

介绍日本的感染症预防对策

中国医学科学院流研所 于 潜

全国感染症监测网络化

日本的厚生省(相当于我国的卫生部)为了能及早掌握麻疹、风疹、腮腺炎、游泳池热(Pool Conjunctivitis)、手足口病(Hand Foot and Mouth Disease)等感染症〔1〕的全国发病情况,从1981年7月起,向全国各都道府县及一些指定城市每周发送一次感染症情报。

现在对这些病,在37个都道府县及部分指定城市〔2〕,在医师会等组织的协助下,进行发病情况调查,实行感染症监测。但是,由于各地所调查的疾病种类和调查的规模不统一,所以,从全国来看,还不能确实掌握流行范围及程度的真实情况。厚生省准备把这种地区性的感染症监测,进一步在全国完成网络化。

目前,国立预防卫生研究所和各地方的卫生研究所共同进行的有关“微生物检查情报系统化”〔1〕的研究工作,并在这一工作成果的基础上,把化验室情报有组织有系统地进行收集及分发;把这两种情报系统组合在一起,可能准确而迅速地掌握感染症流行动态的实际情况〔4〕。

监测工作的必要性

在战后的日本,由于医学的进步,生活环境的改善及生活水平的提高,推行预防接种,充实卫生防疫体制等措施,急性传染病的发病数及死亡数都已显著减少;相反,由于人口向城市集中,幼儿的生活集体化,在各学校普及游泳池以及交通工具发达等因素,使生活环境发生变化,因而,出现了在过去较少见的手足口病、传染性红斑等疾病的集体爆发。又如,在一段时间内,停止了预防接种,结果百日咳又发生了流行〔2,3〕。有些传染病常发生严重的并发症〔如百日咳脑症,麻疹后的肺炎、

脑炎、亚急性硬化性全脑炎(SSPE)、风疹后脑脊髓炎、先天性风疹症候群、水痘后血小板减少症及脑炎、腮腺炎后脊髓膜炎、副睾炎、流行性眼结膜炎的视力障碍等〕。还有些未知的传染病,现已对其实际存在及其家庭集聚性再不容置疑,由此而感到对感染症的认识不足并陷于疑惧不安状态。对这些病不能及时地采取有把握的措施,最近,已开始把这些感染症看作是社会性的问题〔6,7〕。

客观上要求建立对感染症的地区性及全国性的监测体系,以期早期而准确地掌握流行的实际情况。向各地方发送这种感染症情报,有助于医疗单位能早期发现及治疗,同时采取防止传染扩散、停止集体活动、加强卫生教育等合理的预防措施,借以贯彻感染症预防对策。

被监测的疾病

总共有18种病,计为:百日咳、溶血性链球菌感染症、异型肺炎、麻疹、风疹、水痘、腮腺炎、无菌性脑脊髓膜炎、急性脑膜炎、幼儿呕吐腹泻症、流行性呕吐腹泻症、手足口病、传染性红斑、突发性疹症、带状疱疹咽峡炎、咽头结膜热(游泳池热)、流行性眼结合膜炎和急性出血性结膜炎。这些疾病在最近十数年间,主要是在儿童及学龄儿童中间,常发生明显的流行,并且偶而发生死亡及严重的后遗症。

1. 感染症一词是日本在七十年代初提出现已普遍应用。其英译名仍是Infectious Disease。但此词的含义比传染病一词为广。除已知所有传染病外,包括所有由各种微生物所引起的疾病,例如,破伤风,败血症等非传染病,以及由条件致病菌所引起的疾病。〔南山堂医学大辞典(1978年第16版382页)〕

2. 日本的行政区划共分为一都(东京)一道(北海道)二府(京都及大阪)及四十二个县,这些都道府县相当于我国的省。另外,有一些重要城市,有的是都道府县政府所在城市,或者是都道府县所辖的重要城市,如名古屋、札幌、神户、横浜等。〔中国百科年鉴“世界概况”175~180页知识出版社篇1980〕

对于“传染病预防法”所规定的检疫及法定传染病（霍乱、痢疾、伤寒副伤寒、天花、斑疹伤寒、猩红热、白喉、流行性脑脊髓膜炎、鼠疫、乙脑、灰质炎、拉撒热）按规定要求确定诊断的医生，一定要通过市（或町、村）长，立即向本地区的保健所长报告，并直接组织隔离、收容病人及消毒等迅速而有效的防疫措施。另外，还要根据预防接种法，进行定期的及临时性的预防接种。

关于“报告传染病”（流感、狂犬病、炭疽、传染性腹泻、百日咳、麻疹、破伤风、疟疾、恙虫病、丝虫病，黄热、回归热），按规定要求确定诊断的医生，在24小时内向保健所长报告^[5]。作为防疫对策，可根据“预防接种法”进行定期的或临时预防接种，以及根据“学校保健法”采取停止上学、班级封闭及停课等措施。

对这些检疫、法定及报告传染病的发病情况，向保健所提供的情报、资料，由都道府县及指定城市汇总编成为月报，报送厚生省大臣官房统计情报部。中央所集中的情报，以年报的形式发送给各地方行政机关。但是，关于法定及报告传染病的集体爆发、国外输入病例以及特殊事例，按规定要求及时报告。至于属于报告传染病的流感，因为有必要确切掌握流行情况及迅速采取措施，作为特殊对策，要求只在流行期间，每周作周报上报。

此外，作为平时防疫对策的重要组成部分，要贯彻“传染病流行预测调查事项”中对传染病流行的重要因素，如人群易感性及传染源等进行调查。例如，对易感性的调查是测定抗体价，掌握群体免疫水平，实际是进行免疫血清学调查。这种调查只对需要进行预防接种的六种病进行，即流感、乙脑、白喉、百日咳、风疹、麻疹等。在传染源调查方面，主要针对灰质炎及流感，目的是由病人材料分离病原体，以求早期检出新毒株，便于采取针对性明确的预防措施。有关乙脑，要对屠宰猪进行血清抗体测定，间接推测乙脑病毒侵染程度，

并及时发出污染区域警报。

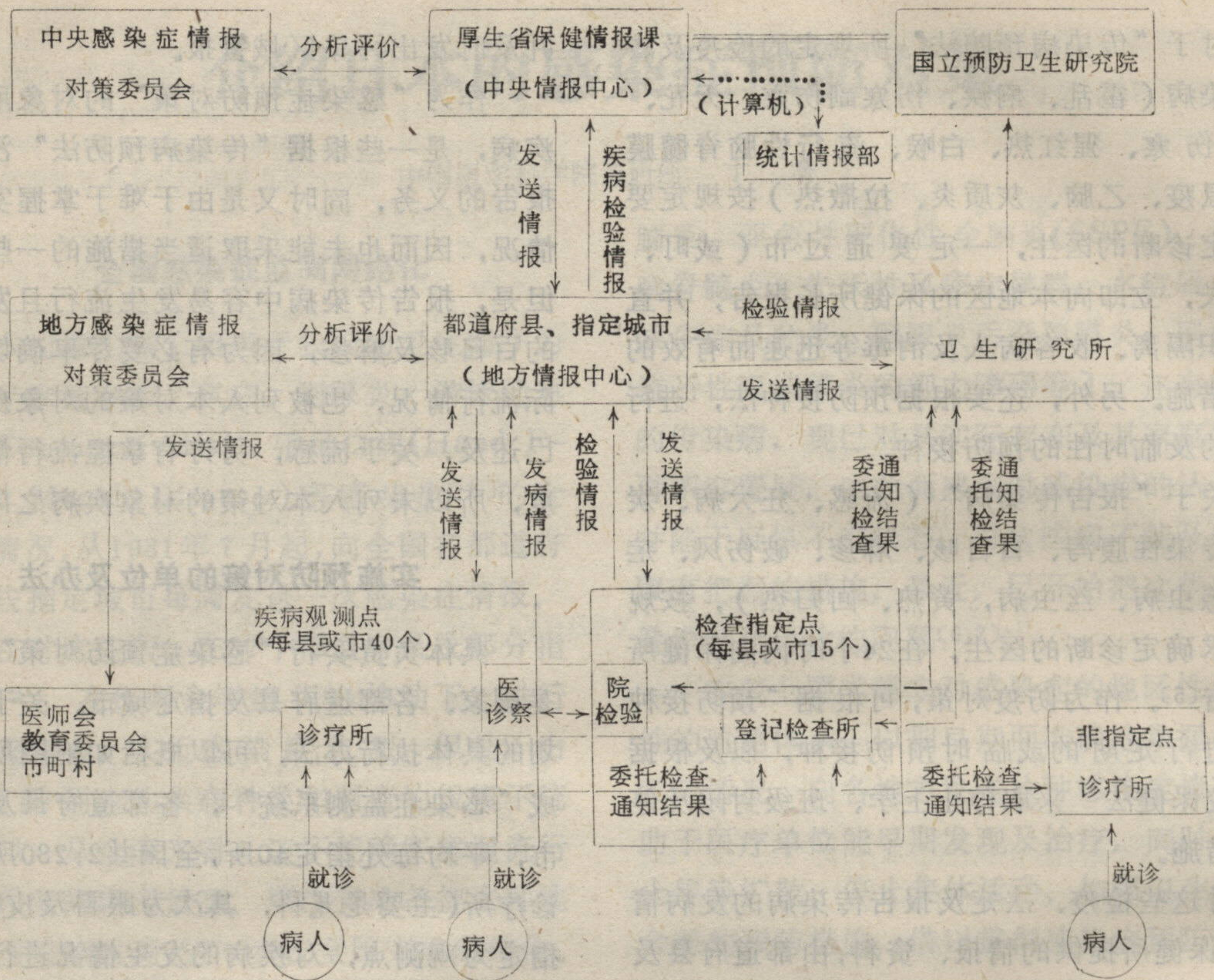
作为“感染症预防对策”的对象所选定的疾病，是一些根据“传染病预防法”没有提出报告的义务，同时又是由于难于掌握实际流行情况，因而也未能采取适当措施的一些疾病。但是，报告传染病中容易发生流行且发病率高的百日咳及麻疹，因为有必要尽早确切掌握实际流行情况，也被列入本对策的对象疾病。前已述及，关于流感，另订有掌握流行情况的制度，所以未列入本对策的对象疾病之内。

实施预防对策的单位及办法

具体负责实行“感染症预防对策”的机关是国家、各都道府县及指定城市。关于这一计划的具体执行办法，可以概括如附图所示，组成“感染症监测系统”，各都道府县及指定城市，平均每处指定40所，全国共2,280所医院、诊疗所（主要是儿科，其次为眼科及皮肤科）被指定为观测点，对疾病的发生情况进行调查。同时，在上述被指定为疾病观测点的一部分和部分登记检查所被指定为检查（或检验）指定点。这种检查指定点，在各都道府县及指定城市中，平均每处15个点，全国共885个点，其任务是进行病原体检查等工作。关于病毒的分离及检定等技术要求较高的检查项目，则可委托地方卫生研究所或国立预防卫生研究所进行。

通过这些渠道取得的有关病人及病原检查的资料、数据，集中于设在都道府县及指定城市的“地方感染症情报中心”，然后，以周报的形式向厚生省的“中央感染症情报中心”上报。同时，各地方情报中心所收集的资料、情报，由“地方感染症情报对策委员会”（一般由儿科，内科等方面专家10人组成）进行分析、评价。

中央情报中心所收集的有关全国发病及病原检查的资料，由“中央感染症情报对策委员会”（由儿科、内科、微生物学及流行病学等专家15人组成）进行分析及评价之后，再向各



根据 藤原统一：公众卫生情报，10(12)：6，1980。
注：“町”相当于我国的区；“村”相当于我国的公社或乡。

附图 日本感染症预防对策流程图

地方情报中心发送。各地方情报中心参考全国的情报，再进一步分析、评价，并编制出包括适当预防措施在内的“感染症情况通报”，发送给当地的医学会，教育委员会，市町村政府以及指定的疾病观测点及检查指定点。

感染症监测系统里的疾病观测点所能掌握的病人数，仅就小儿科推算，全国设有小儿科的普通医院有3,000所，普通诊疗所共28,000所，加上普通医院及诊所的门诊病人约占住院病人的50%，那么，若在1,500所医院及780个诊

疗所设疾病观测点，则可能掌握全国病例总数的20%左右。

参 考 文 献

1. 日本医事新报，(2438)：96，1971。
2. 螺田英郎：日本医事新报，(2462)：9，1971。
3. 小张一峰等：日本医事新报，(2842)，3，1978。
4. 寺上正人：公众卫生情报，3(2)：41，1973。
5. 公众卫生情报，5(2)：38，1975。
6. 斋藤诚：公众卫生情报，9(1)：4；9(2)：4，1979。
7. 藤原统一：公众卫生情报，10(12)：4，1980。