

3 讨 论

HBV-M 是用于诊断 HBV 感染的传统检测指标,其实质是检测 HBV DNA 表达产物及机体应答系统产物^[3]。血清 HBV DNA 含量则能真实反映 HBV 复制增殖的活跃程度^[4]。临床通常需要联合检测 HBV-M 和 HBV DNA,从而更好地判断抗病毒治疗适应证及治疗效果。

HBeAg 是用于判断 HBV 复制增殖能力和传染性的传统血清学标志物^[5]。本研究中,110 例 HBeAg+患者 HBV DNA 阳性率为 96.36%,高于其他各组,HBV DNA 含量以中、高拷贝数为主,且 HBeAg+与 HBV DNA 含量呈正相关,也证实了这一观点。传统观点认为大三阳患者体内 HBV 复制活跃,具有较强的传染性,而小三阳患者传染性弱^[6]。本研究结果显示小三阳组 HBV DNA 阳性率为 46.87%,其 HBV DNA 含量以中低拷贝数为主,阳性率与 HBV DNA 拷贝数均低于大三阳组,提示 HBeAg+者较 HBeAb+者具有更高的传染性。值得注意的是,HBsAg+、HBeAb+患者 HBV DNA 阳性率达 66.66%,大于小三阳组,且 HBV DNA 含量中、低拷贝数各占近一半。虽然 HBsAg+组、HBeAb+组和 HBeAg+组 HBV DNA 阳性率分别为 50.00%、50.00%和 25.00%,且 HBV DNA 拷贝数均较低,但不能排除 HBV 早期感染。本研究中 HBsAg 含量与 HBVDNA 载量相关性不明显,与既往报道存在一定的差异^[7]。对照组检出 1 例 HBV DNA 阳性者,且拷贝数较低,经随访证实为 HBV 早期感染,说明 HBV DNA 的异常早于其他血清学标志物,HBV-M 全阴并不能排除 HBV 感染。

综上所述,HBV 感染极为复杂和多变,而 HBV DNA 检测对 HBV 感染的诊断灵敏度高于 HBV-M,因此血清 HBV DNA 是诊断 HBV 感染和判断 HBV 复制活跃程度的重要指标^[8]。但 HBV DNA 拷贝数不能反映机体免疫系统和病毒相互作用的进程,在评估慢性乙肝患者病情进展方面不及

• 经验交流 •

HBeAg、HBeAb 的血清转换^[9]。因此,在乙肝诊断和治疗过程中,综合分析 HBV-M 和 HBV DNA 检测结果更有助于评估患者病情^[10]。

参考文献

- [1] 程钢,何蕴韶.荧光定量聚合酶链反应检测乙型肝炎病毒[J].中华医学检验杂志,1999,2(3):135-138.
- [2] 张卓然.临床微生物学和微生物检验[M].3版.北京:人民卫生出版社,2003:503.
- [3] 付蕾.HBV-DNA 荧光定量 PCR 检测的临床意义[J].检验医学与临床,2010,7(10):960-961.
- [4] 付敏,付善书,朱秀荣,等.HBV 感染患者血清标志物模式与 HBV DNA 含量的关系[J].广西预防医学,2005,11(6):369-370.
- [5] 蔡惠兴,吴英,梁鹏.乙肝血清标志物与 HBV-DNA 定量检测结果分析[J].国际医药卫生导报,2010,16(2):218-219.
- [6] 谢而付,黄佩娟,陈丹,等.慢性 HBV 感染患者血清中 HBV-DNA 与 HBsAg, HBeAg 的关系[J].实用医学杂志,2010,26(19):3627-3629.
- [7] 项明,汪永强.乙型肝炎 e 抗体定量在慢性乙型肝炎中的临床研究[J].国际检验医学杂志,2011,32(10):1120-1121.
- [8] 梅玉峰,黄敏,陈丽娟.HBV-DNA 阳性乙肝感染者血清学标志物临床分析[J].国际检验医学杂志,2010,31(9):1004-1005.
- [9] 张红,杨海珍,施鑫鹤,等.慢性乙型肝炎患者不同病毒载量与乙肝三系统及前 S1 抗原相关性研究[J].国际检验医学杂志,2010,31(3):233-234.
- [10] 唐恒锋,李文郎,陈爱华.6 种常见的乙肝病毒感染模式与其 DNA 相关性分析[J].中国医药导刊,2011,13(6):1050-1051.

(收稿日期:2012-02-22)

原发免疫性血小板减少症患者抗可提取性核抗原抗体分析

徐全民,逢清华,张 岚

(山东省青岛市胶州中心医院血液病实验室 266300)

摘 要:目的 探讨原发免疫性血小板减少症(ITP)患者抗可提取性核抗原(ENA)抗体分布状况。方法 采用免疫印迹法检测 76 例 ITP 患者和 30 例健康者抗 ENA 抗体。结果 76 例 ITP 患者抗 ENA 抗体总阳性率 23.68%,30 例健康者均为阴性,二者阳性率差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 抗 ENA 抗体检测有利于判断 ITP 患者由于伴发或有可能发展至 SLE 或其他自身免疫性疾病,对探讨 ITP 与 SLE、自身免疫性疾病之间相互联系及 ITP 发病机制有重要意义。

关键词:血小板减少; 抗体; 免疫印迹法

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.18.052

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2012)18-2270-02

原发免疫性血小板减少症(ITP),是由体液和细胞免疫异常介导的血小板过度破坏、巨核细胞数量和质量异常、血小板生成不足,以皮肤、黏膜出血为主要症状的血小板减少性疾病,其发病机制可能与自身免疫异常有关^[1-3]。本文对原发 ITP 患者和健康者抗可提取性核抗原(ENA)抗体检测结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 原发 ITP 患者 76 例(ITP 组)均为本院住院患者,临床诊断符合《血液病诊断及疗效标准》^[4],其中男 12 例,平均年龄 41.67 岁;女 64 例,平均年龄 46.47 岁。30 例健康者(健康组)为本院体检健康者。

1.2 方法 采集受试者静脉全血,常规分离血清后定性检测

针对 nRNP、Sm、SS-A(天然 SS-A 和 Ro-52)、SS-B、Scl-70、PM-Scl、Jo-1、CENP B、PCNA、dsDNA、核小体、组蛋白、核糖体 P 蛋白和 AMA M2 的 IgG 类抗体。检测试剂盒购自德国 EU-ROIMMUN 公司,严格按说明书要求操作。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对计数资料进行 χ^2 检验,显著性检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

76 例 ITP 患者中检出 1 项或多项抗 ENA 抗体阳性患者 18 例,总阳性率为 23.68%(18/76),30 例健康者抗 ENA 抗体检测结果均为阴性,ITP 组和健康组抗 ENA 抗体阳性率比较差异有统计学意义($\chi^2=8.909, P<0.05$)。抗 ENA 抗体检测阳性结果分布见表 1。

表 1 抗 ENA 抗体检测结果分布(n)

组别	n	抗 SS-A	抗 SS-B	抗 AMA M2	抗着丝点	抗核小体	抗组蛋白	抗 dsDNA	抗 PM-Scl
ITP 组	76	15	2	2	2	1	2	1	1
健康组	30	0	0	0	0	0	0	0	0

3 讨 论

ITP 是一种获得性的自身免疫性、出血性疾病,多数病因不明,多呈自发性或特发性,有些与病毒感染有关;病程一般较长,多呈反复发作和慢性迁延的过程,病情严重程度与自身免疫应答密切相关;女性患者多于男性^[5-7]。抗 ENA 抗体有十几种,是自身免疫性疾病的分型确诊依据,不同的抗体组合对应相关免疫性疾病^[8]。本研究检测结果显示,76 例 ITP 患者抗 ENA 抗体总阳性率为 23.68%,与健康者相比差异有统计学意义($P<0.05$)。

ITP 常伴随其他自身免疫病,机体免疫机制紊乱可导致血小板和红细胞破坏增加,诱发血小板减少或溶血性贫血^[9]。自身抗体也可引起中性粒细胞和凝血因子减少。在系统性红斑狼疮(SLE)及其他结缔组织疾病中,自身抗体引起血小板减少相当普遍,约有 7%~26% 的 SLE 患者并发 ITP。也有人认为 ITP 可能为 SLE 的早期表现之一,或是 SLE 的一种非活动形式,有近 2% 的 ITP 患者最终发展至 SLE^[10]。本研究中的 76 例 ITP 患者,1 例 2005 年诊断为 ITP,2011 年诊断为 SLE,抗组蛋白抗体、抗核小体抗体、抗 ds-DNA 抗体均为阳性;另 1 例 2009 年为抗 SS-A 单项弱阳性,诊断为 ITP,2011 年诊断为 SLE,抗组蛋白抗体、抗 SS-A 抗体、抗 PM-Scl 抗体均为阳性。

本研究结果说明对 ITP 患者有必要进行自身抗核抗体(ANA)及抗 ENA 抗体检测,以便更好地判断患者是否伴发 SLE 或其他自身免疫性疾病;对 ANA 及抗 ENA 抗体阴性 ITP 患者应密切随访,观察患者是否会发展至 SLE 或其他自身免疫性疾病,从而明确 ITP 与 SLE 及自身免疫性疾病的相互联系及 ITP 的发病机制。

参考文献

[1] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组. 成人原发免疫性血小板减少症诊治的中国专家共识[J]. 中华血液学杂志, 2011, 32(3): 214-216.

• 经验交流 •

消化道肿瘤患者多联肿瘤标志物联合检测临床意义分析

顿晓玲,彭宽嘉,周兰霞,黄琳苑,张 炜[△]
(兰州大学第一医院中心实验室,甘肃兰州 730000)

摘 要:**目的** 探讨多肿瘤标志物蛋白芯片诊断系统在消化道肿瘤临床诊断中的应用价值。**方法** 应用 Luminex100 测定 240 例消化道肿瘤患者、100 例消化道良性疾病患者血清糖类抗原 242(CA242)、糖类抗原 125(CA125)、甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)和细胞角蛋白 19(CY-211)含量,分析其诊断灵敏度和特异度。**结果** 多肿瘤标志物联合检测对消化道肿瘤的诊断灵敏度高于各指标单独检测($P<0.05$);胃癌、肝癌、结直肠癌患者血清 AFP、CA242、CA125、CEA 和 CY-211 含量高于消化道良性疾病患者($P<0.05$)。**结论** 多肿瘤标志物蛋白芯片检测系统的应用对消化道肿瘤诊断有较高的临床参考价值,可提高诊断灵敏度,适用于健康人群、肿瘤高危人群筛查及患者预后和疗效判断。

关键词:肿瘤标志物; 蛋白质阵列分析; 胃肠道
DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.18.053

减少症诊治的中国专家共识[J]. 中华血液学杂志, 2011, 32(3): 214-216.

[2] Culic S, Labar B, Marusic A, et al. Correlations among age, cytokines, lymphocyte subtypes, and platelet counts in autoimmune Bcl. xL thrombocytopenic purpura[J]. J Pediatr Blood Cancer, 2006, 47(Suppl 5): 671-674.

[3] Guo C, Chu X, Shi Y, et al. Correction of Th1-dominant cytokin profiles by high-dose dexamethasone in patients with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura[J]. J Clin Immunol, 2007, 2(6): 577-562.

[4] 张志南, 沈悌. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3 版. 北京: 科学出版社, 2007: 172-176.

[5] 侯明. 成人原发免疫性血小板减少症的治疗进展[J]. 临床血液学杂志, 2011, 24(7): 377-379.

[6] 陈飞燕, 梁好婷, 吴倩倩, 等. 原发免疫性血小板减少症的研究和诊治: 国际共识报告[J]. 国际输血及血液学杂志, 2010, 33(5): 468-472.

[7] 李晔, 孙艳艳. 1 000 例临床标本抗核抗体检测结果分析[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(18): 2072-2076.

[8] 高玉洁, 郭鹤, 赵高阳, 等. 免疫印迹法检测 ENA 及其在自身免疫性疾病中的诊断价值分析[J]. 国际检验医学杂志, 2010, 31(5): 427-429.

[9] 王艳生, 朱国庆, 姚宏静, 等. 特发性血小板减少性紫癜患者自身抗体的分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2010, 20(3): 586-587.

[10] 邓家栋. 临床血液学[M]. 上海: 科学技术出版社, 2001: 1317-1329.

(收稿日期: 2012-04-12)

文献标识码:B **文章编号:**1673-4130(2012)18-2271-02

检测对肿瘤的早期诊断、预后和疗效判断有重要意义^[1], 但有可能存在灵敏度不高、特异性不强、易漏诊等问题。随着生物

[△] 通讯作者, E-mail: wei_163@yahoo. com. cn.