

A형간염 6 예방수칙

1

안전성이
확인되지 않은
조개젓 섭취하지
않기



4

20대~40대*는
예방접종 받기

*1980년 이전 출생자는
항체검사를 실시하여 접종



2

조개류
익혀먹고
안전한 물
마시기



5

최근 2주 이내에
A형간염 환자와
접촉한 사람은
예방접종 받기



3

요리 전, 식사 전, 용변 후
비누로 30초 이상
손씻기



6

채소나 과일은
깨끗이 씻어
껍질 벗겨 먹기



발행일 : 2023. 5. 31.(수)

발행처 : 대구광역시 감염병관리지원단

E-mail : dgcidcp@naver.com

전 화 : 053-429-7990

팩 스 : 053-429-7994

21주차

대구광역시 감염병 소식지

제23-21호 (2023. 5. 21. ~ 5. 27.)



홈페이지 바로가기

CONTENTS

- ① 대구시 다빈도감염병 주간 발생 현황 p 1
- ② 대구시 전수감시 감염병 주간 발생 현황 p 2
- ③ 대구시 표본감시 감염병 주간 발생 현황 p 3
- ④ 대구시 코로나19 발생 현황 p 6
- ⑤ 주간감염병 (A형간염) p 8

- 대구시 감염병 2023년 21주차 주간 발생 현황 요약 -

□ 대구시 다빈도감염병 주간 신고 현황

- 수두 26건, 유행성이하선염 14건, CRE 감염증 35건, C형간염 1건 보고됨
- 수두, 유행성이하선염, CRE 감염증, C형간염 21주 동안 지속 발생 중임

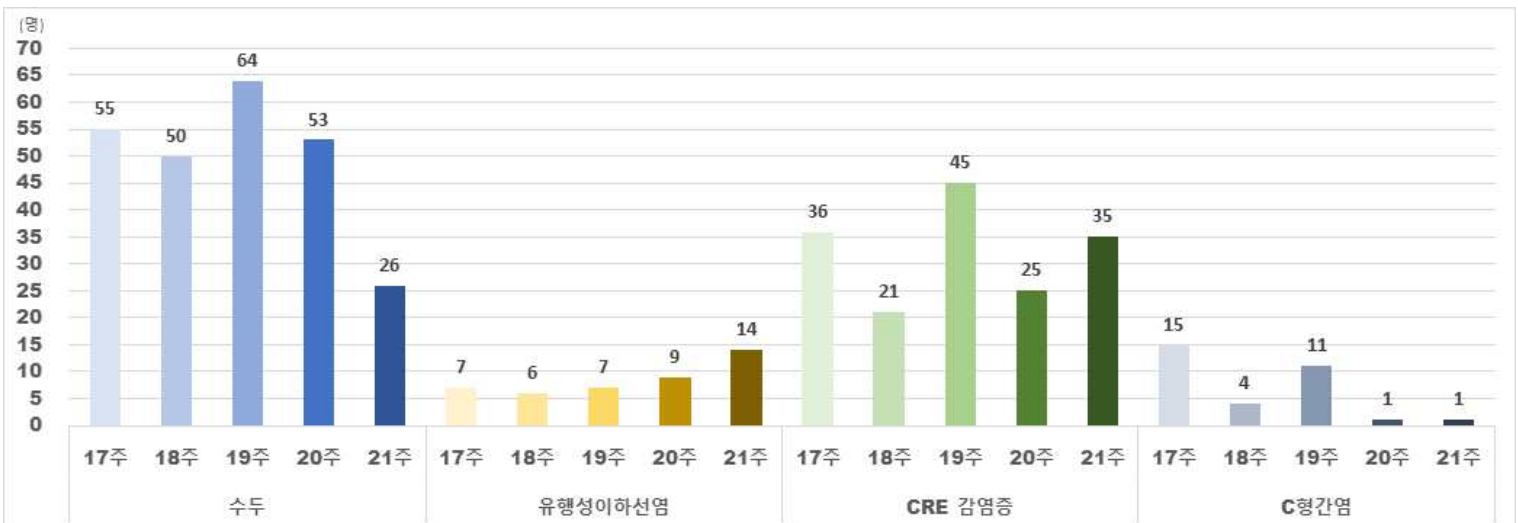
□ 대구시 전수감시 감염병 주간 신고 현황 (다빈도 감염병을 제외한 현황보고)

- A형간염 4건, E형간염 1건, 레지오넬라증 1건 보고됨

□ 대구시 표본감시 감염병 주간 신고 현황

- 급성호흡기감염증 신고 수는 총 115명으로 바이러스성 115명, 세균성 0명 보고됨
- 장관감염증 신고 수는 총 4명으로 바이러스성 0명, 세균성 4명 보고됨

1. 대구시 다빈도감염병 주간 발생 현황



2. 대구시 전수감시 감염병 주간 발생 현황

(단위: 명)

구 분	대구시							전국		
	2023년 주별			누계(21주)			연간	누계(21주)	연간	
	21주	20주	19주	2023	2022	5년평균	2022	2023	2022	
1급	보툴리눔독소증	0	0	0	0	0	0	1	0	
	중동호흡기증후군(MERS)	0	0	0	0	0	0	0	0	
2급	결핵	-	14	15	311	307	383	898	6,379	16,884
	수두	26	53	64	524	262	1,014	827	9,546(1)	18,786
	홍역	0	0	0	0	0	2	0	3(3)	0
	콜레라	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	장티푸스	0	0	0	1	1	2	1	13(3)	39
	파라티푸스	0	0	0	0	1	1	2	14(3)	32
	세균성이질	0	0	0	0	0	3	0	21(12)	33
	장출혈성대장균감염증	0	0	0	2	2	1	6	43(1)	211
	A형간염	4	3	1	38	21	36	60	578(6)	1,959
	백일해	0	0	0	0	3	5	3	17	32
	유행성이하선염	14	9	7	125	99	202	259	3,524	6,453
	3급	풍진(선천성)	0	0	0	0	0	0	0	0
풍진(후천성)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
수막구균 감염증		0	0	0	0	0	0	1	5	3
b형헤모필루스인플루엔자		0	0	0	0	0	0	0	1	1
폐렴구균 감염증		0	1	0	9	8	6	17	188	353
한센병		0	0	0	0	0	0	0	0	2
성홍열		0	0	0	2	5	81	7	209	514
반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증		0	0	0	0	0	0	0	0	1
카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증		35	25	45	610	696	440	1,811	12,608	30,877
E형간염		1	1	1	11	7	2	16	193	535
파상풍		0	0	0	0	0	2	0	6	26
B형간염		0	0	0	1	10	4	18	129	346
일본뇌염	0	0	0	0	0	38	1	0	7	
C형간염	1	1	11	140	145	130	344	3,144(3)	8,448	
말라리아	0	0	0	0	0	1	2	104(34)	422	
레지오넬라증	1	1	0	19	6	4	27	180	445	
비브리오패혈증	0	0	0	0	0	0	2	0	45	
발진열	0	0	0	0	0	1	1	3	23	
쯔쯔가무시증	0	0	0	1	2	2	135	419(2)	6,259	
렙토스피라증	0	0	0	0	0	0	2	8(2)	80	
브루셀라증	0	0	0	0	0	0	0	1	6	
신증후군출혈열	0	0	0	1	2	2	6	80(1)	298	
CJD/vCJD	0	0	0	1	1	1	1	12	49	
뎅기열	0	0	0	1(1)	0	1	0	49(49)	98	
큐열	0	0	0	0	0	0	5	14	105	
라임병	0	0	0	0	0	0	0	1(1)	21	
유비저	0	0	0	0	0	0	0	1(1)	0	
치쿤구니아열	0	0	0	0	0	0	0	7(7)	6	
중증열성혈소판감소증후군(SFTS)	0	0	0	0	0	0	11	8	192	
지카바이러스감염증	0	0	0	0	0	0	0	1(1)	3	

* 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 근거하여 국가감염병감시체계를 통하여 보고된 감염병 환자 발생 신고를 기초로 집계됨(의료기관 신고일 기준)
 * 지역별 통계는 환자주소지 기준으로 집계함(단, VRSA 감염증과 CRE 감염증은 신고한 의료기관 주소지 기준임)
 * 2022, 2023년도 통계는 잠정통계로 추후 변동될 수 있음
 * 21주(2023. 5. 21. ~ 2023. 5. 27.) 감염병 신고현황은 2023. 5. 30.(화) 질병관리청 감염병 누리집에 보고된 자료를 기준으로 작성
 * 누계는 1주(2023. 1. 1. ~ 2023. 1. 7.)부터 해당 주까지의 누적 수치임
 * 5년평균은 최근5년(2018-2022)의 1주부터 해당 주까지 누적수치들의 평균임
 * 일부 감염병은 법령개정으로 추가된 이후부터 합산된 평균 통계임(중동호흡기증후군 2015, 지카바이러스감염증 2016, CRE감염증, VRSA감염증, C형간염 2017)
 * 결핵은 20주(2023. 5. 14. ~ 2023. 5. 20.) 신환자 신고현황을 수록한 질병관리청 「주간건강과질병」 및 「2022 결핵환자 신고현황 연보」 참고
 * 최근 5년간(2018-2022) 국내에 발생하지 않은 감염병 및 별도의 감시체계로 운영되는 HIV/AIDS는 제외함
 * () 괄호 안은 국외유입 사례

3. 대구시 표본감시 감염병 주간 발생 현황

* 질병관리청 질병보건통합관리시스템 표본감시 웹보고 자료 및 감염병 표본감시 주간소식지 20주차 자료를 기준으로 작성

급성호흡기감염증 표본감시

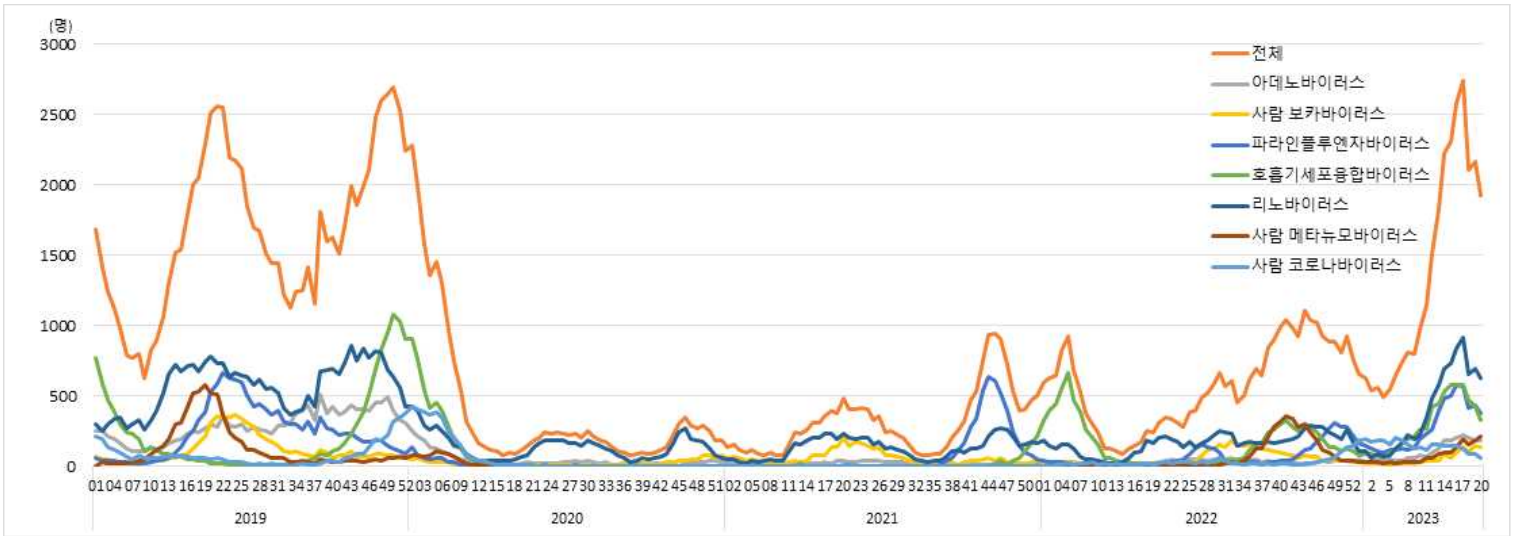
- 급성호흡기감염증 표본감시사업 참여의료기관(병원급 이상) : 전국 220개 (대구 8개)
 - 2017년 31주차부터 표본기관을 전국 103개에서 196개로 확대
- 급성호흡기감염증 표본감시 참여기관에 입원한 환자 감시 자료를 보고 시점 기준으로 분석한 잠정통계

주별 급성호흡기감염증 입원환자 신고 현황

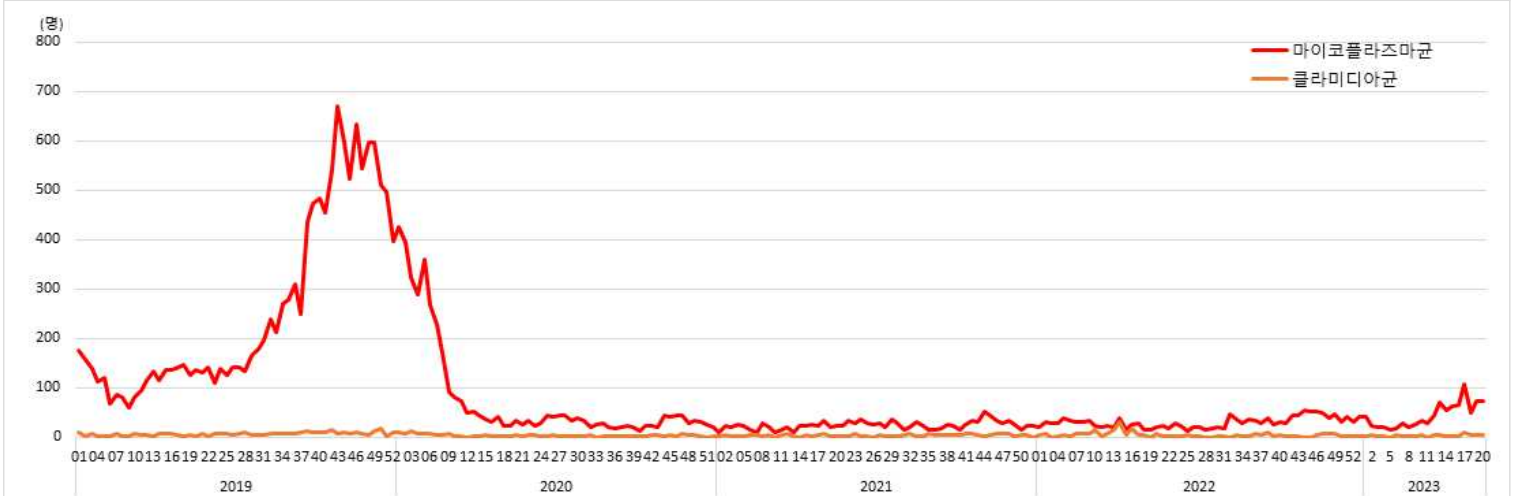
단위(명)

지역	구분	바이러스별 입원환자 신고 현황							세균별 환자 신고 현황	
		HAdV	HBoV	HPIV	HRSV	HRV	HMPV	HCoV	Mycoplasma	Chlamydia
전국	누계	2,147	1,129	5,568	6,025	7,903	1,577	2,950	868	63
	20주	184	133	381	331	623	213	61	72	5
대구	누계	88	26	296	333	254	74	148	0	0
	18주	12	4	32	22	17	10	4	0	0
	19주	12	10	39	31	39	12	7	0	0
	20주	12	5	18	38	21	13	8	0	0

※ HAdV: 아데노바이러스, HBoV: 보카바이러스, HPIV: 파라인플루엔자바이러스, HRSV: 호흡기세포융합바이러스, HRV: 리노(라이노)바이러스, HMPV: 메타뉴모바이러스, HCoV: 코로나바이러스



바이러스성 급성호흡기감염증 신고현황 (전국)



세균성 급성호흡기감염증 신고현황 (전국)

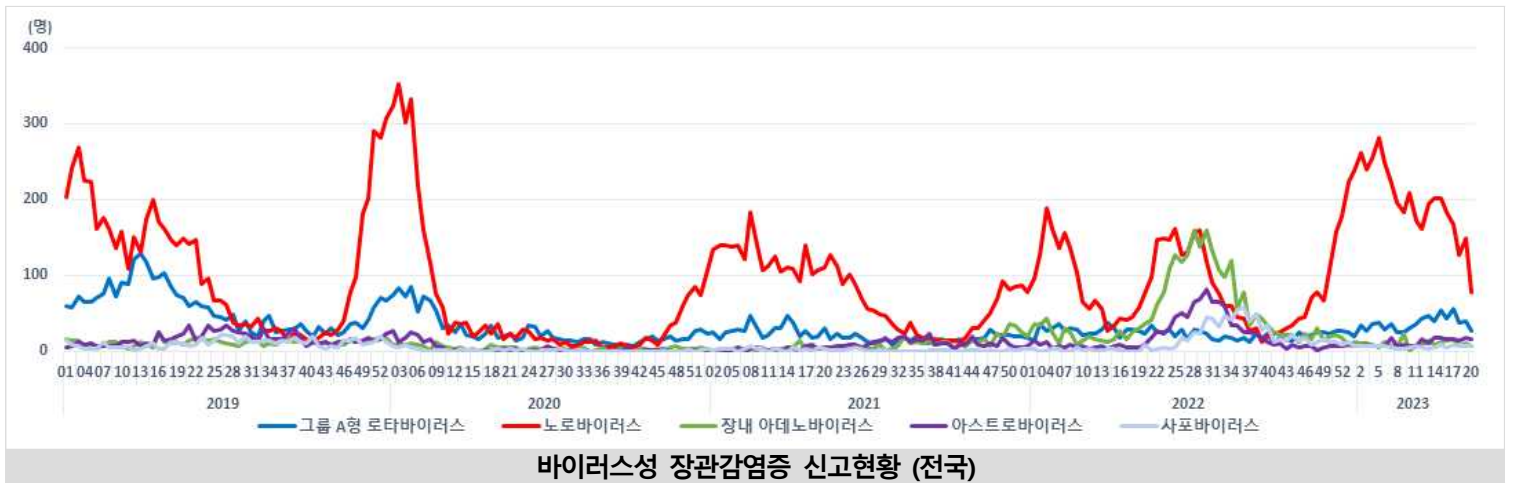
장관감염증 표본감시

- 장관감염증 표본감시사업 참여의료기관(병원급 이상) : 전국 208개 (대구 8개)
- 장관감염증 표본감시 참여기관의 환자 감시 자료를 신고 시점 기준으로 분석한 잠정통계

주별 바이러스성 장관감염증 환자 신고 현황

단위(명)

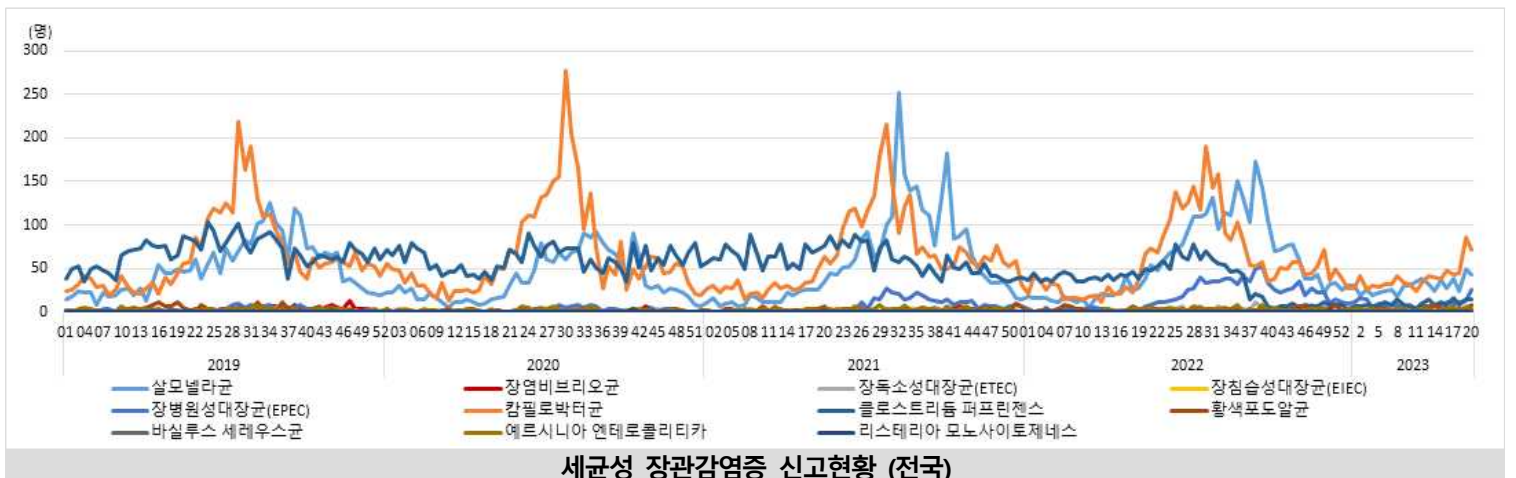
지역	구분	그룹A형 로타바이러스	노로바이러스	장내 아데노바이러스	아스트로바이러스	사포바이러스
전국	누계	26	78	6	16	6
	20주	717	3,972	189	226	113
대구	누계	22	130	1	5	4
	18주	3	6	0	0	0
	19주	0	4	0	0	0
	20주	0	0	0	0	0



주별 세균성 장관감염증 환자 신고 현황

단위(명)

지역	구분	살모넬라균	장염 비브리오균	대장균	캠필로박터	클로스트리듬 퍼프린젠스	황색포도알균	바실러스 세레우스균	에르시니아 엔테로콜리티카	리스테리아 모노사이토제네스
전국	누계	596	13	303	797	199	67	8	55	2
	20주	43	2	35	72	14	8	0	3	0
대구	누계	10	6	6	21	1	0	0	0	0
	18주	0	0	1	2	0	0	0	0	0
	19주	1	0	2	6	0	0	0	0	0
	20주	0	0	2	2	0	0	0	0	0



인플루엔자 표본감시

인플루엔자 표본감시사업 참여의료기관(의원) : 전국 196개 (대구10개)

○ 2022-2023절기 인플루엔자 유행기준 : 4.9명(/외래환자 1,000명당)

표본감시 참여기관의 인플루엔자 의사환자 감시 자료를 보고 시점 기준으로 분석한 잠정통계

주별 인플루엔자 의사환자(IU) 분율 현황

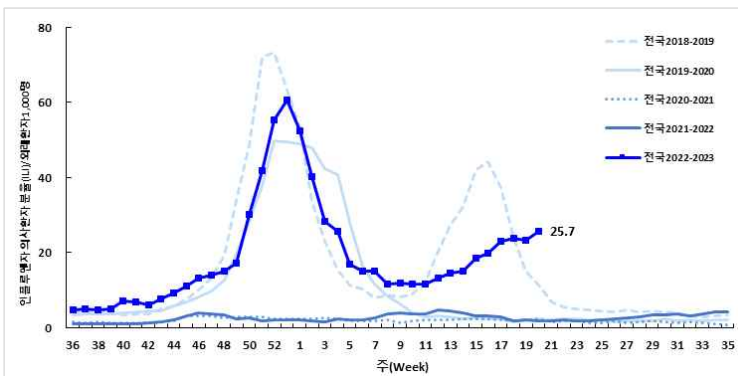
단위(인플루엔자 의사환자수/진료환자 1,000명)

지역	11주	12주	13주	14주	15주	16주	17주	18주	19주	20주
전국	11.7	13.2	14.5	15.2	18.5	19.9	23.0	23.7	23.4	25.7

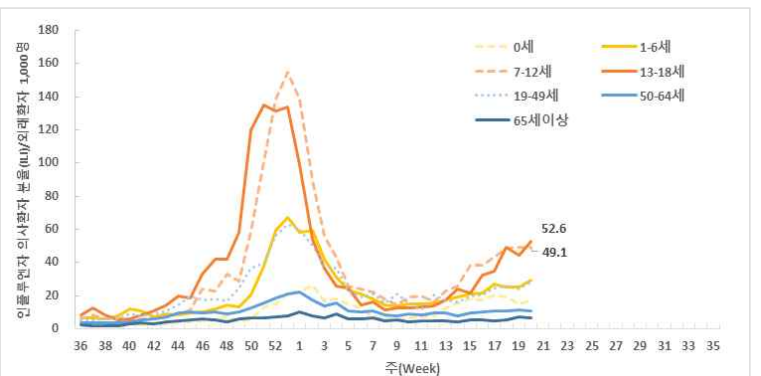
연령별 인플루엔자 의사환자(IU) 분율 현황

단위(인플루엔자 의사환자수/진료환자 1,000명)

지역	전체	0세	1-6세	7-12세	13-18세	19-49세	50-64세	65세이상
전국	25.7	17.4	29.5	49.1	52.6	28.1	10.5	6.5



주별 인플루엔자 의사환자 분율 (전국)



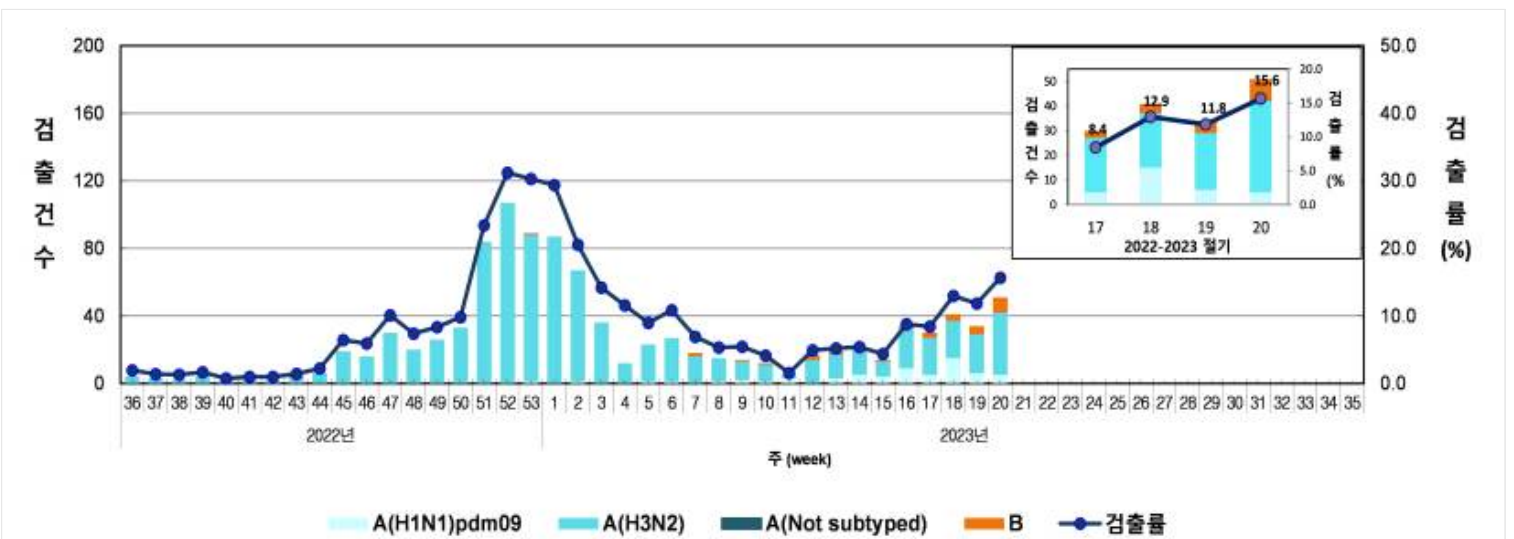
연령별 인플루엔자 의사환자 분율 (전국)

주간 인플루엔자 바이러스 검출 현황 (전국)

단위(건, %)

기간	검체건수	계(검출률)	A(H1N1)pdm09	A(H3N2)	A(Not subtyped)	B
20주	326	51 (15.6)	5 (2.4)	37 (11.3)	0 (0.0)	9 (2.8)
절기누계*	10,816	1,030 (9.5)	63 (0.6)	932 (8.6)	0 (0.0)	35 (0.3)

* 절기누계 : 2022년 36주 ~ 2023년 20주 ('2022.8.28. ~ '2023.5.20.)



2022-2023절기 주별 인플루엔자 바이러스 검출 현황 (전국)

4. 대구시 코로나19 발생 현황

* 질병관리청 질병보건통합관리시스템에 신고된 코로나19 확진환자로 역학조사 진행 등에 따라 변동가능 (확진환자 발생 신고지역 기준으로 집계)

- 대구광역시 코로나19 발생 현황 요약 (2023.5.30. 0시 기준) -

□ 확진 발생 현황

- 누적 확진환자는 총 1,375,057명이고, 인구 10만 명당 발생률은 58,154.5명임
- 최근 일주일 5월 4주(5.21.-5.27.) 확진환자는 총 4,926명 발생하였고, 일 평균 확진환자 수는 704명임

□ 사망자 발생 현황

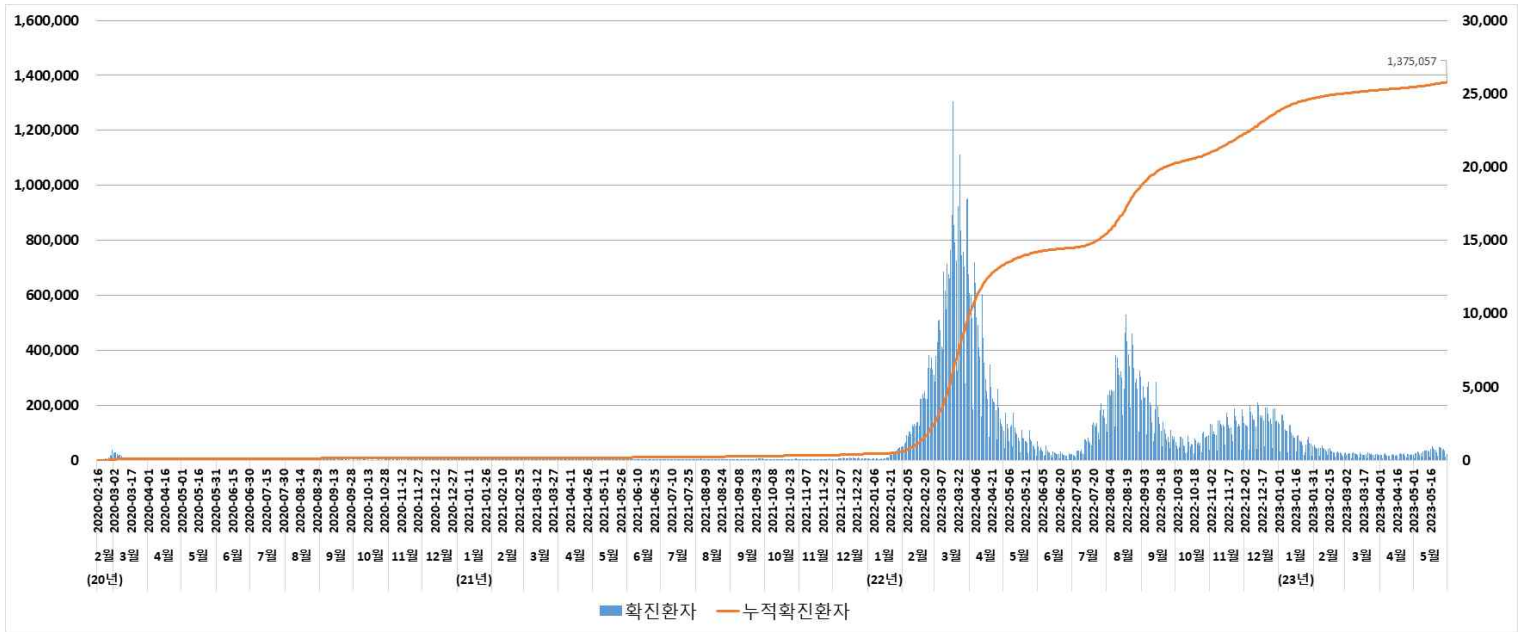
- 누적사망자 총 2,016명으로 전주 대비 5명 증가하였고 치명률은 0.15%로 전주와 동일함

□ 구군별 누적 현황 및 인구 10만 명당 누적 발생률

- 누적 확진환자는 달서구가 314,297명으로 가장 높았고, 인구 10만 명당 누적 발생률은 서구가 74,032.7명으로 가장 높았음

□ 대구시 일별 코로나19 확진 발생 현황

단위(명)



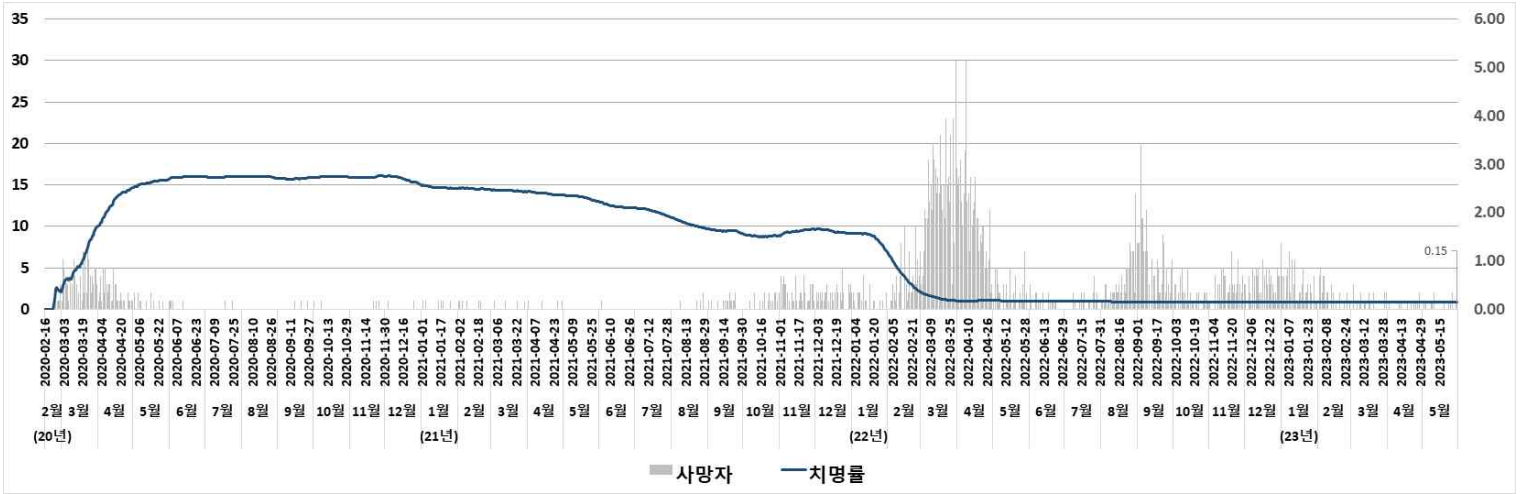
□ 대구시 최근 5주간 코로나19 확진환자 발생 현황

단위(명)

구분	4월 5주 (4.23.-4.29.)	5월 1주 (4.30.-5.6.)	5월 2주 (5.7.-5.13.)	5월 3주 (5.14.-5.20.)	5월 4주 (5.21.-5.27.)
주간 총 확진환자 수	2,588	2,934	3,937	4,810	4,926
주간 일 평균 확진환자 수	370	419	562	687	704

대구시 코로나19 일별 사망 발생 현황

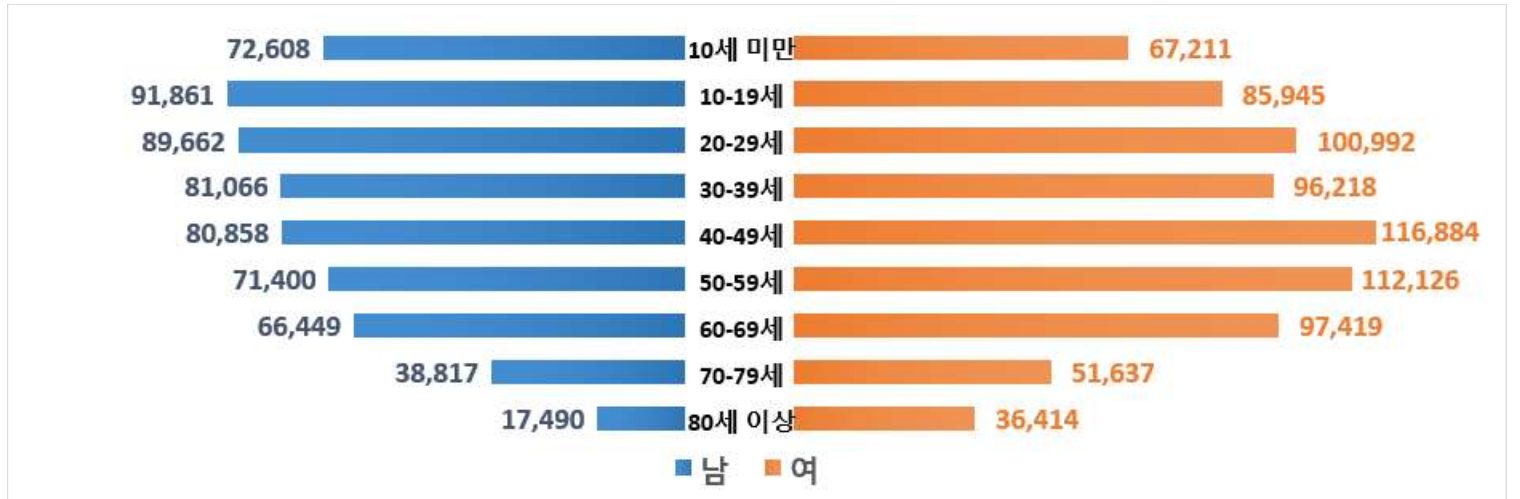
단위(명,%)



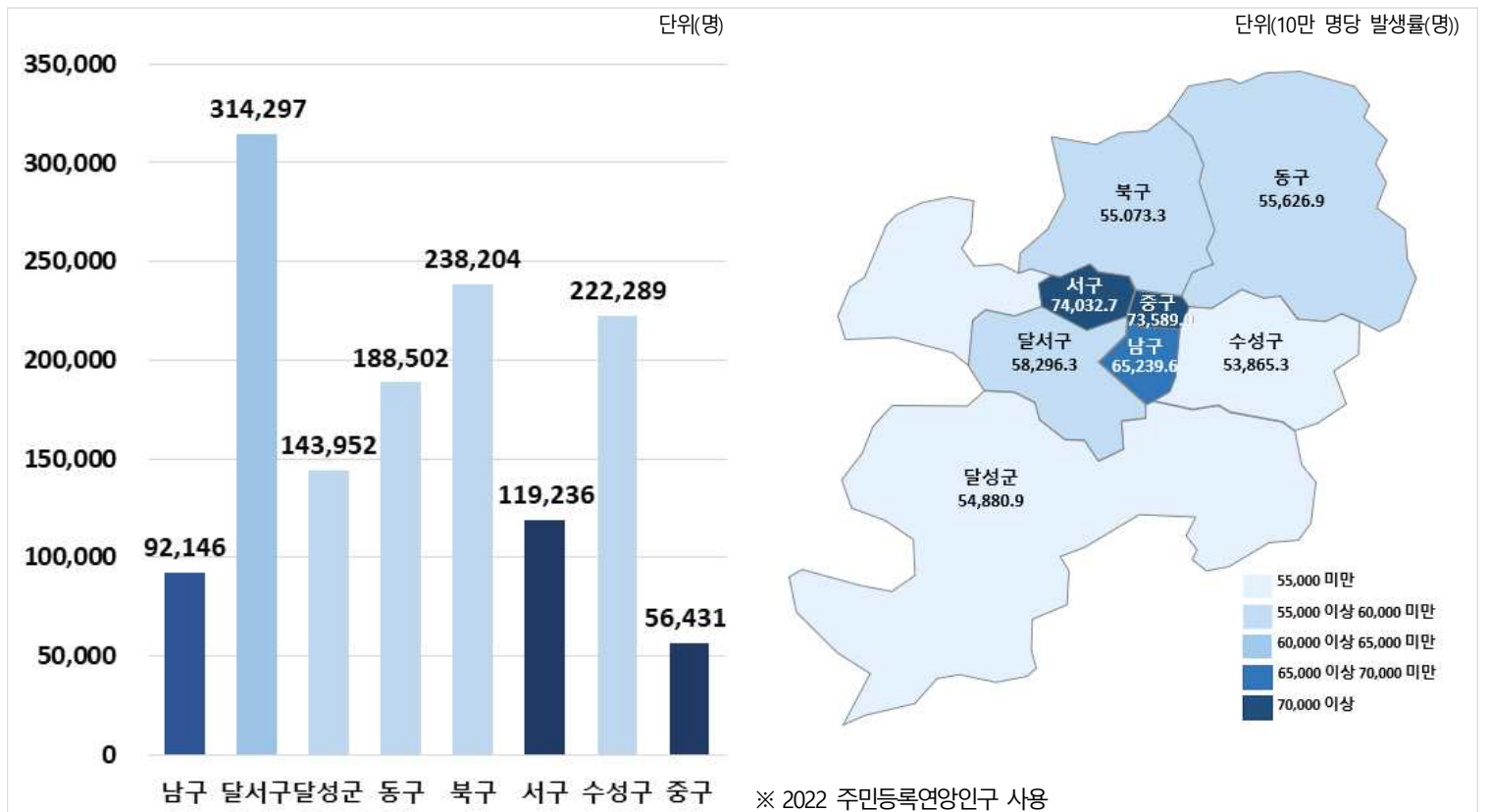
※ 2022 주민등록연앙인구 사용

대구시 코로나19 성별, 연령별 누적 발생 현황

단위(명)



대구시 코로나19 구·군별 누적 발생 현황 및 인구 10만 명당 누적 발생률

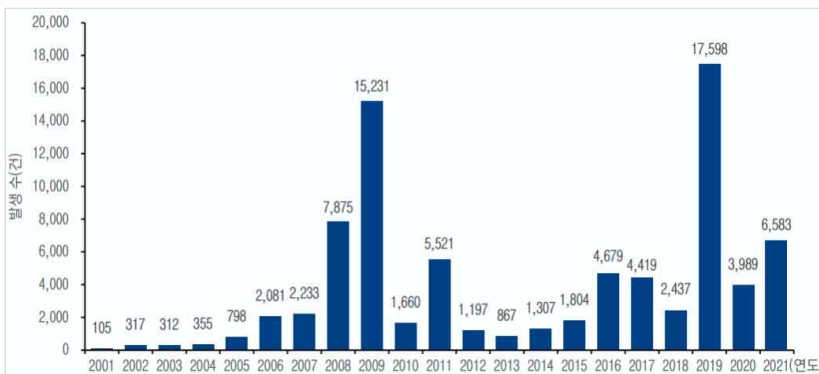


※ 2022 주민등록연앙인구 사용

5. 주간감염병 (A형간염)

■ A형간염(Hepatitis A) 개요^{1) 2)}

- A형간염 바이러스(hepatitis A virus, HAV)는 *Picornaviridae*과 *Hepatovirus*속으로 분류되는 RNA 바이러스로 대변-구강 경로를 통해 감염되어 간에서 증식하는 HAV를 면역반응으로 제거하는 과정에서 간에 염증이 발생하고, HAV는 만성화되지 않는 급성간염을 일으키며 한번 감염되어 방어항체가 생성되면 평생 면역이 유지되고 감염된 적이 없는 경우 백신 예방접종으로 면역력을 획득할 수 있음
- 위생 및 보건 상태가 열악한 경우가 많은 A형간염 고 유행 국가에서는 대다수가 10세 이하에 HAV에 감염되어 별다른 증상 없이 쉽게 앓고 지나가면서 자연적으로 항체를 획득해 현성감염이 적은 반면 위생 및 보건 상태가 다소 개선된 중등도 유행 국가에서는 소아기에 감염을 거치지 않고 성인이 되어 감염될 가능성이 높아지고 집단감염이 발생하는 역설적인 상황이 발생하고, 위생 및 보건 상태가 좋은 저 유행 국가에서는 감염률이 전반적으로 낮지만 정맥주사 약물 남용, 남성 동성애, HAV 유행지역 여행자 등에서 발생하기도 함
- 우리나라 급성 바이러스간염의 가장 흔한 원인은 1980년대까지 B형간염이었으나 2000년대 이후 A형간염이 증가하기 시작하여 2020년에는 전체 급성간염의 75%가 A형간염이 원인이었다³⁾, 과거 60-70년대에는 낙후된 보건 환경으로 인해 A형간염이 소아기에 대부분 감염되어 자연면역을 획득하였으나, 이후 전반적으로 보건 환경이 향상되면서 A형간염 항체 양성률은 감소하였고 성인에서 급성 A형간염이 증상발현과 함께 급증하였는데, 2009년 15,231명을 정점으로 감소추세였으나 2019년 성인의 항체 양성률 감소와 함께 오염된 조개젓 섭취의 복합적인 원인으로 17,598명이 감염되어 역대 최다를 기록하였고 이때 가장 감염자가 많았던 연령층은 30대, 40대, 20대 순이었음
- 1979-1981년 당시 A형간염 항체 보유율은 10세 미만에서 45%, 20세 이상 성인에서 90% 이상으로 20세 이전에 대부분 항체가 형성되었으나 1996-1997년에는 10세 미만 10%, 10-20세 20%, 20-30세 40-60%, 40세 이상에서야 100%에 근접하는 양상이었고, 당시 낮은 항체 보유율의 젊은 사람들이 중장년층이 된 최근에는 40-50대에서 항체 양성률 저하를 보이며 20-40대가 전체 A형간염 환자의 70-80%를 차지함



연도별 A형간염 바이러스 감염 환자 수(질병관리청, 2022)

연도	연령									계
	10<	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80≤	
2009	62.1%	22.3%	11.3%	48.1%	88.5%	98.9%	100.0%	100.0%	100.0%	54.9%
2010	59.9%	17.1%	10.1%	39.5%	88.5%	99.0%	99.6%	98.5%	91.8%	51.7%
2011	60.6%	25.1%	12.4%	32.7%	86.7%	98.8%	99.5%	99.2%	93.7%	49.9%
2012	65.7%	29.6%	14.6%	31.2%	84.3%	98.4%	99.6%	99.7%	92.2%	48.3%
2013	61.4%	33.6%	16.6%	30.2%	81.4%	98.0%	99.5%	99.9%	96.3%	50.8%
2014	65.6%	37.1%	19.1%	30.3%	79.6%	98.1%	99.6%	99.8%	96.4%	49.6%
2015	65.5%	40.3%	20.8%	31.6%	75.9%	97.2%	99.6%	99.9%	96.2%	53.7%
2016	70.9%	44.8%	21.3%	30.2%	74.5%	96.7%	99.8%	99.8%	98.8%	54.2%
2017	70.9%	48.4%	24.4%	30.7%	70.4%	95.8%	99.6%	99.9%	97.9%	51.8%
2018	68.1%	53.0%	27.6%	32.4%	67.5%	95.6%	99.6%	99.7%	98.5%	53.9%
2019	88.7%	61.7%	32.8%	32.4%	63.2%	94.2%	99.4%	99.8%	99.2%	56.1%

연령별 연도별 A형간염 항체 양성률⁴⁾

- A형간염은 예방접종을 통해 효과적으로 예방할 수 있으며 우리나라는 2015년 5월부터 국가예방접종에 포함하여 생후 12-23개월 소아를 대상으로 A형간염 예방접종을 시행하고 있고, 현성감염이 집중적으로 발병하며 사회적 활동이 활발하나 항체 보유율이 낮은 20-50대(1970-1999년생)를 대상으로 항체 검사 후 따라잡기 예방접종을 통해 A형간염으로 인한 질병 부담 및 대규모 유행을 최소화할 수 있음

1) 질병관리청, 2023년도 바이러스간염 관리지침.

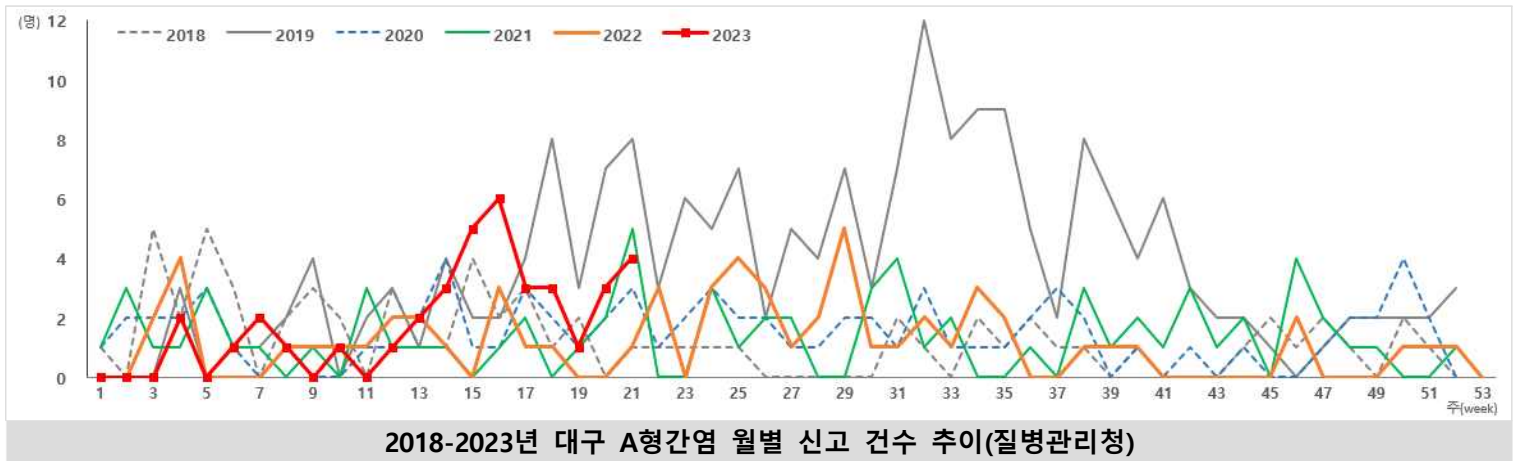
2) 대한간학회, 2023 UPDATE 한국인 간질환 백서.

3) 질병관리청, 2020년 국내 급성 바이러스간염에서 E형간염의 원인적 역할과 임상-역학적 특성에 관한 연구, 주간 건강과 질병 제14권 제30호(2021. 7. 22).

4) Lee, Deog-Yong, et al. "Nationwide seroprevalence of hepatitis A in South Korea from 2009 to 2019." PLoS One 16.2 (2021): e0245162.

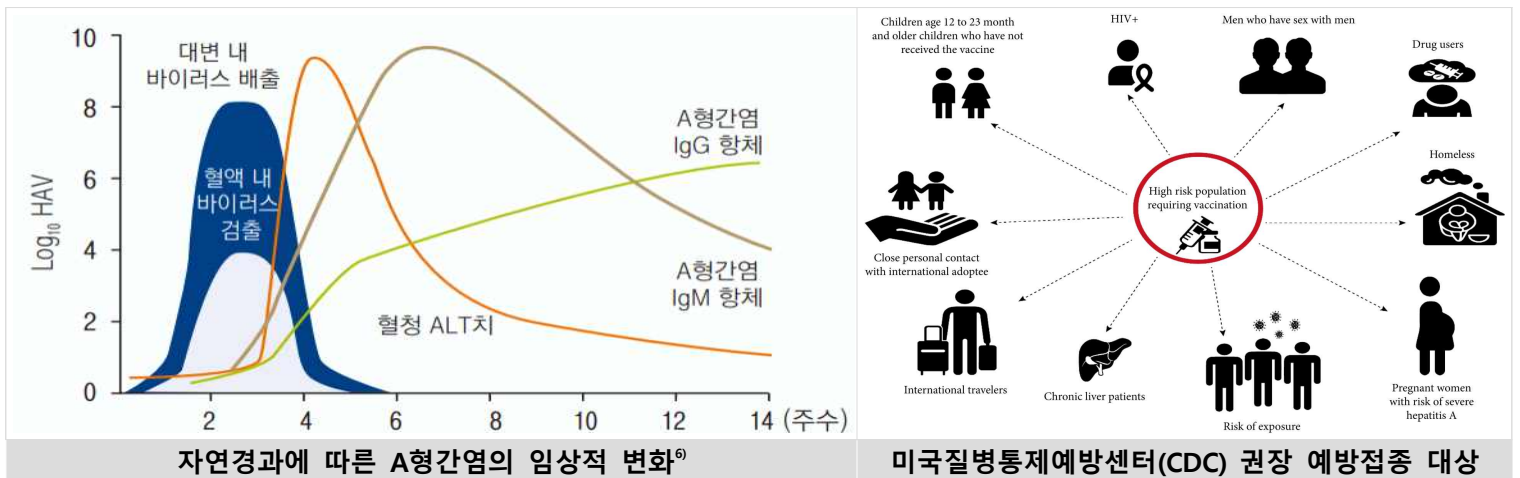
□ 대구 A형간염 발생현황

- 2019년 193건으로 오염된 조개젓 섭취로 인해 5-9월 발생 급증 후 2020년 77건, 2021년 70건, 2022년 60건으로 크게 감소하였으나, 2023년 21주차 기준 38명으로 지난해 동기기간보다 1.8배 증가함



□ 연구동향 : A형간염 바이러스 구조, 분류, 수명 주기, 임상증상, 진단 오류 및 예방접종⁵⁾

- A형간염 바이러스는 pH2 이하의 환경에서 10주 이상 생존 가능하며 전염성이 높고, 취약한 개체에 구강·배설물을 통해 감염되어 간에서 증식하고 새로 복제된 바이러스는 장으로 방출되어 대변으로 배설되며 장내 감염을 확산시키는 전 세계적 주요 원인으로 개발도상국과 선진국 모두에서 발병하고 있음
- A형간염의 잠복기는 14-28일이며 감염된 후 항체가 생성되면 간에서 분변 방출과 A형간염 바이러스 복제가 빠르게 감소해 ALT(alanine aminotransferase) 수준은 몇 주 안에 기준선에 도달하고, 혈중 지속성이 짧아(약 10-50일) 수혈로 인한 감염은 매우 드물며 감염 환자의 90% 이상에서 장기적인 면역력을 얻을 수 있음
- 간염의 증상으로는 발열, 불쾌감, 식욕 부진, 설사, 메스꺼움, 복통, 어두운 색의 소변, 황달(눈의 피부와 흰자위의 황변) 등이 있으나, 6세 미만 어린이의 약 70%에서는 무증상이며 청소년과 성인의 70%에서 황달 등의 증상이 나타나는데 일반적으로 대증적 치료로 자연 회복되고, 만성 간질환자, 간 기능 부전이 있을 수 있는 노인 등에서는 심각한 전격성 간염이 발생할 수 있음
- 사람면역결핍바이러스(human immunodeficiency virus, HIV) 양성자, 동성애 경향이 있거나 A형간염 유행 국가로 여행하는 경우, 불법 물질을 섭취하거나 만성 간질환을 앓고 있는 사람, 교도소, 응급실, 주사기를 사용하는 약물 치료 시설에 있는 경우 등 A형간염 감염에 취약한 경우 예방접종이 필요함



5) Gholizadeh, Omid, et al. "Hepatitis A: Viral Structure, Classification, Life Cycle, Clinical Symptoms, Diagnosis Error, and Vaccination." Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology 2023 (2023).

6) Martin A, Lemon SM. Hepatitis A virus: from discovery to vaccines. Hepatology 2006;43:S164-172.