

北京市维持无脊灰工作和 急性弛缓性麻痹病例监测要求

北京市疾病预防控制中心

李娟 研究员

01

全球消灭脊灰与我国维持无脊灰进展

02

急性弛缓性麻痹病例监测要求

历史中的脊髓灰质炎

公元前1580- 1350年

- 埃及石碑上展示了一个手持拐杖、右腿肌肉萎缩的牧师，这可能是人类最早的脊灰患者记录。

17-18世纪

- 文献中出现零星病例描述，但尚未形成大规模流行

19世纪末至20世纪初

- 随着城市化进程加速，脊灰从散发病例演变为周期性流行

1916年

- 美国纽约市暴发大规模疫情，报告病例9000余例，死亡2343人；全美累计死亡人数达6000人，其中多数为儿童。

1952年

- 美国迎来史上最严重疫情，全年报告57,628例病例，导致21,269人残疾，3145人死亡。

1955年疫苗使用前

- 脊髓灰质炎在全球范围内肆虐，年发病数约60万例。



全球消灭脊灰目标的提出

20世纪初

脊灰在全球范围内广泛流行，每年发病数约60万例，导致数十万儿童瘫痪。

1974年

世界卫生大会通过了一项决议，建立扩大免疫规划（EPI），为全球儿童提供疫苗。



01

02

03

04

1955年和1961年

Salk博士和sabin博士先后研发成功IPV和OPV，使用脊灰疫苗的国家脊灰得到有效控制。

1988年5月

世界卫生组织（WHO）提出“2000年全球消除脊髓灰质炎”的目标，发起全球消灭脊灰行动（GPEI）。



01

全球脊灰野病毒（WPV）病例数显著下降

- 从1988年125个国家估计每年超过35万例降至2024年仅有2个国家报告99例
- 脊灰野病毒所致脊灰病例数减少了 99%以上。

02

WHO成员国所在的六个地区中，已有五个地区先后获得了WHO的无脊灰地区认证

- 1994年美洲区的36个国家，2000年西太区的37个国家，2002年欧洲区的51个国家，2014年东南亚区的11个国家，以及2020年非洲区的46个国家先后证实实现无脊灰。
- 目前，全球仅剩东地中海区的阿富汗和巴基斯坦两个国家存在野生脊灰病毒的流行。

03

全球已证实消灭 II 型和 III 型野生脊灰病毒

- 1999年后全球未再发现 II 型野生脊灰病毒，WHO于2015年认证全球消灭 II 型野生脊灰病毒；
- 2013年后全球未再发现 III 型野生脊灰病毒，WHO于2019年认证全球消灭 III 型野生脊灰病毒。
- 目前，全球仅有 I 型野生脊灰病毒仍在流行。

01

WPV

阿富汗和巴基斯坦是I型脊灰野病毒(WPV1)传播的主要地区,并有向其他国家或地区传播的风险。

政治冲突、补充免疫活动受限、拒绝接种等因素对消灭脊灰工作造成阻碍。

02

VDPV

全球多个国家相继发生VDPV循环疫情,特别是由II型VDPV引起的疫情。

即使在已经消灭了WPV的国家或地区,由于低免疫覆盖率或免疫缺陷个体的存在,仍可能引发cVDPV暴发。

2个国家存在WPV病例本土流行

- 2021年和2022年，马拉维和莫桑比克报告由巴基斯坦病毒输入导致的I型脊灰野病毒病例。
- 2024年，巴基斯坦和阿富汗报告的WPV病例数明显增加。
- 2025年1月-3月10日，巴基斯坦6例和阿富汗1例，高于去年同期各2例。
- 无脊灰国家仍然面临来源于这两个流行国家的脊灰野病毒输入风险。

| 国家 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025.1-3.10 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| 流行国家数 | 2个 | 2个 | 2个 | 2个 | 3个 | 3个 | 2个 | 2个 | 2个 |
| 巴基斯坦 | 8 | 12 | 147 | 83 | 1 | 20 | 6 | 74 | 6 |
| 阿富汗 | 14 | 21 | 29 | 56 | 4 | 2 | 6 | 25 | 1 |
| 马拉维 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 莫桑比克 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 合计 | 22 | 33 | 176 | 139 | 6 | 30 | 12 | 99 | 7 |

»» 几十个国家发生cVDPV

- 自2016年以来，cVDPV的病例数量呈现明显上升趋势（以2型cVDPV为主），2020年达到高峰，后曾逐年下降趋势。
- 非AFP病例和环境中监测到脊灰疫苗衍生病毒循环。

| 类型 | 来源 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025.1-3.10 |
|--------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| cVDPV1 | AFP病例 | 3 | 0 | 27 | 12 | 35 | 17 | 192 | 134 | 11 | 0 |
| | 非病例 | 5 | 0 | 7 | 10 | 0 | 26 | 19 | 7 | 1 | 0 |
| | 环境 | 0 | 0 | 7 | 26 | 9 | 31 | 155 | 92 | 0 | 0 |
| cVDPV2 | AFP病例 | 2 | 96 | 71 | 366 | 1082 | 671 | 688 | 395 | 288 | 10 |
| | 非病例 | 3 | 85 | 74 | 177 | 286 | 346 | 114 | 134 | 91 | 1 |
| | 环境 | 5 | 2 | 65 | 198 | 537 | 496 | 338 | 351 | 266 | 18 |
| cVDPV3 | AFP病例 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 |
| | 非病例 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | 环境 | 0 | 0 | 11 | 0 | 1 | 13 | 34 | 0 | 3 | 0 |

• <https://polioeradication.org/circulating-vaccine-derived-poliovirus-count/>

中国消灭脊灰进程

全国开始使用脊灰减毒活疫苗，脊灰发病急剧下降，70年代发病数较60年代下降37%

中国政府承诺“1995年中国消灭脊髓灰质炎”

我国最后1例本土脊灰野病毒病例

1964年

1965年

1978年

1991年

1993年

1994年

2000年

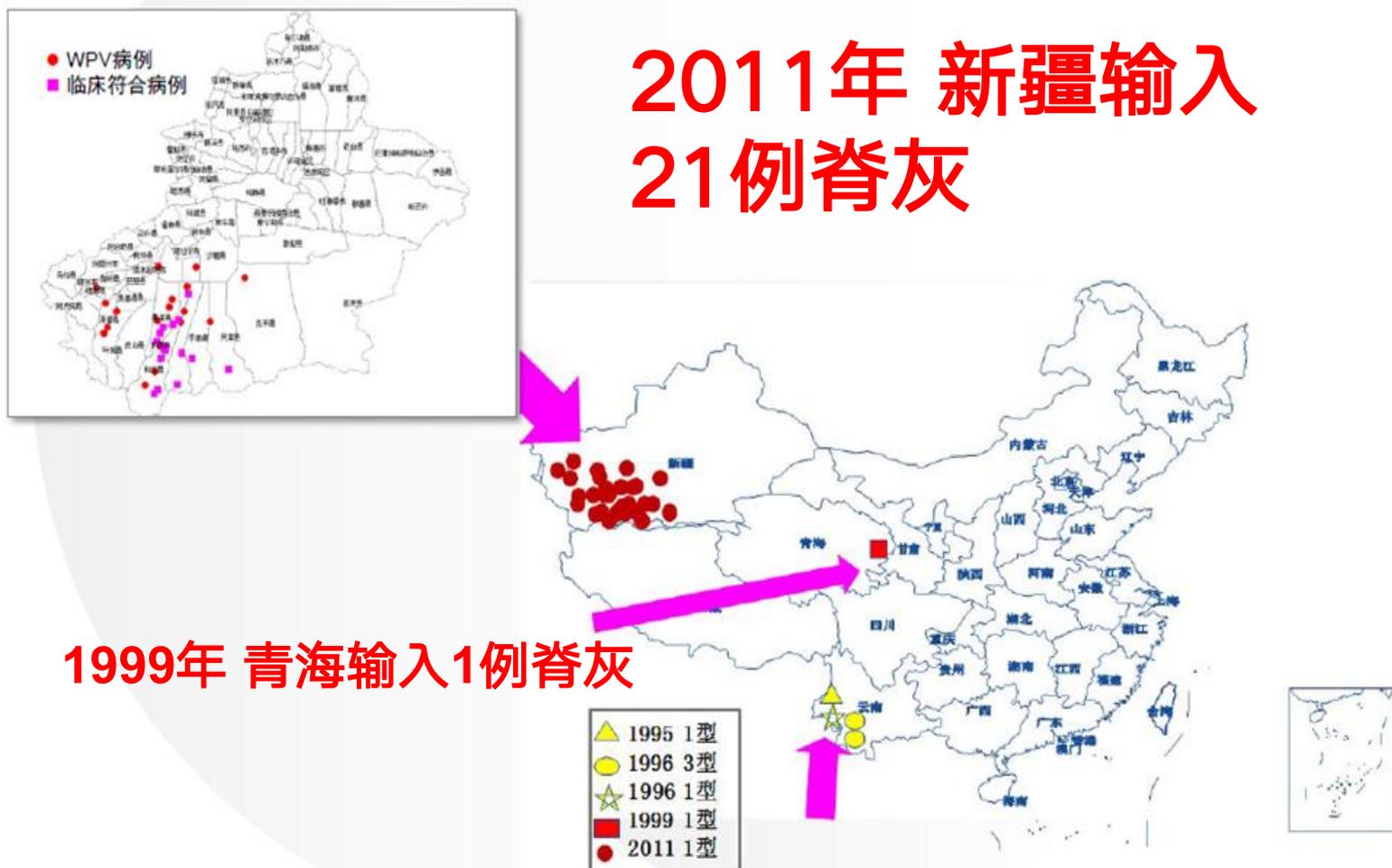
20世纪60年代初期，全国年报告病例达2~4.3万例
1964年达到峰值43156例（发病率6.21/10万）

全国实施计划免疫，脊灰的报告发病数进一步下降，1988年全国仅报告脊灰667例。

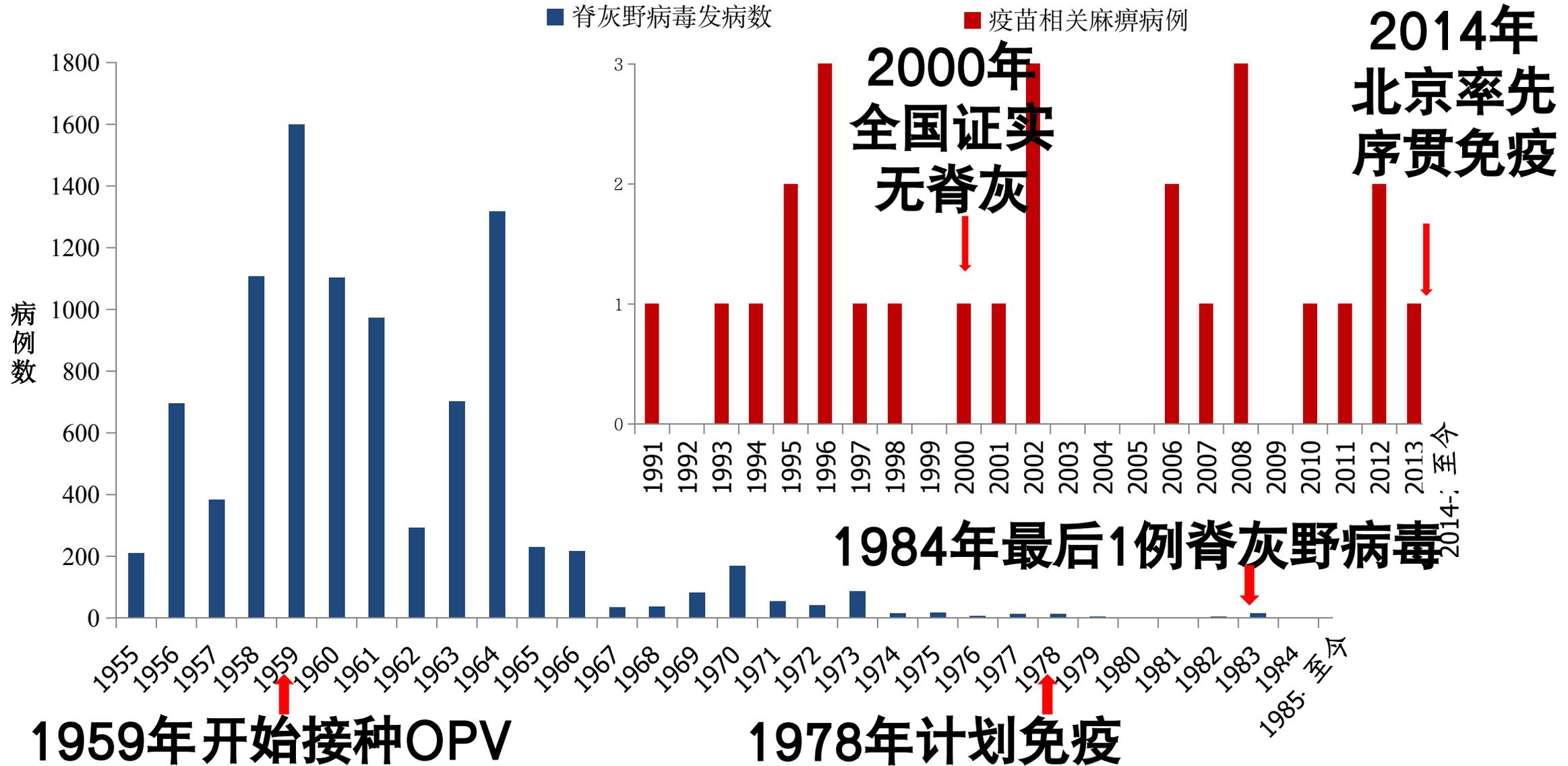
全国开展多轮次强化免疫

世界卫生组织证实中国实现无脊灰目标

»» 1994年后脊灰野病毒病例输入情况



北京市消灭脊灰进程

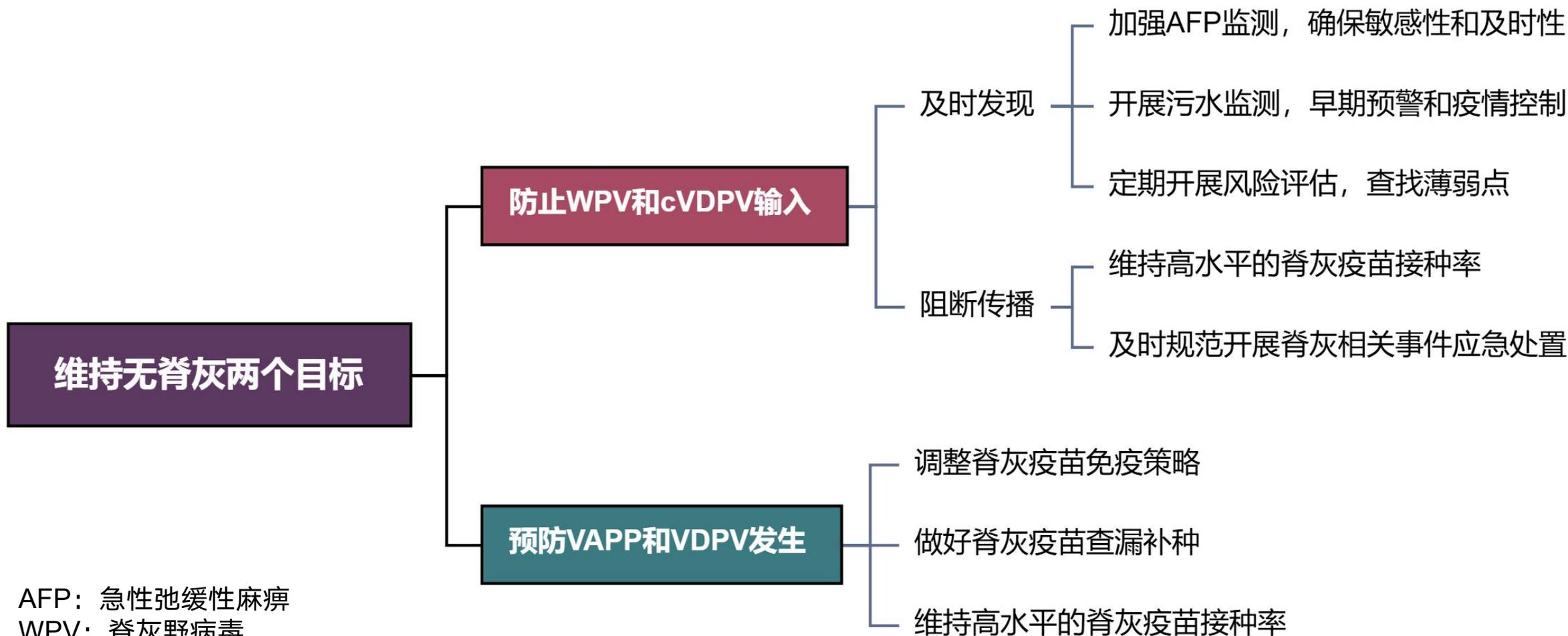


2014-2024年，连续11年
无疫苗相关麻痹型脊灰病例报告

1985-2024年，连续40年
无脊灰野病毒病例报告

1984年北京市最后一例
本土脊灰野病毒病例

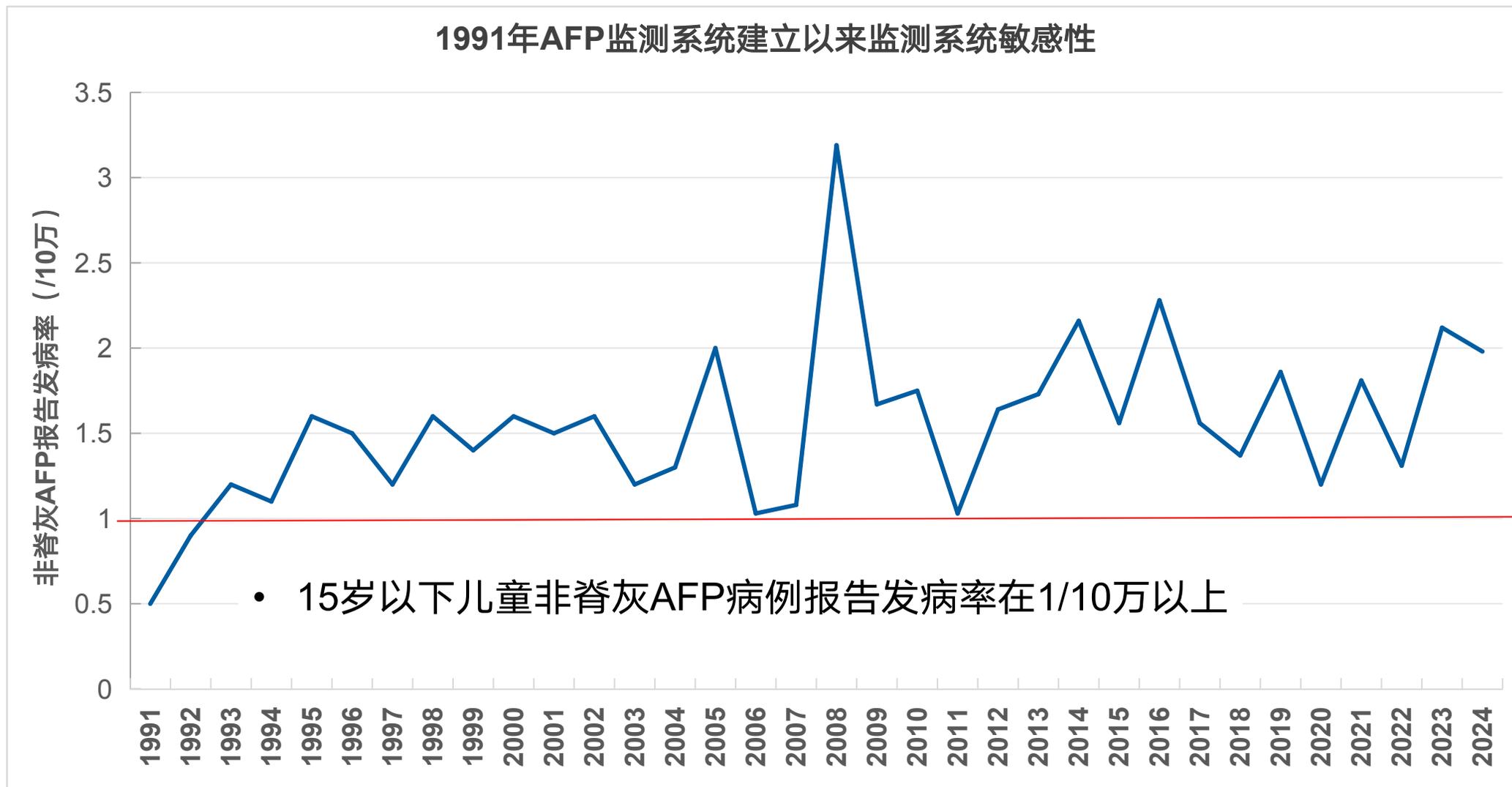




AFP: 急性弛缓性麻痹
WPV: 脊灰野病毒
VDPV: 疫苗衍生脊灰病毒
VAPP: 疫苗相关脊灰麻痹病例

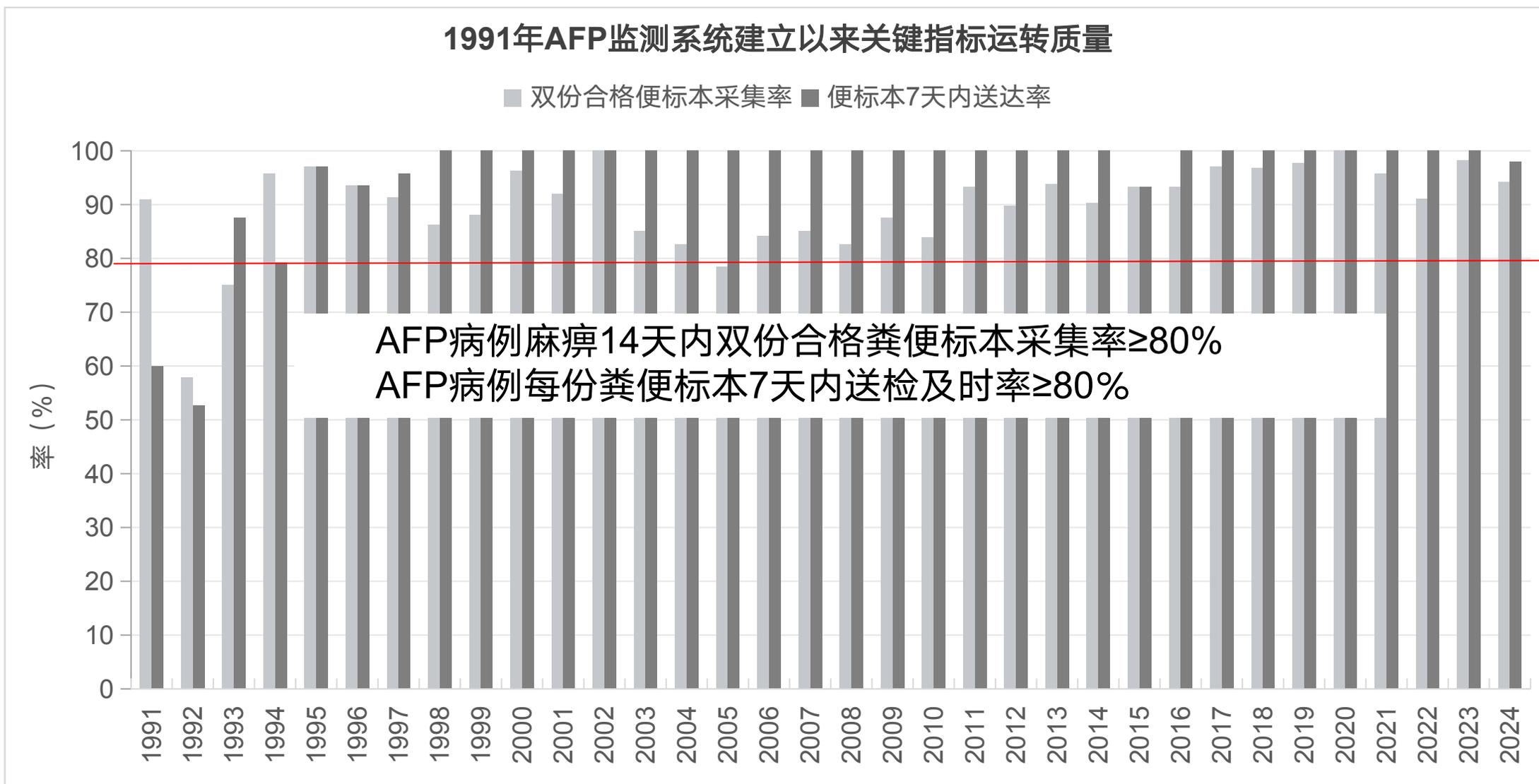
北京市AFP监测系统运转良好

- 监测敏感性指标连续32年达标



北京市AFP监测系统运转良好

合格标本采集率和送检率共31年均达标





| 地区 | AFP 病例数 | AFP报告发病 率 (1/10万) | 24小时 调查 (%) | 麻痹14天内双份 合格便采集率 (%) | 便标本7天内 送达率 (%) | 结果14天内 反馈率 (%) | 75天随访表 及时送达率 (%) |
|------|------------|----------------------|----------------|------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| 东城区 | 1 | 1.02 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 西城区 | 2 | 1.27 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 朝阳区 | 10 | 2.49 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 丰台区 | 4 | 1.79 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 石景山区 | 1 | 1.53 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 海淀区 | 8 | 2.16 | 100 | 87.5% | 100 | 100 | 100 |
| 门头沟区 | 0 | 0.00 | - | - | - | - | - |
| 房山区 | 4 | 2.32 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 通州区 | 6 | 2.65 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 顺义区 | 2 | 1.26 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 昌平区 | 3 | 1.24 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 大兴区 | 3 | 1.34 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 怀柔区 | 1 | 1.91 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 平谷区 | 2 | 3.23 | 100 | 50% | 100 | 100 | 100 |
| 密云区 | 0 | 0.00 | - | - | - | - | - |
| 延庆区 | 0 | 0.00 | - | - | - | - | - |
| 经开区 | 5 | 27.70 | 100 | 80% | 80% | 100 | 100 |
| 全市 | 52 | 1.98 | 100 | 94.2% | 98.0% | 100 | 100 |

> 监测目的：

尽早发现脊灰病毒输入及传播，为快速阻断病毒传播，维持我国无脊灰状态发挥重要作用。

> 监测对象：

每个省份至少选择4个城市开展，原则上各选择1个覆盖人口大于30万的生活污水处理厂

> 监测周次及频次：

全年开展，每月1次，第一个周二完成采样

北京市2025年城市污水脊髓灰质炎病毒监测点

| 监测点所在区 | 监测点编号 | 监测点名称 | 污水处理量（万吨/天） |
|--------|----------|---------|-------------|
| 北京市朝阳区 | 11010503 | 北小河再生水厂 | 10 |
| 北京市朝阳区 | 11010507 | 高安屯再生水厂 | 20 |
| 北京市海淀区 | 11010802 | 稻香湖再生水厂 | 16 |
| 北京市丰台区 | 11010601 | 吴家村再生水厂 | 8 |

北京市脊髓灰质炎疫苗免疫策略调整



| | | |
|------|-----------|------------------------|
| tOPV | 三价脊灰减毒活疫苗 | 可预防 I 型、II 型、III 型脊灰病毒 |
| IPV | 三价脊灰灭活疫苗 | |
| bOPV | 二价脊灰减毒活疫苗 | 可预防 I 型、III 型脊灰病毒 |

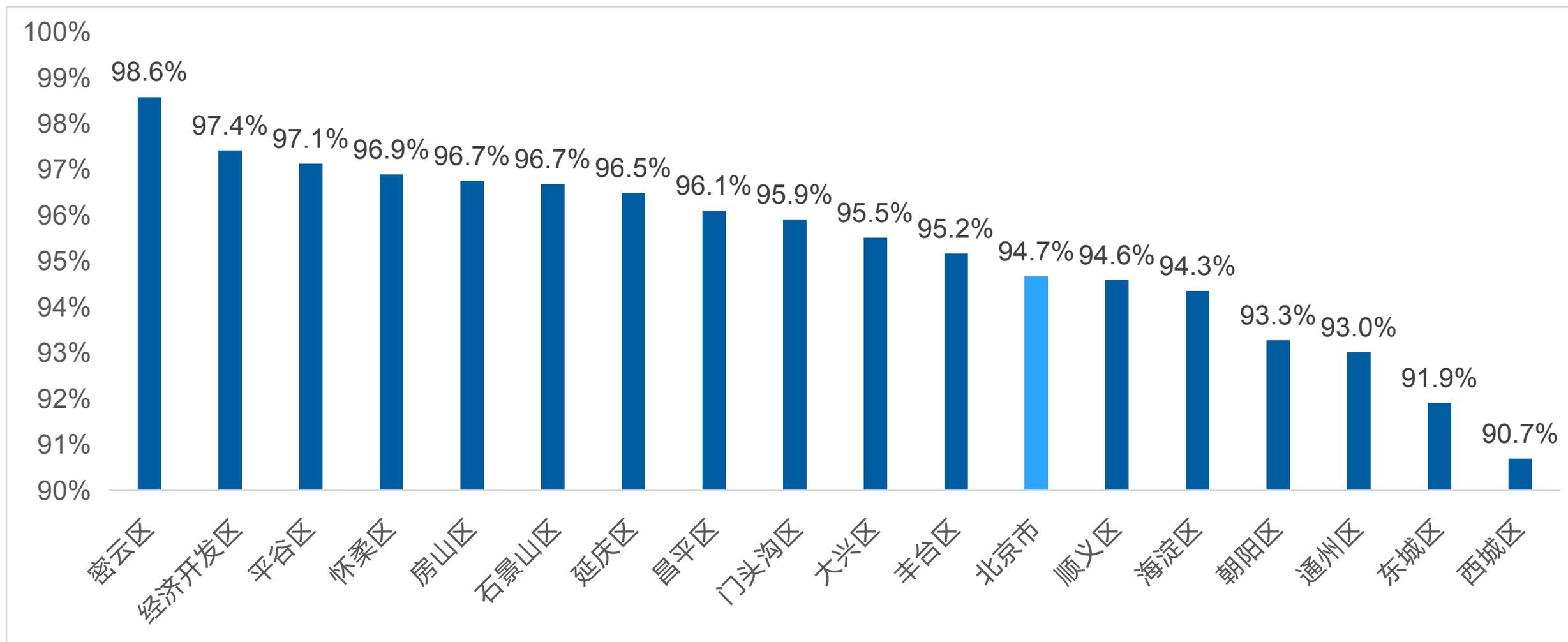
北京市脊灰疫苗时段接种率

- 评价当月免疫规划疫苗及时接种情况，时段接种率应至少达到：
- 以预防接种门诊为单位，脊灰第1-3剂次接种率 $\geq 70\%$

| 地区 | 2025年2月脊灰疫苗时段接种率 | | |
|-------|------------------|--------|--------|
| | 第1剂 | 第2剂 | 第3剂 |
| 东城区 | 86.99% | 90.88% | 87.45% |
| 西城区 | 83.33% | 85.20% | 78.13% |
| 朝阳区 | 86.33% | 87.57% | 83.59% |
| 丰台区 | 71.87% | 80.57% | 73.16% |
| 石景山区 | 86.51% | 85.02% | 78.90% |
| 海淀区 | 80.78% | 83.54% | 78.81% |
| 门头沟区 | 70.37% | 81.79% | 76.56% |
| 房山区 | 84.40% | 84.67% | 84.56% |
| 通州区 | 79% | 83.49% | 81.43% |
| 顺义区 | 87.14% | 87.03% | 83.92% |
| 昌平区 | 80.53% | 81.43% | 79.87% |
| 大兴区 | 87.02% | 87.31% | 83.92% |
| 怀柔区 | 84.79% | 82.50% | 85.26% |
| 平谷区 | 85.66% | 87.99% | 85.71% |
| 密云区 | 92.36% | 93.33% | 94.16% |
| 延庆区 | 98.09% | 97.25% | 99.31% |
| 经济开发区 | 84.69% | 87.78% | 80% |
| | 82.34% | 84.93% | 81.39% |

北京市2-3岁组脊灰疫苗出生队列接种率

- 现阶段国家通报：以预防接种门诊或街乡镇为单位，脊灰疫苗2-3岁组脊灰第3剂出生队列接种率，应至少达到90%以上



01

全球消灭脊灰与我国维持无脊灰进展

02

急性弛缓性麻痹病例监测要求



AFP 病例

01

所有15岁以下出现AFP症状的病例

AFP症状：以急性起病、肌张力减弱、肌力下降和腱反射减弱或消失为主要特征的一组症候群。
属症状监测，不是单一疾病

02

任何年龄临床诊断为脊髓灰质炎的病例

01

急性起病：

从最早出现任何症状到麻痹症状最重，在2周内。实际工作中可放宽至1个月。

急性起病时间不要与发病至就诊时间间隔混淆，比如病例是急性起病，但就诊时已发病2个月，也符合报告要求，多见于外省来京就诊病例，需与疾控部门沟通，核实外省是否报告。

02

麻痹症状：

查体发现肌张力减弱，肌力下降（0级-4+级），腱反射减弱或消失，三者出现一种，就应该报

根据北京市既往监测数据，如果三者出现，或者两者出现才报告的话，会造成漏报，并可能导致全市监测系统敏感性不达标。

03

诊断明确：

无论医生已考虑或明确什么诊断，或者病因，只要符合AFP定义，都应该报

➤➤ AFP病例常见疾病（报告范围包括但不限于以下14种疾病）

25

- (1) 脊髓灰质炎；
- (2) 格林巴利综合征（感染性多发性神经根神经炎，GBS）；
- (3) 横贯性脊髓炎、脊髓炎、脑脊髓炎、急性神经根脊髓炎；
- (4) 多神经病（药物性多神经病，有毒物质引起的多神经病、原因不明性多神经病）；
- (5) 神经根炎；
- (6) 外伤性神经炎（包括臀肌药物注射后引发的神经炎）；
- (7) 单神经炎；
- (8) 神经丛炎；
- (9) 周期性麻痹（包括低钾性麻痹、高钾性麻痹、正常钾性麻痹）；
- (10) 肌病（包括全身型重症肌无力、中毒性、原因不明性肌病）；
- (11) 急性多发性肌炎；
- (12) 肉毒中毒；
- (13) 四肢瘫、截瘫和单瘫（原因不明）；
- (14) 短暂性肢体麻痹。

AFP病例监测是症状监测

1.符合AFP症状，临床诊断属于这14种疾病，必须报

2.不局限于这14种疾病，只要符合AFP症状，均应报。

案例分析——是否存在漏报、迟报？

26

9月13日

病例近2月龄，家长考虑病例尚未学会抬头，到平谷区妇幼保健院进行健康检查，医生查体发现肌力2级，肌张力低，在门诊就诊系统录入“健康查体”，建议前往北京儿童医院就诊，未按AFP病例报告。

9月15日

病例就诊于北京儿童医院的保健中心，体格检查：抬头不能离开床面，四肢肌力肌张力低，双手抓握差，髋外展（一），诊断为“肌张力低”，建议完善头颅核磁、脑电图检查后复诊，未按AFP病例报告。

9月26日

病例就诊于北京儿童医院神经科，神经系统查体四肢肌力1级，肌张力减低，腱反射未引出，双侧巴氏征阴性，双踝阵挛阴性，颈软。接诊医生按照AFP病例上报，并收入神经内科一病房，入院诊断为“肢体无力原因待查、肉毒中毒？、先天性遗传代谢病？”。

- 平谷区妇幼保健院存在漏报，北京儿童医院存在迟报，提示两点：
- 一是传染病报告为首诊负责制，不能因为建议病例前往上级医院或者专科医院就诊而不报告；
- 二是AFP为症状监测，不能因为诊断不明确，尚需要开展相关检查而不报告。

案例分析——是否存在漏报、迟报？

27

8月18日

- 家长发现患儿走路不稳，双手持物不稳，无法自行走路，无法自主翻身。

8月24日

- 天坛医院儿科门诊就诊，神经系统查体提示双下肢肌力下降，诊断为“走路不稳”，开具住院证等待床位。

8月26日

- 天坛医院收入院，查体四肢肌力IV级，左侧跟腱反射弱，右侧未引出，双上肢腱反射未引出，初步诊断“肢体无力”。

8月27日

- 主治医师查房考虑“不典型吉兰巴雷综合征”。

8月30日

- EB病毒抗体衣壳抗原 IGM阳性，考虑EB病毒感染后引起的急性非横贯性脊髓炎。

9月4日

- 患儿四肢无力较前好转，办理出院。出院诊断：非横贯性急性脊髓炎；EB病毒感染。住院10天。

9月6日

- 天坛医院疾控科开展每旬主动监测，发现该病例后报告。

- **北京天坛医院存在迟报：自8月24日在天坛医院儿科门诊就诊及住院期间，多次神经系统查体结果显示符合AFP病例报告标准，但该院儿科门诊与住院部医生均未按监测方案要求报告。**

- **首先影响病例合格便的采集。**

- AFP病例应采集麻痹后14天内双份合格便标本，是AFP监测系统运转质量的一项重要考核指标。合格便标本的实验室检测结果对于AFP病例分类诊断至关重要。
- 迟报和漏报病例往往导致报告时已经超过麻痹后14天，无法采集到合格便标本。

- **其次影响重点病例的及时处置**

- 区疾控中心在调查核实中发现0剂次或者高危AFP病例，应立即报告市疾控中心，按要求开展相应调查处置。
- 若某个AFP病例最终诊断为VDPV或WPV，迟报和漏报导致为突发公共卫生事

错报为脊灰——触发突发公共卫生事件应急响应

•根据《国家突发公共卫生事件应急预案》，突发公共卫生事件划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。其中，特别重大突发公共卫生事件主要包括：（4）发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。

•因此，疫情网中报告脊灰后，各级会收到突发公共卫生事件预警短信。

•2024年1月1日以来共三次预警短信

•【中国疾控】01-07 15:57北京市朝阳区南磨房社区卫生服务中心录入北京市市辖区朝阳区南磨房乡脊灰

•【中国疾控】12-18 09:10北京中西医结合医院录入北京市市辖区丰台区卢沟桥街道脊灰

•【中国疾控】02-28 13:59首都医科大学附属北京朝阳医院录入北京市市辖区朝阳区常营回族乡脊灰

>>> 怀疑为脊灰如何报告？

•根据监测病例定义：

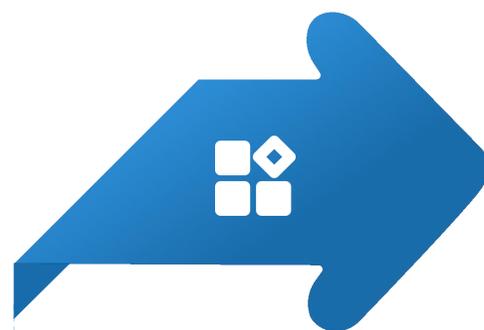
- 任何年龄临床诊断为脊髓灰质炎的病例属于AFP病例
- 临床怀疑为脊髓灰质炎的病例为高危AFP病例



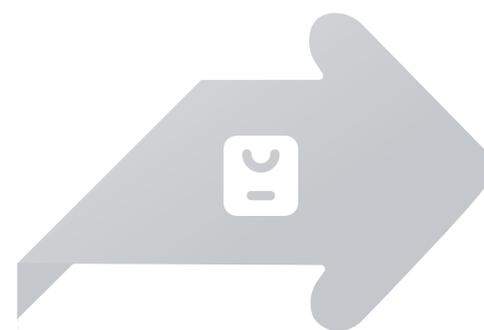
• 医疗机构报告
AFP病例
**医生个人不能做
出脊灰诊断**



• **疾控机构按照高危
AFP病例调查处理**



• 采集3份便标本
和1份脑脊液标本



• 市疾控组织专家召开分类
诊断专家会进行病例分类
是否为脊灰需由专家组进
行分类诊断

脊灰后遗症不用报告，不符合急性起病

》》 医疗机构如何报告AFP病例？

31





掌握报告要求
但发生迟报的
可能原因，
应注意避免：

01

接诊忙碌导致遗忘

接诊时患者较多，工作繁忙，医生将报告工作安排在门诊结束后，但由于门诊结束后可能又有其他事务需要处理，导致将报告一事当天忘记。

02

反馈流程长未及时报告

下级医师遇到不确定是否需要报告的情况，向上级医师请示，但如果反馈流程繁琐、环节过多，或者上级医师因各种原因未能及时处理和回复，就会导致报告延迟。

03

上级医师误判未提醒：

上级医师主观认为下级医师或实习医师已经完成报告工作，没有进行核实和提醒，这种想当然的判断导致了报告的迟报。

- 1. 如经调查证实为非弛缓性、非急性、或属于外伤、肌肉疼痛不能行走、骨关节病、脑、脊髓占位性病变，则上报市CDC后可诊断为非AFP病例，并在专病系统中订正。
- 2. 如发现脊灰疫苗零剂次病例或高危病例，立即报告市CDC
- 高危AFP病例
- 年龄小于5岁、脊灰疫苗免疫史少于3次或免疫史不详、未采集或未采集到合格粪便标本的AFP病例，或临床怀疑为脊髓灰质炎的病例。
- 当报告的AFP病例年龄小于5岁且脊灰疫苗免疫史少于3次或免疫史不详时，高度重视合格便标本的采集，尽量避免发生高危AFP病例。

成立调查组开展现场流行病学调查

01

市疾控局、市疾控中心成立了由流行病、临床专家组成的调查小组对病例开展现场调查，对相关医疗机构AFP培训和主动监测情况进行现场查阅

病例及接触者标本采集

02

采集病例3份便标本和11个密切接触者单份便标本

粪便和居家消毒

03

平谷区疾控中心消毒科指导病例家属进行粪便、餐具、玩具、衣物、被褥和家居环境消毒。北京儿童医院做好病例所在病房和公用厕所的终末消毒。

学龄前儿童查漏补种

04

病例所在社区和所在乡镇其他社区学龄前儿童入户查漏补种，如发现脊灰疫苗漏种应立即进行补种。

AFP主动搜索和主动监测

05

马坊镇社区卫生服务中心、平谷区妇幼保健院、平谷区医院开展医院AFP主动搜索
对病例所在社区和马坊镇其他社区开展入户AFP主动搜索

加强AFP培训

06

平谷区妇幼保健院、北京儿童医院三天内完成对漏报科室的线下培训，一周内再次开展全员培训。

区分

本市AFP病例

- 麻痹前在北京居住35天及以上
- 居住地属地化管理

VS

异地AFP病例（外省）

- 麻痹前在北京居住小于35天
- 暂住地属地化管理
- 最终归病例所属省份管理

疫源地追溯原则：

麻痹前在某地居住时间超过35天，病例归属某地

本地/异地病例的区分与户籍无关

异地病例同样需要调查处理

| 调查步骤 | 住院病例 | 非住院病例 |
|---|-----------|------------|
| 1. 接报后24小时调查填写调查表 | 居住地所属区CDC | |
| 2. 采集麻痹14天内双份粪便标本 | 医院 | 居住地所属预防保健科 |
| 3. 调查后24小时录入调查表 4. 每份便采集后7天内送检 5. 麻痹60-70天内完成病例随访 6. 门诊或住院病例病历摘抄 | 居住地所属区CDC | |

重点提示：本市病例必须到现场开展病例流调

37

- 监测方案要求，接报本市AFP病例24小时内，病例居住地所属区疾控开展现场个案调查，调查完成后24小时内录入调查表。
- 各区监测负责人对于**本市病例务必开展现场调查**，见到病人及其家属，初步电话沟通不能代替现场调查。
- 本市病例调查完成后24内与市疾控中心电话沟通一次，共同讨论下一步调查处置要点，提前预防可能发生的问题。
- 本市AFP病例麻痹后60-70天内由区疾控完成随访，**随访必须见到病例本人**。
- 各区监测负责人要**主动采用多种方式提醒自己何时应该随访，避免出现随访延迟的问题**，并在随访后3天内录入专病系统。

| 调查步骤 | 住院病例 | | 非住院病例 | |
|---------------------------------|-----------|----------|------------|----------|
| | 在京有暂住地 | 在京无暂住地 | 在京有暂住地 | 在京无暂住地 |
| 1.接报后24小时调查填写调查表 | 医院 | 医院 | 暂住地所属区CDC | 转回 外省 |
| 2.采集麻痹14天内双份粪便标本 | | | 暂住地所属预防保健科 | |
| 3.调查后24小时录入调查表 4.每份便采集后7天内送检 | 暂住地所属区CDC | 医院所属区CDC | 暂住地所属区CDC | |
| 5.麻痹60-70天内在京完成病例随访 | | 医院 | | |
| 6.病历摘抄 | 外省 | | | |

- 普通AFP病例

- 采集2份粪便标本

- 高危AFP病例

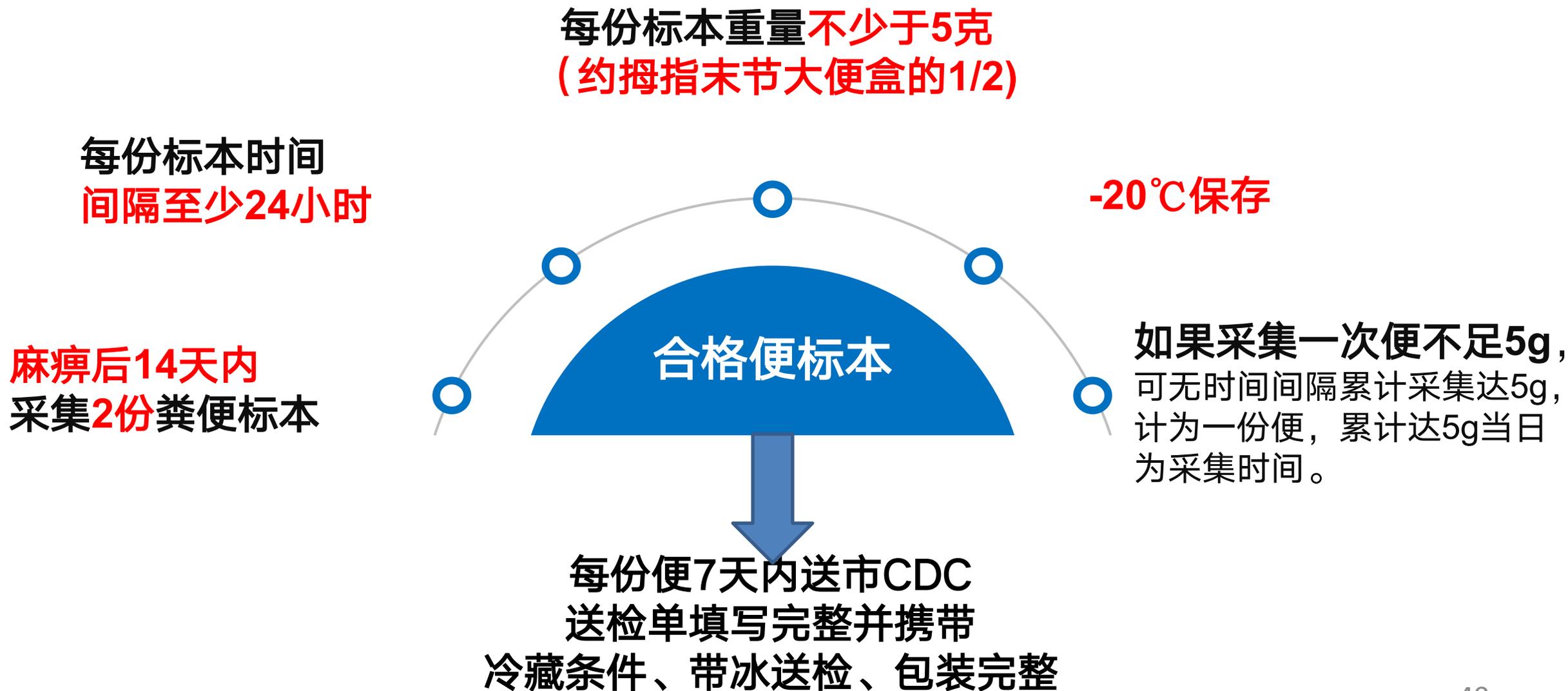
- 应采集3份粪便标本和1份脑脊液标本。

- 三种情况应采集AFP病例接触者便标本：

- (1) 未采集到合格粪便标本的AFP病例。
 - (2) 根据临床或流行病学资料高度怀疑为脊灰的AFP病例。
 - (3) 未完成随访死亡的AFP病例。

- 采集要求：应采集AFP病例的5名近6周内未接种过脊灰减毒活疫苗的接触者(原则上优先采集5岁以下儿童)单份粪便标本。

合格便标本采集和送检要求



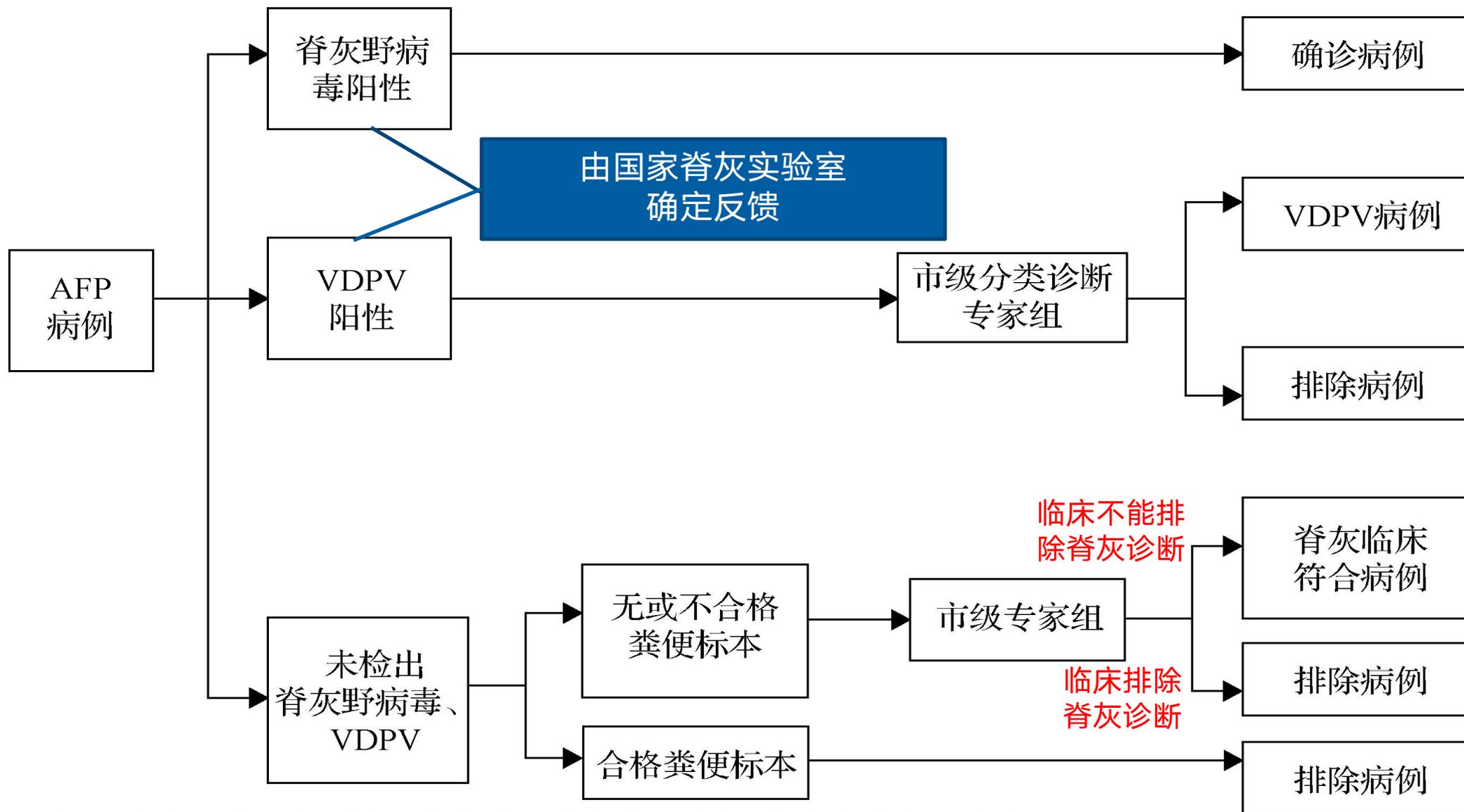
市疾控脊灰实验室**14天内**
完成AFP病例粪便病毒分离



市疾控阳性分离物在**7天内**
送国家脊灰实验室

市疾控检测结束后**2个工作日**
内录入AFP专病系统

AFP病例分类诊断



迟报和漏报导致为无法采集到合格便标本，将增加病例最终分类诊断的难度

搜索与督导

- 14种病、15岁以下AFP病例
- 包括住院和门诊病例



- 全市二级及以上医院，包括部队和厂矿医院。

- 每年一次，6-7月完成上一年度的主动搜索



- 发现上一年度漏报病例
- 提示监测中薄弱环节

提高监测质量



一级及以上综合性医院、神经专科医院、儿童医院、传染病医院、综合性中医医院等



每旬一次，监测本年度就诊的门诊和住院病例

监测
医院

监测
科室

监测
周期

监测
目的



儿科、神经内科、内科、传染科、急诊科等科室的门诊和病房



及时发现**本年度**可能漏报的病例

- 区疾病预防控制中心应选择辖区内1家或2家接诊量较大的医院作为主动监测点，由区疾病预防控制中心设专人每周和医院监测人员共同完成主动监测工作。
 - 各区主动监测医院包括：北京协和医院、北京市第六医院、北京儿童医院、北京大学第一医院、同仁医院、宣武医院、首都儿科研究所、垂杨柳医院、天坛医院、丰台区医院、石景山医院、首钢医院、北京大学第三医院、海淀医院、门头沟区医院、京煤集团总医院、良乡医院、昌平区医院、大兴区医院、潞河医院、顺义区医院、平谷区医院、密云区医院、怀柔区第一医院、延庆区医院。
- 其余主动监测医院的主动监测工作由医院独立完成。

《北京市AFP病例主动监测工作流程指南》

| 病例 | 方法 | 优势 |
|----------------|---------------|-------------|
| 门诊 病例 监测 | HIS系统诊断名称模糊查询 | 高效，适合门诊量大 |
| | HIS系统诊断名称排序查询 | 快速筛选，减少工作量 |
| | 手工查阅门诊日志 | 直接沟通，强化监测意识 |
| 住院 病例 监测 | 手工查询出入院登记 | 直接沟通，强化监测意识 |
| | 利用 HIS 查询住院病例 | 高效，便捷、完整 |



内部资料
注意保存

北京市急性弛缓性麻痹病例
主动监测工作流程指南

北京市疾病预防控制中心 免疫预防所
二〇一五年三月

•利用医院HIS系统开展主动监测，应注意：

- HIS系统应能覆盖门诊病例和住院病例，住院病例既包括已出院病例，还应包括正在住院病例。
- HIS系统应能实现每旬检索功能，门诊量较大的医院，可缩短检索间隔，比如日检索
- 手工查阅方法因为可与主管医生等医务人员直接交流，有助于提高监测意识和质量。

•医院方面

- 平谷区妇幼保健院：医生查体发现符合 AFP 病例特征的症状，但未按规定报告，且未将相关检查情况准确记录在门诊系统中，导致医院的 AFP 主动监测无法识别该病例。
- 北京儿童医院保健中心：虽然发现患儿四肢肌力肌张力低，但仅诊断为“肌张力低”，未按 AFP 病例报告。同时，由于医院 HIS 系统门诊检索功能不完善，且取消了门诊手工登记，无法对门诊病例开展主动监测，从而遗漏了该病例。
- 天坛医院：疾控科监测人员权限有限，通过 HIS 系统检索门诊病例时未能识别出该患儿，对住院病例也仅在出院后进行检索，导致病例在住院期间未被发现，延迟至出院后两天才上报。

•疾控部门方面：

- 平谷区和丰台区未按照监测方案要求，安排专人每旬前往医院与医院监测人员共同开展 AFP 病例主动监测，这使得医院监测工作存在漏洞，无法及时发现和报告病例。

确定查询日期范围：

- 根据“就诊日期”选择需要查询的日期范围。

选择主动监测科室：

- 选择需要主动监测的科室，如果就诊量小可全院搜索。

设定年龄范围：

- 将病例年龄范围设定为 14 岁及以下。

诊断名称模糊查询：

- 在诊断名称模糊查询模块中，输入关键字，寻找可疑 AFP 病例



记录可疑 AFP 病例信息

- 记录可疑 AFP 病例的“姓名”、“诊断名称”、“接诊医生”、“门诊编号”等信息。

核实是否为 AFP 病例

- 与接诊医生核实该病例是否为 AFP 病例，，常规询问科室责任大夫，提醒留意 AFP 病例。

- 可选择“格林巴利、脊髓、神经、麻痹、瘫、肌、肉毒、无力、乏力、共济失调、低钾、脑炎、脑病、躯体化障碍、步态不稳、运动障碍、跛行、重症手足口”等

01

15岁以下儿童非脊
灰AFP病例报告发病
率 $\geq 1/10$ 万

02

AFP 病例麻痹14天内
双份合格粪便标本采
集率 $\geq 80\%$

03

旬报完整性100%：
实际监测报告数/应
监测报告数 $\times 100\%$

04

主动监测完整性100%：
实际监测报告数/应监测
报告数 $\times 100\%$

调查与录入

24 小时内调查及时率100%。
24小时内专网纳入率100%；
专网信息填写完整率100%

采集与送检

麻痹14天内双份合格粪便标本采集率
 $\geq 80\%$ ；
采便信息24小时内录入率100%；
每一份便标本7天内及时送检率100%

随访与摘抄

麻痹后60 天随访调查率 $\geq 90\%$ ；
麻痹后70天随访表专网录入率100%；
出院30天内病历摘抄上报及时率100
%

资料与上报

每季度完成AFP监测简报，全年完成四期；
每年1月15日前按时上交上一年度AFP主动
监测汇总表；
按时上交主动搜索数据库和工作总结。

› 一是培训务必全员到位。

各区要在市级培训结束后1个月内，完成辖区医疗卫生机构全员培训，确保所有临床医生和疾控人员100%掌握AFP病例识别、报告、处置流程。

› 二是监测务必灵敏高效。

医疗机构要完善院内监测制度，落实首诊负责制，做到“早发现、早诊断、早报告”，杜绝漏报迟报。疾控中心加强与医疗机构的沟通协调，要深入医疗机构开展AFP主动监测指导，建立规范化流程，细化病例报告、调查、采样、送检、随访等环节操作细则；

› 三是应急务必实战管用。

各区要开展脊灰疫情应急演练，重点检验多部门联防联控机制，确保预案能用、流程能通、队伍能战。



谢谢大家