

临床表现: 三主症

潜伏期为 1~12 天, 多为 3~7 天。发病当天至发病后 7 天内具有传染性。

1. 发热: 急起发热, 体温可达 39℃ 以上, 一般发热 1~7 天。部分病人热退后再次发热, 表现为双峰热, 持续 3~5 天恢复正常。常伴有寒战、头痛、全身肌肉疼痛、畏光、恶心、呕吐等症状。

2. 关节疼痛: 主要累及手腕和踝趾等小关节, 也可涉及膝和肩等大关节, 腕关节受压引起剧烈疼痛是本病的重要特征。基孔肯雅热名称源于非洲坦桑尼亚, 意为“弯腰驼背”, 形象描绘了患者因剧烈关节疼痛而蜷缩身体的姿态。部分患者关节疼痛持续数月甚至数年。

3. 皮疹: 80% 的患者在发病后 2~5 天, 躯干、四肢的伸展侧、手掌和足底出现皮疹, 为斑疹、丘疹或紫癜, 疹间皮肤多为正常, 部分患者伴有瘙痒感。数天后消退, 可伴有轻微脱屑。

急性期后, 绝大多数患者的关节疼痛及僵硬状态可完全恢复。少部分患者持续性关节疼痛和僵硬可达数周至数月, 甚至 3 年以上。

诊断、治疗: 病例报告与管理

基孔肯雅热的诊断, 流行病学资料非常重要, 有生活在基孔肯雅热流行地区或 12 天内有疫区旅行史, 发病前 12 天内有蚊虫叮咬史; 临床上出现

发热、关节疼痛、皮疹表现;

确诊需通过相应的病原学检查:

(1) 血清特异性 IgM 抗体阳性;

(2) 恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍以上增高;

(3) 从患者标本中检出基孔肯雅病毒 RNA ;

(4) 从患者标本中分离到基孔肯雅病毒。

医疗机构发现基孔肯雅热疑似病例、临床诊断病例和确诊病例, 应于 24 小时内通过“中国疾病预防控制中心信息系统”的检测报告管理模块进行网络直报。尚无针对基孔肯雅热的特异性治疗措施, 主要采取对症、支持治疗, 可使用非甾体类抗炎药降温止痛, 避免使用阿司匹林类药物。患者原则上须采取防蚊隔离措施, 期限从发病日起不少于 7 天, 体温自然下降至正常超过 24 小时后解除防蚊隔离。

全民防控: 切断蚊子作恶之路

我国尚无基孔肯雅热疫苗, 防控主要通过切断传播途径和控制传染源。没有蚊虫就没有基孔肯雅热传播, 防控核心可浓缩为九字诀, “清积水、灭成蚊、防叮咬”。在今年全球高发的形势下, 如果计划前往东南亚、非洲或其他基孔肯雅热流行地区, 出行前一定要查询当地疫情信息, 做好充分的驱蚊防蚊准备。