· 临床经验 ·

医院环境监测与临床分离的肺炎克雷伯菌的 同源性分析

李悦 崔振泽 于爱民 崔妮

(大连市儿童医院,辽宁 大连 116023)

[中图分类号] R378.99⁺6 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2011)12-0997-02

肺炎克雷伯菌(Klebsiella Pneumoniae, KPN)为条件致病菌,分布于正常呼吸道、消化道中,一旦进入伤口、肺部或泌尿系统后即出现很强的致病力,是社区和医院感染的常见致病菌^[1],可引起肺炎、脑膜炎、败血症等疾病。因其高发及广泛耐药,给临床治疗带来了很大困难,且可导致医院感染的流行和暴发^[2]。为有效控制 KPN 所致医院感染的流行和暴发,本研究采用随机扩增多态性 DNA(randomly amplified polymorphic DNA, RAPD)分型技术对医院感染目标监测与临床分离的 KPN 进行了同源性分析,并观察其耐药情况,以便明确发生医院感染的高危因素,从而采取有针对性的措施,降低医院感染的发生。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 菌株来源 (1)医院感染目标监测菌株: 2009年12月至2010年2月大连市儿童医院医院感染管理科对监护病房、新生儿病房及手术室的物表、洗手液、医务人员的手及鼻腔分泌物进行了采样,选取 KPN 作为目标监测菌予以保留。(2)临床分离菌株:对同期新生儿病房分离自患儿的 KPN 予以保留。1.1.2 药敏纸片及培养基 9种药敏纸片均为英国 OXOID 公司产品。M-H 琼脂购自杭州天和微生物试剂有限公司。

1.1.3 试剂 随机引物(5'-GGGATGGAAC-3'), Taq DNA 聚合酶, PCR 反应配套试剂盒及 DNA Marker DL200 均购自大连宝生物有限公司。

1.1.4 仪器 法国生物梅里埃公司生产的 ATB 半自动细菌鉴定仪及配套的 D32E 鉴定条; 美国 BD9050 全自动血培养仪; 美国 ABI 公司 PCR 仪; 美

国 Thermo EC 公司的电泳仪;美国 Kodak 公司 Image Station 440 凝胶成像仪。

1.2 方法

1.2.1 细菌分离及鉴定 严格遵照《全国临床检验操作规程》进行菌株的培养、纯化、分离,而后行梅里埃 D32E 鉴定。菌株以半固体法保存。质控菌株为肺炎克雷伯菌 ATCC700603。

1.2.2 纸片扩散法药敏试验 采用 K-B 纸片法,按照美国临床实验室标准化委员会(NCCLS) 2001 年提供的标准判读结果。质控菌株为大肠埃希菌 ATCC25922。

1.2.3 DNA 提取 将 KPN 转接到血平板上,37℃ 培养 16 h,取新鲜菌落溶于无菌 EP 管中,加人 500 μ L 双蒸水重悬菌液,10000 转/min 离心 2 min,弃掉上清,经裂解液裂解,加入蛋白酶 K 消化,再用饱和酚、氯仿、异戊醇抽提,最后用无水乙醇将 DNA 沉淀。1.2.4 菌株同源性的检测 采用 RAPD-PCR 扩增法。扩增体系总体积为 25 μ L,含引物 2 μ L,dNTP 2 μ L,Taq DNA 聚合酶 0.5 μ L,模板 DNA 2 μ L,10 × PCR 缓冲液 2.5 μ L,置 PCR 仪 95℃预变性 5 min;95℃变性 45 s,36℃ 退火45 s,72℃延伸 2 min,共40 个循环;最后 72℃延伸 10 min。取扩增产物 5 μ L,经 2% 琼脂糖凝胶电泳检测。

1.3 扩增结果的分析

电泳结果利用凝胶成像分析系统进行观察并扫描记录。根据较通用的判定标准,出现一条大小不同、位置不同的条带时即认为是不同的克隆株。

2 结果

2.1 KPN 的来源及分布情况

[收稿日期]2011-07-18;[修回日期]2011-09-01 [基金项目]大连市科技计划指导性项目(No. 2009E14SF004)。 [作者简介]李悦,女,硕士,副主任医师。 11 株 KPN 分离自 2009 年 12 月至 2010 年 2 月 医院感染管理科的目标监测标本,5 株 KPN 分离自 新生儿病房患儿的血或痰液标本。

2.2 KPN 耐药性分析

药敏结果显示,目标监测和临床分离菌株普遍存在多重耐药性。15 株 KPN 菌株对氨苄西林及复方新诺明 100% 耐药;但对喹诺酮及碳青霉稀类药物 100% 敏感;对阿莫西林/克拉维酸钾、头孢吡肟、头孢呋辛、头孢曲松、头孢哌酮/舒巴坦和美洛西林的耐药率分别为 26.7%、93.3%、93.3%、93.3%、40.0% 和83.7%。1 例因患儿死亡(16 号标本)未作药敏试验。

2.3 KPN 同源性分析

采用 RAPD 分型法对分离到的 KPN 进行了同源性分析。16 株 KPN 均能产生指纹图谱,重复实验的结果基本一致。条带数目在1~5 条之间,见图1。结果显示医务人员的手与医用洗手液分离菌、患儿与洗手盆分离菌、患儿与患儿分离菌之间分别存在着同源性。

M 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 M

图 1 16 株 KPN 进行 RAPD 扩增后的电泳图 1、2、3 号离株分别来自医务人员手、监护室洗手液1及监护室洗手液2;4、5、6、7 号菌株分别来自医务人员手、监护室洗手液1及监护室洗手液3、内二科洗手液及内三科洗手液;8、9 号菌株分别来自新生儿洗手盆及患儿1的血标本;10、11、12、13 号菌株分别来自手术室洗手液2、手术室洗手液3、患儿2的痰标本及医务人员鼻分泌物;14、15、16 号菌株分别来自患儿3的痰标本,患儿4及患儿5的血标本。M为 marker。

3 讨论

医院感染监测是预防和控制医院感染的基础,而目标性监测能够集中有限的资源用于重点部门和重点环节的监测,正在成为医院感染监控工作的一种发展趋势。本研究把 KPN 作为医院感染监测的目标菌,统计了其耐药率及同源性。结果提示目标监测和临床分离菌株普遍存在多重耐药性,但对含β-内酰胺酶抑制剂的抗生素仍较敏感,可考虑优先使用。亚胺培南即为敏感抗生素,在重症患儿中可考虑使用。本研究未监测到全耐药 KPN,但一旦发生势必将引起医院感染的暴发流行,因此必须密切

监控并严格掌握抗菌药物的合理使用原则,以减少 耐药菌株的产生。

将传统的微生物学技术与现代分子生物学技术 相结合是研究医院感染传播机制的重要手段[3]。 RAPD 是运用随机引物扩增进行基因分型,从而确 定检测菌株的同源性,具有快速、简易、灵敏等特点, 已广泛用于细菌等微生物的基因分型[4]。本研究 运用此技术对分离到的 16 株 KPN 进行了同源性分 析,结果显示医务人员的手与医用洗手液分离菌、患 儿与洗手盆分离菌、患儿与患儿分离菌之间分别存 在着同源性。因此应注意保持洗手用品的清洁,否 则单纯的强调洗手次数的增加,并不一定就代表着 洗手质量的提高。根据《医院感染管理办法》将医 疗机构或其科室的患儿中,短时间内发生3例以上 同种同源感染病例的现象定义为医院感染暴发的标 准[5],本研究中分离到15、16号菌株的患儿为双胞 胎,且母孕期有感染史,考虑为来自同一家庭的院前 感染病例,虽然与分离到14号菌株的患儿发生了交 叉感染,但尚未达到医院感染暴发的数量,而是存在 潜在的危险,应引起该科室医务人员的高度重视。

医院感染监测是医院感染管理的一个重要组成部分,需长期、系统、连续地收集相关资料并进行分析。本研究是对一个季度的部分目标监测资料进行了分析,尚不能完全代表医院感染相关因素的整体情况。同时对于采取措施后 KPN 的耐药率及环境污染改善情况需做进一步的研究。

志谢:感谢大连市疾病预防控制中心对本研究所给予的 技术支持。

[参考文献]

- [1] 麦菁芸,朱敏丽,陈春,贺孝良,林振浪.新生儿肺炎克雷伯菌 败血症临床特点和药敏分析[J].中国当代儿科杂志,2010,12 (9):700-703.
- [2] Veen A, Zee A, Nelson J, Speelberg B, Kluytmans J, Buiting A. Outbreak of infection with a multiresistant Klebsiella pneumoniae strain associated with contaminated roll boards in operating rooms [J]. J Clin Microbiol, 2005, 43(10): 4961-4967.
- [3] Liebana E, Guns D, Garcia-Migura L, Woodward MJ, Clifton-Hadley FA, Dvies RH. Molecular typing of Salmonella serotypes prevalent in animals in England; assessment of methodology[J]. J Clin Microbiol, 2001, 39(10); 3609-3616.
- [4] Olmos A, Camarena JJ, Nogueira JM. Application of an optimized and highly discriminatory method based on arbitrarily primed PCR for epidemiologic analysis of methicillin-resistant Staphylococcus aureus nosocomial infections[J]. J Clin Microbiol, 1998, 36(6): 1128-1134.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 医院感染管理办法[R]. 2006,第三十六条.

(本文编辑:邓芳明)