范围广泛，适合病毒快速传播的蚊媒活跃期长，存在“输入性病例-本地传播流行”模式。2010-2019年，我国发生4起基孔肯雅热境外输入继发本地病例，其中2010年广东东莞、2019年云南瑞丽发生聚集性疫情。2025年7月，广东佛山发生境外输入继发聚集性疫情。

三、发病机制

基孔肯雅病毒经伊蚊叮咬侵入人体数日内形成病毒血症，发病后3天内是高病毒血症期，随后病毒载量下降，常于病后5~7天消失。病毒通过其包膜上的E1、E2蛋白与巨噬细胞、上皮细胞、内皮细胞、成纤维细胞等细胞上的受体结合，通过细胞内吞作用进入细胞，在细胞内复制。病毒可直接侵入关节，在关节内复制，也可直接感染人成骨细胞、滑膜、腱鞘、肌肉中的巨噬细胞和成纤维细胞，导致促炎细胞因子、趋化因子释放、白细胞募集、凝血因子与补体相关蛋白失调，造成成骨细胞功能受损、骨质破坏，并可引发全身性感染和多器官损伤。慢性关节炎发病机制未完全明确，可能与病毒驱动炎症反应及T细胞持续激活相关。

四、临床表现

潜伏期1~12天，常为3~7天。

（一）发热：急性起病，发热以中低热为主，部分患者可为高热，可伴畏寒、头痛、背痛、全身肌肉疼痛、畏光、恶心、呕吐等。热程多为1~7天。

（二）关节痛：为基孔肯雅热的显著特征，可为首发症状。初始为单个或两个关节疼痛，常在24~48小时内出现多个关节疼痛，可呈对称性分布。主要累及远端小关节，如踝、指、腕和趾关节等，也可累及膝和肩等大关节。疼痛随运动加剧，关节僵硬，可影响活动。受累关节周围肿胀、压痛，少数大关节受累者可出现关节腔积液。

绝大多数患者的关节疼痛及僵硬状态在发病数天内恢复，部分患者关节疼痛和僵硬可超过12周，有的甚至持续18个月以上，个别患者遗留关节功能损害。

（三）皮疹：多数患者在发病后2~5天出现皮疹，常分布在躯干、四肢、手掌和足底，也可累及面部，为斑疹、丘疹或斑丘疹，疹间皮肤多正常，呈斑片状或弥漫性分布，部分伴有瘙痒。数天后消退，可伴轻

微脱屑。

(四)其他:可出现恶心、呕吐、食欲减退、头痛和肌肉疼痛等非特异性症状。部分患者淋巴结肿大伴触痛,以颈部淋巴结肿大为主。部分患者出现结膜炎,少数出现虹膜睫状体炎、视网膜炎和葡萄膜炎等眼部表现。

儿童病例高热多见,发热持续3~5日,除了关节疼痛,皮疹较成人更多见,可见累及面部的斑片状或弥漫性斑丘疹、疱疹、褶皱样皮损等。新生儿感染多在出生后3~7日内出现临床表现,包括发热、喂养困难,皮疹更广泛,可见肢端瘀斑和水肿。

极少数出现严重并发症,如脑膜脑炎、脊髓炎、心肌炎、急性肝损害、急性肾损害等,出血性并发症发生率极低。

五、实验室检查

(一)一般检查。

1.血常规:白细胞计数多正常,部分患者可见淋巴细胞和血小板轻度减少,新生儿感染血小板减少较常见。

2.生化检查:部分患者血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、肌酸激酶(CK)可升高。

3.脑脊液检查:并发脑膜脑炎时脑脊液检查符合病毒性脑炎改变。

(二)病原学和血清学检查。

1.核酸检测:采用实时荧光PCR或等温扩增核酸检测等方法检测血液样本中的基孔肯雅病毒核酸。

2.病毒分离:采用Vero、C6/36、BHK-21和HeLa等敏感细胞进行病毒分离。

3.血清抗体检测:采用ELISA、免疫层析等方法检测血清特异性IgM和IgG抗体。IgM抗体于发病3~4天可检出,5天后阳性率增高,可持续数周至数月,因IgM抗体在潜伏期和发病早期阳性率低,阴性不能排除感染。IgG抗体于发病后第5~8天可检出,可持续数年。

(三)影像学检查。

可见关节滑膜炎、关节肿胀、关节腔积液、腱鞘炎等改变。

六、诊断

根据流行病学史、临床表现及实验室检查结果,综合分析作出诊断。

(一)疑似病例。

发病前12天内,曾到过基孔肯雅热流行区或居住、工作场所周围曾有本病发生;且有上述临床表现(如发热、关节痛或皮疹等)者。

(二)临床诊断病例。

疑似病例,且血清特异性IgM抗体阳性者。

(三)确诊病例。

疑似病例或临床诊断病例,具有以下任一项者:

- 1.基孔肯雅病毒核酸阳性;
- 2.临床标本培养分离到基孔肯雅病毒;
- 3.血清基孔肯雅病毒IgG抗体阳转或恢复期较急性期抗体滴度呈4倍及以上升高。

七、鉴别诊断

主要与以发热、关节痛或皮疹为主要临床表现的相关疾病鉴别,关节疼痛和僵硬持续时间长者要与其他慢性关节炎鉴别。

(一)登革热。

登革热与基孔肯雅热的传播媒介相同,流行区域基本相同,临床表现类似,较难鉴别,且可存在合并感染的情况。登革热发热多为中高热,持续时间更长,肌肉痛、腹部症状(腹痛、腹胀、便秘等)更明显,有出血倾向,外周血白细胞和血小板减少明显,红细胞压积、ALT或AST常增高,重症较基孔肯雅热多见,可出现休克、脑病、多器官功能障碍等并发症。而基孔肯雅热多为中低热,关节疼痛明显,可为首发症状,多累及远端小关节,外周血白细胞、血小板基本正常,重症少见。需核酸检测鉴别。在登革热流行高风险区,建议也对登革热进行检测。

(二)寨卡病毒病。

寨卡病毒病与基孔肯雅热的传播媒介相同,流行区域基本相同,临床表现类似,亦表现为中低热,可伴皮疹、头痛、关节痛、肌痛和结膜炎,孕妇感染可引起胎儿小头畸形。基孔肯雅热关节痛更明显。需核酸检测鉴别。

(三)传染性红斑。

由细小病毒B19感染引起。儿童感染可表现为持续中高热,常合并皮疹,皮疹为多形性、多部位分布,典型表现为面颊部红斑样皮疹伴有口周苍白圈,称之为“掌击脸”,也可出现受累关节部位红斑、关节痛,常见外周血红细胞下降。核酸及病毒抗体检测有助于鉴别诊断。

(四)其他。

本病还需与疟疾、其他甲病毒感染、流感、麻疹、风疹、传染性单核细胞增多症、风湿热、反应性关节炎、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等疾病相鉴别。

(原文来源于国家卫生健康委员会官网 <https://www.nhc.gov.cn/lyljs/gzdt/202507/e592a4f82dd7405e9be5302e4147c0c7.shtml>)