

- Singapore2). J Nat Cancer Inst 1976; 57 (5): 977.
21. 宋芳吉, 等. HLA-A、B、C位点抗原特异性鉴定. 全国免疫学专题学术会议论文摘要. 济南 1982: 22.
 22. 易有年, 等. 从长沙市多产妇血清中筛选HLA抗体的初步报告. 全国免疫学专题学术会议论文摘要. 济南, 1982: 23.
 23. 刘晓霞, 等. 人白血病细胞相关抗原的研究. 全国免疫学专题学术会议论文摘要. 济南, 1982: 24.
 24. 毕爱华主编. 医学免疫学. 第三版. 同济大学, 1986: 240.
 25. 耿贯一主编. 流行病学. 上册. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 246.
 26. Здродовский ПФ. Проблемы Инфекции И Иммунистета. Медгиз, 1961: 196.

高原地区原发性肝癌发病特点

青海省人民医院 王德增 宣诗孝 张得希 褚行琦 郑京华 王建云

我省地处青藏高原, 许多疾病的发生常具有高原特征. 兹将我院内科1961年至1985年间, 资料较完整的病历进行分析讨论. 本组最小发病年龄15岁, 最大年龄81岁, 高发年龄组在40~60岁之间(占69.5%). 男性患病161例, 女性39例. 世居者患病119例(占59.5%), 移居者81例(占40.5%). 检测HBsAg 91例, 阳性30例(33%), 阴性61例(67%). AFP琼脂扩散和对流免疫电泳法检测131例, 阳性85例(64.9%), 阴性46例(35.1%). 用放射免疫法测定66例, AFP > 25ng/ml 55例(83.3%), < 25ng/ml 11例(16.7%). 前20年共有肝癌101例(50.5%), 平均每五年有25例, 而后五年急增为99例(49.5%)与前五年平均值相比增加3.56倍, 说明近年肝癌发病上升趋势的严重性. 高原肝癌发病与肝炎患病率、HBsAg检出率同文献报告存在差异. 本组肝癌患者

有慢性肝炎史仅13.5%, 可能与本地区肝硬化以原因不明为主(57%)有关. 流行病学资料证明青海肝炎患病率牧区(7.28%)高于农业区(4.41%), 少数民族高于汉族, 如藏族(8.15%)明显高于汉族(1.99%), HBsAg检出率也是藏族(18.05%)明显高于汉族(5.58%). 但肝癌的发病却是汉族(81.5%)高于少数民族(18.5%). 这种情况的出现, 可能与各民族人口构成比不同有关; 牧区随着经济开放, 以及宗教活动来往频繁等, 增加接触机会, 再加少数民族对各种传染病的免疫力极低, 因而使HBsAg感染增多, 由于感染时间较短, 还不会在短时间内有更多肝硬化或慢活肝病例出现, 可能是影响牧区肝癌发病低的又一原因, 但也不能忽视在地理上二者的差别, 以及其它因素(如饮食习惯、生活方式、食品贮存方法以及水质的不同等)在肝癌发病中的作用.

一起白喉爆发流行的调查分析

安徽省郎溪县卫生防疫站 汪瑞康

1984年9月3日至10月9日, 安徽省郎溪县幸福乡发生一起经临床、流行病学和病原学确诊的白喉爆发流行. 男10例, 女23例, 罹患率为20.10/万(33/16414), 死亡2例(6.06%); 年龄最小2岁, 最大34岁, 5岁以下仅占21.21%(7/33), 15岁以上占27.27%(9/33); 33例病人分布于8个行政村的31户, 另6个村无病例; 首例为一名7岁女孩, 否认发病前有外出史及与白喉病人接触史, 传染源难以查明; 发病高峰在9月中旬共22例占66.67%. 由于及时采取“精白类”应急接种等综合措施, 下旬即减少至5例. 分析流行因素, 除因该乡连续两年遭受严重水灾, 造成

群众身体素质降低外, 主要与人群免疫水平低下有关. 经调查9例7岁以下患儿均无免疫史. 另据806名健康者锡克氏试验观察, 阳性率为20.97%, 其中学龄前散居儿童组最高达38.99%(108/277). 结果表明, 由于以往疫苗接种率不高或因为免疫失败, 造成该乡易感者大量积累, 一旦传染源进入即导致爆发流行. 锡克氏试验观察结果及本组病例年龄构成均提示, 今后白喉对青少年和成人的潜在威胁将增大. 我们建议: 儿童7周岁完成免疫程序后, 13周岁再加强一针“精白类”疫苗.