

苦、不怕累，两年行程近三万公里，获取科学数据十余万个，有专人对各项结果进行检查。④防治结合。两年共诊治病人1,500余人次，把巡回医疗贯穿于监测工作的全过程。

**3. 培训人员、建立制度：**两年共举办三次训练

班，培训35人。制定了各级卫生人员的职责，为今后基层卫生工作打下了一定基础。

工作是初步的，也存在不少问题。今后，要巩固已取得的成绩，继续深入细致地开展好牧区的疾病监测工作。

## 温江地区法定传染病居民漏报调查

温江地区卫生防疫站防疫科

为了进一步加强传染病管理、提高疫情报告质量、掌握法定传染病漏报情况、估计实际发病频率，进而为制订相应的防治对策与措施提供科学依据，我们于1982年11月份，组织了基本可以代表全区发病水平的五个县（其中崇庆县为全国疾病监测点之一），进行了法定传染病居民漏报调查。调查中，以整群随机抽样的方法，抽查了25个公社的49个生产大队，共65,906人。调查范围内1~10月份发生法定传染病10种，885例，实际发病率为1342.8/10万。

本次调查发现发现的885例法定传染病例中，漏报694例，漏报率为78.42%。以此漏报率估计的全区实际发病率为报告发病率的4.6倍。在漏报病例中，就诊后漏报占90.49%，是造成漏报率高的主要因素。这些调查情况提示我们，必须进一步加强疫情管理，重点抓好各级医疗单位的疫情报告工作。但在传染病漏报状况没有根本改变之前，继续进行居民漏报调查是非常必要的。估计实际发病率是有实际参考价值的。

（朱华强 刘万凤 执笔）

## 急性传染病漏报调查方法探讨

高仲英<sup>1</sup> 陈茂香<sup>1</sup> 郭葭芬<sup>2</sup> 潘宗麟<sup>2</sup> 梅婉媚<sup>4</sup> 李穗蓉<sup>3</sup> 梁梓源<sup>5</sup>

为了掌握和评价疫情报告的准确性和漏报情况，我们于1982年5~11月在三个疾病监测点（其中包括大城市点的广州市越秀区、中城市点的江门市和农村点的台山县斗山、广海公社）共696,338人中，采用三种方法进行了急性传染病漏报调查。

### 方 法

**1. 医疗单位门诊漏报调查：**在三个点内79个医疗单位（越秀区9、江门市68、台山县2）分别查阅1~6或1~8月门诊日志的急性传染病记录，核对传染病报告卡，凡缺报告卡者为门诊漏报病例。

**2. 病家周围漏报调查：**各点6~10月或11月以病毒性肝炎为例，在病例周围调查10户左右居民，1~8月份有无急性传染病史，核对传染病报告卡，凡缺卡者为漏报病例。每个点调查3,000~5,000人。

**3. 居民分层随机抽样调查：**各监测点分别在5月或9月份抽查居委会、大队，挨家挨户调查1~8月份

有无急性传染病史，其余做法与病家周围调查法相同。调查人数按各点1981年急性传染病总发病率来推算（传染病病例最少有100例以上）。每个点调查5,000~30,000人。

### 结 果

调查结果表明，医疗单位门诊3,776,112人次，查出急性传染病1716例，漏报1,015例，漏报率为59.15%，病家周围调查13,102人，查出急性传染病131例，漏报114例，漏报率为87.02%；分层随机抽样调查44,251人，查出急性传染病321例，漏报242例，漏报率为75.39%。三种调查方法结果比较以病家周围漏报率最高。在医疗单位的门诊和病家周围居民的漏报调查，漏报率以中等城市为最高（分别为75.30%、100.00%）、农村点次之（分别为71.10%、91.11%）、大城市最低（分别为27.72%、65.54%）。分层随机抽样调查以农村点漏报率最高（93.25%），

中等城市次之(89.66%)、大城市最低(49.61%)。

采用三种方法对三种类型监测点漏报率进行调查结果表明,中等城市与农村点漏报率相近,而大城市明显低于中等城市和农村点。

### 体 会

1.三种调查漏报方法比较,以医疗单位门诊的门诊人次多、查出急性传染病的病种也多,比其余两种方法查出病种多一倍,查出病例多4~12倍。这表明多数急性传染病病人到医院就诊。因此,抓好医疗单位的疫情报告,是极为重要的。由于此法有一定局限性,仅占漏报病例的75.28%,不能全面地反映当地居民中各传染病的实际漏报频率及漏报因素,因此,还要用病家周围调查或分层随机抽样调查作为全面衡量当

地疫情报告的实际情况。

2.通过城乡调查结果表明,我省城乡疾病监测点的急性传染病与全国1981、1982年30个疾病监测点汇总资料相比,除大城市点漏报率稍低外,其余均比全国为高。其漏报率高的原因,主要是疫情报告制度不健全。在居民漏报病例中,有75.28%属于医院就诊漏报病例,所以,今后应重点抓好各级医院的医疗单位的急性传染病报告以降低漏报率。

- 1 广东省卫生防疫站
- 2 广州市卫生防疫站
- 3 广州市越秀区卫生防疫站
- 4 江门市卫生防疫站
- 5 台山县卫生防疫站

## 麻疹疫苗初免对发病年龄分布的影响

四川省崇庆县卫生防疫站 巨国昌

婴幼儿广泛采用麻苗免疫措施后,监测研究麻疹发病的年龄分布抗体动态有重要意义。本文就1982年崇庆县农村疾病监测点检测麻疹抗体和拱阳、君渡、三宝三个自然村局部爆发的麻疹病例,探讨麻苗初免对发病年龄分布的影响。

**方法:**抗体资料来源于1982年疾病监测点健康人群检测。耳垂采血后,以麻疹血凝抑制(HI)法测定抗体,1:2为阳性标准。核对登记册中麻疹初免、未免婴幼儿,即1978年元旦起出生至本次爆发止。病例资料系1982年三个自然村、三起局部爆发的麻疹病例。本站防疫人员深入疫区各村,逐户访问,个案检诊核实,以流行病学调查表、爆发疫情登记册中项目和要求,收集整理。

**结果:**检测健康人群麻疹HI抗体494例,阳性率分别为:2~3岁78.13%、6~7岁78.77%、14~15岁94.50%、25~29岁95.50%,小年龄组抗体阳性率低,大年龄组抗体阳性率高。

**免疫措施与发病的关系:**本组麻疹病例,月龄在47个月内婴幼儿计238例,发病36例(15.13%)。麻疹初免组161例,发病16例(9.94%);麻苗未免组77例,发病20例(25.97%),两组发病有明显差异

( $\chi^2=10.43$   $df=1$   $P<0.01$ )。麻苗初免经爆发流行考核,预防效果指数为2.61,保护率为61.73%,说明初免措施取得了一定效果。

**麻疹发病年龄分布:**三个自然村麻疹爆发前0~18岁计1919人,本次发病219例,分布于5个月~18岁,年龄别总罹患率为11.41%,曾罹患率为35.75%,总未患率为50.65%。未患专率年龄分布高峰在0~4岁之间波动,罹患专率年龄1~4岁比5~11岁低,罹患与曾患专率成反向分布。全县实施儿童计划免疫程序四年来,8~12月龄小儿落实麻苗初免措施,阻断了传统的发病年龄高峰。

三个自然村1982年局部爆发病例年龄,均发生在0~18岁无自然麻疹病史者中,总年龄别罹患专率为22.53%。各年龄别罹患专率比较,1、5~11岁8个年龄的罹患率均在30%以上,高峰在6岁为51.22%。具有麻苗初免措施、登记记录的0~4岁均低于5~11岁各年龄罹患专率分布。这说明麻苗初免措施使发病年龄推迟高移,进而对麻苗复免年龄提供了参考。

最后,关于免疫的程序,应在8~12个月初免的基础上,于第二年加强免疫一次,以弥补漏免和初免未成功者,小儿入学前应复免一次。