

家有时也并不完全接受统计学家的观点。因为评价同一份资料时,有无交互作用“似乎”取决于所选择的模型,因而某些人认为两因素间存在协同作用,而另一些人则认为存在拮抗作用。于是统计学交互作用的概念仅仅象是一场统计游戏〔6〕。

Chuang等旨在评价HCV及HBV在HCC病因上的作用;根据郑同章博士的观点,用加法模型来评价交互作用,“在对病因的认识上要恰当得多”〔6〕。当然Leandro等的意见及评述,就统计模型所下的统计学结论大概也不会错。本文中的争论所引出的思考是:评价交互作用必须说明用何种模型;交互作用具有何种(如流行病学)意义;应当慎重使用交互作用这一术语。

参 考 文 献

1 Chuang WL, Chang WY, Lu SN, et al. The role of hepatitis B and C virus in hepato-

cellular carcinoma in a hepatitis B endemic area: a case-control study. *Cancer*, 1992, 69: 2052.

2 Correspondence. The role of hepatitis B and C virus in hepatocellular carcinoma in a hepatitis B endemic area: a case-control study. *Cancer*, 1993, 71: 510.

3 Rothman KJ. *Modern epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company. 1986: 311.

4 Friel JP. *Dorland's illustrated medical dictionary*. 26th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1986: 671, 1300.

5 Simpson JA, Weiner ESC. *The Oxford English Dictionary*. vol 7. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1989: 1085.

6 郑同章. 现代流行病学——原则和方法. 北京: 中国科学技术出版社, 1990: 70.

(收稿: 1993-07-15 修回: 1993-10-07)

1988~1992年淮南市急性弛缓性麻痹的监测

赛运和

为评价淮南市急性弛缓性麻痹(AFP)监测系统的敏感性以及《1995年全国消灭脊髓灰质炎行动计划》的执行完成情况,现将1988~1992年AFP监测工作报告如下。

一、地区监测:监测范围按行政区划五区一县划分为6个监测区域。1988~1992年,逐年AFP受感染率(%)分别为33.3、33.3、66.7、50.0和33.3;其中脊髓灰质炎(简称脊灰)逐年受感染率(%)分别为16.7、33.3、50.0、33.3和0.0。

二、人群监测:该监测主要是通过对15岁以下儿童AFP的报告病例数及分类情况完成。1988~1992年AFP报告病例数分别为2、70、17、11和2,其中脊灰病例数逐年分别为2、65、11、4和0,非脊灰病例数逐年分别为0、5、6、7和2。非脊灰年发病率(/10万)1988~1992年逐年分别为0.00、1.01、1.21、1.41和0.40;五年年均发病率为0.81/10万。

三、AFP病原学监测:1988~1992年共采集30例AFP患者53份监测标本,其中血清标本28份,粪便标本23份,咽拭子2份。通过实验室检定,脊灰阳性病例14例,占46.67%(14/30),阳性病毒株型别分别为

I型10例(33.3%)、II型1例(3.3%)、III型1例(3.3%)、混合型2例(6.6%)。另外,30例AFP患者中还检测出非脊灰肠道病毒株3例,占9.9%。

四、建议:通过我市近五年来AFP的监测,笔者认为:

1.若以泛美卫生组织(PAHO)衡量AFP监测系统的敏感性指标:15岁以下儿童中非脊灰年发病率 $\geq 1/10$ 万为标准,我市AFP监测系统敏感性1988~1992年年平均只有0.81/10万,达不到敏感性指标最低限,且1992年仅为0.40/10万。这提示我市的脊灰漏报问题应引起重视。

2.目前,消灭脊灰免疫策略采取常规免疫基础上开展强化免疫或“扫荡式”免疫,笔者建议在脊灰流行优势病毒株确定的情况下(如我市脊灰流行以I型为主),可以考虑以单价脊灰疫苗代替三价混合型脊灰疫苗进行普服活动,以减少贫困地区的财政支出,力争消灭脊灰目标的如期实现。

(收稿: 1993-07-21 修回: 1993-08-14)