

分布于O₁~O₁₂群的29个血清型。另有10株菌(7.4%)的血清型属于8个已知K抗原与其它O群组合的新菌型(神奈川现象阴性)。从群别看,以O₄群最多(38/30.4),O₁群次之(26/20.8);从型别看,以O₁K₃₂最多(18/14.4),O₅K₁₇次之(10/8.0),O₁~O₅群菌株为108株(80%)。仅具有O群抗原而未检出K抗原的有19株(14.1%)。不同样品的菌型分布未发现有特殊差异。

A Study of Serological Typing Distribution on *Vibrio parahaemolyticus* along the Off-shore of China Tang Shouting, et al., Liaoning Commodity Inspection Bureau, Dalian

Serologic typing of 135 strains of *Vibrio parahaemolyticus* isolated from the off-shore fish, shell-fish, sea-water, seamud and food poisoning patients was studied. The results showed that 106 strains (78.5%) known as OK antigen type or, 29 serotypes ranging from O₁ to 12 groups. The other 10 strains (7.4%) were the new sero-types formed of known K antigen and O group (Kanagawa negative). As for the groups, most of strains were O₄ group (38/30.4) and the second was O₁ group (26/20.8). The majority of the sero-types were O₁K₃₂ (18/14.4)

and O₅K₁₇ (10/8.0). The numbers of strain of O₁-O₅ groups was 108 (80%). 19 strains could be classified as O groups, but no K antigen was detected (14.1%). No special dissimilarity has been found in sero-types distributed over various samples.

参 考 文 献

1. 竹田美文, 三轮谷俊夫. 肠炎ビブリオ. 日本细菌学杂志 1981; 36(4): 617.
2. FDA. Bacteriological Analytical Manual. de 5. Washington, AOAC, 1980; IX-11
3. 日本厚生省环境卫生局. 食品卫生检查指南 II. 第1版. 东京: 中央法规出版, 1978: 199.
4. 寺田友次. 肠炎ビブリオ抗原の血清学的考察. 日本细菌学杂志 1972; 27(1): 35.
5. 唐守亭, 郝士海. 食品中副溶血性弧菌检验方法的实验研究. 全国肠道菌学术讨论会论文汇编. 庐山: 中国微生物学会, 1984.
6. 柳井庆明. 海外旅游者下痢症の细菌学的研究(2). 感染症学杂志 1981; 55(10): 701.
7. 所光男. 肠炎ビブリオ 抗原の血清学的研究. 感染症学杂志 1981; 55(1): 7.

(本项实验承蒙唐山市卫生防疫站提供了部分菌株, 吕可莅、袁立国同志参加了部分血清鉴定工作; 厦门、重庆、青岛、秦皇岛商检局的廖国芳、王定德、任怀秀、付宝莲同志参加了部分菌株的分离工作, 一并致谢)

流脑患者血清血凝、IgG抗体临界水平的观察

阜阳地区卫生防疫站 万俊峰 李斌 孟兆璞 郭玲 李治悦 明贺田 刘奇泉

为了探索流脑患者血清特异性血凝、IgG抗体的阴性界限及保护效价水平, 我们于1985年3~4月, 对流脑患者进行了动态观察。

一、对象及方法: 调查对象为急性期(≤ 3 病日)、恢复期双份血清的血凝抗体(双份血清间隔 ≥ 6 病日)或IgG抗体(双份血清间隔 ≥ 8 病日)呈四倍或以上增长的流脑住院患者。采用间接血凝法(IHA)、ELISA分别检测A群血凝抗体(IHA-Ab)、A群IgG抗体(ELISA-IgG)。

二、结果: 采用容许区间法对34例患者发病时抗体的临界滴度进行分析, 按可信度0.5求得95%的允许区间上限IHA-Ab为1:16, ELISA-IgG为1:8。急性期IHA-Ab滴度 $\geq 1:16$ 的有3例, 恢复期滴度小于1:16的有1例; ELISA-IgG急性期滴度 $\geq 1:8$ 的有3例, 恢复期没有低于1:8的。

三、体会: 如果将急性期IHA-Ab、ELISA-IgG抗体水平95%上限分别定为1:16与1:8, 则假阳性率较高($3/34=8.8\%$); 如果分别提高一个滴度到1:32与1:16, 假阳性率就都降为2.9%(1/34), 假阴性率则分别上升为20.6%(7/34)、5.9%(2/34)。从临床诊断的角度(要求较高的特异性)出发, 发病的临界滴度(阴性界限)分别取1:32与1:16是合适的。但用于流行病学调查如人群抗体水平监测、疫苗效果评价等, IHA-Ab的阴性界限(保护效价的下限)定为1:32则不能认为比1:16更合适, 因为后者的假阴性率是2.9%, 假阳性率亦不高。ELISA-IgG以1:16的滴度作为保护水平的下限用于流行病学调查, 敏感度(94.1%)、特异性(97.1%)都很满意。