

2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎流行病学特征分析

崔玉君, 冯晓菲

鞍山市疾病预防控制中心, 辽宁 鞍山 114002

摘要: **目的** 分析 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎流行特征, 为制定防控病毒性肝炎策略提供科学依据。 **方法** 应用描述性流行病学方法对 2010—2019 年鞍山市报告的病毒性肝炎病例进行分析。 **结果** 2010—2019 年鞍山市共报告病毒性肝炎病例 23 623 例, 死亡 7 例(乙肝 5 例、丙肝 2 例), 报告发病率逐年递减。年均发病率 65.30/10 万, 年均死亡率 0.02/10 万。各型别肝炎年均发病率由高到低依次为乙肝(42.10/10 万)、丙肝(17.40/10 万)、戊肝(2.28/10 万)、甲肝(2.01/10 万)和未分型肝炎(1.52/10 万)。各年度病毒性肝炎发病率差异有统计学意义($\chi^2 = 8\,029.176$, $P < 0.01$)。报告发病率前三位的地区分别是铁西区 86.10/10 万、立山区 81.61/10 万、铁东区 78.96/10 万。男性多于女性, 男女性别比为 1.67 : 1。乙肝 20 岁以上年龄组平均发病率为 49.46/10 万, 甲肝发病率最高峰在 30~39 岁组, 丙肝、戊肝和未分型肝炎的发病率均随年龄增长而增高。职业类型主要是农民、家务和待业以及离退休人员, 占总病例数的 74.25%。 **结论** 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎报告发病率逐年下降, 但在传染病报告中仍占重要位置, 应重点防控乙肝和丙肝。加强医疗机构管理, 做好重点地区和重点人群的防控, 改善公共环境卫生, 大力开展健康教育宣传等综合性防控措施, 降低发病率。

关键词: 病毒性肝炎; 流行病学特征; 分析

中图分类号: R512.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2021)09-1136-03 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2021.09.030

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的常见传染病, 具有传染性强、传播途径复杂、流行面广、发病率较高等特点。肝炎病毒通常分为甲、乙、丙、丁、戊型, 丁肝病毒只有与乙肝病毒同时或在乙肝病毒感染的基础上才可能感染, 很少单独存在, 因此, 本文未将丁肝单独列出。我国是病毒性肝炎的高发地区, 发病率高。2010 年我国报告病毒性肝炎病例近 132 万例, 死亡 884 例, 位居传染病发病之首, 其中乙肝占有肝炎病例的 80%^[1]。为了解鞍山市病毒性肝炎流行病学特征, 制定有效的防控措施与策略, 对鞍山市 2010—

2019 年病毒性肝炎发病情况进行流行病学分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 2010—2019 年病毒性肝炎数据来源于“中国疾病预防控制中心信息系统”。

1.2 研究方法 采用描述流行病学方法, 分析 2010—2019 年病毒性肝炎病例在时间、地区和人群的三间分布及其流行病学特征, 对比不同时期、地域及职业人群的肝炎报告发病数、发病率等流行病学指标。

1.3 统计学分析 利用 Excel 2019 软件对报告数据进行统计; 应用 SPSS 22.0 软件进行数据分析, 采用 χ^2

作者简介: 崔玉君(1983-), 女, 本科, 主管医师, 主要从事免疫规划疫苗针对传染病防控工作。

建议加强餐饮企业的卫生管理, 当地食品安全监督管理部门应加强对旅游区饭店的监管, 防止食源性疾病暴发; 采购的食品及材料必须符合食品安全标准; 对餐饮从业人员进行卫生知识培训, 严格按规范加工、制作、销售、储存食品, 增强预防食物中毒意识。食品储存及加工应做到生熟分开, 避免交叉污染。食品加工应做到彻底加热、煮熟煮透。厨具及餐具应严格清洗消毒。加强副溶血性弧菌食物中毒的宣传教育, 提高市民、游客的防治意识。

参考文献

[1] 刘钦, 赵苗苗, 杨岚, 等. 一起副溶血性弧菌合并大肠埃希菌感染所致食物中毒事件调查研究[J]. 中国预防医学杂志, 2020,

21(1):75-79.

- [2] 甄若楠, 马晓薇, 李泳光, 等. 一起由副溶血性弧菌引起的食物中毒调查[J]. 实用预防医学, 2019, 26(8):984-986.
- [3] 萧松建, 周奕, 龚红英, 等. 一起副溶血性弧菌食物中毒调查[J]. 中国热带医学, 2018, 18(10):1046-1049.
- [4] 赵淑军, 赵球平, 叶恒平, 等. 副溶血性弧菌引起的食物中毒调查及病原学研究[J]. 公共卫生与预防医学, 2020, 31(2):113-117.
- [5] 焦辛妮, 韦贤瑞, 陈坚磊, 等. 一起副溶血性弧菌引起的食源性疾病暴发调查[J]. 实用预防医学, 2020, 27(6):724-726.
- [6] 毛书奇, 胡群雄, 叶鸿雁, 等. 一起由河流弧菌和副溶血性弧菌引起的食物中毒调查分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2018, 28(17):2160-2164.
- [7] 陈天林, 杨芸, 李腊梅, 等. 一起由咸鸭蛋中副溶血性弧菌引起的食物中毒[J]. 中国卫生检验杂志, 2018, 28(7):873-875.
- [8] 肖静, 叶峰, 冷洪昌, 等. 一起副溶血性弧菌引起食物中毒事件调查[J]. 应用预防医学, 2020, 26(1):33-39.
- [9] 卫生部. 副溶血性弧菌食物中毒诊断标准及处理原则: WS/T 81-1996[S]. 北京: 卫生部, 1997:1-20.

收稿日期: 2020-11-19

检验进行率的比较,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 发病情况 2010—2019 年鞍山市共报告病毒性肝炎 23 623 例,死亡 7 例(乙肝 5 例、丙肝 2 例),报告发病率逐年递减。年均发病率 65.30/10 万,年均死亡率 0.02/10 万。各型别肝炎年均发病率由高到低依次为乙肝(42.10/10 万)、丙肝(17.40/10 万)、戊肝(2.28/10 万)、甲肝(2.01/10 万)和未分型肝炎(1.52/10 万)。各年度发病率在 32.48/10 万~139.31/10 万之间波动,各年度病毒性肝炎发病率差异有统计学意义($\chi^2=8\,029.176, P<0.01$),见图 1。

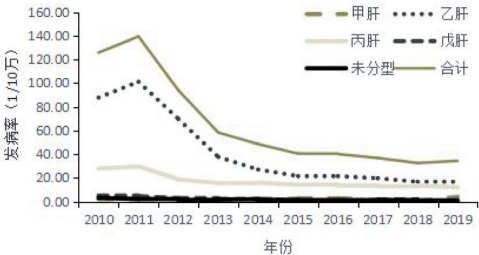


图 1 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎发病情况

2.2 肝炎型别 2010—2019 年鞍山市报告的病毒性肝炎中,乙肝报告最多占 64.46%,共计报告 15 228 例,其他类型肝炎报告数由高到低依次为丙肝 6 295 例、戊肝 823 例、甲肝 727 例、未分型 550 例,见图 2。

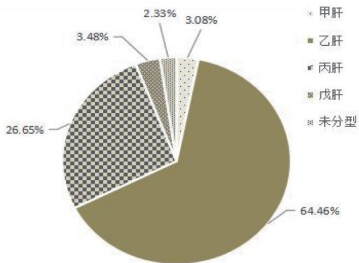


图 2 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎型别构成

2.3 时间分布 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎各月均有发病,各型别病毒性肝炎无明显季节性,见图 3。

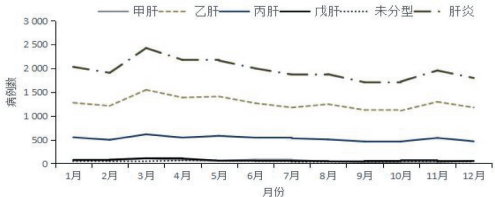


图 3 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎月份分布情况

2.4 地区分布 2010—2019 年鞍山市共报告病毒性肝炎 23 623 例,7 个县(市)、区均有发病,报告病例前 3 位的分别是海城市(6 234 例,占 26.39%)、铁东区(3 948 例,占 16.71%)、立山区(3 778 例,占 15.99%),年均发病率居前三位的地区分别是铁西区 86.10/10 万、立山区 81.61/10 万、铁东区 78.96/10 万。7 个县(市)、区之间发病率差异有统计学意义($\chi^2=1\,031.239, P<0.01$)。

2.5 人群分布

2.5.1 性别分布 2010—2019 年鞍山市报告的病毒性肝炎病例中男性 14 770 例,女性 8 853 例,男性年平均发病率 80.98/10 万,女性年平均发病率 49.36/10 万,男女性别比为 1.67:1,发病率男性高于女性,男女之间的发病率差异有统计学意义($\chi^2=1\,365.342, P<0.01$)。

2.5.2 年龄分布 2010—2019 年鞍山市报告的病毒性肝炎集中在 20~69 岁组,共报告 20 844 例,占总病例数的 88.24%,不同年龄组病毒性肝炎发病差异有统计学意义($\chi^2_{总}=5\,004.751, P<0.01$);发病随年龄呈上升趋势($\chi^2_{趋势}=4\,107.706, P<0.01$)。甲肝发病率以 30~39 岁组最高,发病率为 4.55/10 万;乙肝发病率以 20 岁为界限,20 岁以下平均发病率为 4.38/10 万,20 岁以上平均发病率 49.46/10 万;丙肝、戊肝及未分型肝炎发病率随年龄增长而增高,丙肝发病率以 80 岁以上年龄组最高,发病率为 46.24/10 万;戊肝发病率以 70~79 岁组最高,发病率为 5.64/10 万;未分型肝炎发病率以 60~69 岁组最高,发病率为 2.57/10 万,见表 1。

表 1 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎分年龄发病率分布情况

年龄组	合计人口数 (万)	病毒性肝炎		甲肝		乙肝		丙肝		戊肝		未分型	
		报告病 例数	发病率 (1/10 万)	报告病 例数	发病率 (1/10 万)	报告病 例数	发病率 (1/10 万)	报告病 例数	发病率 (1/10 万)	报告病 例数	发病率 (1/10 万)	报告病 例数	发病率 (1/10 万)
0~	292.71	41	1.40	3	0.10	21	0.72	13	0.44	0	0.00	4	0.14
10~	298.21	308	10.33	25	0.84	238	7.98	20	0.67	1	0.03	24	0.80
20~	503.65	3 033	60.22	123	2.44	2 533	50.29	298	5.92	27	0.54	52	1.03
30~	522.94	3 718	71.10	238	4.55	2 769	52.95	560	10.71	69	1.32	82	1.57
40~	694.75	5 364	77.21	162	2.33	3 375	48.58	1 524	21.94	167	2.40	136	1.96
50~	663.85	5 614	84.57	97	1.46	3 502	52.75	1 658	24.98	223	3.36	134	2.02
60~	350.84	3 115	88.79	41	1.17	1 725	49.17	1 083	30.87	176	5.02	90	2.57
70~	212.89	1 768	83.05	27	1.27	820	38.52	780	36.64	120	5.64	21	0.99
80~	77.63	662	85.28	11	1.42	245	31.56	359	46.24	40	5.15	7	0.90
合计	3 617.48	23 623	65.30	727	2.01	15 228	42.10	6 295	17.40	823	2.28	550	1.52

2.5.3 职业分布 2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎各职业均有发病,报告发病数排前三位的主要职业依次为农民(8 088 例,占 34.24%)、家务及待业(6 671 例,占 28.24%)、离退休人员(2 845 例,占 12.04%),三类职业占总发病数的 74.52%。幼托儿童、保育员及保姆、公共场所服务员、渔(船)民、海员及长途驾驶员病例数较少,均占总病例数的 0.02% 以下。

3 讨论

2010—2019 年鞍山市报告病毒性肝炎 23 623 例,死亡 7 例(乙肝 5 例、丙肝 2 例),报告发病率逐年递减。年均发病率 65.30/10 万,年均死亡率 0.02/10 万,总体发病率呈下降趋势^[2-5],发病无明显季节性,这与一些国内报告一致^[2,6-7]。鞍山市病毒性肝炎构成以乙肝占比最大(15 228 例,占 64.46%),其次是丙肝(6 295 例,占 26.65%),这与我国^[8]及其他城市报道类似^[2,9],年均发病率分别为 42.10/10 万和 17.10/10 万。

2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎发病率居前三位的都是城区。可能原因是城区经济较发达,流动人口增多,且多为青壮年劳动者,处于性活跃期,多性伴的情况并不少见。外出就餐、聚会频繁等因素加大了病毒性肝炎的传播,尤其是通过血液、性等途径感染的乙肝、丙肝的传播^[2,11]。

2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎报告病例男性高于女性,男女性别比为 1.67:1。主要是男性多社会活动,抽烟、喝酒、经常性外出聚餐,不洁性行为等不良行为较多,相较女性缺少良好的卫生生活习惯,工作、生活压力较大等多种因素造成肝脏负荷加重^[12],更容易感染肝炎病毒。

2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎发病年龄以中青年为主,20~69 岁占病毒性肝炎发病总数的 88.24%,与文献报道一致^[3,13-14],可能与社会活动频繁等因素有关。其中甲肝发病率最高峰为 30~40 岁,可能是青壮年外出参与社会活动的机会较多,接触甲肝病毒而被感染的机率增加;另外成人开展医疗检查的概率高于儿童,易被检出。乙肝 20 岁以下年龄组发病率低,一是我国从 1992 年开始对新生儿自费接种乙肝疫苗,2002 年鞍山市将乙肝纳入免疫规划,接种率始终在 95% 以上,加之新生儿母婴阻断的开展,使得 20 岁以下人群建立有效乙肝免疫屏障;二是此年龄段人群发生危险性行为频率较低,暴露机会少,感染风险低。丙肝、戊肝和未分型肝炎的发病率随年龄增长而增高,可能是随着年龄增长就医机会增加,通过各种来源的筛查会发现大量潜在的肝炎患者。

2010—2019 年鞍山市病毒性肝炎发病率排前三位的职业为农民、家务及待业和离退休人员,这与国内一些相关报道一致^[2,7,15],主要原因是上述人群文化水平较低、缺少卫生保健知识以及不安全的性行为导致的病毒性肝炎高发。

综上所述,随着社会的进步,环境卫生的改善,医院感染防控的强化以及疫苗的广泛应用,病毒性肝炎的防控取得了一定的进展,但乙肝发病水平仍然居于高位,丙肝发病数亦较高,仍是今后病毒性肝炎的防治重点。一是要继续做好疫苗常态接种,实现应接尽接,及时母婴阻断,筑牢群体免疫屏障;二是要加强各级各类医疗卫生机构感染控制管理,防止医源性传播;三是加强重点人群防控,推广使用安全套,开展检测咨询及健康教育等综合干预措施;四是严把“病从口入”关,提高餐饮、酒吧等公共场所的卫生水平,最后做好卫生健康知识的宣传教育,提升民众健康素养,降低暴露风险。

参考文献

- [1] 赵志莹,徐胜波. 护生对乙肝认知、信念及行为情况的调查分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(50):293-295.
- [2] 杨小兵,邹娇娇,陈邦华,等. 2004—2017 年武汉市病毒性肝炎流行病学特征分析[J]. 中国预防医学杂志,2019,20(1):42-47.
- [3] 邓炯. 2005—2018 年绵阳市涪城区病毒性肝炎流行特征统计分析[J]. 预防医学情报杂志,2020,36(8):1049-1054.
- [4] 江智信,卢晨霞. 2014—2018 年永泰县病毒性肝炎疫情分析[J]. 预防医学论坛,2019,25(10):封 2,760.
- [5] 李平方,李红军. 2009—2018 年巴中市通江县病毒性肝炎流行病学特征[J]. 职业与健康,2019,35(23):3239-3242.
- [6] 陆唤,施锦明. 2016—2018 年上海市崇明区病毒性肝炎流行病学特征分析[J]. 职业与健康,2020,36(3):347-350.
- [7] 高舒,吴涛,邢瑞婷,等. 2013—2017 年北京市房山区病毒性肝炎流行病学特征[J]. 职业与健康,2019,35(5):629-632.
- [8] 刘小畅,赵婷,赵志梅,等. 中国居民病毒性肝炎流行趋势分析[J]. 预防医学,2018,30(5):433-437.
- [9] 白杉. 2013—2018 年沈阳市病毒性肝炎流行特征分析[J]. 预防医学论坛,2020,26(3):197-199,206.
- [10] 叶明,刘丹,程栋. 2013—2017 年新乡市病毒性肝炎的流行特征及趋势分析[J]. 实用预防医学,2019,26(6):740-743.
- [11] 武荣,杜秀芳,王坤,等. 临汾市尧都区 2010—2015 年病毒性肝炎流行病学特征分析[J]. 中国老年学杂志,2017,37(21):5446-5448.
- [12] 黄光明,曾晓星,陈益,等. 2005—2014 年吉安市乙型病毒性肝炎流行病学特征分析[J]. 现代预防医学,2016,43(4):591-593.
- [13] 秦金屏,刘继政. 云南省大理市 2009—2014 年病毒性肝炎流行特征分析[J]. 疾病监测与控制杂志,2016,2(10):87-89.
- [14] 朱洪梅. 庄河市 2008—2012 年病毒性肝炎流行病学分析[J]. 中国农村卫生,2018,14(7):5-6.
- [15] 徐晓燕. 2005—2015 年常熟市病毒性肝炎流行病学特征[J]. 职业与健康,2017,33(5):642-648.