

例临床诊断为性病恐怖症的患者,1例检出沙眼衣原体,1例检出解脲支原体。所以,我们认为临床性病恐怖症的诊断,应首先除外性病病原体感染的可能。

参 考 文 献

- 1 孔繁荣,朱学骏,陈洪,等. 聚合酶链反应与组织病理诊断尖锐湿疣的比较研究. 中华皮肤科杂志, 1993, 26 (6): 340.
- 2 林万明主编. PCR 技术操作和应用指南. 北京: 人民军

医出版社, 1993, 185~190.

- 3 Kluytmans JAJW, Niesters HGM, Mouton JW, et al. performance of a nonisotopic DNA probe for detection of *Chlamydia trachomatis* in urogenital specimens. *J Clin Microbiol*, 1991, 29 (5): 2685.
- 4 Lee AH, Ramanujam T, Ware P, et al. Molecular diagnosis of *Ureaplasma urealyticum* septic arthritis in a patient with hypogammaglobulinemia. *Arth and Rheu*, 1992, 35 (4): 443.

(收稿: 1994-10-18 修回: 1994-12-17)

四川双流县献血员疟疾流行特点分析

张天德

双流县1990~1991年发生献血员疟疾流行,其特点分析如下。该地区10多年来疟疾发病率在1/万以下,1987年曾出现过数例输入性疟疾,但无继发病例,1988~1989年均无病例,毗邻乡镇也是低疟区。献血员疟疾罹患率高。四个乡镇罹患率在12.61%~26.03% ($\chi^2 = 25.40, P < 0.005$), 平均罹患率20.58% (236/1147), 人口计算发病率29.07/万 (236/81184)。发病高峰在冬季。1990年4月至1991年7月发生的236例疟疾,1990年10月至1991年2月所发生的病例就占71.61%, 高峰日在1991年1月12日。男性罹患率21.23%, 女性罹患率19.85% ($u = 0.68, P > 0.05$); 40岁以上罹患率20.58%高于30岁以下组和30~39岁组 ($\chi^2 = 17.09, P < 0.005$)。采全血不增加感染机会。单采血浆1039人,发生疟疾217例,罹患率20.89%, 既采血浆又献全血108人,发生疟疾19例,罹患率17.59% ($\chi^2 = 0.65, P > 0.25$)。加盐水稀释血球的大号针头改为一用一换后献血员疟疾迅速下降。1991年1月75例,2月16例,3月降为9例,8月开始无病例。该地区始终未见非献血员感染疟疾。

四川省献血站有数十个,但至今仅我县及毗邻县才有献血员患疟疾的报道,这些献血员都在同一血站献过血浆。如果献血员患疟疾与多次献血后免疫力下降有关,其它血站的献血员也应不例外地感

染疟疾,献全血者更能造成免疫力下降,罹患机会更高。而我县献全血者并未增加感染机会。献血员疟疾的流行特点主要证明与单采血浆有关,采血浆比采全血多一个回输血球的环节,回输血球又增加了交叉感染的机会。我县献血员疟疾的发病特点与河北、江苏等地报道有相似之处。加强防止交叉感染的措施后,疟疾迅速控制。以上这些,都充分说明与多次献血造成免疫力下降而患病的观点相悖。

本省间日疟以短潜伏期为主。我县献血员居住在低疟区甚至无疟区。1990~1991年16个月中献血员罹患率高达20.58%,高峰日在严冬1月12日。而同期非献血居民占绝大多数,却始终未发生疟疾。蚊媒选择性感染献血员是不可能的。冬季流行高峰,用蚊媒传播无法解释。因此,笔者认为,我县1990~1991年献血员疟疾,与单采血浆有关。相对说来,单采血浆过程复杂,受交叉污染的机会肯定比采全血多。传染源自然来自献血员中的带虫者,毗邻县血站的献血员既来自低疟区又来自高疟区,造成献血员回输血球前血液性交叉感染,这种结论,对献血员疟疾的流行特点容易解释。

(收稿: 1994-08-16 修回: 1994-11-09)

作者单位: 四川省双流县卫生防疫站 610200