

附件

寨卡病毒病防控方案 (第一版)

寨卡病毒病(Zika Virus Disease)是由寨卡病毒(Zika Virus)引起并通过蚊媒传播的一种自限性急性疾病。寨卡病毒于1947年首次在乌干达从恒河猴体内被发现,1952年在乌干达和坦桑尼亚的人体中分离到。2007年以前,全球仅报告14例寨卡病毒病散发病例,2007年首次在太平洋岛国密克罗尼西亚的雅普岛发现寨卡病毒暴发疫情,其后发现寨卡病毒感染病例和暴发疫情的国家及地区有增加趋势。2015年5月,巴西报告首例寨卡病毒病病例,截至2016年1月底,巴西等24个美洲国家和地区报告本地感染病例。同时,欧洲、北美等地的多个国家报告发现输入性病例,我国台湾也报告1例来自泰国的输入性病例。在寨卡病毒疫情发生时,巴西等国新生儿小头畸形病例数显著增加,现有证据提示,新生儿小头畸形可能与孕妇寨卡病毒感染有关。疫情的快速蔓延以及与小头畸形之间的可能因果关系,引起了国际社会的广泛关注。

我国南方部分地区存在可传播寨卡病毒的媒介伊蚊,近年来与之传播方式相似的登革热输入性疫情持续增多,并在南方部分省份引起了较大规模的暴发疫情。随着与相关国家或地区人员往来的日益密切,我国存在寨卡病毒输入风险。特别是我国南方地区夏秋季节伊蚊密度较高,一旦有病例输入,不排除在局部地区发生本地传播扩散的可能。为指导各地做好寨卡病毒病的预防控制工作,特制定本防控方

案。

一、疾病概述

（一）病原学。

寨卡病毒属黄病毒科（*Flaviviridae*）黄病毒属（*Flavivirus*），呈球形，直径约为 40-70nm，有包膜。基因组为单股正链 RNA，长度约为 10.8Kb，分为亚洲型和非洲型两个基因型，目前在南美地区流行的病毒为亚洲型。寨卡病毒与同为黄病毒属的登革病毒、黄热病毒及西尼罗病毒等存在较强的血清学交叉反应。病毒可在蚊源细胞（C6/36）、哺乳动物细胞（Vero）等细胞中培养繁殖并产生病变。

寨卡病毒的抵抗力不详，但黄病毒属的病毒一般不耐酸、不耐热，60℃ 30 分钟可灭活，70%乙醇、1%次氯酸钠、脂溶剂、过氧乙酸等消毒剂及紫外照射均可灭活。

（二）流行病学。

1. 传染源和传播媒介

（1）传染源：患者、隐性感染者和感染寨卡病毒的非人灵长类动物是该病的可能传染源。

（2）传播媒介：埃及伊蚊为寨卡病毒主要传播媒介，白纹伊蚊、非洲伊蚊、黄头伊蚊等多种伊蚊属蚊虫也可能传播该病毒。

根据监测，我国与传播寨卡病毒有关的伊蚊种类主要为埃及伊蚊和白纹伊蚊，其中埃及伊蚊主要分布于海南省、广东雷州半岛以及云南省的西双版纳州、德宏州、临沧市等地区；白纹伊蚊则广泛分布于我国河北、山西、陕西以南的广大区域。

2. 传播途径

(1) 蚊媒传播为寨卡病毒的主要传播途径。蚊媒叮咬寨卡病毒感染者而被感染，其后再通过叮咬的方式将病毒传染给其他人。

(2) 人与人之间的传播。

母婴传播：曾自孕妇胎盘中检测出寨卡病毒，提示寨卡病毒可通过胎盘由母亲传染给胎儿。此外，有寨卡病毒血症的孕妇，可能会在分娩过程中将寨卡病毒传播给新生儿。在乳汁中曾检测到寨卡病毒核酸，但尚无寨卡病毒通过哺乳感染新生儿的报道。

血液传播和性传播：寨卡病毒有可能通过输血或性接触进行传播。截至目前，已各报告 1 例可能通过输血传播和性接触传播的病例。

3. 人群易感性

包括孕妇在内的各类人群对寨卡病毒普遍易感。曾感染过寨卡病毒的人可能对再次感染具有免疫力。

4. 潜伏期和传染期

(1) 潜伏期：目前该病的潜伏期尚不清楚，有限资料提示可能为 3~12 天。

(2) 传染期：患者的传染期尚不清楚，有研究表明患者早期产生病毒血症，并具备传染性。

5. 地区分布

寨卡病毒病目前主要流行于美洲、非洲、东南亚和太平洋岛国等国家和地区。

(1) 2014 年之前地区分布

从 1947 年病毒被发现至 2007 年以前，寨卡病毒病主要表现为散发，被证实的人类感染病例仅 14 例。

2007 年 4-7 月，太平洋岛国密克罗尼西亚的雅普岛出现 185 例发热、头痛、皮疹、结膜炎和关节痛等症状的患者，其中 49 例确诊为寨卡病毒感染，无重症或死亡病例。之后的数年中，东南亚地区的泰国、柬埔寨、印度尼西亚和新喀里多尼亚相继有散发病例的报告。

2013 年-2014 年，位于南太平洋的法属波利尼西亚发生寨卡病毒暴发疫情，报告病例约 10,000 例，其中 70 例为重症病例，包括神经系统疾病（格林-巴利综合征、脑膜脑炎）或自身免疫性疾病（血小板减少性紫癜、白血球减少症）的并发症。

（2）2015 年以来地区分布

2015 年 5 月，巴西报告首例确诊的寨卡病毒感染病例，截至 2016 年 1 月底，美洲已有 24 个国家和地区相继报告寨卡病毒本地感染病例，包括：哥伦比亚、巴西、玻利维亚、巴巴多斯、库拉索岛、多米尼加、厄瓜多尔、萨尔瓦多、法属圭亚那、瓜德罗普岛、危地马拉、圭亚那、洪都拉斯、墨西哥、马提尼克岛、尼加拉瓜、海地、圣马丁、波多黎各、巴拉圭、巴拿马、苏里南、美属维尔京群岛、委内瑞拉。

2015 年以来，北美的美国、加拿大，亚洲的中国台湾，欧洲的丹麦、芬兰、德国、意大利、葡萄牙、荷兰、西班牙、瑞典、英国、瑞士等国家和地区，均发现寨卡病毒输入病例。

至今我国大陆及港澳地区尚无寨卡病毒病病例的报道。

6. 发病季节特点

发病季节与当地的媒介伊蚊季节消长有关，疫情高峰多出现在夏秋季。在热带和亚热带地区，寨卡病毒病一年四季均可发病。

（三）临床表现。

临床症状包括发热、皮疹（多为斑丘疹）、关节痛、肌肉痛、结膜炎等。感染寨卡病毒后，约 80% 的人为隐性感染，仅有 20% 的人出现上述临床症状，一般持续 2-7 天后自愈，重症和死亡病例少见。

寨卡病毒感染可能导致少数人出现神经系统和自身免疫系统并发症，孕妇感染后可能会导致新生儿小头畸形。

二、诊断、报告和治疗

（一）诊断。

各级各类医疗机构应按照《寨卡病毒病诊疗方案》做好相关病例的诊断工作。诊断时应注意与登革热、基孔肯雅热等疾病进行鉴别。

各省份发现的首例寨卡病毒感染病例的确诊，应由中国疾病预防控制中心实验室检测复核后予以确认。重症病例、死亡病例以及暴发疫情的指示病例和首发病例标本均应送至中国疾病预防控制中心实验室进行复核检测。

（二）报告。

各级各类医疗机构发现寨卡病毒病疑似病例、临床诊断病例或确诊病例时，应于 24 小时内通过国家疾病监测信息报告管理系统进行网络直报，报告疾病类别选择“其它传染病中的寨卡病毒病”，如为输入性病例须在备注栏注明来源地区，统一格式为“境外输入/X 国家或地区”或“境外输入/X 省 X 市 X 县”。

各县（区）内出现首例病例，暂按照突发公共卫生事件要求在 2 小时内向所在地县级卫生计生行政部门报告，并同时通过突发公共卫生事件信息报告管理系统进行网络报告。接到报告的卫生计生行政部门应当在 2 小时内向本级人民政府和上级卫生计生行政部门报告。

（三）治疗。

本病一般为自限性疾病，目前尚无针对该病的特异性抗病毒药物，临床上主要采取对症治疗。

三、实验室检测

按照《寨卡病毒实验室检测技术方案》（附录 1）进行病例和蚊媒标本的采集、包装、运送和实验室检测。

寨卡病毒病的检测方法包括病毒核酸检测、IgM 抗体检测、中和抗体检测和病毒分离等。寨卡病毒与黄病毒属其他病毒具有较强的血清学交叉反应，目前主要采用病毒核酸检测。

开展蚊媒寨卡病毒检测时，对捕获的伊蚊成蚊或幼虫进行病毒核酸检测。

寨卡病毒在我国归属于三类病原体，应在生物安全二级实验室（BSL-2）开展实验室检测。应按照《病原微生物实验室生物安全管理条例》等相关规定要求，做好生物安全防护工作。

四、流行病学调查

疾病预防控制机构在接到病例报告后，应立即组织专业人员开展调查，分析感染来源，搜索可疑病例，评估进一步发生感染和流行的风险。

发现本地感染病例时，应开展病例的主动搜索以及蚊媒应急监测，分析疫情动态，评估流行趋势，及时提出有针对性的控制措施。

对所有散发病例及暴发疫情的指示病例、首发病例、重症、死亡病例，以及因查明疫情性质和波及范围需要而确定的调查对象，均按照《寨卡病毒病流行病学个案调查表》（附录 2）进行详细个案调查。疫情性质确定后发生的后续病例可使用“寨卡病毒病入户调查登记表”（附录 3）收集简要流行病学信息。

五、预防与控制措施

（一）预防输入。

1. 关注国际疫情动态

密切追踪寨卡病毒病国际疫情进展信息，动态开展风险评估，为制定和调整本地防控策略与措施提供依据。

2. 根据需要发布旅行健康提示

各地卫生计生部门协助外交、商务、旅游及出入境检验检疫等部门做好前往寨卡病毒病流行区旅行者和海外中国公民的宣传教育和健康提示。

3. 做好口岸卫生检疫

卫生检疫部门一旦发现疑似病例，应及时通报卫生计生部门，共同做好疫情调查和处置。

（二）病例监测与管理。

1. 病例监测与早期发现

各级各类医疗机构发现发热、皮疹、肌肉关节痛的患者，应注意

了解患者的流行病学史（流行地区旅行史），考虑本病的可能，并及时采样送检。此外，对于新生儿出现小头畸形的产妇，如有可疑流行病学史，也需考虑寨卡病毒感染的可能。

2. 流行病学调查

对相关病例进行个案调查，重点调查病人发病前 2 周的活动史，查明可疑感染地点，寻找感染来源；同时调查发病后一周的活动史，开展病例搜索，评估发生感染和流行的风险。

3. 病例搜索

对于输入病例，应详细追查旅行史，重点在与其共同出行的人员中搜索。如病例从入境至发病后 1 周曾在本县（区）活动，还应在其生活、工作区域搜索可疑病例。

在出现本地感染散发病例时，以病例住所或与其相邻的若干户、病例的工作地点等活动场所为中心，参考伊蚊活动范围划定半径 200 米之内空间范围为核心区，1 例感染者可划定多个核心区，在核心区内搜索病例。可根据城区或乡村不同建筑类型，推测伊蚊活动范围，适当扩大或缩小搜索半径。

4. 病例管理

对急性期病例必须采取防蚊隔离措施，防蚊隔离期限从发病日起不少于 7 天，且应持续到发热症状消退。重症病例应住院治疗。

医疗卫生人员在开展诊疗及流行病学调查时，应采取标准防护。在做好病例管理和一般院内感染控制措施的基础上，医疗机构应落实防蚊灭蚊措施，防止院内传播。

（三）媒介监测与控制。

有媒介分布地区，除做好上述工作外，还需做好媒介监测与控制工作。

1. 日常监测与控制

各级卫生计生行政部门负责领导并组织当地疾病预防控制机构开展以社区为基础的伊蚊密度监测，包括伊蚊种类、密度、季节消长等。日常监测范围、方法及频次要求同登革热，可参照《登革热媒介伊蚊监测指南》中的常规监测进行。

当发现媒介伊蚊布雷图指数及诱蚊诱卵器指数超过 20 时，应及时提请当地政府组织开展爱国卫生运动，清除室内外各种媒介伊蚊的孳生地及开展预防性灭蚊运动，降低伊蚊密度，以降低或消除寨卡病毒病等蚊传疾病的暴发风险。

2. 应急监测与控制

在伊蚊活动季节发现输入或本地感染寨卡病毒病病例时，应启动应急监测。媒介伊蚊应急监测区域、方法及频次要求同登革热，可参照《登革热媒介伊蚊监测指南》中的应急监测进行。

当有寨卡病毒病病例出现且以疫点为圆心 200 米半径范围内布雷图指数或诱蚊诱卵指数 ≥ 5 、警戒区（核心区外展 200 米半径范围） ≥ 10 时，或布雷图指数或诱蚊诱卵器指数大于 20 时，应启动应急媒介伊蚊控制。

媒介伊蚊应急控制要点包括：做好社区动员，开展爱国卫生运动，做好蚊虫孳生地清理工作；教育群众做好个人防护；采取精确的疫点

应急成蚊杀灭等，通过综合性的媒介伊蚊防控措施，尽快将布雷图指数或诱蚊诱卵器指数控制在 5 以下。

（四）宣传与沟通。

存在流行风险的地区应采取多种有效形式，以通俗易懂的方式开展健康教育活动。宣传要点包括：寨卡病毒病由伊蚊（俗称花斑蚊或花蚊子）叮咬传播；伊蚊在水缸、水盆、轮胎、花盆、花瓶等积水容器中繁殖；清除积水、翻盆倒罐，清除蚊虫孳生地可以预防寨卡病毒病流行；在发生疫情的地区要穿长袖衣裤，在身体裸露部位涂抹防蚊水、使用驱蚊剂或使用蚊帐、防蚊网等防止蚊虫叮咬。

除一般旅行健康提示外，应提醒孕妇及计划怀孕的女性谨慎前往寨卡病毒病流行的国家或地区，如确需赴这些国家或地区时，应严格做好个人防护措施，防止蚊虫叮咬。若怀疑可能感染寨卡病毒时，应及时就医，主动报告旅行史，并接受医学随访。

（五）培训和实验室能力建设。

1. 强化医务人员培训，提高疾病识别能力

开展医务人员诊疗知识培训，提高疾病诊断与识别能力。重点地区应在每年流行季节前，结合登革热、基孔肯雅热的防控工作开展基层医务人员寨卡病毒病相关知识的强化培训，增强对寨卡病毒病的认识，及时发现和报告疑似寨卡病毒感染病例。

2. 建立寨卡病毒检测能力

建立和逐步推广寨卡病毒的实验室检测技术。各省级疾病预防控制中心要尽快建立实验室检测的相关技术和方法，做好实验室技术和

试剂储备，逐步提高基层疾病预防控制中心对该病的实验室检测能力，以应对可能发生的疫情。

附件 1：检测方案

2：个案调查表

3：入户调查表