

肿瘤标志物联合检测,其中一项阳性即为判为阳性,可弥补单项指标的不足,提高检测敏感性和有效性,减少漏诊率。由表 3 可见,结肠癌、胰腺癌手术前后 CEA、CA199 血清浓度变化明显($P < 0.05$),说明 CEA、CA199 对恶性肿瘤术后疗效观察和判断具有一定的临床价值。因此选择一组适合于不同消化道恶性肿瘤的标志物进行联合检测是非常必要的,但并不是指标越多越好,有时多项联合并不能提高诊断敏感性和特异性。如 AFP 仅在与 CEA 联合时对原发性肝癌诊断有一定的价值,与其他标志物联合检测则差异不显著。而 CEA 在各种消化道恶性肿瘤中的敏感性都很高,可以和多种肿瘤标志物联合检测。由表 2 可见,在组合检验中,CEA+CA199+CA242 是结肠癌、胰腺癌和胆管癌诊断首选标志物,CEA+CA199+CA724 是胃癌诊断首选标志物,CEA+AFP 是诊断肝癌的首选标志物。

本研究结果显示,联合检测能有效提高诊断灵敏度,降低漏诊率,但特异性有所降低,这与董兴辉等^[6]的研究结果一致。总之,联合检测可相对提高消化道恶性肿瘤诊断率。但根治肿瘤的关键是早发现、早治疗,确诊后的中晚期肿瘤疗效较差,预后不良^[7]。因此,选择具有临床价值的互补性强的肿瘤标志物用于对人群筛查,对消化道恶性肿瘤的早发现、早诊断和早治疗具有重要实用价值。

• 经验交流 •

静脉吸毒人群 HIV、HCV、HBV 检测结果分析

王 丽¹,刘凤玲²,唐 红³

(1. 新疆维吾尔自治区人民医院北院临床检验中心,新疆乌鲁木齐 830001;2. 新疆精河县人民医院检验科,新疆博州 833300;3. 新疆维吾尔自治区人民医院北院检验科,新疆乌鲁木齐 830001)

摘要:目的 探讨静脉吸毒者人免疫缺陷病毒(HIV)、乙型肝炎病毒(HBV)和丙型肝炎病毒(HCV)混合感染的模式。方法 对 195 例静脉吸毒者进行 HIV、HBV 和 HCV 感染血清学标志物检测。结果 抗-HIV 阳性率为 42.56%(83/195)。抗-HIV 阳性和阴性组抗-HCV 阳性率分别为 56.63%(47/83)和 42.86%(48/112)($\chi^2 = 3.62, P > 0.05$);乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)合并抗-HCV 阳性率分别为 43.37%(36/83)和 43.75%(49/112)($\chi^2 = 0.00, P > 0.05$)。HIV⁺/HBV⁺/HCV⁺和 HIV⁻/HBV⁺/HCV⁺组乙型肝炎病毒表面抗体(抗-HBs)阳性率分别为 80.56%(29/36)和 79.59%(39/49)($\chi^2 = 0.01, P > 0.05$)。结论 静脉吸毒者存在 HIV、HBV 和 HCV 混合感染,其血清学感染模式间的相互关系有待进一步研究。

关键词: HIV 感染; 获得性免疫缺陷综合征; 肝炎,丙型; 物质滥用,静脉内

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.19.066

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2012)19-2417-02

人免疫缺陷病毒(HIV)、乙型肝炎病毒(HBV)和丙型肝炎病毒(HCV)均可经静脉注射毒品、输血以性行为等途径传播。静脉吸毒者因共用针头或其他原因常可引发病毒单纯或混合感染^[1]。中国 HIV 感染率呈升高趋势,且随着吸毒人数的增加,HIV、HBV、HCV 混合感染日趋多见。本研究通过对探讨了静脉吸毒者 HIV、HBV 和 HCV 混合感染模式并进行了初步分析,结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 195 例静脉吸毒者来自乌鲁木齐市和库尔勒市等数家医疗强制戒毒机构,平均吸毒年限 2.34 年,分别按现行病毒性肝炎诊断标准和 HIV/获得性免疫缺陷综合征(AIDS)诊断标准进行分类判别。

1.2 仪器与试剂 酶联免疫吸附法(ELISA)HIV 检测试剂盒(北京金豪)、DETERMIN 1+2 金标法 HIV 检测试剂盒(北京威泰科),HCV ELISA 试剂盒(珠海丽珠),HBV ELISA 试剂盒(厦门英科新创);抗-HIV、抗-HCV 及乙型肝炎病毒表面

参考文献

- [1] 张启芳,李运泽,李俊喜.血清 CA199、CA242 和 CA724 含量对消化系统恶性肿瘤的诊断价值[J].山西医科大学学报,2007,38(5):430.
- [2] Mucke R, Ziegler PG, Libera T, et al. The multimodality therapy of advanced inoperable esophageal carcinoma. A retrospective analysis[J]. Strahlenther Oncol, 2000, 176(8):350-355.
- [3] 吴建民.对肿瘤标志物的再认识[J].中华检验医学杂志,2005,28(1):11-13.
- [4] Szajda SD, Waszkiewicz N, Chojnowska S, et al. Carbohydrate markers of pancreatic cancer[J]. Biochem Soc Trans, 2011, 39(1):340-343.
- [5] 方玲,沈庆茂,顾向明,等.肿瘤标志物联合检测对常见恶性肿瘤的筛查作用[J].检验医学与临床,2008,5(2):581-582.
- [6] 董兴辉,丁振灿,张秀华.CEA、CA199、CA724 在大肠癌中的应用价值探讨[J].放射免疫杂志,2005,18(2):127-128.
- [7] 王洛伟.新的肿瘤标志物-Cap43 基因[J].国外医学临床生物化学与检验学分册,2004,25(2):108-109.

(收稿日期:2012-08-09)

抗原(HBsAg)室内质控物购自卫生部临床检验中心。

1.3 方法 采用真空采血管采集空腹受试对象静脉血,分离血清后按试剂盒要求进行抗-HIV、抗-HCV 和 HBsAg 检测。根据抗-HIV 检测结果分为抗-HIV 阳性组和阴性组,比较 HBV 和 HCV 感染是否存在统计学差异。

1.4 统计学处理 采用 PEMS3.1 统计软件对数据进行 χ^2 检验,显著性检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 静脉吸毒人群 HIV、HBV、HCV 感染模式 抗-HIV 阳性组和阴性组间 HCV 感染阳性率及 HBV、HCV 合并感染阳性率无统计学差异(χ^2 值分别为 3.62、0.00, $P > 0.05$),见表 1。

2.2 静脉吸毒人群多重感染模式 在 HIV、HBV、HCV 混合感染者中,乙型肝炎病毒表面抗体(抗-HBs)阳性率为 80.56%(29/36),其他类型为 19.44%(7/36),在 HBV、HCV 混合感染者中,抗-HBs 阳性率为 79.59%(39/49),其他类型为 20.41%

(10/49); 抗-HBs 阳性率组间比较无统计学差异($\chi^2=0.01$, $P>0.05$)。

表 1 静脉吸毒人群 HIV、HBV、HCV 感染模式[n(%)]

感染模式	抗-HIV 阳性(n=83)	抗-HIV 阴性(n=112)
HBsAg、抗-HCV 阴性	0(0.00)	7(6.25)
HBsAg 阴性	0(0.00)	8(7.14)
抗-HCV 阳性	47(56.63)	48(42.86)
HBsAg、抗-HCV 阳性	36(43.37)	49(43.75)

3 讨论

AIDS 是由 HIV 感染所引起的一种致命性的慢性传染性疾病。HIV 属 RNA 逆转录病毒, 主要攻击 CD4⁺T 辅助淋巴细胞, 导致其数量进行性减少和免疫功能缺失^[2]。HBV 为嗜肝细胞 DNA 病毒, 通过整合于肝细胞 DNA 中导致肝细胞破坏^[3]。HCV 属黄病毒科, 主要通过直接杀伤作用或诱发机体免疫反应而损伤肝细胞^[4]。3 种病毒均可经静脉注射毒品、输血及性行为等途径传播。

国内学者对 206 例静脉吸毒者的研究表明, 在抗-HIV 阳性者中, HCV 感染阳性率为 55.81%, HBV 合并 HCV 感染阳性率为 44.19%; 在 HIV、HBV、HCV 混合感染者中, 抗-HBs 阳转率为 81.58%^[5]。另有学者对 152 例静脉吸毒者的研究表明, 在抗-HIV 阳性和阴性组间, HBV、HCV 感染模式没有统计学差异^[6]。另文献报道, 乙型肝炎患者输血后再感染 HCV 可促使抗-HBs 阳转^[7]。对静脉用药者的研究显示, HIV、HCV 合并感染率为 50%~90%, 约 60%~90% 的抗-HIV 阳性静脉吸毒者合并 HCV 感染, HBV 合并感染率为 76%^[8]。资料表明, HIV 感染者感染 HBV 后不能清除 HBV, 甚至既往感染而 HBsAg 消失者可再次出现 HBV 感染证据, 未治疗 HIV 感染者合并 HBV 感染后, 血清乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)水平亦明显升高^[9]。

本资料分析显示, 静脉吸毒者抗-HIV 阳性率为 42.56% (83/195); 抗-HIV 阳性者中未检出 HBV 感染者, 而 HCV 感染率为 56.63%, HBV 合并 HCV 感染率为 43.37%; 抗-HIV 阴性者中, HBV 感染率为 7.14%, HCV 感染率为 42.86%。

• 经验交流 •

UF-1000i 尿液有形成分分析仪显微镜复检规则探讨

孙世忠¹, 翁亚贤², 王玉琴²

(1. 辽宁省金秋医院检验科, 辽宁沈阳 110016; 2. 辽宁省人民医院检验科, 辽宁沈阳 110016)

摘要:目的 探讨 UF-1000i 尿液有形成分分析仪(简称 UF-1000if 分析仪)显微镜复检规则。方法 随机选取 1 500 例患者新鲜尿液标本, 分别用 UF-1000i 分析仪、尿沉渣计数盘对进行尿液有形成分检测, 用 N-600 尿干化学分析仪进行尿液干化学分析, 并对红细胞、白细胞和管型检测结果进行统计分析。结果 UF-1000i 分析仪主要指标的检测结果均存在一定的干扰因素, 导致不同程度假阳性和假阴性结果。结论 UF-1000i 分析仪对有形成分的检测仅为过筛试验, 有必要建立显微镜复检规则, 从而保证尿液常规检测的质量。

关键词:尿分析; 显微镜检查; 参考标准

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.19.067

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2012)19-2418-02

尿液成分和性状可反映机体代谢情况, 并受机体各系统功能状态的影响。尿液检测不仅对泌尿系统疾病诊断、疗效观察

HBV、HCV 合并感染率为 42.86%; 抗-HIV 阳性和阴性组间 HCV 感染率无统计学差异, HBV、HCV 合并感染率亦无统计学差异。HIV⁺/HBV⁺/HCV⁺ 和 HIV⁻/HBV⁺/HCV⁺ 静脉吸毒者抗-HBs 阳性率分别为 80.56% 和 79.59%。值得注意的是, 本研究未检出单纯 HIV 感染者和 HIV、HBV 合并感染者, 说明本地区静脉吸毒者 HIV、HBV 和 HCV 混合感染模式可能有别于其他地区。

相同传播途径导致 HIV、HBV 和 HCV 合并感染现象相当普遍, 加之 HBV 和(或)HCV 与病毒性肝损伤的关系极为密切, 使得这 3 种病毒合并感染的问题成为 HIV/AIDS 研究热点之一, 但有关多病毒感染时病毒间的生物学关系以及在静脉吸毒者中的致病机制还有待进一步深入研究。

参考文献

- [1] 贾艳合. 艾滋病研究进展[J]. 医学动物防治, 2002, 18(2): 108-110.
- [2] 刘斌焰, 刘斌钰, 李丽芬, 等. 艾滋病(AIDS)的发展现状与对策[J]. 大同医学专科学校学报, 2005, 4(1): 38-42.
- [3] 曲立科, 杨翰仪. 乙型肝炎病毒嗜肝性机制研究进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2001, 17(1): 3-7.
- [4] 丁兆丰, 杨文友. 值得注意的丙型肝炎病毒[J]. 中国国境卫生检疫杂志, 2000, 23(6): 368.
- [5] 范淑英, 杨忠礼, 赵素元. 静脉吸毒人群多病毒共感染的血清流行病学分析[J]. 海南医学, 2004, 15(3): 65.
- [6] 阮玉华, 陈显煌, 腾涛, 等. 静脉吸毒人群自愿检测咨询取性行为影响的初步研究[J]. 中国艾滋病性病, 2004, 10(5): 326-328.
- [7] 王昌敏, 钱文清, 赵素元, 等. HIV/HCV/HBV 共感染的临床实验研究[J]. 海南医学, 2004, 15(3): 4.
- [8] CDC. Prevalence of hepatitis C virus infection among clients of HIV counseling and testing sites-connecticut, 1999[J]. MMWR, 2001, 50(27): 577-581.
- [9] Mehta SH, Cox A, Hoover DR, et al. Protection against persistence of hepatitis C[J]. Lancet, 2002, 359(11): 1478-1483.

(收稿日期: 2012-06-18)

有重要意义, 对内分泌系统和消化系统疾病的诊断及辅助诊断也有重要临床价值^[1]。尿液有形成分分析是尿液分析的重要