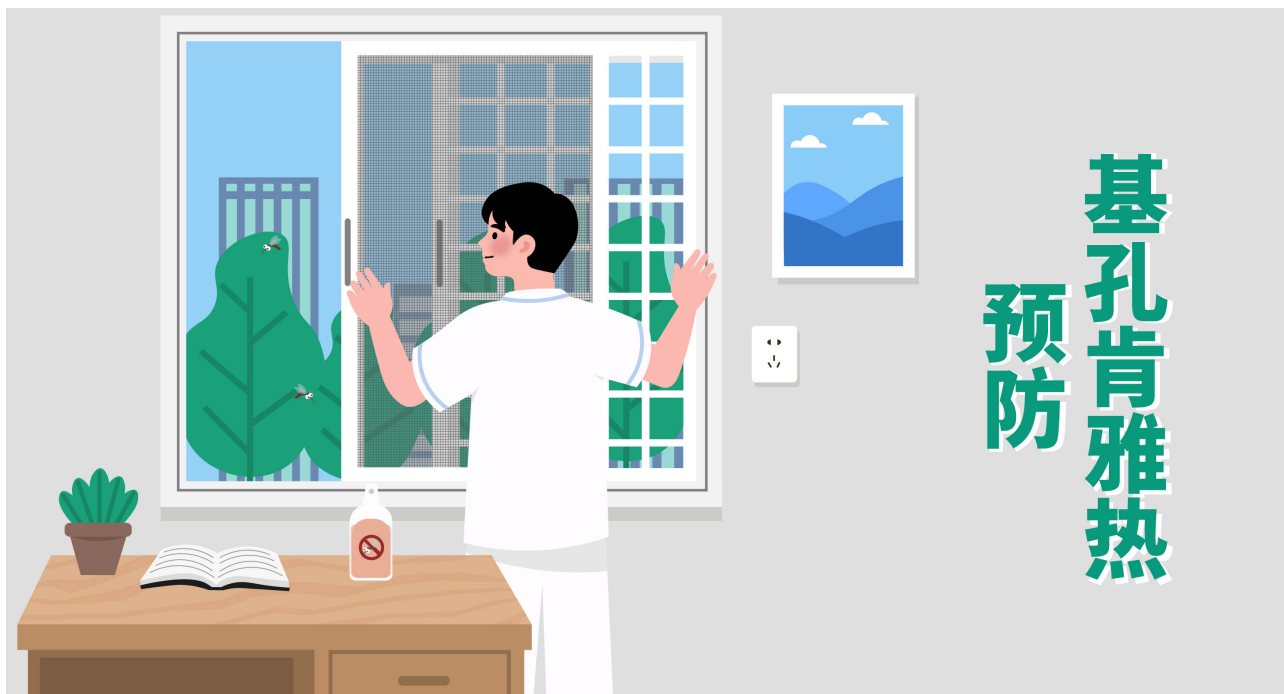


不容忽视的基孔肯雅热

文 / 西安市第一医院 吴宁莉 王园姬
中国人民解放军河北省军区石家庄第二离职干部休养所 权鹏鹤



基孔肯雅热是一种由基孔肯雅病毒引起的虫媒传染病，主要通过伊蚊（白纹伊蚊、埃及伊蚊）叮咬传播。典型临床表现为起病突然，伴高热、恶心、呕吐、皮疹、关节疼痛等症状，病情发展迅速。目前该病尚无特效药，以对症支持治疗为主。基孔肯雅热是一种自限性疾病，预后一般良好，大部分患者经过治疗后能够痊愈，但部分患者可能遗留严重的关节疼痛症状或其他慢性症状。由于该病具有传染性，前往疫区旅行时需注意采取科学防护措施，加强防范。

基孔肯雅热在非洲、南亚和东南亚地区的发病率及患病率较高，尤其在印度、斯里兰卡、缅甸、越南、泰国等国家较为常见。在我国，该病主要在热带、亚热带区域呈地方性流行，如广东、云南等。这些地区

的气候适宜蚊子生长，存在输入性病例导致局部暴发疫情的风险。

基孔肯雅热可感染各年龄段人群。在新疫区或输入性流行区，所有年龄组均可发病；而在长期流行的非洲和东南亚地区，儿童发病较多。该病无性别和职业差异，新生儿、免疫力低下者、糖尿病患者等更易感染。需要注意的是，基孔肯雅热并非我国本土常见疾病，病例大多为输入性。

基孔肯雅热的流行与传播需满足传染源、传播途径和易感人群三个基本条件。其病毒主要通过埃及伊蚊和白纹伊蚊传播，主要传染源为患者和隐性感染者。患者发病期间，尤其是发病后7天内，传染性最强，此时若被伊蚊叮咬，会将病毒传播给他人。

一、临床诊断与鉴别

1.疑似病例定义(需符合以下两条)

● 流行病学史: 发病前2~12天在疫区居住、旅行, 或被伊蚊叮咬。

● 临床表现: 突发高热(体温 $>39^{\circ}\text{C}$)、重度关节痛(多为对称性, 主要累及小关节)、皮疹, 伴有肌痛、头痛、恶心或呕吐。

2.确诊的检测方法

● 核酸检测: 宜在发病后7天内进行, 可直接检测病毒RNA, 是检测的金标准。

● 血清抗体检测: 宜在发病后5天以上进行, 通常在8~10天检测效果最佳, 可提示急性感染, 但需排除交叉反应(如登革热、寨卡病毒病)。

● 中和抗体检测: 宜在恢复期(通常在发病后14天以上)进行, 可用于确认病毒分型及鉴别混合感染。

3.鉴别诊断要点

基孔肯雅热与下列症状相似的其他疾病需要注意鉴别, 具体要点见表1。

表1 基孔肯雅热与其他疾病的鉴别要点

疾病	相似症状	鉴别要点
登革热	发热、皮疹、关节疼痛	基孔肯雅热发热期较短, 关节疼痛更明显且持续时间较长, 出血倾向较轻, 需依赖特异性检测鉴别
寨卡病毒病	低热、关节疼痛、斑丘疹	寨卡病毒病以低热为主, 可致新生儿小头畸形, 需核酸检测鉴别
流感	发热、肌肉疼痛	流感多为季节性流行, 无特定蚊虫传播史, 少有皮疹和关节疼痛
麻疹	发热、皮疹	麻疹为红色斑丘疹, 从头面部开始逐渐蔓延至全身, 常伴呼吸道症状(如咳嗽、流涕等)
风疹	发热、皮疹、淋巴结肿大	风疹多为面部及躯干斑丘疹, 伴淋巴结肿大, 症状较轻, 少有关节疼痛

二、防护措施(核心: 防蚊灭蚊)

1.个人防护

● 防蚊用品: 使用含避蚊胺(DEET)、派卡瑞丁或伊默宁成分的驱蚊剂。

● 衣物防护: 穿长袖衣裤(浅色更佳), 衣物可喷

洒驱蚊剂。

● 物理隔离: 安装纱窗、纱门, 使用蚊帐(建议选择浸药蚊帐)。

● 避免外出: 伊蚊多在白天活动, 尤其是清晨、黄昏, 应减少此时段的户外暴露。

2.环境管理

● 清除积水: 定期清理花盆、水桶、废弃容器等积水处(伊蚊幼虫孳生地)。

● 水体处理: 储水容器加盖, 或投放灭蚊幼虫药剂(如苏云金杆菌制剂)。

● 社区协作: 配合卫生部门开展灭蚊行动(如喷洒杀虫剂)。

3.特殊人群注意

孕妇、婴幼儿、老年人及慢性病患者需加强防护。计划前往疫区(东南亚、非洲、美洲热带地区为高发区)的旅行者应提前查询目的地疫情。

4.医务人员和医院环境防护规范(二级防护+虫媒隔离)

● 执行标准预防: 做好手卫生, 佩戴手套、护目镜, 穿隔离衣。

● 门急诊分诊: 快速识别疑似病例, 立即转至隔离诊室。

● 病房要求: 安装防蚊纱窗; 室温维持在 25°C 以下, 以抑制蚊虫活动; 病床配备长效菊酯类药浸蚊帐, 防止病毒传播。

● 患者管理: 发病后1周内(病毒血症期)严格限制外出, 防止通过蚊虫叮咬传播给他人; 其血清样本按生物安全二级处理, 操作人员需戴N95口罩, 并在生物安全柜内操作。

三、对症支持治疗

基孔肯雅热目前尚无特效药物, 治疗的核心为缓解症状。退热止痛首选对乙酰氨基酚, 避免使用阿司匹林、布洛芬等非甾体抗炎药(NSAIDs)。慢性关节痛可采用物理治疗(如热敷、康复训练)或遵医嘱使用缓解性药物。

支持治疗主要包括充分休息及补充水分和电解质(口服补液盐)。重症患者(如合并脑膜炎、心肌炎的患者)需住院监护。约30%~40%的患者可能出现持续数月甚至数年的关节疼痛, 需转至风湿科接受随访治疗。

1.急性期治疗

基孔肯雅热的急性期通常指发病后14天以内，治疗措施详见表2。

表2 基孔肯雅热急性期的治疗

症状	处理方案	禁忌/警示
高热、疼痛	首选对乙酰氨基酚（每日不超过4克）	禁用非甾体抗炎药（如阿司匹林、布洛芬等）
剧烈关节痛	短期使用弱阿片类药物（如曲马多），严重者试用小剂量糖皮质激素（每日服用泼尼松0.5毫克/千克，3~5天）	避免长期使用糖皮质激素
脱水、电解质紊乱	口服补液盐或静脉补液（乳酸林格液）	警惕老年人心力衰竭或肾衰竭

2.慢性期管理

- 风湿科联合康复方案：一线用药为羟氯喹（200毫克，每日2次）和甲氨蝶呤（每周7.5~15毫克）。

- 难治性关节痛：可使用TNF-α抑制剂（如依那西普）。
- 物理治疗：进行关节活动度训练、低强度有氧运动等。

四、疫情上报与公共卫生响应

发病后1周内属于病毒血症期，患者需隔离在防蚊环境中，避免通过蚊虫叮咬将病毒传播给他人。

1.传染病报告

- 中国标准：确诊后24小时内填报乙类传染病卡。
- 国际检疫：输入病例需通报海关总署，防止跨境传播。

2.社区防控协作

- 配合疾病预防控制中心（CDC），开展疫点灭蚊工作。
- 高风险区建议暂停非紧急手术，以降低患者就医时被蚊虫叮咬的风险。

基孔肯雅热虽为自限性疾病，但其急性症状明显，且部分患者可能遗留慢性关节痛。由于该病传播依赖伊蚊，因此防控关键在于防蚊灭蚊。公众及医务人员了解其临床表现与鉴别要点，并做好个人与环境防护，对减少疾病传播、降低疾病影响至关重要。[赛物S&A](#)

