

关于印发登革热防控方案（2025年版）的通知

（国疾控综传防发〔2025〕13号）

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团疾控中心、卫生健康委：

为指导各地科学有效做好登革热防控工作，保护人民群众身体健康，国家疾控局会同国家卫生健康委制定了《登革热防控方案（2025年版）》。现印发给你们，请认真组织实施。

国家疾控局综合司

国家卫生健康委办公厅

2025年6月25日

（信息公开形式：主动公开）

登革热防控方案（2025年版）

登革热（Dengue Fever, DF）是由登革病毒（Dengue virus, DENV）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本地疫情时有发生，为指导各地科学有效做好登革热防控工作，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。积极开展爱国卫生运动，加强多部门协同联动，广泛动员社会和群众，开展环境卫生清理整治。加强健康宣教，提高公众自我防护意识和能力。开展多渠道监测预警，加强疫情分析与风险研判，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，避免出现较大规模聚集性疫情。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)，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。我国本地传播登革病毒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，在急性期血清中大量存在，可作为早期诊断指标。

登革病毒对热敏感，56℃ 30 分钟可灭活。在 4℃ 条件下其感染性可保持数周，在-70℃或冷冻干燥状态下可长期存活。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、龙胆紫均可灭活病毒。

三、流行病学特征

（一）传染源。

登革热患者、隐性感染者、带病毒的非人灵长类动物。

（二）传播途径。

主要通过携带登革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传播和母婴传播。

（三）潜伏期。

一般为 1—14 天，多为 5—9 天。

（四）传染期。

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。

（五）易感人群。

人群普遍易感。登革病毒感染后，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。

（六）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。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。我国虽尚未形成稳定的登革热本地传播疫源地，但境外输入病例常年可见。广东、云南、广西等多个省份曾多次发生输入引起的本地传播疫情，夏秋季高发，各年龄段人群均可发病，以青壮年为主。

（七）临床表现。

登革热是一种全身性疾病，临床表现复杂多样，临床特征为突起发热、全身疼痛、皮疹、出血及白细胞减少等，病程可分为急性发热期、极期和恢复期。多数病例病情较轻，仅有发热期和恢复期表现，少数病例为重症登革热，表现为严重出血、休克及重要脏器损伤。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）》。

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

生产建设兵团按照登革热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。

I 类地区（6 个）指媒介伊蚊活跃期较长、既往报告本地病例较多、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、既往未报告过本地病例，但存在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、病例报告与管理

（一）病例定义。

1. 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）》。

2. 重症登革热。出现严重出血、休克或严重器官损害的确诊病例。参见《登革热诊疗方案（2024 年版）》。

3. 境外输入病例、省外输入病例和本地病例。按感染来源地，将确诊病例分为境外输入病例、省外输入病例和本地病例：

境外输入病例指发病前 14 天内有登革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且排除居住地所在省份感染可能的病例。

本地病例指发病前 14 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）多渠道监测。

1. 进境人员监测。海关收到登革热相关健康申报或检疫发现疑似症状的进境人员，应及时开展流行病学调查、医学检查和标本采样检测。对可能感染登革病毒的进境人员发放《就诊方便卡》，并及时通报当地疾控部门。登革热流行季重点地区要加强口岸疫情防控，疾控部门、医疗机构对口岸海关检疫发现的登革热病例、疑似病例在知情同意基础上进行点对点防蚊隔离收治。对来自境外登革热流行国家或地区且进境后 14 天内前往海关所属国际旅行卫生保健中心的劳务、留学生等重点人员，按要求开展进境后登革热监测，及时发现境外输入病例。

2. 病原学监测。包括病例监测和媒介伊蚊监测，报告病例的医疗机构、县级疾控中心负责采集输入病例和本地病例急性期的血清样本，县级疾控中心负责采集媒介伊蚊活动高峰期和登革热流行季节伊蚊的样本。具体检测方法见《登革热实验室检测方案》（附件 1）。

(1) 病毒核酸分型检测。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%。

(2) 基因组序列测定和分析。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。

不具备基因测序条件的县级疾控中心，应将标本送至地市级或省级疾控中心进行检测。省级疾控中心每月中旬将上月登革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>)。

3. 专项调查。中国疾控中心指导重点地区在媒介伊蚊非活跃期（通常为1月至3月）对既往发生登革热本地疫情的县（市、区）开展人群登革病毒血清流行病学专项调查，了解人群感染率、免疫水平以及血清型别等特征。具体要求见《登革热血清流行病学调查方案》（附件2）。

4. 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、抗药性水平以及登革病毒携带情况。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、工作要求等见《登革热媒介伊蚊监测方案》（附件3）。

（三）病例报告和突发公共卫生事件报告。

1. 病例报告。医疗机构发现登革热疑似病例、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”的监测报告管理模块进行网络直报。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中心报告，并及时寄送出传染病报告卡，县级疾控中心在接到报告后立即进行网络直报。

2. 病例订正。医疗卫生机构要根据实验室检测、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时，应填报“重症登革热”。明确可能感染来源后，应及时订正病例分类，境外输入病例需标注境外国家或地区名称，省外输入病例需标注输入来源的省、市、县三级行政区划名称。

3. 突发公共卫生事件报告。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。新发疫情指以县（市、区）为单位，近5年首次报告登革热本地确诊病例。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。局部暴发疫情指同一街道/乡镇，14天内报告10例及以上登革热本地确诊病例。疫情所在地的县级疾控中心应在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。

（四）病例管理。

1. 住院病例。医疗机构按照《登革热诊疗方案（2024年版）》要求对住院病例采取防蚊隔离治疗，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灭蚊。病程超过5天，且体温自然下降至正常超过24小时及以上的住院病例，可解除防蚊隔离。

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。病程超过5天，且体温自然下降至正常超过24小时及以上的病例，可解除防蚊隔离。自我防蚊隔离期间病情加重应及时就诊。辖区疾控机构、社区卫生服务中心（乡镇卫生院）指导非住院病例做好自我防蚊隔离管理和健康监测。

（五）流行病学调查。

在依法做好个案流行病学调查基础上，县级疾控中心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、死亡病例开展重点病例流行病学调查，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。调查过程中要充分利用信息化手段调取数据，减轻基层填报负担，具体要求详见《登革热重点病例流行病学调查方案》（附件4）。

六、疫情处置

（一）科学划定风险区域。

登革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，以及登革热非流行季出现本地病例的地区，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。

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，将不小于100米为半径的空间范围划定核心区。1例病例可划定多个核心区。

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。

（二）分级分类处置疫情。

根据登革热流行特点和疾病发展进程，将登革热疫情分为输入疫情、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。

登革热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。云南、广东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控制措施，提升防制效果。登革热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，重点做好输入病例发病前1天至发病后5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，病例同行人员做好14天自我健康监测。云南、广东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搜索排查，医疗机构启动病例应急监测，落实“逢疑必检”，对无急性呼吸道感染症状、体温超过38℃的患者开展登革病毒NS1抗原检测，对病例采取住院防蚊隔离治疗。

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，核心区3天内完成入户调查处置、3天内完成全覆盖成蚊杀灭、5天内控制蚊媒密度”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类地区要快速划定核心区，核心区全面落实“逢热必检”，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。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“全力压峰缓疫，降低蚊媒密度及防重症为主”的防控策略，降低疫情规模，减少重症和死亡病例发生风险，避免医疗资源挤兑和疫情本地化。I类地区发生疫情的街道或乡镇要积极发动群众，做好蚊媒孳生地清理和成蚊杀灭，特别是空置屋、闲置屋、楼顶天台、地下车库、公园、工地等场所的清理和消杀工作，最大限度消除卫生死角，持续将蚊媒密度控制在安全水平。疫情发生地居家病例严格落实防蚊隔离管理，老年人、孕妇等重症登革热高风险人群做好住院防蚊隔离治疗。同时，要做好疫情信息发布和跨区域协同调查处置。

（三）媒介伊蚊应急监测与控制。

媒介伊蚊活跃期出现登革热确诊病例时，I类、II类、III类地区开展媒介伊蚊应急监测与控制。

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。具体要求见《登革热媒介伊蚊监测方案》（附件 3）。

2. 媒介伊蚊应急控制。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；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。具体要求见《登革热媒介伊蚊应急控制方案》（附件 5）。

3. 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，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），可终止核心区、警戒区伊蚊应急监测与控制工作。

4. 媒介控制效果评价。疫情发生地疾控中心应及时开展蚊媒控制效果评价，鼓励重点地区加强对有害生物防制公司的技术指导与培训，推进以消杀效果为导向的病媒生物防制付费机制。

（四）疫情通报。

各省级疾控部门应依法及时发布登革热疫情信息，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，尽早采取防控措施。出现跨省份疫情传播时，病例输入省份的疾控部门应及时将相关信息通报病例输出省份的疾控部门，共同做好疫情调查处置。

七、实验室检测

实验室检测包括抗原检测、核酸检测、病毒培养分离和血清抗体检测等。抗原检测、核酸检测和病毒培养分离一般采集病例

发病 5 天内的血液样本。血清抗体检测主要采集病例发病 5 天后的血液样本，但需注意可能与其他黄病毒感染存在交叉反应。具体要求见《登革热实验室检测方案》（附件 1）。

八、预防措施

（一）广泛深入开展爱国卫生运动。

各地要组织开展爱国卫生运动，推动各部门切实履行职责，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理整治，清除积水、翻盘倒罐，全面清理蚊虫孳生场所。强化城市背街小巷、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，全面清理河塘、沟渠，最大限度消除卫生死角，减少病媒生物孳生地。

（二）加强健康科普宣教。

结合本地登革热流行特征，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、灭蚊和防蚊，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《登革热健康科普核心信息》（附件 6）。

（三）加强重点场所防控。

医疗机构应严格落实登革热病例防蚊隔离措施，加强院内及周边环境的卫生整治，医务人员做好个人防护，避免蚊虫叮咬引起相互传播。建筑工地应及时清除地面积水、清理废弃的建材垃圾。公园、景点、花卉市场等场所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。重点地区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，登革热流行季提醒旅客做好防蚊措施。鼓励农村地区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，有效降低媒介伊蚊密度。

九、工作要求

（一）加强组织领导。各地要高度重视登革热防控工作，坚持联防联控、多病同防，压实“四方责任”，结合本地流行季节、输入风险等实际情况，分级分类落实防控工作要求，及时采取有力的防范应对举措，尽早尽快控制疫情，严防疫情外溢扩散。各地疾控、卫生健康部门要会同海关等部门做好重点国家和地区进出境人员检疫查验，及时发现和控制输入疫情。多部门协同联动开展爱国卫生运动，落实环境卫生整治、病媒生物防制等措施，降低疾病传播风险。

（二）强化防治措施落实。各地疾控机构负责组织做好疫情监测、风险研判和调查处置，加强媒介伊蚊防制，严防疫情扩散蔓延。各级各类医疗机构要落实“四早”要求，中西医结合规范诊治病例，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，降低重症、死亡病例发生风险。各地要广泛开展登革热防控知识科普宣教，提高公众防护意识和防护能力。发生本地聚集性疫情的地区要依法依规及时发布疫情信息和健康风险提示。

（三）强化培训指导。各地疾控机构要加强对疾控人员流行病学调查、现场处置、蚊媒监测控制和实验室检测等相关培训。各级各类医疗机构要对医务人员开展登革热防控和诊疗培训。各地疾控和卫生健康部门要加强防治工作的督促指导，确保各项措施落实到位。

附件 1

登革热实验室检测方案

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

登革热疑似病例、临床诊断病例和确诊病例，登革热媒介伊蚊成蚊和幼虫。

二、样本采集、保存和运输

（一）样本采集。

1. 病例血清样本。用无菌真空干燥管，采集患者非抗凝血 3mL—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. 蚊媒样本。采集媒介伊蚊活动高峰期和登革热流行季节的伊蚊成蚊及幼虫，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。

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中心。

三、病例实验室检测

（一）病原学。

1. 抗原检测。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 方法进行登革病毒核酸检测，可用于早期诊断和血清分型。

3. 病毒培养分离。一般发病后 5 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）中进行分离与培养，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 法或扩增子技术进行 E 基因或全基因组测序，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%。

（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。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。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成蚊或幼虫进行研磨，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中心进行病毒培养分离和基因组序列分析。蚊媒核酸检测、病毒分离培养和基因组序列分析的检测方法同病例检测。

五、复核检测

地市级或省级疾控中心收到各县（市、区）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。

六、结果报送和反馈

各县（市、区）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。

省级疾控中心应于每月中旬将上月登革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，并向各省级疾控中心发布。

七、生物安全

登革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。

附件 2

登革热血清流行病学调查方案

一、调查目的

掌握我国高风险地区人群登革病毒感染率、免疫水平及血清型流行特征和趋势，为全国登革热流行趋势的预测预警和防控策略措施的制定提供支撑。

二、调查对象

上个流行季在调查地区居住半年以上的社区人群、基层医疗卫生机构（优先选择已部署前置软件的医疗卫生机构）就诊人群。

三、调查现场

在登革热高风险地区开展血清流行病学调查。每个省份选取 2—3 个既往有登革热本地疫情的县（市、区），每个县（市、区）选取既往报告病例数或人群感染率较高的街道/乡镇。另外，每个省份各选取 1 个近三年报告病例数较少和 1 个无本地病例报告的街道/乡镇作为对照组。

四、内容和方法

（一）监测内容。

登革病毒抗体 IgG 阳性率、IgG 阳性人群中中和抗体水平和血清学分型。

（二）监测时间。1 月至 3 月，两周之内完成样本采集。

（三）监测数量及抽样方法。

采取整群随机抽样方法选择样本，各省根据既往登革热本地

病例报告数量或人群感染率合理选择样本量，样本应包含各年龄组人群，按照不少于4个年龄组进行划分：0—13岁、14—44岁、45—59岁、≥60岁组，各年龄组占比参照当地人口构成。

（四）样本采集和保存。

采集的血液样本离心后，将每份血清平均分装到3个冻存管中，于-70℃低温冰箱中储存直至检测。冻存管按照统一的编码规则依次贴好耐低温标签。

（五）实验室检测。

1.采用酶联免疫吸附试验（ELISA）开展登革病毒IgG抗体检测，检测试剂选用含登革病毒IgG抗原的试剂盒。

2.对ELISA检测阳性的样本，进一步采用微量中和试验进行中和抗体水平检测，并开展病毒血清学分型。

（六）质量控制。

检测人员需经盲样考核合格后上岗。ELISA-IgG抗体检测和中和抗体检测均应采用统一的检测试剂，并在符合资质的实验室开展实验操作，检测完成后应抽取5%的阳性样本和5%的阴性样本进行复核。

五、职责分工

（一）中国疾病预防控制中心制定监测方案，负责培训、技术指导以及省级实验室的质量控制。

（二）省级疾控中心负责组织开展本省份监测工作，负责IgG抗体、中和抗体和血清学分型的实验室检测。

（三）市、县级疾控中心负责本辖区监测工作的落实。

附件 3

登革热媒介伊蚊监测方案

为指导各地规范开展媒介伊蚊监测，及时掌握媒介伊蚊种类构成、种群密度和分布、抗药性水平和登革病毒携带情况，科学评估疫情风险和评价蚊媒控制效果，制定本方案。

一、常规监测

（一）生态学监测。

1.监测方法。采用布雷图指数法开展伊蚊幼虫监测，采用双层叠帐法开展伊蚊成蚊监测。按照《全国病媒生物监测方案（2024版）》和《全国病媒生物监测技术指南》要求，开展媒介伊蚊生态学监测和抗药性监测。各地可根据工作需要使用引诱剂捕蚊器法等新方法。

2.监测频次。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。

3.监测点设置及样本量要求。

（1）布雷图指数法：每个监测县（市、区）按不同地理方位选取4个街道/乡镇的居民区作为固定监测点，调查合计不少于100户。每次监测随机选择其他4个街道/乡镇的居民区作为流动监测点，调查合计不少于100户。

（2）双层叠帐法：每个监测县（市、区）选取居民区、公园/竹林、旧轮胎堆放地/废品站/工地3类生境设置监测点，每类

生境监测点不少于 1 处，每次监测不少于 3 个帐次，两个监测点的间距不少于 200 米。

4. 监测结果风险评估。布雷图指数 (BI) 小于 5 为控制登革热传播的阈值，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。

(二) 抗药性监测和媒介带毒监测。

I 类、II 类和 III 类地区每年登革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流行季节，原则上在 6—9 月每月开展 1 次伊蚊携带登革病毒监测，I 类地区在 10 月增加 1 次。具体监测方法参考《全国病媒生物监测方案 (2024 版)》。

二、应急监测

(一) 监测方法。采用布雷图指数法开展伊蚊幼虫监测，采用双层叠帐法开展伊蚊成蚊监测。

(二) 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。每次灭蚊作业前后开展媒介伊蚊成蚊密度监测，评价灭蚊效果，并根据评估结果优化调整灭蚊策略。

(三) 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，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。

附件 4

登革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重点病例流行病学调查工作，科学做好登革热风险区域划分、病例搜索、孳生地清理、成蚊杀灭等措施，有效遏制疫情传播扩散，制定本方案。

一、调查对象

输入病例、聚集性疫情和局部暴发疫情的首发病例、指示病例、重症病例和死亡病例，以及为查明疫情性质和波及范围而确定的病例。

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 4—1）。

（二）填报时限。输入病例、聚集性或局部暴发疫情首发病例、指示病例和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。各县级疾控中心通过“中国疾病预防控制中心信息系统”填写《登革热重点病例流行病学调查表》。

三、职责分工

各省级疾控中心负责组织、协调和实施本省份登革热重点病例的调查工作，病例所在地的县级疾控中心会同医疗机构开展流行病学调查，并由县级疾控中心填报调查表。

附件：4—1.登革热重点病例流行病学调查表

附件 4—1

登革热重点病例流行病学调查表

(输入病例 聚集性或局部暴发疫情首发病例 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

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) 全身疼痛 (4) 乏力 (5) 皮疹 (6) 恶心 (7) 呕吐 (8) 腹泻 (10) 其他_____

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

4. 登革病毒核酸分型: DENV-1; DENV-2; DENV-3; DENV-4; 未分型。如无核酸检测结果, 请填写其他用于诊断的实验室检测结果_____

三、发病前后活动情况

(一) 发病前外出史:

1. 发病前14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. 是否旅行团出行”)。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.是否随旅行团出行?

(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:

发病前 1 天至发病后 5 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: _____

附件 5

登革热媒介伊蚊应急控制方案

为指导各地规范开展登革热媒介伊蚊应急处置，科学有效实施登革热风险区域成蚊杀灭和幼蚊孳生地清理等措施，制定本方案。

一、成蚊杀灭

（一）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、药械的选择和控制策略、措施的实施。

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，用密度下降率等指标评价总体灭蚊效果。

（二）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：喷雾机雾滴体积中径范围应介于 10—20 微米之间，最小不低于 5 微米，最大不超过 25 微米。

（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、日落前后 2 小时的媒介伊蚊活动高峰期。

(5) 适用环境：适用风速 1—4m/s 空旷外环境，当风速低于 1m/s 或超过 4m/s 时，不宜进行室外超低容量喷雾；适用室内空旷环境，如农贸市场、大型棋牌室、麻将室、餐厅、停车场、建筑工地在建室内空间等。

2. 滞留喷洒。

蚊虫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、绿篱等叶面下面等室外场所。一般情况下，登革热风险区域每 1—2 周开展 1 次滞留喷洒。

3. 其他方法。

在核心区、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，空旷地带、低矮绿化带、人口密集场所不推荐使用热烟雾机灭蚊；室内外可以选择灭蚊灯等物理方式杀灭成蚊。

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投放。

附件 6

登革热健康科普核心信息

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，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，在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，阻断蚊虫孳生，可有效控制登革病毒传播。