

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0088-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.041

2013—2018 年手足口病的流行现状及流行病学特征

黄冬劲

(东莞市大朗医院, 广东 东莞 523770)

〔摘要〕 目的: 研究 2013—2018 年东莞市大朗镇手足口病的流行现状及流行病学特征。方法: 选择 2013 年 1 月至 2018 年 12 月东莞市大朗镇手足口病患者 3174 例作为研究对象。对所有患者临床资料进行回顾性分析, 总结手足口病的流行现状, 并分析流行病学特征。采用 Poisson 回归模型分析发病率比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果: 手足口病在一年四季均可发病, 其中发病高峰主要在夏季, 发病数最多的时间为 4~7 月。所有手足口病患者中, 男性 2057 例, 占比 64.81%, 女性 1117 例, 占比 35.19%, 二者比例关系为 1.84:1。其中本地人口年平均发病率为 61.38/10 万, 外来人口年平均发病率为 167.61/10 万, 外来人口发病率比明显高于本地人口, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。发病年龄方面, 5 岁以下患者 3088 例, 占比 97.29%, 3 岁以下患者 2807 例, 占比 88.44%。散居儿童患者 2615 例, 占比 82.39%, 幼托儿童患者 500 例, 占比 15.75%, 总例数 3115 例, 占比 98.14%, 学生患者 48 例, 占比 1.51%。发生幼儿园聚集性病例 34 起, 家庭聚集性病例 12 起, 共涉及病例数 129 例, 占比 4.06%。重症手足口病患者 10 例, 其中肠道病毒 71 型 (EV71) 为 8 例, 柯萨奇病毒 (CoxA16) 为 1 例, 其它肠道病毒感染 1 例。结论: 手足口病在发病人群、发病季节等方面均有明显的分布特点, 在流行季节应进一步加强疫情监测, 对重点人群加大宣传力度, 对于发现的疫情及时采取有效措施防控, 避免疾病扩散和传播。

〔关键词〕 手足口病; 广东省东莞市大朗镇; 2013—2018 年; 流行病学特征

〔中图分类号〕 R 512.5 〔文献标识码〕 B

手足口病是一种常见的传染性疾病, 主要发生在婴幼儿中, 在 5 岁以下儿童中发病率较高^[1]。该病通常是由肠道病毒所引起, 例如肠道病毒 71 型 (human enterovirus 71, EV71)、柯萨奇病毒 (coxsackievirus A16, CoxA16) 等比较常见。患儿患病后, 会出现手足、口腔等位置的疱疹、斑丘疹, 严重时还可能出现循环衰竭、肺水肿、脑膜炎、脑脊髓炎、脑炎等症状, 进而导致患者死亡。东莞市始终将手足口病作为重点传染疾病加强管理, 国家人口和计划生育委员会在 2008 年开始将手足口病纳入到丙类法定管理传染病的范畴^[2]。近年来, 手足口病始终是东莞市大朗镇比较多发的传染疾病, 对儿童的健康成长造成了很大的影响, 也给家庭、社会带来了巨大的负担^[3]。此外, 大朗镇流动人口较多, 也增加了手足口病的发病风险。基于此, 本研究选择 2013 年 1 月至 2018 年 12 月东莞市大朗镇手足口病患者 3174 例作为研究对象, 研究了手足口病的流行现状及流行病学特征。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 1 月至 2018 年 12 月东莞市大朗镇手足口病患者 3174 例作为研究对象。从中国疾病检测信息报告管理系统中获取资料, 从东莞市大朗镇公安局获取人口资料。所有患者均按照手足口病诊疗指南确诊。

1.2 方法

对所有患者临床资料进行回顾性分析, 总结手足口病的流行现状, 并分析流行病学特征^[4]。

1.3 统计学处理

采用 Poisson 回归模型分析发病率比较, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 手足口病流行现状

东莞市大朗镇 2013—2018 年累计报告手足口病 3174 例, 其中重症病例 10 例, 无死亡病例报告。2013—2018 年报告发病数分别为 346 例、279 例、843 例、413 例、881 例、412 例。年平均发病率为 144.84/10 万。其中, 2015 年、2017 年手足口病发病率相对较高。总的来看, 大朗镇当前手足口病发病率仍处于较高水平, 需要进一步加强监测和防控。

2.2 手足口病流行病学特征

在手足口病发病时间方面, 一年四季均可发病, 其中发病高峰主要在夏季, 发病数最多的时间为 4~7 月, 在发病总数中, 占比为 62.95%。根据每年的报告显示, 发病数在 3、4 月份开始上升, 4~7 月达到高峰。

在手足口病发病人群方面, 男性 2057 例, 占比 64.81%, 女性 1117 例, 占比 35.19%, 二者比例关系为 1.84:1。其中

〔收稿日期〕 2020-10-12

〔作者简介〕 黄冬劲, 男, 主管医师, 主要研究方向是公共卫生、疾病预防控制、健康教育、职业病防控。

本地人口年平均发病率为 61.38/10 万, 外来人口年平均发病率为 167.61/10 万, 外来人口发病率比明显高于本地人口 ($P < 0.05$)。发病年龄方面, 5 岁以下患者 3088 例, 占比 97.29%, 3 岁以下患者 2807 例, 占比 88.44%。

在手足口病职业分布方面, 散居儿童患者 2615 例, 占比 82.39%, 幼托儿童患者 500 例, 占比 15.75%, 总例数 3115 例, 占比 98.14%, 学生患者 48 例, 占比 1.51%。

在手足口病聚集性病例及重症病例方面, 发生幼儿园聚集性病例 34 起, 家庭聚集性病例 12 起, 共涉及病例数 129 例, 占比 4.06%。重症手足口病患者 10 例, 其中 EV71 为 8 例, CoxA16 位 1 例, 其它肠道病毒感染 1 例。

3 讨论

手足口病是一种全球范围内流行的严重传染性疾病, 在全世界很多国家和地区都有流行报道^[5]。该病首次报道是在 1957 年的新西兰, 柯萨奇病毒在 1958 年分离出来, 手足口病的命名在 1959 年被首次提出。我国首次发现该病是在 1981 年的上海, 此后在全国各地多个省市均出现了相关病例的报道。我国卫生部在 2008 年将手足口病纳入到法定传染病管理当中, 全国范围内都提高了对该病的重视程度。但是近年来, 东莞市大朗镇手足口病的发病率仍有所上升, 已经成为了丙类传染病中的第 1 位。手足口病具有较为复杂的发病原因, 可快速传播, 难以有效控制, 容易出现暴发流行。同时还可引起多种相关并发症, 严重影响患儿的健康成长, 还可能造成患儿死亡^[6]。

根据东莞市大朗镇手足口病 2013—2018 年的流行现状来看, 始终处于当地丙类传染病的首位, 在所有法定报告管理传染病中, 排名也十分靠前, 由此说明对手足口病的防控工作应进一步加强。2015 年、2017 年手足口病发病率相对较高, 说明手足口病可能有隔年流行的趋势, 应多加注意。在人群分布方面, 5 岁以下幼托儿童、散居儿童是主要的发病群体, 其中 3 岁以下儿童发病率很高, 与手足口病人分布特点相符合。婴幼儿年龄较小, 机体抵抗能力较低, 所以具有较高的易感性, 是手足口病发病的高危人群^[7]。而随着年龄的增长, 免疫系统逐渐发育完全, 或通过隐性感染已经取得了相应抗体, 对手足口病的抵抗力大大增加, 因而发病率有所降低^[8]。本研究结果显示, 散居儿童发病数占比为 82.39%, 远远高于幼托儿童。外来流动儿童发病率也明显比本地儿童更高。

东莞市大朗镇有较多的流动人口, 居住条件相对较差, 卫生环境不佳。很多家长文化水平有限, 缺乏足够的卫生意识, 对于儿童个人卫生和家庭卫生重视较少^[9]。而幼托机构

及学校通常接受了卫生部门的相关宣传指导, 能够更加重视手足口病, 对各项防控措施积极落实, 从而降低了幼托儿童及学生的发病率。在发病时间上, 一年四季均有病理报告, 其中 4~7 月为发病的高峰阶段, 9~11 月发病也相对较高。在 4~7 月是春夏季, 手足口病的发病率相对较高; 在 9~11 月, 正处于秋冬之交, 人们对于季节变换可能缺乏重视。另外 9 月份有大量外来员工子女结束暑假返回东莞市大朗镇, 流动人口大量涌入, 也为疾病传播提供了条件^[10]。此外, 手足口病传染性较强, 传播速度快, 可能在人口密集的区域短时间内造成大流行。

综上所述, 手足口病在发病人群、发病季节等方面均有明显的分布特点, 在流行季节应进一步加强疫情监测, 对重点人群加大宣传力度, 对于发现的疫情及时采取有效措施防控, 避免疾病扩散和传播。

〔参考文献〕

- (1) 于晓楠, 忻丽菁, 杨吉星, 等. 2010-2016 年上海市虹口区手足口流行病学及病原学特征分析 (J). 中国预防医学杂志, 2018, 20(1): 58-63.
- (2) 曾鸿, 李鹏宾, 柯志攀. 2013—2017 年佛山市南海区手足口病流行特征分析 (J). 微生物学免疫学进展, 2018, 46(6): 62-66.
- (3) 李淼, 孙浩淼, 纵书芳, 等. 徐州地区 2015-2016 年手足口病流行病学特征分析 (J). 医学信息 (上旬刊), 2018, 31(2): 85-87.
- (4) 丁志红, 李静, 龚文胜湖北省襄阳市 2012-2013 年手足口病流行病学及病原学特征分析 (J). 中华疾病控制杂志, 2015, 19(9): 966-968.
- (5) 熊田甜, 李苑, 陈亿雄, 等. 2013-2016 年深圳市宝安区手足口病流行病学特征分析 (J). 河南预防医学杂志, 2018, 29(4): 306-308.
- (6) 崔金朝, 聂陶然, 任敏睿, 等. 2008-2018 年中国 5 岁及以下儿童手足口病死亡病例流行病学特征 (J). 中华流行病学杂志, 2020, 41(7): 1041-1046.
- (7) 任敏睿, 崔金朝, 聂陶然, 等. 2008-2018 年中国手足口病重症病例流行病学特征分析 (J). 中华流行病学杂志, 2020, 41(11): 1802-1807.
- (8) 何春荣, 吴水新, 何云. 2011-2013 年龙岩市手足口病流行病学及病原学特征分析 (J). 现代预防医学, 2015, 42(17): 3079-3081.
- (9) 冀天娇, 谭小华, 刘冷. 广东省 2008~2015 年手足口病流行病学特征及病原学监测分析 (J). 病毒学报, 2016, 21(6): 713-720.
- (10) 邓红, 张璇, 阿依古丽·伊尔哈力, 等. 新疆 2008-2013 年手足口病流行病学及病原学特征 (J). 中国公共卫生, 2016, 32(1): 38-41.