

大肠杆菌菌毛血球凝集的鉴定意义*

牟希亚 郭雁群

(遵义医学院微生物学教研组,贵州)

细菌菌毛血球凝集试验,方法简便快速,不需特殊设备条件,但至今尚未被国内外有关学科广泛重视!

本文在概述致病性大肠杆菌最新分类的基础上,依据大肠杆菌普通菌毛能直接粘附凝集红细胞,及对不同动物红细胞的直接血凝具有明显差异的特性,进行分组比较,从中找出了一定的规律性。供快速鉴定致病性大肠杆菌时参考。

一、致病性大肠杆菌的临床分类

近年来自患者分离到的大肠杆菌种类繁杂、分类困难,致病性不易判定。为了快速诊断和及时防治,最近世界卫生组织及一些学者,参考50余年的研究成果(1927—1979),提议将人类致病性大肠杆菌分成四类^[1,3,4,10]:

(一) 产毒素大肠杆菌群 (ETEC)

本菌群的细菌多能分泌肠毒素,与小儿及成人的腹泻(包括旅游者腹泻)关系密切^[1];细菌仅在小肠粘膜表面粘附增殖,分泌肠毒素致病。通常不能进入肠粘膜细胞内增殖。能形成两种肠毒素,其中不耐热肠毒素的致病机理与霍乱弧菌肠毒素相似^[13]。

(二) 肠道致病性大肠杆菌群 (EPEC)

该菌群与爆发性(突发性)婴儿腹泻有关。细菌一般也不穿入肠粘膜细胞寄生繁殖,肠粘膜细胞很少明显破损。有些菌株与沙门氏菌属细菌有共同抗原性^[1]。

(三) 类痢疾杆菌大肠杆菌群 (SLEC)

本菌群与幼儿及成人细菌性痢疾样腹泻有关。在许多方面与痢疾杆菌相似^[1,5,10]:多数菌株有厌氧培养的倾向性。乳糖迟发酵并缺乏形成鞭毛的能力^[1]。许多菌株与痢疾杆菌有共同抗原^[1]。仅少量细菌即可致病,而且能穿入肠粘膜上皮内繁殖,引起粘膜细胞之损坏;动物实验,也侵入豚鼠角膜结膜上皮内繁殖,导致角膜结膜炎;在组织培养中能侵入HeLa细胞内增殖。受感染的人群,无年龄限制。

(四) 肠道菌丛中致病性大肠杆菌群 (FEEC)

本群大多数菌株属人类肠道正常菌丛血清型。与

散在性肠炎、肠道外疾患、败血症及婴儿脑膜炎等有关,其中许多菌株与沙门氏菌属和 EPEC 大肠杆菌群有共同抗原。多数菌株不能进入肠道粘膜细胞内增殖和破坏肠粘膜上皮细胞。

二、各类大肠杆菌群菌毛血凝的比较

(一) 大肠杆菌菌毛血凝的一般特征^[1,3,4,11]

多年来(1955—1980),根据 Duguid, Ørskov 及 Beache 等人对大肠杆菌的观察,大肠杆菌普通菌毛引起的血球凝集主要有以下特征:

1. 菌体表面形成菌毛的大肠杆菌菌株,能粘附于多种动物红细胞表面,促其发生直接血凝。菌毛愈丰富血凝程度愈强^[4,11]。

2. 不同菌群的大肠杆菌菌株,常形成不同类型的普通菌毛^[1];不同类型的普通菌毛则引起不同类型的血凝。有的引起甘露糖敏感型(MSHA)、有的则引起甘露糖抵抗型血凝(MRHA)^[1,4]。

3. 形成相同类型菌毛的大肠杆菌群,对不同动物红细胞的血凝,也可显示出不同表现^[4]。

(二) 各类血凝组合的比较

依据大肠杆菌菌毛血凝的上述特征性变化,选人类 A 型红细胞(Hu)、牛红细胞(Bv)、鸡红细胞(CK)及豚鼠红细胞(Gp)等四类动物细胞的直接血凝组合,进行比较(表 1)。

大肠杆菌菌毛株能引起四类血凝组合(Hemagglutination pattern): I 类为 RRRN; II 类为 NRRN; III 类为 NNSS; IV 类为 NNNN 等(R 代表 MRHA; S 代表 MSHA; N 代表血凝阴性。例如 I 类血凝组合 RRRN, 即表示人类 A 型红细胞、牛红细胞及鸡红细胞均呈现 MRHA, 而豚鼠红细胞呈现血凝阴性)。各类致病性大肠杆菌的血凝组合特征如下:

1. 产毒素大肠杆菌群(ETEC): 自人类分离的本群菌株,绝大多数能形成 CFA/I 或 CFA/II 菌毛^[4](CFA = Colonization Factor antigen)(见表 1)。

从表 1 可看出:自不同来源分离的带有 CFA/I 菌毛的 ETEC 株全部为 I 类血凝组合(RRRN, 少数为

* 本文曾经青岛医学院微生物学教研组田洁泉教授审查。

表 1 ETEC 及 EPEC 大肠杆菌群血凝组合

血凝组合分类	血凝组合				具有 CFA/I 菌毛的 ETEC	具有 CFA/II 菌毛的 ETEC	EPEC 菌群	类痢疾杆菌菌群	其它菌群
	Hu	Rv	CK	Gp					
I 类	R	R	R	N	29*	0	0	0	0
	R	R	R	S	2	0	0	0	1
II 类	N	R	R	N	0	26	1	0	1
	N	R	R	S	0	6	0	0	0
	S	R	R	S	0	2	0	0	0
III 类	N	N	S	S	0	0	139	3	29
	R	N	S	S	0	0	8	1	9
IV 类	N	N	N	N	0	0	149	14	184
	S	N	S	S	0	0	23	0	51
	R	N	R	N	0	0	5	0	24
	N	N	R	N	0	0	7	0	23
	R	N	N	N	0	0	2	0	21
	R	N	R	R	0	0	0	0	9
	R	R	R	R	0	0	0	0	7
其 它					0	0	17	0	31

* 表中数字代表各种血凝组合分类的菌株数目。

RRS); 34 株自不同来源分离的带有 CFA/II 菌毛的 ETEC 株, 全部为 II 类血凝组合 (NRRN 少数为 NRRS 或 SRRS)。前者多属 O78:H11, O78:H12, O63:H-, O25:H42, O25:H 和 O15:H11 血清型 ETEC 大肠杆菌; 后者多属 O6:H16 和 O8:H9 血清型 ETEC 大肠杆菌^[1,2]。有的 O85 血清型 ETEC 大肠杆菌株 (O85:H7), 也能引起 II 类血凝组合^[3]。

2. 肠道致病性大肠杆菌群 (EPEC)

多数菌株表面带有 I 型普通菌毛^[4]。其中许多菌株引起 NNSS (少数为 RNSS) 血凝组合, 即 III 类血凝组合。到 1978 年为止本菌群包含以下主要血清型^[13] (见表 2)。常见 EPEC 菌群血清型大肠杆菌引起 III 类血凝组合的比值见表 3。

表 2 常见 EPEC 菌群的血清型

O20—O20, O20:H4
O26—O26:B6, O26:H4
O44—O44:K74
O55—O55:K59(B5):H7, O55:K59(B5):H34
O86—O86:B7, O86:K61(B7):H8, O86:H7, O86:H4
O111—O111:B4:H2, O111:H18
O119—O119:B16:H6, O119:K69(B14):H29, O119
O125—O125:K70(B15):H29, O125:B15
O126—O126:K71(B16), O126:B16
O127—O127:H6, O127:B8:H-, O127:K63(B8)
O128—O128:K67(B12):H2, O128:B12
O142—O142:K86:H-, O142, O142:H6
O144, O158, O159 等

表 3 常见 EPEC 菌群血清型大肠杆菌引起 III 类血凝组合的比值

EPEC 菌群血清型	分离菌株数	III 类血凝组合数 (%)
O20	21	4 (19)
O26	30	8 (27)
O44	6	3 (50)
O55	20	4 (20)
O86	23	13 (57)
O111	52	26 (50)
O114	14	4 (28)
O119	48	32 (70)
O125	28	12 (43)
O126	24	5 (21)
O128	38	14 (47)
O142	19	10 (53)
O158	1	0 (0)
O159	8	1 (12)

从表 1 和表 3 中可看出: 351 株 (表 1 统计) 本菌群大肠杆菌, 约 42% 引起 III 类血凝组合 (NNSS); 其中临床最多见菌株如 O111 及 O119 等, 约 50~70% 能引起 III 类血凝组合。

3. 类痢疾杆菌大肠杆菌群 (SLEC)^[1,2,3]: 本群主要包括 O28, O112, O115, O124, O136, O143, O144, O152 及 O164 等血清型。已知大肠杆菌 O112_{ac} 与痢疾杆菌 A 群的 2 型及 C 群的 15 型有共同抗原; O112_{ab} 与痢疾杆菌 C 群的 15 型 “O” 抗原基本相同;

O124 与痢疾杆菌 A 群的 3 型“O”抗原基本相同^[1]，(见表 4)。

表 4 SLEC 菌群 III 类血凝组合的比值

血清型	菌株数	III 类血凝组合数 (%)
O28	5	2 (40)
O112	3	1 (33)
O124	4	1 (25)
O136	1	0 (0)
O143	2	0 (0)
O144	2	0 (0)
O164	1	0 (0)

从表 4 可以看出，本群有 14% 菌株能引起 III 类血凝组合 (NNSS)。

4. 肠道菌丛致病性大肠杆菌群 (FEEC)^[1, 2, 4, 11]：本菌群的主要特征为：

(1) 绝大多数菌株系肠道正常菌丛，目前已发现的有：O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O11, O14, O15, O18, O19, O21, O25, O42, O51, O64, O73, O75, O78, O83 及 O117 等。

(2) 多数菌株的普通菌毛属 I 型，缺乏 CFA/I 及 CFA/II (IV 型) 菌毛。

(3) 约 70% 菌株与沙门氏菌属“O”抗原有共同抗原性。如 *Phiukov* 等报道，本群菌株的 10 个血清群 O1, O2, O4, O6, O8, O15, O21, O51, O78 和 O83，其中有 7 个血清群与沙门氏菌属“O”血清群发生交叉反应。另外，约有 1/3 菌株与 EPEC (包括 O55, O86 及 O111 等) 血清群的抗原有关^[1, 5]。

表 5 新分离的 15 个血清群 FEEC 大肠杆菌所致直接血凝

菌 株	是否引起 III 类血凝组合
OLab:H42, OLab:H	+
O2/O 50: H4	+
O3:H4	+
O6:H1, O6:H31, O6:H-	+
O7:H7, O7:H-	+
O14:H31	-
O15:H1	+
O11:H4	+
O18ac:H7	+
O21:H4	+
O51:H4	+
O64:H26	-
O73:H18, O73:H-	+
O55:H?	+
O83:H-	+

(4) 与人类多种疾患有关。如已发现 O4^[1, 6], O18_{ac}, O19, O25, O75, O78 和 O117 与散发性婴儿肠炎有关；O18, O78 和 O83 所致婴儿疾患，可在引起肠炎的同时，伴有败血症和脑膜炎，或仅引起婴儿脑膜炎和败血症而不出现肠炎症状^[1]；O1, O2, O4, O6, O8, O15, O21, O51, O75 和 O83 目前认为主要与散在性肠道感染有关^[1, 7]；O3, O4, O5, O8, O18_{ab}, O9 及 O18_{ac} 与肠道外感染有关^[2, 11]。O1, O2, O4, O6, O7, O11, O15 和 O75 是泌尿道常见感染株^[1, 11]；O4 及 O8 又是散发性婴儿腹泻的病原(世界卫生组织已同意)^[11]。

(5) 本群大肠杆菌引起 III 类血凝组合 (NNSS) 的百分比，可高达 87% 左右。如表 5 所示，新分离的 15 个血清群 FEEC 大肠杆菌中，有 13 个血清群能引起 III 类血凝组合^[11]。

小 结

1. 本文依据致病性大肠杆菌的基本特性，将致病性大肠杆菌初步分成四个临床菌群。

2. 按各菌群普通菌毛直接凝集四种动物血细胞的表现形式不同，分成 I II III IV 等血凝组合类型，即 I 类血凝组合 = RRRN；II 类血凝组合 = NRRN；III 类血凝组合 = NNSS；IV 类血凝组合 = NNNN 等。从上述血凝组合的对比观察中，清楚的得出：

(1) ETEC 菌群中绝大多数菌株能形成 CFA/I 或 CFA/II 菌毛。带有 CFA/I 菌毛的 ETEC 株，全部为 I 类血凝组合；带有 CFA/II 菌毛的 ETEC 株，全部为 II 类血凝组合。

(2) EPEC 菌群中有 42% 菌株能引起 III 类血凝组合。其中临床最常见株 O111, O119 及 O128 分别有 50%、70% 及 47% 菌株能引起 III 类血凝组合。

(3) SLEC 菌群中有 14% 的菌株能引起 III 类血凝组合。

(4) FEEC 菌群中约有高达 87% 的菌株能引起 III 类血凝组合。

由此，初步认为，大肠杆菌菌毛血凝组合对比法，可对 ETEC、EPEC 和 FEEC 三菌群致病性大肠杆菌进行快速筛选性鉴定。

参 考 文 献

- [1] Evans, D. J. J. R., et al: *Infect. Immun.*, 23: 336, 1979.
- [2] Wilson, B. S. G. S. and Miles, S. A.: *Principle and Bacteriology, Virology, and Immunity*. Sixed Printed in Great Britain by Butter and Tanner. LTD. Frome and London. p. 858, p. 2005, p. 2041, p. 2056, 1975.
- [3] 华希亚：国外医学(医用微生物学分册)，1:12, 1979。
(下转第 249 页)

(上接第238页)

- [4] 车希亚等：国外医学(微生物学分册)，6：1，1980。
- [5] ØrsKov, I. et al: *Bacteriol. Rev.*, 41: 667, 1977.
- [6] Cyirók, E. et al: *Acta Microbiol. Acad. Sci. Hung*, 23: 359, 1976.
- [7] Sarff, L. et al: *Lancet*, 1: 1099, 1975.
- [8] Evans, D. G. and Evans, D. J. J. R., *Infect. Immun.*, 21: 638, 1978.
- [9] Evans, D. G. et al: *J. Infect. Dis.*, 136: S118, 1977.
- [10] Bull. WHO 58(1): 28, 1980.
- [11] Wevers, P. et al: *Infect. Immun.*, 29: 685, 1980.