

· 临床研究报道 ·

儿童性病病原体感染现状分析

黄美莲¹, 王建萍¹, 孙清¹, 吴旗², 尉庭华², 唐方²

(1. 武汉市儿童医院皮肤科; 2. 武汉市儿童医院遗传室, 湖北 武汉 430016)

【摘要】目的 对儿童性病病原体感染现状进行分析。**方法** 应用多聚酶链式反应技术(PCR), 对3年来具有典型临床症状患儿的眼睑、阴部及尿道口的脓性分泌物同时作3种病原体检测。**结果** 共查出阳性患儿116例, 其中淋球菌(NG)感染率为54.3%, 沙眼衣原体(CT)感染率为14.7%, 解脲支原体(UU)感染率为10.4%, 三者混合感染率为20.7%。女童感染明显高于男童, 而新生儿男女之比无明显差异。**结论** 儿童除淋病外3种病原体的合并感染已成为儿童性病增加的原因之一。

【关键词】 性疾病; 儿童

【中图分类号】 R759 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1008-8830(2000)06-0421-02

近年来, 性传播性疾病(STD)在我国迅速蔓延, 以奈瑟氏淋球菌(NG), 沙眼衣原体(CT)及解脲支原体(UU)和乳头瘤病毒(HPV)感染为主要特征的尿道炎、尖锐湿疣上升尤为突出。儿童尤其是婴幼儿作为无辜受害者其性传播性疾病的低龄化递增率近年较前几年明显增高, 除了数目上升外, 疾病的种类也有所增加, 有的呈混合感染。患病儿童中女童明显高于男童, 儿童尤其是婴幼儿正处在发育阶段, 抵抗力弱, 一旦接触病原, 比成人更容易感染, 且治疗更困难。现将我院门诊1996年4月至1999年5月共3年来具有典型临床症状患儿的眼睑、阴部及尿道口的脓性分泌物同时作三种病原体检测的结果进行分析, 报告如下。

1 材料与方法

1.1 对象

1996年4月至1999年5月, 采集我院皮肤科及眼科门诊新生儿眼睑, 儿童阴部, 尿道口明显的脓性分泌物作PCR检测, 三种病原体检测同步进行, 有阳性结果的共116例。

1.2 临床资料

NG, CT, UU感染患儿的年龄分布状况, 见表1。

就诊年龄及病程: 就诊年龄新生儿性病性眼炎最小为2 d, 最大30 d。女阴炎及尿道炎就诊年龄最

小为出生后2 d(UU感染者), 最大为12岁。病程最短1 d, 最长3个月(为UU感染者)。

患儿家长职业状况及文化程度: 个体经营者占69例, 无职业20例, 工人12例, 农民9例, 干部10例, 打工者4例。初中以下87例, 中专以下29例。

患儿居住地: 在城镇96例, 农村20例, 流动人口8例。

表1 NG, CT, UU感染年龄分布表 例(%)

病原体	新生儿	~3岁	~6岁	~9岁	~12岁	合计
NG	21	14	16	10	2	63(54.3)
CT	9	1	5	1	1	17(14.7)
UU	4	2	2	1	3	12(10.4)
NG+CT	5	0	3	0	1	9(7.8)
NG+UU	5	3	1	1	1	11(9.5)
CT+UU	0	1	1	0	0	2(1.7)
NG+CT+UU	0	0	2	0	0	2(1.7)
合计	44(38)	21(18)	30(26)	13(11)	8(7)	116(100)

1.3 方法

PCR法: NG, CT, UU检测试剂盒由深圳莱博赛实验技术有限公司提供。

2 结果

116例阳性结果者, NG感染63例(54.3%), CT感染17例(14.7%), UU感染12例(10.4%),

〔收稿日期〕 1999-12-08; 〔修回日期〕 2000-03-01

〔作者简介〕 黄美莲(1952-), 女, 大专, 副主任医师, 皮肤科主任。

混合感染 24 例(20.7%),见表 2。

表 2 NG,CT,UU 感染状况 例(%)

病种	外阴炎及尿道炎		新生儿眼炎		合计
	女	男	女	男	
NG	39	2	10	12	63(54.3)
CT	9	0	2	6	17(14.7)
UU	10	0	2	0	12(10.4)
混合感染	11	3	4	6	24(20.7)
合计	69(19.5)	5(4.3)	18(15.5)	24(20.7)	116(100)

3 讨论

近十几年来,由于成人性病病例的不断增加及性病病原体可通过胎盘、围产期、意外、性接触包括性虐待传播,儿童性病也开始发生和增多^[1],且逐年递增。我院 3 年来共检测出 116 例儿童性病,其中淋病为最多,与国内报道基本一致^[1],但非淋病性女阴炎,尿道炎,眼炎的混合感染数也在增加,CT, UU 和 NG 合并 CT 或 UU 感染 53 例(45.7%),其发病率仅次于淋病。而 NG 合并 CT 或 UU 感染 22 例(19.0%),与王泉江等报道的成人三种病原体合并感染率 43.4% 结果不相一致^[2]。这可能是因小儿与成人间的传播途径不同而不同。儿童淋病中的女童明显多于男童,说明由于女童阴道上皮发育不全^[3],阴道上皮细胞缺乏糖原,阴道内缺少乳酸杆菌,不能保持应有的酸度,因而 pH 值偏碱性,适合淋菌感染,所以女童淋菌感染多于男

童。而新生儿主要在分娩时经过感染的产道而受感染,故男女之比就无明显差异。从患病年龄上分析,新生儿性病感染率为 37.9% (44 例),除新生儿外,学龄前儿童感染率为 44.0% (51 例),学龄期儿童感染率为 21.0% (21 例),学龄前儿童较学龄期儿童感染率要高 23.3% (30 例)。从家长职业状况分析,其个体经营者、无职业者占 76.7%。初中及小学文化程度占 75%,与喻昭^[4]报道分析基本一致。说明新生儿至学龄前儿童是成人传播性疾病的直接受害者或易感人群,其性病的发生与成人性病密切相关^[1]。因此控制成人性病的发病是预防儿童传播性疾病的根本措施,对阴部、尿道口和新生儿眼部有脓性分泌物者应常规作 NG,CT,UU 三种病原体的检查,对家庭患者及社会环境中污染物的消毒处理,防止儿童与性传播性疾病者的间接接触能有效预防儿童性病的发生。

[参 考 文 献]

- [1] 邵长庚,林元珠.我国儿童性病的防治[J].中华皮肤科杂志,1996,29(6):387-390.
- [2] 王泉江.PCR 检测淋病患者泌尿生殖道沙眼衣原体和解脲支原体的结果分析[J].临床皮肤科杂志,1996,25(3):146-147.
- [3] 叶干运.性病防治手册[M].第2版.南京:江苏科学技术出版社,1994,35-36.
- [4] 喻昭.150 例性传播疾病分析[J].中国皮肤性病学杂志,1990,4(3):164-165.

(本文编辑:吉耕中)

(上接第 420 页)

3 讨论

闷热综合征患儿由于缺氧窒息,使血糖升高,发生应激性高血糖,一般认为患儿在应激反应中由于糖皮质激素、胰高血糖素、儿茶酚胺、生长激素等的过度分泌以及由此而造成的胰岛素拮抗,是应激性高血糖发生的主要原因^[1]。本文 26 例闷热综合征患儿应激性高血糖的发生率为 84.6%,且死亡组患儿血糖明显高于预后良好组。因此,我们认为,闷热综合征患儿血糖值可作为监测病情危重程度以及预测其预后的一项重要指标,而临床医生在闷热综合

征的治疗过程中应严格控制外源性含糖液的输入,目前一些医院在抢救危重患儿时多使用 GNK 生理维持液(10% 葡萄糖 100 ml 中含 0.2 g 氯化钠,0.17 g 氯化钾),在治疗闷热综合征应激性高血糖时糖的浓度显然过高,应将葡萄糖浓度由 10% 改为 5%,更不能单独应用高渗性葡萄糖,此点应引起临床医生的重视。

[参 考 文 献]

- [1] 刘希红,胡克恒,朱德志,等.危重患儿糖代谢紊乱及其调节激素变化的研究:附 80 例报告[J].临床儿科杂志,1996,14(6):374.

(本文编辑:吉耕中)