

个噬菌体型, 其中 C<sub>4</sub>、D<sub>4</sub>、D<sub>5</sub>、D<sub>6</sub>、J<sub>5</sub>、M<sub>4</sub>、H、X、26 和 27 型在国内为首次报告<sup>[2,3]</sup>。A、D<sub>2</sub>、E<sub>1</sub>、K<sub>1</sub>、D<sub>1</sub> 和 L<sub>1</sub> 型为北京地区主要噬菌体型别, 与国内主要型别相符<sup>[2,3]</sup>。D<sub>5</sub>、O、D<sub>4</sub> 和 L<sub>1</sub> 型也是北京地区主要噬菌体型。属地区型别。本市虽有 M<sub>1</sub> 型但不是主要型别。

2. 不同年份出现的噬菌体型别不同, 具有相对的稳定性, 但也有细微区别。每年均有新的型别出现, 这表明有新的传染源出现, 连续几年, 而后消失。1973~1979 年菌种多, 噬菌体型别多是由于本地区曾几次伤寒暴发, 后经噬菌体分型。此为防疫工作者提供依据, 查到传染源, 查清了传播途径, 而后采取了相应的防治措施<sup>[4]</sup>, 使得伤寒发病减少。1983~1989 年共获得伤寒菌种 24 株, 分为 13 个噬菌体型, 均为散发。本市虽在 1979、1983 年分到 M<sub>1</sub> 型, 并未见有如其他省市引起的暴发流行。

3. 药敏结果表明, 本市伤寒沙门菌与 96 型分型噬菌体标准菌一样仍对氯霉素、庆大霉素等敏感。而且对氯霉素百分之百高度敏感, 为治疗伤寒首选药物, 与 1984 年国际伤寒专业会议专家报告相符<sup>[5]</sup>。

### 参 考 文 献

- 1 张敬学. 伤寒沙门氏菌噬菌体分型, 见: 北京市卫生防疫站编. 卫生防疫微生物检验操作规程. 上册. 北京出版社, 1991. 85~96.
- 2 张敬学, 张凤琴, 刘桂荣, 等. 我国 1980~1989 年伤寒沙门氏菌噬菌体分型调查. 中国公共卫生, 1993, 9: 247.
- 3 张敬学, 李锦瑞, 郑庆斯, 等. 我国 12 省市伤寒杆菌噬菌体型别的分布. 中华流行病学杂志, 1983, 6: 345.
- 4 刘瑞琴. 北京市城区污水灌溉与伤寒病发病的关系. 中华流行病学杂志, 1981, 2: 18.
- 5 Edelman R. Summary of an International Workshop on typhoid fever. Rev Infect Dis, 1986, 3: 329.

(收稿: 1996-04-17 修回: 1996-05-24)

## 新生儿接种乙型肝炎疫苗的远期效果观察

陆建华 朱源荣 倪正平 黄 飞 陈建国

**一、疫苗接种:** 我们对 1984 年 12 月至 1985 年 12 月出生的婴儿, 按 0、1、6 全程免疫程序接种 merck 乙型肝炎疫苗。3 岁时再随机分成 0、5、10 $\mu$ g 3 个加强接种亚组。

**二、随访与检测:** 幼儿 5 岁及 10 岁时分别采集部分血标本, 用 SPRIA 法检测 HBsAg 与抗-HBs, 并与对照组作比较。

**三、乙型肝炎疫苗免疫保护率:** 新生儿出生接种 5 年后的 HBsAg 阳性率为 2.29%, 对照组为 9.91%, 5 年保护率为 76.89%; 两组抗-HBs 阳性率分别为 72.23% 及 21.76%,  $P < 0.01$ 。接种 10 年后

的 HBsAg 阳性率为 2.63%, 对照组为 8.12%, 10 年保护率为 67.61%; 两组抗-HBs 阳性率分别为 59.68% 及 29.95%,  $P < 0.01$ 。

**四、加强免疫的效果:** 全程免疫与加强免疫组 5 岁及 10 岁时的 HBsAg 阳性率差异均无显著性; 但抗-HBs 阳性率差异均有非常显著性。用 5 $\mu$ g 及 10 $\mu$ g 加强并无显著性差异, 但加强接种可提高抗-HBs 阳性者的 GMT 水平, 且与加强剂量有关。

**五、关于免疫持久性:** 根据本次的结果, 我们认为, 乙型肝炎疫苗三针全程接种者在 10 年内似均无必要进行加强接种; 至于 10 年后是否需要加强, 尚有待作进一步的随访研究。

作者单位: 江苏省启东肝癌防治研究所 226200

(收稿: 1996-05-03 修回: 1996-06-06)