

百色市 2008~2013 年手足口病流行特征分析

汤健闻,余水兰,农智,黄建材

(广西百色市疾病预防控制中心,广西 百色 533000 E-mail:bstjw168@163.com)

摘要:目的 了解百色市 2008~2013 年手足口病流行特征,为进一步预防控制工作提供依据。方法 采用描述流行病学方法对百色市 2008~2013 年手足口病发病特征进行流行病学分析。结果 百色市 6 年共报告手足口病 87 038 例,自 2009 年开始手足口病发病率、死亡率和重症病例比例呈现低—高一低—高隔年高峰流行的特点。病例报告有明显的季节性,4~6 月份为发病高峰;以 4 岁以下年龄组为主,男性发病率高于女性;职业分布以散居儿童居多;病原学监测结果为其他肠道病毒、EV71 和 CoxA16 混合感染。结论 百色市手足口病季节、年龄、性别及人群分布特征明显,EV71 仍是引起手足口病重症病例和死亡的主要病原体,仍需要有针对性的落实防控措施。

关键词: 手足口病;流行病学

中图分类号: R512.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)05-0774-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.052

2008 年 5 月手足口病列入丙类传染病报告管理后,百色市手足口病报告发病率明显增加,占丙类传染病总报告数的 70.11%。为了解 2008~2013 年百色市手足口病流行病学特征,给制定相应的干预和防治措施提供科学依据,对 6 年来百色市手足口病的流行特征及病原学检测情况进行分析。

1 资料与方法

1.1 资料来源 疫情资料来源于国家疾病监测信息管理系统中 2008~2013 年百色市的手足口病传染病报告卡和有关统计报表资料,人口资料来源于百色市统计局。

1.2 病例定义 手足口病的临床诊断病例、实验室确诊病例及重症病例的病例定义参照卫生部《手足口病诊疗指南 2010 版》中的有关定义。

1.3 统计学方法 用描述性流行病学分析方法进行资料分析,采用 SPSS 15.0 软件进行统计分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 发病率 百色市 2008~2013 年共报告手足口病 87 068 例,年平均发病率为 402.92/10 万,死亡 36 例,平均死亡率为 0.17/10 万,平均病死率为 0.041%;其发病数占丙类传染病总数的 70.11%;死亡数占丙类传染病总数的 100%,居丙类传染病首位。其中 2008 年报告 1 867 例,报告发病率为 51.06/10 万,死亡 1 例,报告死亡率为 0.028/10 万,病死率为 0.053%;2009 年报告 2 836 例,报告发病率为 76.77/10 万,死亡 6 例,报告死亡率为 0.16/10 万,病死率为 0.21%;2010 年报告 21 119 例,报告发病率为 567.06/10 万,死亡 11 例,报告死亡率为 0.29/10 万,病死率为 0.052%;2011 年报告 11 052 例,报告发病率为 318.8/10 万,死亡 1 例,报告死亡率为 0.029/10 万,病死率为 0.009%;2012 年报告 30 305 例,报告发病率为 870.32/10 万,死亡 17 例,报告死亡率为 0.49/10 万,病死率为 0.056%;2013 年报告 19 889 例,报告发病率为 565.79/10 万,无死亡病例。

2.2 流行特征

2.2.1 地区分布 全市 12 个县(区)均有病例报告,报告病例数前五位为田东(21 147 例)、平果(14 660 例)、田阳(14 563 例)、右江区(11 350 例)、隆林(5 577 例)5 县(区);报告发病率以田东(154.17/10 万)、田阳(127.35/10 万)、平果(94.02/10 万)、右江区(82.42/10 万)、凌云(63.03/10 万)为高,见图 1。

2.2.2 季节分布 2008~2013 年每年各月均有病例报告,1 月和 2 月发病最少,发病高峰集中在 4 月、5 月和 6 月,占发病总数的 48.16%,有较明显的季节性,见图 2。

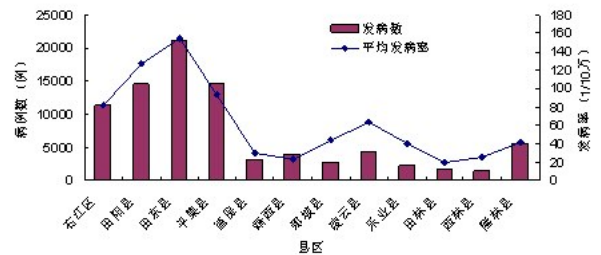


图 1 百色市 2008~2013 年手足口病发病地区分布图

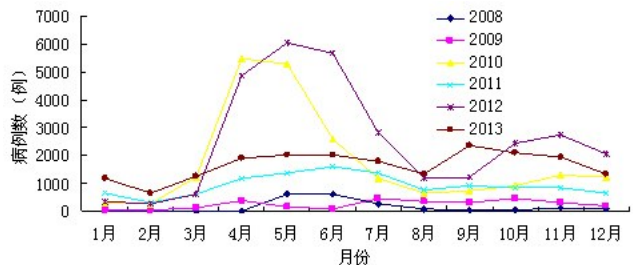


图 2 百色市 2008~2013 年手足口病月分布图

2.2.3 性别年龄分布 男性发病 53 301 例,女性 33 767 例,男女性别比为 1.58 : 1。男性年平均发病率为 478.19/10 万,女性为 324.92/10 万,男性发病高于女性,差异有统计学意义($\chi^2 = 3568.22, P < 0.001$)。发病年龄最小为新生儿,最大为 85 岁。从发病数与构成比看,以 0~4 岁组所占比例最高,共 73 516 例,占 84.43%。各年龄段发病数居前 5 位的依次是 1 岁~、2 岁~、3 岁~、0 岁~和 4~7 岁组,见表 1。

表 1 百色市 87 068 例手足口病性别年龄分布 (n, %)

| 年龄(岁) | 男性 | 女性 | 合计 |
|-------|---------------|---------------|---------------|
| 0~ | 7379(13.84) | 4559(13.50) | 11938(13.71) |
| 1~ | 15911(29.85) | 10123(29.98) | 26034(29.90) |
| 2~ | 13748(25.79) | 8521(25.23) | 22269(25.58) |
| 3~ | 8183(15.35) | 5092(15.08) | 13275(15.25) |
| 4~ | 6612(12.41) | 4394(13.01) | 11006(12.64) |
| 7~ | 983(1.84) | 724(2.14) | 1707(1.96) |
| 10~ | 485(0.91) | 354(1.05) | 839(0.96) |
| 合计 | 53301(100.00) | 33767(100.00) | 87068(100.00) |

2.2.4 职业分布 除保育员及保姆、牧民、渔(船)民及离退人员中无病例外,其余各职业人群均有分布,发病数构成比前3位的职业分别为散居儿童、幼托儿童和学生,3者发病数共占99.82%,其中以散居儿童报告发病所占比例最大,共68832例,占79.06%;其次是幼托儿童,共15097例,占17.34%;学生位居第3位,共2978例,占3.42%;其余职业的病例数为161例,占0.18%。

2.3 实验室诊断 6年共报告实验室诊断病例947例,其中检出EV71型病毒330例,CoxA16型病毒205例,其他肠道病毒412例,以其他型肠道病毒所占比例高(43.51%),其次是EV71型病毒(34.85%),CoxA16型病毒相对较低(21.64%)。各县区检出EV71型病毒比例前三位为平果县、田东县、右江区;检出CoxA16型病毒比例前三位为平果、凌云、靖西;检出其他肠道病毒比例前三位为平果、田东、乐业。其中2009~2013年全市报告的实验室诊断病例中,检出EV71型病毒的例数比例分别为68.33%、66.67%、29.17%、61.51%、10.10%;CoxA16型病毒的比例分别为10.00%、1.96%、41.67%、6.42%、34.34%。提示同一地区不同时间,手足口病原可出现不同类型的交替流行^[1]。

2.4 重症和死亡病例 6年中,全市12个县(区)报告重症病例338例(2008年1例、2009年11例、2010年164例、2011年7例、2012年141例、2013年14例),重症数前五位的县依次为田东(91例)、右江(63例)、田阳(56例)、平果(47例)、靖西(20例)。报告死亡病例36例,平果(9例)最高,依次为田东(7例)、田阳(6例)、右江(5例)、靖西(2例)、隆林(2例)、西林(2例)、德保(1例)、凌云(1例)、田林(1例),那坡、乐业无死亡病例。死亡病例中33例为散居儿童,3例为幼托儿童;男童20例,女童16例;年龄最小10个月,最大5岁,其中0岁~组6例,占16.67%;1岁~组16例,占44.44%,2岁~组7例,占19.44%,3岁~组组5例,占13.89%,4岁~组和5岁~组各1例,占5.56%。死亡病例中有9例首诊是在村级卫生室(或个体诊所)就诊;从发病到就诊最长6d,最短0d,平均为3d;发病到死亡最长8d,最短0d,中位数为4d。

3 讨论

手足口病自2008年5月纳入传染病管理以来,成为了百色市发病率上升幅度最大和死亡率最高的丙类传染病。百色市2009~2013年发病率、死亡率和重症病例比例呈现低—高一低—高一低,隔年高峰流行的特点。在后续的几年百色市手足口病的流行是否还保持隔年高峰的趋势,与手足口疫苗的研发使用时间、病毒优势毒株的变化和易感人群免疫屏障的建立等有关,对这种趋势仍需做进一步的研究和跟踪。

从全市2008~2013年手足口病的流行特征分析,报告发病数和年均发病率均较高的为田东、平果、田阳、右江区四县(区);病例报告集中在4~6月,与李华民等^[2]报道的湖北省咸宁市一致;发病以4岁以下年龄段所占比例最高,占84.43%,男性发病高于女性,这与有关报道相符^[3-4],发病构成以散居儿

童为主,占79.06%。因此,严格按照卫生部手足口病防控方案的要求,在高发季节、重点地区,针对重点人群开展有效的防控措施尤为重要。

百色市2008~2013年手足口病重症病例数占总病例数的0.39%,明显高于湖北省武汉市的平均水平(0.02%)^[5]。本研究分析显示,2009年、2010年和2012年EV71是优势毒株,2011年和2013年CoxA16毒株则占优势。EV71仍是引起手足口病重症病例的主要病原体,与国内报道一致^[6-7],EV71病毒感染导致的重症和死亡病例明显高于其他病毒感染,这可能是百色市2011年和2013年重症数锐减和病死率极低的原因之一。

根据百色市手足口病的流行病学特征,为遏制疫情传播,降低病死率,主要做好以下预防控制措施:一是加强手足口病监测,提高监测敏感性,严防聚集性和暴发疫情发生;二是加大手足口病防治知识宣传力度,尤其是提高0~4岁儿童家长对手足口病严重性的认识;托幼机构要建立健全晨检和缺勤追踪制度、开展“洗手行动”、“消毒行动”;三是加强对村医和个体诊所管理,不得截留5岁以下发热、出疹婴幼儿患者,应及时转诊到正规医院,避免延误治疗出现重症死亡病例^[8];四是持续开展病原学监测,及时掌握病毒株变化情况,掌握手足口病的流行规律,为制定预防控制措施提供依据。

参考文献:

- [1] 王兰,项慧,谢瑜. 临海市2010~2011年手足口病病原学监测结果分析[J]. 中国预防医学杂志,2012,13(12):931-932.
- [2] 李华民,安峰涛,咸宁市2008~2010年手足口病流行病学分析[J]. 中国公共卫生管理,2012,28(3):294-295.
- [3] 詹钦勇,荣飏. 厦门市2008~2010年手足口病疫情分析[J]. 海峡预防医学杂志,2011,17(6):29-30.
- [4] 黄莉. 湖北省恩施州2008~2010年手足口病疫情分析[J]. 中国预防医学杂志,2010,11(10):1049-1050.
- [5] 杨小兵,孔德广,余滨. 武汉市2008~2011年手足口病流行病学特征分析[J]. 中国预防医学杂志,2013,14(3):211-212.
- [6] 刘继艳,赵银枝,王亚丽,等. 开封市2009~2010年手足口病重症病例流行特征分析[J]. 中华疾病控制杂志,2012,16(4):313-314.
- [7] 赵元昊,李志会,李鹏,等. 济南市手足口病患者肠道病毒71型的分离和鉴定[J]. 国际病毒学杂志,2010,37(3):92-96.
- [8] 李锡太,刘白薇,贾蕾,等. 北京市2010年手足口病死亡危险因素分析[J]. 中华疾病控制杂志,2012,16(5):409-410.

收稿日期:2014-07-23

(上接第772页)

- [5] 李瑞. 药理学[M]. 4版. 北京:人民卫生出版社,1999:251-255,284.
- [6] 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药理学[M]. 15版. 北京:人民卫生出版社,2003:48-79,566.
- [7] 郑加亮. 糖皮质激素药物的用药误区和合理应用分析[J]. 大家健康,2014,8(1):194
- [8] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:71.

- [9] 吴君华,柳晨,裴元英. 布地奈德研究进展及临床应用[J]. 中国临床药理学杂志,2007,16(1):59.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 卫办医政发[2011]23号 糖皮质激素类药物临床应用指导原则[S]. 北京:中华人民共和国卫生部办公厅,2011.
- [11] Imam AP, Halpem GM. Uses, adverse effects of abuse of corticosteroids Patr 1. [J]. Allergol Immunopathol (Madr),1994,22(6):250-260.

收稿日期:2014-07-23