

# 泰州市民政局文件

泰民发〔2021〕4号

---

## 关于转发江苏省养老机构传染病 防控指南的通知

各市（区）民政局、泰州医药高新区民政局：

为慎终如始抓好全市养老服务领域常态化疫情防控工作，提升养老机构应对传染性疾病的预防处置能力，保障全市入住老年人的生命安全和身体健康，省民政厅制定了《江苏省养老机构传染病防控指南》（试行），现转发给你们，请结合本地区养老服务发展实际，抓好贯彻落实。

各地在疫情防控工作中，既要抓好疫情防控，也要抓好服务保障；既要注意封闭管理，也要注意亲情关怀。要将服务贯穿于疫情防控始终，服务标准不能因疫情防控而降低，确保入住老年人生活舒心，家人放心。

附件：江苏省养老机构传染病防控指南

泰州市民政局  
2021年2月1日

附件

# 江苏省养老机构传染病防控管理指南

(试行)

## 范围

本指南规定了养老机构传染病疫情防控的术语与定义、组织管理、隔离场所设置及人员配备、宣传培训、出入管理、老年人防护、防控物资管理、清洁消毒管理、医疗废物管理、疫情处置的相关要求。

本指南适用于养老机构传染病防控管理工作。

## 规范性引用文件

下列指南中的内容通过文中的规范性引用而构成本指南必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本指南；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本指南。

GB 10213 一次性使用医用橡胶检查手套

GB 14930.2 食品安全国家标准 消毒剂

GB/T 21417.1 医用红外体温计

GB/T 26373 醇类消毒剂卫生要求

GB/T 34855 洗手液

GB/T 36758 含氯消毒剂卫生要求

YY 0469 医用外科口罩

YY/T 0506 病人、医护人员和器械用手术单、手术衣和净服（所有部分）

YY/T 0969 一次性使用医用口罩

《医疗废物专用包装物、容器标准和警示标识规定》

《医疗废物管理条例》

## **术语和定义**

下列术语和定义适用于本指南。

### **养老机构**

为老年人提供集中居住和照料服务的机构。

### **传染病**

由各种病原体引起的能在人与人、动物与动物或人与动物之间相互传播的一类疾病。

### **密切接触者**

在未采取有效防护措施的情况下，接触传染期患者，包括治疗、探陪或照护患者，或与患者共同生活有近距离接触的人员。

### **疑似病例**

根据某传染病所表现的临床症状和流行病学史，而没有进行实验室检查的临床诊断病例。

如果被观察后确诊，则转为确诊病例。

### **确诊病例**

出现某传染病的临床表现并有流行病学史，同时实验室检测结果为阳性的病例。

### **养老机构清洁区**

在传染病疫情期间，养老机构内未被病原微生物污染的区域，如工作人员生活区、更衣间、值班室、防护用品储物间等。以下简称“清洁区”。

### **养老机构半污染区**

在传染病疫情期间，养老机构内可能被病原微生物污染的区域，如医护办公室、治疗室、护士站、内走廊、缓冲间等。以下简称“潜在污染区”。

### **养老机构污染区**

在传染病疫情期间，养老机构内被病原微生物污染的区域，如住养老人病室、洗漱间、处置室、污物间、出入院接待处、老年人活动场所等。以下简称“污染区”。

### **消毒**

用化学、物理、生物的方法杀灭或者消除传播媒介的病原微生物

### **消毒剂**

能杀灭传播媒介上的微生物并达到消毒要求的制剂。

## **手卫生**

洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

## **组织管理**

### **机构负责人**

养老机构传染病防控工作由机构负责人全面负责。机构负责人的主要职责包括：在民政、卫生有关主管行政部门领导下，贯彻执行《养老机构管理办法》《中华人民共和国传染病防治法》等有关法律、法规，积极落实党委和政府及相关部门传染病防控指导要求，结合机构实际，认真组织落实传染病防控工作；建立传染病防控工作机制，制定并实施防控方案和应急预案，有效整合人、财、物、时间、信息资源，使之满足机构传染病防控工作需要；建立健全传染病防控规章制度、规范和流程，并组织实施。深入科室了解传染病防控工作情况，及时解决存在的问题，组织召开有关专题会议，分析讨论存在问题，提出改进措施；建立24小时应急值守制度，确保通讯畅通，传染病疫情期间按要求及时上报信息，不迟报、瞒报、漏报；保持机构内工作秩序良好，同时与政府相关行政管理部门保持良好的沟通协调，确保各项措施得到有效落实。

### **防控管理委员会/管理小组**

应根据机构规模、功能，设置相应管理部门或指定专人具体负责，并实行院、科二级负责制。有条件的机构宜成立由机构领导和有关科室负责人组成的传染病防控管理委员会或管理小组。防控管理委员会或管理小组的主要职责包括：

a) 在机构负责人的统一领导下，负责机构传染病防控组织协调管理工作，贯彻落实各项传染病防控措施；

b) 建立健全传染病防控规章制度，完善公共卫生事件突发处置应急预案，定期进行督促检查；

c) 制定各类人员传染病防控知识与技能的培训计划，并组织学习，对培训效果进行考核；

d) 对各科室清洁、消毒、废弃物处置及手卫生等各项防控措施落实情况进行督促检查，发现问题及时反馈和整改，达到持续改进；

e) 组织落实机构传染病的监测，及时发现问题，准确做出判断，并按相关规范要求及时上报；

f) 在传染病疫情期间统筹做好疫情应急处置、完善物资储备和使用保障供应等，并按照国家 and 地方有关行政和业务主管部门要求，严格落实各项防控措施。

### **科室防控人员**

应建立由机构内各岗位人员组成的传染病防控网络，根据养

老机构具体情况，实行划片分区，责任到人。科室防控人员的主要职责包括：

a) 贯彻执行传染病防控相关法律、法规，落实各项规章制度和流程，确保各项防控措施执行到位；

b) 积极参加各类传染病防控知识、宣传教育的培训，掌握传染病防控的相关知识、工作流程和规范要求；

c) 开展对住养老人及其家属的传染病防控知识宣教，指导住养老人及其家属正确掌握传染病防控方法；

d) 按要求对老年人居室、各功能室、公共区域进行日常清洁、消毒，保持环境干净、整洁、舒适、空气新鲜、无异味；

e) 严格执行院内感染防控制度，对医疗废物按规范进行严格管理，自觉执行手卫生；

f) 积极配合有关部门做好传染病防控的监测、调查、分析和处理，及时上报监测结果；

g) 传染病疫情期间在日常清洁消毒的基础上加强预防性消毒，合理使用防护物资，科学做好自身和老年人的防护。

### **制度建设**

应制定以下传染病防控制度并有效实施：

a) 老年人入院评估和健康档案制度；

b) 传染病疫情报告与管理制度；

- c) 卫生保洁与清洁、消毒制度；
- d) 医疗废物分类暂存、收集及运送管理制度；
- e) 探视、陪伴管理制度；
- f) 从业人员健康检查制度和健康档案制度；
- g) 食品安全管理制度；
- h) 传染病防控应急预案制度；
- i) 传染病防控宣教和培训制度。

### **隔离场所设置及人员配备**

#### **隔离观察区（室）设置**

养老机构宜预留相应区域或用房，必要时设置为应急隔离观察区（室），用于疑似或确诊老年人的隔离、观察和救治的应急使用；养老机构在新建、改建、扩建时，宜将隔离观察区（室）的设置纳入机构总体规划中。

#### **隔离观察区（室）设置应符合以下要求：**

a) 设置在建筑物的末端或通风良好、人员走动少的相对独立区域，与机构内其他住养老人房间相隔离。宜设有独立出入口，且标识醒目；

b) 分区明确，设置“三区两通道”：污染区、潜在污染区和清洁区，各分区之间有物理隔断，相互无交叉；区分人流、物流清洁与污染路线，并采取安全隔离措施；



c) 设有病房床单元、卫生间、淋浴间、流动水洗手等基础设施，并配置转运平车、治疗车、抢救车、污物车、氧气设备、负压吸引、紫外线灯等基本设备，与普通住养区域不交叉使用。有条件的养老机构宜配备非手触式洗手装置、医用空气消毒机等其他有效的清洁消毒设备；

d) 外窗可开启，配备的空调通风系统独立设置，必要时可加装机械通风装置。

隔离观察区（室）启用时，如配置的空调通风系统为全空气系统时，应关闭回风阀，采用全新风方式运行；如配置的空调通风系统为无新风的风机盘管系统（类似于家庭分体式空调）时，应开门或开窗，加强空气流通。

## 人员配备

隔离观察区（室）医务人员应经过传染病相关法律法规、传染病诊疗知识和医院感染预防与控制相关培训，经穿脱防护用品、手卫生、医用防护口罩适合性试验等知识和技能考核合格后上岗。

宜配备具有呼吸道传染病或感染性疾病诊疗经验的医生。  
宜配备具有一定护理经验，掌握传染病分诊、医院感染控制、消毒隔离及个人防护等知识和技能的护士。

应根据患者及隔离床位数量动态配备相应的医务人员，疫情

期间根据实际患者数量酌情增加。

医务人员应按照标准预防原则，根据疾病的传播途径和医疗操作可能感染的风险选用适当的个人防护装备。

疫情期间医务人员应做好健康监测，每天测量体温。若出现咳嗽、发热等身体不适症状时，及时向单位主管部门报告。

## **宣传培训**

### **工作人员**

养老机构应结合机构具体情况开展分级分类培训。

培训内容应包括《中华人民共和国传染病防治法》等相关法律法规、传染病流行病学特点、相关防护措施等。传染病防控相关术语和定义可参见附录 A，传染病防控基本知识可参见附录 B。

可视情况开展机构内集中培训、专项培训、分散培训和外出培训等多种形式培训，确保工作人员掌握预防传染病感染的个人防护、卫生健康习惯、相关传染病法律法规及疫情应急处置要求。

宜利用广播、电视媒体和微信、网络等工具开展宣传教育，展示传染病防控和健康管理知识。

### **住养老人**

应结合养老机构老年人特点开展传染病防控宣传教育，选择内容简单明了、容易掌握的基础性传染病防控知识和技能。

宜根据老年人身体状况和健康需求，采取老年人喜闻乐见的方式宣传传染病防控和健康知识，便于老人理解与掌握。

在制订防控宣传策略时，应充分根据防控要求进行宣教，做到依据科学，不过防、不漏防。

指导老人建立“以防为主”的卫生健康习惯和公共卫生意识，避免共用个人物品，注意咳嗽礼仪和手卫生，使用纸巾遮掩口鼻，接触呼吸道分泌物立即流水与洗手液洗手并采取手消毒措施。

指导老年人加强营养饮食，适当进行体育锻炼。

加强老年人心理调节，普及心理健康知识，引导老年人保持积极乐观心态。为住养老人提供电视、广播、阅读等文化娱乐服务，丰富精神文化生活；利用电话、网络等为老年人提供与亲属间的亲情化沟通服务。

### **出入管理**

传染病疫情期间，应通过公告、电话、短信、微信、邮件等多种方式，向老年人及其家属发布养老机构传染病防控措施和相关服务通知，在养老机构主要出入口张贴防控告示。

应控制进入人员数量，减少不必要的人员进出。

对特殊情况（老年人病重、病危、病故等）到访家属需提前通过电话、微信等形式预约，由工作人员安排具体探视时间并提前告知入院相关要求，避免人群聚集。

加强门卫值班,对允许进入养老机构人员安排专人实名登记并测量体温,观察询问健康状况、旅行史等并做好记录,做好协助消毒、安全防护等工作。

来访人员应在指定的区域和路线活动,并遵守相关防控要求。

因特殊原因外出后返回的老年人应了解其在外生活情况,并做好相关检查,如接触疫区人员或有感染症状者,应劝导其暂缓返回,待医学观察期结束后方可返回。

有条件的养老机构尽量安排工作人员在养老机构内居住,且尽量安排分散居住在不同房间;在外居住的工作人员上下班途中必须戴口罩,非必要不出入人员密集场所。除外出采购或办事人员,尽量减少工作人员外出。外出采购或办事工作人员,在外出前必须做好个人防护,返回机构时须进行手消毒,更换工作服、鞋帽、手套、口罩等。

根据防控需要,必要时实施封闭式管理,暂停接待外来人员探视和接收老年人新入住。

### **老年人防护**

每日对老年人及工作人员健康状况进行监测,每日早晚各为老年人测量1次体温,随时询问老年人身体状况。对患有慢性病的老年人,宜通过检测血压、血糖、呼吸状况、体重等方式,观察慢性病老年人身体状况,身体不适时及时就医。

每日提醒或协助老年人做好洗漱、沐浴等个人清洁卫生，倡导老年人勤洗手。保持老年人口腔、身体、衣物、床单元及居室清洁卫生，经常晾晒老年人被褥衣物。

有条件的养老机构，鼓励老年人开展适宜的户外活动，加强身体锻炼，增强抵抗力。

传染病疫情期间，机构内不举办聚集性活动。鼓励送餐服务，必要时分批次、分时段至食堂取餐，或由食堂统一分发。

### **防控物资管理**

养老机构应根据其规模大小、服务特色、医养融合等情况，配备工作服、一次性使用口罩、医用外科口罩、一次性隔离衣、一次性使用手套、红外体温计、84 消毒液、乙醇消毒剂、洗手液等个人防护用品。防护用品质量应符合以下要求：

- a) 一次性使用口罩符合 YY/T 0969 的要求；
- b) 医用外科口罩符合 YY 0469 的要求；
- c) 一次性隔离衣符合 YY/T 0506 的要求；
- d) 一次性使用手套符合 GB 10213 的要求；
- e) 红外体温计符合 GB/T 21417.1 的要求；
- f) 84 消毒液符合 GB/T 36758 的要求、乙醇消毒剂符合 GB/T 26373 的要求；
- g) 洗手液符合 GB/T 34855 的要求。

应根据疫情状态及机构防控处置需求，及时补充防护物资；宜预留购买渠道以应急采购，保障个人防护用品充足。

制定防护物资购置计划，安排专人调配，登记出入库数量。

防护物资紧缺期间应每日统计库存的防护物资类别、数量，根据住养老人和在岗工作人员动态，做好每日物资调配。

防护物资库存应定时汇总数据，及时清理过期物资，对于乙醇消毒剂等高危防护物资应通风、禁火单独管理。

## 清洁消毒管理

### 日常清洁与消毒

#### 空气

#### 空气清洁与消毒要求

清洁与消毒方式	清洁与消毒要求
自然通风	根据季节及天气情况,选择合适的时间对老年人居室和公共场所开窗通风,保持室内空气流通,一般情况下每日开窗通风2次,每次不少于30分钟。开窗通风时,应注意避免因室内外温差过大引起感冒。
机械通风换气	自然通风不良的房间如卫生间等,应配备机械通风换气设备,利用风机、排风扇等进行机械通风换气,通风时间根据需要设定。必要时采用循环空气消毒机进行空气消毒。
空气消毒器或紫外线消毒	对养老机构内医务室、治疗室等环境卫生要求较高的场所,可选用静电吸附式空气消毒机、紫外线灯等消毒。每日消毒1~2次,每次30~60分钟,消毒完毕开窗通风30分钟。

#### 环境、物体表面

#### 环境、物体表面消毒要求

消毒对象	消毒要求
床单元(床、床头柜、椅子、热水瓶等)	每日清水擦拭1次,每周擦拭消毒1~2次,有污染时随时擦拭或消毒。擦拭时应一人一巾。老人转床、出院或死亡应进行终末处理,可采用含有效氯500mg/L的消毒液擦拭消毒。
活动室、阅览室、娱乐室、康复室等	老年人共同活动场所的桌椅、物体表面每日清水擦拭1次,每周擦拭消毒1~2次,有污染时随时擦拭或消毒,必要时用含有效氯500mg/L的消毒液擦拭消毒。
电脑、电话、遥控器 等仪器表面	保持清洁,有污染时随时用75%乙醇擦拭。
门窗、墙壁、楼梯和 走廊扶手	保持无尘和清洁,定时或每周用清水擦拭,有污染时随时擦拭或消毒,必要时用含有效氯500mg/L的消毒液擦拭消毒。
水池、水龙头、便器 扶手、便器水箱按钮	每天清水擦拭1次,每周擦拭消毒1~2次,保持清洁。有污染时随时擦拭或消毒,必要时用含有效氯500mg/L的消毒液擦拭消毒。
开饭车	每次开饭后用流动水刷洗干净,每日消毒一次,有污染时随时消毒。可用流动蒸汽消毒20分钟,或用含有效氯500mg/L的消毒液擦拭消毒。
地面、环境等	每日湿式清扫至少1次,有污染时随时清扫消毒。地面被呕吐物、分泌物或粪便污染时应先去污染物再使用含有效氯500mg/L~1000mg/L的消毒液覆盖消毒,必要时用含有效氯500mg/L的消毒液拖地。保持环境清洁卫生,规范处理垃圾、污水、污物,消除鼠蟑蚊蝇等病媒生物滋生环境。

## 诊疗器具

### 诊疗器具消毒要求

消毒对象	消毒要求
体温表	每次使用后使用含有效氯 500mg/L 消毒液浸泡 30 分钟，用流动水清洗干燥后备用，体温表一用一消毒。
吸引瓶、引流瓶	每天消毒一次，用含有效氯 500mg/L 消毒液浸泡 30 分钟，用流动水冲洗干净、晾干。
氧气湿化瓶、鼻导管	湿化瓶每周消毒更换一次，可采用含有效氯 500mg/L 消毒液浸泡 30 分钟，用流动水冲洗干净、晾干备用。长期吸氧老人使用的鼻导管专人专用，每次用后用 75%乙醇棉球擦拭，每周更换一次。
止血带	一用一清洁，如遇可视污染物需一用一消毒，可采用含有效氯 250mg/L 消毒液浸泡 30 分钟，用流动水冲洗干净、晾干备用。
血压计、袖带、听诊器	血压计袖带保持清洁，定期清洗晾干，有污染时可用含有效氯 500mg/L 消毒液浸泡 30 分钟，清洗干燥后备用。血压计、听诊器保持清洁，必要时用 75%乙醇或 500mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。
杯、钳、罐、盘、碗等	一用一消毒或一用一灭菌，采用清洗消毒机清洗消毒或压力蒸汽灭菌。杯、钳、罐干式保存每 4 小时更换一次，有污染时及时更换。
各种推车、轮椅	每日清水擦拭一次，有污染时随时擦拭或消毒，必要时用含有效氯 500mg/L 的消毒液擦拭消毒。

## 生活用品

### 生活用品消毒要求

消毒对象	消毒要求
个人生活用品	牙杯、脸盆、浴盆等个人生活用品专人专用、保持清洁干燥，有污染时随时清洁或消毒，必要时用含有效氯 500mg/L 消毒液浸泡 30 分钟后冲洗晾干。
食具	餐饮具和盛放直接入口食品的容器，严格执行“一洗二冲三消毒四保洁”制度。宜用煮沸、加热等物理方法进行消毒。化学洗涤剂 and 消毒剂应符合 GB 14930.2 要求。
床上便器	专人专用，使用后用流动水清洗、晾干。每周消毒 1 次，用含有效氯 500mg/L 的消毒液浸泡，每次消毒 30 分钟。
织物用品	a) 直接接触老人的织物如床单、被套、枕套、衣物、毛巾等，应专人专用，有污染随时更换。可用热力清洗（洗衣机 70℃洗涤 25 分钟），或定期送指定地点清洗消毒，定时进行日光暴晒； b) 间接接触的织物如被芯、枕芯、褥子、隔帘、床垫等，定期更换，有污染随时更换。更换下来的织物可采用消毒液浸泡法或床单元消毒器消毒 30 分钟，被芯、枕芯、床垫可进行日光暴晒 6 小时或紫外线照射 30~60 分钟。



## 卫生洁具

### 卫生洁具消毒要求

消毒对象	消毒要求
拖把	专区专用有明显标识，拖把头或拖布用清水清洗，必要时用含有效氯 500mg/L 消毒液中浸泡 30 分钟，洗净后晾干备用。
擦拭布巾	分区使用或专人专用，每次使用用清水清洗，必要时用含有效氯 500mg/L 消毒液中浸泡 30 分钟，洗净后晾干备用。
垃圾运送箱	每次用后及时清洁消毒，必要时用含有效氯 500mg/L 消毒液表面喷洒消毒。

### 传染病流行期间消毒与灭菌

应对住养老人接待处、未发现疑似或确诊病例的老年人活动场所、居室等进行预防性消毒。

应对疑似或确诊病例的患者排出的污染物及其污染的物品和场所及时进行清洁消毒处理。

每日工作结束后，或在患者康复、死亡、离开后，应对隔离观察室等区域进行终末消毒。

对医疗环境、物体表面、污染地面等用 500mg/L ~ 1000mg/L 的含氯消毒剂喷洒或擦拭，每日至少消毒 1 ~ 2 次。

日常的织物（如毛巾、衣物、被罩等）应集中清洗消毒，做好“特殊病原体”标记。清洗时可用 250mg/L ~ 500mg/L 的含氯消毒剂浸泡 1 小时，或采用煮沸 15 分钟消毒。

餐饮具需消毒后再清洗，避免污染扩散。消毒时可煮沸 15

分钟以上或用 500mg/L 的含氯消毒剂浸泡 30 分钟后再进行清洗、烘干消毒。

患者排泄物、分泌物、呕吐物等应先收集，在严格防护条件下，直接加入固体或液体含氯消毒剂使最终浓度达到 20000mg/L 有效氯浓度后混合搅拌均匀，作用在 2 小时以上即可。

设置套有塑料袋并加盖的专用垃圾桶。用过的纸巾、口罩等放置到专用垃圾桶，每日清理，清理前用含有效氯 500mg/L ~ 1000mg/L 的含氯消毒液喷洒或浇洒垃圾至完全湿润，然后扎紧塑料袋口。

### **不明原因传染病疫情消毒防控**

当养老机构内发生新发传染病、不明原因传染病的病原体污染物品和环境时，应按照国家 and 地方的疫情防控要求严格执行。

国家或地方没有相关要求时，按以下要求进行消毒：

- a) 在传播途径不明时，按照多种传播途径，确定消毒的范围和物品；
- b) 按病原体所属微生物类别中抵抗力最强的微生物，确定消毒的剂量（可按杀死芽孢的剂量确定）；
- c) 医务人员评估疫情选择合适的防护用品，做好职业防护；
- d) 宜选用一次性使用诊疗器械、器具和物品，使用后应进行双层密闭封装焚烧处理；

e) 可重复使用的物品浸泡消毒的消毒剂浓度宜提高至含有效氯 5000mg/L~10000mg/L, 浸泡消毒至少 60 分钟, 然后按规定清洗、灭菌。

## **医疗废物管理**

### **基本要求**

养老机构发生传染病或疑似传染病疫情时, 对疑似病例或确诊病例的老人所产生的废弃物均应纳入感染性废物管理, 养老机构应在当地卫生或疾控部门专业人员的指导下做好医疗废物的管理。

建立、健全医疗废物管理责任制, 养老机构的法定代表人或者主要负责人为第一责任人。

设专人负责疫情期间的医疗废物管理工作。

对医疗废物实施分类收集、安全转运、规范处置。

严格执行医疗废物交接登记制度。

### **分类与收集**

应正确分类医疗废物, 疑似病例或暂未转院的确诊病例产生的生活垃圾应归属为医疗废物。

根据医疗废物类别, 将其分别置于《医疗废物专用包装物、容器标准和警示标识规定》的包装物或者容器内。

每个包装物、容器封口后贴上医疗废物标签,标签的内容包括:医疗废物产生单位、产生日期、类别、重量及需要特别说明的事项等,并与医疗废物回收专职人员交接、登记。

感染性废物直接放入黄色专用包装袋,达到 3/4 满时,采用鹅颈式结扎方法进行及时密封;疑似传染病老人或者传染病老人产生的废物,包括感染性废物和生活垃圾,需要使用双层包装袋,采用鹅颈式封口,分层封扎,注明标识。损伤性废物放入防锐器穿透和渗漏的黄色专用利器盒内,存放量达到容器的 3/4 时,即密闭有效封口,利器盒不得重复使用。

放入包装物或容器内的医疗废物不应再取出。

科室及部门产生的医疗废物应日产日清。

## 运送

应由专人运送,做好职业安全防护,穿工作服、戴帽子、橡胶手套、医用口罩等。

运送前,检查包装物或容器的标识、标签及封口是否符合要求。盛装医疗废物的包装物或容器外表面被感染性废物污染时,应增加一层包装或采用 500mg/L 的含氯消毒液对污染处进行消毒处理。

应使用防渗漏、防遗撒、无锐利边角、易于装卸和清洁的专用密闭运载工具,按规定时间、指定路线进行运送。

运送结束后，应在指定地点对运送工具进行清洁和消毒。

## **暂存**

提供医疗服务的养老机构，宜单独设有医疗废物暂存地。暂存地宜远离医疗区、食品加工区、人员活动区和生活垃圾存放场所，方便医疗废物运送车辆出入。

医疗废物暂存地宜配备清洁和消毒设施，包括上下水、空气消毒设备等。宜有防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗、防渗漏的安全措施。

医疗废物暂存地宜有专人管理，有“警示”“禁止吸烟”等标识。

医疗废物应避免露天存放和阳光直射。存放时间不应超过48小时。

医疗废物转交后，应对暂存处及时清洁消毒，并做好记录。

## **处置**

提供医疗服务的养老机构产生医疗废物较多时，宜集中收回后移交至有资质的医疗废物处置中心集中处置。

小规模或单纯提供养老服务的机构产生少量医疗废物时，可与就近的医疗机构达成处置协议。

医疗废物交接单应记录重量、种类、时间、经办人签名等。

对于高致病性、传染性强、传播范围广的传染性疾病确诊或疑似病人所产生的生活垃圾，也应纳入感染性医疗废物管理。应

做到下列要求：

a) 使用脚踏式带盖的医疗废物专用桶，内套黄色专用包装袋，将产生的废物直接放入黄色专用包装袋内；

b) 如无脚踏式带盖的医疗废物专用桶应另外加盖，且用非手直接接触的方式开盖，及时关盖；

c) 医疗废物对外交接转运前应认真检查，确保黄色专用包装袋无破损、无渗漏，采用鹅颈式结扎封口严密后，外加套一层黄色专用包装袋包扎；

d) 如在包装过程中有污染，需对包装袋表面采用 1000mg/L 的含氯消毒液喷洒消毒。

## **防护**

对从事养老机构医疗废物分类收集、运送、贮存及管理的工作人员应定期进行相关知识培训。

宜给医疗废物处理专、兼职人员，配备必要的防护用品，定期健康体检，必要时免疫接种。

如被医疗废物刺伤、擦伤等时应立即采取相应的应急处理，并及时上报。

## **疫情处置**

### **基本要求**

遵循统一领导、分工负责、反应及时、措施果断、依据科学

的原则。

严格落实“早发现、早报告、早隔离、早治疗”要求。

在重点防控输入性疫情的同时，应严防机构内部疾病传播，及时控制和消除突发传染病疫情危害。

### **处置要求**

如发现疑似症状和明确诊断者，应立即向机构负责人报告。有条件的养老机构应立即将其转至隔离区域，采取相关隔离措施，条件允许可按单人单间收治被隔离者；无条件的养老机构应联系行政部门所指定的医疗机构或隔离地点，安排专人转车转运，避免乘坐公共交通工具，同时做好相应防护。

如发现疑似感染的工作人员，应立即停止其工作，安排至指定医疗机构检查，并做好相关记录及追踪。

对转诊老人居室应按规范要求终末处理，必要时对机构内公共环境进行消杀处理。

协助有关部门进行流行病学调查，对密切接触者开展排查并实施医学观察。随访健康状况，指导其监测自身情况变化，并做好记录。

应按照传染病疫情报告管理要求的内容、程序、方式和时限上报当地行政主管部门，填写传染病报告卡。

常见传染病个案预防与处置可参见附录 C。

## (资料性)

### 传染病防控相关术语和定义

#### A.1

#### 病原携带者

感染病原体无临床症状但携带并能排出病原体的人。

#### A.2

#### 潜伏期

从病原体侵入机体或者对机体发生作用起，到机体出现反应或开始呈现该疾病对应的相关症状时止。

不同传染病的潜伏期长短不同。

#### A.3

#### 聚集性疫情

在短时间内一个局部地区或集体单位中，突然发现2例及以上相同的病例，患者多有相同的传染源或传播途径。大多数患者常同时出现在该病的最长潜伏期内。

#### A.4

#### 显性感染

#### (临床感染)

病原体侵入人体后，不但引起机体发生免疫应答，而且通过病原体本身的作用或机体的变态反应，使机体发生组织损伤，导



致病理改变，出现临床特有的症状和体征。

#### A.5

### **隐性感染**

#### **( 临床感染 )**

病原体侵入人体后，仅引起机体产生特异性的免疫应答，病理变化轻微，不引起或只引起轻微的组织损伤，因而在临床上不显出任何症状、体征，甚至生化改变，只能通过免疫学检查才能发现。

#### A.6

### **无症状感染**

无临床症状，呼吸道等标本新型冠状病毒病原学或血清特异性IgM抗体检测阳性。主要通过密切接触者筛查、聚集性疫情调查和传染源追踪调查等途径发现。

#### A.7

### **空气传播**

带有病原微生物的微粒子 ( $\leq 5\mu\text{m}$ ) 以空气为媒介，随气流流动而导致的疾病传播。

#### A.8

### **飞沫传播**

带有病原微生物的飞沫核 ( $> 5\mu\text{m}$ ) 在空气中短距离 (1m

内) 移动到易感人群的口、鼻黏膜或眼结膜等导致的传播。

#### A.9

##### **接触传播**

病原体通过媒介物直接或间接接触,直接接触传播指病原体从传染源直接传播至易感者合适的侵入门户,间接接触传播指间接接触了被污染的物品所造成的传播。

#### A.10

##### **气溶胶传播**

气溶胶是指悬浮在气体(如空气)中所有固体和液体颗粒(直径 $0.001 \sim 100\mu\text{m}$ ),其液态粒子称为雾,小于 $1\mu\text{m}$ 的粒子称尘;自然界中,人类赖以生存的空气中微粒无处不在,构成一个宏大的“气溶胶世界”。气溶胶传播是指飞沫混合在空气中,形成气溶胶,吸入后导致感染。

#### A.11

##### **标准预防**

基于血液、体液、分泌物(不包括汗液)、非完整皮肤和黏膜均可能含有感染性因子的原则,针对机构内所有老人和工作人员采取的一组预防感染措施。包括手卫生,根据预期可能的暴露选用手套、隔离衣、口罩、护目镜或防护面屏,以及安全注射,也包括穿戴合适的防护用品处理老人环境中污染的物品与医疗

器械。

#### A.12

##### **外科口罩**

能阻止血液、体液和飞溅物传播的，工作人员在有创操作过程中佩戴的口罩。

#### A.13

##### **N95 口罩**

NIOSH认证的9种颗粒物防护口罩的其中一种。

“N”表示不耐油，“95”表示暴露在规定数量的专用试验粒子下，口罩内的粒子浓度要比口罩外粒子浓度低95%以上。N95并不是特定的产品名称，只要符合N95标准，并且通过NIOSH审查的产品就可以称为“N95型口罩”。

#### A.14

##### **高效消毒剂**

可杀灭一切细菌繁殖体(包括分枝杆菌)、病毒、真菌及其孢子等，对细菌芽胞也有一定杀灭作用，达到高水平消毒要求的制剂。包括部分含氯消毒剂、臭氧、甲基乙内酰脲类化合物、双链季铵盐等。

#### A.15

##### **中效消毒剂**

仅可杀灭分枝杆菌、真菌、病毒及细菌繁殖体等微生物，达到消毒要求的制剂。包括含碘消毒剂、醇类消毒剂、酚类消毒剂等。

## A.16

### 低效消毒剂

仅可杀灭细菌繁殖体和亲酯病毒，达到消毒要求的制剂。包括苯扎溴铵等季铵盐类消毒剂、氯己定(洗必泰)等双胍类消毒剂，汞、银、铜等金属离子类消毒剂及中草药消毒剂。

## (资料性)

### 传染病防控基本知识

传染病的发生、发展及转归可分为潜伏期、前驱期、发病期（症状明显期）、恢复期四期，传染病流行必须具备传染源、传播途径、人群易感性三个基本条件，一旦感染传染病，其痊愈需要较长时间，造成经济损失。养老机构收住多为老人，其机体抵抗力低下，为保护老年人健康，减少感染发生，必须认识到传染病防控的重要性。

传染病防控应从控制传染源、切断传播途径、保护易感人三个关键点入手：

#### a) 控制传染源：

对不同传染源应采取相应的隔离处理措施，对传染病确诊患者应早发现、早隔离、早诊断、早治疗；

对与病人接触者和病原体携带者，应结合具体情况进行医学观察、检疫或隔离；

对动物性传染源，视情况采取隔离或灭活焚烧、深埋等办法；

传染源是指体内有病原体生长、繁殖并且能排出病原体的人和动物，包括病人、病原携带者和受感染的动物。

#### b) 切断传播途径：

对于消化道传染病，应着重加强饮食卫生、个人卫生及粪便管理，保护水源，消灭苍蝇、蟑螂、老鼠等；

对于呼吸道传染病，提倡外出时戴口罩，流行期间少到公共场所。教育老人不随地吐痰，咳嗽和打喷嚏时要用手帕捂住口鼻；

对于虫媒传染病，应大力开展爱国卫生运动，采用药物等措施进行防虫、驱虫、杀虫；

加强血源和血制品的管理、防止医源性传播是预防血源性传染病的有效措施；

在流行期间减少或避免出入人群密集的公共场所，病人排出的分泌物应及时消毒，室内注意通风，室内空气消毒，做好灭蝇、灭蚊措施，不同的传染病病人采取不同的隔离措施；

传播途径是指病原体从感染源传播到易感者的途径，常见的传播途径有：空气传播、飞沫传播、接触传播、气溶胶传播等，应依据不同的传播途径采取不同的防疫措施。

**c) 保护易感人群：**

加强易感人群教育，改善营养，锻炼身体，提高免疫力；必要时进行有效的预防接种或服药。

## (资料性)

### 常见传染病个案预防与处置

#### C.1 老年人常见传染病预防与处置

##### C.1.1 基本要求

对于养老机构内不同人群，需进行针对性处理：

- a) 对于传染病易感老年人群，应以预防为主，采取必要的预防措施，切断传播途径；
- b) 对于疑似为传染源的老年人，需判断传染病类型，及早采取相应的隔离措施，必要时立即转运至专业医疗机构；
- c) 对于无传染性的恢复期老年人，需加强病情观察，及早发现病原体活动期的症状，早期隔离和送医治疗；
- d) 对于养老机构餐饮服务人员、水源管理人员、护工等疑似/确诊为传染病患者，应立即调离原工作岗位。

## C.1.2 病毒性肝炎

### 病毒性肝炎的预防与处置要求见表 C.1

表 C.1 病毒性肝炎的预防与处置要求

流行病学	传染源	a) 甲型、戊型肝炎：急性肝炎患者和隐性感染者为其传染源。患者在发病前 2 周和起病后 1 周，传染性最强，其中隐性感染者为重要的传染源； b) 乙、丙、丁型肝炎：急、慢性患者和病毒携带者为其传染源。急性患者在潜伏期末及急性期有传染性。
	传播途径	a) 甲型、戊型肝炎：日常生活接触是常见的传播方式，水源或食物污染可引起暴发流行； b) 乙型肝炎：输血和血制品、手术、注射、针刺、共用剃刀和牙刷、血液透析、器官移植、密切的生活接触、性接触等接触传播； c) 丙型肝炎：主要通过输血、注射途径、血液透析等接触传播； d) 丁型肝炎：与乙型肝炎传播途径类似。
	人群易感性	人群对各型肝炎普遍易感。
临床特征	<p>甲、戊型肝炎主要表现为急性肝炎，乙、丙、丁型肝炎除了表现为急性肝炎外，慢性肝炎更常见，五种肝炎病毒之间可出现重叠/混合感染，致病情加重。具体临床特征体现如下：</p> <p>a) 急性肝炎：甲、戊型肝炎起病较急，大多有发热、畏寒；乙、丙、丁型肝炎起病较缓，发热少见。此期主要表现为疲乏、全身不适、食欲减退、厌油、恶心、呕吐、腹胀、腹痛和腹泻、尿黄、巩膜和皮肤黄染，部分患者可有短暂粪便颜色变浅、皮肤瘙痒等表现；</p> <p>b) 慢性肝炎：急性肝炎病程超过 6 个月，多见于乙、丙、丁型肝炎。轻度病情者，症状可不明显；重度病情主要表现为全身不适、乏力、食欲减退、厌油、腹胀等；</p> <p>c) 重型肝炎（肝衰竭）：黄疸迅速加深；出现肝臭；出血倾向；迅速出现腹水、中毒性鼓肠；肝性脑病：早期可出现计算能力下降、定向障碍、精神行为异常、烦躁不安、嗜睡和扑翼样震颤等，晚期可发生昏迷；出现少尿甚至无尿。</p>	
判断要点	<p>a) 流行病学史： 1) 有进食未煮熟的海产品，尤其贝壳类食物等，或饮用受污染的水和食用其他不洁食物史，有助于甲型、戊型肝炎的诊断； 2) 有不洁注射史、手术史及输血和血制品史、肝炎密切接触史等，有助于乙、丙、丁型肝炎的诊断；</p> <p>b) 临床表现食欲减退、恶心、呕吐等消化道症状，黄疸、肝脾肿大、肝功能损害者应考虑本病；</p> <p>c) 实验室检查：谷丙转氨酶（ALT）和谷草转氨酶（AST）升高，清蛋白下降、球蛋白升高，确诊依赖于肝炎病原学检查。</p>	
处置要点	<p>a) 隔离： 1) 疑似甲型和戊型肝炎者采取消化道隔离；疑似乙型、丙型、丁型肝炎者采取血液-体液隔离。病毒性肝炎疑似患者可同居一室，但不可相互接触，有条件</p>	



	<p>的养老机构，可安排疑似患者单人单间，患者居住的房间应无蝇、无鼠，经常通风换气；</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) 疑似患者的餐具、便器、诊疗器具等应专人专用，指导患者餐前、便后洗手，并做好解释工作，取得患者理解和配合；</li> <li>3) 对疑似患者的排泄物应按严格要求进行消毒后方可弃去；</li> <li>4) 减少与疑似患者的接触，如疑似患者确需近距离看护，密切接触者如护工、医护人员等，应按标准预防的要求进行防护，接触疑似患者血液和体液时，应穿戴一次性手套和隔离衣，接触患者后及时消毒双手；</li> <li>5) 在疑似患者病情未诊断前，限制患者家属、亲朋、养老机构内其他老年人探视患者，并充分做好解释工作；</li> </ol> <p>b) 对症处理。隔离期间，应密切观察患者的病情，关注患者的主诉，及时进行对症处理：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 休息与活动：对于疑似病毒性肝炎的老人应以卧床休息为主，协助老人做好进餐、沐浴、如厕等生活护理，待症状好转后，逐渐增加活动量，以不感疲劳为度；</li> <li>2) 合理饮食：避免摄入高糖、高热量饮食，腹胀时控制产气食物（如豆制品）的摄入，禁饮酒。症状明显时宜进食清淡、易消化、富含维生素的流质。稳定期应以优质蛋白为主，如鸡肉、瘦猪肉、牛奶、鱼等；多选用植物油；多食水果、蔬菜等富含维生素的食物；</li> <li>3) 对症护理：保持皮肤清洁，剪短指甲，嘱老人不要搔抓皮肤。用温水清洗皮肤，忌用刺激性的洗浴用品。观察老人腹胀的程度，避免进食产气的食物，如豆制品、牛奶等，协助老人在床上变换体位，鼓励老人在床上做肢体的屈伸活动，指导并协助老人进行腹部按摩；</li> <li>4) 病情观察：监测生命体征。观察消化道症状、黄疸情况，尿液的颜色变化，密切观察老人的精神和意识状况。观察有无并发症的发生；</li> <li>5) 避免诱因：慢性肝炎反复发作的诱因常为过度劳累、感染、暴饮暴食、酗酒、不合理用药、不良情绪等。指导老人保持乐观情绪，正确对待疾病，生活规律，劳逸结合，戒烟酒，养成良好卫生习惯，防止唾液、血液及其他排泄物污染环境；</li> </ol> <p>c) 转运后处置。应尽快将疑似患者转至定点医疗机构进行检测和治疗。疑似患者转出养老机构后，需及时进行消毒和重点人群管理，具体包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 全面消杀：对养老机构内患者居住的病室进行全面消毒，消毒范围包括病室空气、物体表面、地面、个人生活用品、医疗器械、公共环境等；</li> <li>2) 对确诊患者的密切接触者进行全面评估，以判断是否需进行医学观察和治疗；</li> <li>3) 如患者确诊为甲肝或戊肝，养老机构应做好溯源工作，对饮食、饮水进行全方位卫生质量检测。</li> </ol>
<p>预防指导</p>	<p>a) 切断传播途径：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 甲型和戊型肝炎应预防消化道传播，加强粪便管理，保护水源，严格饮用水的消毒，加强食品卫生和食具消毒；</li> <li>2) 乙型、丙型、丁型肝炎应预防通过血液和体液传播。注意个人卫生，不和任何人共用剃须刀和牙具等生活用品；推广使用一次性注射用具；老人的性伴侣为病毒阳性者，应接种疫苗或使用避孕套；性伴侣健康状况不明的情况下，一定要使用避孕套；</li> <li>3) 严格加强对养老机构内餐饮服务人员、水源管理人员和护理人员健康检查，一旦发现为病毒性肝炎患者，应立即调离原工作岗位；</li> </ol> <p>b) 保护易感人群：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 甲型肝炎易感者可接种甲型肝炎疫苗，对接触者可预防注射人丙种球蛋白进行被动免疫；</li> <li>2) 我国预防和控制乙型肝炎流行的最关键措施是接种乙型肝炎疫苗，抗体阴性者可进行被动免疫。</li> </ol>

### C.1.3 肺结核

肺结核的预防与处置要求见表C.2。

表 C.2 肺结核的预防与处置要求

流行病学	传染源	痰中带菌的肺结核患者，尤其是未经治疗者。
	传播途径	飞沫传播是肺结核最重要的传播途径。患者在咳嗽、咳痰、打喷嚏或高声说笑时，可产生大量的含有病原体的微滴，与患者密切接触者可能吸入而感染。
	人群易感性	人群易感性为普遍易感。其中 60 岁以上的老年人为肺结核高发人群，比成年人高 70%，主要与该类人群免疫功能弱；疾病知晓率低；基础疾病、合并症（如糖尿病）多；症状不典型、易被误诊；结核耐药率和复发率高、治疗成功率低等有关。
临床特征	<p>临床特征体现如下：</p> <p>a) 全身症状：发热最常见，多为长期午后低热。部分患者有乏力、食欲减退、盗汗和体重减轻等症状。若肺部病灶进展播散时，可有不规则高热、畏寒等；</p> <p>b) 呼吸系统症状：咳嗽、咳痰是肺结核最常见症状，多为干咳或咳少量白色黏液痰；约 1/3~1/2 患者有不同程度的咯血；还可见胸痛和呼吸困难；</p> <p>c) 并发症：可并发气胸、脓气胸、支气管扩张症、慢性肺源性心脏病。</p>	
判断要点	<p>判断要点包括：</p> <p>a) 流行病学：既往有结核感染史、确诊患者接触史或某地区有本病流行等流行病学资料；</p> <p>b) 临床表现：具有咳嗽、咳痰、咯血或血痰、低热、盗汗、乏力、体重减轻等结核感染的临床表现；</p> <p>c) 实验室检查：痰涂片结核分枝杆菌检查是确诊肺结核最特异的方法，若抗酸杆菌阳性，肺结核诊断基本可成立。影像学检查、结核菌素试验和纤维支气管镜检查对肺结核诊断也具有重要意义。</p>	
处置要点	疑似患者	<p>a) 隔离：</p> <p>1) 单人单间隔离：疑似肺结核的老人不可多人同住，应放置于单人单间，进行封闭式管理，佩戴一次性医用防护口罩，餐具、便器和诊疗器具专人专用，并做好解释工作，取得患者理解和配合；</p> <p>2) 消毒痰液和排泄物：对疑似患者的痰液和排泄物按严格要求进行消毒后方可弃去；</p> <p>3) 减少接触：尽可能减少与疑似患者的接触，如疑似患者确需近距离看护，密切接触者如护工、医护人员等，在接触疑似患者前需进行防护，穿戴一次性医用防护口罩和隔离衣，接触患者血液体液时戴一次性手套并及时消毒双手；</p> <p>4) 限制探视：在疑似患者病情未诊断前，限制患者家属、亲朋、养老机构内其他老年人探视患者，并充分做好解释工作；</p>
		<p>b) 病情观察。隔离期间，密切观察患者的病情，是否具有肺结核午后低热、盗汗、干咳/咳少量白色黏液痰、咯血、胸痛、呼吸困难等典型临床症状，定时监测生命体征，如患者出现高热、寒战、呼吸困难、大量咯血等病情加重的表现，应及时进行抢救并尽快联系转运；</p>
		<p>c) 转运后处置。尽快将疑似患者转至结核病定点医院医疗机构进行检测和治疗。疑似患者转出养老机构后，需及时进行消毒和重点人群管理，具体包括：</p>

		<p>1) 全面消杀：对养老机构内患者居住的单间病室进行全面消毒，消毒范围包括病室空气、物体表面、地面、个人生活用品、诊疗器具、公共环境等；</p> <p>2) 对确诊患者的密切接触者进行全面评估，必要时应在医生指导下接受预防性化学治疗，并定期进行结核检测。</p>
	恢复期患者	<p>a) 用药指导与病情监测：</p> <p>1) 向老人强调坚持规律、全程、合理用药的重要性，保证全程督导短程化学治疗顺利完成；</p> <p>2) 督促老人遵医嘱定期复查胸片和肝、肾功能，观察药物疗效和不良反应，若出现药物不良反应及时就诊；</p> <p>3) 一旦发现肺结核复燃的症状，按上述疑似患者处置要点进行处置；</p>
		<p>b) 休息和运动指导：</p> <p>1) 老人疲乏明显时，应卧床休息。适当增加户外活动，以提高机体的抗病能力；</p> <p>2) 应避免劳累和重体力劳动，保证充足的睡眠和休息做到劳逸结合；</p> <p>3) 证实无传染性或传染性低的老人，可恢复正常的公众活动；</p>
		<p>c) 饮食护理：</p> <p>1) 制定膳食计划：肺结核是一种慢性消耗性疾病，宜给予高热量、高蛋白、富含维生素的易消化饮食，忌烟酒及辛辣刺激食物。增加鱼、肉、蛋、牛奶等优质蛋白摄入；多进食新鲜蔬菜和水果，以补充维生素；</p> <p>2) 增加膳食品种，饮食中注意添加具有促进消化、增进食欲的食物，如藕粉、山楂、新鲜水果，于正餐前后适量摄入；</p> <p>3) 选用合适的烹调方法，确保饭菜的色、香、味以促进食欲，尽量采用患者喜欢的烹调方法增进患者的食欲；</p> <p>4) 食欲减退者可少量多餐；</p> <p>5) 每周测体重 1 次并记录，了解营养状况是否改善。</p>
预防指导	<p>a) 切断传播途径：</p> <p>1) 指导养老机构内老年人定时开窗通风，保持空气新鲜，可有效降低结核病传播；</p> <p>2) 指导老年人咳嗽或打喷嚏时应用双层纸巾遮掩；不随地吐痰，痰液应吐入带盖的容器内；接触痰液后用流动水清洗双手；</p> <p>3) 机构内餐饮卫生人员应定期对餐具煮沸消毒或用消毒液浸泡消毒，指导老人同桌共餐时使用公筷；</p> <p>4) 指导老年人定期将衣物、寝具、书籍等个人生活物品放于烈日下暴晒进行杀菌；</p>	
	<p>b) 保护易感人群：</p> <p>1) 卡介苗接种；</p> <p>2) 化学药物预防：对于高危人群，如与涂阳肺结核患者有密切接触且结核菌素试验强阳性者、HIV 感染者、长期使用糖皮质激素及免疫抑制剂者、糖尿病患者等免疫功能低下的人员，可在医生指导下服用药物以预防感染结核。</p>	

## C.1.4 流行性感

流行性感冒的预防与处置要求见表C.3。

表 C.3 流行性感冒的预防与处置要求

流行病学	传染源	患者和隐性感染者是主要传染源。从潜伏期末到急性期都有传染性，病毒在人呼吸道分泌物中一般持续排毒 3~7 天。
	传播途径	流感病毒主要通过打喷嚏和咳嗽等飞沫传播，经口腔、鼻腔、眼睛等黏膜直接或间接接触感染。接触被病毒污染的物品也可通过上述途径感染。在特定场所，如人群密集且密闭或通风不良的房间内，也可能通过气溶胶的形式传播，需引起警惕。
	人群易感性	人群普遍易感。接种流感疫苗可有效预防相应亚型的流感病毒感染。其中年龄≥65 岁、有基础疾病或肥胖者感染流感病毒后较易发展为重症病例，应重点关注。
临床特征	<p>a) 潜伏期一般为1~7天，多为2~4天；</p> <p>b) 主要以发热、头痛、肌痛和全身不适起病，体温可达39℃~40℃，可能有畏寒、寒战，多伴全身肌肉关节酸痛、乏力、食欲减退等全身症状，常有咽喉痛、干咳，可能有鼻塞、流涕、胸骨后不适，颜面潮红，眼结膜充血等；</p> <p>c) 部分患者症状轻微或无流感症状。无并发症者呈自限性，多于发病3~4天后发热逐渐消退，全身症状好转，但咳嗽、体力恢复常需较长时间。可出现肺炎、神经系统损伤、心脏损伤、肌炎和横纹肌溶解、脓毒性休克等并发症。</p>	
判断要点	<p>判断要点包括：</p> <p>a) 流行病学。冬春季节在同一地区，1~2 天内即有大量上呼吸道感染患者发病的集体发病史或接触史或某地区有本病流行等流行病学资料；</p> <p>b) 临床表现起病急骤，有持续高热，肌肉关节酸痛等较重全身中毒症状，而呼吸道表现如鼻塞、流涕、咽痛等症状出现较迟、较轻；</p> <p>c) 实验室检查白细胞计数正常或减少，分类正常或淋巴细胞相对增多。确诊依赖病原学检测。</p>	
处置要点	<p>a) 隔离：</p> <p>1) 单人单间隔离：应将疑似患者置于单间，不可多人同住，采取呼吸道隔离，按要求隔离患者 1 周或至主要症状消失，隔离期老人避免外出及参加集体活动，餐具、便器和诊疗器具等专人专用。如必须外出应佩戴口罩；</p> <p>2) 减少接触：尽可能减少其他老人与疑似患者的接触，如疑似患者确需近距离看护，密切接触者如护工、医护人员等，在接触疑似患者前需进行防护，佩戴口罩，接触后及时消毒双手；</p> <p>3) 限制探视：在老人病情未诊断前，限制老人家属、亲朋、养老机构内其他老年人探视，并充分做好解释工作；</p>	
	<p>b) 对症护理：</p> <p>1) 加强基础护理：发热老人应注意休息，高热时应绝对卧床休息，以减少耗氧量，协助老人做好生活护理。保持房间适宜的温湿度，定期通风换气，保持空</p>	

	<p>气清新和流通；</p> <p>2) 补充营养和水分：每天应保证足够的热量和液体的摄入。可给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流质或半流质食物，保证 2000ml/天的液体摄入，以维持水和电解质的平衡。必要时有条件的养老机构可予静脉输液，补充水分；</p> <p>3) 口腔、皮肤护理：发热时易并发口腔感染，应指导并协助老人在餐前、餐后、睡前漱口。高热大量出汗后，应及时用温水擦拭，更换浸湿的床单、被褥和衣裤，以保持皮肤的清洁、干燥，使老人舒适，防止皮肤继发感染。病情严重的老人，应协助改变体位，防止压疮的出现；</p> <p>4) 采取有效降温措施：通常应用物理降温方法，如用降温贴、冰袋冷敷头部或腋下、颈部、腹股沟等大动脉走行处，可有效降低头部温度；对高热、烦躁的老年患者可用 25%~50% 的酒精擦浴；对高热伴寒战、四肢肢端厥冷的老年患者采用 32℃~35℃ 的温水擦浴。降温时应注意：①冷敷时，避免持续长时间冰敷在同一部位，以防局部冻伤。②注意周围循环情况，如脉搏细速、面色苍白、四肢厥冷的患者，禁用冷敷和酒精。③应用药物降温时，注意不可在短时间内将体温降得过低，以免大汗导致虚脱；</p> <p>5) 严密监测病情变化：①严密监测老人的生命体征，重点观察体温的变化。②实施物理或化学降温后，评价降温的效果，观察降温过程中有无虚脱等不适出现。③观察有无高热不退、呼吸急促、发绀；有无咳嗽、咳痰，咳嗽的性质、时间、诱因、节律、音色；痰液的性质和量等；</p> <p>c) 转运后处置。对于病情严重的疑似流感的老人转出养老机构后，应及时进行消毒和重点人群管理，具体包括：</p> <p>1) 全面消杀：对养老机构内患者居住的单间病室进行全面消毒，消毒范围包括病室空气、物体表面、地面、个人生活用品、诊疗器具、公共环境等；</p> <p>2) 对确诊患者的密切接触者进行全面评估，判断是否需接受医学观察。</p>
<p>预防指导</p>	<p>a) 切断传播途径：</p> <p>1) 机构内应保持环境清洁，室内每天开窗通风或进行空气消毒；</p> <p>2) 在流感流行季节尽量减少公众聚集和集体娱乐活动，避免接触呼吸道感染患者；</p> <p>3) 指导老人适当运动，增强体质，根据天气变化增减衣物；</p> <p>4) 指导老人勤洗手，保持良好的呼吸道卫生习惯，咳嗽或打喷嚏时，用上臂或纸巾、毛巾等遮住口鼻，咳嗽或打喷嚏后洗手，尽量避免触摸眼睛、鼻或口；</p> <p>5) 流感流行期间，尽量避免外出前往公共场所，如需前往或就医，需全程佩戴口罩；</p> <p>b) 保护易感人群：</p> <p>1) 接种流感疫苗是预防流感最有效的手段，推荐 60 岁及以上老年人、慢性病老年人和看护人员等重点人群，每年优先接种流感疫苗，可降低接种者罹患流感和发生严重并发症的风险；</p> <p>2) 药物预防不能代替疫苗接种。建议对有重症流感高危因素的密切接触者（且未接种疫苗或接种疫苗后尚未获得免疫力），在医生指导下进行暴露后药物预防，建议不要迟于暴露后 48 小时用药。</p>

## C.1.5 细菌性食物中毒

细菌性食物中毒的预防与处置要求见表C.4。

表 C.4 细菌性食物中毒的预防与处置要求

流行病学	传染源	主要是被致病菌感染的动物和人。
	传播途径	经消化道传播，通过进食被细菌或其毒素污染的食物而致病。
	人群易感性	普遍易感，病后通常不产生持久免疫力，可重复感染。
临床表现	<p>临床特征是潜伏期及病程短，以先吐后泻的急性胃肠炎症状为主要表现，为自限性疾病。各种细菌引起的中毒及感染症状基本相似，主要表现为腹痛、呕吐、腹泻等胃肠炎症状：</p> <p>a) 腹痛：一般起病急，先有腹部不适，继而出现上腹部、脐周疼痛，呈持续性或阵发性绞痛，随后出现恶心、呕吐；</p> <p>b) 呕吐：呕吐物多为食物，也可呕出胆汁，部分含血液或黏液；</p> <p>c) 腹泻：每天数次至数十次不等，多为黄色稀水便或黏液便，出血性大肠杆菌引起的食物中毒粪便可呈血水样。剧烈吐泻可引起脱水、酸中毒，甚至周围循环衰竭；</p> <p>d) 全身中毒症状：少数患者出现畏寒、发热、乏力、头痛等全身中毒症状。</p>	
判断要点	<p>判断要点包括：</p> <p>a) 流行病学：在夏秋季有进食可疑被污染食物史，如已变质的食物、海产品、腌制品，未加热处理的卤菜或病畜等。共餐者在短期内集体发病有重要的诊断参考价值；</p> <p>b) 临床表现：共餐者在短时间内出现相似胃肠炎症状，如恶心、呕吐、腹痛、腹泻等；</p> <p>c) 实验室检查：对可疑食物、患者呕吐物及粪便作细菌培养。各种标本获得相同病原菌，有助于确定诊断。</p>	
处置要点	<p>a) 隔离要点：采取消化道隔离措施。具体内容参见表 C.1 里甲型和戊型病毒性肝炎处置要点。</p>	
	<p>b) 一般处理：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 患者食具和便器专用；</li> <li>2) 对其排泄物、呕吐物和剩余食物严格消毒处理后排放；</li> <li>3) 餐前、便后洗手；</li> <li>4) 急性期卧床休息，以减少体力消耗，病情缓解后可逐渐增加活动量；</li> </ol>	
	<p>c) 饮食护理：</p>	

	<p>1) 呕吐严重者应暂禁食；</p> <p>2) 呕吐停止后宜进食清淡、易消化的流质或半流质饮食；</p> <p>3) 病情缓解后可逐渐恢复正常饮食；</p> <p>4) 鼓励患者少量多次饮水或淡盐水，以补充因呕吐、腹泻丢失的水分和电解质；</p> <p>d) 病情观察：</p> <p>1) 严密观察呕吐和腹泻次数、性质、量，注意观察伴随症状，如畏寒、发热、腹痛的部位及性质；</p> <p>2) 严重患者定时监测生命体征，尤其注意观察患者的血压、神志、面色、皮肤弹性及温湿度，必要时送医治疗；</p> <p>e) 对症护理：</p> <p>1) 因呕吐有助于清除胃肠道内残留的毒素，故呕吐者一般不予止吐处理。但应帮助患者清理呕吐物、清水漱口，保持口腔清洁和床单位整洁。呕吐明显者应少量多次饮水，有脱水者应及时口服补液盐，或予静滴生理盐水和葡萄糖盐水；</p> <p>2) 腹痛者应注意腹部保暖，禁食冷饮；</p> <p>3) 腹泻有助于清除胃肠道内毒素，故早期不用止泻剂；</p> <p>4) 使用抗生素者，要注意观察疗效和不良反应；</p> <p>5) 腹泻的护理参见表 C.5 细菌性痢疾的要求。</p>
<p><b>预防指导</b></p>	<p>注意饮食卫生，加强养老机构内食品卫生管理是预防本病的关键措施。重点向养老机构内居住的老人和餐饮人员宣传预防细菌性中毒的卫生知识，主要包括：</p> <p>a) 注意不要暴饮暴食，禁食不洁和腐败变质食物，尤其是在夏秋季节；</p> <p>b) 不吃生肉，不饮生水；</p> <p>c) 生、熟餐具分开使用；</p> <p>d) 未及时吃掉的肉类、乳类应注意冷藏，下次食用前彻底煮熟或加热；</p> <p>e) 开展爱国卫生运动，消灭蟑螂、苍蝇、老鼠等传播媒介，防止食品和水被污染；</p> <p>f) 贯彻《食品卫生法》，对养老机构内餐饮人员定期做健康检查，及时发现和治疗带菌者；不定期进行质量抽查，保障老人饮食和饮用水的干净卫生。</p>

## C.1.6 细菌性痢疾

细菌性痢疾的预防与处置要求见表C.5。

表 C.5 细菌性痢疾的预防与处置要求

流行病学	传染源	主要为急性、慢性患者及带菌者。急性菌痢患者早期排菌量大、传染性强；而非典型患者、慢性患者及带菌者易被忽略，流行病学意义更大。
	传播途径	经消化道传播。主要通过污染食物、水、生活用品，经口传播；亦可通过苍蝇污染食物而传播。健康人的手接触痢疾杆菌，亦可导致经口感染，是散发病例的主要传播途径。食物或水源被污染可引起食物型暴发流行或水型暴发流行。
	人群易感性	普遍易感。病后可获得一定的免疫力，但短暂而不稳定，易重复感染。
临床特征	<p>潜伏期1~2天，潜伏期长短和临床症状的轻重主要取决于患者的年龄、抵抗力、感染细菌的数量、菌群毒力的不同。临床特征体现在：</p> <p>a) 急性菌痢：起病急，高热伴畏寒、寒战，体温可高达39℃，伴头痛、乏力、食欲不振等全身不适；早期有恶心、呕吐，继而出现阵发性腹痛、腹泻和里急后重。排便次数增多，每天十几次至数十次，量少，粪便性状开始为稀便，可迅速转变为黏液脓血便。常有左下腹压痛及肠鸣音增强；</p> <p>b) 慢性菌痢：病程反复发作或迁延不愈达2个月以上，即为慢性菌痢。</p>	
判断要点	<p>判断要点包括：</p> <p>a) 流行病史：当地流行情况、夏秋季、有进食不洁食物史、与菌痢患者接触史等；</p> <p>b) 临床表现：典型病例发热、腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等症状；</p> <p>c) 实验室检查：急性期外周血白细胞可增高，肉眼见黏液脓血便，镜检可见大量脓细胞、白细胞、红细胞，确诊依赖于粪便培养出痢疾杆菌。</p>	
处置要点	疑似患者	a) 隔离：严格执行消化道隔离措施，注意粪便和便器的消毒处理，具体内容参见C.1.2里甲型和戊型病毒性肝炎处置要点；
		<p>b) 对症处理：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 休息：急性期患者腹泻频繁、全身症状明显者应卧床休息，避免烦躁、紧张、焦虑等不良情绪，有利于减轻不适。频繁腹泻伴发热、疲乏无力、严重脱水者应协助患者床边排便，以减少体力消耗；</li> <li>2) 饮食护理：严重腹泻伴呕吐者可暂禁食，有条件的养老机构可予患者静脉补充所需营养，使肠道得到充分休息。能进食者，少量多餐，可饮糖盐水。病情好转逐渐过渡至正常饮食；</li> <li>3) 皮肤护理：患者每次排便后清洗肛周，并涂以保护剂，减少刺激。每天用温水坐浴，防止感染。伴明显里急后重者，嘱患者排便时不要过度用力，以免脱肛；</li> <li>4) 病情观察：早期禁用止泻药、便于毒素排出。密切观察排便次数、量、性状以及伴随症状，详细记录每天出入液量情况，避免发生脱水及电解质紊乱。轻者可口服补液盐溶液，严重者静脉补液；</li> </ol>
		c) 转运后处置。疑似患者转出养老机构后，需及时进行消毒和重点人群管理，具体包括：



		<p>1) 全面消杀：对养老机构内患者居住的病室进行全面消毒，消毒范围包括病室空气、物体表面、地面、个人生活用品、医疗器具、公共环境等；</p> <p>2) 对确诊患者的密切接触者进行全面评估，以判断是否需进行医学观察和治疗。</p>
	恢复期患者	<p>a) 用药指导和病情观察：</p> <p>1) 指导老年人遵医嘱按时、按量、按疗程正确使用有效抗菌药物，争取彻底治愈，以防转为慢性菌痢，同时注意观察治疗效果和不良反应；</p> <p>2) 观察有无高热、寒战、腹痛、腹泻、里急后重等再次发作的症状，复发时及时送医治疗；</p> <p>3) 指导老年人定期复诊；</p> <p>b) 避免诱发因素：慢性菌痢患者可因进食生冷食物、暴饮暴食、过度紧张和劳累、受凉、情绪波动等诱发急性发作，应注意避免诱发因素，加强体育锻炼，保持生活规律；</p> <p>c) 改善营养：慢性菌痢者注意一般状况的改善，如体重、营养状况等。以进食高热量、高蛋白、高维生素、少渣、少纤维素，易消化清淡流质或半流质饮食为原则，避免生冷、多渣、油腻或刺激性食物。</p>
预防指导		<p>a) 切断传播途径：</p> <p>1) 指导养老机构内老年人养成良好的个人卫生习惯，餐前、便后洗手，不饮生水，不摄入不洁食物，把住“病从口入”关；</p> <p>2) 养老机构管理人员做好饮水、食品、粪便的卫生管理及防蝇灭蝇工作，改善环境卫生条件；</p> <p>3) 养老机构餐饮服务人员、水源管理人员、护工等诊断为细菌性痢疾者，应立即调离原工作岗位并给予彻底治疗。慢性菌痢者和带菌者未治愈前一律不得从事上述行业的工作；</p> <p>b) 保护易感人群我国主要采用口服多价痢疾减毒活菌苗，免疫期可维持 6~12 个月。对同型志贺菌保护率约为 80%，而对其他型菌痢的流行可能无保护作用。在痢疾流行期间，对养老机构内的老年人，可在医生指导下口服活菌苗，提高机体抗菌能力。</p>

## C.1.7 疟疾

疟疾的预防与处置要求见表C.6。

表 C.6 疟疾的预防与处置要求

流行病学	传染源	患者及带虫者是疟疾的传染源。
	传播途径	雌性按蚊是疟疾传播的主要媒介，经蚊虫叮咬是主要传播途径，极少数患者经输入带疟原虫的血液发病。
	人群易感性	普遍易感，感染后可产生一定的免疫力，但维持时间不长。多次发作或感染后，再次感染症状较轻或无症状。
临床表现	<p>典型症状为突发性寒战、高热和大量出汗：</p> <p>a) 寒战：多数患者突起发病，出现畏寒、寒战、面色苍白、唇指发绀，伴头痛、恶心、呕吐等，持续 10 分钟至 2 小时；</p> <p>b) 高热：随后体温迅速上升至 40℃ 以上，面色潮红、结膜充血、脉搏有力，伴头痛、全身酸痛、乏力、恶心、口渴、烦躁不安，严重者出现谵妄，发热常持续 2~6 小时；</p> <p>c) 出汗：高热后先是颜面和双手微汗，渐至全身大汗淋漓，体温骤降至正常，大汗持续 0.5~1 小时。此时患者自觉明显好转，但部分患者可感疲倦、乏力、头痛、肌肉酸痛、食欲减退等。可并发黑尿热、疟疾性肾病等并发症。</p>	
判断要点	<p>判断要点包括：</p> <p>a) 流行病学：有疟疾流行地区居住史、旅行史，有疟疾发作史，近期有输血史等；</p> <p>b) 临床表现：有典型的临床表现如间歇性发作的寒战、高热、大汗，应考虑本病的诊断；</p> <p>c) 实验室检查：外周血白细胞计数正常或减少。血涂片找到疟原虫可明确诊断。</p>	
处置要点	<p>养老机构内居住的老年人发现有疑似疟疾患者时，应按虫媒隔离要求处理，确诊后遵医嘱用药，密切观察病情，病情严重时尽早送至医疗机构接受治疗。具体措施如下：</p> <p>a) 隔离要点：采取虫媒隔离。病室应防蚊、灭蚊。及时规范疫情报告，根治疟疾患者及带疟原虫者；</p> <p>b) 用药指导：在医生指导下服用抗疟药，观察药物疗效及不良反应。指导患者坚持服药，以求彻底治愈。一旦出现严重药物毒性反应，应立即送医治疗；</p> <p>c) 休息和饮食：发作期卧床休息。能进食者给予高热量的流质或半流质饮食。有呕吐、不能进食者，静脉补充液体。发作间歇期，给予高热量、高蛋白、高维生素、含丰富铁质食物，以补充消耗、纠正贫血；</p> <p>d) 病情观察：观察生命体征，尤其注意热型、体温的升降方式，定时记录体温的变化。注意有无神志改变及其程度，有无瞳孔变化，有无头痛、呕吐和抽搐等表现，注意有无发生呼吸抑制。若出现上述情况，应及时送医治疗；</p> <p>e) 发热的护理参见表 C.3 流行性感胃的相关要求。</p>	
预防指导	<p>预防指导措施包括：</p> <p>a) 切断传播途径：疟疾流行期间，养老机构管理人员应做好防蚊、灭蚊工作。指导老年人在黄昏后穿长袖衣服和长裤，在暴露的皮肤上涂驱蚊剂，可减少被疟蚊叮咬的机会；挂蚊帐睡觉，房间喷洒杀虫剂及用纱窗来阻隔蚊虫的叮咬；</p> <p>b) 保护易感人群：如养老机构地处疟疾高发区，或居住的老年人来自疟疾流行区，可在医生指导下进行预防性服药以防止发生疟疾。疟疾病愈未滿 3 年者，不可输血给其他人。</p>	

## C.2 重大传染病疫情预防与处置

### C.2.1 人禽流行性感

人禽流行性感

表 C.7 人禽流行性感

流行病学	传染源	主要为患禽流感或携带禽流感病毒的鸡、鸭、鹅等禽类，特别是鸡，但不排除其他禽类或猪、猫等作为传染源的可能。
	传播途径	呼吸道传播或密切接触感染禽类的分泌物或排泄物而获得感染；或通过接触病毒污染的环境感染。
	人群易感性	人群普遍易感。老年人、慢性病患者感染后病情更为危重。
临床特征	潜伏期通常为 2~4 天，一般在 7 天以内。不同亚型的禽流感病毒感染人类后可引起不同的临床症状。肺炎为主要临床表现，患者常出现发热、咳嗽、咳痰，可伴有头痛、肌肉酸痛、腹泻或呕吐等症状。重症患者病情发展迅速，体温大多持续在 39℃ 以上，出现呼吸困难。常快速进展为急性呼吸衰竭、脓毒性休克和多器官功能障碍。少数患者可为轻症，仅表现为发热伴上呼吸道感染症状。	
判断要点	根据流行病学史（发病前 1 周内曾到过禽流感暴发疫点，或与病禽及其分泌物、排泄物有密切接触史）、临床表现及实验室检查结果，排除其他疾病后，可以作出人禽流感的诊断： a) 医学观察病例：有流行病学史，在 1 周内出现临床表现者； b) 疑似病例：有流行病学史，发热（体温≥38℃），有咳嗽、咽喉痛、呼吸急促一种或一种以上的症状。实验室检查病毒抗原阳性； c) 确诊病例：有流行病学史和临床表现，从患者呼吸道分泌物或肺活检标本中分离出特定病毒或禽流感病毒核酸检测阳性。	
处置要点	疑似患者	a) 隔离： 1) 单人单间隔离：将疑似患者置于单间，封闭管理，隔离区域相对独立，与机构内其他老人居住的房间保持适当的距离。隔离期只能在房间内活动，禁止外出。嘱患者佩戴一次性防护口罩，餐具、便器和诊疗器具专人专用； 2) 消毒痰液和排泄物：对疑似患者的痰液和排泄物按严格要求进行消毒后方可弃去； 3) 做好防护：尽可能减少与疑似患者的接触，如疑似患者确需近距离看护，看护者应按二级防护要求穿戴好防护用品方可进行看护活动，护理结束后及时消毒双手； 4) 禁止探视：在疑似患者病情未诊断前，禁止患者家属、亲朋、养老机构内其他老年人探视患者，并充分做好解释工作； 5) 尽早转运：紧急联系疾控部门，将疑似患者转至定点医疗机构进行检测和治疗；
		b) 对症护理：内容参见表 C.3 流行性感

		<p>c) 转运后处置。疑似人禽流感患者转出养老机构后，需及时进行消毒和重点人群管理，具体包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 全面消杀：对养老机构内患者居住的单间病室进行全面消毒，消毒范围包括病室空气、物体表面和内部、地面、个人生活用品、诊疗器具、公共环境等；</li> <li>2) 配合流行病学调查：养老机构内居住人员常存在聚集性活动，在做好隔离人禽流感疑似患者工作的基础上，协助疾控部门调查病例的暴露史和接触史，立即排查其余可能的疑似病例；</li> <li>3) 启动应急预案：如疑似患者确诊为人禽流感，养老机构立即采取传染病疫情应急预案，加强管理。</li> </ol>
	密切接触者	<p>由疾控部门组织对人禽流感密切接触者进行追踪、医学观察，不限制其活动，每日晨、晚各 1 次测体温，并了解是否出现急性呼吸道感染症状，体温测量可由密切接触者自己进行或由养老机构统一实施。医学观察期限为自最后一次暴露或与病例发生无有效防护的接触后 7 天。</p> <p>一旦密切接触者出现发热（腋下体温<math>\geq 37.5^{\circ}\text{C}</math>）及咳嗽等急性呼吸道感染症状，则立即按疑似患者处理，转送至定点医疗机构进行诊断、报告及治疗。</p>
预防指导		<p>a) 切断传播途径。在人禽流感流行期间，指导养老机构内人员做到：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 注意饮食卫生，不喝生水，不吃未熟的肉类及蛋类等食品，避免接触活禽、病禽及其他动物；</li> <li>2) 勤洗手，养成良好的个人卫生习惯；</li> <li>3) 早晚洗鼻，保持呼吸道健康，增强呼吸道抵抗力；</li> <li>4) 保持环境清洁，室内每天开窗通风或进行空气消毒；</li> <li>5) 尽量减少公众聚集和集体娱乐活动；</li> <li>6) 适当运动，增强体质，根据天气变化增减衣物；</li> <li>7) 养老机构餐饮服务人员进行食物加工时，应生熟分开，肉类彻底煮熟；食具每日规范清洗、消毒；</li> </ol> <p>b) 保护易感人群。必要时在医生指导下对密切接触者使用抗流感病毒药物防治。</p>

## C.2.2 新型冠状病毒肺炎

新型冠状病毒肺炎的预防与处置要求见表C.8。

表 C.8 新型冠状病毒肺炎的预防与处置要求

流行病学	传染源	目前所见传染源主要是新型冠状病毒感染的患者。无症状感染者也可能成为传染源。
	传播途径	经呼吸道飞沫和密切接触传播是主要的传播途径。在相对封闭的环境中长时间暴露于高浓度气溶胶情况下存在经气溶胶传播的可能。由于在粪便及尿中可分离到新型冠状病毒，应注意粪便及尿对环境污染造成气溶胶或接触传播。
	人群易感性	人群普遍易感。高龄和具有基础疾病的老年人是新冠肺炎重症病例和死亡病例的高危人群。
临床特点	<p>a) 基于目前的流行病学调查，潜伏期1~14天，多为3~7天；</p> <p>b) 以发热、干咳、乏力为主要表现。少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、肌痛和腹泻等症状。重症患者多在发病一周后出现呼吸困难和/或低氧血症，严重者可快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症休克、难以纠正的代谢性酸中毒和出凝血功能障碍及多器官功能衰竭等。重型、危重型患者病程中可为中低热，甚至无明显发热。轻型患者仅表现为低热、轻微乏力等，无肺炎表现；</p> <p>c) 从目前收治的病例情况看，多数患者预后良好，少数患者病情危重。老年人和有基础疾病者预后较差。</p>	
判断要点	<p>a) 疑似病例。有流行病学史中的任何一条，且符合临床表现中任意2条。无明确流行病学史的，符合临床表现中的3条：</p> <p>1) 流行病学史：发病前14天内有疫区或其他有病例报告社区的旅行史或居住史；发病前14天内与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史；发病前14天内曾接触过来自疫区，或来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者；聚集性发病（2周内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现2例及以上发热和/或呼吸道症状的病例）；</p> <p>2) 临床表现：发热和/或呼吸道症状；具有新型冠状病毒肺炎影像学特征；发病早期白细胞总数正常或降低，淋巴细胞计数正常或减少；</p>	
	<p>b) 确诊病例。确诊依赖病原学或血清学检查。</p>	
处置要点	疑似患者	<p>a) 隔离:要求参见表 C.7 人禽流行性感冒；</p> <p>b) 对症护理:要求参见表 C.3 流行性感冒；</p> <p>c) 转运后处置。疑似新型冠状病毒肺炎患者转出养老机构后，需及时进行消毒和重点人群管理，具体包括：</p> <p>1) 全面消杀：对养老机构内患者居住的单间病室进行全面消毒，消毒范围包括病室空气、物体表面和内部、地面、个人生活用品、诊疗器具、公共环境等；</p> <p>2) 配合流行病学调查：在做好隔离新型冠状病毒肺炎疑似患者工作的基础上，协助疾控部门调查病例的行动轨迹、暴露史和接触史，立即排查其余可能的疑似病例；</p> <p>3) 启动应急预案：如疑似患者确诊为新型冠状病毒肺炎，养老机构立即采取传染病疫情处置应急预案，加强管理。</p>

	密切接触者	<p>具体措施如下：</p> <p>a) 疾控部门协同养老机构组织实施密切接触者的追踪和管理。对密切接触者实行集中医学观察，不具备条件的地区可采取在机构内居家隔离医学观察。密切接触者医学观察期为与病例或无症状感染者末次接触后 14 天；</p> <p>b) 疑似病例排除后，其密切接触者可解除医学观察；</p> <p>c) 每日至少进行 2 次体温测定，一旦出现发热、干咳等呼吸道症状或腹泻等消化道症状，则立即按疑似患者处理，转送至定点医疗机构进行诊断、报告及治疗。</p>
	恢复期患者	<p>确诊患者符合出院标准转回养老机构后，建议继续对其进行 14 天隔离管理和健康状况监测。同时加强对恢复期患者病情观察，一旦发现复燃的症状，需按疑似患者进行处理，即刻联系疾控中心准备转运至定点医疗机构。</p>
预防指导		<p>a) 加强人群监测：养老机构应对近 14 天内有疫区或境内有病例报告的社区，或境外疫情严重国家或地区的旅行史或居住史的人员，做好健康监测，严格管理出入养老机构的人员；</p> <p>b) 切断传播途径：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 养老机构应最大限度减少公众聚集性活动，采取分散就餐等方式，有效减少人员聚集；</li> <li>2) 落实公众场所和密闭交通工具的通风、消毒、体温监测等措施；</li> <li>3) 做好老年人居室通风、消毒等防控工作；</li> <li>4) 每日监测体温，为老年人配备口罩等个人防护用品，加强手卫生教育；</li> <li>5) 规范出入人员管理，严格日常清洁、消毒等卫生措施；</li> </ol> <p>c) 加强宣传教育：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 养老机构内居住人员健康素养多较低，应采用通俗易懂的方式和语言向老年人普及新冠肺炎防控知识，加强人群健康教育，通过多种途径做好公众个人防护指导，减少人群中可能的接触或暴露；</li> <li>2) 根据疫情防控进展和对新冠肺炎认识的加深，及时调整健康教育策略，组织科普宣传；</li> <li>3) 及时开展舆情监测，及时解疑释惑，做好疫情防控风险沟通工作；</li> </ol> <p>d) 保护易感人群：指导老人积极锻炼身体，增加营养摄入，提高抗病能力。</p>

## 参 考 文 献

- [1] GB 15982 医院消毒卫生标准
- [2] GB/T 35796 养老机构服务质量基本规范
- [3] WS/T 311 医院隔离技术规范
- [4] WS/T 313 医务人员手卫生规范
- [5] WS/T 367 医疗机构消毒技术规范
- [6] WS/T 368 医院空气净化管理规范
- [7] WS/T 511 经空气传播疾病医院感染预防与控制规范
- [8] 新型冠状病毒肺炎防控方案（第六版）2020年3月
- [9] 新型冠状病毒肺炎诊疗方案（第七版）2020年3月
- [10] 新型冠状病毒肺炎诊疗方案（第八版）2020年8月
- [11] 新型冠状病毒肺炎防控方案（第七版）2020年9月
- [12] 北京市疾控中心《集中隔离医学观察点的设置标准及管理技术指引3.0版》

