

为人民而战

——我市建市以来疫情防控情况简述

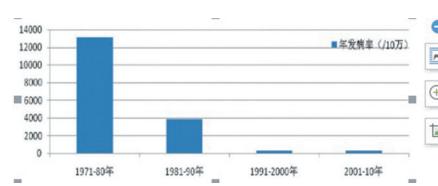
编者按：

当前，我市正处于抗击新冠肺炎疫情关键阶段。市委党史和地方志研究室对我市建市以来疫灾情况与防控疫情采取的相关措施进行了认真梳理，以期通过以史为鉴，为打赢疫情防控阻击战提供参考。

历史上，淮北地区曾是疫情多发地区，各种传染病与地方病交替暴发，对人民生命财产安全造成严重威胁。为消除群众疾苦，我市建市初期便带领全市人民开展疫情防控工作。经过持续不断的努力，我市的疫情防控能力不断提升，防控成效十分显著，部分传染病被消除，其他传染病发病率也维持在较低水平。

一、疫灾种类

霍乱、结核、麻疹、天花、流脑、疟疾等传染性疾病都曾在淮北地区广泛流行，直到20世纪80年代才得到有效控制。到20世纪90年代，疟疾、流脑、百日咳、麻疹、痢疾等传染病发病趋势进一步下降，平均发病率处于历史最低点，但从1996年起，我市出现感染被称为“世纪瘟疫”的艾滋病病例，并且出现死亡病例。2001年至2010年，平均传染病报告发病率299.24/十万（其中在2004年以后增加丙类传染病和甲型H1N1流感病种统计），我市未出现SARS病例，但甲型H1N1流感、手足口病等发病开始增多，一些已控制的传染病如肺结核、疟疾、性传播疾病的发病也呈逐渐上升趋势。2010年以来，各种传染病发病率维持在较低水平，但针对外地传入的传染病的防治任务仍然艰巨。



图一 我市1971—2010年法定传染病10年平均发病率分析

1. 霍乱副霍乱。霍乱副霍乱曾在淮北地区流行猖獗。1937年、1946年，杜集、朔里一带发生过霍乱大流行，朱北大队朱庄村病死85人。1980年9月，朱北大队朱南生产队又发生副霍乱。1980年至1985年，全市连续6年发生不同程度的副霍乱流行，全市共发现病人1085例，带菌者565例，累计发病率243.85/十万，死亡6例。1991年至1995年，我市未发现有霍乱病例出现。1996年后，发生过多起霍乱暴发疫情，但未再形成流行趋势。

2. 疟疾。疟疾曾经是淮北地区最肆虐的传染病。1960年发生的疟疾大流行导致淮北矿区发病24288例，占矿区总人口的50%以上。到20世纪70年代，每年发病率都较高，尤其是1971年，发病43377人，发病率高达23403.64/十万。1987年以后，发病率下降到50/十万以下。到1999年，发病率已降至0.03/万，达到卫生部颁布的基本消灭疟疾的目标。2000年，通过基本消灭疟疾的省级验收。2000年至2004年间，我市疟疾发病率都控制在1/万以下，但因受各种因素影响，2004年至2006年间，疟疾发病明显回升，发病人数每年以近300%的速度增长，到2006年时，发病率升至31.9/万。此后，发病率又逐年下降，到2010年时降为0.7/万。2017年，经省卫生计生委专家组现场考核评估，我市成功通过消除疟疾现场验收。

3. 细菌性痢疾。我市菌痢发病率在1970年至1979年间达到峰值，为472.20~6611.53/十万，之后逐步下降，但仍居于高位。1987年，全市菌痢患者4998人，发病率972.67/十万。1991年至2005年，细菌性痢疾在我市各类法定报告传染病中一直处于靠前位置，年平均发病率87.21/十万，其中，1991年为最高水平，当年因我市发生洪涝自然灾害，境内细菌性痢疾全年报告发病率达到251.15/十万。2005年后，发病数总体呈下降趋势，未再发生菌痢暴发疫情，疫情态势较为平稳。

4. 病毒性肝炎。病毒性肝炎一直为我市主要传染病，其中以乙型肝炎居多。1965年，报病182例，发病率为167.02/十万。20世纪70年代，平均发病率为300/十万。到20世纪90年代，平均年发病率为200/十万左右，发病率居各种传染病首位。1999年，市防疫站开展自然人群乙型肝炎病毒感染率调查，专业技术人员通过对各种人群总计1000人的血清学调查，结果显示我市自然人群乙型肝炎病毒感染率高达62%。进入21世纪，病毒性肝炎发病排位开始靠后，但仍居前5名以内。

5. 麻疹。建市初期，麻疹发病率极高。20世纪60年代，发病率平均超过1000/十万，其中，1964年为最高水平，发生1662例，发病率为1878.66/十万。20世

纪70年代，麻疹的流行得到控制，疫情下降较快，发病率波动在25.75~589.37/十万之间。此后零星发生过麻疹暴发疫情，但未再流行。

6. 流行性脑脊膜炎。该病从1967年至1977年经历了一个流行周期。1967年，全市发病786例，发病率为671.80/十万。1969年至1973年，发病率在4.4~12.6/十万之间波动。1977年，发病率率为128.36/十万。20世纪80年代后，该病得到控制。

7. 脊髓灰质炎。该病在1972年发病最多，35例均在农村散在发生，发病率为17.54/十万。1992年，在全市范围内开展15岁以下儿童跛行率的调查，共查490157人，跛行者521人，其中因脊灰引起的156人，发生率为31.83/十万。

8. 百日咳。该病以学龄前儿童为主，农村最多见。1965年，全市发病率343.22/十万。1973年，发病率481.94/十万。到20世纪80年代后，病情趋于平稳。

9. 流行性乙型脑炎。该病主要见于10岁以下儿童，占发病数的80%左右。1965年，全市发病57人，发病率为52.30/十万。1966年，发病116人，发病率为95.96/十万。之后，发病率逐年趋于平稳。

10. 结核病。我市于20世纪70年代末开展结核病流行情况的调查，对市区学校学生1034人进行结核菌素试验，阳性128人，感染率为12.24%。对市区不同职业人群胸透1110人，发现肺部有结核病灶18人，患病率为0.72%。1990年，在杜集区抽调15岁以下儿童499人，结核菌素试验484人，阳性37人，感染率为7.64%。经过防治，该病感染率逐步下降。

11. 伤寒副伤寒。我市曾是伤寒副伤寒流行的的重点地区，每年均有散在病例发生，发病率最低值为1998年的0.65/十万，最高值为1995年的10.16/十万，偶尔也发生暴发流行。2002年，由食用生冷食品引起的伤寒病例明显增加，并在城区局部地区暴发，共确诊伤寒病人107例，经及时防控，疫情于当年7月底得到有效控制。

12. 流行性出血热。1991年，受洪涝自然灾害的影响，流行性出血热年新发病例数骤增至96例，发病率为5.69/十万，死亡6例。其中濉溪县86例，病死5例，发病地区主要在濉溪县南部双堆集等受洪涝灾害较严重地区。经过防治，至2012年，我市流行性出血热病例报告基本稳定。

13. 甲型H1N1流感。2009年8月16日，我市出现首例输入型甲型H1N1流感确诊病例。全年共规范处置确认甲型H1N1流感患者134例，未发生死亡病例。2010年，我市处置报告甲型H1N1流感确诊病例29例。

14. 手足口病。2008年4月，安徽省部分地区发生手足口病暴发流行。年内，我市流行病学调查可疑和确诊手足口病病例596例，开展可疑和确诊手足口病病例追踪近2000余次。2009年，流行病学调查可疑和确诊手足口病病例2000例。2010年，我市基层医疗卫生机构共流行病学调查可疑和确诊手足口病病例3100余例，开展聚集性病例调查34起，未出现1例因手足口病死亡病例。翌年，手足口病疫情稳中有降，开展可疑和确诊手足口病例流行病学调查1600余例，报告手

足口病重症9例并全部治愈。此后，我市手足口病重症治疗能力大幅提升，未再发生聚集性疫情。

15. 艾滋病。我市于1995年12月从卖血人群中首次发现艾滋病感染者。2001年开始，对以往卖血人员等重点人群主动监测，发现的感染者人数逐年增多。根据监测数据，确定县区5个村为艾滋病重点村。

16. 麻风病。我市属麻风病低度流行区，发病率最高为2.72/十万，发生在1962年。1991年，患病率为0.0018%，5年平均发病率0.04/十万。1992年4月，省卫生厅组织考核验收，我市达到卫生部基本消灭麻风病的标准。

17. 丝虫病。我市属单纯班氏丝虫流行区，据1990年调查显示，此前濉溪县微丝蚴感染率为8.66%，属中度流行区，三区微丝蚴感染率为3.36%，属低度流行区。当年，我市微丝蚴感染率降至0.22%，达到小于1.0%的基本消灭丝虫病标准，通过省级考核验收。经过10年的巩固和净化，2001年，对25个行政村的30844人采血检测，并捕捉解剖6089只媒介蚊虫，均未发现阳性，达到卫生部《消灭丝虫病标准》的要求，通过省消灭丝虫病的考核验收。

二、防控措施

为保障人民群众生命财产安全，我市始终将传染病防治作为工作的重中之重来抓，在疫情发生时全力做好防控救治，同时投入了大量的人力物力加强防控体系建设，提升疫情防控能力。

(一) 全力做好疫情防控

疫情发生时，在做好病人救治的同时，我市主要采取以下措施进行防控。

一是动员群防群治。1974年，我市参加苏、鲁、豫、皖、鄂5省疟疾联防，开展大规模的群众性防治工作。每年3至4月采取全民休止期根治，7至10月采取全民预防服药，也曾采用休止期复治，主要使用氯喹、伯喹和乙胺嘧啶等药物。进入21世纪，又多次进行清除传染源、重点村全民服药压高峰和大范围休止期治疗，我市疟疾疫情得到有效控制。为防控乙脑疫情，全市大力推动农村地区改变人畜同室的生活方式，在做好疫情防控的同时改善了农村生产生活环境。

二是开展随访排查。2003年抗击非典型性肺炎疫情时，市疾控中心、各县区采取干部、医务人员包干工作责任制，对所有返乡民工逐一进行健康登记、免费健康体检。县、乡、村共设立“非典”咨询随访门诊(点)93个，明确参加随访的医疗卫生人员1106人。全市6万多返乡人员全部进行健康随访，没有漏过一个“非典”可疑情况。全市共调查处理可疑疫情53起，排除53起，调查追踪“非典”病例或疑似病例密切接触者3人，未发生1例病例。为准确掌握全市艾滋病疫情，2004年，组织开展对全市既往有偿供血人员全部进行HIV抗体筛查，基本掌握我市既往有偿供血人员HIV感染状况，并开展针对性防控。

三是采取隔离措施。1980年9月，朱北大队朱南生产队发生副霍乱疫情，果断对大队进行封锁，其间制止3起娶亲、出嫁酒宴聚餐。1978年，市消防队发生肝炎流行，对所有

患者隔离治疗。2009年甲型H1N1流感疫情期间，强化隔离措施，严防社区传播，市卫生局、市疾控中心连夜派出疫情小分队赴患者家中开展流行病学调查处置和家庭消毒。流脑与乙脑疫情发生时，也对患者进行严格隔离。

四是阻断传染途径。1991年，我市出现出血热疫情，经我市卫生防疫站和濉溪县防疫站流行病学调查显示，病毒携带鼠型以黑线姬鼠为主，全市遂于1992年5月进行一次大规模的灭鼠活动。2002年，伤寒副伤寒疫情发生后，我市加大饮食卫生监督力度，城区范围内禁售凉皮、面皮等生冷小吃。2012年，濉溪县发生1起霍乱疫情，市卫生部门出动260余人次参与现场处理，消毒患者及密切接触者家庭179户、厕所146所、污水坑14个，使用生石灰70余吨，调查居民493人，检测水产品160份，销毁甲鱼13公斤。

(二) 加强防控体系建设

居安思危，有备无患。只有构筑起立体高效的防控体系，在疫情发生时才能做到有效防控。对此，我市也做了大量工作，提升打赢疫情防控攻坚战的战备能力。

完善防控体制机制。一是完善防疫机构。20世纪80年代末，我市卫生防疫站承担全市的卫生防疫工作。1998年，市卫生防疫站分为卫生防疫站和卫生监督所2家单位。2000年4月，市卫生防疫站更名为淮北市疾病预防控制中心。2003年，市辖三区卫生防疫站的一部分上划隶属市疾病预防控制中心，分别成立疾控分中心，承担辖区内的疾病预防控制工作。2010—2012年，基层医改明确乡镇卫生院公共卫生职能，核定公共卫生人员编制，初步形成覆盖城乡的疾病预防控制网络。二是制定应急预案。出台《突发公共卫生事件应急预案》《自然灾害卫生应急预案》《地震灾害卫生应急预案》等并适时加以修订。三是做好物资储备。建立卫生应急物资储备库，确保应急服装、防护设备、消杀药品等物资储备充足有效。

加强基础设施建设。卫生事业基础薄弱是我市建市初期传染病高发的重要原因。当时，市级无医疗卫生机构，郊区农村仅有1所个体医生参加的联合诊所，共有乡村医生10人。随着煤矿建设事业的发展，一批医疗卫生机构逐步建立起来。1959年12月，淮北煤矿筹备处矿工医院成立。1960年至1961年间，濉溪矿工医院、袁庄煤矿分院、基建局职工医院相继建立，并建有厂矿企业及学校保健站、卫生所13个。1964年11月，濉溪市人民医院建立，这才结束了无市级医院的历史。随着经济社会快速发展，我市公共卫生机构基础设施状况持续向好，尤其是进入21世纪后，全市疾控基础设施条件得到显著改善。

2004年，新建并启用市传染病医院，一县三区疾病预防控制大楼相继建成。2006年，市公共卫生大厦竣工并投入使用。先后建立麻疹检测实验室、HIV筛查实验室、HIV确证实验室、流感网络检测实验室等。2010年后，市疾病预防控制机构实验室建设得到加强，配置高效液相分析仪等高精尖设备，检验检测能力大幅提升，县级疾控机构和乡镇卫生院冷链逐步健全。2012年，市级卫生应急指挥平台与省卫生厅应急指挥决策系统实现互联互通。2015年，建立结核病P2负压实验室

，开展盲法复检、批量测试、药敏试验等工作。

打造专业防控队伍。一是做好常规力量储备。2012年时，市疾病预防控制中心有高级职称专业人员16人，大学以上学历占专业技术人员的39.56%。近些年，疾控专业力量仍在逐年充实，同时加强对基层卫生防疫人员的培训，每年都面向各级卫生防疫人员开展传染病防治、卫生应急、免疫接种等知识与技能培训，提升公共卫生服务的软实力。二是加强应急队伍建设。在全市二级以上医疗机构和疾病预防控制机构全部设置应急办，明确专兼职人员，制定工作制度，落实工作职责。遴选60余名中青年专家组成咨询委员会，组建6类18支市级卫生应急专业队伍和6支突发公共卫生事件应急处置小分队。组建覆盖县区和二级以上医疗机构的信息员队伍，畅通“12320”卫生计生热线，保障突发公共卫生事件信息报告及时畅通。

构建疫情报告网络。及时准确的疫情报告能够提供关于疫情的第一手资料，让防控工作有的放矢。建市初期，基层卫生组织不健全，疫情不报、漏报现象比较普遍。“文化大革命”期间，疫情报告一度中断。进入20世纪70年代，我市才逐渐建立疫情报告制度，在全市设立疫情报告点54个，每点配备专(兼)职疫情报告员1名，传染病按日统计，逐级上报。1984年，相山区、烈山区、杜集区相继成立区卫生防疫站，各级疫情由专人管理，并在全市推行卡片报告传染病制度，形成疫情报告网络，此后每年10至11月还进行漏报调查。1991年，我市执行甲乙类24种法定传染病报告制度，全市医疗机构的漏报率从1992年开始控制在5%以内。2001年，传染病疫情实行网络报告，县区级疾控机构负责收集辖区内传染病报告卡并通过网络进行上报。2004年4月1日，我市79个乡镇级以上医疗卫生机构全面实施传染病疫情和突发公共卫生事件网络直报。2011后，疫情监测网络进一步完善，网络直报率达到100%，疫情报告的及时性、敏感性和准确性显著增强。

强化免疫规划。建市初期，我市便开展大规模的疫苗注射。1961年，注射伤寒三联疫苗2.77万人，口服骨髓灰质炎活疫苗8820人；1965年，全市接种霍乱疫苗3.1万人，分发小儿麻痹症糖丸2.44万人，接种肺结核卡介苗6000人，为新生儿接种牛痘1.4万人，为部分群众注射了白喉类毒素。20世纪80年代后，贯彻原卫生部关于加强全国计划免疫的通知精神，我市加大普及计划免疫力度。1991年，在全市各乡镇逐步推广实施计划免疫报偿制度；2005年7月，对全市适龄儿童接种“老五苗”全部实行免费接种；2008年4月，对全市适龄儿童包括扩大疫苗在内的所有国家免疫规划疫苗全部实施免费接种；2013年，免费免疫疫苗扩大到15个；2016年，实施扩大国家免疫规划，为0~6岁儿童免费提供11种疫苗，有效预防12种疾病。2018年，适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率保持在97%以上，超省规定标准。多年实践表明，注射疫苗是当前预防传染病最有效的方式，全市疫苗相关传染病一直控制在较低水平，天花病更是自建市以来未发现一例，百日咳、白喉自1995年以后无病例发生。

开展爱国卫生运动。消除传染源，切断传染途径，始终是预防传染病爆发的重要手段。濉溪市于1960年1月便成立了除“四害”总指挥部，组织开展以除害灭病为中心的群众卫生运动，消灭老鼠、苍蝇、蚊子、臭虫，改善卫生环境，普遍开展“二管二灭”（管粪、管水，灭蚊、灭蝇）活动。1964年，濉溪市爱国卫生运动委员会成立，爱国卫生运动从此成为一项常规性工作，“二管二灭”也逐渐扩展为“三清（清暴露垃圾、清露天粪坑、清污水）三改（改水、改厕、改环境）四灭（灭蝇、灭蚊、灭鼠、灭蟑螂）”。近年来，我市又以卫生创建为抓手，结合“三线三边”整治、“美丽乡村”建设、多城联创、脱贫攻坚等工作，在城区加强对“六小行业”（小餐饮、小食品店、小浴室、小美容美发、小旅馆、小歌舞厅）的监管、消杀，加大对城乡接合部、小街小巷的治理力度，加快农贸市场建设与改造，突出解决城市污水、垃圾、空气污染等问题，在农村开展“三大革命”，加大改水改厕力度，集中清运垃圾，做好病媒生物防治，整治环境卫生，城乡环境卫生水平和群众健康素质得到进一步提升。

人类与传染病的斗争从未休止，疫情防控是对城市治理体系和治理能力的重大考验。只要我们持续用力，久久为功，坚守初心，勇担使命，筑牢防控的坚固防线，完全有信心、有能力打赢这场没有硝烟的人民战争、总体战、阻击战。



市疾控中心卫生防疫分队参加我市防空袭应急演练(资料图)