

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²(m)²〕, 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(225mg/dl)明显高于不吸烟和<20支/日人群(214mg/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