

建立疾病长期监测点的初步报告

十三省市疾病监测协作组

为落实1978年国家医学发展规划第六项任务：“综合考察及长期观察我国重点地区主要疾病的分布规律及其影响因素和预防措施”，并协助卫生部在较高的科学水平上落实《全国卫生防疫站工作条例》所规定的监测、监督、科研、培训四项任务，中国医学科学院流研所流行病学研究室在卫生部防疫局和院、所的领导和支持下，1980年牵头与13个省、市卫生防疫站合作，共同建立起城乡30个长期疾病监测点。

目的和意义

控制疾病有两大工作：一是疾病的防治对策和措施；二是疾病监测。疾病监测是观察疾病在一地及各地分布的动态，不断地提供科学资料，作为制订及修改各种疾病的预防对策及措施的依据。有系统的疾病监测开始于五十年代美国对疟疾、脊髓灰质炎、流感、肝炎等的监测。1968年第21次世界卫生大会讨论了国际和国家监测问题，认为传染病监测是对传染病发生和流行的整个机理和动态的研究。世界卫生组织在世界若干国家和地区内支持当地建立疾病监测中心和检验中心，有系统地对疾病进行监测，而且监测范围也由传染病扩大到非传染病^[1,2]。我国各级卫生防疫站过去虽然进行过一些疾病监测工作，但没有系统化、制度化；措施提出后，如何通过监测对所采取的措施进行科学评价，如何通过长期地、有系统地疾病监测开展前瞻性流行病学研究注意的不够。

疾病监测工作虽然如此重要，但目前在全国全面开展此项工作的条件还不够成熟，因此有必要先从建立试点开始，先从法定传染病做起，有系统地收集、整理、分析疫情动态、流行因素和评价预防效果；然后逐步扩展到其它危

害人民健康的疾病。在各个监测点内，还可对各种疾病之间，各种因素之间的相互影响进行长期地综合性的流行病学研究。这种长期综合性研究，可能成为流行病学研究工作今后发展的一个重要方向。通过监测点，可以由点到面逐步提高一个县、一个市或一个省以致全国的防疫工作的科学水平，使之走向现代化。并可通过各监测点的协商合作，统一制订调查设计，在各监测点或更大范围内开展一些重要的流行病学研究。这些监测点本身是个试验点，也可以在监测点范围内设立试验和对照观察区，因此在研究某些需要观察范围较大的课题时，它们将可变为颇有意义的对照点或参考点(Reference areas)。这些监测点同时也将成为如何提高控制疾病工作质量的示范点。

建立监测点的经过

1978年中国医学科学院流研所流行病学研究室提出建立长期疾病监测点的设想，得到了各级领导的支持，并于1979年首先与北京市东城区协作进行试点，收集全区资料，并在近十万人人口的区域内进行长期的前瞻观察，在这个大点中选择两个医院为中心的保健地段作为深入细致的观察小点，以取得第一手典型资料。1979年底对东城区建立监测点的经验在全国传染病学学术会议和全国卫生防疫工作会议上作了介绍。随后与一些省市防疫站座谈协商，征求意见，以自愿报名的办法选点、建点。有十五个省市防疫站自愿报名。1980年初，我们提出了开展长期疾病监测研究计划草案，对研究目的、范围和对象、方法和要求等做了较详细说明。接着召开了15省市疾病监测会议，讨论了该项计划，后经卫生部批准下达各省市。各省市都结合本地特点，选择一个或一个以上城

市和农村作为监测点。城市点人口一般在10万人左右，选择包括各类人员的一般居民区，农村点以县或公社为单位，包括农业人口10万以上。此外，还选择了僮、蒙等少数民族地区。到1981年初，除甘肃、福建二省有困难没有建点外，其它十三个省市的监测点都已经基本建立起来。

监测点建立起来的标准是：①监测工作已纳入当地卫生部门的工作议事日程；②监测点和范围已经确定；③有专人（专职或兼职）负责此项工作；④建立起各种登记统计和资料收集制度和办法；⑤初步开展了监测工作。已建立起监测点的省、市有：北京、天津、内蒙、辽宁、吉林、黑龙江、江苏、山东、湖北、广东、广西、四川、云南（按国务院规定的标准顺序）等13个省、市、自治区。共14个城市点，16个农村点，总计人口是3,461,209人（表1）。

表1 全国疾病长期监测点一览表（1980年）

省、市、自治区	城市点	农村点
北京	1 东城区(110,000)	
天津	2 和平区(54,476) 3 红桥区(66,000) 4 塘沽区(41,249)	1 静海县(20,321)
内蒙古	5 呼市回民区(136,766)	2 锡盟阿纳旗(约50,000)
辽宁	6 沈阳和平区(131,626)	3 新城子(100,376) 4 金县(105,127)
吉林	7 长春南关区(54,000)	5 农安县(60,133) 6 德惠县(65,184)
黑龙江	8 哈市道外区(99,978)	7 绥化县(75,310)
江苏	9 南京鼓楼区(305,417)	8 金湖县(309,010)
山东	10 青岛北区(112,626) 11 济南历下区(121,568)	9 牟平县(91,530) 10 济宁市(120,129)
湖北	12 武汉江岸区(95,523)	
广东	13 广州越秀区(477,483) 14 江门市(101,933)	11 台山县(90,100)
广西		12 武鸣县(约61,000) 13 宾阳县(约61,000)
四川		14 大足县(20,635) 15 崇庆县(102,044)
云南		16 昆明官渡区(265,655)
合计	14个点(1,908,645人)	16个点(1,597,554)

注：括弧内为人口数。

1980年监测内容

1980年的工作重点是建立监测点和从法定传染病开始监测，内容有：

1. 建立及健全疫情报告制度。每个监测点都建立和完善了疫情报告卡片；有11个城乡点同时亦开始建立疫情登记册，并按病种的需要和本单位的医务力量进行必要的病家访视和填写访视记录。填写疫情报告卡片时，要求完整的填进年龄、性别及职业，病例诊断尽力准确。有条件的单位，再进行化验检查。1980年有化验检查结果的城乡点为哈尔滨道外区、南京鼓楼区、内蒙回民区、广东越秀区、江门市、北京东城区和青岛市北区；农村点有：沈阳新城子区、吉林农安县、天津静海县、江苏金湖县、山东牟平县和济宁市等13个城乡监测点。

2. 疫情漏报调查。发病专率是一个监测疾病发病动态及趋向的重要指标，同时也是鉴定防治效果必不可少的指标。但各病在不同时期不同地区所算出的发病率是否可靠和可比，还要看各时各地所定的病例诊断标准是否一致和疫情报告的同时有无进行疫情漏报调查。

漏报调查有两种：医院漏报及居民漏报调查。从漏报调查所计算出的漏报率校正报告发病专率就能更正确地反映某病在某时某地的实际发病水平。过去国内各地根据疫情报告计算出的发病专率很少使用疫情漏报率加以校正，因而不适于较严密分析的科学论据。为了克服这个缺点，1980年要求各监测点做疫情报告的同时做漏报调查。做了此项调查的有江苏、山东、四川、吉林、北京、内蒙、辽宁、天津八个省市的12个点。对痢疾、肝炎、麻疹、猩红热等11种传染病进行了漏报调查，总漏报率为29.14%，农村为68.02%，城市为26.05%。做了居民漏报调查的只有江苏、四川、吉林三个省的四个点。

3. 爆发疫情登记及调查。爆发疫情（不局限于法定传染病）是衡量一地疾病流行以及防治措施好坏的重要指标。1980年要求各监测点

都要做此项工作，不仅要报告监测点内的爆发疫情，而且尽可能的要报告全省、全市的爆发疫情。据1980年八个省市（江苏、辽宁、山东、广西、内蒙、吉林、北京和天津）局部地区报告的爆发疫情资料的不完全统计，共爆发96起，发病109,198例，其中食物中毒41起占总起数的43%。

4. 死亡登记。1980年17个城乡监测点做了死亡报告及死因分析。

5. 建立预防接种卡片及预防接种登记册。1980年各监测点基本都做了此项工作。

6. 居民免疫水平监测。1980年主要限于测定居民白喉及麻疹的免疫水平。2~3岁、6~7岁、14~15岁三个年龄组各测约100人左右。有5个城市点、6个农村点做了此项测定。

总之，1980年的重点是在全国建立监测点。由于各地卫生单位的基础和条件不同，医务人员及领导干部对疾病监测的认识不同，1980年虽建立起30个城乡点，但各点开展工作的速度和深度还很不平衡。1980年的工作内容和结果详见另文“1980年传染病监测报告”〔3〕。

1981年工作计划

1981年3月16日至25日卫生部防疫局在北京召开了十六个省市（河北省主动参加）监测点的疾病监测会议，主要汇报总结1980年疾病监测工作进展情况和1981年疾病监测研究计划及有关研究方法与标准。

1981年的工作重点是以巩固1980年建立的监测点为主，深入提高，并在此基础上根据各地情况，量力扩大监测范围。工作项目有下列三大方面。

一、巩固1980年监测工作。主要内容是：

1. 1980年已建立的监测点，1981年要进一步完善登记统计制度。按统一格式建立六种登记册：出生、死亡、传染病、爆发疫情、预防接种和预防接种异常反应登记册。逐步建立基

本卫生资料的收集、保存、分析及印发制度。有六种年报已经卫生部批准，国家统计局备案。

2. 从1981年起，各监测点要进行居民疫情漏报调查，并商定了调查方法。

3. 死亡登记及死因分析，要求监测点对死亡报告进行漏报调查、死因核实和注明诊断单位及诊断分级〔4〕。

二、开展慢性病患者登记管理：1981年监测工作仍以24种法定传染病及爆发疫情为主，在此基础上，逐步开展慢性病登记管理，首先在有条件的地区或单位从慢性肝炎、慢性痢疾开始，摸索下列管理方法：

1. 登记，首先对这些慢性病的变动按慢性病登记表进行登记。

2. 建立个案病历。

3. 追访：半年或一年进行一次追访，慰问，填写复访记录，并给予疗养和技术指导，也可结合当地具体情况给予适当治疗。

4. 每年终总结一次。

三、开展专题研究，研究课题提出的原则是：

1. 结合当前防疫工作需要，而且是各监测点或多数点能够做到的。

2. 尽量与日常防疫工作相结合，以促进防疫工作质量的提高。

3. 既要考虑防疫工作需要解决的问题，也要考虑当前医学研究领域为人们所关注的问题。

1981年提出以下两个课题：

1. 脊髓灰质炎麻痹后遗症现患率及分布的研究。这是一项现患调查研究。通过研究脊髓灰质炎麻痹后遗症（指不可逆）现患率，了解脊髓灰质炎麻痹后遗症在脊髓灰质炎疫苗应用前后的发病情况，评价疫苗的应用效果。

2. 病毒性肝炎转归的研究：这是一项前瞻性研究，通过长期观察，了解急性肝炎转慢性肝炎的频率和探讨慢性肝炎与肝硬化、肝癌的关系。

1981年30个城乡监测点接着上述计划，做了很多工作，工作普遍有所深入提高，取得了较好成绩。1981年共监测人口400多万，报告了17种传染病，报告例数最多的是痢疾和肝炎。在城乡40多万人口中，调查了一些主要传染病的漏报情况，传染病漏报%农村为31.22，城市为37.72。并在城乡进行了8,794人的麻疹、白喉血清抗体测定，人群血清麻疹抗体总阳性率为84.68%，白喉为71.56%。说明在人群中仍存在着一定数量的麻疹、白喉易感者，这可能是这两个病常有局部爆发的原因。

1981年在30岁及以下3,521,373人口中进行了脊髓灰质炎麻痹后遗症的现患调查，查出麻痹后遗症病例为4,241人，现患率为1.20%，这些后遗症病例98%没有服苗或未全程服苗和服苗史不清，说明这些病例患病的主要原因是因为没有服脊髓灰质炎疫苗（以上内容将另有

专题报告）。

从两年来的工作看出，疾病监测不断的继续下去，连续的进行前瞻性观察，长期积累科学数据就可以为探讨疾病发生、发展和致病因素，研究控制对策不断地提供科学依据。

四、存在问题及解决办法，见1981年中华流行病学杂志，第三期第212页《疾病监察》一文。（杜绍雍 何观清 执笔）

参 考 文 献

1. Langmuir AD: Intern J Epid, 5(1):13, 1976.
2. Lucas AO: WHO Chronicle, 22:439-448, 1968.
3. 中国医学科学院流研所流行病学室：传染病监测报告，内部资料，1980。
4. 全国肿瘤防治办公室：肿瘤病死亡情况调查方法，医学参考，(6):10, 1976。
5. Eleventh Report of the WHO Expert Committee on Health Statistics: WHO Techni Report Series No. 365, 1967.

全国鼠疫监测协作会议在昆明召开

全国鼠疫监测协作会议，在中共中央地方病防治领导小组办公室主持下，于1982年4月14~18日在昆明召开。这是我国有计划有系统地开展鼠疫监测以来召开的第一次会议。全国有鼠防任务的22个省、市、自治区专业所(站)和中国医科院流研所及人民解放军有关科研单位负责同志和专业工作者68人参加会议。会上收到监测总结和学术材料43份。会议总结了1981年鼠疫监测工作，交流经验，找出差距；综合分析了全国的鼠疫疫情动态；讨论研究了今年的监测任务。

1981年我国在10块鼠疫疫源地中的82个县建立95个固定监测点，35个流动监测点，进一步了解了监测地区的家野鼠密度、染蚤率、蚤指数。用细菌学方法检验鼠类51,538只，获阳性96只；检蚤104,501匹，获阳性161组781匹。用鼠疫间接血凝试验做鼠类材料106,462份，获阳性120份；做狗等高抗动物材料2,568份，获阳性材料35份。这些监测结果，为预防工作提供了科学依据，由于及时采取预防措施，取得了我国有鼠疫记载以来的最好成绩，1981年仅发生一例人间鼠疫，并获得治愈。

会议根据各地监测材料综合分析，认为有的疫源地鼠疫动物病流行的面广，也很猛烈，仍应加强监测和对人的防护；有的经过大数量检查，未发现鼠间疫情，需要把监测工作和科研更好的结合起来，研制和推广更加敏感、特异的诊断方法，加强根除鼠疫鉴定指标的研究，并巩固发展防治成果；有的疫源地在鼠类中检出鼠疫间接血凝阳性材料，需加大检验数量，扩大检验对象，并在迫切需要的地方开展全面监测工作。

1982年的鼠疫监测和防治工作，会议强调要加强领导，克服麻痹松劲情绪；按《鼠疫监测工作试行方案》统一要求，扩大监测数量，提高监测质量；加强监测专业队伍的建设；因地制宜地落实综合性预防措施，使监测的结果紧紧服务于防治实践。

会议决定，明年监测总结会拟于二至三月份在宁夏召开。

(中央地办防治一处)