

ICS 13.100

C 60

GBZ

中华人民共和国国家职业卫生标准

GBZ 227—2017

代替 GBZ 227—2010

职业性传染病的诊断

Diagnosis of occupational infectious disease

2017-05-18 发布

2017-11-01 实施

中华人民共和国 发布
国家卫生和计划生育委员会

前 言

本标准的第6章为推荐性的,其余为强制性的。

根据《中华人民共和国职业病防治法》制定本标准。

本标准按照GB/T 1.1—2009给出的规则起草。

本标准代替GBZ 227—2010《职业性传染病诊断标准》;与GBZ 227—2010相比主要修改内容如下:

- 修改了范围;
- 修改了规范性引用文件;
- 修改了诊断总则;
- 修改了职业性布鲁氏菌病临床表现的表述内容;
- 分则中增加了莱姆病和艾滋病两种职业性传染病的诊断条款;
- 附录A中增加了职业性莱姆病和职业性艾滋病的职业史确认及特异性实验室检查、职业卫生学调查、鉴别诊断和处理原则相关的内容;
- 增加了规范性附录B艾滋病指征性疾病C组临床表现;
- 增加了资料性附录C职业接触感染艾滋病病毒处理程序。

本标准负责起草单位:黑龙江省第二医院、辽宁省职业病防治院。

本标准参加起草单位:吉林省职业病防治院、黑龙江省牡丹江林业中心医院。

本标准主要起草人:宋莉、李晓军、蒋轶文、石冬梅、李丹丹、郑元春、邢军、石耀辉。

本标准所代替标准的历次版本发布情况为:

- GBZ 227—2010。

职业性传染病的诊断

1 范围

本标准规定了职业性传染病的诊断及处理原则。

本标准适用于《职业病分类和目录》所列职业性传染病的诊断及处理。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 16180 劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级

GBZ 88 职业性森林脑炎诊断标准

WS 269 布鲁氏菌病诊断标准

WS 283 炭疽诊断标准

WS 293 艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准

3 诊断原则

依据确切的病原生物(病原体)职业接触史,具有相应的临床表现及特异性实验室检查阳性结果,结合职业卫生学、流行病学调查资料,综合分析,排除其他原因所致的类似疾病,方可诊断。

4 总则

4.1 具有确切的病原生物(病原体)职业接触史。

4.2 有明确的传染病临床表现和特异性实验室检查结果。

5 分则

5.1 布鲁氏菌病

5.1.1 从事接触布鲁氏菌的相关职业,如兽医、畜牧、屠宰、畜产品加工(乳、肉、皮毛)、疫苗和诊断制品生产、研究、应用及从事布鲁氏菌病防治的工作人员。

5.1.2 布鲁氏菌病诊断应同时具备下列各项(按 WS 269 执行):

a) 急性期出现间断或持续数日乃至数周发热(包括低热),伴有多汗、乏力、肌肉和关节疼痛等;查体可发现部分患者淋巴结、肝、脾和睾丸肿大,少数患者可出现各种皮疹或黄疸;慢性期患者多表现为骨关节系统及神经系统损害;

- b) 实验室检查：血清学检查(试管凝集试验、补体结合试验、抗人球蛋白试验)任何一项为阳性或从病人血液、骨髓、其他体液及排泄物等任一种培养物中分离到布鲁氏菌。

5.2 炭疽

5.2.1 从事接触炭疽杆菌的相关职业，如屠宰、兽医、畜牧、畜产品加工（乳、肉、皮毛）、疫苗和诊断制品生产、研究、应用及从事炭疽防治等的工作人员。

5.2.2 炭疽诊断应同时具备下列各项(按 WS 283 执行)：

- a) 至少具备一种类型炭疽的临床表现(如皮肤炭疽、肺炭疽、肠炭疽、脑膜炎型炭疽、败血症型炭疽)；
- b) 显微镜检查，发现皮肤溃疡的分泌物、痰、呕吐物、排泄物、血液、脑脊液等标本中大量两端平齐、呈串联状排列的革兰阳性大杆菌，同时细菌培养分离到炭疽芽胞杆菌或血清抗炭疽特异性抗体滴度呈 4 倍或 4 倍以上升高。

5.3 森林脑炎

5.3.1 从事接触森林脑炎病毒的相关职业，并有蜱叮咬史。

5.3.2 森林脑炎诊断明确，按 GBZ 88 执行。

5.4 莱姆病

5.4.1 从事接触伯氏疏螺旋体的相关职业，可有蜱等吸血节肢动物叮咬史。

5.4.2 莱姆病诊断应同时具备 a) 中至少一项和 b) 中至少一项：

- a) 临床表现：
- 1) 游走性红斑，叮咬部位红斑、丘疹、中心部位水疱或坏死；
 - 2) 发热、头痛、咽痛、肌肉痛等类似感冒样症状，伴有局部或全身淋巴结肿大；
 - 3) 中枢或周围神经系统炎症，如脑膜炎、颅神经根炎、脊神经根炎、脑脊髓炎；
 - 4) 晚期有骨关节损害，如关节炎；皮肤出现硬化、萎缩、肢端皮炎等。
- b) 实验室检查：
- 1) 血清或体液（脑脊液、关节液、尿液）中检测到高滴度伯氏疏螺旋体特异性抗体；
 - 2) 双份血清特异性抗体滴度 2 倍及以上增高；
 - 3) 受损组织切片或血液、体液涂片中的病原体直接检测阳性；
 - 4) 组织或体液中伯氏疏螺旋体 PCR 检查 DNA 阳性。

5.5 艾滋病（限于医疗卫生人员和人民警察）

5.5.1 职业感染的判定：

- a) 医疗卫生人员和人民警察在从事人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus, HIV）感染者或艾滋病病人的防治和管理等活动中，有可能造成 HIV 意外感染，意外接触 24h 内检测 HIV 抗体为阴性，随访期内 HIV 抗体阳转的接触者，为职业接触感染；
- b) 对于意外接触者在接触前、后 6 个月内发生过易感染艾滋病病毒的行为，或者有线索显示接触者感染的病毒不是来自本次职业接触感染的，应当根据需要进行分子流行病学检测，并根据检测结果判定感染者感染的病毒是否来自本次职业接触。

5.5.2 艾滋病的诊断应具有下列一项（按 WS 293 执行）：

- a) HIV 感染和 CD4 细胞 $<200/\text{mm}^3$ ；
- b) HIV 感染和至少一种成人艾滋病指征性疾病（C 组临床表现）。

6 处理原则

6.1 治疗原则

6.1.1 一般治疗：适当休息，必要时隔离。

6.1.2 病原治疗：使用疗效确切的抗生素或抗病毒药物。

6.1.3 对症治疗：消除或减轻病原体所致的病理损害，维护机体内环境稳定，减轻病人痛苦。

6.1.4 支持治疗：提高机体免疫力，给予心理治疗、康复治疗等。

6.2 其他处理

如需劳动能力鉴定，按 GB/T 16180 处理。

7 正确使用本标准的说明

参见附录 A。

8 艾滋病指征性疾病 C 组临床表现

见附录 B。

9 职业接触感染艾滋病病毒处理程序

参见附录 C。

附 录 A
(资料性附录)
正确使用本标准的说明

A.1 定义

职业性传染病是指作业人员在职业活动中接触传染病的病原生物(病原体)所引起的疾病。

A.2 关于诊断原则

A.2.1 职业接触史的确认：具有染疫（布鲁氏菌病、炭疽）动物或其产品的密切接触史；病原体直接接触史；医疗卫生人员和人民警察在从事HIV感染者或艾滋病病人的防治和管理等活动中意外感染HIV；在林区、草原等地工作时有蜱等吸血节肢动物叮咬史。

A.2.2 职业性布鲁氏菌病、职业性炭疽、职业性森林脑炎、职业性艾滋病的临床表现及特异性实验室检查项目和方法分别参照WS 269、WS 283、GBZ 88 和WS 293。

A.2.3 职业卫生学调查的内容主要包括作业人员与染疫动物、人员或其产品接触方式、接触时间、防护措施、职业病危害因素的识别等。

A.2.4 需要鉴别的主要疾病如下：

- 1) 职业性布鲁氏菌病：与风湿热、伤寒、副伤寒、结核、感染性多发性神经根炎、病毒性脑炎等鉴别。
- 2) 职业性炭疽：与肺鼠疫、马鼻疽肺病变、细菌性痢疾等鉴别。
- 3) 职业性森林脑炎：与其他致病原所致中枢神经系统感染、急性脑血管病、颅脑外伤、代谢障碍疾病、癫痫、中毒性脑病、心因性精神障碍等鉴别。
- 4) 职业性莱姆病：与梅毒皮疹、结缔组织病、森林脑炎、病毒性脑炎、结核性脑膜炎、风湿和类风湿性关节炎、心肌病、急性单核细胞增多症等鉴别。
- 5) 职业性艾滋病：与传染性单核细胞增多症及结核、结缔组织病、先天性免疫缺陷病、特发性CD4 细胞减少症、何杰金氏病、假性艾滋病综合征等鉴别。

A.3 关于职业性森林脑炎

职业性森林脑炎的诊断及处理原则以GBZ 88 为准。

A.4 职业性艾滋病的职业感染确认和实验室要求

A.4.1 职业接触艾滋病病毒应提供“艾滋病病毒职业暴露个案登记表”和“职业暴露感染艾滋病病毒调查结论”。

A.4.2 艾滋病病毒、抗体和核酸序列同源性等实验室项目检测需在经省级卫生计生行政部门验收合格的艾滋病检测确证和监测筛查实验室进行。

A. 4.3 窗口期：从HIV侵入机体到血清HIV抗体转为阳性的时间。在窗口期内检测不出HIV抗体。

A. 4.4 随访期：指发生职业接触之后6个月。医疗卫生机构应当分别在接触24h内及之后的第4、8、12周和第6个月抽血复查。对于接触者存在基础疾患或免疫功能低下，产生抗体延迟等特殊情况的，随访期可延长至1年。

A. 5 HIV感染的判定

应具有HIV抗体确证试验阳性或血液中分离出HIV毒株；或者具有急性HIV感染综合征或流行病学史且不同时间的两次HIV核酸检测结果均为阳性。从HIV感染到出现艾滋病症状需经过平均7年~8年的潜伏期，HIV感染需要给予及时治疗和定期检测。

A. 6 职业性传染病的诊断命名

按照WS 269、WS 283、GBZ 88和WS 293的要求，不同疾病有各自的分期、分型及分度，因此职业性传染病诊断证明书中应加以明确，宜按照下列格式书写：

职业性布鲁氏菌病（XXX期）

职业性炭疽（XXX型）

职业性森林脑炎（XXX度）

职业性莱姆病

职业性艾滋病

A. 7 关于处理原则

A. 7.1 隔离期

A. 7.1.1 布鲁氏菌病、莱姆病不需隔离。

A. 7.1.2 炭疽的潜伏期为12h~12d，皮肤炭疽隔离至创口痊愈，痂皮脱落；其他类型炭疽症状消失后分泌物或排泄物连续培养2次阴性方能取消隔离。

A. 7.1.3 森林脑炎按GBZ 88执行。

A. 7.1.4 HIV感染和艾滋病处理原则参照GBZ/T 213和《艾滋病诊疗指南》。

A. 7.2 预后

部分布鲁氏菌病、莱姆病病例及时治疗预后良好，艾滋病、炭疽病病死率高。

附 录 B
(规范性附录)
艾滋病指征性疾病 C 组临床表现

艾滋病指征性疾病（C组临床表现）包括：

- a) HIV 消耗综合征；
- b) 肺孢子菌肺炎；
- c) 食管念珠菌感染；
- d) 播散性真菌病（球孢子菌病或组织胞浆菌病）；
- e) 反复发生的细菌性肺炎，近 6 个月 \geq 2 次；
- f) 慢性单纯疱疹病毒感染超过 1 个月；
- g) 任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染；
- h) 巨细胞病毒感染性疾病（除肝、脾、淋巴结以外）；
- i) 肺外结核病；
- j) 播散性非结核分枝杆菌病；
- k) 反复发生的非伤寒沙门菌败血症；
- l) 慢性隐孢子虫病（伴腹泻，持续 1 个月以上）；
- m) 慢性等孢子虫病；
- n) 非典型性播散性利什曼病；
- o) 卡波西肉瘤；
- p) 脑或 B 细胞非霍奇金淋巴瘤；
- q) 浸润性宫颈癌；
- r) 弓形虫脑病；
- s) 肺外隐球菌病，包括隐球菌脑膜炎；
- t) 进行性多灶性脑白质病；
- u) HIV 脑病；
- v) 有症状的 HIV 相关性心肌病或肾病。

附 录 C
(资料性附录)
职业接触感染艾滋病病毒处理程序

C.1 职业接触后个人处理程序

医疗卫生人员及人民警察等在职业活动中发生艾滋病病毒职业暴露后,应当及时就近到医疗机构进行局部紧急处理,并在1h内报告用人单位。

C.2 职业接触后用人单位处理程序

用人单位应当在个人暴露发生后2h内向辖区内的处置机构报告,并提供相关材料,配合处置工作。

C.3 职业接触后医疗卫生机构处理程序

C.3.1 处置机构在接到用人单位报告后,应当立即组织人员开展感染危险性评估、咨询、预防性治疗和实验室检测工作,收集、保存接触暴露源的相关信息,填写“艾滋病病毒职业暴露个案登记表”和“艾滋病病毒职业暴露事件汇总表”,并将“艾滋病病毒职业暴露事件汇总表”上传至艾滋病综合防治信息系统。处置机构应当按照要求在随访期内开展随访检测,及时更新相关信息。

C.3.2 处置机构对暴露情况进行感染危险性评估时,应当首先了解暴露源是否携带艾滋病病毒。对于不清楚感染状况的暴露源,应当在暴露当日采集其样本进行检测。

C.3.3 对存在艾滋病病毒职业暴露感染风险的暴露者,处置机构应当在发生暴露24h内采集其血样检测艾滋病病毒抗体,若抗体初筛检测阴性,需要在随访期内进行动态抗体检测;若抗体初筛检测阳性,进行抗体确证检测,若抗体确证为阳性,视为暴露前感染,将感染者转介到相关医疗卫生机构按规定进行随访干预和抗病毒治疗。

C.3.4 在随访期内,暴露者艾滋病病毒抗体发生阳转的,处置机构应当及时报告调查机构,并会同用人单位提交以下材料:暴露者完整的“艾滋病病毒职业暴露个案登记表”;暴露者接触过暴露源的相关信息;暴露者与用人单位存在劳动或人事关系等相关证明材料,并写明工种、工作岗位;暴露源携带艾滋病病毒的证明材料;暴露者在随访期内的艾滋病病毒抗体检测报告。

C.3.5 调查机构组织临床、检验、流行病学等相关领域专家对收到的材料进行审核,必要时可以到处置机构进行核实。调查机构出具的调查结论应当书面告知当事人和用人单位,并作为职业病诊断的重要依据。