

# 消除疟疾技术方案

(2011 年版)

为加快我国消除疟疾工作进程，指导各地科学、规范地实施消除疟疾工作，确保到 2020 年全国实现消除疟疾的目标，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中国消除疟疾行动计划（2010-2020 年）》、《疟疾诊断标准》、《疟疾控制和消除标准》和《传染病信息报告管理规范》，特制定本方案。

## 一、基本原则

消除疟疾工作应遵循因地制宜、分类指导、科学防治的原则，以传染源控制为核心，以监测工作为主导，突出重点地区，有效整合资源，完善工作机制，落实部门职责，加强能力建设，确保消除疟疾各项技术措施的落实。各地要根据当地疟疾流行情况及变化趋势，适时调整消除疟疾策略和相关技术措施。

## 二、传染源监测与控制

## （一）病例诊断

### 1. 诊断依据

#### （1）流行病学史

曾有疟疾传播季节在疟疾流行区（包括历史流行区）住宿、夜间停留史，或近二周内输血史；或有既往病史。

#### （2）临床表现

① 典型的临床表现：有周期性发冷、发热、出汗等症状，每天或隔天或隔两天发作一次。重症病例可出现意识障碍或昏迷等症状，主要并发症有脑损害、胃肠损害、休克、溶血、严重的肝肾损害、肺水肿、严重贫血、异常出血、低血糖、酸中毒等。

② 不典型的临床表现：有发热、发冷、出汗等症状，但热型和发作周期不规律，有类似感冒症状或伴有腹泻等胃肠道症状，也可有头痛、妄语等中枢神经系统症状。

根据患者是否出现严重并发症，可将疟疾患者分为普通型病例和重症病例；重症病例以脑型疟多见。

#### （3）实验室检查

① 病原学检查：显微镜检查血涂片查见疟原虫；

② 免疫学检测：疟原虫抗原检测阳性；

③ 基因检测：疟原虫特异性基因片段检测阳性。

## 2. 病例诊断分类

(1) 疑似病例：具有流行病学史，且临床表现不典型者。

(2) 临床诊断病例：具有流行病学史，且临床表现典型者。

(3) 确诊病例：疑似病例或临床诊断病例中实验室检查结果阳性的病例。根据感染人体的疟原虫种，确诊病例可分为间日疟、恶性疟、三日疟、卵形疟和混合感染等。

(4) 无症状带虫者：无临床症状，血涂片镜检查见疟原虫者。

### (二) 病例发现与报告

#### 1. 病例发现

(1) 村医务室（包括社区卫生服务站，下同）

① 在一类县，乡村医生（以下简称村医）对发现的疑似疟疾、临床诊断病例和不明原因发热病人，采制血涂片（要求每张血片涂制标准厚薄血膜各 1 个）送乡镇卫生院（包括

社区卫生服务中心，下同）镜检，并填写“疟疾病例就诊登记表”（附表1）。同时，对疑似病例和临床诊断病例采制滤纸血样送乡镇卫生院备检。有条件的可采用快速诊断试剂盒（以下简称 RDT）进行检测。

② 在二、三类县，村医对发现的疑似疟疾、临床诊断疟疾病例和不明原因发热病人，应建议其尽快就近到乡级及以上医疗机构就诊。

## （2）乡级及以上医疗卫生机构

① 临床医生应根据患者的流行病学史（和既往病史）及临床表现进行初步诊断，对所有临床诊断为疟疾、疑似疟疾和不明原因发热的病人，及时开具检验单进行疟疾实验室检查。

② 检验人员负责采集病人血标本，制作血涂片进行疟原虫镜检，有条件的地区也可采用 RDT 进行检测；对疑似疟疾、临床诊断和确诊的疟疾病例应同时制作滤纸血样（2滴血）或抗凝血样（2ml）冷冻保存、备查。

一类县乡级及以上医疗卫生机构接到村医送检的血涂

片后，应及时进行镜检并将镜检结果反馈送检医生。

在三类县中，不具备血涂片镜检条件的乡镇卫生院，检验人员负责采集病人血标本制作血涂片及滤纸血样，由县级及以上疾病预防控制机构进行实验室检测，并将检测结果及时反馈给送检单位。

## 2. 病例报告

各级各类医疗机构、疾病预防控制机构、检验检疫机构和采供血机构及其执行职务的人员和村医一旦发现疑似、临床诊断和确诊的疟疾病例，应当在 24 小时内填写传染病报告卡，通过中国疾病预防控制中心疾病监测信息报告管理系统进行网络直报。暂不具备网络直报条件的责任报告单位应在诊断后 24 小时内向所在地的县级疾病预防控制机构送

（寄）出传染病报告卡，县级疾病预防控制机构收到传染病报告卡后，应于 2 小时内进行网络直报。

各地出现疟疾突发疫情时，应根据《疟疾突发疫情处理预案》（卫疾控发[2006]55号）相关规定，通过中国疾病预防控制中心突发公共卫生事件管理信息系统报告。

### （三）病例治疗

#### 1. 治疗原则

对所有临床诊断和确诊的疟疾病例及带虫者均应进行规范的抗疟疾药物治疗。

#### （1）间日疟治疗

首选磷酸氯喹片（以下简称氯喹）加磷酸伯氨喹片（以下简称伯氨喹）八日疗法进行治疗（此疗法也适用于卵形疟和三日疟患者的治疗）。治疗无效时，可选用以青蒿素类药物为基础的复方或联合用药的口服剂型（以下简称 ACT）进行治疗。

#### （2）恶性疟治疗

采用 ACT 进行治疗。包括青蒿琥酯片加阿莫地喹片、双氢青蒿素哌喹片、复方磷酸萘酚喹片、复方青蒿素片等。

#### （3）重症疟疾治疗

首选青蒿素类药物的注射剂型进行抢救性治疗。包括：蒿甲醚注射剂、青蒿琥酯注射剂等。同时给予对症治疗和支  
持疗法，以减少并发症和合并感染。待患者病情缓解并且能

够进食后，可选用任何一种 ACT，再进行一个疗程的巩固性治疗。

#### (4) 孕妇疟疾治疗

孕妇患间日疟可采用氯喹治疗。孕期在 3 个月以内的恶性疟患者可选用磷酸哌喹片治疗，孕期在 3 个月以上的恶性疟患者可采用 ACT 治疗。孕妇患重症疟疾应选用蒿甲醚或青蒿琥酯注射剂治疗。

#### (5) 临床诊断疟疾病例的治疗

根据患者流行病学史和发病史等相关信息，判断其可能的感染地点，确定治疗方案。

①感染地为单一间日疟流行区，可采用氯喹加伯氨喹八日疗法进行治疗。

②感染地为间日疟和恶性疟混合流行区，特别是由国外输入的疟疾病例，可直接采用 ACT 进行治疗；若该病例进一步确诊为恶性疟原虫和其他疟原虫的混合感染，须加服一个疗程（八日疗法）的伯氨喹。

③如无法判断其感染地点，可按照本地感染的疟疾病例

进行治疗。

抗疟药使用原则和用药方案见附件 1。

#### (6) 疑似病例治疗

对不能及时排除的疑似病例，可按临床诊断病例治疗，但在治疗前应采集血涂片和滤纸血或抗凝血送检。病人明确诊断后，应及时调整治疗方案。

### 2. 治疗管理

各级医疗机构对发现的所有疟疾病例进行抗疟治疗时，须规范开具病人治疗处方，并提示患者应全程足量服药。

县级疾病预防控制机构应组织乡镇卫生院防保人员和村医对间日疟治疗对象进行督导服药和登记工作，做好服药宣传、送药上门、看服到口、服后签名工作，确保全程、足量服药，并密切观察病人服药情况，及时报告和处理可能发生的副反应。

#### (四) 病例核实与确认

##### 1. 病例核实与个案调查

县级疾病预防控制机构应有专人负责每日浏览中国疾



疾病预防控制中心疾病监测信息报告管理系统，发现本辖区内报告的疑似、临床诊断和确诊疟疾病例后，应当立即与报告单位联系，对报告病例的血涂片进行复核。病例诊断发生变更后，及时在疾病监测信息报告管理系统中进行订正。

县级疾病预防控制机构对发现的疑似、临床诊断和确诊疟疾病例，应在 3 日内组织完成流行病学个案调查，调查内容应包括病例基本情况、流行病学史、治疗史以及本次发病、诊断和治疗情况。其中，病例本次治疗情况，调查人员应在病例完成治疗后一周内，再次访问病例进行补充调查。

负责开展病例个案调查的专业人员包括补充调查病例本次治疗情况的人员，应及时填写“疟疾病例流行病学个案调查表”（附表 2）。县级疾病预防控制中心应及时收集疟疾病例个案调查表，并在完成调查后的 2 日内将病例个案调查资料录入寄生虫病防治信息管理系统（以下简称专报系统）。疾控机构开展个案调查时，如需其他地区疾控机构协助完成个案调查，其他地区疾控机构应予配合，并及时相互沟通信息。

## 2. 病例确认

续三年下降到万分之一以下的县（市、区）的所有疑似、临床诊断和确诊的疟疾病例的血涂片进行镜检复核，对血涂片镜检复核结果为阴性的病例进一步进行基因检测确认。

暂不具备基因检测条件的省级疾病预防控制机构，由中国疾病预防控制中心寄生虫病所负责指导或帮助该省完成对所有报告疟疾病例的确认。

#### （五）疫点调查与处置

##### 1. 疫点定义

疫点是指出现疟疾病例的自然村、居民点或施工场所等区域。

##### 2. 疫点类型

（1）活动性疫点：指疟疾病例出现在疟疾流行区的传播季节，且当时疫点存在有效传疟媒介。

（2）非活动性疫点：指疟疾病例出现在疟疾流行区的非传播季节；或虽出现在疟疾流行区的传播季节，但当时疫点不存在有效传疟媒介。

）假疫点：指疟疾病例出现在非疟疾流行区。

输入性恶性疟病例所在疫点的传疟媒介如仅有中华按蚊，可视为非活动性疫点。如经调查发现传播证据，应按活动性疫点处理。

### 3. 疫点调查

在活动性疫点和非活动性疫点，县级疾病预防控制机构负责组织在病例网络直报后 1 周内完成疫点调查，评估潜在传播风险。省、地市级疾控机构应加强对疫点调查指导，尤其是二、三类县发现疫点时，省、地市级疾控机构应参与调查。疫点调查内容包括：

（1）基本情况。收集疫点所处的地理位置、地形地貌、年平均温度、年降雨量、户数、人口数、历史流行情况和本次疟疾发病情况等相关资料。

（2）媒介按蚊种群调查。当病例出现在疟疾流行区的传播季节时，对近 3 年本县范围内没有媒介调查资料、且疫点周围存在媒介孳生环境的疫点，可在病家及周围选择 1~2 个调查场所，每个场所布置 1 盏诱蚊灯，采用诱蚊灯通宵诱

~2 个通宵的媒介按蚊种群调查；或采用人诱半通宵法开展 1~2 晚上调查，并通过形态学方法对捕获按蚊种类进行鉴定，以确定疫点是否存在传疟媒介。对难以鉴定的按蚊标本，可由省级疾病预防控制机构采用分子生物学方法进行鉴定。

媒介按蚊种群调查技术规范见附件 2。

(3) 病例筛查。采取逐户走访的方式，对 2 周内有关有发热史者采集血标本，进行疟原虫镜检或 RDT 检测，同时了解居民防蚊设施使用情况。如发现 2 例及以上本地感染的疟疾病例或带虫者，可视情况扩大至对疫点内所有居民采血进行疟原虫镜检或 RDT 检测。

#### 4. 疫点处置

县级疾病预防控制机构负责组织在病例网络直报后 1 周内完成疫点处置工作。疫点处置的内容包括：

(1) 健康教育。可结合对疫点居民的病例筛查一并开展。重点教育群众如出现发冷、发热等症状时，应考虑是否感染疟疾，及时就医，早诊早治；在活动性和非活动性疫点

避免露宿，提倡使用蚊帐、纱门纱窗等防蚊设施，减少蚊虫叮咬机会。。

(2) 扩大治疗。在活动性疫点，如发现漏报疟疾病例或带虫者，需对发现病例和带虫者的全家以及四邻居民，采用与病例相同的抗疟疾治疗方案进行扩大治疗，以清除可能的传染源。

(3) 媒介控制。在活动性疫点，采用拟除虫菊酯类杀虫剂室内滞留喷洒进行媒介控制，以降低传疟媒介密度，阻断可能的传播。喷洒范围为病家和四邻，如在病例筛查中发现 2 例及以上漏报病例或带虫者，可酌情扩大到整个疫点。长效蚊帐或药物浸泡蚊帐覆盖率已达到 85% 以上的疫点，可不再实施喷洒措施。

## 5. 疫点调查与处置报告

县级疾病预防控制机构在疫点调查与处置工作完成后一周内，将疫点调查与处置情况逐级上报至省级疾病预防控制机构，并按要求报中国疾病预防控制中心。

## (六) 休止期治疗

在每年传播季节前（或3~4月份），对上一年内本辖区内登记、报告的所有间日疟病例（包括上一年在疫点调查处置中发现的漏报病例和带虫者），采用伯氨喹八日疗法（详见附件1）进行1次传播休止期根治，以防止病例复发。

## 2. 休止期扩大治疗

流行区每年传播季节前，在上一年疟疾发病率大于1%的自然村或居民点，对间日疟病人的家属和四邻居民，采用氯喹加伯氨喹八日疗法（详见附件1）进行传播休止期扩大治疗。

## 3. 组织实施

（1）各级卫生行政部门负责对休止期根治和休止期扩大治疗的组织领导。省级疾病预防控制机构负责对本省开展休止期治疗工作的地市级和县级专业人员进行培训。县级疾病预防控制机构负责组织乡镇卫生院防保人员和村医具体实施。

（2）县级卫生行政部门负责协调财政、广电、教育等

制机构负责制定传播休止期治疗工作方案、服药不良反应的应急处理预案和健康教育处方；对乡镇卫生院防保人员和村医进行培训，使其掌握药品性能、用药剂量、禁忌症及毒副作用处理等相关知识。

（3）乡镇卫生院防保人员和村医根据县级疾病预防控制中心制定的休止期治疗工作方案对服药对象进行摸底调查，登记造册；认真做好入户宣传教育，发放健康教育处方，让群众了解休止期治疗的意义和注意事项，积极配合休止期治疗工作。

（4）由村医担任送药员，负责每日送药上门，服药前应认真核对服药对象的年龄和用药剂量，看服到口，确保全程服药，规范治疗。

（5）服药过程中发现有头晕、恶心、呕吐、轻度腹泻等症状均为一般性反应，无需停药，症状可自行消失。因服药过量出现较严重的不良反应时，应立即停药，并送当地医疗机构进行救治。本人或家族有溶血史者，禁服伯氨喹。

## (七)、输入性疟疾管理

### 1. 定义

根据《疟疾控制和消除标准》，以县级行政区为单位,非当地感染的疟疾病例，包括外来流动人口和当地居民在外地感染，返回本地后发病的病例为输入性疟疾病例。

### 2. 判定依据

(1) 境外输入病例：在近 1 个月内有在国外疟疾流行区住宿、夜间停留史或既往病史。

(2) 境内输入病例：有在境内其他流行县（市、区）住宿或夜间停留史，且符合以下条件之一的，方可判断为输入病例，

①发病地为非疟疾流行县（市、区）；

②在非恶性疟流行县（市、区）出现恶性疟病例；

③发病时间距进入发病地 2 周以内，且其感染地当年已有本地感染病例报告；

④有其他证据证明为输入性病例的。

当难以区分病例为本地感染或输入性病例时，原则上判



定为本地感染病例。

### 3. 输入性疟疾管理。

#### (1) 境内流动人口疟疾管理

①病例发现地的医疗卫生机构负责病例的诊断、报告和治疗；并告知间日疟患者于次年 3~4 月份到就近的疾病预防控机构进行休止期根治。

②病例发现地的县级疾病预防控制机构负责对病例血涂片的镜检复核、流行病学个案调查，根据调查结果判断其可能的感染地点，并在发现病例后一周内向病例感染地的省级疾病预防控制机构通报疫情信息。

③病例感染地县级疾病预防控制机构接到通报的疫情信息后，应结合当地疟疾流行情况，开展疫点调查，包括基本情况调查、病例筛查和媒介调查，并根据疫点类型和调查结果，及时采取相应疫点处置措施。

④流动人口相对集中的各类工程建设项目施工单位，必须高度重视疟疾的预防控制工作。当发现疟疾病例时，应及时向当地疾病预防控制机构报告，并协助开展疫点调查与处

置。

## （2） 境外输入性疟疾病例管理

省级疾病预防控制机构负责辖区内发现的境外输入性疟疾病例的通报、调查和处置工作。

检验检疫机构对经确诊或临床诊断的境外输入性疟疾病例应及时将相关信息告知属地疾病预防控制机构，并提供同行人员（境外感染地同批返回人员）相关信息。

各级疾控机构发现境外输入性疟疾病例时，除按规定进行疫情网络直报和专报外，应及时逐级上报省级疾病预防控制机构。

病例发现地省级疾病预防控制机构负责省际间的通报。病例的目的地省级疾病预防控制机构负责对所有输入性疟疾病例进行流行病学个案调查、同行人员的追踪调查和健康咨询，必要时视情况对病例所在地的环境进行传播风险评估和疫点处置。

## （3） 输入性疟疾病例的审核

省级疾病预防控制机构对辖区内报告的境外和境内输

入性疟疾病例应及时进行审核；对存在争议的跨省输入性疟疾病例，由中国疾病预防控制中心寄生虫病所认定。

#### （八）不明原因发热病人血检

一、二、三类县均应开展不明原因发热病人血检。由县、乡医疗卫生机构抽取部分不明原因发热病人，采制血涂片进行镜检,或采用 RDT 进行检测。

在一、二类县，以乡为单位，每年抽取不明原因发热病人数不低于辖区总人口数的 1%，传播季节抽取的不明原因发热病人数不低于血检总数的 80%。

在三类县，以县为单位，每年抽取不明原因发热病人数不低于辖区总人口数的 0.5%，传播季节抽取的不明原因发热病人数不低于血检总数的 80%。

#### （九）监测资料分析

各省（自治区、直辖市）、地市、县级疾病预防控制机构应定期对本辖区内疟疾病例报告数据、病例个案调查数据和疫点调查数据进行汇总和分析，评估消除措施落实情况，及时反馈数据分析结果，并报上级疾病预防控制机构和同级

卫生行政部门。各级卫生行政部门和疾控机构要根据监测数据分析发现的防治工作中存在的问题，及时采取针对性措施，确保疟疾消除各项关键措施的有效落实。

中国疾病预防控制中心寄生虫病所定期对全国疟疾监测信息进行汇总分析，向各省（自治区、直辖市）级疾病预防控制中心反馈，并报卫生部。

### 1. 发病率指标

(1) 年疟疾发病率 = 年疟疾报告病例数 / 年平均人口数 × 1/10000；

(2) 发病专率：根据病例分类、人群特征等分别计算。

### 2. 病例诊断、报告和调查指标

(1) 病例报告比例 = 报告疟疾病例数 / 门诊登记疟疾病例数 × 100 %；

(2) 病例发病到诊断时间的中位数；

(3) 病例诊断后 24 小时内报告比例 = 诊断后 24 小时内报告病例数 / 报告病例总数 × 100 %；

(4) 实验室检测率 = 实验室检测病例数 / 报告病例总数 ×

100 %;

(5) 确诊病例比例 = 实验室诊断病例数 / 报告病例总数 × 100 %;

(6) 个案调查率 = 开展个案调查的病例数 / 报告病例总数 × 100 %;

(7) 治疗情况追踪调查率 = 治疗情况追踪调查病例数 / 报告病例总数 × 100 %;

(8) 疫点调查率 = 开展调查的疫点数 / 应开展调查疫点数 × 100 %;

(9) 疫点筛查比例 = 疫点病例筛查实际走访人数 / 疫点常住人口数 × 100 %。

### 3. 病例治疗指标

规范治疗率 = 规范治疗病人数 / 应治疗人数 × 100 %。

### 4. 病例镜检指标

(1) 镜检复核率 = 实际镜检复核病例数 / 应复核病例总数 × 100 %;

(2) 血片涂制和染色合格率 = 血片涂制和染色合格数

/复核血片总数 $\times 100\%$ ;

(3) 复核一致率 = 镜检复核一致血片数 / 镜检复核血片总数 $\times 100\%$ ;

(4) 疑似病例血检阳性率 = 初诊为疑似病例的血检阳性数 / 初诊为疑似病例开展血检总数 $\times 100\%$ ;

(5) 临床诊断病例血检阳性率 = 初诊为临床诊断病例的血检阳性数 / 初诊为临床诊断病例开展血检总数 $\times 100\%$ ;

(6) 不明原因发热病人血检阳性率 = 初诊为不明原因发热病例的血检阳性数 / 初诊为不明原因发热病例开展血检总数 $\times 100\%$ 。

### 三、媒介防制措施

#### (一) 杀虫剂室内滞留喷洒

##### 1. 适用范围

对活动性疫点，在疫点范围内采用拟除虫菊酯类杀虫剂进行室内滞留喷洒。详见疫点处置部分的媒介控制措施。

##### 2. 组织管理

(1) 省级疾病预防控制机构负责统一采购并配备杀虫

剂、喷洒设备和防护用品，对县级疾病预防控制机构开展相关技术培训，并对滞留喷洒工作质量进行抽查。

(2) 县级疾病预防控制机构负责组织并指导乡镇卫生院防保人员、村医和村民委员会，在病例网络直报后一周内实施。喷洒前要对喷洒人员进行技术培训和安全教育，逐户测量、登记喷洒面积，并做好宣传教育。喷洒过程中要严格按照操作规程，注意个人防护，确保滞留喷洒效果和人员、家畜的安全。

杀虫剂室内滞留喷洒技术规范见附件 3。

## (二) 杀虫剂浸泡蚊帐或长效蚊帐

### 1. 适用范围

对存在大劣按蚊、微小按蚊和嗜人按蚊的一类县，在疟疾发病率较高的自然村，可采用杀虫剂浸泡蚊帐或使用长效蚊帐作为媒介控制措施，以减少人蚊接触，降低疟疾发病率。使用杀虫剂浸泡蚊帐或长效蚊帐的人群覆盖率以自然村为单位不得低于 85% 。

### 2. 组织实施

(1) 省级疾病预防控制机构负责统一采购并配备杀虫剂和长效蚊帐，对县级疾病预防控制机构开展相关技术培训，并对浸泡工作质量及人群覆盖率进行抽查。

(2) 县级疾病预防控制机构负责组织乡镇卫生院防保人员、村医和村民委员会等相关人员，以自然村为单位，在每年传播季节到来之前，开展杀虫剂浸泡蚊帐；在实施杀虫剂浸泡蚊帐工作前，要对上述人员进行技术培训和安全教育；协助当地红十字会等相关合作伙伴组织发放长效蚊帐。

(3) 乡镇卫生院防保人员和村医要逐户登记蚊帐数量，并做好入户宣传教育。操作人员在浸泡过程中要严格按照操作规程，并告知用户晾晒或清洗蚊帐的注意事项，注意个人防护措施，确保浸泡效果和人员、家畜的安全。

杀虫剂浸泡蚊帐技术规范见附件 4。

### (三) 个体防护

在疟疾流行区的传播季节，提倡当地居民使用蚊帐、纱门纱窗、驱避剂、蚊香或电子驱蚊器等防蚊设施和防护用品。各类工程建设项目施工单位应当在当地疾病预防控制机构



的指导下，为施工区集体宿舍提供蚊帐、纱门纱窗等防蚊设施。鼓励从事夜晚野外作业人员和执勤人员穿长袖衣裤，并使用驱避剂涂抹在皮肤暴露部位。尽量避免野外露宿，减少人蚊接触。

#### （四）综合治理

综合治理在当地政府的领导下，与当地的社会经济发展、城乡建设、环境保护紧密结合，和有关部门因时因地制宜，共同开展间歇灌溉、孳生地改造、稻田养鱼、微生物灭蚊等生态、生物灭蚊措施。

### 四、健康教育措施

#### （一）内容

应对不同目标人群，制定有针对性的健康教育核心信息。

##### 1. 居民和学生

应了解疟疾是通过蚊子传播的一种传染病；疟疾的主要症状是反复发冷、发热和出汗；使用蚊帐、不露宿可有效预防感染疟疾。

特别是从非洲、东南亚和太平洋岛国等疟疾高度流行区回国的人员，除了需要了解上述信息外，还应做到回国后尽快到当地医院或疾病预防控制机构进行疟原虫检查；如出现发冷、发热和出汗等症状，应该首先想到可能感染疟疾，做到早诊早治；要在医生指导下全程服完抗疟疾治疗药物。

### 3. 病人及其家属

应了解早诊早治、全程服药、规范治疗的重要意义，间日疟患者还应当了解在第二年春季要接受休止期根治。

## （二）方法

### 1. 对居民的健康教育

在卫生行政部门领导下，结合每年的“全国疟疾日”宣传活动，制作标语、传单、宣传画或宣传折页、视听材料，或采用当地群众喜闻乐见的传统民间艺术形式，对居民开展疟疾防治知识宣传；也可协调相关部门，利用报纸、广播、电视、互联网、通讯等大众传播媒介开展健康教育。

### 2. 对学生的健康教育

疾健康教育活动。每年在夏季到来之前，在当地疾病预防控制中心机构的指导和帮助下，利用中小学健康教育课或少先队主题队会开展一次宣传教育，也可通过学校广播站、黑板报、发放小折页和宣传单等形式宣传防治疟疾基本知识和核心信息。

### 3. 对出入境人员的健康教育

出入境检验检疫部门可在口岸出入境现场或保健中心设立免费咨询点和咨询电话，设置宣传栏摆放疟疾防治宣传材料，设置电子显示屏和触摸屏，以视频、广播、图片、文字等形式，对出入境人员宣传疟疾防治核心信息。

旅游和商务部门应要求各旅行社或劳务派出单位对赴非洲、东南亚和太平洋岛国等疟疾高度流行区旅游、务工等人员发放疟疾防治宣传材料。

### 4. 对病人及其家属的健康教育

流行区各级医疗卫生机构应通过门诊咨询、健康教育处方、12320 全国公共卫生公益热线等热线电话和宣传小折页

建立和完善全国疟疾诊断实验室网络和质量管理体系，为消除疟疾阶段的疟疾病例确认和病例溯源提供科学依据。

各级疟疾诊断实验室的主要职能包括：

### （一）国家级实验室

中国疾病预防控制中心在寄生虫病预防控制所建立国家级实验室，负责对省级实验室开展培训，提供技术支持和指导；定期对省级实验室的镜检和基因检测能力进行考核评估；对省级实验室的检测结果有争议的疟疾病例的标本进行平行检测和确认；建立全国疟疾病例信息数据库，实现相关信息的交流与共享；开展疟原虫诊断相关新技术及新方法的研究。

### （二）省级实验室

省级疾病预防控制机构建立省级实验室，对地市级和县级实验室开展培训，提供技术支持和指导；对地市级和县级实验室的镜检能力进行考核评估；对地市级和县级实验室的

为参比实验室，对其它省级实验室的检测结果或感染来源有争议的疟疾病例的标本进行平行检测，并将平行检测结果上报全国疟疾基因信息数据库；开展疟原虫诊断相关新技术及新方法的研究。

### （三）地市级和县级实验室

一、二、三类县的县级疾病预防控制机构及所在地的地市级疾控机构均建立实验室，对辖区内的医疗机构和乡镇卫生院开展培训，提供技术支持和指导；对一、二类县的乡镇及以上医院、三类县县级及以上医疗机构实验室的镜检能力进行考核评估；并对其检测结果进行抽样复核。

中国疾病预防控制中心根据全国疟疾疫情形势和消除疟疾工作需求，在不同类型疟疾流行区选择 6~8 个县，重点加强主动病例侦查，开展人群抗体水平、带虫率调查，媒介种群、密度、抗性和疟原虫抗性调查，以及消除疟疾措施评估和研究。具体方案另行制订。

点地区，加强消除阶段的疟疾监测工作。

### （一）人员培训

按照分级培训的原则，中国疾病预防控制中心每年组织对省级疾病预防控制中心的疟疾防治专业人员进行至少 1 次师资培训；省级疾病预防控制中心每 2 年对地市级和县级疟疾防治专业人员轮训 1 次；县级疾病预防控制中心结合常规例会，对乡镇卫生院防保人员及其参与疟疾防治工作的村医每年至少培训 1 次。县级疟疾防治专业人员 3 年内接受培训的比率不低于 95% 。

各级疾病预防控制中心要高度重视疟疾专业技术培训工作，将培训工作纳入每年的工作计划，针对不同对象编制培训教材，有针对性地开展培训工作。鼓励和提倡有条件的地区，通过组织开展疟疾防治技术练兵和镜检技术竞赛等多种形式的形式，不断改进培训工作质量，切实提高疟疾防治专业人员的业务能力和技术水平。

1. 县级疾病预防控制机构定期对开展血检医疗机构的血涂片镜检质量进行抽查复核。要求每年抽取所有阳性血涂片和不少于 10% 的阴性血涂片，进行厚、薄血膜制作、染色和镜检质量复核。

2. 地市级疾病预防控制机构负责每年抽取每县的所有阳性血涂片和不少于 3% 的阴性血涂片进行复核。

3. 省级疾病预防控制机构负责每年对每年抽取每县的所有阳性血涂片和不少于 1% 的阴性血涂片进行复核。

4. 中国疾病预防控制中心每年组织 1 次对各省（自治区、直辖市）血涂片镜检质量的抽查复核。

### （三）检查督导

县级疾病预防控制机构对承担消除疟疾工作的乡镇每年至少开展 1 次工作质量抽查；省级疾病预防控制机构负责组织对各县每年至少进行一次工作督导；中国疾病预防控制中心对每个疟疾流行省每年至少进行 1 次工作督导。各级消除疟疾工作相关数据资料的抽查合格率不低于 95% 。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/358046060056006043>