

• 临床研究 •

系统性红斑狼疮的免疫检查分析

唐代明

(四川省攀枝花市盐边县人民医院 617100)

摘要:目的 分析系统性红斑狼疮(SLE)的血清免疫检查结果。方法 选择该院 2013 年 1 月至 2015 年 1 月收治的 SLE 患者 50 例纳入研究组,全部患者均给予常规治疗;另外选择同期健康体检者 50 例纳入对照组;对研究组患者治疗前后的血清免疫检查指标进行比较,同时比较研究组患者治疗后和对照组的血清免疫检查指标。结果 研究组患者治疗前后的血清免疫检查指标比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组患者治疗后的血清免疫检查指标与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 SLE 患者进行血清免疫检查对于疾病的治疗和转归具有非常重要的作用。

关键词:系统性红斑狼疮; 抗双链 DNA 抗体; 补体 3; 免疫球蛋白; 抗核抗体

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.12.048

文献标识码:A

文章编号:1673-4130(2016)12-1708-02

系统性红斑狼疮(SLE)是一种累及多器官、多系统的小血管及结缔组织疾病,易发于年轻女性,病程复发与缓解交替出现。患者体内可产生针对核酸、核蛋白质和组蛋白的抗体及其他自身抗体,这些自身抗体与相应抗原结合成的免疫复合物可沉积在心血管结缔组织、肾小球基底膜、浆膜、关节滑膜和多种脏器小血管壁上,免疫复合物在局部激活补体,吸引中性粒细胞浸润,造成局部组织的慢性炎性损伤,患者可出现发热、皮疹、关节痛、肾损伤、心血管病变、浆膜炎、贫血、精神症状等多种临床表现。关于 SLE 的发病机制还不清楚,激素疗法是临床治疗 SLE 的主要方法。经过有效的激素治疗,能有效缓解患者免疫系统紊乱的状况,降低患者体内抗体水平^[1]。对 SLE 患者进行血清免疫检查,能对疾病的治疗、转归进行有效评定。本研究回顾性分析了本院 2013 年 1 月至 2015 年 1 月收治的 50 例 SLE 患者的临床资料,对 SLE 患者的血清免疫检查指标的临床意义进行了探讨分析,现将具体情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2013 年 1 月至 2015 年 1 月收治的 SLE 患者 50 例纳入研究组,其中男 19 例,女 31 例,年龄 34~63 岁,平均(44.2±2.1)岁,病程 1~7 年,平均病程(5.4±1.3)年。全部患者均具有红肿、红斑、发热等典型症状,并符合美国心脏病学会关于 SLE 的临床诊断标准^[2],存在蝶形红斑、精神症状,没有关节炎;实验室检查发现患者白细胞增加,抗核抗体(ANA)阳性,蛋白尿阳性等。选择同期健康体检者 50 例纳入对照组,其中男 27 例,女 23 例,年龄 35~62 岁,平均(45.4±1.5)岁。两组患者在年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 检测方法 研究组患者给予甲基泼尼松龙治疗,治疗 7 d 后检查患者的各项血清免疫检测指标,包括抗双链 DNA 抗体(抗-dsDNA)、补体 3(C3)等。如果患者免疫球蛋白(IgG)、C3 及 ANA 水平基本正常,则保持甲基泼尼松龙的给药剂量不变,直到患者病情恢复,保持平稳。治疗前后,清晨抽取患者空腹静脉血进行检测。清晨抽取健康体检者的空腹静脉血进行检测,再采用间接免疫荧光法进行抗-dsDNA 和 ANA 检测,ANA 滴度大于 1/100 则表示阳性,抗-dsDNA 滴度大于 1/10 则表示阳性。采用乳胶散射比浊法进行血清 C3 和 IgG 检测。采用酶标记化学发光免疫法进行白细胞介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)检测。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计

数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究组患者治疗前后的血清免疫检测指标比较 治疗前后研究组患者的血清免疫检测指标比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 研究组患者治疗前后的血清免疫检查指标比较($\bar{x} \pm s$)

时间	<i>n</i>	ANA(+)	抗-dsDNA(+)	C3(g/L)	IgG(g/L)
治疗前	50	11.9±1.2	1.4±0.6	7.0±2.3	7.8±1.4
治疗后	50	60.6±8.1	23.6±1.2	0.9±0.3	15.5±3.2
<i>t</i>		42.054 7	117.004 3	18.589 2	15.588 2
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 研究组患者治疗后与对照组的血清免疫检测指标比较 治疗后研究组患者的血清免疫检测指标与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 2 研究组患者治疗后与对照组的血清免疫检查指标比较($\bar{x} \pm s$)

时间	<i>n</i>	ANA(+)	抗-dsDNA(+)	C3(g/L)	IgG(g/L)
对照组	50	61.6±7.8	24.1±1.5	1.0±0.2	15.8±2.9
研究组	50	60.6±8.1	23.6±1.2	0.9±0.3	15.5±3.2
<i>t</i>		0.628 8	1.840 5	1.961 2	0.491 2
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

现阶段关于 SLE 的发病机制还不清楚,SLE 的发生和遗传、激素水平、感染及环境因素等有直接关系。SLE 的临床表现主要为皮肤外表红斑、发热、关节疼痛等,大部分 SLE 患者伴有血小板、白细胞减少及贫血等。临床中在对 SLE 患者进行诊断时,常规和单纯血液疾病混淆,临床漏诊、误诊率较高,进而对临床治疗造成延误。临床中不但要加强自身抗体检查,同时还需要进行血液免疫检查,进而对 SLE 进行早期诊断和治疗,另外,免疫检查也能有效评定疾病的治疗和转归^[3]。

高效价均质性主要见于 SLE 患者,低效价均质型可见类风湿性关节炎(RA)、慢性肝脏疾病、传染性单核细胞增多症或

药物诱发的狼疮患者,高效价的周边型几乎仅见于 SLE,特别是活动期 SLE,其他自身免疫性疾病很少见周边型,因此,周边型对 SLE 的诊断价值极高,且提示病情活动,未经治疗的 SLE 患者几乎 95% 以上都有 ANA,且效价较高,一般为 1:100 以上。抗-dsDNA 诊断 SLE 的特异度可达 95%~100%,但其灵敏度仅为 30%~50%,抗-Sm 仅在 SLE 患者中发现,是 SLE 的血清标志抗体,已列入 SLE 的诊断标准。

ANA 是 SLE 的检测标志物之一。ANA 并不具备特异性,能有效反映 SLE 患者体内的核成分,大部分患者都呈 ANA 阳性^[4]。如果 ANA 的滴度大于 1/100 则表示 SLE 阳性,临床中需要重视的是,如果患者的年龄较大,ANA 滴度则可能表现为低滴度阳性^[5]。但是 ANA 滴度和 SLE 的进展并不一定同步。在其他自身免疫性疾病中,ANA 也会表现为阳性,例如慢性肝炎、类风湿性关节炎等。临床中应该结合 ANA 的荧光图像来对病症进行确诊,如果荧光图像表现为均质型、颗粒型及周边型表征,则能确诊为 SLE^[6]。抗-dsDNA 的特异性较高,如果抗-dsDNA 滴度较高则为 SLE。当患者处于 SLE 活跃期时,患者体内的抗-dsDNA 水平则非常高,临床中如果给予有效的治疗,当患者病情明显缓解后抗-dsDNA 水平则会降低。因此,可以将抗-dsDNA 作为 SLE 的特异性诊断指标,同时也可以利用抗-dsDNA 水平来对患者的病情发展进行观察,所以可以将抗-dsDNA 作为 SLE 患者的定期复查指标^[7]。另外检测 C3 和 IgG 也具有非常重要的作用,SLE 患者的血清 IgG 水平会明显上升,另外,因为补体参与到自身免疫反应中,机体不能及时补充,因此补体 C 水平则明显降低^[8]。所以可以结合患者机体内的 C3 水平变化情况来对疾病进行诊断,并对病情进展进行监测。如果患者 C3 持续降低,则表示患者病情加剧,应该对患者进行仔细观察^[9]。

SLE 患者进行血清免疫检查对于疾病的治疗和转归具有非常重要的作用。在实际的免疫检查中应该根据相关说明书严格执行,保证检验结果的准确性,在对患者静脉血进行采集

• 临床研究 •

儿科金黄色葡萄球菌感染的药敏分析

常林惠¹,魏晓红^{2△},杨 锐²

(1. 甘肃省嘉峪关市人民医院 735100;2. 甘肃省张掖市甘州区人民医院 734000)

摘要:目的 了解儿童感染金黄色葡萄球菌对抗菌药物的耐药情况。方法 收集 3 年来河西地区 3 家医院儿科分离的金黄色葡萄球菌 82 株,进行菌株复核鉴定和药敏试验。结果 82 株金黄色葡萄球菌复核鉴定均符合金黄色葡萄球菌生物学特征。共检出耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)6 株,检出率为 7.3%。MRSA 对各类抗菌药物的耐药率明显高于甲氧西林敏感金黄色葡萄球菌(MSSA)。82 株金黄色葡萄球菌对万古霉素、利奈唑胺、呋喃妥因 3 种药物 100.0% 敏感,对磷霉素耐药率较低,仅为 4.9%,利福平、复方磺胺甲噁唑、环丙沙星、多西环素耐药率低于 30.0%,但对青霉素耐药率为 97.6%,红霉素的耐药率为 68.3%,克林霉素耐药率为 53.7%。结论 该地区 MRSA 的检出率低于国内水平,应进一步加强儿童感染金黄色葡萄球菌的耐药监测。

关键词:儿科; 金黄色葡萄球菌; 药敏试验

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.12.049

文献标识码:A

文章编号:1673-4130(2016)12-1709-03

金黄色葡萄球菌(SA)可引起人类多种化脓性感染,是医院感染重要的革兰阳性细菌,也是儿童临床感染最常见的致病菌,发病急,进展快,病情复杂,可累及患儿多个组织器官。新生儿易感 SA,SA 容易在新生儿室中造成医院内的暴发流行,

时,要告知患者清晨空腹采集,以保证血液中的生化指标保持恒定,最终让免疫检查的准确性提高^[10]。

参考文献

- [1] 陆小玲. 系统性红斑狼疮免疫检查[J]. 中国实用医药, 2013,8(25):98-99.
- [2] 程金华. 系统性红斑狼疮发病机制和免疫检查[J]. 中国医药指南,2010,8(19):239-241.
- [3] 汪涛,张波. 36 例系统性红斑狼疮免疫检查研究[J]. 吉林医学,2013,34(12):2321.
- [4] 孙彦,黄黎,陈志鹏. 系统性红斑狼疮免疫检查研究[J]. 河北医学,2011,17(4):492-494.
- [5] 戴静静,吴俊,姚文,等. 中枢神经系统红斑狼疮的临床护理[J]. 中国实用护理杂志,2011,27(z1):31-32.
- [6] 后桂荣,肖艳,曾抗. 盘状红斑狼疮共聚焦激光扫描显微镜影像学特征分析[J]. 临床皮肤科杂志,2013,42(2):74-76.
- [7] 靳慧,赵明,陆前进. 红斑狼疮患者 1 006 例临床特征研究:来自中国人群红斑狼疮多中心病例对照研究(LEMCS-SC)[J]. 中华皮肤科杂志,2016,49(1):6-11.
- [8] 李文忠,许亚萍,彭建春. 亚急性皮肤型红斑狼疮伴多发性基底细胞癌 1 例[J]. 中国皮肤性病杂志,2011,25(7):570.
- [9] 宋慧. 红斑狼疮患者使用生物制剂的时机——事实与争议[J]. 中国临床医生杂志,2015(7):13-16.
- [10] 于立红,陈世义,杨雪松,等. 457 例红斑狼疮患者狼疮带试验结果与临床分析[J]. 中国实验诊断学,2013,17(6):1112-1114.

(收稿日期:2016-01-01 收稿日期:2016-03-11)

严重威胁儿童健康^[1-2]。尤其是耐甲氧西林金黄色葡萄球菌株(MRSA),目前在全球扩散流行,对多种药物耐药,被称为“超级细菌”^[3]。患儿一旦被 MRSA 感染,能选择的抗菌药物有限,临床治疗很棘手^[4]。为了解河西地区儿童 SA 分离株对抗