

表 3 不同年龄组流感病毒检测阳性率(%)

年龄组 (岁)	流感样 病例数	PCR 阳性		甲 3 型		乙型	
		例数	阳性率	例数	阳性率	例数	阳性率
0 ~	168	47	27.98	27	16.07	20	11.90
15 ~	65	18	27.69	11	16.92	7	10.77
25 ~	100	36	36.00	22	22.00	14	14.00
50 ~	42	13	30.95	10	23.81	3	7.14
合计	375	114	30.40	70	18.67	44	11.73

3 讨论

监测结果显示,375 例流感样病例实验室确诊率为 30.40%,甲 3 型、乙型阳性病例分别占实验室诊断病例的 61.40%、38.60%,且未检测出其他型别的流感病毒。区别于 2010 年检出型别为新 H1N1 型、乙型和甲 3 型,且以乙型为主^[1],2011 年为新 H1N1 型和乙型,且以新 H1N1 型为主^[2],历年的流感病毒型别构成显示每年流行的流感优势毒株都在变化。这可能与 2009—2010 年 H1N1 型流感大流行后及大范围地接种流感疫苗有一定的相关性。

在当今流感大流行和禽流感的威胁下,流感的防控和监测更加显得重要。我省一年中基本有 3 个流感活动高峰,分别是 3—5 月份、7—8 月份以及 11 月—次年 1 月^[3]。2012 年我市流感的流行高峰期主要出现在 2—3 月,7—8 月也有 1 个流行小高峰。这

与我省的流感活动基本相符,因此,流感仍然是我市冬春季防控的重点疾病。由于不同年龄人群经历的流感流行次数和毒株类型不同,因而体内抗体谱也不同,一般认为儿童和少年对流感易感^[4]。50 岁以上年龄组虽然占流感样病例比例的少部分,但 50 岁以上年龄组却是流感高危人群,患者常转归至其他疾病而死亡,故在死因上很难追溯。因此,可对特定人群进行规范的流感疫苗接种并进行宣传教育,在流感活动高峰期保持室内空气流通,尽量不去拥挤、不卫生的公共场所,避免接触病例。我们应加强监测,及时发现和处理疫情,以最大限度减轻流感对人群健康的危害。

4 参考文献

- [1] 朱列波,黄志永. 义乌市 2010 年流行性感冒监测结果分析[J]. 吉林医学,2011,32(16):3269.
- [2] 翁正军,陈劲华. 2010—2011 年义乌市流感病原监测结果分析[J]. 金华医学,2013,40(1):37-38.
- [3] 王玮,杨仕贵,余昭,等. 浙江省 2001—2006 年流行性感冒流行特征[J]. 浙江预防医学,2006,18(12):1-5.
- [4] 罗春蕊,李娟,赵群,等. 2011 年云南省流感监测结果分析[J]. 应用预防医学,2012,18(5):307-309.

(收稿日期:2013-03-18)

文章编号:1004-9231(2013)08-0432-02

· 感染病防治 ·

义乌市 2002—2012 年艾滋病流行特征分析

阮建军,董选军,陈军仙(浙江省义乌市疾病预防控制中心,浙江 义乌 322000)

艾滋病是我国重点防控的传染病。义乌市自 2002 年在无偿献血人员中发现首例艾滋病病毒(HIV)感染者以来,艾滋病疫情快速蔓延,感染人群不断增多,报告人数快速上升。为掌握我市 HIV 感染者和病人(PLWHA)的流行特征,制定提供有效的预防控制措施,将 2002—2012 年 PLWHA 疫情分析如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

于 2013 年 1 月 5 日进入中国疾病预防控制中心 AIDS 综合防治信息系统,下载义乌市截至 2012 年 12

月 31 日通过网络直报系统上报的、经各种途径发现的 PLWHA,并以此资料作为研究对象。

1.2 统计分析

应用 SPSS 19.0 软件进行描述流行病学统计分析。

2 结果

义乌市自 2002 年报告首例艾滋病感染者后,至 2012 年 12 月 31 日累计报告 PLWHA504 例。其中 AIDS 116 例,累计登记死亡 50 例,LPWHA 对象中病死率为 9.9%。

2.1 时间分布

从 2002—2012 年期间,义乌市报告 PLWHA 例数呈明年上升趋势,2008 年开始呈快速增长趋势(图 1)。

作者简介:阮建军(1979—),男,主治医师,学士。

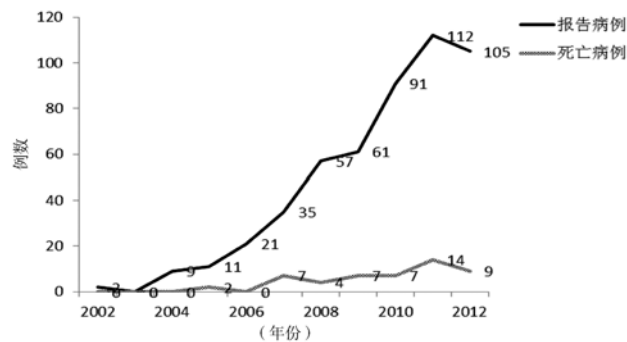


图1 2002—2012年义乌市报告的PLWHA及死亡病例趋势图

2.2 地区分布

在504例PLWHA中,国外户籍15人,占3.0%,外省户籍360例,占71.4%,本省其他市54例,占10.7%,本市户籍75例,占14.9%。

2.3 人群分布

在504例PLWHA中,男性341例,占67.7%,女性163例,占32.3%,男女性别比为2.1:1。最年轻的为16岁,最大的85岁,平均年龄为(32.2±10.8)岁,20岁以下的占6.7%,20~岁组占86.3%,40~岁组占6.0%,60岁以上占1.0%。未婚占47.4%,已婚有配偶占40.5%,离异或丧偶占11.5%,婚姻状况不详占0.6%。文盲占3.6%,小学文化程度占26.0%,初中文化程度占42.1%,高中及中专文化程度占18.8%,大专及以上文化程度占8.9%,文化程度不详占0.6%。位于前3位的职业分别是,工人占36.5%,商业服务人员占22.4%,家务及待业占12.5%,其余占28.6%。

2.4 传播途径分析

504例PLWHA中,64.7%的人为异性性传播感染,25.6%的人为同性性传播感染,7.1%的人为注射吸毒感染(表1)。

表1 2002—2012年义乌市PLWHA感染途径分布

传播途径	病例数	构成比(%)
异性性传播	326	64.7
同性性传播	129	25.6
注射毒品	36	7.1
采血(浆)	7	1.4
输血/血制品	2	0.4
不详	4	0.8
合计	504	100.0

2.5 发现来源

在504例PLWHA中,检测咨询发现的例数最多,占22.8%,其次为术前检测,占19.6%,第3位是羁押人员体检,占17.5%(表2)。

表2 2002—2012年义乌市PLWHA发现来源

发现来源	病例数	构成比(%)
检测咨询	115	22.8
术前检测	99	19.6
羁押人员体检	88	17.4
从业人员体检	70	13.8
其他就诊者检测	25	5.0
性病门诊	25	5.0
阳性者配偶或性伴检测	21	4.2
重点人群筛查	19	3.8
娱乐场所人员体检	11	2.2
孕产期检查	10	2.0
出入境人员体检	9	1.8
无偿献血人员检测	8	1.6
婚前检查(含涉外婚检)	4	0.8
合计	504	100.0

3 讨论

我国自1985年首次报告艾滋病病例以来,艾滋病的流行大致经历了4个阶段,即传入期(1985—1988年)、播散期(1989—1994年)、增长期及局部地区快速增长期(1995—2000年)和局部地区集中发病期(2001年以来)^[1]。根据2012年12月20日联合国艾滋病规划署公布的《2012艾滋病疫情报告》,我国现存艾滋病病人约15.4万人,2011年新感染4.8万人,死亡2.8万人,全人群的感染率大致为0.1%,我国仍属于艾滋病低流行地区。分析义乌市报告的PLWHA可以看出,自2002年首次报告PLWHA以来,呈现明显增加趋势。地区分布上,义乌市呈现出与其他地区不同的特征,国外户籍占7.4%,这可能与义乌市是国际小商品城,与国外贸易往来较多有关。

从传播途径上来看,性传播是主要传播途径,90.3%的人是通过性传播感染,其中同性传播占25.6%。这与河南省的采血(浆)感染传播途径有很大差异^[2],与浙江省的湖州市以性传播感染类似^[3]。从报告的病例来源来看,首位是检测咨询,占全部病例的22.8%。因此要大力发展AIDS自愿咨询检测,不仅可发现HIV感染者,并通过提供咨询、治疗和关怀的建议,使他们正确认识AIDS,避免将HIV传染给他人^[4]。

4 参考文献

- [1]王陇德. 预防控制艾滋病党政干部读本[M]. 第1版. 北京:人民卫生出版社,2004:15.
- [2]李宁,王哲,孙定勇,等. 河南省艾滋病流行特征分析[J]. 中华疾病控制杂志 2010,14(1):43-45.
- [3]董正全,金玫华,邱志红,等. 湖州市1998—2010年艾滋病流行特征分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2012(9):960-961.
- [4]王常合,庞琳,吴尊友. 自愿咨询检测在AIDS防治中的作用及其影响因素[J]. 中国艾滋病性病,2004,10(6):471-473.

(收稿日期:2013-04-10)