

上海市儿童医院 2012-2014 年手足口病流行病学特征分析

匡寒琴, 许姜姜, 严剑婷, 王森, 刘永斌

上海市儿童医院, 上海交通大学附属儿童医院, 上海 200062

摘要: **目的** 了解上海市儿童医院手足口病流行病学特征, 为手足口病防治提供科学依据。 **方法** 对 2012-2014 年上海市儿童医院的手足口病资料进行分析。 **结果** 2012-2014 年上海市儿童医院累计报告手足口病 13 377 例, 占该院就诊人数的 0.31%, 占该院法定传染病报告数量的 75.20%, 按报告病种排序, 手足口病连续三年均居首位。2012-2014 年报告病例数呈逐年上升趋势, 2014 年手足口病病例的构成比显著高于 2012、2013 年 ($P < 0.01$); 疫情高发期为每年 4-10 月, 发病数占总报告病例数的 80.00%; 发病人群以 0~5 岁儿童发病最多见, 占报告总数的 82.48%; 三年间男女发病比例为 1.58:1, 0~15 岁均有发病, 0~5 岁病例数共 11 034 例, 占累计报告总数的 82.48%, 较之其他年龄段的构成比明显偏高。手足口病病例以散居和幼托儿童为主 (分别占 54.74% 和 39.30%)。 **结论** 上海市儿童医院 2012-2014 年手足口病报告病例数较高, 且呈逐年上升趋势, 春夏季为高发季节, 多发于 0~5 岁散居和幼托儿童。应在高发季节加强重点人群的手足口病防控知识的宣教, 实施行为干预。

关键词: 手足口病; 流行病学; 儿童医院

中图分类号: R512.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2016)09-1086-03 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2016.09.018

手足口病 (hand, foot and mouth disease, HFMD) 是一种以手、足、口腔等部位发生丘疹为主要特征的儿童传染病, 少数患儿可引起肺水肿、心肌炎、无菌性脑膜炎等并发症^[1]。可由多种的肠病毒引致, 其中以柯萨奇病毒 A 组 16 型 (CoxA16) 和肠道病毒 71 型 (EV71) 最为常见^[2]。上海市儿童医院是三级甲等儿童专科医院, 每年接诊病例数众多, 其中不乏重症病例及死亡病例, 是手足口病报告的主要单位。现对该医院 2012-2014 年报告的手足口病的流行特点加以分析, 为进一步探讨防控策略提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本文数据资料来源于中国疾病预防控制中心信息报告管理系统“疾病监测信息报告管理系统”和上海市儿童医院“基本信息系统”。截取 2012-2014 年该院手足口病例。入选病例均符合卫生部 2008 年制定的《手足口病诊疗指导》诊断标准^[3], 且剔除删除卡和重卡。

1.2 统计学分析 应用 SPSS16.0 软件进行数据的统计学分析, 采用 χ^2 检验比较构成比的差异, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

基金项目: 上海市卫生局重点学科建设基金项目 (编号: 08GWZX0102)

作者简介: 匡寒琴 (1980-), 女, 上海人, 本科学历, 研究方向: 儿科临床。

2 结果

2.1 发病概况 见表 1。2012-2014 年上海市儿童医院总就诊人数 4 276 848, 法定传染病报告数为 17 788, 累计报告手足口病 13 377 例, 手足口病报告病例占就诊人数的 0.31%, 占法定传染病报告数量的 75.20%; 按报告病种排序, 手足口病连续三年均居首位。2012-2014 年报告病例数呈逐年上升趋势, 2014 年手足口病病例的构成比显著高于 2012 年和 2013 年 (分别 $\chi^2 = 175.44, P = 0.001$; $\chi^2 = 152.12, P = 0.002$)。

表 1 2012-2014 年上海市儿童医院报告手足口病发病概况

年份	法定传染病	手足口病		
	总报告病例数	报告病例数	占总病例数比例 (%)	按病种排序
2012	4904	3486	71.08	1
2013	5602	4035	72.03	1
2014	7282	5856	80.42	1
合计	17788	13377	75.20	-

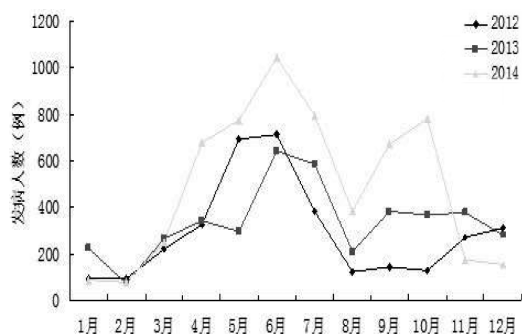


图 1 2012-2014 年上海市儿童医院报告手足口病时间分布情况

2.2 时间分布 手足口病病例全年 1-12 月均有发生。疫情随季节变化,每年 1-2 月、11-12 月发病较少,4 月开始上升,5-6 月达到顶峰,4-10 月发病数占总报告病例数的 80.00%,2014 年在 10 月出现第二次发病高峰,见图 1。

2.3 人群分布

2.3.1 性别分布 见表 2。 χ^2 检验显示 2012-2014 年三年男女构成比差异有统计学意义($\chi^2 = 171.23, P = 0.001$)。

表 2 2012-2014 年上海市儿童医院报告手足口病病例性别分布

年份	男	女	合计	男/女比例
2012	2100	1386	3486	1.52:1
2013	2533	1502	4035	1.67:1
2014	3552	2304	5856	1.54:1
合计	8185	5192	13377	1.58:1

2.3.2 年龄分布 0~15 岁均有发病,2012-2014 年 0~5 岁病例数共 11 034 例,占累计报告总数的 82.48%,较之其他年龄段的构成比明显偏高。三年年龄构成比比较差异无统计学意义($\chi^2 = 20.134, P = 0.067$),见表 3。

表 3 2012-2014 年上海市儿童医院报告手足口病病例年龄分布

年龄 (岁)	2012 年		2013 年		2014 年		合计	
	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
<1	208	6.0	381	9.4	357	6.1	946	7.1
1~	750	21.5	1031	25.6	1361	23.2	3142	23.5
2~	651	18.7	681	16.9	1061	18.1	2393	17.9
3~	705	20.2	744	18.4	1178	20.1	2627	19.6
4~	586	16.8	521	12.9	819	14.0	1926	14.4
5~	292	8.4	326	8.1	475	8.1	1093	8.2
6~	143	4.1	172	4.3	265	4.5	580	4.3
7~	62	1.8	73	1.8	127	2.2	262	2.0
8~	24	0.7	42	1.0	87	1.5	153	1.1
9~	15	0.4	22	0.5	43	0.7	80	0.6
10~	43	1.2	41	1.0	70	1.2	154	1.2
15~	7	0.2	1	0.0	13	0.2	21	0.2
合计	3486	100.0	4035	100.0	5856	100.0	13377	100.0

2.3.3 职业分布 2012-2014 年上海市儿童医院报告手足口病病例中,以幼托及散居儿童病例为主,占病例总数的 94.04%,其中散居儿童构成比(54.74%)高

于幼托儿童(39.30%)。2012-2014 年 3 年间散居、幼托和学生的构成比差异无统计学意义($\chi^2 = 2.128, P = 0.064$)。见表 4。

表 4 2012-2014 年上海市儿童医院报告手足口病病例职业分布

职业	2012 年		2013 年		2014 年		合计	
	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
学生	173	4.96	241	5.97	383	6.54	797	5.96
幼托	1529	43.86	1471	36.46	2257	38.54	5257	39.30
散居	1784	51.18	2323	57.57	3216	54.92	7323	54.74
合计	3486	100.00	4035	100.00	5856	100.00	13377	100.00

3 讨论

我国于 2008 年将 HFMD 纳入丙类传染病管理,近年来 HFMD 在儿童中的发病率呈上升趋势,报告病例数位也居各类法定传染病前列^[4]。各地对于 HFMD 的重视程度也日益提高,卫生行政部门对于 HFMD 的报告管理和防控工作也极为重视^[5]。

通过本次研究发现,上海市儿童医院 2012-2014 年累计报告 HFMD 患儿 13 377 例,排在法定传染病报告数的第 1 位,且呈现逐年上升趋势。从发病的时间分布特点看,手足口病全年均可发病,以春夏季为主,发病的高峰集中在 4-7 月。分析上述结果,符合肠道病毒适合在湿、热的环境下生存与传播特点。且在这个季节中人群户外活动增加、人与人之间接触机会增多,更增加了病毒传播的机会。而在 9-10 月再次出现

一个发病的次高峰,这种流行特征与人群社会活动相一致。9-10 月为开学季,同时仍处于温热季节,给病毒的传播营造了相对有利的条件。应动员社会力量,加大宣传力度,开展健康教育,普及卫生防病知识,使群众了解基本的手足口病预防措施和临床症状。发现病情要及时就医,在以上的发病高峰季节要尤其注意。

以往有研究报道,发病人群聚集在 1~4 岁儿童^[6]。本次研究结果显示,以 0~5 岁儿童发病最多见,分析可能是因为该年龄段的儿童卫生意识差,尚未养成良好的卫生习惯。而其中男性发病高于女性,分析出现这一结果的原因,可能是与男童户外活动较多,密切接触机会增多,暴露概率高于女童有关^[7]。患病儿童中又以散居和幼托儿童居多,这与以往相关的报道一致^[8-12]。聚集性疫情和暴发性疫情主要集中在托幼机

梧州市社区卫生服务中心对 2 型糖尿病患者自我管理教育的效果观察

叶琪¹, 李颖厉², 肖灿³, 方惠⁴, 刘雪霞⁵, 林然⁶, 陈勇⁶, 潘洁霓⁷

1. 梧州市红十字会医院, 角嘴社区卫生服务中心, 广西 梧州 543002; 2. 梧州市工人医院, 城东社区卫生服务中心; 3. 梧州市人民医院, 大塘社区卫生服务中心; 4. 梧州市人民医院, 城北社区卫生服务中心; 5. 梧州市妇幼保健院, 东兴社区卫生服务中心; 6. 梧州市中西医结合医院, 富民社区卫生服务中心; 7. 梧州市中医医院, 兴龙社区卫生服务中心

摘要: **目的** 观察梧州市社区医务人员对 2 型糖尿病患者开展的自我管理教育的效果, 旨在完善指导方案, 帮助糖尿病患者建立良好的生活方式。 **方法** 随机抽取梧州市 7 个社区卫生服务中心已建档的 30 岁以上的 2 型糖尿病患者 350 人作为研究对象, 社区全科医生对患者就饮食、运动、血糖监测、药物治疗、足部护理进行自我管理教育, 教育课程一共 12 次, 每 2 周一次, 采用问卷调查记录自我管理教育前后糖尿病患者对饮食、运动、血糖监测、药物治疗、足部护理的接受情况, 采用 χ^2 检验比较接受率。 **结果** 糖尿病患者接受自我管理教育后, 对限制碳水化合物、低脂饮食、控制体重、多吃膳食纤维和多吃水果的饮食建议接受率明显提高 ($P < 0.05$); 对适度、适当频率、适当开展的运动建议、对血糖监测、药物治疗建议接受率显著提高 ($P < 0.05$); 对部分足部护理建议接受情况显著改善 ($P < 0.05$)。 **结论** 梧州市社区医务人员对 2 型糖尿病患者开展的自我管理教育对帮助 2 型糖尿病患者建立良好的生活方式产生了积极影响。

关键词: 社区卫生服务; 2 型糖尿病; 自我管理教育

中图分类号: R587.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2016)09-1088-03 DOI:10.3969/j.issn.1006-3110.2016.09.019

糖尿病是目前最常见的慢性疾病, 以 2 型糖尿病为主。随着生活方式的改变和工作节奏加快, 糖尿病发病率呈现出逐年增加的趋势。在 1994 年, 中国糖尿

基金项目: 广西壮族自治区卫生厅自筹经费科研课题 (编号: 2014505)

作者简介: 叶琪 (1974-), 女, 广西梧州人, 研究生, 副主任医师, 主要从事糖尿病相关工作。

病患率为 2.28%, 1996 年上升到 3.62%, 而 2010 年已高达 9.65%^[1]。为进一步了解世界各地糖尿病患病率, 在 2013 年的世界糖尿病日, 国际糖尿病联盟 (International Diabetes Federation, IDF) 公布了第六版 “IDF 糖尿病地图”, 该数据显示中国糖尿病患者数量已位居全球首位。此外, IDF 预测 2035 年糖尿病患者总数将突破 1.43 亿^[1]。随着糖尿病患者的增加, 糖尿

构, 是由于托幼机构易感人群相对集中, 相互接触机会多, 为交叉感染提供了条件, 若不能及时发现和控制首发病例, 易导致托幼院所手足口病病例聚集性传播。有研究表明^[13], 幼儿园内一旦有手足口病患儿发生, 其疫情大小主要受到班级内易感儿童数目及疾控部门采取措施快慢的影响。疾控部门对聚集病例发现越早、介入越早, 疫情越快结束, 规模越小。提示必须加大托幼机构的卫生监督力度, 加强健康教育, 严格施行晨午检制度, 发现疫情要早报告、早处理, 最大程度的降低聚集和暴发的可能性。

综上所述, 上海市儿童医院 2012-2014 年的手足口病病例数总体呈逐年上升趋势, 应加强手足口病相关防控知识的宣教, 注意手卫生, 注重改善生活环境, 对重点人群实施行为干预, 以最大程度降低发病率。

参考文献

[1] 徐红艳, 金雪芹. 手足口病患儿临床特征及危险因素分析[J]. 实用预防医学, 2015, 22(3): 337-339.

- [2] 梁永奎, 李娜, 杨金芝, 等. 2008-2010 年贵阳市 HFMD 流行病学分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2012, 14(3): 195-197.
- [3] 卫生部. 手足口病诊疗指南 (2008 年版) [S/OL]. <http://www.Moh.gov.cn/publicfiles/buesness/htmlfiles/mohyzs/s3686/201004/46884.htm>.
- [4] 张建军. 小儿手足口病 1181 例流行病学分析[J]. 陕西医学杂志 2015, 44(1): 23-26.
- [5] 龚令甫, 王站, 贾玲辉. 平顶山市卫东区 2008 年 143 例手足口病流行病学分析[J]. 现代预防医学, 2010, 37(6): 1167.
- [6] 陈黎黎, 杨军勇, 武庆锐, 等. 2008-2010 年北京市丰台区手足口病流行病学分析[J]. 中国健康教育, 2011, 27(9): 694-697.
- [7] 孔繁涛, 宋红卫, 解瑞峰. 2008-2009 年邹城市手足口病流行病学调查[J]. 中国公共卫生管理, 2010, 26(6): 608-609.
- [8] 任敏, 张凯. 2008-2010 年我国手足口病发病特点分析[J]. 中国健康教育, 2011, 27(8): 568-581.
- [9] 李锡太, 王全意, 黄芳, 等. 北京市 2007-2010 年手足口病流行特征分析[J]. 国际病毒学杂志, 2011, 18(1): 5-10.
- [10] Ooi EE, Phoon MC, Ishak B, et al. Seroepidemiology of human enterovirus 71, Singapore[J]. Emerg Infect Dis, 2002, 8(9): 995-997.
- [11] 郭青, 张春曦, 王晓风, 等. 2008-2009 年中国大陆手足口病流行特征分析[J]. 疾病监测, 2011, 26(11): 852-856.
- [12] 邓辉, 刘新亮, 林吉群, 等. 涟源市 2008-2013 年手足口病流行病学特征分析[J]. 中国热带医学, 2015, 15(8): 995-997.
- [13] 贾蕾, 李锡, 太曲梅, 等. 2009 年北京市手足口病聚集性病例流行病学分析[J]. 中华疾病控制杂志, 2011, 15(4): 312-314.

收稿日期: 2015-12-28