

附件 1

登革热和基孔肯雅热防控方案

(2026 年版)

登革热(Dengue Fever, DF)、基孔肯雅热(Chikungunya fever, CHIK)分别是由登革病毒(Dengue virus, DENV)和基孔肯雅病毒(Chikungunya virus, CHIKV)引起,经媒介伊蚊叮咬传播的急性传染病,是《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病。登革热和基孔肯雅热在全球热带和亚热带地区广泛流行,流行范围和发病人数呈不断扩大和上升趋势。我国媒介伊蚊分布广泛,近年来由境外输入病例引发的登革热、基孔肯雅热本地疫情时有发生,为指导各地科学有效做好疫情防控工作,保护人民群众身体健康,制定本防控方案。

一、总体要求

坚持“党的领导、部门协作、社会动员、全民参与”的传染病综合防控工作机制,按照“预防为主、依法科学、综合治理、分级分类”原则,压实“四方责任”,落实“四早”要求。坚持联防联控、群防群控,常态化开展爱国卫生运动,强化环境卫生整治和蚊媒孳生地清理,持续将蚊媒密度控制在安全水平。加强健康宣教,提高公众防护意识和能力。坚持登革热、基孔肯雅热同监测、同检测、同防控,加强多源监测数据分析与风险研判,及时发现和

控制输入疫情，有效阻断本地传播，做到发现一起、控制一起，避免疫情迁延反复或引发较大规模聚集性疫情。坚持中西医结合规范治疗病例，最大限度降低重症、死亡病例发生风险。

二、病原学特征

登革病毒属于黄病毒科黄病毒属，病毒颗粒呈球形，有包膜，直径45—55nm，共有4个血清型(DENV—1、DENV—2、DENV—3和DENV—4)，每个血清型包含多个基因型，均可导致人类感染，引发重症，其中DENV—4型病毒传播力较弱，累及范围较小。我国本地传播流行株血清型与境外输入病毒相关联，以DENV—1型、DENV—2型多见。基因组为单股正链RNA，全长约11kb，内含单一可读框依次编码3种结构蛋白和7种非结构蛋白。NS1抗原是非结构蛋白中的一种糖蛋白，在患者急性期血清中大量存在，可作为早期诊断指标。该病毒对热敏感，56℃30分钟可灭活。pH值小于3的条件、超声波、紫外线、0.05%甲醛溶液、乳酸、高锰酸钾、龙胆紫和含氯消毒剂均可灭活病毒。

基孔肯雅病毒属于披膜病毒科甲病毒属，病毒颗粒呈球形，有包膜，直径60—70nm，有1个血清型，3个基因型(西非型、东中南非型、亚洲型)。基因组为单股正链RNA，全长约11.8kb，内含单一可读框依次编码4种非结构蛋白和5种结构蛋白。该病毒对热敏感，56℃30分钟可灭活。不耐酸，75%酒精、1%次氯酸钠、脂溶剂、过氧乙酸、甲醛、戊二醛、酚类、碘伏和季铵盐化合物等消毒剂及紫外线照射均可灭活病毒。

三、流行病学特征

1.传染源。这两种疾病的患者、隐性感染者，以及携带这两种病毒的非人灵长类动物。

2.传播途径。主要通过携带这两种病毒的伊蚊叮咬传播，在我国传播媒介主要为白纹伊蚊和埃及伊蚊。少数情况下也可经输血和母婴等途径传播。

3.潜伏期。内潜伏期：具有传染性的伊蚊叮咬宿主后，病毒进入宿主体内并在体内复制、扩散，直至宿主出现临床症状的时间。登革热一般为 1—14 天，多为 5—9 天；基孔肯雅热一般为 1—12 天，多为 3—7 天。外潜伏期：伊蚊通过叮咬吸入带病毒的血液后，病毒在伊蚊体内完成复制和迁移，使伊蚊具备传播病毒能力所需的时间。登革热一般为 8—10 天；基孔肯雅热一般为 2—10 天。

4.传染期。登革病毒感染者在发热期及前后 1—2 天对媒介伊蚊具有感染性，一般在发病前 1 天至发病后 5 天内感染性强。基孔肯雅病毒感染者大多在发病当天至发病后 7 天内具有感染性。

5.易感人群。人群对登革热和基孔肯雅热普遍易感，各年龄段人群均可发病。人体感染登革病毒后，对同血清型登革病毒可产生持久免疫力，但对不同血清型登革病毒不能形成有效保护，再次感染不同血清型登革病毒可增加重症风险。人体感染基孔肯雅病毒后，可获得持久免疫力。

6.流行特征。

登革热：在全球存在媒介伊蚊分布的热带、亚热带地区广泛流行，累及全球 100 多个国家和地区，感染人数快速增长，并呈现向高纬度地区扩散趋势。拉丁美洲、西太平洋、东南亚、东地中海等地区，登革热传播可常年发生。我国境外输入病例常年可见，1978 年首次报告输入病例引发本地疫情，随后本地疫情常有发生，我国目前尚未形成稳定的本地传播疫源地。本病夏秋季高发，广东、云南、广西等多个省份多次报告输入病例引发的本地聚集性疫情。2024—2025 年，部分国内旅游热点地区等陆续报告本地聚集性疫情。

基孔肯雅热：1952 年坦桑尼亚首次报告基孔肯雅热疫情，此后疫情由非洲地区逐步扩散至东南亚、南亚、印度洋岛屿及美洲地区。目前，全球已有 110 多个国家和地区报告基孔肯雅热本地传播疫情。我国 2008 年首次报告基孔肯雅热输入病例，2010 年首次报告输入病例引发的本地疫情，2025 年部分省份出现了输入病例引发的局部聚集性疫情。

7.临床表现。登革热和基孔肯雅热症状相似，均以发热、关节痛、皮疹等为主要临床表现。登革热发热多为中高热，持续时间长，肌肉痛、腹部症状（腹痛、腹胀、便秘等）明显，有出血倾向，可出现休克、脑病、多器官功能障碍等并发症。基孔肯雅热多为中低热，关节疼痛明显，常为首发症状，多累及远端小关节。具体参见国家卫生健康委、国家中医药局印发的《登革热诊疗方案（2024 年版）》和《基孔肯雅热诊疗方案（2025 年版）》。

四、流行风险地区分类

综合考虑媒介伊蚊分布情况和活动期长短、既往登革热本地疫情发生情况和疫情规模等因素，将 31 个省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团按照疫情传播风险由高到低分为 I 类、II 类、III 类、IV 类地区。后续可视传播风险变化动态调整。基孔肯雅热在我国输入引发本地传播的时间尚短，流行风险地区分类暂参照登革热的划分标准执行。

I 类地区（6 个）指媒介伊蚊活跃期较长、既往报告登革热本地病例较多、聚集性疫情发生风险相对较高的省份，包括浙江、福建、广东、广西、海南、云南。

II 类地区（11 个）指媒介伊蚊活跃期相对较长或既往有登革热本地病例报告、有一定聚集性疫情发生风险的省份，包括上海、江苏、安徽、江西、山东、河南、湖北、湖南、重庆、四川、贵州。

III 类地区（8 个）指有媒介伊蚊分布、存在登革热输入病例引起本地传播风险的省份，包括北京、天津、河北、山西、辽宁、西藏、陕西、甘肃。

IV 类地区（7 个）指目前未监测到媒介伊蚊分布、既往未报告过登革热本地病例的地区，包括内蒙古、吉林、黑龙江、青海、宁夏、新疆及新疆生产建设兵团。

五、监测、报告和管理

（一）病例定义。

1.疑似病例、临床诊断病例和确诊病例。

登革热疑似病例、临床诊断病例和确诊病例，参见《登革热诊疗方案（2024年版）》。基孔肯雅热疑似病例、临床诊断病例和确诊病例，参见《基孔肯雅热诊疗方案（2025年版）》。

2.重症病例。

重症登革热：出现严重出血、休克或严重器官损害的登革热确诊病例。

重症基孔肯雅热：至少有一个器官或系统出现功能障碍的基孔肯雅热确诊病例。

3.境外输入病例、省外输入病例和本地病例。

境外输入登革热/基孔肯雅热病例：指发病前14天内有登革热流行国家或地区旅居史/发病前12天内有基孔肯雅热流行国家或地区旅居史，且排除境内感染可能的病例。

省外输入登革热/基孔肯雅热病例：指发病前14天内有居住地所在省份外的境内登革热流行地区旅居史/发病前12天内有居住地所在省份外的境内基孔肯雅热流行地区旅居史，且排除居住地所在省份感染可能的病例。

本地登革热/基孔肯雅热病例：指登革热病例发病前14天内/基孔肯雅热病例发病前12天内，没有居住地所在省份以外地区旅居史的病例，或有居住地所在省份以外地区旅居史且排除旅居地感染可能的病例。

（二）病例监测和报告。

1.进境人员监测和报告。

各地疾控、卫生健康部门要加强与海关、移民等部门协调联动，对登革热、基孔肯雅热相关健康申报或检疫发现疑似症状的进境人员，及时开展医学排查、检验检测、流行病学调查等工作，要针对蚊媒传播的主要病原体开展联合检测，实现“一样本多检测”。对可能感染登革病毒或基孔肯雅病毒的进境人员发放就诊方便卡，并做好部门间信息通报。流行季重点地区的疾控部门、医疗机构，对口岸检疫发现的登革热或基孔肯雅热病例、疑似病例在知情同意基础上进行点对点防蚊隔离收治。指导辖区内的国际旅行卫生保健中心，对14天内有境外登革热、基孔肯雅热流行国家或地区旅居史的劳务、留学生等重点人员，按要求开展进境后登革热或基孔肯雅热监测，及时发现境外输入病例，并按要求做好病例报告和部门间信息通报。

2.医疗机构监测和报告。

医疗机构要充分发挥国家传染病智能监测预警前置软件的“前哨”作用，加快实现数据抓取和智能校验，对就诊及“发热伴出疹”和“发热伴出血”症候群监测哨点中发现的登革热/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”的监测报告管理模块进行网络直报，准确完整填写相关信息。尚不具备网络直报条件的单位应以适当通讯方式（电话、传真等）及时向当地县级疾控机构报告，并及时寄送出传染病报告卡，县级疾控机构在接到报告后立即进行网络直

报。根据实验室检测、流行病学调查结果及时对病例信息进行复核、订正。确诊病例发展为重症登革热/基孔肯雅热时，应填报“重症登革热/基孔肯雅热”。

各地疾控机构要将医疗机构反复订正病例报告卡、报告的本地病例数量与外溢至其他省份的病例数量倒置等情况纳入监测范围，并迅速组织核查。

（三）病原学监测。

包括病例监测和媒介伊蚊监测。监测要求和方法见《登革热和基孔肯雅热实验室检测方案》（附件 1-1）。

1.病例监测。由报告登革热、基孔肯雅热病例的医疗机构、县级疾控机构采集输入病例、本地病例急性期的血清样本，开展抗原、核酸检测，不具备相应检测能力或需进行病毒培养分离、基因组序列分析的，可将样本送至上级疾控机构开展检测分析，追溯感染来源、监测病毒变异以及评估疾病传播风险等。

2.媒介伊蚊监测。由县级疾控机构采集流行季节伊蚊样本，开展核酸检测，不具备检测能力或需进一步开展病毒培养分离、基因组序列分析的，将样本送至上级疾控机构完成。

（四）突发公共卫生事件监测和报告。

登革热和基孔肯雅热引起的突发公共卫生事件包括新发疫情、聚集性疫情和局部暴发疫情。疫情所在地的县级疾控机构应在 2 小时内通过突发公共卫生事件管理信息系统报告，事件级别选择“未分级”。后续根据疫情进展及时调整。

1.新发疫情指以县（市、区）为单位，近5年首次报告登革热或基孔肯雅热本地确诊病例的疫情。

2.聚集性疫情指在同一家庭、学校、建筑工地、社区、村庄等集体单位或场所，14天内报告3例及以上登革热本地确诊病例为登革热聚集性疫情；12天内报告3例及以上基孔肯雅热本地确诊病例为基孔肯雅热聚集性疫情。

3.局部暴发疫情指同一街道或乡镇，14天内报告10例及以上登革热本地确诊病例为登革热局部暴发疫情；12天内报告10例及以上基孔肯雅热本地确诊病例为基孔肯雅热局部暴发疫情。

（五）媒介监测。

分为常规监测和应急监测。常规监测包括生态学监测、抗药性监测和媒介带毒监测，了解媒介伊蚊种类构成、种群密度和分布、抗药性水平以及病毒携带情况。各地结合人口环境、气候变化、既往疫情等因素，动态调整和优化监测点网络布局，确保监测点设置具有代表性，监测结果能真实、准确、全面反映媒介实际情况。应急监测包括成蚊监测和幼蚊监测，用于评估疫情风险和评价蚊媒控制效果。媒介监测频次、方法和工作要求等见《登革热和基孔肯雅热媒介伊蚊监测与应急控制方案》（附件1-2）。

（六）病例管理。

1.住院病例。医疗机构对登革热、基孔肯雅热住院病例应采取防蚊隔离治疗，病床应安装蚊帐，病房、值班室等房间应安装纱门、纱窗，对院内和周边环境开展孳生地清理及成蚊杀灭，确

保蚊媒密度持续保持在安全水平，严防院内传播。

2.非住院病例。医疗机构应告知病例自我防蚊隔离期间相关注意事项，包括安装蚊帐、纱门、纱窗等防蚊隔离设施，合理使用驱蚊剂避免伊蚊叮咬，使用蚊香、灭蚊剂等杀灭室内成蚊，清理或倒置住家及周围闲置的积水容器，避免在清晨、傍晚等伊蚊活跃时间段外出等。辖区疾控机构、社区卫生服务中心（乡镇卫生院）指导病例做好自我防蚊隔离管理和健康监测，如病情加重应及时就诊。

3.解除防蚊隔离标准。登革热患者病程超过 5 天，且体温自然下降至正常超过 24 小时及以上的，可解除防蚊隔离。基孔肯雅热患者体温恢复正常超过 24 小时的，病毒核酸检测阴性或病程超过 7 天，可解除防蚊隔离。

六、疫情调查处置

（一）流行病学调查。

各地医疗机构、疾控机构依法做好个案流行病学调查。县级疾控机构会同医疗机构对境外输入病例、省外输入病例、本地散发病例，聚集性疫情和局部暴发疫情的首发病例、指示病例，以及重症病例、死亡病例开展流行病学调查，调查内容主要包括基本信息、发病、就诊及实验室检测情况、发病前后活动情况等。调查过程中应充分利用信息化手段采集数据，减轻基层填报负担，具体要求见《登革热和基孔肯雅热重点病例流行病学调查方案》（附件 1-3）。

（二）科学划定风险区域。

登革热和基孔肯雅热流行季出现确诊病例（包括输入病例、本地病例）的Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅲ类地区，以及非流行季出现登革热、基孔肯雅热本地病例的地区，应根据个案流行病学调查结果，按照传播扩散风险由高到低划分核心区、警戒区和监控区3个风险区。在此基础上，各地可结合涉疫地点周边街道、马路、绿植、临近小区分布等因素以及疫情防控实际需要，科学动态调整核心区和警戒区的划分。

1.核心区：以病例住所、工作地点、传染期长时间活动的场所为中心，参考媒介伊蚊活动范围，将半径不小于100米的空间范围划定为核心区。1例病例可划定多个核心区。发生聚集性疫情或局部暴发疫情时，要将相邻病例的核心区进行整合，做到不留空白和隐患。

2.警戒区：将核心区向外扩展200米半径的空间范围划定为警戒区。城市地区可将核心区周围200米区域和涉及的小区、单位整体划定为警戒区。农村地区可将核心区所在的自然村划定为警戒区。

3.监控区：根据登革热和基孔肯雅热传播风险、疫情规模等因素，在警戒区外围划定监控区。一般将警戒区涉及的社区划定为监控区，传播风险较大时可将核心区所在的街道或乡镇划定为监控区。

（三）分级分类处置疫情。

根据疫情流行特点和疾病发展进程，分为输入疫情、本地散发疫情、聚集性疫情和局部暴发疫情，遵循“早、小、严、实”原则，分级分类处置疫情。

1.输入疫情。采取“加强媒介伊蚊监测，积极开展防蚊灭蚊，做好病例救治和防蚊隔离管理”的防控策略，防止引发本地疫情。非流行季出现输入疫情时，各地要做好病例救治和防蚊隔离工作。广东、云南等重点地区要加强媒介伊蚊监测，根据监测结果及时调整蚊媒防制措施，提升防蚊灭蚊质效。流行季出现输入疫情时，Ⅰ类、Ⅱ类和Ⅲ类地区应根据风险评估结果及时采取媒介伊蚊应急监测和控制措施，重点做好登革热输入病例发病前1天至发病后5天、基孔肯雅热输入病例发病7天内活动区域的成蚊杀灭工作。对病例采取住院防蚊隔离治疗，共同暴露人员做好自我健康监测。广东、云南等重点地区要每周开展疫情监测分析和风险评估，及早预警流行风险。

2.本地散发疫情。采取“科学划定风险区域、尽快降低伊蚊密度、启动病例应急监测”的防控策略，快速扑灭疫情、防止扩散蔓延。Ⅰ类、Ⅱ类和Ⅲ类地区做好病例流行病学调查，对重点病例开展基因序列测定和分析，查找可能的感染来源。快速评估和划定疫情风险区，3天内将核心区成蚊密度控制在安全水平。对共同暴露人员及早排查和开展健康监测，加强风险区域内医疗机构就诊病例排查。疫情发生地开展核心区入户调查处置，医疗机构启动病例应急监测，落实“逢疑必检”，对病例采取住院防蚊隔离

治疗。如疫情发生地同时存在登革热、基孔肯雅热发生风险，应对无急性呼吸道感染症状、体温超过 38℃ 的患者开展“两热同检”。

3.聚集性疫情。采取“1 天内完成风险区域划定并启动灭蚊工作、3 天内完成核心区入户调查处置、3 天内完成核心区全覆盖成蚊杀灭且控制成蚊密度、5 天内控制核心区蚊媒密度”的防控策略，做到“发现一起、扑灭一起”，严防疫情升级和外溢扩散。Ⅰ类、Ⅱ类和Ⅲ类地区根据流行病学调查结果和疫情传播风险动态调整核心区范围，核心区全面落实“逢热必检”，加强县级疾控机构和基层医疗卫生机构登革热、基孔肯雅热检测试剂配备，强化病例搜索和防蚊隔离管理，严格落实各项媒介控制措施，持续将蚊媒密度控制在安全水平。警戒区同步开展环境卫生整治和蚊媒孳生地清理，7 天内将布雷图指数控制在 5 以下。既往疫情非常严重、伊蚊密度特别高或有其他因素导致疫情扩散风险高的地区，要进一步抓早抓小，加大应急处置力度。

4.局部暴发疫情。采取“第 1 时间完成风险区域划定、第 1 时间完成核心区入户排查和处置、1 天内实施核心区和警戒区全覆盖灭蚊、3 天内控制核心区蚊媒密度”的防控策略，尽快实现低水平散发并控制疫情规模。Ⅰ类、Ⅱ类地区统筹调度区域内应急处置力量，对重点区域开展灭蚊和孳生地清理攻坚行动，每日开展蚊媒密度监测和动态评估，实行“一天一报”制度，根据现场药效评估和蚊媒监测结果，科学调整灭蚊和孳生地清理策略措施。加强基层医疗卫生机构检测试剂配备，推动发热门诊“应开尽开”，

落实“逢热必检”“两热同检”。老年人、孕妇等重症高风险人群应收尽收、应治尽治；指导居家病例严格落实防蚊隔离管理。构成突发公共卫生事件的，应当立即启动应急响应。

（四）媒介伊蚊应急监测与控制。

媒介伊蚊活跃期出现确诊病例时，Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅲ类地区开展媒介伊蚊应急监测与控制。具体要求见《登革热和基孔肯雅热媒介伊蚊监测与应急控制方案》（附件 1-2）。

1.媒介伊蚊应急监测。核心区每天开展监测，媒介伊蚊密度达到安全水平（如双层叠帐法低于 0.9 只/（顶·小时））后每周开展 2 次监测，直至疫情结束。警戒区每周开展 1 次监测，监控区每两周开展 1 次监测，直至媒介伊蚊密度达到安全水平。

2.媒介伊蚊应急控制。发生本地散发、聚集性疫情时，核心区应在 3 天内将成蚊密度控制在安全水平，在 5 天内将布雷图指数降至 5 以下，发生局部暴发疫情时，核心区应在 3 天内控制蚊媒密度。警戒区应在 7 天内将布雷图指数控制在 5 以下，可根据风险评估情况开展成蚊控制。

3.媒介控制效果评价。疫情发生地疾控机构应及时开展蚊媒控制效果评价，重点地区应加强对有害生物防制机构的技术指导与培训，推进以防制效果为导向的病媒生物防制付费机制。

（五）疫情通报。

各级疾控部门应依法及时发布登革热、基孔肯雅热疫情信息，科学发布健康风险提示。出现省内跨区域疫情传播时，涉及地区

的疾控部门和相关机构要加强信息互通共享，及早采取防控措施。出现跨省份疫情传播时，病例发现省份的疾控部门应及时将相关信息通报关联省份的疾控部门，共同做好疫情调查处置。

（六）终止条件。

1.发生聚集性疫情的地区，当核心区、警戒区连续 24 天内无登革热新发病例、连续 22 天内无基孔肯雅热新发病例，且核心区内布雷图指数降至 5 以下，双层叠帐法成蚊密度不高于 0.9 只/（顶·小时），可终止伊蚊应急监测控制和聚集性疫情处置工作。

2.发生局部暴发疫情的地区，本地疫情连续 7 天保持低水平散发状态后，可终止应急响应措施，但防范本地疫情传播扩散的相关措施仍要持续落实和巩固，避免疫情出现反复。

七、实验室检测

实验室检测包括抗原检测、核酸检测、病毒培养分离、基因序列测定分析、血清抗体检测等。抗原检测、核酸检测、基因测序和病毒培养分离一般采集病例发病 7 天内的血液样本。血清特异性抗体检测主要采集病例发病 7 天后的血液样本，但需注意可能与其他蚊媒传染病病原体存在交叉反应。具体要求见《登革热和基孔肯雅热实验室检测方案》（附件 1-1）。

八、预防措施

（一）广泛深入开展爱国卫生运动。

各地卫生健康、疾控部门要创新爱国卫生运动方式方法，推动各相关部门切实履职尽责，发挥村（居）民委员会公共卫生委

员会作用，将蚊媒防制要求落实到常态化环境卫生整治、孳生地清理、媒介生物防制等工作中。发动群众集中开展社区、单位和家庭环境卫生清洁整治，清除积水、翻盆倒罐，全面清理蚊媒孳生场所。强化城市建筑工地、背街小巷、城中村、城乡结合部等重点场所卫生治理，整治农村地区房前屋后垃圾，全面清理菜地、河塘、沟渠，最大限度消除卫生死角，减少蚊媒孳生地。南方冬季温度较高地区要开展环境卫生整治和越冬成蚊消杀、蚊卵消除活动，有效遏制蚊虫孳生，降低成蚊密度。

（二）加强健康科普宣教。

结合本地登革热、基孔肯雅热流行特征，针对不同人群特点科学宣传防控知识，增强公众自我防护能力和主动就诊意识，引导群众配合社区做好入户防蚊灭蚊等工作，推广使用蚊香、驱避剂、蚊帐等方式驱蚊、防蚊，当好自身健康第一责任人。通过多种形式向进出境人员宣传疫情信息和防病知识，提升进出境人员主动健康申报和科学防病意识。引导疑似病例及时主动就诊和采取防蚊隔离措施，提醒病例减少跨区域流动，避免疫情传播扩散。宣传内容可参见《健康科普核心信息》（附件 1-4）。

（三）加强重点环节防控。

医疗机构：严格落实病例防蚊隔离措施，加强院内及周边环境卫生整治，定期开展孳生地清理和成蚊杀灭，防止蚊媒孳生和院内感染发生。

重点机构：学校、托幼机构、养老机构等应加强食堂、宿舍、

教室、图书馆、公共活动区域等防蚊驱蚊措施，及时清除积水，定期对绿化带、排水系统等开展成蚊杀灭工作；落实晨午检、因病缺课缺勤追踪等制度，指导有流行地区旅居史的返校（院）人员做好健康监测。

重点场所：建筑工地应及时清除积水、清理废弃的建材垃圾、闲置轮胎。口岸与交通枢纽应完善防蚊设施，定期开展预防性灭蚊工作。公园、花卉市场等应对绿化植被和水生植物定期修剪、定期换水，填堵竹节树洞。旅游景点、户外景区等应及时清理、清运塑料水瓶、易拉罐、饮料瓶、一次性餐盒、食品包装袋、塑料袋等垃圾，流行季节在醒目位置设置防蚊提示。宾馆酒店应加强场所内及周边环境的卫生整治，积极营造无蚊环境，提醒旅客做好防蚊措施。

重点地区：重大活动举办地应按照“一地一策”“一活动一策”原则，提前开展防蚊灭蚊各项工作。海南自由贸易港应强化入境口岸、物流园区、保税区和周边社区蚊媒监测和联防联控。农村地区结合乡村建设、生态文明建设，因地制宜采取以清除、改造孳生地为主的蚊媒控制措施，探索应用生态防蚊、控蚊新技术新方法。

九、工作要求

各地疾控、卫生健康部门要充分发挥重大传染病疫情联防联控机制牵头部门作用，坚持“两热”同监测、同检测、同防控，压实“四方责任”。要及时对基层疾控、医疗卫生机构人员开展

防控和诊疗培训，配备必要的检测试剂、设备，织牢建强基层网底。要广泛开展健康科普宣教，积极动员开展环境卫生整治，清除蚊媒孳生地，提高公众防护意识和能力。各地疾控机构要做好疫情监测、风险研判和调查处置，加强疫情时空关联分析，及早发现疫情并采取控制措施。各级各类医疗机构要落实住院病例防蚊隔离管理，畅通重症、危重症病例转诊和救治渠道，最大限度降低重症、死亡病例发生风险。

附件：1-1.登革热和基孔肯雅热实验室检测方案

1-2.登革热和基孔肯雅热媒介伊蚊监测与应急控制方案

1-3.登革热和基孔肯雅热重点病例流行病学调查方案

1-4.健康科普核心信息

附件 1-1

登革热和基孔肯雅热实验室检测方案

为指导各级医疗机构、疾控机构和相关实验室检测机构开展登革热和基孔肯雅热实验室检测工作，规范检测程序，提高检测质量，制定本方案。

一、检测对象

登革热和基孔肯雅热病例、共同暴露人群及专项调查人群，媒介伊蚊等。

二、样本采集、保存和运输

（一）样本采集。

1. 人体血清样本。

①病例急性期血清。用无菌真空干燥管，采集患者非抗凝血 5mL，及时分离血清，分装 2 份保存于做好标记的、带螺旋盖、内有垫圈的冻存管内。

②病例恢复期血清。用无菌真空干燥管，采集患者发病 7 天后非抗凝血 5ml，及时分离血清，分装 2 份保存于做好标记的、带螺旋盖、内有垫圈的冻存管内。采集时间与急性期血清间隔时间不少于 3 天。

2. 蚊媒样本。

采集登革热、基孔肯雅热流行季节早晚活动高峰伊蚊，分类鉴定后，填写媒介伊蚊样本采集信息表，按照采集地点分装，每

管 10—20 只，低温保存。

（二）样本保存。

24 小时内检测的样本可置于 4℃ 环境中保存，1 周内检测的样本应置于 -20℃ 环境中保存，需长期使用的样本应置于 -70℃ 或以下环境中保存。

（三）样本运输。

按照《人间传染的病原微生物目录》对运输包装分类的有关要求，登革病毒的危害程度属于第三类病原微生物，血清和伊蚊标本应采用 B 类包装（编号：UN3373）。基孔肯雅病毒的危害程度属于第二类病原微生物，血清和伊蚊标本应采用 A 类包装（编号：UN2814）。样本运输时应遵守国家相关生物安全规定，采用低温运输，避免反复冻融。用于开展病原学监测的样本，应于 48 小时内运送至地市级或省级疾控机构。

三、病例实验室检测

（一）病原学。

1. 抗原检测。登革病毒常用 NS1 抗原检测，一般发病后 5 天内血液样本中 NS1 抗原检出率高，适用于现场快速检测，可用于早期诊断。

2. 核酸检测。常采用实时荧光 RT-PCR 方法进行。用于登革病毒、基孔肯雅病毒早期诊断和登革病毒血清分型。境外输入病例应尽量全部采集样本。省外输入病例和本地病例按以下要求采集：当病例数量少于 20 例时，应尽量全部采集；介于 20—100

例之间时，采集样本数不低于 20 例；超过 100 例时，采集样本数不低于病例数的 20%。

3.病毒培养分离。一般登革热发病 5 天内，基孔肯雅热发病 7 天内血液样本病毒培养分离率较高，通常将样本接种至蚊源细胞（C6/36）或哺乳动物细胞（BHK21、Vero）中进行培养与分离，待其出现病变特征后，采用抗原或核酸检测手段鉴定病毒种类。

4.基因组序列分析。采用一代 Sanger 法或扩增子技术对登革病毒 E 基因、全基因组测序，对基孔肯雅病毒 E2、E1 基因和全基因组测序，测序技术经质控合格后，方可用于后续生物信息分析。优先选择与登革病毒、基孔肯雅病毒标准株、基因型明确以及分离日期和地区信息完整的病毒株基因组序列进行比较分析。二代测序平台覆盖深度应不低于 10×，三代测序平台覆盖深度应不低于 50×，全基因组测序覆盖度应不低于 98%。

登革热选择不少于 10%的核酸检测阳性样本开展 E 蛋白编码基因序列或全基因组测定和分析，阳性样本优先选取首例本地病例、指示病例、重症病例和死亡病例。对用于查明疫情性质和波及范围的聚集性病例核酸检测阳性标本开展病毒全基因组序列测定和分析。基孔肯雅热选择不少于 20%的核酸检测阳性样本开展病毒 E2 和 E1 蛋白编码基因序列或全基因组序列测定和分析。登革热、基孔肯雅热本地传播疫情样本选择，应兼顾不同时段、不同地区样本，优先选取首例本地病例样本。

不具备基因测序条件的县级疾控机构，应将样本送至地市级

或省级疾控机构进行检测。省级疾控机构每月中旬将上月登革病毒和基孔肯雅病毒基因组序列及时上传至“病毒病病原监测预警系统”（<https://www.ivdcvma.cn>）。

（二）血清学。

1.特异性 IgM 抗体。采用 ELISA、免疫层析等方法检测，是辅助诊断登革热/基孔肯雅热急性期或近期感染的重要指标。

2.特异性 IgG 抗体。采用 ELISA、免疫荧光（IFA）、免疫层析等方法检测。登革热/基孔肯雅热患者恢复期血清 IgG 抗体阳转或滴度较急性期呈 4 倍及以上升高可以确诊。

3.中和抗体。采用空斑减少中和实验、微量中和实验等方法检测，可用于分型。登革热/基孔肯雅热患者恢复期血清中和抗体阳转或滴度较急性期呈 4 倍及以上升高可以确诊。

四、蚊媒实验室检测

将分类分装后的媒介伊蚊进行研磨，开展核酸分型检测，病毒核酸阳性的样本可由有能力或资质的地市级或省级疾控机构进行病毒培养分离和基因组序列分析。蚊媒核酸检测、病毒培养分离和基因组序列分析的检测方法同病例检测。

五、复核检测

地市级或省级疾控机构收到各县（市、区）登革热/基孔肯雅热首发病例或不同阶段聚集性疫情首发病例的样本后，需采用病原学或双份样本血清学方法复核检测，病毒核酸阳性样本应开展分型检测或基因测序。

六、结果报送和反馈

各县（市、区）登革热/基孔肯雅热首例输入病例和本地病例的实验室检测结果应在 24 小时内反馈样本送检单位。

省级疾控机构应于每月中旬将上月登革热、基孔肯雅热实验室检测与病原学监测结果报送至中国疾控中心。中国疾控中心应于每月底向国家疾控局报送上月检测报告，并向各省级疾控机构发布。

七、生物安全

登革热和基孔肯雅热实验室检测应按照《人间传染的病原微生物目录》规定要求开展，做好生物安全工作。登革病毒培养分离、未经培养的感染材料的操作在生物安全二级实验室进行、动物感染实验在动物生物安全二级实验室进行。基孔肯雅病毒培养分离在生物安全三级实验室进行、未经培养的感染材料的操作在生物安全二级实验室进行、动物感染实验在动物生物安全三级实验室进行。

登革热和基孔肯雅热媒介伊蚊监测与 应急控制方案

为指导各地规范开展登革热和基孔肯雅热媒介伊蚊监测和应急控制工作，科学评估疫情风险和评价蚊媒控制效果，指导风险区域成蚊杀灭和幼蚊孳生地清理，制定本方案。

一、媒介伊蚊监测

（一）常规监测

1.生态学监测。

（1）监测方法。采用布雷图指数法开展伊蚊幼虫密度监测，采用双层叠帐法开展伊蚊成蚊密度监测，各地可根据工作需要使用诱蚊诱卵器法或引诱剂捕蚊器法等方法。鼓励探索应用基于 AI 图像识别、红外线计数等智能化媒介监测新技术，提高蚊媒监测效率。

（2）监测要求。在伊蚊活动季节，Ⅰ类、Ⅱ类地区每月开展 2 次，Ⅲ类地区每月开展 1 次，Ⅳ类地区一旦出现伊蚊定殖，参照Ⅲ类地区开展监测工作。各地结合人口环境、气候变化、既往疫情等因素，动态调整和优化监测点网络布局，重点地区在国家级伊蚊监测点的基础上增设省、市级伊蚊监测点，确保监测结果能真实、准确、全面反映媒介实际情况。

(3) 监测结果风险评估。布雷图指数 (BI) 小于 5 为控制登革热和基孔肯雅热传播的阈值, 介于 5—10 之间有传播风险, 介于 10—20 之间有聚集性疫情风险, 大于 20 有局部暴发风险。

2. 抗药性监测和媒介带毒监测。

I 类、II 类和 III 类地区的监测点每年登革热和基孔肯雅热流行季节前或初期开展 1 次伊蚊抗药性监测。I 类、II 类和 III 类地区在伊蚊活动高峰期和登革热、基孔肯雅热流行季节, 原则上 5—9 月每月开展 1 次伊蚊携带登革病毒监测, 既往发生基孔肯雅热疫情的地区可开展基孔肯雅病毒监测, I 类地区在 10 月增加 1 次监测。

(二) 应急监测

1. 监测方法。参见媒介伊蚊常规监测方法。

2. 监测要求。核心区每天开展监测, 直至媒介伊蚊密度达到安全水平, 此后每周开展 2 次监测, 直至疫情结束。警戒区每周开展 1 次、监控区每两周开展 1 次蚊媒监测, 直至媒介伊蚊密度达到安全水平。

二、媒介伊蚊应急控制

(一) 成蚊杀灭

1. 一般原则。

(1) 根据流行病学调查结果, 结合媒介伊蚊生活习性确定喷药范围, 优先杀灭核心区成蚊。

(2) 根据伊蚊成蚊密度监测结果确定喷雾灭蚊的频率、药

械的选择和控制措施。

(3) 应选用我国合格的卫生杀虫剂产品。

(4) 可使用挂笼法等方法评价空间喷雾制剂灭蚊效果，用笼蚊死亡率等指标评价总体灭蚊效果。

2. 杀灭方法。

(1) 超低容量喷雾。

①喷雾频次：使用超低容量喷雾杀灭成蚊，根据媒介伊蚊一天中的高峰时间段，结合成蚊监测结果和疫情进展，确定超低容量喷雾频次，每天可多次施药。

②喷雾机选择：雾粒中值直径（ DV_{50} ） ≤ 30 微米的喷雾器。

③杀虫剂用量：按照杀虫剂说明书推荐的稀释倍数和有效成分使用量进行喷洒。

④喷雾时间：最佳时间是日出后和日落前 2 小时的媒介伊蚊活动高峰期，各地可根据气候等实际情况动态调整。

⑤适用环境：适用风速小于 4m/s 的空旷外环境，当风速超过 4m/s 时，不宜进行室外超低容量喷雾；适用室内环境，如农贸市场、大型棋牌室、麻将室、餐厅、停车场、空置房屋、楼道、建筑工地在建室内空间等。

(2) 滞留喷洒。

蚊媒栖息地和防蚊设施不完善的重点场所可使用滞留喷洒灭蚊，如居民楼门洞、电梯门厅、楼道、地下室等室内场所和低矮灌丛、绿植等叶面背面。一般情况下，登革热、基孔肯雅热风

险区域每 1—2 周开展 1 次滞留喷洒。

（3）其他方法。

核心区、警戒区的重点场所可使用杀虫剂处理门帘、纱窗等防蚊设施；对高大、茂密的植物和杂物堆积场所可使用热烟雾机灭蚊，空阔地带、低矮绿化带、人口密集场所不推荐使用热烟雾机灭蚊；居家可以选择电蚊香、灭蚊气雾罐、电蚊拍等方式灭蚊，室外可选择灭蚊灯等物理方式灭蚊。

（二）幼蚊防制

在专业技术人员指导下，清除各类小型积水等媒介伊蚊孳生地。对于难以清除的孳生地，或室内水培植物水体、室外景观水体、建筑物天台排水沟等，可使用缓释灭幼剂喷洒和（或）投放。

三、监测信息发布

各级疾控机构通过官网、微信、短信等多种渠道及时发布本辖区媒介伊蚊常规或应急监测信息和健康提示，发生本地疫情的地区定期发布疫情信息和风险区域，方便公众及时获悉并采取有效的防护措施。

四、终止条件

当划定的核心区、警戒区连续 24 天内无登革热新发病例，连续 22 天内无基孔肯雅热新发病例，且核心区内布雷图指数降至 5 以下，双层叠帐法成蚊密度不高于 0.9 只/（顶·小时）时，可终止该区域媒介伊蚊应急监测与控制工作。

登革热和基孔肯雅热重点病例流行病学 调查方案

为指导各地规范开展登革热和基孔肯雅热重点病例流行病学调查工作，科学精准做好疫情发生地风险区域划分、病例搜索、孳生地清理、成蚊杀灭等工作，有效遏制疫情传播扩散，制定本方案。

一、调查对象

境外输入病例、省外输入病例、本地散发病例，聚集性疫情和局部暴发疫情的首发病例、指示病例，以及重症病例、死亡病例。

二、调查内容和填报要求

（一）调查内容。包括病例基本情况、发病就诊及实验室检测情况、发病前后活动情况等（附件 1-3-1）。

（二）填报时限。境外输入病例、省外输入病例、本地散发病例，聚集性疫情和局部暴发疫情的首发病例、指示病例，以及重症病例须在确诊后 72 小时内填报调查表，病例死亡后须及时订正。

（三）信息报送。各县级疾控机构通过“中国疾病预防控制中心流行病学调查信息系统平台”填写《登革热和基孔肯雅热重点病

例流行病学调查表》。

三、职责分工

各省级疾控机构负责组织、协调本省份登革热/基孔肯雅热重点病例的调查工作，病例所在地的县级疾控机构会同医疗机构开展流行病学调查，并由县级疾控机构填报调查表。

附件：1-3-1.登革热和基孔肯雅热重点病例流行病学调查表

附件 1-3-1

登革热和基孔肯雅热重点病例 流行病学调查表

境外输入病例 省外输入病例 本地散发病例 聚集性或局部暴发疫情首发病例

聚集性或局部暴发疫情指示病例 重症病例 死亡病例)

一、基本情况

1. 传染病报告卡卡片编号: _____

2. 患者姓名: _____ 联系电话: _____

如患者年龄<14岁, 则家长姓名: _____ 联系电话: _____

3. 性别: (1) 男 (2) 女

4. 年龄: _____岁

5. 既往是否患过登革热: ___ (1) 是 (2) 否 若是, 发病时间___年___月___日;

既往是否患过基孔肯雅热: ___ (1) 是 (2) 否 若是, 发病时间___年___月___日。

6. 既往疾病: _____ (1) 糖尿病 (2) 高血压 (3) 慢性支气管炎 (4) 肝炎 (5) 胃炎 (6) 甲亢 (7) 肾病 (8) 其他 (9) 无

二、发病、就诊及实验室检测情况

1. 发病日期: _____年___月___日

2. 主要临床症状 (可多选): (1) 发热 (___℃) (2) 头痛 (3) 关节疼痛 (4) 肌肉疼痛 (5) 全身疼痛 (6) 乏力 (7) 皮疹 (8) 恶心 (9) 呕吐 (10) 腹泻 (11) 其他_____

3. 初次就诊日期: _____年___月___日; 明确诊断日期: _____年___月___日

4. 疾病诊断: 登革热 基孔肯雅热

5. 登革病毒核酸分型: DENV-1; DENV-2; DENV-3; DENV-4; 未分型。

基孔肯雅病毒基因分型: 西非型; 东中南非洲型 (印度洋分支); 亚洲型; 未分型。

三、发病前后活动情况

(一) 发病前外出史:

1. 登革热发病前 14 天, 基孔肯雅热发病前 12 天内是否有外出 (离开本省、直辖市、

自治区及出境旅游)史:(1)是 (2)否 跳至“(二)发病前后外出活动情况”

地点 1: _____国家/地区(适用境外) 或 _____省 _____市(州) _____县(区)(适用境内), 日期: _____年__月__日至_____年__月__日

地点 2: _____国家/地区(适用境外) 或 _____省 _____市(州) _____县(区)(适用境内), 日期: _____年__月__日至_____年__月__日

2.外出期间是否明确有蚊虫叮咬史: _____ (1)是 (2)否(跳至“3.是否随旅行团”)。如是, 则叮咬地点为:

地点 1: _____国家/地区(适用境外) 或 _____省 _____市(州) _____县(区)(适用境内)

地点 2: _____国家/地区(适用境外) 或 _____省 _____市(州) _____县(区)(适用境内)

3.是否随旅行团?

(1)是, 同行团队名称(或旅行社名称): _____, 团队人数: _____人, 旅行团联系人及联系方式: _____。(2)否

(二)发病前后外出活动情况:

传染期(登革热发病前1天至发病后5天, 基孔肯雅热发病后7天)是否在国内
(1)是(如选择是, 则填写地点)(2)否

地点 1: _____省(区/市) _____市 _____县(市/区) _____乡(镇/街道) _____村(居委会) _____(详细地址), 日期: _____年__月__日至_____年__月__日

地点 2: _____省(区/市) _____市 _____县(市/区) _____乡(镇/街道) _____村(居委会) _____(详细地址), 日期: _____年__月__日至_____年__月__日

调查日期: _____年__月__日 调查者: _____ 调查单位: _____

健康科普核心信息

一、登革热

1.登革热是通过伊蚊叮咬登革病毒感染者后，再叮咬健康人进行传播，不会直接人传人。

2.登革热是一种全身性疾病，典型症状为突起发热、全身疼痛、皮疹、出血及白细胞减少等，多数病例病情较轻。

3.老年人，妊娠晚期的孕妇，有糖尿病、高血压、冠心病等基础性疾病者，肥胖或严重营养不良者，以及二次感染者，感染登革病毒后出现重症的风险高。

4.登革热在东南亚、南美洲等 100 多个国家（地区）常年流行，我国有媒介伊蚊分布的省份存在输入病例引发本地疫情的风险。

5.清除积水、翻盆倒罐、清理房前屋后垃圾，对种养的水生植物勤换水并清洗根须和罐壁，能有效减少伊蚊孳生地。

6.疫情高风险地区居民住所应安装纱门、纱窗和蚊帐。

7.登革热流行季清晨和傍晚外出时，尽量穿浅色长袖长裤，外露的皮肤上涂抹蚊虫驱避剂。

8.一旦出现登革热疑似症状，应及时到正规医院就诊，主动告知医务人员 2 周内的旅居史。

9.目前全球尚无针对登革热的特效抗病毒药物，我国还没有上市的登革热疫苗，登革热治疗以对症支持治疗为主，患者预后通常良好。

10.登革热是可防可控的，通过群防群控，保持环境卫生整洁，

阻断蚊媒孳生，可有效控制登革病毒传播。

二、基孔肯雅热

1.基孔肯雅热是通过伊蚊叮咬基孔肯雅病毒感染者后，再叮咬健康人进行传播，不会直接人传人。

2.基孔肯雅热以发热、关节痛、皮疹等为主要临床表现，多为中低热，关节疼痛明显，常为首发症状，重症少见。

3.婴儿、老年人、晚期妊娠和围产期妇女、慢性基础疾病患者、免疫抑制者（器官移植、艾滋病毒感染者、长期使用免疫抑制剂等）是基孔肯雅热的重症高危人群。

4.基孔肯雅热在东南亚、南亚、印度洋岛屿、美洲和非洲地区流行，我国有媒介伊蚊分布的省份存在输入病例引发本地疫情的风险。

5.清除积水、翻盆倒罐、清理房前屋后垃圾，对种养的水生植物勤换水并清洗根须和罐壁，能有效减少伊蚊孳生地。

6.疫情高风险地区居民住所应安装纱门、纱窗和蚊帐。

7.基孔肯雅热流行季清晨和傍晚外出时，尽量穿浅色长袖长裤，外露的皮肤上涂抹蚊虫驱避剂。

8.一旦出现基孔肯雅热疑似症状，应及时到正规医院就诊，主动告知医务人员 2 周内的旅居史。

9.目前全球尚无针对基孔肯雅热的特效抗病毒药物，我国还没有上市的基孔肯雅热疫苗，基孔肯雅热治疗以对症支持治疗为主，患者预后通常良好。

10.基孔肯雅热是可防可控的，通过群防群控，保持环境卫生整洁，阻断蚊媒孳生，可有效控制基孔肯雅病毒传播。