

• 临床研究 •

741 例孕期妇女甲状腺功能状况调查^{*}陈志英¹, 刘超梅², 王晶晶³, 孟和¹

(1. 解放军第 253 医院免疫室, 内蒙古呼和浩特 010051; 2. 解放军第 253 医院防染科, 内蒙古呼和浩特 010051; 3. 内蒙古军区防疫大队, 内蒙古呼和浩特 010051)

摘要:目的 了解呼和浩特地区孕期妇女甲状腺功能状况。方法 选择既往无甲状腺功能异常的孕期妇女 741 例, 该地区生活 3 年以上, 采用罗氏 e411 电化学发光免疫测定仪及与仪器配套的罗氏试剂测定: 血清促甲状腺素(TSH)、游离甲状腺素(FT4)、TPO-Ab, 对阳性结果进行二次复检并加测其余四项: FT₃、T₃、T₄、TgAb。结果 就 TSH 而言, 蒙古族组与汉族组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 蒙古族组有一项及一项以上异常共 90 例, 占该组 45.9%; 汉族组有一项及一项以上异常共 200 例, 占该组 36.7%。结论 该区孕期妇女甲状腺异常率达 39.14%, 及时定期检测甲状腺功能非常必要, 对异常者适时干预, 从而保障孕母孕产安全, 优生优育。

关键词:孕产妇; 蒙古族; 甲状腺功能**DOI:**10.3969/j.issn.1673-4130.2015.15.060**文献标识码:**A**文章编号:**1673-4130(2015)15-2262-02

妊娠合并甲亢是产科常见的妊娠并发症之一, 因其高代谢率使机体处于负氮平衡及交感神经兴奋性增加, 对母婴危害极大, 若处理不当可致胎儿甲亢、畸形、死胎, 母亲甲亢危象等, 故提倡早期诊断, 早期治疗。正常妊娠的妇女可出现类似于甲状腺功能亢进症的临床表现, 如多汗、怕热、食欲增加、心率加快及脾气急躁等, 而要区分是妊娠本身的代谢变化还是合并甲状腺功能亢进症, 孕产期定期检查甲状腺功能就显得尤为重要, 妊娠期血清促甲状腺素(TSH)异常减低或血清游离甲状腺素(FT4)血浆浓度高于正常值即可诊断为妊娠合并甲状腺功能亢进症。孕期妇女有轻度甲状腺功能减低会影响其胎儿的发育, 特别是神经系统的发育。本调查选择常住呼和浩特市的蒙、汉族孕期妇女, 对其甲状腺功能特点进行调查和阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 12 月至 2013 年 11 月来本院体检的自然受孕、处于孕 14~16 周的蒙古族组妇女 196 例, 年龄 18~40 岁, 平均 27.6 岁, 选相同孕期汉族组妇女 545 例, 平均 26.3 岁, 两组年龄构成比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 本区生活 3 年以上, 自述无甲状腺疾病家族史及无既往甲状腺紊乱史, 除外肝胆、心肾、肺部等疾患者。

1.2 仪器与试剂 采用罗氏 e411 电化学发光免疫测定仪及与仪器配套的罗氏试剂。

1.3 方法 清晨 7~8 点抽取空腹静脉血 4 mL, 分离血清。测定血清 TSH、FT4、TPO-Ab, 试剂盒常规定标并在有效期内, 质控在控, 操作严格按试剂盒、仪器说明书要求进行同时间检测。3 h 内测定完毕, 对阳性结果进行二次复检并加测其余四项。TPO-Ab 是筛查来自自身免疫性甲状腺异常。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 *t* 检验; 率及例数分布用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

共检测蒙古族、汉族孕产妇血清 741 人次, 其 TSH 中位数为 1.964 mU/L, 范围是 0.05~10.640。蒙古族与汉族比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。在 741 例中一项及一项以上异常共 290 例, 平均异常率 39.14%: 其中蒙古族组有一项及一项以上异常共 90 例, 占该组 45.9%; 其中 A-TPO 异常 50 例, TSH 异常 36 例(18.36%): 低于正常 4 例、高于正

常 32 例; FT4 异常 28 例: 低于正常 26 例、高于正常 2 例。汉族组有一项及一项以上异常共 200 例, 占该组 36.7%: 其中 A-TPO 异常 105 例, TSH 异常 80 例(14.7%): 低于正常 10 例、高于正常 70 例; FT4 异常 135 例: 低于正常 130 例、高于正常 5 例。

表 1 孕产妇血清的 TSH 水平

组别	检测例数(n)	范围(mU/L)	中位数(mU/L)
蒙古族组	196	0.117~9.668	1.879
汉族组	545	0.210~8.510	1.017
合计	741	0.05~10.640	1.964

3 讨 论

甲状腺激素对人体的生长、成熟, 对神经系统与心血管系统的功能状态进行调节或促进, 调节全身的新陈代谢, 促进组织氧化和产热作用^[1]。妊娠合并甲状腺功能亢进症对妊娠结局的影响取决于其代谢是否得到控制。妊娠合并甲亢患者的血清甲状腺素水平增高, 可使神经、肌肉兴奋性增高, 影响三羧酸循环的氧化磷酸化过程, 甲状腺激素过高可导致机体耗氧、去甲肾上腺素和血管紧张素增加, 致血管痉挛引起子痫前期重度; 甚至可诱发收缩性心力衰竭, 可致胎盘血供不良, 引起胎儿生长受限及急、慢性胎儿窘迫; 子痫前期重度病情控制不良或合并收缩性心力衰竭均须提前终止妊娠。不良的妊娠结局, 否则导致早产^[2]、产后出血、低体质量儿发生率相应升高。早孕反应有恶心、呕吐、体质量下降等, 这些症状类似甲亢症状, 妊娠妇女甲状腺有生理性肿大, 也易与甲亢早期混淆, 注意鉴别。

妊娠合并甲状腺功能亢进症对新生儿的影响还包括新生儿甲状腺功能异常的发生或新生儿畸形的发生。经控制的妊娠合并甲状腺功能亢进症的孕产妇, 甲状腺功能亢进症对母婴无明显影响。

先天性甲状腺功能低下的诊断, 成功的干预, 以及预防, 都需要对母儿的甲状腺功能有充分的了解。妊娠期, 由于母儿双方甲状腺参数会发生改变, 加之在诊断上的受限和抗甲状腺药物通透性等状况, 通过测定血清甲状腺激素水平, 能准确了解妊娠期母体甲状腺功能状态及由此对胎儿和母体的影响, 从而

* 基金项目: 内蒙古自治区卫生厅医疗卫生科研计划项目(2010235)。

提供合理诊治依据。

本研究选择同年龄段两组对象进行观察,分析结果显示在 741 例中平均异常率 39.14%,以 TSH 低下共 14 例,总阳性(甲亢)率 1.89%,高于南宁同类报道^[3]。蒙古族组甲状腺功能异常率显著高于平均水平及汉族组的水平;蒙古族组 TSH 水平异常率亦显著高于汉族组的。本区孕期妇女甲状腺异常率高达 39.9%,无论蒙古族或汉族均应及时定期检测甲状腺功能非常必要,对异常者适时干预^[4],加之孕早期维持适度碘营养状态^[5-6],从而保障孕母孕产安全,优生优育。

参考文献

- [1] 林其德. 现代生殖免疫学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 249.
- [2] 蒲慧然, 车秀英, 陈燕. 妊娠合并甲状腺功能亢进症的临床诊疗体

· 临床研究 ·

会[J]. 临床合理用药, 2014, 7(5): 166-167.

- [3] 张丽华. 妊娠合并甲状腺功能亢进症 45 例临床分析[J]. 基层医学论坛, 2009, 13(10): 333-334.
- [4] 秦亦芳. 妊娠合并甲状腺功能亢进症 36 例临床分析[J]. 临床合理用药, 2014, 7(5): 124-125.
- [5] 王绵, 张力辉, 苏胜偶. 2013 年内分泌代谢领域进展[J]. 临床荟萃, 2014, 29(3): 268-269.
- [6] 魏生英, 文海, 熊传龙, 等. 缺碘地区食盐加碘后孕产妇碘营养及甲状腺功能的观察[J]. 中国地方病学杂志, 2003, 22(6): 532-533.

(收稿日期: 2015-05-18)

2010~2012 年某院病原菌分布及耐药性变迁

李英, 邓文平, 张世勇

(重庆市涪陵中心医院检验科, 重庆 408000)

摘要: 目的 分析 2010~2012 年某院病原菌分布及耐药性变迁, 为临床合理运用抗菌药物提供参考。方法 回顾性分析该院 2010~2012 年 12 752 份送检标本, 按照《全国临床检验操作规程》第 3 版进行分离培养, 通过美国 DADE 公司生产的 MicroScanA/S-4 系统进行细菌鉴定及药敏分析, 统计病原菌分布及耐药性变迁。结果 共分离 5 395 株病原菌, 主要来自呼吸道分泌物, 主要分布在 ICU、呼吸科、脑外科、儿科等病区, 以 G⁻ 菌为主, 占 75.70%~77.34%, 居前四位的为鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌, G⁺ 菌以金黄色葡萄球菌为主。主要非发酵革兰阴性杆菌对碳青霉烯类耐药率达 32.5%~73.68%, 其中鲍曼不动杆菌对常用抗菌药物呈现不同程度高耐药性。主要肠杆菌科对碳青霉烯类耐药率为 0.46%~4.4%。主要 G⁺ 菌对万古霉素耐药率低, 在 0%~5.56% 变化, 其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌在 38.38%~58.02% 间波动。2012 年检出 3 株耐万古霉素的粪肠球菌。结论 近 3 年主要病原菌变化不明显, 细菌耐药形势不容乐观, 建议考虑根据细菌药敏特点, 合理运用抗菌药物。

关键词: 病原菌; 耐药; 抗菌药物

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2015.15.061

文献标识码: A

文章编号: 1673-4130(2015)15-2263-03

细菌耐药问题已经日益成为临床感染的一个突出问题, 院内感染越来越受到重视, 且是导致重症患者病死率增加的主要危险因素。近年来由于侵入性的操作和高级广谱抗菌药物的不合理使用, 院内感染病原菌谱组成可能有所改变, 现回顾 2010~2012 年某院感染病原菌分布及其耐药情况, 为临床合理运用抗菌药物提供参考。

1 材料与方法

1.1 标本来源 回顾性分析某院 2010~2012 年 12 752 份送检标本, 5 395 份阳性标本纳入分析统计。其中呼吸道分泌物包括痰、纤支镜灌洗液和纤支镜吸引物等; 尿液留取中段尿; 导管尖端包括静脉导管尖端, 腹腔引流导管尖端等。

1.2 仪器与试剂 采用美国 DADE 公司生产的 MicroScanA/S-4 系统进行细菌鉴定及药敏分析, 鉴定和药敏板使用配套诊断试剂。

1.3 方法 12 752 份标本在无菌操作下采取, 按照《全国临床检验操作规程》第 3 版对标本进行分离、培养。质控菌株由重庆市临床检验中心提供, 包括大肠埃希菌(ATCC25922), 铜绿假单胞菌(ATCC27853) 及金黄色葡萄球菌(ATCC25923)。

1.4 统计学处理 统计数据由 WHONET5.6 版系统软件完成。

2 结果

2.1 病原菌来源病区分布 主要分布在 ICU、呼吸科、脑外

科、儿科等病区, 见表 1(见《国际检验医学杂志》网站主页“论文附件”)。

2.2 病原菌来源标本分布 以呼吸道分泌物为主, 见表 2(见《国际检验医学杂志》网站主页“论文附件”)。

表 3 2010 年 1 月至 2012 年 12 月病原菌分布[n(%)]

病原菌	2010 年	2011 年	2012 年
G ⁻ 菌	1 147(77.34)	1 084(75.70)	1 917(77.30)
鲍曼不动杆菌	266(17.94)	192(13.41)	333(13.43)
铜绿假单胞菌	207(13.96)	160(11.17)	344(13.87)
大肠埃希菌	217(14.63)	184(12.85)	363(14.64)
肺炎克雷伯菌	186(12.54)	259(18.09)	408(16.45)
阴沟肠杆菌	55(3.71)	50(3.49)	114(0.04)
其他 G ⁻ 菌	216(14.57)	239(16.90)	355(14.31)
G ⁺ 菌	192(12.95)	237(16.55)	505(20.36)
金黄色葡萄球菌	61(4.11)	99(6.91)	235(9.48)
粪肠球菌	29(1.96)	37(2.58)	72(2.90)
溶血性葡萄球菌	24(1.62)	18(1.26)	46(1.85)
表皮葡萄球菌	14(0.94)	36(2.51)	49(1.98)
屎肠球菌	22(1.48)	27(1.89)	39(1.57)