

· SARS 防治动态 ·

【导读提要】本刊推荐以下三篇各具特色的短文,这是一个从不同角度分析并很有说服力的组合,其目的就是以史为鉴,重要的不是文章中叙述的事件,而是其所要说明的问题和言简意赅的警世镜鉴。就在本期杂志付梓之前,我国台湾省又发生一例实验室感染 SARS 的病例,看来本刊报道的此例实验室感染的患者决非偶然。

1988 年上海市甲型肝炎大流行与 2003 年 SARS 疫情的比较和启示

王英群 赵艳伟 尹卫东

严重急性呼吸综合征(SARS)由于其较强的传染性及迅速传播的特性,曾造成世界部分地区的流行,引起国内外学者的重视,自 1988 年上海市甲型肝炎(甲肝)大流行以来,这是我国近些年来一次传染病大爆发性流行。在此,我们对 1988 年上海市的甲肝大流行和 2003 年 SARS 流行的疫情(简称两大疫情)数据进行回顾和比较,希望能够从中得到一些启示。

一、两大疫情发生季节、高发年龄分布和疫情特点

造成这两大疫情的两种传染病的传染途径截然不同,甲肝是已被人们熟知的最常见急性传染病,以粪-口途径传播为主。上海市甲肝大流行是由于污染的毛蚶引发,其流行特点明显,1~4 月份上海市共发病 310 746 例^[1]。SARS 则是不被人们认知的突发性新传染病,至今对它的认识还不够深入和清晰,目前认为以呼吸道飞沫和近距离密切接触传播为主。根据卫生部发布的数据显示,2003 年冬末和春季 SARS 出现了两个发病高峰,分别出现在 2 月份的广东省和 4 月末的北京市。1~6 月间广东省共发生 SARS 病例 1512 例,北京市共发病 2521 例,全国共发病例 5327 例^[2]。而这两大疫情又存在着一些相似的表象,均发生在冬春季节,高发年龄组均在 20~49 岁的青壮年组,甲肝的年龄分布的典型特点是以 20~29 岁罹患率最高(8302.2/10 万),30~39 岁次之(7924.5/10 万),两者合计占总例数的 83.46%^[3]。而 SARS 的高发年龄也以 20~49 岁为主,其中 20~29 岁组发病率达 2.92/10 万,占总发病例数的 35.19%,20~49 岁发病率总和约占总发病人数的 80%,且两大疫情同样引发了社会范围内对公共卫生问题的关注。

二、两大疫情的治疗成本和经济损失、社会影响

的比较

1. 患者的平均治疗费用比较:由于甲肝是人们熟知的传染病,治疗每例患者的直接医疗费用在当时约为 3000 元,而 SARS 还没有被人们充分认知,在治疗中需要进行不同的尝试和探索,高得惊人的直接治疗费用是突发疫情救治过程中不可避免的代价,据估计一般每例 SARS 患者治疗费用在 6 万~16 万元,重症者高达 27 万元以上。

2. 经济损失比较:据官方公布的数据,当年上海市甲肝大流行时,医院人满为患,人们停工、停业、停课,造成上海市的直接经济损失 5.08 亿元,间接经济损失 5.57 亿元^[4];而 2003 年北京市的 SARS 疫情的突然出现影响了整个城市的正常运转,城市功能受到严重破坏,卫生资源凸显匮乏,公共卫生体系遭遇巨大挑战,旅游业等第三产业受到重创,所造成的经济损失确实使 5 月份北京市经济增速下降 1.8 个百分点。

我们同时对 1988 年与 2002 年北京和上海市两城市的经济环境进行了比较(表 1),从中发现一个很值得思索的问题,尽管 15 年间我国的国民产值、人均收入、个人存款等有了极大改观,其中北京市的国民产值增长了近 7 倍、上海市的国民产值增长了 7 倍多,但医药卫生及防疫水平并未见明显增强,成为此次 SARS 爆发时早期预防控制工作中凸显的一个致命弱点。

三、两大疫情时政府预防控制应急措施综合回顾和比较

通过对两大疫情发生时政府所采取的应急措施进行汇总比较(表 2),从中验证了当特大疫情发生时,政府紧急出台强有力行政控制措施和为稳定人们心理采用的一系列举措对疫情的遏制起着决定性作用。

四、讨论

表1 两大疫情发生时的社会经济状况^[5,6]

项目	上海市		北京市	
	1988 年	2002 年	1988 年	2002 年
人口总数(万)	1262	1614	1061	1383
辖区县数	12 区 9 县	12 区 9 县	10 区 8 县	16 区 2 县
国民生产总值(亿元)	648.30	4 950.84	410.22	2 845.65
年人均职工工资(元)	2181.00	21 781.00	2000.00	19 155.00
居民人均消费水平(元)	1562.00	12 562.00	1455.60	8 922.70
居民存款余额(亿元)	141.21	3 001.89	111.64	3 536.32
医院数*	444	432	445	458
卫生机构数*	7471	3813	4342	5 969
病床数(万张)	6.80	7.90	5.30	7.30
医疗卫生水平(/1000 人)	4.3 名医生 5.4 张床位	3.7 名医生 5.8 张床位	4.8 名医生 4.9 张床位	4.6 名医生 6.3 张床位
防疫水平	无传染病防治法, 疫情公布制度未建立	传染病三级防治体制	无传染病防治法, 疫情公布制度未建立	资源分散,信息沟通不畅

* 卫生机构统计标准 2002 年发生变化, 高中等医学院校、药检机构和非卫生部门举办的计划生育指导站不再计入卫生机构, 同时 2002 年诊所减少

表2 两大疫情期间政府采取的措施

项目	1988 年上海市甲肝大流行	2003 年北京市 SARS 疫情
疫情初期见证政府在特大疫情中的作用	陆续出现众多“食物中毒”病例数周后确定与食入污染毛蚶有关, 1988 年 1 月 5 日政府发布禁食毛蚶令, 18 d 后确定毛蚶引起甲肝爆发性流行, 立即实行隔离和配套防治措施	新发传染病。初期病原未查明时政府没有引起足够的重视和实行疫情公示, 导致疫情迅速扩散, 社会一度出现恐慌。中央实施全方位、强有力疫情控制措施后, 疫情逐渐被稳定
政府采取的有效控制疫情的措施	①发布禁食毛蚶令 ②医院和家庭内隔离 ③科普宣传	①建立疫情公示制度 ②集中收治、大范围隔离 ③环境通风消毒
保护性学生停课措施	寒假过后学校如期开学, 患甲肝学生休学或休息 3 个月后复学	中小学放假 2 个月, 取消期中考试, 大部分考试延迟
转变市民卫生观念	引发市民大卫生观念, 向公众提倡公筷和分餐制	引发市民大卫生观念(如随地吐痰者重罚和倡导讲究个人卫生等), 向公众提倡公筷和分餐制, 野生动物上餐桌问题引起普遍关注
稳定公众心理	部分人发生“恐肝病”, 随着政府的防治措施出台, 公众恢复战胜疾病的信心	公众发生 SARS 恐慌症, 部分人需要心理治疗。组织医学专家配合进行全民宣传教育, 公众恢复战胜疾病的信心
卫生防疫管理体系	国家传统的卫生防疫管理体系受到挑战, 加强食品卫生监督管理, 制订蛤类水产品的国家卫生标准等	国家现行的卫生防疫管理体系受到挑战, 紧急出台《突发公共卫生事件应急条例》和强化《传染病防治法》

通过对发生在我国不同时代、不同经济环境状态下的两次疫情大爆发的综合比较, 寻找到以下有效加强疾病预防控制工作、有力控制特大疫情发生的规律。

1. 全民树立积极的健康防病意识, 一旦有疫情发生, 无论是新传染病还是原有传染病, 即使是在其认识不清时, 也应做到全民动员, 尽早、全面地控制可能的传染源, 切断可能的传播途径。

2. 针对流行病学的变化特征和不断出现的新问题, 在加紧研发新型有效疫苗, 高效预防更多传染病的同时, 更要充分利用现有的安全、有效疫苗资源控制好现有传染病。要扭转人们在疫苗使用上的误区, 在继续积极对儿童实行疫苗免疫接种的同时, 对青壮年、老年人、旅行者分别实行积极的、必要的、有

计划的常见传染病疫苗接种, 为他们建立有效的保护屏障, 从而大大降低我国传染病发病率, 特别是我国传染病发病率较高的甲、乙型肝炎以及流感等的发病率。

3. 汲取两大疫情冲击所付出巨大代价的教训, 不仅要在全社会范围内从思想上树立大卫生观念, 重视卫生防病工作, 更重要的是一定要在政府实际运作中和在全社会的参与下, 真正扭转“重医轻防”的局面, 切实在公共卫生、疾病控制方面增大资金的多元化全方位投入和政策的倾斜。

4. 政府统管职能在控制疫情中起着决定性作用, 配套的应急机制和管理办法以及相关法律是控制特大疫情必不可少的手段。一旦重大疫情出现, 政府部门一定要快速反应, 统一组织调配资源, 同时

政府部门要将有关信息及时向公众公开,并通过媒体进行正确的舆论引导,消除公众恐慌心理。

毋庸置疑,SARS 的爆发将会像上海市甲肝大流行一样,为我国敲响一次大预防的警钟,提醒人们在公共卫生体系改革、科研建设、社会投入等各方面加快步伐,早日走到世界前列。

参 考 文 献

1 俞瑞纲,闻玉梅,胡美联,等.1989 年上海国际病毒性肝炎研讨会

学术总结.中华传染病杂志,1990,8:126.

- 2 卫生部.传染性非典型肺炎疫情发布地理信息系统. <http://www.moh.gov.cn/非典型肺炎专题/sarsmap/2003>.
- 3 康来仪,周廷魁,傅廷源,等.上海地区 1988 年春甲型肝炎爆发流行的流行病学调查.中华流行病学杂志,1989,10:26-30.
- 4 曾光.传染性非典型肺炎防制工作中的几个问题.中华流行病学杂志,2003,24:429-431.
- 5 上海市统计局.上海统计年鉴-1989 及上海统计年鉴-2002.北京:中国统计出版社.
- 6 国家统计局.中国统计年鉴-2002.北京:中国统计出版社.
(收稿日期:2003-07-30)
(本文编辑:张林东)

中国 24 省、市、自治区 SARS 首发临床 确诊病例分析

王定明 冯子建 杨维中 张彦平 罗会明 余宏杰

2003 年 1 月 2 日广东省首次报告严重急性呼吸综合征(SARS)病例,从该省对聚集性 SARS 病例的回顾调查中发现,首例发病时间为 2002 年 11 月 16 日。此后,我国内地许多省份和全球部分国家或地区陆续报告病例,并且发生了医院和家庭聚集性爆发。流行病学调查资料表明,在这次 SARS 流行的早期,一个地区的医院内和家庭内发生爆发,往往与输入性病例有关。因此,对我国各省 SARS 首例临床确诊病例进行分析,找出其共同特点,为今后控制工作特别是预防该病的跨地区传播提供参考。

1. 材料与方法:资料来源于 24 省、市、自治区上报的首发 SARS 临床确诊病例流行病学个案调查,部分来自督导资料。将收集的资料进行整理,用描述性方法分析。24 例首发病例中山西省和北京市的首例为同一病例,故只对 23 例进行分析。

2. 结果:

(1) 病例三间分布:在各省发生的首例临床确诊病例中,2002 年 11 月发病的有广东省,12 月有广西自治区,2003 年 2 月份有 4 个省,3 月份有 4 个省,4 月份有 14 个省、市、区。23 例中,男性 10 例,女性 13 例,男女之比为 1:1.3;年龄构成以 25~44 岁、45~64 岁两组较高,分别为 52.2%、39.1%,病死率以 45~64 岁组为高(80.0%);职业分布主要是农民工(占 26.1%),干部(占 21.7%),退休及家务待业人

员(占 26.1%)及其他(26.1%)。

(2) 感染来源:根据病例的发病地点、旅行史和同类病例密切接触史,23 例首发病例感染来源可分为以下几类:①广东、广西两地首发病例在本地发病,无旅行史和同类病例接触史,感染来源不清;②有明确的香港、北京和广东等流行区旅行史或在旅行地发病;③发病前 2 周到过广东和北京流行区与同类病例有密切接触史,到医院探视或陪护患者、住院、就诊、打工或在流行区发病(表 1)。

(3) 当地续发感染情况:23 例首发病例引起医院内或家庭内爆发有 10 个省、市、区,其中,医院内爆发的有 6 个,家庭成员、亲戚及同事感染的有 9 个,同时有医院内和家庭内爆发的有 5 个省、市、区。

3. 讨论:从分析结果看,广东、广西两地可能为 SARS 原发地,并跨地区传播;其余 22 省份的首发病例为输入性病例。由于 SARS 是一种新发传染病,突如其来,全国各地防治策略和措施落实情况参差不齐,输入病例导致了以下 3 种情况:①首例输入后,得到及时有效的控制,没有发生当地的传播;②首例输入后,没有得到及时有效的控制,发生了密切接触者续发感染;③首例输入后,没有得到及时有效的控制,发生了当地传播,并向更多的地区输出病例。在输入性首发病例中,与医院感染来源有关的首发病例所占比例较高,首发病例因到医院探视或陪护患者、就诊、住院而感染。因此,在 SARS 流行的早期,控制医院感染和严格执行医院住院传染性疾病患者探视规章制度。