

痢疾的诊断、报告与估计发病率推算

武汉市江岸区卫生防疫站

准确性是疫情资料的核心问题。疾病监测工作要取得接近实际的传染病发病率，则需采用医院门诊与居民现场分病种疫情漏报（包含漏诊）率来校正报告发病率。其计算式是，校正报告发病率=报告发病率÷（1-漏报率）。

痢疾的临床表现多样，门诊医院在诊断初诊痢疾病例时，主要根据临床表现与大便化验常规凭临床经验诊断并报告疫情。这就提示我们，影响痢疾疫情的准确性要考虑两个因素，即掌握诊断标准是否正确，疫情是否报告。如果有漏报又有误诊，仅用上述校正报告发病率就不够，还需要推算痢疾误诊病例数，进而推算估计发病率。为此，我们进行了初步探索，现将江岸区1982年医院痢疾的诊断、报告与估计发病率推算报告如下。

一、与全国疫情报告率比较，驻我区医疗单位的疫情报告率是比较高的。1982年，我站以化验记录大便状态（脓血便或脓状便）为指征，核对医院报告痢疾登记簿，抽查医院痢疾报告率平均为96.8%（2814/2907）。但核对我站痢疾登记，报告卡片并没有全部到达我站，有遗失现象。我站痢疾收卡登记率91.1%（102/112）。以收卡登记率校正医院痢疾报告率为88.18%（96.8%×0.911）。医院痢疾漏报率=1-报告率，得11.82%。医院痢疾漏报称为确诊痢疾漏报。

1982年我区报告痢疾4,938例，报告痢疾发病率1051.71/10万，校正报告痢疾发病率1192.69/10万〔1051.71/（1-0.1182）〕。校正报告病例5,600（1192.69×平均人口数）。

二、有一个时期，我站以大便常规脓球“卅”为指征检查痢疾报告：医生为避免疫情漏报以化验为主要诊断依据。1981年起驻我区医院肠道门诊诊断痢疾参考全国疾病监测点的痢疾临床诊断参考标准以临床病征为主。即便如此，各医院门诊医生掌握诊断标准时也难以做到一致，反映在各肠道门诊的痢疾病例与肠炎病例的比例指数（以痢疾病例为1）相差较大；痢疾便与肠炎便的痢疾病原菌检出率相差较大。痢疾与肠炎比例指数平均3.2。平均痢疾病原菌检出率，痢疾便20.4%（或4.9个痢疾便只能检出1个阳性）；肠炎便6.2%。总之，在报告痢疾接近于典型病例后，

由于医生的临床经验或认识不一致，部分非典型痢疾病例被误诊为肠炎，是难以避免的。我们的课题是推算肠炎中包含多少误诊痢疾。已知4.9个典型痢疾只检出1例阳性，由此推算将肠炎便痢疾病原菌检出率6.2%扩大4.9倍，得30.4%，此即肠炎中包含的痢疾百分数。此百分数与痢疾肠炎比例指数的乘积为0.97，就是以确诊痢疾病例为1时，误诊痢疾病例的比值。可见，痢疾病例应包括确诊病例与误诊病例两部分，我们以两者之和作为痢疾病例校正指数。

三、以上推算校正痢疾报告数5,600，痢疾病例校正指数1.97，得估计痢疾发病数11,032；其计算式：估计痢疾发病数=校正痢疾报告数×痢疾病例校正指数=5600×1.97=11,032

估计痢疾发病率为2349.6/10万（11,032/年平均人口数）。

以估计痢疾发病数为基数，临床痢疾漏报55.2%（ $1 - \frac{4938}{11032}$ ）。估计痢疾发病率比校正报告痢疾发病率高1.2倍（2349.6/1051.71）。

以上推断还没有涉及痢疾漏诊。

四、结语：影响痢疾疫情的准确性有两个因素，即掌握诊断标准是否正确，疫情是否报告。调查结果表明，驻江岸区医院掌握痢疾诊断标准并不一致，疫情也有漏报。因此，要估计接近实际的痢疾疫情，要经过几次校正推算。

估计痢疾发病率推算步骤及计算式：

- 1、报告发病率=年报告病例数÷年平均人口
- 2、校正报告发病率=报告发病率÷（1-漏报率）
- 3、校正报告发病数=校正报告发病率×年平均人口

4、根据痢疾肠炎比例指数，痢疾便与肠炎便的痢疾病原菌检出率推算痢疾病例校正指数。

5、估计痢疾发病数=校正痢疾报告数×痢疾病例校正指数。

估计痢疾发病率=估计痢疾发病数÷年平均人口。

以估计痢疾发病数为基数，我区临床痢疾漏报率达55.2%，估计痢疾发病率比报告发病率高1.2倍。

（吴述人 执笔）