



## 埃博拉病毒风险评估

跨境旅行造成相邻地区国家传播的风险**高**。

相距稍远的非洲地区存在**中等**风险。

非洲以外国家传播风险**低**。

从疫区归来的旅行者和商人风险**低**。

探亲访友人群感染风险**低**。

与患病的人共同乘坐交通工具感染风险**低**。

如果按照基本医疗规范进行防护，在疫区工作的医务人员感染风险**很低**。



## 人们应当何时就医

当人们曾经去过已知存在埃博拉出血热的地区，或者与已知或疑似患有埃博拉出血热的人员接触过，并且开始出现症状时，就应当立即就医。

当怀疑病人患有该病时，应当立即向最近的卫生机构报告。及时就医对于提高病人的生存率至关重要。同时应立即启动感染控制程序，以控制疾病传播。

## WHO 旅行建议

在疫情期间，世界卫生组织(WHO)定期评估公共卫生形势，并在必要时提出旅行或贸易限制的建议。

二、前往受影响地区的医务人员应严格遵守WHO推荐的感染控制指南。

由于埃博拉的人际传播是由于直接接触感染病人的体液或分泌物造成的，因此旅行者感染的风险很低。

三、曾在最近报告病例的地区停留过的任何人，均应在出现疾病最初迹象时求医。

WHO的一般性旅行建议为：

四、为从疫区归来且出现相关症状的旅行者提供诊治服务的临床医生，要考虑病人感染埃博拉病毒的可能性。

## 相关链接

埃博拉出血热疫情暴发后，病例数迅速上升。目前疫情主要集中在几内亚、塞拉利昂和利比里亚。世界卫生组织提到，“埃博拉疫情在三国已近失控”。

目前我国相关部门采取了“严防死守”的措施，埃博拉病毒传入我国的可能性很小，即使传入我国，我国的医疗救治和公共卫生能力也能够应对。

第一道防线：严防死守  
目前，我国在入境口岸采取严格措施，争取在第一道防线阻止病毒入境。

国家质量监督检验检疫总局、外交部、国家卫生和计划生育委员会、国家旅游局联合发布了关于防止非洲埃博拉出血热传入我国的公告。该公告称，来自几内亚、利比里亚和塞拉利昂地区的人员，如有发热、极度虚弱、头痛、肌痛、咽痛、结膜充血等症状，入境时应立即主动向入境检验检疫机构口头申报。入境口岸不能明确诊断的，应当移交指定的医疗机构进一步诊治。

相关部门已经在我国入境口岸进行明确部署，发放埃博拉疫情的防控材料，在入境口岸电子屏幕上显示相关信息。同时加强入境体温监测，对有高热、乏力症状的疑似病人转移到适当的医疗机构。

第二道防线：及时申报  
埃博拉出血热有21天潜伏期。公告规定，入境后3周内出现症状，应立即到医院就诊，并向医生说明近期的旅行史，以便及时得到诊断和治疗。医疗机构发现疑似病例，应按要求及时报告。

同时，公告要求前往这3个国家旅行的人员保持良好的个人卫生习惯，避免接触灵长类及其他野生动物，避免与可疑病人接触，避免直接接触病人或感染动物的血液、体液和排泄物等，食用当地动物产品前应确认食物已被彻底煮熟。旅行中或旅行后发现与相关症状者，应当立即就医。

专家说，一旦有病人确诊，我国将按照国际惯例，追踪密切接触者，同时对其呕吐物、排泄物等进行消毒，严控病毒扩散。

第三道防线：国内严控  
7月31日，国家卫生和计划生育委员会已经下发了《埃博拉出血热防控方案》，在官方网站上发布埃博拉出血热常识问答，希望公众具备防范知识，有疑似症状及时就医。

“没有人敢确认埃博拉病毒不会传入我国，但是埃博拉疫情不太可能在我国传播。”中国疾病预防控制中心应急中心新发传染病防控办公室主任向妮娟称，“按照世界卫生组织的判断，我国与这3个国家距离远，没有直飞航班，属于风险低的国家。目前国际上也都加强了警戒措施，我国也采取了严控措施，即使有病毒传入，也不太可能大范围传播。”

(据《科技日报》)

# 看清“埃博拉”

## 编者按

埃博拉出血热肆虐西非国家，感染人数众多，感染程度猛烈。近期，国家卫生计生委下发了《埃博拉出血热防控方案》，本报参照《埃博拉出血热防控方案》，结合埃博拉出血热常见问题，编发此文，以供参考。

本版内容均由张琦整理

## 埃博拉诊断、治疗和报告

埃博拉出血热临床早期症状无特异性，应注意与其他病毒性出血热如拉沙热、黄热病、马尔堡出血热、克里米亚-刚果出血热、肾综合征出血热等相鉴别。确诊主要依靠实验室检测，目前对埃博

拉出血热尚缺乏特效治疗方法，主要是对症和支持治疗。各级医疗机构发现符合病例定义的埃博拉出血热疑似或确诊病例时，应在2小时之内通过国家疾病监测信息系统报告管理系统进行网络直

报，报告疾病类别选择“其他传染病”中的“埃博拉出血热”。按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》的要求进行突发公共卫生事件或相关信息的报告。

## 实验室检测

### 一、病原学检测。

(一)病毒抗原检测：由于埃博拉出血热有高滴度病毒血症，可采用ELISA(酶联免疫吸附测定)等方法检测血清中病毒抗原。一般发病后两至三周内，可在病人血标本中检测到病毒特异性抗原。可以采用免疫荧光法和免疫组化法检测组织和疑似病例尸检标本中的病毒抗原。

PCR共同的缩写)等核酸扩增方法检测。一般发病后2周内可从病人血标本中检测到病毒核酸，发病后1周内的标本检出率高。

(三)病毒分离：采集急性发热期病人血标本，用Hela(海拉)等细胞进行病毒分离培养，一般发病1周内血标本病毒分离率高。

血清特异性IgM抗体多采用IgM捕捉ELISA法检测，血清特异性IgG抗体多采用ELISA、免疫荧光等方法检测。

## 防控措施

目前埃博拉出血热尚没有疫苗可以预防，隔离控制传染源和加强个人防护是防控埃博拉出血热的关键措施。

### 一、病例和接触者管理。

一旦发现可疑病例，应采取严格的隔离措施，控制传染源，防止疫情扩散。

密切接触者是指病人发病后，可能接触其血液、分泌物、排泄物等的人员，如陪护、救治、转运病人及尸体处理等人员。对密切接触者进行追踪和医学观察。医学观察期限为自最后一次暴露之日起21天。医学观察期间一旦出现发热、乏力、咽痛等临床症状时，要立即进行隔离，并采集标本进行检测。

病人死亡后，应尽量减少尸体的搬运和转运。尸体应消毒后用密封防漏物品包裹，及时焚烧或按相关规定处理。进行尸体解剖时，应按《传染病病人或疑

似传染病病人尸体解剖查验规定》执行。

二、医院内感染控制。按照《医院感染管理规范》的要求做好院内感染控制。

(一)加强个人防护。在标准防护的基础上，要做好接触防护和呼吸道防护。

(二)对病人的分泌物、排泄物及其污染物品均严格消毒。

病人的分泌物、排泄物应严格消毒，可采用化学方法处理；具有传染性的医疗废物(污染的针头、注射器等)可用焚烧或高压蒸汽消毒处理。

人的皮肤暴露于可疑埃博拉出血热病人的血液、分泌物或排泄物时，应立即用清水或肥皂水彻底清洗，或用0.5%碘伏消毒液、75%酒精洗必泰擦拭消毒，使用清水或肥皂水彻底清洗；黏膜应用大量清水冲洗或0.05%碘伏冲洗。

## 面对诊疗高风险，如何自我保护

治疗疑似病例或确诊病例的医务人员比其他人群面临的感染风险更高。

一、除采取标准防护措施外，医务人员应当严格采取所推荐的感染控制措施，避免与病人的血液、体液或者受到埃博拉病毒污染的环境或物品发生接触(比如病人的床单或

用过的针头)。

二、医务人员应充分了解该疾病以及如何安全地进行病例的临床管理。

三、应使用防护服、手套、面罩、护目镜或防护面罩等个人防护装备。

四、除非已经恰当消毒，否则个人防护装备不应重复使用。

五、应在诊疗护理每一例疑似病例后都更换手套。

六、侵入性操作程序使医生、护士和其他人更容易被感染，应当在严格的安全条件下进行。

七、埃博拉出血热病人应进行隔离治疗。

## 如何在疫情期间保护健康

WHO向各国提供技术建议，以防范及应对埃博拉疫情。

### WHO采取的行动有：

一、开展疾病监测，在区域之间共享信息，监视疫情发生动态。

二、一旦疫情出现，对调查工作及疫情控制提供技术支持——比如在现场协助进行病例搜索，并追踪疾病传播模式。

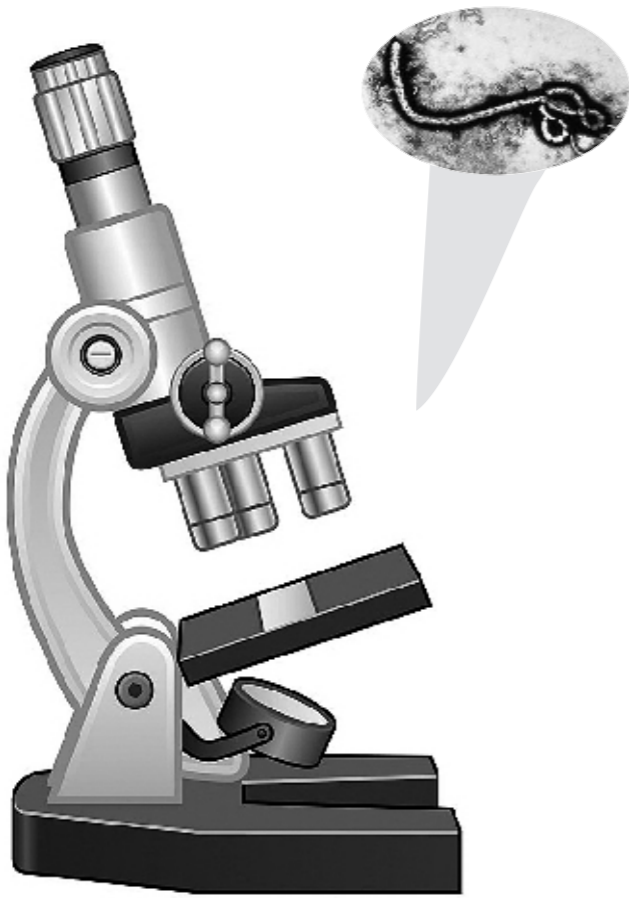
三、对预防和治疗方案提出建议。

四、根据有关国家请求，派遣专家并提供生物物资(比如供卫生工作者使用的个人防护用

品)。

五、加强沟通，提高人们对疾病性质以及控制病毒传播的防护措施的认知。

六、启动区域和全球性专家网络，应要求提供支持，减轻可能带来的国际健康影响及对旅行和贸易的影响。



资料图片

## 什么是埃博拉出血热

埃博拉出血热是一种严重且往往致命的疾病，病死率最高可达90%。该病可侵犯人类和其他灵长类动物(猴子、大猩猩和黑猩猩)。

1976年，在同时发生的两起疫情中，疾控人员首次发现埃博拉病毒，一起发生在刚果民主共和国靠近埃博拉河的一个村庄，另一起出现在苏丹一个边远地区。

病毒的起源尚不得而知。但基于现有证据，人们认为果蝠(蝙蝠科)可能是埃博拉病毒的自然宿主。

埃博拉病毒可分为扎伊尔型、苏丹型、本迪布焦型、塔伊森林型和莱斯顿型。除莱斯顿型对人致病外，其余4种亚型感染后均可致人发病。不同亚型病毒基因组核苷酸构成差异较大，但同一亚型的病毒基因相对稳定。

埃博拉病毒在室温及4摄氏度存放1个月后，感染性无明显变化。60摄氏度灭活埃博拉病毒需要1小时。埃博拉病毒对紫外线、γ射线、甲醛、次氯酸、酚类等消毒剂 and 脂溶剂敏感。

## 人类如何感染

人类通过密切接触感染动物的血液、分泌物、器官或其他体液而感染埃博拉病毒。在非洲，人们因处理受感染患病或者死去的热带雨林中的黑猩猩、大猩猩、果蝠、猴子、森林羚羊和豪猪等动物而导致感染。要减少接触高危动物(即果蝠、猴子或猴)包括捡拾在森林中死亡的动物或处理其生肉。

一旦有人与感染埃博拉病毒的动物发生接触，就可能在社区造成人际传播。当人们通过破损皮肤或黏膜与感染者的血液、体液或其他分泌物(粪便、尿液、唾液和精子)直接接触时就可导致感染。当健康人的破损皮肤或黏膜接触被埃博拉出血热病人的血液和体液污染的环境或物品(如脏衣物、床单或者用过的针头)时，也可发生感染。

医务人员在救治埃博拉出血热病人时如果没有穿戴合适的个人防护装备，就可能接触到这一病毒。卫生系统各个层面(医院、诊所和卫生

站)的医疗卫生保健人员都应当了解该病的性质及传播方式，并严格遵守所推荐的感染控制防护措施。

在参加埃博拉出血热死者葬礼时，人们与死者尸体直接接触，也是埃博拉病毒传播的重要方式。因此，人们在处理埃博拉出血热死者尸体时，必须穿戴具有较强保护性的防护服和手套，并将死者立即埋葬。

只要病人血液和分泌物中含有埃博拉病毒就会具有传染性。因此，感染的病人应由医护人员密切观察，并进行实验室检查，以确保在出院回家前病人体内不再有该病毒的存在。当医护人员确定病人可以回家时，病人就不再具有传染性，不会对社区中的其他人造成感染。男性在康复后仍可能在长达7周的时间内通过其精液将病毒传给伴侣。因此，男性康复后至少在7周内要避免性交，或者在康复后7周内进行性交时要戴安全套。

## 哪些人感染风险最高

出现疫情时，感染风险较高的人员为：

- 一、医务人员；
- 二、与病人有密切接触的家庭成员或其他人；
- 三、在葬礼过程中直接接触死者尸体的人员；
- 四、在热带雨林地区接触了森林中死亡动物的人。

现在需要开展更多研究，以了解免疫受损者或者伴有其他基础性疾病的人员是否比其他人员更容易感染该病毒。

在诊所和医院、社区集会或家中，均可通过采取保护性措施而减少感染埃博拉病毒的机会。

## 临床表现和病理特点

本病潜伏期为2-21天，一般为5-12天。尚未发现潜伏期有传染性。

埃博拉出血热病人急性起病，高热、畏寒、极度乏力、头痛、肌痛、咽痛、结膜充血及相对缓脉。随后可出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻、黏液便或血便、皮疹等症状。

重症病人可出现神志改变，如嗜睡等症状，并可出现不

同程度的出血表现，包括鼻、口腔、结膜、胃肠道、阴道、皮肤出血或咯血、血尿等，可出现低血压、休克等；可并发心肌炎、肺炎和其他多脏器受损。

该病主要病理改变是皮肤、黏膜、脏器的出血，多器官可以见到灶性坏死。肝细胞点、灶样坏死是本病的典型特点，可见小泡体和凋亡小体。