

甘肃省疾病预防控制中心防震减灾应急预案

1 总则

1.1 编制目的

为及时、有序、高效地组织开展甘肃省地震灾害期间救灾防病工作，减少群众受灾害相关疾病的威胁，保证大灾之后无大疫，保障灾区群众身体健康，维护灾区社会稳定，特制定本预案。

1.2 工作原则

按照统一领导、依法管理、预防为主、及时处置、分级负责原则。

1.3 编制依据

本案依据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应对法》、《全国救灾防病预案》、《甘肃省突发公共卫生事件应急预案》、《抗震救灾卫生防疫工作方案》编制本预案。

1.4 疫情分级

根据地震灾情大小以及法定传染病和食物中毒报告人数，将灾情导致的疫情分为常态和警戒状态。按照疫情波及的范围和流行态势，将警戒状态分为四级，发生不同级别的疫情，应采取不同的针对性措施。

I 级：以县（市、区）为单位发生地震灾害，法定传染病和食物中毒报告人数与往年同期相比没有明显升高，没有发生灾害导致的人员死亡。

II 级：以县（市、区）为单位发生地震灾害，法定传染病和食物中毒报告人数与往年同期相比升高 20%以上，或发生灾害导致的人员死亡；以市为单位，所辖 2 个以上县（市、区）发生自然灾害，法定传染病和食物

中毒报告人数与往年同期相比没有明显升高,没有发生灾害导致的人员死亡。

III级:以市为单位,所辖2个以上县(市、区)发生地震灾害,法定传染病和食物中毒报告人数与往年同期相比升高20%以上,或灾情县(市、区)均发生灾害导致的人员死亡。

IV级:全省2个以上市发生地震灾害,全省法定传染病和食物中毒报告人数与往年同期相比升高20%以上。

当灾害定性为突发公共事件时,依据突发公共事件医疗卫生救援应急预案进行分级和应急处置;当地震灾害导致的传染病疫情和食物中毒等定性为突发公共卫生事件时,依据《甘肃省突发公共卫生事件应急预案》进行分级和应急处置。

1.5 适用范围

本预案适用于在我省发生地震等自然灾害导致的疾病发生、流行的预防和应急处置工作。

2 组织管理

2.1 防震减灾组织机构及职责

省疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处理领导小组是中心防震减灾应急处理的指挥机构或领导小组,在发生地震灾害时,可根据灾害的性质、级别、波及范围成立防震减灾应急处理工作小组,工作小组根据职责分工和中心领导小组指派,负责开展本省救灾防病应急处置工作。

2.1.1 应急处理领导小组

中心防震减灾应急处理领导小组全面负责中心救灾防病的应急处理

工作，调动中心所有力量和各种资源，完善资源的最优配置；指导各业务科室做好灾后疾病的监测与防控工作；组织评估预防控制措施的效果，完善防治方案；协调有关部门保障应急药品、消杀药械、检测试剂等物资的储备和供应。

2.1.2 应急处理工作小组

由传染病防控组、疫情监测组、消毒处理组、免疫接种组、实验检测组、宣传报道组、后勤保障组组成。负责制定我省地震灾区疫情流行病学调查方案、监测方案；收集、分析疫情信息，指导和处理灾区疫情；协助和指导实验室检测，开展应急预防接种和健康教育等各项卫生防病工作。

传染病防控组：及时制定灾区救灾防病工作方案；指导灾区疾病预防控制措施的实施，参与并指导现场流行病学调查和疫情处置；检查灾区传染病疫情网络直报系统报告情况，指导医院做好传染病疫情监测和疫情报告；核查计划免疫冷链设施的运转以及预防接种工作的实施和接种人员培训、疫苗储存等情况；检查消杀物品的储备和使用情况。

疫情监测组：做好全省灾区疫情的收集、报告、监测和管理工作；及时掌握灾区疫情信息，分析疫情趋势，制定灾区传染病防治评估方案；组织对灾区重点疾病防治以及流行趋势的现场评估，提出救灾防病工作对策与建议。

消毒处理组：制定灾区消毒、杀虫、灭鼠技术方案，确定使用的药物及其浓度、方法和消杀器械，协助制定灾区消杀药械的购置计划；指导当地做好灾区水源、环境、生活垃圾的消毒，重点指导实施灾民临时居住地、帐篷、窝棚、临时垃圾点、厕所等场所蚊、蝇的消杀工作；开展虫媒种群

分布和密度的监测，抽查质量并做出总结。

免疫接种组：做好灾区免疫规划相关疾病的监测和管理工作；及时掌握灾区相关疫苗免疫接种率和人群免疫水平，分析相关疾病的发病趋势，制定应急免疫接种方案，并组织实施和进行效果评估。

实验检测组：协助灾区尽早建立或恢复重点传染病的实验室检测；确保食物和食源性疾病的正常监测以及消毒剂的检测。

宣传报道组：负责制作宣传卡、宣传册。宣传灾后防病卫生知识，提醒人们要搞好居住区域内和临时居住点环境卫生及个人卫生，提高人们的自我防护意识。发现多人有共同的临床病症后，要立即报告卫生巡查人员和进行主动就医。同时要收集救灾工作中出现的感人事迹进行宣传报道。

后勤保障组：负责中心救灾应急物资（防护用品、消杀药品和生活用品）、设备、车辆等方面的保障工作。

3 监测、预警与报告

3、1 监测

3.1.1 传染病疫情监测

加强对地震灾害事件信息报告管理工作。中心急传科负责对疫情资料的收集、整理和分析；对重大传染病疫情实行日报制度和“零”报告制度，对其他传染病实行周报制度；实行 24 小时疫情值班；受灾地区疾病监测点要强化对监测病种的监测，扩大监测范围。

指导各市州、县市区疾病预防控制中心加强对疫情监测工作管理和监督，保证监测质量。

3.1.2 食品和水质监测

卫生科、检验检测所要指导灾区加强食品监测，确保食品卫生，食物中毒实行日报制度和“零”报告制度；强化水源水和饮用水的水质监测，增加监测频次，确保生活饮用水安全。

3.1.3 鼠类和蚊、蝇等虫媒监测

鼠布科、病媒生物防制科、寄生虫病防制科组织开展室内、外鼠密度等带毒率监测，开展室内、外蚊、蝇等虫媒密度监测。

3.2 预警

急传科按照传染病发生、发展规律和特点，及时提供监测信息，分析其对公众健康的危害程度、可能的发展趋势，及时做出预警、预测、预报。

3.3 报告

3.3.1 应急办、急传科接到灾害事件报告后，及时报告中心领导，通知相关部门进行关注、核实、收集灾害相关信息，同时上报省卫生厅。

3.3.2 报告时限和程序

发现重大传染病疫情或食物中毒，应当在 2 小时内尽快向省卫生厅报告，并立即组织进行现场调查确认，及时采取措施，随时报告势态进展情况。

3.3.3 报告病种和报告内容

(1) 报告病种：鼠疫、霍乱、伤寒、痢疾、病毒性肝炎（甲肝、戊肝）、流行性出血热、狂犬病、黑热病、疟疾、乙型脑炎、炭疽及呼吸道等重点传染病，食物中毒（细菌性食物中毒、化学性食物中毒），群体性不明原因疾病以及因灾害事故引起的创伤、发热、腹泻、皮炎（疹）、结膜炎等其它非法定传染病。

(2) 报告内容：传染病疫情和食物中毒报告分为首次报告、阶段报告和总结报告，要根据事件的严重程度、事态发展和控制情况及时报告事件进程。

首次报告未经调查确认的传染病疫情、食物中毒或存在隐患的相关信息，应说明信息来源、危害范围、事件性质的初步判定以及拟采取的措施。

经调查确认的传染病疫情或食物中毒事件报告应包括事件性质、波及范围、危害程度、分布、势态评估、控制措施等内容。

4 应急处置

4.1 应急处理原则

救灾防病要按照统一领导、依法管理、分级负责，采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式进行应急处理。

4.2 应急响应

4.2.1 常态

全省没有发生地震灾害，但地震局等部门预报可能发生地震时，进入常态管理。主要做好以下工作：

(1) 保持卫生应急专业队伍建制

疾控中心必须保持一支随时可以调遣的卫生应急专业队伍建制，包括从事现场处置、疾病监测、消毒处理、免疫接种、实验室检测等有关专业人员。

(2) 加强疫情监测和预警

相关科室重点对灾后易发生的传染病和群体性不明原因疾病、食物中毒等疾病进行监测。充分发挥传染病监测点的作用，对往年发生自然灾害

的地区也要纳入监测范围。并根据监测和分析结果及时做出预警范围和预警病种。

4.2.2 警戒状态

出现 I、II 级疫情时，受灾县（市、区）迅速成立救灾防病工作领导小组，立即启动相关预案，做好救灾防病的各项工作。省疾控中心密切关注疫情动向，必要时给予技术指导。

出现 III 级以上疫情时，省疾控中心立即启动防震减灾应急预案，指导和协助当地全面开展救灾防病应急处置工作。现场处置措施：

（1）负责做好疫情的监测、分析、预测和报告工作，科学指导救灾防病，督导检查灾区传染病疫情网络直报系统恢复情况以及传染病疫情报告情况。

（2）参与制定预防控制传染病、饮水污染、食物中毒等处置方案，并组织对疾病预防控制人员的培训。

（3）重点指导做好灾区饮水卫生、食品卫生、环境卫生的检测工作；开展灾区环境消毒处理和病媒生物防制；对易受损害的人群采取应急接种、预防性用药和群体防护等措施。

（4）开展灾后防病知识宣传工作，开展特殊人群异常心理的疏通工作。一旦发生疫情，及时采取果断措施，迅速把疫情控制在初发阶段。力保地震灾后不发生大的疫病流行。

（5）统一调配专业技术力量和救灾防病物资，必要时请求国家派出专家指导救灾防病工作。

4.3 应急反应的终止

由于地震灾后疾病的发生具有滞后效应,在政府相关部门宣布灾情和救灾工作结束后,救灾防病工作仍需要延续一段时间,具体终止时间由省卫生厅结合救灾防病的实际情况另行通知。

4.4 救灾防病应急处理工作评估

防震减灾工作结束后,由中心救灾防病评估专家委员会对工作情况进行评估。评估内容主要包括事件概况、疫情监测和疾病控制情况;所采取的防病措施的效果评价;防病过程中存在的问题和取得的经验及改进建议。评估报告上报省卫生厅,同时相关科室存档。

5 应急保障

5.1 组织保障

中心突发公共卫生事件应急处理领导小组和应急处理工作小组是救灾防病的常设组织,负责防震减灾的应对处置工作。

5.2 技术保障

5.2.1 突发公共事件评估专家委员会是中心为救灾防病的指挥决策提供专业咨询的常设机构。根据救灾防病工作的需要召开专门会议,对全省和灾区突发公共卫生事件进行分析总结、预警、评估。

5.2.2 应急处理队伍。中心突发公共卫生事件应急处理工作小组是中心常备的机动队伍。中心要加强有关专业技术人员的业务培训和演练,提高流行病学调查、监测、消毒处理和实验室检验的能力。并根据灾情情况在此基础上吸纳相关专业的技术人员开展救灾防病工作。

5.3 后勤保障

中心根据实际情况,科学制定储备计划。各种药品、疫苗、试剂、防

护用品等要及时更新；各种器械、设备要经常调试，确保突发事件处置的及时有效。车辆管理科根据应急需要，优先安排突发公共卫生事件应急处理工作的需要。

6 附则

6、1 本预案根据需要进行及时修订。疫情监测，饮水、食品、环境卫生，消毒与病媒生物防制，尸体处理等技术方案见附件。

6.2 本预案由甘肃省疾病预防控制中心负责解释，预案自发布之日起实施。

附：1. 疫情监测方案

2. 饮水卫生监测方案

3. 环境卫生监测方案

4. 病媒生物防制方案

5. 消毒处理方案

6. 化学中毒预防和处理方案

7. 尸体处理方案

8. 心理危机干预方案

附 1:

疫情监测方案

灾害发生后的最初阶段以人员抢救和伤员救治为主，此后，灾区公共卫生和传染病防控工作即应全面展开。为了及时发现灾区和灾民中发生的传染病暴发和其他突发公共卫生事件苗头，迅速采取控制措施，应及时启动灾后应急疾病监测机制。

1、在灾区前线救灾防病指挥部或指挥中心设立疾病监测组，负责应急疾病监测方案的具体设计、数据收集、数据分析解释和监测报告的撰写，向指挥部报送并向各灾区指挥分中心反馈监测信息。必要时，组织监测数据分析会商会议，研判疫情形势，研提控制措施建议。

2、监测病种或/和临床症候群。根据灾害发生时的季节特点、地理区域特点、灾害程度、灾民数量及年龄结构特征、灾民安置方式以及当地既往传染性疾病的谱和流行水平，确定应急监测病种或/和临床症候群。监测病种或/和临床症候群可根据救灾工作的发展进程和需要，适时调整。

3、报告人和报告方式。报告人一般应包括尚在运转的医疗机构、灾民安置点的固定和流动医疗点、医疗队的医生、现场疾控专业人员。为了保证监测系统能够掌握每个灾民安置点的传染病或因病死亡发生情况，在未设固定医疗点的安置点，应指定人员每天在安置点询问了解疾病症状和发生人数等，向指定信息收集点报告。

在灾害的初期，可采用电话报告。通讯系统恢复后，可填报报表，用传真或电子邮件向指定的信息收集单位报告。

4、报告内容和报告收集方式。报告内容可分两类，尚在运转的医疗机构除按传染病报告规范报告法定传染病病例和聚集性传染病事件外，各灾民安置点及固定、流动医疗队应进行传染病症状及死亡报告。发现鼠疫、霍乱、炭疽、疑似传染病相关死亡及疑似传染病聚集性病例时，应采用最快捷的方式立即进行报告，其他传染病或症状报告，可每日报告或每半天向指定疫情收集单位报告一次。

各指定疫情信息收集点应确定联络人、联系电话、电子邮件地址，通报给各报告单位（尚在运转的医疗机构、灾民安置点医疗站、流动医疗队、流动和固定防疫队等）和报告人。

各疫情收集点还要及时掌握各灾民安置点的灾民人数、年龄性别结构数据、医疗和防疫队伍的基本信息。

各疫情信息收集点收到疫情报告后，要随时向指挥分中心的应急监测组报告，分中心每日完成所辖灾区疫情信息汇总后，及时向指挥中心监测组报告。

5、数据的汇总分析。指挥中心监测组指定的数据收集单位收到鼠疫、霍乱、炭疽、疑似传染病相关死亡及疑似传染病聚集性病例时，应立即向指挥分中心和指挥中心负责现场疫情控制的负责人报告。其他报告数据应每半天和全天汇总分析一次。

分析的主要指标包括分病种和症候群新发病人数、死亡人数、罹患率和死亡率，分年龄组的发病数、死亡数、罹患率和死亡率，发生地点、变化趋势等。

6、疾病监测组应每日对监测信息进行分析会商，研究提出防控建议，向指挥中心报告。

附 2:

饮水卫生监测方案

自然灾害发生后，往往伴随着供水设施遭到破坏，停水停电。由于环境遭到严重破坏，水源可能含有多量泥沙，浑浊度高；受人畜粪便、垃圾、尸体污染，各种杂物进入水体，使细菌孳生，水质感官性状恶化和有毒物质污染，极易造成传染病的发生和流行。为了确保大灾之后无大疫，各地必须搞好饮水卫生。其主要内容是：

1、饮用水水源的选择与保护

1.1 清理集中式供水的水源地，划出一定范围水源保护区，制止在此区域排放粪便、污水与垃圾，并设专人看管。

1.2 集中式供水的水源地受到破坏或污染严重时，应立即选择新的水源地，建立新的取水口。

1.3 分散式供水尽可能利用井水为饮用水水源。水井应有井台、井栏、井盖及井的周围 30 米内禁止设有厕所、猪圈以及其他可能污染地下水的设施。取水应有专用的取水桶。

2、临时性供水

2.1 瓶装水运输方便，水质安全，可用来解决应急饮水问题。在道路交通情况允许的条件下，可利用水车送水，水车空间密闭，相对卫生安全，居民可就近取水，使用方便。水车供水时，需由专人负责，并注意饮水消毒，确保水质卫生。

2.2 建立临时水处理设施

根据水源水情况选择适宜的水处理设备。

1) 高浊度：(1) 砂滤 → 超滤 → 消毒

(2) 一体化净水设备

2) 化学性污染：预处理 → 反渗透 → 消毒

2.3 技术要求

1) 产水量： $>1\text{m}^3/\text{H}$ 。

2) 保证水质安全。

3、自来水厂清理与供水管网修复

3.1 水处理设施内壁使用 3%~5%的漂白粉液清洗。然后加满池水，并按加有效氯量 10~15mg/L 投入，保持 12 小时，此时池水中游离性余氯含量不低于 1mg/L。将池水抽干，再用清水冲洗一次即可恢复饮用水生产。

3.2 修复自来水供水管道，破坏严重的要重新铺设。供水前应对管道进行彻底的消毒和清洗。向管道中投加消毒剂，保证水中游离性余氯含量不低于 1mg/L，浸泡 24 小时以后排出。清水冲洗后可使用。对于覆盖范围较大的配水系统，可以采用逐段消毒、冲洗的方式。

3.3 供水前必须按《生活饮用水卫生标准》进行水质检验，合格后方可供水。

4、饮水消毒

4.1 将水煮沸是十分有效的灭菌方法，在有燃料的地方可采用。

4.2 灾害期间最主要的饮水消毒方法是采用消毒剂灭菌。消毒剂种类很多，可参阅使用说明书进行饮水消毒。

4.3 加入消毒剂后，放置 30 分钟，检验水中余氯应达到 0.7mg/L。如未达到此值，说明投加量不足。但也不能过量加入，以免产生强烈刺激性气味。

5、饮水水质检验

5.1 消毒剂在使用前应检验其有效成分。

5.2 使用现场快速检验设备检验余氯等消毒剂余量。

5.3 不能使用现场快速检验的水质指标，应送实验室检验。

附 3:

环境卫生监测方案

1、灾后应急环境卫生工作的主要内容

为确保大灾之后无大疫，灾区各地必须及时动员群众搞好环境卫生，其主要内容是： 做好水源保护；设置临时厕所、垃圾堆集点；做好粪便、垃圾的消毒、清运等卫生管理；按灾害发生地的实际情况妥善处理人和动物尸体。

灾民临时集中、分散住所、医疗点、救灾人员临时居住地等人群集中区域是环境卫生工作的重点区域。

2、对灾民临时住所的要求

2.1 必须选择对人体安全有保障的场所或地点，尤其是灾民集中救助场所的选择，避免次生灾害的发生。

2.2 选用轻质建筑材料、临时住所要能遮风防雨，同时应满足通风换气和夜间照明的要求。

2.3 取暖做饭要注意安全，有人看管，防 CO 中毒与火灾的发生。

2.4 在临时居住地设定临时厕所，禁止随地大小便；设置垃圾、污水收集点；禁止在灾民集中居住场所内饲养畜禽。

2.5 注意鼠、蚊、蝇等媒介生物密度，适时进行消杀。

3、构建临时厕所，强化粪便处理

在解决灾区人民饮水、吃饭的同时，修建临时厕所、恢复环境卫生设施是应急安置灾民不可或缺的重要工作。不能“有的吃，没得拉”。在救灾工作展开后，加强粪便管理是灾区必须解决的问题。

3.1 修建的临时厕所应能防止粪便污物外溢；不污染周围环境，尤其不能污染水源；不利于蚊蝇孳生；发生肠道传染病的病例或流行时，粪便必须有专人负责进行及

时消毒处理。

3.2 在灾民临时居住场所，按人口密度合理布局。应急临时厕所模式，可选择粪便与尿液分别收集的措施，尿液及时排放，粪便每日施加生石灰或漂白粉消毒。

3.3 尽量利用现有的储粪设施储存粪便，如无储粪设施，可将粪便与泥土混合后泥封堆存，或用塑料膜覆盖，四周挖排水沟以防雨水浸泡、冲刷。

3.4 在应急情况下，于适宜的稍高地点挖一圆形土坑，用防水塑料膜作为土地的衬里，把薄膜向坑沿延伸 20 厘米，用土压住，粪便倒入池内储存。

3.5 在特殊困难情况下，为保护饮用水源，可采用较大容量的塑料桶、木桶等容器收集粪便，待灾害过后运出处理。

3.6 集中治疗的传染病人粪便必须用专用容器收集，然后消毒处理。

散居病人的粪便采用以下方法处理

漂白粉 粪便与漂白粉的比为 5: 1，充分搅合后，集中掩埋；

生石灰 粪便内加入等量的石灰粉，搅拌后再集中掩埋。

4、垃圾和污水的收集与处理

4.1 根据灾民聚集点的实际情况，合理布设垃圾收集站点并加强管理，生活污水应定点倾倒。

4.2 及时用药物对垃圾站点与污水倾倒处进行消毒杀虫，控制苍蝇孳生。

4.3 传染性垃圾必须消毒处理，有条件可采用焚烧法处理。

附 4:

病媒生物防制方案

1、组织工作

1.1 各级卫生防疫部门应有具体分工，做好蚊、蝇、蚤、蜚、鼠等病媒生物监测与防制的组织工作。

1.2 要有专人负责，做好杀虫灭鼠药物的集中供应、配制和分发工作，做好蚊、蝇、蚤、蜚、鼠等病媒生物预防控制常识宣传，组织专业技术人员和群众实施。

2、灾区病媒生物监测与控制原则

常规原则：病媒生物密度不高或未发生媒介相关疾病时，加强环境治理，辅以药物杀灭，加强个人防护。

应急原则：媒介生物密度过高或媒介生物性疾病流行期，应以化学防治为主，辅以个人防护和环境治理措施。

3、病媒生物的监测

参照全国病媒生物监测方案，开展因地制宜的病媒生物监测。

4、针对不同人群、不同场所的防控措施

4.1 现场救援人员

4.1.1 个人防护 对现场工作人员要进行必要的个人防护，使用市售趋避剂（蚊不叮、蚊障等含有 DEET 有效成分的个人防护用品），按照产品说明上的使用剂量、使用频次涂抹于皮肤外露的部位，或在衣服上喷洒。

4.1.2 在临时居住地或帐篷中使用蚊帐，或药用蚊帐，或用 15—25g/m² 溴氰菊酯或 20—40g/m² 的氯氰菊酯喷洒蚊帐。

4.1.3 在居住或工作区域使用常规杀虫剂 如市售气雾剂、空间喷洒或滞留喷洒。在睡觉前使用蚊香（或电热蚊香）。在临时居住帐篷或住所周围 5-10 米范围使用 2.5%

的溴氰菊酯可湿性粉剂 100 倍稀释作滞留喷洒，防止蜚蠊侵害。

4.1.4 尽量穿长袖衣裤，减少蚊虫叮咬的机会。

4.1.5 对灾区蚊、蝇、鼠等的防制

1) 对垮塌现场的处理

室外用氯氰菊酯、高效氯氰菊酯、溴氰菊酯、马拉硫磷、辛硫磷、敌敌畏（卫生级）等药剂，使用超低容量或常量喷雾器喷洒（各种杀虫剂使用参考浓度见表 1、表 2）。确有必要时，使用飞机喷洒。

表 1 杀灭成蝇、蚊等飞虫的空间喷洒用杀虫剂

杀虫剂	商品名	类别	浓度（%）	剂型	用量（毫升/米 ³ ）
敌敌畏	敌敌畏	有机磷	0.3~0.5	乳油	1—2
氯菊酯	除虫精	拟除虫菊酯	0.4	乳油或油剂	1
溴氰菊酯	凯素灵	拟除虫菊酯	0.005	乳油	1
高效氯氰菊酯	奋斗呐	拟除虫菊酯	0.005	乳油	

表 2 常用地面灭蚤杀虫剂

杀虫剂	商品名	类别	剂型	浓度（%）	用量（/m ² ）
敌敌畏	敌敌畏	有机磷	乳油	0.1	100ml
氯菊酯	除虫精	拟菊酯	粉剂	0.5	40g
溴氰菊酯	凯素灵	拟菊酯	粉剂	0.005	25g

2) 对临时居住区或居住区蚊、蝇、蚤的处理

(1) 室外喷洒药剂种类及使用方法同垮塌现场的处理。

(2) 室内化学防制。

使用氯氰菊酯、高效氯氰菊酯、溴氰菊酯等药剂进行喷洒处理（使用浓度见表 1）。同时注意使用蚊帐或药用蚊帐，或用 15—25g/m² 溴氰菊酯或 20—40g/m² 的氯氰菊酯喷洒蚊帐。还可以使用市售气雾剂、蚊香（或电热蚊香）防蚊蝇。

(3) 防蚊蝇设施 在住处装上纱门纱窗、睡前点燃蚊香或使用电热蚊香。

(4)在临时居住帐篷或住所周围 5-10 米范围使用 2.5%的溴氰菊酯可湿性粉剂 100 倍稀释作滞留喷洒，防止蜚蠊侵害。

(5)趋避剂的使用 在蚊虫等比较多的地方活动或工作，使用个人防护用品（同上）。

3) 鼠类防制

针对医院、临时救治场所、食堂、灾民集聚地等重点场所，投放抗凝血灭鼠剂溴敌隆、大隆等毒饵（参见表 3），最好使用蜡块。对于粮食毒饵，可使用毒饵盒或临时毒饵盒。投饵前做好宣传和警示标记，防止儿童和老人误食中毒。

医疗机构要储备一定的维生素 K1 解毒剂。

表 3 常用灭鼠药的使用

药 剂	常 用 浓 度(%)	投饵量(克/堆)	投饵期	死 亡 时 间 及 死 亡 高 峰
溴敌隆	0.0375	10	第 1、4、7 晚	一般死于 2-11 天，高峰在 3-6 天
大 隆	0.005	10	第 1、4、7 晚	一般死于 2-11 天，高峰在 3-6 天
杀它仗	0.005	10	第 1、4、7 晚	一般死于 2-11 天，高峰在 3-6 天

附 5:

消毒处理方案

各级疾病控制部门应有具体分工，做好消毒组织工作。首先应有专人负责保护水源和饮水消毒，同时要搞好环境卫生消毒。消毒要有专人负责，做好消毒剂的集中供应、配制和分发工作，做好消毒常识宣传，组织群众实施消毒措施并具体指导其正确使用。

消毒剂的种类很多，生产厂家很多，使用卫生部消毒产品许可批件的消毒剂进行消毒时，应按说明书中的适用范围和使用方法进行操作。灾区各种物品的具体消毒方法如下。

1、一般用具 怀疑用具受到污染时，可用 0.2%过氧乙酸，或 2%漂白粉上清液，或 0.5%新洁尔灭或洗必泰溶液，浸泡或擦拭，作用 30 分钟。

2、食具 共用食饮具应做好消毒工作，消毒首选蒸煮 15 分钟，在无燃料条件时也可用含氯消毒剂，有效氯 250mg/L，作用 15 分钟，然后用洁净水冲洗。

3、墙壁、地面 地面受到粪便、尸体污染时应对其进行消毒，发生肠道传染病时，也应对疫点的环境进行消毒处理，消毒时可用浓度为 1000-2000mg/L 的有效氯喷雾或喷洒，作用 2 小时。用量：土质地面 1000mL/m²、土质墙 200mL/m²、水泥地面 300mL/m²。

4、粪便 对简易厕所、粪池的粪便应定时进行消毒处理。处理稀便，漂白粉加入量为稀便量的 1/5，作用 2 小时；干便加入 2 倍量的 10%漂白粉上清液，搅拌均匀，作用 4 小时。当粪便接近便池容积的 2/3 时，应及时清运或加土回填覆盖，另建厕所。

5、呕吐物 加入 1/5 量的漂白粉，搅匀，作用 2 小时。

6、污水 加氯量为 50~200mg/L，作用 30 分钟后，余氯应保持 5mg/L。

7、饮水 井水加漂白粉 4g/m³，浑浊湖水加漂白粉 2g/m³，浑浊池塘水加漂白粉 18g/m³，作用 30 分钟后，余氯应达到 0.5mg/L。

8、瓜果、蔬菜 避免吃生食，无法烹煮时，可用 0.1%高锰酸钾浸泡 30 分钟，或含氯消毒剂 100mg/L 作用 30 分钟。

9、手的一般卫生消毒 可使用快速免洗手消毒剂涂擦双手。必要时可用有效氯 250mg/L 作用 3 分钟，或 0.2%洗必泰，0.5%新洁而灭作用 3 分钟。

附 6:

化学中毒预防和处理方案

地震区域内存有的各类化学物均能通过呼吸道、消化道和皮肤进入人体造成中毒，危害公众健康。现场腐败物产生的硫化氢、燃料不全燃烧生成的一氧化碳以及密闭、低洼可能存有的高浓度单纯窒息性气体，以及地震区域化学品泄漏均可能引起人体化学中毒。

1、化学性中毒预防

1.1 潜在危害源：各类化工厂、化学品仓库、化工商店、农资商店、家庭存放的农药、不明原因包装瓶（箱），以及其他有特殊味道物品、环境。

1.2 危害源处理原则：卫生应急队伍要尽量远离以上危害源，已经出现泄露情况的安排卫生应急队伍时注意危险源上风向是安全区域。

1.3 不要饮用气味、味道和颜色异常的饮料或进食可能污染的食品。

1.4 人群健康状况出现异常要立即通知疾病控制人员到现场调查、处理。

2、化学性中毒现场应急突发中毒事件发生后采取措施

2.1 疏散与隔离

化学品泄漏后，应立即疏散现场的无关人员，隔离毒物污染区；如果是易燃易爆物的大量泄漏，应立即上报指挥部，请求消防专业人员救援，并由应急救援指挥机构决定周围居民的疏散范围和疏散方向。

2.2 切断电源并消除火源

化学品泄漏环境中的电源和火源常常会引发爆炸和火灾，事故发生后应立即切断电源并消除火源。如果泄漏物属于易燃易爆物质，要对整个毒物泄漏区域内控制电源和禁止各种火源。包括禁止使用非防爆电器，禁止使用手机和对讲机等。

2.3 保护应急人员

2.3.1 进入化学品泄漏现场进行应急处置的各类人员均必须接受过专门的业务培训和训练。

2.3.2 在进入现场之前，应针对泄漏物质的理化性质、暴露方式、现场浓度等现场环境，采取有效的个人防护。穿（佩）戴防护装备前，应认真对防护装备进行安全性能检查，特别是要有专人对呼吸器的压力参数及阀门等进行检查，有条件的情况携带气体报警装备，注意各类呼吸防护装备的有效防护时间。

2.3.3 应当详细记录进入、撤出泄漏现场的人员姓名和时间，紧急撤离时应进行点名，严禁单独行动。

2.3.4 现场应准备特效解毒剂和其它急救医药用品，并有医护人员待命。

2.3.5 对中毒的人员应从上风方向抢救或引导撤出。

3、化学性中毒患者处理原则

3.1 脱离接触、洗消

远离危害源区域，尽快疏散到空气清新处。诊治区域要设在非污染区。

在现场洗消区进行洗消，脱去病人被污染的衣物，用流动清水及时冲洗污染的皮肤，对于可能引起化学性烧伤或能经皮肤吸收的毒物更要充分冲洗，时间一般不少于二十分钟，并考虑选择适当中和剂中和处理；眼睛有毒物溅入或引起灼伤时要优先迅速冲洗。

3.2 检伤

医务人员根据病人病情迅速将病员检伤分类，做出相应的标志，并按照检伤结果将病人送往不同区域内急救。

3.3 应用特效解毒治疗

特效治疗主要有特定毒物的特效解毒剂、氧疗法等，对气体中毒者尽量送有高压氧条件的医疗机构。

3.4 对症和支持治疗

保护重要器官功能，维持酸碱平衡，防止水电解质紊乱，防止继发感染以及并发症和后遗症等。

4、现场毒物监测和毒物健康影响评价

应根据现场特征设立毒物监测方案，以及时掌握泄漏物质的种类、浓度和扩散范围，恰当地划定警戒区，并为现场指挥部的处置决策提供科学的依据。加强环保、卫生和消防等部门沟通信息。

依据毒物监测资料和人及动物中毒情况评价危害区域、人群范围和危害程度，并提出相应的应急措施建议，向指挥部报告。

5、泄漏控制

及时向指挥部报告，由消防或工程专业人员控制。现场污染判定依据环保部门报告。

6、现场分区和警示标识

根据危害源性质和扩散情况等进行现场分区，危害源周围核心区域为热区，用红色警示线隔离；红色警示线外设立温区，用黄色警示线隔离；黄色警示线外设立冷区，用绿色警示线隔离。同时，在不同地点根据需要设立各类警示标识。

医疗卫生救援队伍在冷区内划定救援区域，在区域内根据不同功能设立指挥部、急救区、观察区等。洗消区一般设立在温区边缘，检伤区设立在洗消区附近。

附 7:

尸体处理方案

自然灾害遇难者的尸体一般不会引起传染病的流行，但应认真做好人与动物尸体的卫生处理。

1、尸体处理的一般要求

对逝者处理时必须给予充分尊重的原则；及时就地清理和尽快掩埋处理的原则；必须需要辨明身份而不能马上处理者，存放时间应尽量缩短。

2、尸体暂时存放地的要求

存放地点应远离水源、避开人员活动区，避开低洼地。

2.1 存放在平均气温低于 20℃ 的情况下，自然存放不宜超过 4 天，放入存尸袋的可适当延长存放时间，但应在尸体上下洒盖漂白粉，降低尸体腐败的速度，减少异味，尸体出现高度腐烂时应及时进行火化或掩埋处理。

2.2 条件许可的情况下适宜适当集中存放，便于管理。

3、尸体包裹要求

3.1 首选统一制作的裹尸袋。

3.2 可因地制宜选用逝者生前使用的被褥等进行包裹。

3.3 在尸体高度腐烂时在裹尸袋内要加棉织物吸收液体，并适当喷洒漂白粉或其他消毒除臭剂。

3.4 尸体的包裹要尽量严紧结实。

3.5 对轻度腐烂的一般性尸体，无须进行消毒除臭处理，为减轻周围环境的臭度，在尸体周围环境可适当喷洒消毒除臭剂。

4、尸体的运输要求

4.1 要求有专门的尸体运输车辆。

4.2 尸体装车前要在车厢里衬垫液体吸收物，液体吸收物清除前需对液体吸收物与车厢进行用漂白粉等进行消毒处理。

4.3 进行尸体运输尽量选择人群较少的路线。

5、尸体的掩埋要求

5.1 火化处理场可运行，有条件进行火化处理的应为首选方法。

5.2 对甲乙类传染病死亡者，应做彻底消毒后，以最快速度运出火化或者 2M 以下深埋。

5.3 对高度腐烂的尸体应进行消毒除臭处理。

5.4 尸体埋葬的场所应由当地政府指定，不得随意乱埋。

5.5 选用土葬，应尽可能选择 2M 以下深埋的方式；埋葬人数集中量大时或有特殊原因不能选择深埋方法时，如为避免对地下水的污染等，经现场卫生专家集体决定可选用浅埋（1M）的方法。

5.6 在城镇、村外选择好埋尸地点，在便于运输又在不影响城镇、村容的地点选择尸体掩埋地。应选择土壤结构结实、地下水位低的场所；掩埋场所还应选择地势较高的地点；埋葬地点必须远离水源地；尽量选择人口密集区的下风向。

5.7 场所消毒要求

尸体清理后需要对其场所进行消毒处理，可选用漂白粉液喷洒。

6、尸体清理工作人员防护要求

一般尸体的清理、运输人员需要一定的防护意识和卫生防护设备，要戴医用防护口罩、穿着工作服、戴手套、穿胶鞋。尽量避免意外擦伤，出现外伤时需要及时进行医疗处理。应注意及时洗手并注意个人卫生。

7、动物尸体处理要求

对环境清理中清出的家畜家禽和其他动物尸体应用漂白粉或生石灰处理后进行深埋处理。

附 8:

心理危机干预方案

1、干预前的准备

对灾区情况的了解，包括道路、天气和受灾情况的了解，以及对目前政府救援计划和实施情况的了解是保证心理救援活动顺利开展的重要准备工作。

1.1 确定干预地点

1.2 确定干预对象及其分布和数量

1.3 制定危机干预实施方案

1.4 编制、印刷心理危机干预评估工具和相关宣传资料

1.5 联络、了解所要干预社区、各家医院、住院受伤人员、死难者及家属分布和安置情况，制定具体的干预流程和路线。

1.6 干预团队食宿安排，干预队员自用物品，常用药品的准备。

1.7 可能的话到达之后对当地精神科医护人员进行危机干预知识培训，扩大人力资源。

2、行动计划的制定

2.1 危机干预的目的

积极预防、及时控制和减缓灾难的心理社会影响；促进灾后心理健康重建；维护社会稳定，保障公众心理健康。

2.2 原则

2.2.1 与整体救援活动整合在一起进行，及时调整心理救援的重点，配合整个救灾工作的进行；

2.2.2 以社会稳定为前提工作，不给整体救援工作增加负担，减少次级伤害；

2.2.3 综合应用干预技术，个体化的针对目前问题提供帮助。

2.2.4 保护接受干预者的隐私，不随便透露个人信息；

2.2.5 明确心理危机干预是医疗救援中的一部分，并不万能。

3、方法

评估、干预、教育、宣传相结合，提供灾难心理救援服务；尽量进行灾难社会心理监测和预报，为救援组织者提供处理紧急群体心理事件的预警及解决方法；促进形成灾后社区心理社会干预支持网络。

4、确定目标人群及数量

本次地震灾难的心理受灾人群大致分为五级人群。目前的重点干预目标从第一级人群开始，一般性干预宣传广泛覆盖五级人群。

第一级人群：为直接卷入地震灾难的人员，死难者家属及伤员。

第二级人群：与第一级人群有密切联系的个人和家属，可能有严重的悲哀和内疚反应，需要缓解继发的应激反应；现场救护人员（消防、武警官兵、120 救护人员、其它救护人员），以及地震灾难幸存者。该人群为高危人群，是干预工作的重点，如不进行心理干预，其中部分人员可能发生长期、严重的心理障碍。

第三级人群：从事救援或搜寻的非现场工作人员（后援）、帮助进行地震灾难后重建或康复工作的人员或志愿者。

第四级人群：受灾地区以外的社区成员，向受灾者提供物资与援助，对灾难的可能负有一定责任的组织。

第五级人群：在临近灾难场景时心理失控的个体，易感性高，可能表现心理病态的征象。

5、时间表

根据目标人群和干预队成员人数，排出工作日程表。

6、确定干预技术

ABC 法：

A、心理急救，稳定情绪

B、行为调整，放松训练，晤谈技术（CISD）

C、认知调整，晤谈技术（CISD）+眼动脱敏信息再加工技术（EMDR）

1) 首先要取得受伤人员的信任，建立良好的沟通关系；

2) 提供疏泄机会，鼓励他们把自己的内心情感表达出来；

3) 对访谈者提供心理危机及危机干预知识的宣教、解释心理危机的发展过程，使他们理解目前的处境，理解他人的感情，建立自信，提高对生理和心理应激的应付能力；

4) 根据不同个体对事件的反应，采取不同的心理干预方法，如：积极处理急性应激反应，开展心理疏导、支持性心理治疗、认知矫正、放松训练、晤谈技术（CISD）等，以改善焦虑、抑郁和恐惧情绪，减少过激行为的发生，必要时适当应用镇静药物；

5) 除常规应用以上技术进行心理干预外，引入规范的程式化心理干预方法——眼动脱敏信息再加工技术（EMDR）；

6) 调动和发挥社会支持系统（如家庭、社区等）的作用，鼓励多与家人、亲友、同事接触和联系，减少孤独和隔离。

7、干预技术要点

7.1 心理急救

7.1.1 接触和参与

目标：倾听与理解。应答幸存者，或者以非强迫性的、富于同情心的、助人的方式开始与幸存者接触。

7.1.2 安全确认

目标：增进当前的和今后的安全感，提供实际的和情绪的放松。

7.1.3 稳定情绪

目标：使在情绪上被压垮或定向力失调的幸存者得到心理平静、恢复定向。愤怒

处理技术、哀伤干预技术。

7.1.4 释疑解惑

目标：识别出立即需要给予关切和解释的问题，立即给予可能的解释和确认。

7.1.5 实际协助

目标：提供实际的帮助给幸存者，比如询问目前实际生活中还有什么困难，协助幸存者调整 and 接受因地震改变了的生活环境及状态，以处理现实的需要和关切。解决问题技术。

7.1.6 联系支持

目标：帮助幸存者与主要的支持者或其他的支持来源，包括家庭成员、朋友、社区的帮助资源等等建立短暂的或长期的联系。

7.1.7 提供信息

目标：提供关于应激反应的信息、关于正确应付来减少苦恼和促进适应性功能的信息。

7.1.8 联系其它服务部门

目标：帮助幸存者联系目前需要的或者即将需要的那些可得到的服务。甄别处理。

7.2 心理晤谈

通过系统的交谈来减轻压力的方法，个别或者集体进行，自愿参加。对于病房的轻症地震病人，或医护人员、救援人员，可以按不同的人群分组进行集体晤谈。

心理晤谈的目标：公开讨论内心感受；支持和安慰；资源动员；帮助当事人在心理上（认知上和感情上）消化创伤体验。集体晤谈时限：灾难发生后 24-48 小时之间是理想的帮助时间，6 周后效果甚微。正规集体晤谈，通常由合格的精神卫生专业人员指导，事件发生后 24-48 小时之间实施，指导者必需对小组帮助有广泛了解，指导者必需对应激反应综合征有广泛了解，在事件发生后 24 小时内不进行集体晤谈。事件中

涉及的所有人员都必须参加集体晤谈。

晤谈过程：正规分 6 期，非常场合操作时可以把第二期、第三期、第四期合并进行。

第一期 介绍期：指导者进行自我介绍，介绍集体晤谈，的规则，仔细解释保密问题。

第二期 事实期：请参加者描述地震事件发生过程中他们自己及事件本身的一些实际情况；询问参加者在这些严重事件过程中的所在、所闻、所见、所嗅和所为；每一参加者都必需发言，然后参加者会感到整个事件由此而真相大白。

第三期 感受期：询问有关感受的问题：事件发生时您有何感受？您目前有何感受？以前您有过类似感受吗？

第四期 症状期：请参加者描述自己的应激反应综合征症状，如失眠、食欲不振、脑子不停地闪出事件的影子，注意力不集中，记忆力下降，决策和解决问题的能力减退，易发脾气，易受惊吓等；询问地震事件过程中参加者有何不寻常的体验，目前有何不寻常体验？事件发生后，生活有何改变？请参加者讨论其体验对家庭、工作和生活造成什么影响和改变？

第五期 辅导期：介绍正常的反应；提供准确的信息，讲解事件、应激反应模式；应激反应的常态化；强调适应能力；讨论积极的适应与应付方式；提供有关进一步服务的信息；提醒可能的并存问题（如饮酒）；给出减轻应激的策略；自我识别症状。

第六期 恢复期：拾遗收尾；总结晤谈过程；回答问题；供保证；讨论行动计划；重申共同反应；强调小组成员的相互支持；可利用的资源；主持人总结。整个过程需 2 小时左右完成全部过程。严重事件后数周或数月内进行随访。

晤谈注意事项：

(1) 对那些处于抑郁状态的人或以消极方式看待晤谈的人，可能会给其他参加者添加负面影响。

(2) 鉴于晤谈与特定的文化性建议相一致，有时文化仪式可以替代晤谈。

(3) 对于急性悲伤的人，如家中亲人去世者，并不适宜参加集体晤谈。因为时机不好，如果参与晤谈，受到高度创伤者可能为同一会谈中的其它人带来更具灾难性的创伤。

(4) WHO 不支持只在受害者中单次实施。

(5) 受害者晤谈结束后，干预团队要组织队员进行团队晤谈，缓解干预人员的压力。

(6) 不要强迫叙述灾难细节。

7.3 松弛技术

除了那些分离反应明显者，对所有被干预者教会一种放松技术：呼吸放松、肌肉放松、想象放松。

8、心理危机干预过程

8.1 专家组应该迅速给政府及相关部门提出建议

8.1.1 如果有些医院伤员及家属过于集中，会给救援工作和善后处理带来一些隐患，建议尽量将其分散救治；

8.1.2 对于死者家属的安置要尽可能分散，持续有人陪伴，提供支持帮助；防止他们在一起出现情绪爆发，以免善后处理被动。

8.1.3 对死伤者及其家属的信息通报要公开、透明、真实、及时，以免引起激动情绪，给救援工作带来继发性困难。

8.1.4 在对伤员及家属进行心理救援同时，政府各部门要对参与救援人员的心理应激加以重视，组织他们参加由工作组提供的集体心理辅导。

8.1.5 动员社会力量参与，利用媒体的资源，向受灾民众宣传心理危机和精神健康知识，宣传应对灾难的有效方法，动员当地政府人员、援救人员、医务人员、社区工作者或志愿者接受工作组的培训，让他们参与心理援助活动。

8.1.6 定期召开信息发布会,将救援工作的进展情况及已做的工作,让公众了解,注意发布前把必须传达的信息做好整理,回答记者的问题要尽可能精确和完整,尽可能保证属实,如果没有信息或信息不可靠,要如实回答;积极主动,引导舆论导向。

8.1.7 建议指挥部能够进一步协调各部门关系,以便心理危机干预工作的顺利进行。

建议提出后,应该尽量和当地政府沟通,以取得重视并采纳,并采取强有力的措施抓落实。

8.2 工作流程

8.2.1 联系救援指挥部、各家医院,确定地震灾难伤员住院分布情况,以及进入现场救援的医护人员情况。

8.2.2 拟定心理危机干预培训内容、宣传手册、心理危机评估工具,并紧急印刷。

8.2.3 召集人员夜间举行技术培训以便统一思想和技术路线,内容包括心理危机干预技术、流程、评估方法等。

8.2.4 紧急调用当地精神卫生中心的人员和设备等。

8.2.5 分组到各家医院,社区,访谈地震灾难伤员、相关医护人员,发放心理危机干预相关知识宣传资料。

8.2.6 应用评估工具,对访谈人员逐个进行心理筛查,重点人群评估、危机动力分析。

8.2.7 根据评估结果,对出现有心理应激反应的人员当场进行初步的心理干预。

8.2.8 在每一家医院均向医院领导提出有关病人的指导性诊疗和处理意见、工作人员与病人沟通处理技巧、工作人员自身心理保健技术。

8.2.9 对每一个筛选出有急性心理应激反应的人员进行随访,强化心理干预和必要的心理治疗,治疗结束后再次进行心理评估。

8.2.10 对社区干部、医院医护人员进行了集体讲座、个体辅导、集体晤谈等干预

处理。发现现场救援的医护人员普遍出现明显的应激反应，主要的表现为，创伤地震灾难场景的闪回，情绪不稳定、焦虑，食欲差、失眠，工作效率下降等。

8.2.11 每天晚上工作组人员召开会议，总结当天工作，对工作方案进行调整，并部署下一步的工作。对干预人员开展督导。