

素、红霉素和头孢西丁的耐药率无明显变化趋势,但其耐药性均极其严重,均不适合用于治疗 MRSA 引起的感染。克林霉素用于治疗 MRSA 感染^[6]得到临床的认可,研究中发现其目前耐药率大于 80,经 Cox-Staurt 趋势检验分析其耐药率在近 5 年中呈不断上升的趋势($\chi^2=4.16, P=0.041$),这一结果提示我们该药在十堰地区已不能够用于 MRSA 感染的治疗。葡萄球菌对大环内酯-克林霉素-链阳性霉素 B(MLBb) 抗菌药物的耐药机制有 3 种: mrsA 基因编码主动外排的泵出机制、erm 基因编码的核糖体结构变异和核糖体可诱导变异。由 erm 基因编码的 23S rRNA 甲基化引起的大环内酯类诱导耐药耐药报道较多^[7-8],这种耐药表型为对红霉素耐药,而对克林霉素敏感,研究中克林霉素的耐药机制与报道中的不太一致,其确切原因有待进一步研究。

本次调查结果表明,十堰地区 5 年来 MRSA 菌株量逐年增多,MRSA 检出率基本保持稳定;对常用抗菌素呈多重耐药性,且耐药率极高。因此应加强对 MRSA 耐药率的监测,合理选抗菌药物,从而减少 MRSA 的产生和传播。

参考文献

[1] 马萍,张秀梅,聂庆东,等. 社区医院与三级综合医院 MSSA 与
• 经验交流 •

MRSA 的耐药率比较[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(13): 1610-1612.
[2] 林璇,郭燕艺,甘明秀,等. 2008~2010 年 MRSA 目标监测与干预效果[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(20): 4217-4219.
[3] 朱德妹,汪复,胡付品,等. 2010 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2011, 11(5): 321-329.
[4] 万向农,胡建华,黄建平,等. 米诺环素对耐甲氧西林葡萄球菌体外抗菌活性分析[J]. 实验与检验医学, 2010, 28(2): 60.
[5] 郭远瑜,沈利蒙,楚旭,等. 2006~2010 年浙江省萧山区金黄色葡萄球菌临床分离与耐药变迁[J]. 疾病监测. 2012, 27(2): 117-120
[6] 肖永红. 美国感染病学会耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染治疗指南要点[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2011, 3(2): 53-57.
[7] 王群,吕火祥,杨央,等. 甲氧西林耐药与敏感金黄色葡萄球菌克林霉素诱导耐药的的分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(5): 855-857.
[8] 杨云,李浩,赵克斌. 甲氧西林耐药葡萄球菌诱导克林霉素耐药分析[J]. 山西医药杂志, 2011, 40(3): 290-291.

(收稿日期:2012-10-14)

高龄孕妇 TORCH 检测与唐氏筛查联合应用对预防出生缺陷的意义

周再稳¹,林 玉¹,肖 华^{2△}

(1. 湖北省团风县人民医院,湖北黄冈 438800;2. 湖北省黄冈市中心医院,湖北黄冈 438000)

摘要:目的 提高人口出生素质,预防和减少出生缺陷的发生,探讨本地区高龄孕妇 TORCH 与唐氏筛查联合检测的临床意义。**方法** 对 2011 年 1 月至 2012 年 8 月来本院妇科门诊的 96 例高龄孕妇在孕早期及孕中期分别进行 TORCH-IgM 和唐氏筛查检测。**结果** 96 例高龄孕妇中, TORCH-IgM 抗体总阳性 7 例,阳性率为 7.28%,其中 TOX-IgM、RV-IgM、HSV-Ⅱ-IgM 检出率均为 2.08%,CMV-IgM 检出率为 1.04%;唐氏筛查高危孕妇 4 例,检出率为 4.17%,其中 2 例伴有 TOX-IgM 阳性,1 例伴有 RV-IgM 阳性。**结论** 高龄孕妇在孕早期及孕中期分别进行 TORCH-IgM 检测与唐氏筛查是有必要的,二者联合是进行产前干预的有效方法,能够降低不良妊娠和出生缺陷的发生率,对提高优生优育水平有着积极的意义。

关键词: 高龄孕妇; TORCH-IgM; 唐氏筛查; 出生缺陷

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.04.046 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2013)04-0482-02

出生缺陷也叫先天异常,主要指婴儿出生前因发育紊乱引起的形态、结构、功能、代谢、精神、行为等方面的异常,形态结构异常表现为先天畸形,生理功能和代谢缺陷常导致先天性智力低下。TORCH 检测主要包括弓形虫(TOX-IgM)、风疹病毒(RV-IgM)、巨细胞病毒(CMV-IgM)、单纯疱疹病毒(HSV-II-IgM)。孕妇感染 TORCH,可引起流产、早产、死胎、胎儿畸形以及新生儿智力障碍。唐氏筛查是通过抽取孕妇血清,检测母体血清中 AFP、β-HCG 和和 uE3 的浓度,并结合孕妇的预产期、年龄、体重和采血时的孕周等,计算出唐氏儿(也就是先天愚笨)的危险系数。唐氏儿由于智力严重低下,生活完全不能自理,并且携带多系统并发症,终生无法治愈,给家庭和社会带来沉重的负担。因此,近年来 TORCH 检测与唐氏筛查越来越受到人们的重视。本文调查了 96 例高龄孕妇在不同孕期进行 TORCH-IgM 与唐氏筛查联合检测情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月至 2012 年 8 月在本医院妇科门诊

接受孕期检查的孕妇 96 例,年龄均在 35 岁以上。于孕早期(头 3 个月以内)及孕中期(16~18 周)各采集静脉血 5 mL,分别进行 TORCH-IgM 和唐氏筛查检测。唐筛检测的孕妇须认真填写知情同意书及个人相关资料。

1.2 试剂来源 TORCH-IgM 检测试剂由北京贝尔生物工程有限公司生产;唐筛项目 AFP、β-HCG 及 uE3 检测试剂由美国贝克曼公司提供。

1.3 仪器和方法 深圳汇松 MB-580 型酶标仪、PW-960 型洗板机,美国贝克曼 Access-2 型全自动化学发光分析仪及风险估算配套分析软件。TORCH-IgM 检测采用酶联免疫吸附试验(ELISA 法),严格按试剂盒使用说明书操作,检测结果均在仪器上判读。唐筛项目检测采用化学发光法,计算出风险系数,临界值为 1/380,大于为高危,小于则为低危。

2 结 果

96 例高龄孕妇 TORCH-IgM 及唐氏筛查检测结果见表 1。96 例高龄孕妇中, TORCH-IgM 抗体总阳性率为 7.28%

△ 通讯作者, E-mail: 57745280@qq.com。

(7/96),其中 TOX-IgM、RV-IgM 及 HSV-Ⅱ-IgM 检出率均为 2.08%(2/96),CMV- IgM 的检出率为 1.04%(1/96);唐氏筛查结果显示,高危孕妇 4 例,占筛查总数的 4.17%(4/96),其中 2 例伴有 TOX-IgM 阳性,1 例伴有 RV-IgM 阳性。

表 1 96 例高龄孕妇 TORCH-IgM 和唐氏筛查检测结果(n=96)

检测项目	阳性数	检出率(%)
TORCH-IgM	7	7.28
TOX-IgM	2	2.08
RV-IgM	2	2.08
CMV-IgM	1	1.04
HSV-Ⅱ-IgM	2	2.08
唐氏筛查高危	4	4.17

3 讨 论

TORCH 是一组引起胎儿宫内感染并致畸或发育异常病原体,是导致出生缺陷的重要原因。TORCH-IgM 抗体阳性表示正处在感染期,可作为孕前和孕期筛查的重要指标^[1]。从表 1 中可以看出,本地区高龄孕妇 TOX-IgM、RV-IgM、CMV-IgM、HSV-Ⅱ-IgM 的检出率虽然与崔君兆^[2]文南报道的 TOX-IgM 阳性率为 2.80%,CMV- IgM 阳性率为 1.93%,RV-IgM 阳性率为 2.36%,HSV-Ⅱ-IgM 阳性率为 3.0%相比较略低,但 TORCH-IgM 抗体总阳性率为 5.21%,与我国育龄妇女 TORCH-IgM 感染在 3%~8%相吻合^[3],是不容忽视的。高龄孕妇因机体免疫功能减退,个人卫生防护意识不强,孕早期感染居多,且垂直传播胎儿概率相对较大,使胎儿受损严重。因此,高龄孕妇在孕早期进行 TORCH 检测是非常有必要的,对 TORCH-IgM 阳性孕妇可结合定量 PCR 技术进一步确诊,必要时可终止妊娠^[4];同时应积极治疗,待 TORCH-IgM 转阴后再考虑怀孕,降低宫内感染的风险。

唐氏筛查是一种通过经济、简便和无创伤的检测方法,筛查出唐氏综合症患儿(先天愚型)。唐氏综合症是一种偶发性染色体疾病,所以每一个怀孕的妇女都有可能生出“唐氏儿”,且生“唐氏儿”的概率会随着孕妇年龄的递增而升高^[5]。表 1

• 经验交流 •

显示,筛查出高危孕妇 4 例占 4.17%,但筛查结果并不能代替诊断,只表明孕妇怀有唐氏儿的几率较高,应在医生指导下进一步做羊水穿刺和胎儿染色体检查,最后作出是否异常的诊断^[6],必要时选择终止异常妊娠,避免“唐氏儿”的出生。因此,35 岁以上的高龄孕妇进行唐氏筛查很有必要,它既能缩小羊水检查的范围,又不会遗漏可能怀有“唐氏儿”的孕妇,做到防范于未然。

另外,本文筛查 4 例高危孕妇中,伴有 TORCH-IgM 抗体阳性孕妇共 3 例,占高危孕妇的 75%(3/4)。结果显示,TORCH-IgM 检测与唐氏筛查具有较高的一致性与吻合性,且两种方法的检测时间分别为孕早期与孕中期,二者相互补充,相互支持,为高龄孕妇产前诊断出生缺陷提供强有力的证据。

综上所述,高龄孕妇在孕早期及孕中期分别进行 TORCH-IgM 检测与唐氏筛查具有重要意义,二者联合检测是进行产前干预的有效方法,能最大限度的降低不良妊娠和出生缺陷的发生率。同时,应加强对高龄孕妇的宣传教育,避免和减少易感因素的接触,并采取有效的防治措施,阻断母婴传播,减少病残儿的出生率,对提高人口出生素质及优生优育水平有着积极的意义。

参考文献

[1] 严银芳,杨小清. 武汉地区妊娠和育龄妇女抗 TORCH-IgM 分析[J]. 疾病控制杂志,2002,6(1):36.
[2] 崔君兆. 孕妇感染致出生缺陷病因诊断及其防治[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,1999:253-283.
[3] 董兆文,武昆,阎英地. 母婴传播疾病[M]. 北京:科学技术文献出版社,2004:224.
[4] 杨树法,李洋远,曾甲子,等. 孕前以及妊娠妇女 TORCH 感染状况分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(4):385-386.
[5] 廖世秀. 甲胎蛋白、游离雌三醇及绒毛膜促性腺激素测定在产前诊断唐氏综合征中的应用[J]. 中华妇产科杂志,1997,11:655-658.
[6] 袁晖. 孕妇血清 PAPP-A、AFP、Fβ-HCG、μE3 联合筛查法在产前诊断中的应用[J]. 中国优生与遗传杂志,2004,12(4):46-47.

(收稿日期:2012-10-11)

嗜麦芽寡养单胞菌的临床分布与耐药率分析

巫素婷,林定忠[△],曾 影

(广东省惠州市第六人民医院,广东惠州 516211)

摘 要:目的 了解嗜麦芽寡养单胞菌(Sma)临床分布及耐药情况,以指导临床医师更好地进行抗感染治疗。方法 对 2011~2012 年临床送检标本 Sma 的分布及耐药率进行回顾性统计分析。结果 共分离 Sma 180 株,主要分离自痰液标本,占 53.0%和 ICU 病房,占 75.0%,Sma 对复方磺胺、头孢哌酮/舒巴坦、替卡西林/棒酸耐药率低,为分别为 0.0%、6.0%、2.0%;对亚胺培南、氨基糖苷类的耐药率为 100.0%;对其他大多数抗菌药物也呈现不同程度的耐药。结论 Sma 对常用的抗菌药物耐药率较高,应加强对该菌的监测,防止扩散与传播,合理使用抗菌药物。

关键词:嗜麦芽寡养单胞菌; 医院感染; 药物耐受性; 抗菌药

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.04.047 文献标识码:B 文章编号:1673-4130(2013)04-0483-03

嗜麦芽寡养单胞菌(stenotrophomonas maltophilia, Sma) 为革兰阴性需养非发酵菌,是引起医院感染的重要病原菌之

[△] 通讯作者,E-mail:Lingling zhong@126.com。