

等^[10]研究发现,sRBP 水平升高与 ESRD 严重程度平行,可反映肾脏损伤程度。sRBP 可抑制单核细胞的趋化、氧化代谢和凋亡,因此 sRBP 的尿毒症毒性作用可能归因于其免疫抑制作用^[11]。本研究结果表明,HFHD 和 HDF 单次治疗后都不能较好地清除 sRBP,差异无统计学意义($P>0.05$),这可能与 sRBP 相对分子质量大小及其蛋白结构相关。HFHD 溶质清除量与其相对分子质量大小呈反比,且在单次透析治疗中,sRBP 易受代谢和饮食的影响。有研究发现,蛋白结合类毒素的清除效率低于它们的体内增长速度。王松岩等^[12]研究显示,长期(24 个月)HFHD 患者透析后 sRBP 水平较透析前显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。目前尚无大规模的试验数据证实,HFHD 单次治疗对 sRBP 的清除效果显著。故为避免增加患者经济负担,笔者认为在观察 CHD 单次治疗效果,评估透析充分性时,可选用 Glu、Urea、sCr、sUa 肾功能检测组合进行评估;而评估 HFHD 和 HDF 透析疗效时除上述检测项目外,可追加检测 β_2 -MG、s-Cys-c、sRBP,但 sRBP 的检测周期需加长,不建议频繁检测。

参考文献

[1] Pinney JH, Oates T, Davenport A. Haemodiafiltration does not re-duce the frequency of intradialytic hypoten-sive episodes when compared to cooled high-flux haemo-dialysis[J]. Nephron Clin Pract,2011,119(2):c138-144.

[2] 孙晨,朱东林,吴学敏,等.尿毒症毒素认识的新进展[J].河北医药,2010,32(4):990-992.

[3] Unsal A,Kose BS,Koc Y,et al. Relationship of fibroblast growth factor 23 with left ventricle mass index and coro-nary calcificaton inchronic renal disease[J]. Kidney Blood Press Res,2012,36(1):55-64.

[4] 贾翠英,李桂霞,方桂花.高血压患者血、尿 RBP、 β_2 -MG

• 临床探讨 •

检测的临床应用[J].放射免疫学杂志,2011,24(1):23.

[5] Biesen W,Bacquer D,Verbeke F,et al. The glomerular fil-tration rate in an apparently healthy population and its re-lation with cardio-vascular mortality during10 years[J]. Eur Heart J,2009,28(4):478-483.

[6] 陈香美,初启江.不同血液净化方式对蛋白结合类毒素的清除作用[J].中国血液净化,2005,4(11):582-583.

[7] Cheung AK,Green T,Leypoldt JK,et al. Association be-tween serum 2-microglobulin level and infectious mortali-ty in hemodialysis pa-tients[J]. Clin J Am Soc Nephrol,2008,3(1):69-77.

[8] Canaud B,Morena M,Cristol JP,et al. Beta2-microglobu-lin,a uremic toxin with a double meaning[J]. Kidnet Int,2006,69(8):1297-1299.

[9] Lin CJ,Wu CJ,Pan CF,et al. Serum protein-bound urae-mic toxins and clinical outcomes in haemodialysis patients[J]. Nephrol Dial Transplant,2010,25(11):3693-3700.

[10] 张霞,张彬,曹丽,等.视黄醇结合蛋白在慢性肾脏病患者血液透析中的临床意义[J].宁夏医学杂志,2015,37(3):254-256.

[11] Cohen G, Hod WH. Retional binding protein isolated from acute renal failure patients inhibits polymorphonu-clear leucocyte funtions[J]. Eur J Clin Invest,2004,34(11):774.

[12] 王松岩,李春光,李艳青,等.长期高通量维持性血液透析对患者高血压及视黄醇结合蛋白的影响[J].中国实验诊断学,2015,19(1):113-114.

(收稿日期:2016-12-27 修回日期:2017-01-18)

混合牙列期咬合不正和早期矫治需求性分析研究

于四海

(重庆市公共卫生医疗救治中心口腔科 400036)

摘 要:**目的** 分析混合牙列期咬合不正和早期矫治需求性。**方法** 评估 2013 年 1 月至 2015 年 12 月于该院牙科就诊的 162 例 6~12 岁儿童混合牙列期咬合关系,并对早期矫治需求进行评估。**结果** 25.9%的儿童上颌前牙排列良好,且女童显著多于男童,差异有统计学意义($P<0.05$);牙列重度拥挤和重度间隙的发生率分别为 5.0%和 11.7%;有 56 例(占 34.6%)儿童下颌前牙排列良好;下颌弓牙列重度拥挤发生率 14.2%,女童显著高于男童,差异有统计学意义($P<0.05$);重度间隙发生率 1.9%,男童显著高于女童,差异有统计学意义($P<0.05$);覆骀发生率为 65.4%,覆盖异常率为 64.8%;咬合异常占比 35.8%,有不良口腔习惯的儿童占比 43.2%;存在单一研究对象需求多种治疗,需要活动矫治器的例数占 19.8%、习惯矫正器占 24.7%、2×4 技术(单牙弓)占 11.7%、2×4 技术(双牙弓)占 14.8%。**结论** 轻度深覆盖和前牙旋转是较为频繁的咬合异常,这 2 种异常不仅影响美观,也可能会增加牙齿创伤的可能性;某些个体还需要接受多种治疗,治疗方案包括拔牙、佩戴矫治器或者防护牙托、2×4 技术、扩展牙弓、间隙保持、接受定期检查和心理疏导。

关键词:混合压裂; 咬合不正; 早期矫治

DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2017. 08. 051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)08-1176-04

对乳牙期和替牙早期的有关(骨骼或非骨骼的)畸形或异常现象进行早期治疗,是为了防止替牙晚期或恒牙期较为显著的畸形或异常现象,最终目的是减少甚至消除后期的矫正治疗^[1-2]。早期矫治常通过参照系统针对替牙期前牙反阶段进行^[3],这一参照系统在西方国家更为具体化和有效化。尽管有

较多患者通过参照系统接受早期矫治,但是大多数都是在父母、亲属或者监护人的实例上接受早期矫治^[4]。早期干预与阻断性矫治有着同样的功效,可防止或减少发展成全面性的咬合不正的可能性,还可以排除干扰牙弓正常发展的各种不利因素。目前,能为乳牙期和替牙早期牙齿移位排列、咬合不正的

发生率提供有用信息的研究相对较少,早期矫治措施有效性的证据也非常少,但确有研究已证明早期矫治可以改善儿童社会心理发育和咀嚼功能^[5-6],且早期矫治对患有严重二类咬合不正的个体而言是预防其前牙创伤的极佳办法。妨碍各项功能的后牙反、对下前牙造成咬合创伤或损伤的前牙反、会引起审美问题及拒绝功能障碍的前牙开咬等均属于需要接受早期治疗的范畴。因此,须为早期矫治准备适当的人力、资源(培训、设施等),这对确定人群正畸治疗需求等级非常重要。本研究旨在分析混合牙列咬合不正及儿童混合牙列经不同的早期治疗方式后的患病率。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2015 年 12 月于本院牙科就诊的 162 例替牙期儿童作为研究对象;年龄为 6~12 岁;其中男 74 例(占 45.7%),女 88 例(占 54.3%);本研究已获得院方伦理委员会的批准、所有研究对象家长或监护人的书面同意。所有参与者在年龄、性别上差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 所有患者均坐在牙科治疗椅上,使用牙科专用灯,检查牙齿正中咬合情况,并对其口腔内外部进行检查,以确定面部和咬合异常情况;对早期矫治需求进行评估,将所得数据录入相关表格以备分析。

1.3 诊断标准 运用 Angle's 分类来对牙前后关系进行分类。Class I:上颌第一恒磨牙近中颊尖咬合在下颌第一恒磨牙颊沟,即上下颌第一恒磨牙处于正常位置。Class II:上颌第一恒磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一恒磨牙颊沟的远中,与牙齿正常的 Class I 比较,其下颌第一恒磨牙位置要稍靠后。Class III:上颌第一恒磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一恒磨牙颊沟的近中。若上前牙咬合在下前牙舌侧即诊断为前牙反;若上颌后牙咬合在下颌后牙舌侧则诊断为后牙反;若上颌中切牙切缘盖过下颌切牙唇面 1/3 以上则诊断为覆殆;评估的其他变量还包括超殆、不良口腔习惯;另外,牙弓长度不均匀记录为拥挤度,根据以下标准对拥挤度或牙列间隙进行分级:轻度(0~3 mm)、中度(>3~6 mm)和重度(>6 mm)。

1.4 统计学处理 利用统计学软件 SPSS18.0 对所有数据进行统计学处理;计数资料采用例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象年龄、性别分布 参与本研究的 162 例儿童,平均年龄为(8.01±1.57)岁。见表 1。

表 1 研究对象年龄、性别分布[n(%)]			
年龄(岁)	男	女	合计
6	8(10.8)	16(18.2)	24(14.8)
7	16(21.6)	32(36.4)	48(29.6)
8	16(21.6)	21(23.9)	37(22.8)
9	13(17.6)	9(10.2)	22(13.6)
10	9(12.2)	2(2.3)	11(6.8)
11	10(13.5)	3(3.4)	13(8.0)
12	2(2.7)	5(5.7)	7(4.3)
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)

2.2 研究对象磨牙关系分类 根据 Angle's 分类,162 例参与

者第一恒磨牙关系分布,见表 2。

表 2 研究对象磨牙关系分类[n(%)]				
磨牙关系分类	男	女	合计	P
Class I	62(83.8)	70(79.5)	132(81.5)	>0.05
Class II	0(0.0)	5(5.7)	5(3.1)	<0.05
Class III	10(13.5)	11(12.5)	21(12.9)	>0.05
不对称	2(2.7)	2(2.3)	4(2.5)	>0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05

2.3 研究对象牙列拥挤度和牙列间隙结果分布 见表 3。25.9%的儿童上颌前牙排列良好,且女童显著多于男童,差异有统计学意义($P<0.05$);牙列重度拥挤和重度间隙的发生率分别为 5.0%和 11.7%;有 56 例(占 34.6%)儿童下颌前牙排列良好;下颌弓牙列重度拥挤发生率 14.2%,女童显著高于男童,差异有统计学意义($P<0.05$);重度间隙发生率 1.9%,男童显著高于女童,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 研究对象牙列拥挤度和牙列间隙结果分布[n(%)]				
项目	男	女	合计	P
混合牙列(上颌前牙)				
排列良好	16(21.6)	26(29.5)	42(25.9)	<0.05
轻度拥挤	6(8.1)	14(15.9)	20(12.3)	<0.05
中度拥挤	5(6.8)	13(14.8)	18(11.1)	<0.05
重度拥挤	3(4.1)	5(5.7)	8(5.0)	>0.05
轻度间隙	23(31.1)	18(20.5)	41(25.3)	>0.05
中度间隙	8(10.8)	6(6.8)	14(8.6)	>0.05
重度间隙	13(17.6)	6(6.8)	19(11.7)	>0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05
混合牙列(下颌前牙)				
排列良好	27(36.5)	29(32.9)	56(34.6)	>0.05
轻度拥挤	6(8.1)	9(10.2)	15(9.3)	>0.05
中度拥挤	14(18.9)	21(23.9)	35(21.6)	>0.05
重度拥挤	8(10.8)	15(17.0)	23(14.2)	<0.05
轻度间隙	10(13.5)	11(12.5)	21(12.9)	>0.05
中度间隙	6(8.1)	3(3.4)	9(5.6)	>0.05
重度间隙	3(4.1)	0(0.0)	3(1.9)	<0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05

2.4 超殆和覆殆评估结果 见表 4。水平距离超过 5 mm 即表现为超殆(覆盖),发生率为 44.5%,其中有 19.8%表现为重度深覆盖,I 度深覆殆、II 度深覆殆、III 度深覆殆发生率分别为 18.5%、32.1%和 14.8%。

表 4 超殆(覆盖)和覆殆评估结果[n(%)]				
变量	男	女	合计	P
超殆(覆盖)				
其他型(反覆盖等,≤2 mm)	13(17.6)	20(22.7)	33(20.4)	>0.05
正常(>2~5 mm)	20(27.0)	37(42.0)	57(35.2)	<0.05
轻度深覆盖(>5~7 mm)	19(25.7)	21(23.9)	40(24.7)	>0.05
重度深覆盖(>7 mm)	22(29.7)	10(11.4)	32(19.8)	<0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05

续表 4	超殆(覆盖)和覆殆评估结果[n(%)]			
变量	男	女	合计	P
覆殆				
正常	21(28.4)	35(39.8)	56(34.6)	<0.05
Ⅰ度深覆殆	11(14.9)	19(21.6)	30(18.5)	<0.05
Ⅱ度深覆殆	26(35.1)	26(29.5)	52(32.1)	>0.05
Ⅲ度深覆殆	16(21.6)	8(9.1)	24(14.8)	<0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05

2.5 反咬合、剪刀式咬合、牙旋转、唇突度发生率比较 见表 5。呈前牙反和后牙反的发生率为 35.8%、扭转牙出现率为 61.1%、唇闭合不全占 43.8%；男童唇闭合不全例数显著多于女童；剪刀式咬合发生率为 5.6%。

表 5	反咬合、剪刀式咬合、牙旋转、唇突度 发生率比较[n(%)]			
变量	男	女	合计	P
反咬合				
前牙反	21(28.4)	29(32.9)	50(30.9)	>0.05
后牙反	2(2.7)	6(6.8)	8(4.9)	>0.05
正常	51(68.9)	53(60.2)	104(64.2)	>0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05
牙旋转(前牙)				
是	46(62.2)	53(60.2)	99(61.1)	>0.05
否	28(37.8)	35(39.8)	63(38.9)	>0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05
唇突度				
正常	32(43.2)	59(67.0)	91(56.2)	<0.05
唇闭合不全	42(56.8)	29(33.0)	71(43.8)	<0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05
剪刀式咬合				
是	6(8.1)	3(3.4)	9(5.6)	>0.05
否	68(91.9)	85(96.6)	153(94.4)	>0.05
合计	74(45.7)	88(54.3)	162(100.0)	>0.05

2.6 不良口腔习惯分析 见表 6。有不良口腔习惯的儿童占 43.2%。

表 6	不良口腔习惯分布比较[n(%)]		
不良口腔习惯	男	女	合计
无	42(56.8)	50(56.8)	92(56.8)
吮指	9(12.2)	16(18.2)	25(15.4)
吐舌癖	6(8.1)	5(5.7)	11(6.8)
吮唇	6(8.1)	9(10.2)	15(9.3)
咬颊癖	2(2.7)	0(0.0)	2(1.2)
吸舌	2(2.7)	3(3.4)	5(3.1)
咬笔	2(2.7)	0(0.0)	2(1.2)
咬甲癖	2(2.7)	0(0.0)	2(1.2)
其他	3(4.1)	5(5.7)	8(4.9)

2.7 治疗需求分析 对 162 例儿童进行牙齿检查后,统计分析各项数据情况,继而治疗需求进行综合分析。见表 7。分析上表数据可以看出,存在单一研究对象需求多种治疗,需要活动矫治器的例数占 19.8%、习惯矫正器占 24.7%、2×4 技术(单牙弓)占 11.7%、2×4 技术(双牙弓)占 14.8%。

表 7	治疗需求综合性分析[n(%)]		
治疗需求	男	女	合计
拔牙	6(8.1)	6(6.8)	12(7.4)
序列拔牙	5(6.8)	13(14.8)	18(11.1)
活动矫治器	14(18.9)	18(20.5)	32(19.8)
习惯矫正器	18(24.3)	22(25.0)	40(24.7)
2×4 技术(单牙弓)	8(10.8)	11(12.5)	19(11.7)
2×4 技术(双牙弓)	16(21.6)	8(9.1)	24(14.8)
功能矫治器	3(4.1)	2(2.3)	5(3.1)
扩展牙弓	3(4.1)	8(9.1)	11(6.8)
间隙保持	2(2.7)	5(5.7)	7(4.3)
防护牙托	0(0.0)	2(2.3)	2(1.2)
定期检查	8(10.8)	8(9.1)	16(9.9)
心理疏导	0(0.0)	3(3.4)	3(1.9)

3 讨 论

在具体牙列情况下,早期矫治是较为有效且可取的方法,然而需要通过寻求治疗患者例数来体现治疗需求^[6-7]。混合牙列期的治疗重点主要是纠正心态和功能异常。临床上,轻度深覆盖是儿童群体中较为常见的一种咬合异常^[6],这与本研究结果基本相符。这种咬合异常不仅带来审美上的窘境,也易造成牙齿的损伤^[8],需要接受早期矫治。本研究对 3 年内首次来本院牙科就诊的 162 例替牙期儿童有关牙列有咬合和治疗需求进行了系统性分析,发现与后牙反(占 4.9%)比较,前牙反(占 30.9%)出现概率更高,这与文献^[6,9]的结果一致。本研究结果表明,前牙旋转是出现较为频繁的咬合异常之一。有学者指出^[8,10],早期矫治可预防咬合不正,并且能预防恒牙列期牙槽骨的不对称生长,防止其受干扰。另外,反咬合的严重程度和反覆盖同年龄的增加呈正比,因此早期治疗对于预防咬合不正至关重要。本研究结果表明,有 43.2%的儿童存在不良口腔习惯,这与相关研究的结果类似^[11]。已有研究证明^[12],乳牙列期不良的吮吸习惯与前牙开殆有密切联系,这些不良的口腔习惯可以通过固定或者活动矫治器消除、改善甚至控制垂直距离。本研究对象中,有 19.8%的儿童需要活动矫治器,其中包括使用唇弓来减少覆盖的情况,有 26.5%的儿童需要 2×4 技术(即部分固定的正畸矫正器)。在早期接受治疗,可有效恢复正常咬合、避免将来进一步接受矫治整理的需要^[13]。此外,早期矫治优点众多,包括在童年时间改善口腔环境、提高自信、减少青少年时期接受治疗的时间等。当然,治疗需求还取决于咬合不正的严重程度和其对神经肌肉和骨骼系统的影响。本研究存在一定缺陷,研究对象数量不够多。在未来的类似研究中,值得对有不良口腔习惯儿童的牙列关系行进一步分析。

总之,轻度深覆盖和前牙旋转是出现概率较高的咬合异常,这 2 种异常不仅影响美观,也可能增加对牙齿创伤的可能性。因不良口腔习惯同牙列异常有密切联系,建议家长对孩子日常的习惯特别注意。某些个体还需要接受多种治疗,治疗方

案包括拔牙、佩戴矫治器或者防护牙托、2×4 技术、扩展牙弓、间隙保持、接受定期检查和心理疏导。

参考文献

[1] Martha K, Lorinczi L, Bica C, et al. Assessment of periodontopathogens in subgingival biofilm of banded and bonded molars in early phase of fixed orthodontic treatment[J]. Acta Microbiol Immunol Hung, 2016, 63(1): 103-113.

[2] Schopf P. Indication for and frequency of early orthodontic therapy or interceptive measures[J]. J Orofac Orthop, 2003, 64(3):186-200.

[3] Arsenina OI, Ivanova I, Popova NV, et al. Early orthodontic treatment of children with dentofacial anomalies in the mixed dentition with the use of fixed appliances[J]. Stomatologiia(Mosk), 2015, 94(4):80-90.

[4] Aikins EA, Dacosta OO, Onyaso CO, et al. Self-perception of malocclusion among Nigerian adolescents using the aesthetic component of the IOTN[J]. Open Dent J, 2012, 6(1):61-66.

[5] Artun J, Behbehani F, Al-Jame B, et al. Incisor trauma in an adolescent arab population: prevalence, severity, and occlusal risk factors[J]. Am J Orthod Dentofac, 2005, 128(3):347-352.

[6] Oluranti OC, Elfleda AA, Gerald II, et al. Malocclusion and early orthodontic treatment requirements in the mixed dentitions of a population of Nigerian children[J]. J Orthod Sci, 2016, 5(3):81-86.

[7] Costa OO, Utomi IL. Referral mode and pattern of malocclusion among patients attending the Lagos university teaching hospital. Lagos, Nigeria[J]. Trop Dent J, 2010, 32(128):17-23.

[8] Shalish M, Gal A, Brin I, et al. Prevalence of dental features that indicate a need for early orthodontic treatment[J]. Eur J Orthod, 2013, 35(4):454-459.

[9] Aikins EA, Onyaso CO. Prevalence of malocclusion and occlusal traits among adolescents and young adults in Rivers State, Nigeria[J]. Trop Dent J, 2014, 37(145):5-12.

[10] Stahl F, Grabowski R. Orthodontic findings in the deciduous and early mixed dentition-inferences for a preventive strategy[J]. J Orofac Orthop, 2003, 64(6):401-416.

[11] Quashie WR, Costa OO, Isiekwe MC. The prevalence of oral habits among 4 to 15 year old school children in Lagos[J]. Niger J Health Biomed Sci, 2007, 6(1):78-82.

[12] Cozza P, Baccetti T, Franchi L, et al. Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition[J]. Am J Orthod Dentofac, 2005, 128(4):517-519.

[13] Nogueira FMP, Pinzan-Vercelino CR, Nogueira RP, et al. Relationship between facial morphology, anterior open bite and non-nutritive sucking habits during the primary dentition stage[J]. Dental Press J Orthod, 2014, 19(3):108-113.

(收稿日期:2016-12-24 修回日期:2017-01-15)

• 临床探讨 •

首胎孕妇及二胎孕妇的 TORCH 临床感染情况

林立鹏¹, 刘泽滨¹, 王 斌¹, 陆学东², 黄威霖²

(1. 广东省深圳市福田区妇幼保健院检验科 518000; 2. 广东医科大学附属福田医院检验医学部, 深圳 518033)

摘要:目的 采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测广东省深圳市福田区首胎孕妇、二胎孕妇各 200 例血清中的 TORCH 抗体, 将结果数据进行对比, 了解 2 组人群的感染情况, 及 2 组之间是否存在差异。**方法** 采用 ELISA 检测 2 组人群血清中的弓形虫病毒(TOX)、巨细胞病毒(CMV)、风疹病毒(RV)、单纯疱疹病毒(HSV) I、HSV II 的 Ig 抗体。**结果** 对首胎孕妇与二胎孕妇的结果进行比较, 数据显示: 2 组孕妇血清的总 IgM、TOX-IgM、CMV-IgM、RV-IgM、HSV I-IgM、HSV II-IgM、TOX-IgG、CMV-IgG、RV-IgG、HSV I-IgG 及 HSV II-IgG 阳性率差异无统计学意义($P>0.05$); 2 组人群的总 IgM 阳性率差异较小($Kappa$ 值为 0.839), 在阳性率差异有统计学意义的项目中, HSV I-IgM 的阳性率差异较大($Kappa$ 值为 0.142), RV-IgG 的阳性率差异一般($Kappa$ 值为 0.511), 其他项目差异较小($Kappa$ 值均大于 0.75)。**结论** 首胎孕妇与二胎孕妇的 TORCH 阳性率差异无统计学意义($P>0.05$), 且除 HSV I-IgM、RV-IgG 外, 其他项目的阳性率差异较小。二胎孕妇总 IgM 阳性率比首胎孕妇高, 尤其是 RV-IgM、HSV I-IgM、HSV II-IgM, 临床上仍需重视孕妇的 TORCH 检查, 尤其是二胎孕妇。

关键词: TORCH; 首胎孕妇; 二胎孕妇; 阳性率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.052 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)08-1179-03

TORCH 是先天性宫内感染及围生期感染而引起围产儿畸形的病原体缩称, 包括弓形虫病毒(TOX)、风疹病毒(RV)、巨细胞病毒(CMV)、单纯疱疹病毒(HSV)和其他病原体(Others, 如梅毒螺旋体、带状疱疹病毒等)。母体感染 TORCH 后, 将会通过母婴垂直传播途径, 引起宫内感染, 导致胎儿的生长发育异常, 因此孕妇常规检查检测 IgG 和 IgM 抗体(即优生十项)非常有必要。随着国家二胎政策的开放, 二胎孕妇已显著

增多, 本研究通过检测首胎孕妇与二胎孕妇血清中 TORCH 抗体, 了解两者的 TORCH 感染情况为临床上的优生优育, 尤其是二胎孕妇的优生优育提供数据支持。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1—5 月到广东省深圳市福田区妇幼保健院产检的首胎孕妇与二胎孕妇各 200 例。

1.2 仪器与试剂 采用美国 BioTek 公司的 ELX800 酶标仪、