

# 淮安市医疗机构病毒性肝炎诊断报告现状调查

苏琦, 高强, 李卓, 范刚

江苏省淮安市疾病预防控制中心传染病防治科(淮安 223001)

**【摘要】 目的:** 了解淮安市病毒性肝炎诊断报告的现状, 为进一步提高病毒性肝炎监测数据质量提供依据。**方法:** 2013 年 12 月份采用问卷对淮安市 30 家不同等级医疗机构的临床医生和预防保健医生进行调查。**结果:** 二级和三级医疗机构报告的病毒性肝炎病例数多于一级医疗机构; 戊肝实验室检测条件在两个层次的医疗机构中有差别 (Fisher 确切概率  $P < 0.01$ ); 未分型病毒性肝炎的诊断标准在一级医疗机构回答的正确率为 38.89%, 二级和三级为 81.25%, 差别有显著性 (Fisher 确切概率  $P < 0.05$ ); 预防保健医生回答未分型病毒性肝炎诊断标准的正确率为 7.14%, 临床医生为 51.92% ( $\chi^2 = 34.21$ ,  $P = 0.01$ ); 二级和三级与一级医疗机构的培训材料是否依据卫生行业标准方面存在差别 (Fisher 确切概率  $P < 0.05$ )。**结论:** 各医疗机构应加强病毒性肝炎诊断标准的培训, 规范报告程序, 提高病毒性肝炎诊断报告质量。

**关键字:** 病毒性肝炎, 诊断, 报告, 问卷调查

多年来, 淮安市病毒性肝炎的报告一直位居甲乙类法定传染病的第二位, 是重点控制的传染性疾病。卫生部于 2008 年 12 月份公布了病毒性肝炎的行业诊断标准, 明确规定诊断报告的标准, 淮安市卫生系统要求各医疗机构每年对职工进行培训, 以便诊断报告更加规范。为了解各医疗机构对病毒性肝炎诊断报告情况, 结合实际工作, 于 2013 年 12 月份开展了本次问卷调查。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 淮安市有 8 个县区, 共 185 家医疗机构, 其中二级以上医疗机构 20 家, 一级 165 家。剔除不进行肝炎诊断的医疗机构后, 按等级在淮安市随机选取二级和三级医疗机构 8 家, 一级医疗机构 22 家, 共 52 名临床医生和 28 名预防保健科医生作为研究对象。临床医生的选取范围主要在内科、全科等负责肝炎诊断的科室。

1.2 调查问卷设计 内容主要包括: 病毒性肝炎 (甲型、乙型、戊型、未分型) 2013 年报告数、诊断标准、实验室结果反馈方式、报告方式、培训情况等内容, 由疾控工作人员进行面访调查。由于丙肝管理分属不同科室, 暂未列入调查范围。

1.3 问卷答案参考依据 病毒性肝炎病例定义参考《现行法定报告管理传染病诊断标准汇编 (卫生行业标准)》(ws298-2008、ws299-2008、ws301-2008); 网络报告规定参考《传染病信息报告管理规范》。

1.4 分析方法 采用 Epidata3.0 软件建立数据库, 双录入数据并进行一致性校对, 运用 SPSS13.0 软件进行统计分析, 检验水准  $\alpha = 0.05$  (双侧)。

## 2 结果

### 2.1 病毒性肝炎报告情况

2013 年调查的 30 家医疗机构共报告甲肝 23 例、乙肝 991 例, 戊肝 118 例, 未分型肝炎 114 例, 其中二级和三级医疗机构的报告数分别占各类型肝炎的 95.65% (22/23)、84.26% (835/991)、98.31% (116/118)、90.35% (103/114)。

### 2.2 实验室诊断条件

问卷调查的 8 家二级和三级医疗机构具有甲肝、乙肝、戊肝实验室分型条件的比例分别为: 87.50% (7/8)、100% (8/8)、87.50% (7/8), 22 家一级医疗机构具有分型条件的比例分别为: 59.09% (13/22)、100% (22/22)、27.27% (6/22)。除戊肝的实验室分型诊断条件在两种类型的医疗机构有差别外 (Fisher 确切概率  $P < 0.01$ ), 其他种类的差别无统计学意义。

(表 1)。

表 1 不同等级医疗机构具备病毒性肝炎实验室分型诊断条件情况

医院等级	调查总数	具备实验室检测条件		
		甲肝	乙肝	戊肝
二级和三级	8	7	8	7
一级	22	13	22	6
P 值		0.21	-	0.01

### 2.3 诊断标准掌握情况

调查的医疗机构中分别有 63.46% (33/52)、88.46% (46/52)、69.23% (36/52) 的临床医生完全回答对甲肝、乙肝、戊肝的诊断标准，二级和三级与一级医疗机构的差别无显著性。对未分型肝炎的判断，一级医疗机构回答的正确率仅为 38.89% (14/36)，二级和三级为 81.25% (13/16)，差别具有显著性 (表 2)。

表 2 不同等级医疗机构临床医生对病毒性肝炎诊断标准回答情况

临床医生所在医院等级	调查人数	甲肝			乙肝			戊肝			未分型		
		正确	错误	不清楚	正确	错误	不清楚	正确	错误	不清楚	正确	错误	不清楚
二级和三级	16	13	2	1	13	2	1	13	2	1	13	2	1
一级	36	20	12	4	33	3	0	23	7	6	14	19	3
P 值		0.20			0.41			0.53			0.01		

临床和预防保健科医生对未分型肝炎诊断标准的掌握程度差异更大，28 名预防保健医生回答正确 2 人，错误 7 人，不清楚 19 人，正确率仅为 7.14% (2/28)，52 名临床医生的回答正确率为 51.92% (27/52)，两组的差别具有统计学意义 ( $\chi^2=34.21$ ,  $P=0.01$ )。

### 2.4 实验室结果反馈与传染病报告卡填报方式

临床医生获知实验室检测结果的方式主要是医院内专人送达，占 46.15% (24/52)，其次是患者拿到检验报告后再询问医生，占 38.46% (20/52)，此外还有检验科电话报告阳性结果和 HIS 系统推送方式。

当病毒性肝炎确诊后，84.62% (44/52) 的临床医生自己填写传染病报告卡，然后交由预防保健科医生进行网络报告；11.54% (6/45) 的临床医生将病毒性肝炎病人信息告知预防保健科，由预防保健科医生填卡并网络报告 (表 3)。

表 3 不同等级医疗机构的临床医生病毒性肝炎实验室结果反馈方式和传染病报告卡填写方式统计

临床医生所在医院等级	调查人数	检验结果反馈方式				传染病报卡填写方式		
		电话	专人送	患者送	HIS 系统	自己填卡	防保填卡	HIS 系统
二级和三级	16	0	10	5	1	13	1	2
一级	36	6	14	15	1	31	5	0
合计	52	6	24	20	2	44	6	2

### 2.5 培训情况

调查 2011-2013 年度各医疗机构组织的院内培训，病毒性肝炎诊断标准方面，二级和三级的医疗机构主要是依据行业标准，占 100.00% (8/8)；一级医疗机构主要依据学校教材，

占 63.64%(14/22)，其次是上级文件，占 59.09%(13/22)。不同等级医疗机构的培训材料是否来自行业标准存在差异（表 4）。

表 4 不同等级医疗机构病毒性肝炎培训材料来源

医院等级	调查 总数	培训材料来源（多选）			
		学校教材	行业标准	上级文件	本单位要求
二级和三级	8	4	8	5	3
一级	22	14	11	13	11
P 值		0.68	0.01	1.00	0.69

3 讨论

卫生部 2008 年公布的病毒性肝炎诊断标准自实施之日起，即废止了 1995-2001 年版标准<sup>[1]</sup>，新标准对各型别肝炎的诊断更为清晰规范，作为一款国家技术性法规，对临床医生有重要的参考价值。

淮安市病毒性肝炎的报告主要集中在二级和三级的医疗机构，一方面是由于存在转诊的情况，另一方面是患者认为级别高的医院对疾病的诊断更为准确而前往就诊。本次调查发现各级医院均具备乙肝实验诊断条件，部分一级医院不能开展甲肝实验室诊断，而戊肝分型在一级医院中开展更为困难。像甲肝、乙肝等较为常见的疾病，随着我国医疗资源逐步向一级医疗机构倾斜，社区卫生服务中心等一级医疗机构也将具有鉴别诊断能力，而部分二级医疗机构特别是中医院，不具备分型的实验室条件。

在病毒性肝炎诊断标准部分，临床医生回答的正确率不高，这可能是医生往往不参考患者的流行病学史<sup>[2]</sup>，甚至仅靠肝功能检查就诊断为病毒性肝炎。未分型肝炎在不同等级的医疗机构中回答的正确率存在差异，这与培训材料来源有关系。二级和三级的医疗机构的培训材料，主要依据行业标准，而一级医疗机构主要依据学校教材，后者很可能出现更新不及时。此外，2000 年版的《病毒性肝炎防治方案》曾对未分型肝炎做出过规定<sup>[3]</sup>，且《中国疾病预防控制中心信息系统》中要求报告，但 2008 年以及之前公布的诊断标准中未对未分型肝炎做出规定，使不少医务工作者认为未分型肝炎就是未进行分型鉴别的疑似病毒性肝炎，而未对甲、乙、丙、丁、戊五型肝炎病毒标志全部考虑。江苏省 2005~2010 年未分型肝炎平均每年占肝炎报告总数的 17.7%<sup>[4]</sup>，湖南姜堰市 1999-2010 年未分型肝炎占肝炎总例数的 17.2%<sup>[5]</sup>，有必要对报告准确性进行评价。

本次调查中，预防保健科医生对未分型肝炎回答的正确率明显偏低，这与日常工作内容有关，同时提示在网络报告前对传染病报告卡的审核，由于缺乏标准的掌握，无法纠正临床医生在填写时造成的错误<sup>[6]</sup>。

实验结果反馈方式和传染病报告卡填写方式对报告质量有一定的影响。化验结果由专人送达的方式能完整掌握所有患者的诊断结果，临床医生自己填写传染病报告卡使报告信息更为准确。此外，部分医疗机构已将 HIS 系统整合了传染病报告功能，提高传染病报告工作的效率和质量。

从病例就诊到实现网络报告，多个环节可以影响报告信息的准确性。我们建议应加强病毒性肝炎诊断标准的培训，规范报告程序<sup>[7]</sup>，改革现体制下肝炎诊断报告模式<sup>[8]</sup>，提高病毒性肝炎诊断报告质量。

[参考文献]

[1] WS 298-2008,甲型病毒性肝炎诊断标准[S].  
[2] 孟蕾,郝爱华,卢欣婷,等. 甘肃省乙型病毒性肝炎诊断及报告现状分析[J].中国计划免疫, 2007,13(5):470-472.  
[3] 中华医学会传染病与寄生虫学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案[J].中华传染病杂志,2001,19(1): 56-62.

- [4] 朱荣. 江苏省 2005 年~2010 年未分型病毒性肝炎疫情分析[J].江苏预防医学, 2011,22(5):34-36.
- [5] 秦才珍,王宏军,张炜. 姜堰市 1999-2010 年病毒性肝炎流行特征分析[J].实用预防医学, 2011,18(10):1882-1884
- [6] 袁珩,马会来,邓小霞,等. 重庆市北碚区医疗机构病毒性肝炎诊断报告情况调查研究[J].疾病监测,2012,27(9):740-743
- [7] 王丽萍,郭青,张春曦,等.2006 年全国乙型病毒性肝炎报告质量调查分析[J].中华疾病控制杂志,2009,13(1):69-102.
- [8] 单爱兰,解晓华,吴伟慎,等. 乙型病毒性肝炎诊断报告标准及集中报告管理模式效果评价[J].中华预防医学杂志,2009,43(7):619-621