

应降低,且大多数有“冬眠”现象。在其“冬眠”时,机体代谢水平极低,耗氧量也比较低^[7]。钉螺作为一种无脊椎软体动物,同样具有这样的生态特性。

钉螺“冬眠”的诱导与判断方法,目前尚未见文献报道。本文采用逐步降低环境温度诱导钉螺“冬眠”,并测定其低温下耗氧量的变化,以探讨钉螺“冬眠”现象的发生以及对该现象的观察方法。研究表明,经逐步降温法诱导钉螺“冬眠”,其发生率与耗氧量之间有非常显著的直线回归关系。当环境温度降低至 11℃ 以下时,钉螺开始出现“冬眠”现象,温度与钉螺“冬眠”率之间存在显著的回归关系,其半数“冬眠”温度 $ET_{50}=5.87^{\circ}\text{C}$ 。采用逐步降温法,可较好地诱导钉螺“冬眠”。用针刺加温水复苏法,可简便、直观地判断钉螺是否发生“冬眠”状态。

我国大陆钉螺的亚种或地理株较多,生态上的差异也较大^[1,8,9]。本次研究的江苏省湖沼地区的湖北钉

螺指名亚种,所观察到的现象是否适用其他亚种或地理株,有待进一步验证。

参 考 文 献

- [1] 刘月英. 医学贝类学[M]. 北京:海洋出版社,1993:43-46.
- [2] 梁幼生,肖荣伟,宋鸿涛,等. 钉螺在不同纬度地区生存繁殖的研究[J]. 中国血吸虫病防治杂志,1996,8:259-261.
- [3] 毛守白. 血吸虫生物学与血吸虫病的防治[M]. 北京:人民卫生出版社,1991:299-315.
- [4] 周卫川,蔡金发,陈德牛,等. 褐云玛瑙螺在我国的适生性研究[J]. 动物学报,1998,44:138-143.
- [5] 姜玉骥,奚伟萍,孙庆祺. 泥土混合饲料饲养钉螺的实验观察[J]. 中国血吸虫病防治杂志,1997,1(9):46-47.
- [6] 中华人民共和国环保局. 水和废水监测分析方法[M]. 第3版,北京:中国环境科学出版社,1989:246-248.
- [7] 华东师范大学. 动物生态学(上册)[M]. 第1版,北京:高等教育出版社,1981:14-28.
- [8] Davis GM. Snail hosts of Asian *Schistosoma* infecting man, evolution and coevolution[J]. Malacol Rev, 1980, Supp 12:195-238.
- [9] 刘月英,楼子康,王耀先,等. 钉螺的亚种分化[J]. 动物分类学报,1981,6:253-266.

(收稿日期:2002-08-28 编辑:富秀兰)

文章编号:1000-7423(2003)-01-0033-01

【简报】

1997~2001 年腾冲县疟疾发病及流动人员调查分析

杨德聪 蔡文斌 龚绍华

中图分类号:R531.32

文献标识码:D

腾冲县位于我国西南边陲,在约 148 km 边境线上有 3 乡(镇),5 个小额贸易口岸,16 条出入境通道。2001 年全县总人口为 599 024 人。有 22 乡(镇),224 行政村,2 929 自然村,总面积约 6 592 km²^[1],海拔 700~3 750 m,年平均气温为 20℃ ± 1℃,降雨量为 1 740 mm,属亚热带气候。2001 年人均国民收入为 3 098 元,农民人均收入 1 525 元。全县有 1 266 卫生技术人员(占 2.1%)。

1997~2001 年累计疟疾发病 4 119 例,其中外源性病例 3 923 例,占疟疾发病的 95.2%(表 1)。1997~2001 年据不完全统计,入境 127 893 人次,出境回归 299 320 人次,山区下坝生产 222 766 人次。流动人员主要从事边境贸易、劳工及旅游等。主要流向为:① 经过 5 个口岸 16 条通道进出缅甸,② 往返毗邻的地州高疟区,③ 本县由非疟区到疟区劳动生产^[2]。

表 1 1997~2001 年疟疾发病情况

年度	人口	疟疾 发病数	疟疾 发病率/万	与上年 比较(%)
1997	571 139	655	11.47	22.02 ↑
1998	574 681	685	11.92	3.92 ↑
1999	580 020	1 138	19.62	64.60 ↑
2000	584 351	747	12.78	34.86 ↓
2001	599 024	894	14.92	16.04 ↑

目前,管理工作主要针对疟疾发病高、外源性病例多和流动人员较为突出的地区。开展卫生宣传教育,加强预防工作。回归人员中的发热者及时血检确诊,规范治疗,对上年间日疟及混合感染病例进行根治。内源性疫点采取综合性防治措施,

杜绝了继发病例的发生^[3]。

流动人口管理工作存在的问题有:① 流动人员趋向不清,多数人缺乏防病意识和防疟知识,缺乏规范性的管理;② 基层流动人员往返频繁,缺乏组织管理,基本情况不清;③ 乡村医生待遇较低,工作积极性差,常延误诊断和外源疟疾病例的上报;④ 专业队伍诊治水平差,确诊率不高。农村卫生院多无血检技术及设施,大批外源性疟疾病例得不到及时诊治。建议:① 全面宣传《传染病防治法》,利用广播、电视、录像、宣传单、黑板报等,普及全民防病防疟知识,恢复村规民约,提高对疟疾的预防和自我保护能力。居民外出时主动购取预防药,到高疟区的人员应做好个人防护,回归后及时咨询和诊治。② 在政府统一领导下,建立管理小组,配一定设备,固定经费。由专业人员对流动人口登记造册,发放预防药物、宣传防护知识;对回归人员及时血检、规范治疗。公安、边防、检疫、卫生等部门互相配合,使流动人口管理工作有序进行。减少疟疾发病。

参 考 文 献

- [1] 杨国静,周晓农,汪天平,等. 江苏省疟疾流行地理信息系统预测模型的研究[J]. 中华预防医学杂志,2002,36:103-105.
- [2] 张宜萱. 云南省 1981-1985 年疟疾暴发性流行原因分析[J]. 中华流行病学杂志,1990,11:24-27.
- [3] 金小林,高琪,张小萍,等. 苏、锡、常三地区流动人口疟疾流行病纵向观察[J]. 中国公共卫生,2000,4:352.

(收稿日期:2002-09-04 编辑:富秀兰)

作者单位:云南省腾冲县卫生防疫站,腾冲 679100