

重庆市永川区 2015 年麻疹疫情分析

成世伦¹, 唐 蕾¹, 赵秀清^{2△}

(1. 重庆市永川区疾病预防控制中心 402160; 2. 重庆市永川区卫生计生监督执法局 402160)

摘要:目的 分析麻疹疫情流行病学特征及主要影响因素, 针对性开展麻疹疫情防控, 加快消除麻疹工作进程。方法 应用描述性流行病学方法, 利用 2015 年麻疹监测信息报告管理系统流行病学调查资料, 分析其特征及影响因素。结果 疫情以散居儿童为主, 主要发生在城区, 8 个月龄至 8 岁病例麻疹疫苗接种率低, 仅 11.69%(9/77), 经常生病和对鸡蛋过敏是未接种的主要原因(占 82.00%), 发病前 7~21 天曾经到医疗机构就诊者占 52.82%。结论 麻疹疫苗首针及时接种率低(病例均未及时接种), 散居儿童接种率低, 是发病主要原因, 易感人群院内暴露是重要因素, 应加强目标人群预防接种, 加强医院内感染控制, 落实城区目标儿童摸底调查和预防接种措施。

关键词:麻疹; 疫情; 分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.056 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)13-1878-03

麻疹是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病, 传染性极强, 易引起暴发流行。中国卫生部发布《2006~2012 年全国消除麻疹行动计划》以来, 2008~2010 年, 永川区开展了以 8 月龄至 4 岁儿童为主要接种对象的麻疹补充免疫活动, 麻疹发病率由 2007 年的 15.60/10 万, 下降到 2012 年的 0.09/10 万, 2013 年以来麻疹发病率呈逐年上升趋势, 与全国发病趋势相似^[1], 2015 年共发病 142 例, 发病率 13.49/10 万, 对消除麻疹工作是严峻考验。为有效遏制麻疹疫情, 加快消除麻疹的进程, 本研究对 2015 年永川区麻疹疫情进行流行病学分析, 了解其特征, 以便采取针对性的防控措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年的麻疹监测信息报告管理系统麻疹病例流行病学调查资料。病例为按照《全国麻疹监测方案》诊断标准诊断的实验室诊断病例和临床诊断病例。人口资料来源于永川区统计局。

1.2 统计学处理 利用 Excel 软件对麻疹疫情有关数据进行统计, 采用描述性流行病学方法进行分析。

2 结果

2.1 发病情况 2015 年共发病 142 例, 无死亡病例, 发病率 13.49/10 万。

2.2 流行病学特征

2.2.1 人群分布 病例年龄最大 47 岁, 最小 1 个月龄。人群类别以散居儿童为主。见表 1 和表 2。

表 1 病例在各年龄段分布情况

项目	年龄			
	1~7 个月龄	8 个月龄至 2 岁	3~8 岁	≥24 岁
病例数(<i>n</i>)	39	65	12	26
构成比(%)	27.46	45.77	8.45	18.31

2.2.2 地区分布 病例主要分布在城区, 发病 96 例, 发病率 18.53/10 万, 城区以外乡镇发病 46 例, 发病率 8.60/10 万。病例主要集中在城区散居儿童, 77 例, 占 54.23%, 见表 2。

2.3 麻疹疫苗免疫史 8 个月龄至 8 岁病例共 77 例, 有含麻疹成分疫苗接种史 9 例, 接种率 11.69%。8~10 个月龄病例均未接种麻疹疫苗, 病例麻疹疫苗首诊及时接种率为 0; 24 岁以上病例 26 例均无确切的含麻疹成分疫苗接种史。城区 8 个月龄以上病例散居儿童 50 人, 除 1 人接种史不详外, 49 人未接种。见表 3。

2.4 8 个月龄至 8 岁儿童病例含麻疹成分疫苗未种原因 有确切未种原因的病例 50 例。其中因经常生病而未接种的 34 例病例中, 8~12 个月龄病例 24 例, 占 70.59%, 14 个月龄至 8 岁病例 10 例, 占 29.41%, 见表 4。

2.5 发病前 7~21 天到医疗机构就诊情况 发病前 7~21 d 内曾去医疗机构就诊的有 75 例, 占总病例的 52.82%(75/142)。其中, 城区散居儿童 43 例, 占 30.28%(43/142)。

表 2 病例在城区和农村各类别人群分布情况

地区	散居儿童		幼托儿童		学生		家务		其他		合计	
	病例数 (<i>n</i>)	构成比 (%)	病例数 (<i>n</i>)	构成比 (%)	病例数 (<i>n</i>)	构成比 (%)	病例数 (<i>n</i>)	构成比 (%)	病例数 (<i>n</i>)	构成比 (%)	病例数 (<i>n</i>)	构成比 (%)
城区	77	54.23	4	2.82	4	2.82	4	2.82	7	4.93	96	67.61
农村	30	21.13	2	1.41	0	0.00	2	1.41	12	8.45	46	32.39
合计	107	75.35	6	4.23	4	2.82	6	4.23	19	13.38	142	100.00

△ 通讯作者, E-mail: 596703591@qq.com。

表 3 8 个月龄至 15 岁病例含麻疹成分疫苗接种史

项目	8 个月龄	9 个月龄	10 个月龄	11 个月龄	12 个月龄	14~19 个月龄	2 岁	3~6 岁	8 岁	合计
病例数(<i>n</i>)	15	9	8	6	5	13	9	9	3	77
接种 1 剂(<i>n</i>)	0	0	0	0	1	3	0	3	0	7
接种 2 剂(<i>n</i>)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
接种率(%)	0	0	0	0	20.00	23.08	0	33.33	66.67	11.69

表 4 含麻疹成分疫苗未种原因统计

项目	经常生病未种	对鸡蛋过敏	家长忘记接种	过敏体质	脑部术后癫痫	脑发育不全	合计
病例数(<i>n</i>)	34	7	5	2	1	1	50
构成比(%)	68.00	14.00	10.00	4.00	2.00	2.00	100.00

表 5 发病前 7~21 天到医疗机构就诊情况

项目	二级妇幼专科医院	个体诊所	三级综合医院	二级综合医院	私人医院	镇级卫生院	三级儿童专科医院	村医疗点	合计
病例数(<i>n</i>)	29	14	13	6	5	4	3	1	75
构成比(%)	38.67	18.67	17.33	8.00	6.67	5.33	4.00	1.33	100.00

3 讨 论

病例以 0~2 岁散居儿童为主,占 73.23%(104/142),其次为成人,与其他地区报道相似^[2-8]。8 个月龄至 2 岁散居儿童占 45.78%(65/142),65 例病例中 61 例无麻疹疫苗免疫史,占 93.85%,8~10 个月龄麻疹病例占 22.54%(32/142),且这些病例均无麻疹疫苗免疫史。首针及时接种率低,散居儿童接种率低,是发病主要原因^[9];该区 2008~2010 年连续开展 8 个月龄至 4 岁儿童麻疹疫苗补充免疫,加上入托入学时开展了预防接种证查验及补种工作,所以 3 岁以上儿童病例占比不高;成人发病占 18.31%,可能与该区 1978 年开始计划免疫,部分成人曾经接种麻疹疫苗而未曾感染过麻疹,其抗体滴度不高并且随时间延长而衰减,目前无保护作用有关^[10]; <8 个月龄儿童发病比例较高,占 27.46%(39/142),与胎传麻疹抗体较少有关^[6]。

有 9 例病例曾经接种麻疹疫苗,可能与原发性接种失败(如低年龄组儿童)或者免疫衰减(如高年龄组儿童)有关^[10]。

医院内暴露成为麻疹疫情发生的重要因素^[6,10-11]。52.82%的病例发病前 1~3 周曾经去医疗机构就诊,就诊地点主要在二级专科医院,其次在三级综合医院和个体诊所,部分二三级医院可能是儿童麻疹发病感染的重要场所。

人口密度较高的城区是发病重点地区^[8],其中城区散居儿童占 54.23%。城区人口密度大,居民受居住环境、人员流动和防病意识等因素的影响,散居儿童大多数由老年人带理,白天有时不在家,多数居民邻居之间互不认识,摸底工作难度很大,接种对象本底不清,基本以“坐等上门”的方式开展免疫活动。

接种医生和家长受禁忌证掌握程度、接种认知等因素的影响,因为孩子经常生病、对鸡蛋过敏等原因,未及时为孩子接种麻疹疫苗,以 8~12 个月龄儿童表现明显。

为了加强麻疹疫情防控,加快推进消除麻疹工作进程,加

强薄弱环节的工作,按照“重点突出,分类实施”的原则,控制疫情。

确保目标人群高水平的常规免疫接种率,提高及时接种率是根本措施,一是加强儿童预防接种信息系统建设,通过该系统审核接种卡片,及时发现并预约当月应接种的儿童和前期因病推迟接种的儿童。二是加强预防接种工作宣传,大力宣传国家对流动儿童免费接种麻疹疫苗优惠政策、麻疹的危害等,打消群众(特别是流动人口)顾虑,增强群众接种意识,减少免疫空白。三是参照疫苗说明书和最新版药典规定,规范掌握麻疹疫苗接种禁忌证,特别是对鸡蛋过敏儿童接种问题,防止禁忌证过严而使及时接种率下降,对暂缓接种对象及时补种,确保麻疹疫苗≥95%接种率和首针及时接种率≥85%。

加强传染源管理,切断麻疹医院内传播是重要措施。加强医院院感防控工作,落实病例隔离治疗措施,同时对于儿童就诊集中的医疗机构,加强发热出疹病例预检分诊,切断麻疹在医院内的传播^[10]。对未住院的麻疹病例,明确责任医生落实居家隔离措施,避免与其他未接种麻疹疫苗儿童接触。

认真做好每一例麻疹病例的调查、分析和疫情处置。对于 8 个月龄以下麻疹病例,调查其传播来源、与其他病例之间的联系^[2,10],针对性开展防控;8 个月龄至 14 岁的病例,认真查找未接种原因,必要时开展接种率评估,确定应急接种范围;对于发生较多 15 岁以上成人病例的地区,按照《麻疹疫情调查与处置技术指南(2013 年版)》做好密切接触者及周边人群的免疫措施。

城区预防接种工作是重点也是难点,建议由各街道办事处负责,组织辖区居委会,再由各居委会组织各居民小区和居民点,再由各居民小区和居民点组织各自辖区居民,层层落实工作措施,加强预防接种工作宣传,挨家逐户开展摸底调查,组织 6 岁以下儿童接受预防接种证查验及补种;卫生部门负责提供宣传材料、组织培训摸底调查人员队伍、负责开展预防接种。

彻底解决城区预防接种问题。

参考文献

[1] 徐爱强. 参加世界卫生组织西太平洋区消除麻疹证实委员会第四次会议的报告[J]. 中国疫苗和免疫, 2015, 21(4):458-460.

[2] 刘曙光,王立芹,赵保刚,等. 2004~2013 年河北省麻疹流行性腮腺炎和风疹流行病学特征分析[J]. 职业与健康, 2015,31(11):1532-1534.

[3] 农秋锋,林素琴,黄兆能,等. 2014 年广西隆安县麻疹暴发流行特征分析[J]. 职业与健康, 2015,31(10):1422-1424.

[4] 吴永刚. 2010~2013 年岳阳市麻疹流行病学特征分析[J]. 职业与健康, 2015,31(10):1416-1418.

[5] 马超,苏琪茹,郝利新,等. 中国 2012~2013 年麻疹流行病学特征与消除麻疹进展[J]. 中国疫苗和免疫, 2014,20(3):193-194.

[6] 张晓萌,郝利新,王庆华. 中国 2005~2014 年 15~49 岁

• 临床探讨 •

人群麻疹流行病学特征分析[J]. 中国疫苗和免疫, 2015, 21(3):249-253.

[7] 孙秀侠,孙宝霞. 育龄人群孕前强化麻疹疫苗对阻断“双相移位”的应用价值[J]. 中国医疗前沿, 2013,8(5):111-112.

[8] 严睿,何寒青,陈恩富,等. 浙江省 2011 年麻疹流行病学特征分析[J]. 中国疫苗和免疫, 2014,20(4):318-323.

[9] 张延禄,朱磷扬,许雷,等. 连云港市 2008~2009 年麻疹暴发流行病学调查[J]. 现代预防医学, 2012,39(2):442-444.

[10] 苏琪茹,徐爱强, Peter Strebel,等. 中国消除麻疹的关键技术问题:专家解读共识[J]. 中国疫苗和免疫, 2014,20(3):265-269.

[11] 曲江文,高志刚,丁亚兴,等. 天津市 2010 年麻疹发病特点及高发原因分析[J]. 中国疫苗和免疫, 2013,19(1):35-38.

(收稿日期:2016-02-15 修回日期:2016-04-20)

幼儿腹痛的超声诊断

熊 艳

(重庆市第九人民医院超声科 400700)

摘 要:**目的** 探讨幼儿腹痛行超声检查的诊断价值。**方法** 统计 612 例学龄前儿童腹痛患儿超声诊断符合率。**结果** 超声对腹痛患儿病变诊断符合率较高。**结论** 超声对大多数病变具有典型声像图表现,是腹痛患儿的首选检查。

关键词:幼儿腹痛; 超声诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.057 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1880-02

腹痛在临床中较为常见,对于 3 岁以下的婴幼儿而言,其语言功能尚未发育完善,所以不能完全用语言表达自己的感受,仅用哭吵来表达不舒服,这时辅助检查尤为重要,超声是首选的检查之一^[1-2]。本文对重庆市第九人民医院 2013 年 1 月至 2014 年 6 月因自叙腹痛和哭吵就诊的 612 例学龄前儿童患者进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者年龄为新生儿至 6 岁患儿,平均年龄 3.7 岁;女 245 例,男 367 例。将研究对象分为两组,A 组为新生儿至 2 岁,共 104 例,大多以哭吵、呕吐、腹泻或血便就诊;B 组为 >2~6 岁组,共 508 例,大多以腹痛、发热、呕吐等症状就诊。所有患儿均经手术与病理或其他临床资料证实。

1.2 检查方法 采用 Philipsiul1 和 22 彩色多普勒超声诊断仪(CDFI),探头频率 3.5~12 MHz,患儿取仰卧位,常规扫查腹部脏器及肠腔区域,观察有无包块、积液,包块的大小、回声及血流;观察有无肠管扩张、肠腔内容物情况。

2 结 果

612 例患者中 132 例(21.56%)未发现器质性病变,其中 A 组临床诊断为肠痉挛、胃肠消化不良等病变共 6 例(0.05%),B 组 126 例(94.95%)。480 例发现病变,其中 A 组 100 例(20.83%)。A 组病变患者中肠系膜淋巴结炎 12 例(12.00%),肠套叠 86 例(86.00%),超声漏诊 1 例;超声诊断肠扭转 2 例(2.00%);B 组病变患者 380 例(79.17%),其中肠系膜淋巴结炎 316 例(83.16%),超声全部诊断,符合率

100.00%;肠套叠 30 例(7.89%),超声诊断 28 例,漏诊 2 例,诊断符合率 93.33%;急性阑尾炎 12 例(3.16%),超声诊断 8 例,漏诊 4 例;诊断符合率 66.67%;肠蛔虫症 16 例(4.21%),超声诊断 9 例,漏诊 7 例,诊断符合率 56.25%;胆囊结石 1 例(0.26%);卵巢畸胎瘤 2 例(0.52%);肝脾破裂 2 例(0.52%);均被超声确诊。

3 讨 论

腹痛是小儿时期最常见的症状之一,引起腹痛的原因很多,几乎涉及各科疾病。既可以是腹内脏器病变,也可以是腹外病变;可以是器质性的,也可以是功能性的,可以是内科疾病,也可以是外科疾病,亦或相互转化。小儿腹痛患病类型与年龄、腹痛的性质、腹痛发生的急缓、部位及伴随症状有关^[3]。肠系膜淋巴结炎,多发于上呼吸道感染病程中,或继发肠炎之后,超声表现:脐周部、回盲部区域有大于 3 枚以上肿大淋巴结,长轴径大于 10 mm,短轴径大于 5 mm,纵径>5 mm,纵横比>2^[4],彩色多普勒超声结果显示,肿大淋巴结内有点状或条状血流信号显示,阑尾炎、肠套叠等部分病变均可探及肿大淋巴结,在本组 328 例诊断为肠系膜淋巴结炎患者中诊断符合率为 100.00%,原因为小儿的腹壁较薄,超声检查对本病的敏感性较高。肠套叠是肠管的一部分及其邻近的肠系膜进入邻近肠腔内的一种肠梗阻,是婴幼儿期最常见的急腹症之一。超声表现为肠套叠部位的横切面呈“同心圆”征或“靶环”征^[5],外圆轮廓光滑完整,呈高回声,其内侧为较厚而均匀的环状低回声,中心区成强回声或强弱相间混合回声,套叠内部常伴有肿大淋