

夜间发病与大冠状动脉紧张度增加及生理状态下午夜血小板明显增多,血液粘度增加有关。上午发病与生理状态下血压波动大,血管弹性及血小板聚集增加使冠状动脉狭窄加剧,促进血栓形成有关。当然在心肌梗塞的发病机制中,还有许多复杂因素在起作用,因而对心肌梗塞的预防需要注意这些发病诱因,避免过度劳累,情绪激动、饱餐。对冠心病患者针对生理变化注意用药时间的选择性、避免清晨剧烈活动。

3. 高血压、高血脂、吸烟仍是心肌梗塞的危险因素。本组资料提示高血压患者随着病史的延长A·M·I发病率逐年增多,故防治高血压仍是预防A·M·I的一项重要措施。吸烟占A·M·I患者中一半以上,它主要危险是促进血栓形成。大力提倡戒烟非常必要,且吸烟对冠心病的致病作用随戒烟时间延长而消失。这就为冠心病患者戒烟提供了更加乐观的前景。高血脂在本组资料中阳性检出率不高。三酸甘油酯在A·M·I后高峰时间分布差异较大,可能与A·M·I后不同程度起到了降低高三酸甘油酯血症的作用有关。研究资料表明高三酸甘油酯血症对于心肌梗塞再梗是独立危险因素[de Faive v, Time for Reestablishment of serum lipid lowering After Myocardial infarction? Acta Med scand 1988, 223(5):

385-387]。由于目前资料不足,对急性心肌梗塞后甘油三脂降低的时间以及再度升高与心肌梗塞的关系尚缺乏深入细致的研究,有待于今后进一步探讨,提出更加切实的有效治疗方法。

4. 500例A·M·I患者中有缺血性中风(IS)病史者51例(10.2%),与此次A·M·I并存IS者13例,提示A·M·I与IS关系密切。由于A·M·I与IS发病后有着共同的血流变学的异常,包括全血和血浆粘度升高,白细胞和血小板聚集增加,红细胞变形力降低及血浆纤维蛋白原浓度增高。作者认为有效地抗凝仍然是A·M·I与IS的基础治疗,它在预防和治疗A·M·I与IS中有重要意义。

5. A·M·I前有不稳定心绞痛者260例(52%)。现代化检测手段证实:不稳定心绞痛中30%病人冠状动脉狭窄程度加重,74%病人有腔内血栓形成,19%病人在斑块溃疡上有内膜血栓形成。故当不稳定心绞痛发生时,应高度引起重视,及早就诊治疗。动态观察心电图变化是早期限制和发现心肌梗塞的关键。500例A·M·I发病时部分病人表现为无痛性心梗,应提高警惕。高龄患者在患其它急性病时并发A·M·I多以原发病症状突出,故对患有其它急症的高龄患者应常规进行心电图检查,以防原发疾病掩盖心肌梗塞的发生。

## 1990年北京市疾病监测点居民传染病漏报调查情况

北京市疾病监测协作组· 李锦瑞

我市于1989年在18个区、县均建立了长期疾病监测点,监测人口达1615803人,为总人口的15.82%。为校正监测点传染病的发病率,于11月开展了漏报调查。按分层随机抽样、抽样调查人数占监测人口的10%以上,调查人员经培训,统一标准进行调查。

收到16个点的漏报资料,结果报道如下:

1. 监测点居民传染病漏报情况:被查人数162725人,查出传染病例2062例。经医院诊断未报告率为27.74%,未就诊率为21.34%,总漏报率为43.16%。城、近、远郊区总漏报率分别为11.23%、17.01%和62.00%。

2. 乙、丙类传染病查出数及漏报情况:乙类有肝炎、痢疾、猩红热和乙型脑炎共899例。丙类有流行性腮腺炎、感染性腹泻、急性出血性结膜炎、风疹、新

生儿破伤风、结核、流感共1163例。城、近、远郊区肝炎漏报率各为4.0%、6.0%和11.82%。痢疾各为5.31%、13.66%和62.42%。

3. 根据各病的漏报率推算实际发病率:全市监测点肝炎、痢疾报告发病率为113.08/10万和429.40/10万。用未报告率与总漏报率校正后发病率肝炎为120.36/10万、122.95/10万,痢疾为493.11/10万、679.70/10万。肝炎为报告发病率的1.06倍和1.09倍,痢疾为1.15倍和1.58倍。

全市乙类传染病未报告率为11.91%,总漏报率为31.86%。估计发病率为646.34/10万和835.57/10万。全市监测点报告发病率为569.36/10万,校正后发病率为

646.34/10万和835.57/10万, 为报告发病率的1.14倍和1.47倍。

丙类传染病实际报告发病率为73.80/10万, 而漏报调查所得发生率为793.36/10万(按传染病防治法规定的病种), 因丙类传染病报告途径不一样, 故不能计算校正发病率。

从全市监测点居民传染病漏报调查可知, 肝炎、痢疾是我市主要漏报病种, 其漏报率以城区较低而远郊县为最高。经校正后肝炎发病率增加6~9%, 痢疾增加15~58%。乙类传染病未报告率为11.91%, 总漏报率为31.86%。由此可见, 虽然执行“传染病防治法”已有

二年, 传染病漏报还非常严重, 未报告率仍达11.91%, 应引起重视。

经校正后监测点的发病率为646.34/10万和853.57/10万, 比原发病率增加14~47%, 对传染病本身的实际发病情况, 应加强防治, 不可忽视。

对丙类传染病在可能情况下, 逐渐加强报告和管理、防治是很有必要的。从我市报告率仅为漏报调查发生率的十分之一来看, 可能平时有相当数量的丙类传染病得不到应有的管理和防治, 我们认为目前的报告方式值得商榷。

## 北京市市区35岁以上居民血脂分布的流行病学研究

北京市神经外科研究所\*

方向华 陈捷 杜晓立 秦晓光\* 鲍秋菊 包素阁 杨聪秋

在北京市区选择一含2万人口的自然人群, 在35岁以上居民中采取整群抽样法对40%人群进行调查和体检, 空腹采血测定血清甘油三酯(TG)总胆固醇(TC)和高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)。结果用SPSS软件进行分析。

共调查3565人(男1515人, 女2050人)。男性50岁以前TG水平随年龄增高而上升, 50岁时最高, 达 $160 \pm 68 \text{mg} \%$  ( $\bar{X} \pm \text{SD}$ ); TC亦随年龄增高而上升, 65岁时最高( $212 \pm 62 \text{mg/dl}$ )。女性50岁以后TG和TC明显升高, 并保持在高水平(TG为 $160 \pm 75 \sim 167 \pm 74 \text{mg} \%$ 、TC为 $215 \pm 62 \sim 225 \pm 63 \text{mg/dl}$ ); HDL-C的年龄和性别差异不显著, 波动在 $54 \pm 21 \sim 61 \pm 22 \text{mg/dl}$ 之间。在所研究的因素中, BMI〔体重指数=体重(kg)/身高<sup>2</sup>(m)<sup>2</sup>〕, 与血脂关系最明显, 与TG和TC呈正相关(r分别为0.2028和0.0783,  $P < 0.01$ )。经济收入、文化程度和职业是三个相互联系的因素, 文化程度较高者多从事技术管理方面的工作, 收入在100~200元之间(87年调查当时), 其TG和TC水平高于其它职业人群。吸烟逾20支/日人群TC( $225 \text{mg/dl}$ )明显高于不吸烟和<20支/日人群( $214 \text{mg/dl}$ );

偶尔饮酒组除TG外, TC和HDL-C高于其它人群。采用逐步回归分析血脂与上述各因素的关系, 建立下列回归方程:  $\text{TG} = 2.0273 \text{ BMI} + 0.2875 \text{ 年龄}$ ;  $\text{TC} = 0.5467 \text{ 年龄} + 1.1295 \text{ BMI} + 0.4820 \text{ 饮酒频率}$ ;  $\text{HDL-C} = 0.0108 \text{ 日吸烟量} - 0.2386 \text{ BMI}$ 。

动脉粥样硬化是缺血性心脏病和脑动脉硬化的主要原因, 降低人体血清甘油三酯、胆固醇, 升高高密度脂蛋白胆固醇水平对于预防心、脑动脉硬化具有重要意义。研究人群血脂分布特征可对高脂血症采取有针对性的防治措施, 从而达到预防心、脑血管疾病的目的。美国于1980年在青、中年人群中进行了广泛的血脂和载脂蛋白流行病学调查, 认为对偏高者应每五年复查一次, 并根据调查结果提出了各年龄组、性别人群血脂的期望值和危险界值, 以及治疗高脂血症的一套方案。国内限于人力、财力方面的原因, 迄今仍缺乏人群血脂分布的完善资料。本次调查的结果为今后的研究和疾病防治提供了基础资料。

\* 邮政编码 100050 \* 北京天坛医院