

Mental Health Surveys[J]. JAMA, 2004, 291(21):2581.

[5] Waraich P, Goldner EM, Somers JM, et al. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature[J]. Can J Psychiatry, 2004, 49(2):124.

[6] 石其昌, 章健民, 徐方忠, 等. 浙江省 15 岁及以上人群精神疾病流行病学调查[J]. 中华预防医学杂志, 2005, 39(4):229.

[7] 周衍椒, 张镜如. 生理学[M]. 3 版. 北京. 人民卫生出版社, 1992:75.

[8] 刘玉莲, 姚秀钰, 张红彩. 心境障碍患者病耻感与自尊水平的相关性研究[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(12): 839-840.

(收稿日期:2012-05-27 修回日期:2012-11-19)

• 临床研究 •

临床念珠菌感染的分布及药敏结果分析

谭雪峰, 张秀芳, 柴杰, 汪丛祥(安徽省亳州市人民医院检验科 236800)

【摘要】 目的 对临床送检标本分离出的念珠菌进行细菌分布及药敏结果分析, 为临床用药提供参考依据。
方法 把待检标本接种于血平板、巧克力平板、科马嘉平板培养基, 经涂片染色发现孢子或菌丝时对本标本进行分纯, 用法国生物梅里埃公司生产的 VITEK2 细菌鉴定仪和 ATB Fungus 3 念珠菌药敏板进行念珠菌的鉴定和药敏检测。
结果 3 630 份标本共分离出念珠菌 276 株, 以白色念珠菌的检出率最高, 共 187 株, 占 67.8%; 其次为热带念珠 38 株, 占 13.8%, 所致的临床感染主要为肺部感染(79%), 其次为泌尿道(5.1%)、生殖道(2.9%)。药敏结果敏感率由高到低为: 5-氟胞嘧啶 96.7%、两性霉素 B 96.7%、伏立康唑 70.3%、氟康唑 68.1%、伊曲康唑 66.7%。
结论 临床存在抗真菌药物耐药菌株, 应加强念珠菌的临床检测和耐药性监测工作, 以指导临床合理用药。

【关键词】 念珠菌; 感染; 耐药性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.04.030 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)04-0444-02

念珠菌是临床上常见的条件致病菌, 由于临床大量抗生素、免疫抑制剂、激素、化疗药物及插管等各种侵入性治疗方法的采用^[1-2], 使得念珠菌感染日益增多, 尤其会成为血液病、肿瘤、免疫缺陷病、器官移植、烧伤及早产儿等特殊人群的重要并发症和致死病因。随着抗真菌药物的应用, 使真菌耐药性问题日趋严重。定期对真菌的临床分布及耐药性进行监测和分析, 对指导临床合理用药有着重要意义。笔者对本院 2011 年 7 月至 2012 年 4 月临床送检各种感染患者的标本进行念珠菌培养及体外药敏实验, 现将实验结果报道如下。

1 材料与方 法

1.1 标本来源 2011 年 7 月至 2012 年 4 月本院患者的各种送检标本, 共分离出念珠菌 276 株。

1.2 质控菌株 白色念珠菌 ATCC9002。

1.3 试剂 血平板、巧克力平板、科马嘉平板培养基均购自郑州博赛生物技术有限公司。

1.4 仪器 VITEK2 细菌鉴定仪和 ATB Fungus 3 念珠菌药敏板购自法国梅里埃生物技术公司。

1.5 检验方法 按照《全国临床检验操作规程》第三版进行分离培养, 采用 VITEK2 鉴定系统进行菌种鉴定。标本接种于血平板、巧克力平板、科马嘉平板 35℃ 培养 24 h, 出现酵母样菌落, 涂片革兰染色镜下见酵母样菌出现, 挑取酵母样菌落用无菌生理盐水 3ml 配成浓度范围在 1.88~2.20 个麦氏单位的菌悬液, 编号放入 VITEK2 仪器中 24 h 后报鉴定结果, 科马嘉显色平板结果作参考; 另配制浓度范围在 1.88~2.20 个麦氏单位的真菌菌悬液加入 ATB 3 Fungus 念珠菌药敏板, 置于 35℃ 孵育 24 h 后报药敏结果。

2 结 果

2.1 念珠菌检出情况及临床标本分布 2011 年 7 月至 2012 年 4 月共检各类细菌标本 3 630 份, 检出念珠菌 276 株, 检出率 7.6%。276 株念珠菌所致感染, 主要为肺部感染, 痰标本共

检出 218 株(79%)。中段尿 14 株(5.1%); 分泌物 8 株(2.9%); 血液 6 株(2.2%); 咽拭子 5 株(1.8%); 大便 4 株(1.4%); 其他标本 21 株(7.6%)。

2.2 276 株念珠菌的感染科室分布 呼吸内科 79 株(28.6%); 普儿科 34 株(12.3%); 普内科 24 株(8.7%); 新生儿监护室 21 株(7.6%); 重症监护室 19 株(6.9%); 肿瘤科 18 株(6.5%); 其他科室 81 株(29.4%)。

2.3 念珠菌的菌种分布 检出的 276 株念珠菌中, 以白色念珠菌为主, 共 187 株, 占 67.8%; 其次为热带念珠 38 株, 占 13.8%; 近平滑念珠菌 20 株, 占 7.2%; 克柔念珠菌 11 株, 占 4.0%; 光滑念珠菌 7 株, 占 2.5%; 其他念珠菌 13 株, 占 4.7%。

2.4 念珠菌的药敏结果 276 株念珠菌对 5 种抗真菌药物的药敏结果, 见表 1。

表 1 276 株念珠菌的药敏结果(%)

菌名	株数	5-氟胞嘧啶	两性霉素 B	氟康唑	伊曲康唑	伏立康唑
白色念珠菌	187	98.9	98.9	73.3	71.4	72.2
热带念珠菌	38	100.0	98.7	44.2	39.0	42.9
近平滑念珠菌	20	95.0	95.0	90.0	87.5	92.5
克柔念珠菌	11	62.5	70.8	16.7	12.5	29.2
光滑念珠菌	7	85.7	85.7	50.0	57.1	71.4
其他念珠菌	13	95.8	95.8	91.7	91.7	95.8

3 讨 论

念珠菌是健康人体表、上呼吸道、胃肠道及阴道的定植菌之一。当机体免疫力下降时, 念珠菌可侵袭人体许多部位引起念珠菌感染, 尤其是深部真菌感染和真菌性血流感染的发病率和病死率逐年增高, 严重威胁患者的生命。本次研究显示, 本院感染的念珠菌以白色念珠菌为最多见占 67.8%, 其次为热带念珠菌占 14.8%, 与文献报道一致^[3], 其原因可能与这两种

菌对宿主细胞有很强的黏附性和菌丝不能被吞噬有关^[4]。

276 株念珠菌来源于不同标本,其中痰标本占 79%,明显高于文献报道^[5]。念珠菌是口腔、咽喉等上呼吸道部位的主要定植菌之一,仅仅从痰中培养出念珠菌不能确定为真菌感染,必须按照痰液标本留取的正确方法严格留取标本,此外还需要结合临床症状和体征作出诊断。其他标本的念珠菌检出率较低,尤其是大便标本 1.3%,考虑由于临床大便标本送检率低所致,低于文献报道^[6],应该引起临床医生对消化道真菌感染足够的重视。276 株念珠菌中自患者血液分离的有 13 株,念珠菌血症多发生于临床免疫功能低下、长期应用免疫抑制剂、胃肠肿瘤术后及内置导管、透析等具有高危因素的患者^[7],以上患者机会性真菌病的发生率增加,提示相关科室要注意真菌血流感染的可能性。

医院真菌感染患者多分布于呼吸科、儿科与普内科。究其原因,呼吸科患者因病情控制需要,使用广谱抗菌药物的频率较高,且较多患者接受气管插管和呼吸机以及肺穿刺等侵入性治疗手段,真菌感染概率高;普内科患者常因脑梗死、脑出血等疾病采取内科或手术治疗后,增加了真菌感染的机会,同时因长期卧床及病情发展引起的继发感染,临床大量抗生素应用使得真菌有机可乘;而普儿科患者年龄偏小,抵抗力低下,常因呼吸道感染治疗后反复发作,致使长期应用抗生素后抵抗力更低。

5 种抗真菌药物体外药敏试验结果表明,两性霉素 B 和 5-氟胞嘧啶抗真菌有良好的效果。但它们并不是临床治疗真菌的首选药物,因为两性霉素 B 易引起输液反应及毒副作用,尤其是肾损害严重,应根据患者病情慎重用药;5-氟胞嘧啶治疗念珠菌单独用药很快产生耐药性,因此主张联合用药,5-氟胞嘧啶与多种药物有良好的联合协同效用^[8]。氟康唑、伊曲康唑

和伏立康唑对白色念珠菌的敏感率较低分别为 73.3%、71.4% 和 72.2%,考虑临床存在氟康唑、伊曲康唑和伏立康唑耐药株,不能作为临床经验用药。所以微生物室应及时鉴定念珠菌菌种及药敏结果,争取达到早期发现真菌感染,早期诊断,早期治疗,合理选择用药,对临床抗真菌感染治疗有着重要的指导意义。

参考文献

- [1] 邓婕,吴京宇,宋洪涛. 228 例医院真菌感染患者调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(11): 2369-2371.
- [2] 张文,汪平帮,邓红丽. 420 例院内真菌感染情况及药敏分析[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(3): 282-283.
- [3] 黄承乐,班副植,丁凯宏. 医院真菌感染现状分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(1): 188-189.
- [4] 郭仁勇,陈瑜. 白色念珠菌聚苯乙烯黏附增强基因的研究进展[J]. 国际医学检验杂志, 2009, 30(11): 1091-1092.
- [5] 毕红琳,罗卓跃,徐升强. 医院念珠菌感染的流行病学调查[J]. 数理医药学杂志, 2011, 24(2): 203-204.
- [6] 王燕,余占明,高文丽. 临床常见念珠菌的菌种分布及药敏分析[J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(7): 59, 78.
- [7] 王艳玲,张丹晔,孙继梅,等. 血液真菌感染的菌群分布及耐药性分析[J]. 中国医科大学学报, 2011, 40(2): 175-177.
- [8] 张秀珍,朱德妹. 临床微生物检验问与答[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 333, 559.

(收稿日期:2012-06-22 修回日期:2012-10-19)

• 临床研究 •

血清 3 项肿瘤标志物联合检测在早期卵巢恶性肿瘤诊断中的应用

李 杰,杜晓红,胡 悦,杨祥松(湖北省松滋市人民医院检验科 434200)

【摘要】 目的 探讨血清 3 项肿瘤标志物联合检测在早期卵巢恶性肿瘤诊断中的临床应用价值。**方法** 选取 2009 年 10 月至 2011 年 10 月来本院进行卵巢肿瘤治疗的患者 80 例。其中恶性肿瘤患者组 55 例(其中 I~II 期 30 例, III~IV 期 25 例),良性肿瘤患者组 25 例,另选 86 例健康者作为对照组。分别对 3 组患者进行血清肿瘤特异性生长因子(TSGF)、癌胚抗原(CEA)以及糖类抗原 125(CA125)3 项肿瘤标志物联合检测。**结果** 恶性肿瘤患者检测出的 TSGF、CEA 以及 CA125 显著高于其他两组($P < 0.01$)。采用血清 3 项肿瘤标志物联合检测,其检测的结果敏感性更高,为 90.9%,特异性较单检低,为 62.5%。**结论** 通过血清 3 项肿瘤标志物联合检测,能够及时发现早期卵巢恶性肿瘤的出现,提升检测诊断敏感性,对妇科卵巢恶性肿瘤早期诊断有一定的临床应用价值。

【关键词】 卵巢恶性肿瘤; 肿瘤特异性生长因子; 癌胚抗原; 糖类抗原 125

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 04. 031 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)04-0445-03

卵巢恶性肿瘤是女性生殖器常见的三大恶性肿瘤之一,在妇科恶性肿瘤中发病率仅次于子宫颈癌和子宫内膜癌位居第三位,其病死率位居妇科恶性肿瘤之首^[1],且有逐年上升趋势,早期缺乏典型临床特征。由于缺乏有效的早期诊断方法,其 5 年生存率仅为 20%~30%^[2],而早期可达 95%。因此,寻找灵敏性、特异性高,可用于早期诊断的血清肿瘤标志物,以及多种血清肿瘤标志物的联合检测是近年来卵巢恶性肿瘤研究中的热点。恶性肿瘤特异性生长因子(TSGF)是一种新的多糖链肿

瘤标志物,对多种恶性肿瘤诊断起着一定作用^[3]。糖类抗原 125(CA125)是一种卵巢恶性肿瘤相关抗原,是卵巢恶性肿瘤辅助诊断和疗效观察的肿瘤标志物。癌胚抗原(CEA)是一种结构复杂的酸性可溶性糖蛋白,检测血清 CEA 水平对肿瘤的诊断和预后具有重要的临床参考价值。本研究于 2009 年 10 月至 2011 年 10 月对 80 例女性生殖器肿瘤患者血清 TSGF、CA125 及 CEA 水平含量进行联合检测,以探讨其对卵巢恶性肿瘤早期诊断的临床应用价值,现总结报道如下。