

白抗体可以在多种结缔组织病中出现,不具有诊断特异性。抗组蛋白抗体见于多种系统性和器官特异性自身免疫性疾病以及神经系统疾病、肾脏疾病和某些感染性疾病。

抗 Sm 抗体的阳性率为 22.2%,一般认为抗 Sm 抗体是 SLE 的标记性抗体,但其阳性率较底,目前未发现其与 SLE 的病情活动及狼疮性肾炎有明确的关联。

抗核糖 P 蛋白抗体均是 SLE 的标志性抗体^[12-13],与本研究结果相符合。中国人群中抗核糖 P 蛋白抗体阳性率更高,可达 36%^[14-15],本研究可能数据较少,未能完全显示抗核糖 P 蛋白抗体的作用。研究中显示各指标阳性与 SLE 有相关。

总之,SLE 临床表现多样,血清中不但出现特异性的抗 dsDNA 抗体、抗 Sm 抗体,也可出现大量的其他自身抗体,如抗 SSA 抗体、抗 nRNP 抗体等,由于实验方法的不同、检测试剂的不同、质量控制的差异以及不同的检测人群和患者活动程度、自身抗体检测的敏感性和特异性可能有差异。因此,不能以某一次某一项检测结果来诊断疾病,ANA、ANA 谱、抗 dsDNA 抗体的联合检测可避免因单项检测而出现的漏诊情况,在 SLE 的诊断中具有互补性,有利于提高 SLE 的检出率^[16-17]。

参考文献

[1] Tan EM, Von-Muhlen CA. Autoantibodies in the diagnosis of systemic rheumatic disease[J]. Semin Arthritis Rheum, 1995, 24(5): 323.

[2] 苏茵, 韩蕾, 栗占国, 等. 抗核小体抗体测定在系统性红斑狼疮诊断中的意义[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(5): 474-477.

[3] Cairns G, McMillan SA, Crockard AD, et al. Antinucleosome antibodies in the diagnosis of systemic lupus erythematosus[J]. Ann Rheum Dis, 2003, 62(10): 272-273.

[4] Servais G, Daens S, Guillaume MP, et al. Diagnostic specificities and sensitivities of anti-ds-DNA, anti-membrane DNA and anti-nucleosomes autoantibodies[J]. Scand J Clin Lab Invest Suppl, 2001, 235(6): 61-67.

• 经验交流 •

[5] 丁贤, 刘树业, 周淑芬. 肺癌标志物联合检测的临床应用[J]. 中国医学检验杂志, 2009, 10(1): 9-10.

[6] 彭俊华, 张华欣. 143 例系统性红斑狼疮的自身抗体和常规检查分析[J]. 甘肃科学学报, 2009, 3(21): 53.

[7] 吴瑾. 抗 ds-DNA 抗体抗原识别及致病性分子基础[J]. 中华风湿病学杂志, 2001, 5(2): 380-381.

[8] Ihn H, Yamane K, Yazawa N. Distribution and antigen specificity of anti-lRNP antibodies in patients with systemic sclerosis[J]. Clin Exp Immunol, 1999, 117(12): 383-387.

[9] 树叶, 谢红付, 陈翔. ANA 阴性的系统性红斑狼疮 55 例临床分析[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(20): 87-89.

[10] 陈立新. 自身免疫性疾病的实验室循证[J]. 检验医学与临床, 2007, 4(5): 404-406.

[11] Monestier M, Fasy TM, Losman MJ, et al. Structure and binding properties of monoclonal antibodies to core histones from autoimmune mice[J]. Mol Immunol, 1993, 30(6): 1069.

[12] Mannik M, Merrill CE, Stamps LD, et al. Multiple Autoantibodies form the Glomerular Immune Deposits in Patients with Systemic Lupus Erythematosus[J]. J Rheumatol, 2003, 30(4): 1495-1504.

[13] 苏茵. 抗核小体抗体测定在系统性红斑狼疮诊断中的意义[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(8): 474-477.

[14] Reichlin M, Wolfson-Reichlin M. Correlations of anti-dsDNA and anti-ribosomal P autoantibodies with lupus nephritis[J]. Clin Immunol, 2003, 108(2): 69-72.

[15] Toubi E, Shoenfeld Y. Clinical and biological aspects of anti-p-ribosomal protein autoantibodies[J]. Autoimmun Rev, 2007, 6(3): 119-125.

[16] 高玉洁. 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.

[17] 李光迪. 抗核小体抗体对系统性红斑狼疮的诊断意义[J]. 国际检验医学杂志, 2006, 9(10): 835-836.

(收稿日期: 2010-05-04)

乙型肝炎血清学标志物特殊模式的分析

刘媛媛, 辛 武, 韩忠学
(武警辽宁省总队医院检验科, 沈阳 110034)

摘 要:目的 探讨乙型肝炎血清学标志物的特殊模式。方法 用酶联免疫吸附试验法检测乙型肝炎血清学标志物, 并对其特殊模式进行分析。结果 检测到乙型肝炎特殊模式 7 种。结论 了解乙型肝炎特殊模式的类型为乙肝的诊断、治疗提供可靠的依据。

关键词: 肝炎病毒, 乙型; 生物学标记; 特殊模式

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2011.04.045 文献标识码: B 文章编号: 1673-4130(2011)04-0516-02

乙型病毒性肝炎是中国发病率较高的一种传染病, 约 50%~70% 的人群受过乙肝病毒(HBV)感染, 约 8%~12% 的人群为乙型肝炎表面抗原(HBsAg)携带者。HBV 感染人体后, 可在血清中检测到相应的抗原、抗体, 称之为乙型肝炎标志物, 是乙型肝炎诊断和治疗的重要依据^[1]。常见的血清学模式及临床意义已为大家熟知, 但日常工作中偶尔会遇到一些特殊模式, 这给临床医生带来了解释困难, 现将这些不典型模式报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 血清来自本院 2009 年 1 月至 2010 年 11 月

住院、门诊患者及体检人员共 41 253 例, 其中检测到特殊模式 77 例。

1.2 方法 用酶联免疫吸附试验法(ELISA)做血清学 5 项指标检测, 试剂盒由上海科华生物技术有限公司和上海荣盛生物试剂厂提供。对这些特殊模式均采用 2 种试剂复检, 剔除因试剂造成的假性结果标本, 所有操作严格按照说明书进行。

2 结 果

为了表述方便分别以“1”代表乙型肝炎表面抗原(HBsAg); “2”代表乙型肝炎表面抗体(HBsAb); “3”代表乙型肝炎 e 抗原(HBeAg); “4”代表乙型肝炎 e 抗体(HBeAb); “5”代表

乙型肝炎核心抗体(HBcAb)。乙型肝炎血清学标志物特殊模式类型及例数见表 1。

表 1 乙型肝炎血清学标志物特殊模式类型及例数						
模式编号	模式类型					n
	HBsAg	HBsAb	HBeAg	HBeAb	HBcAb	
1(1235)	+	+	+	—	+	17
2(1245)	+	+	—	+	+	14
3(125)	+	+	—	—	+	10
4(123)	+	+	+	—	—	7
5(12)	+	+	—	—	—	5
6(235)	—	+	+	—	+	10
7(35)	—	—	+	—	+	14

3 讨 论

通常 HBsAg 是 HBV 感染的特异性指标,HBsAb 一般于 HBsAg 消失数周后开始在血清中出现,是 HBV 复制减弱、免疫激活及传染性降低的指标。前 5 种模式均表现为 HBsAg 与 HBsAb 共存现象,分析可能的原因为:(1)由于 S 基因的变异改变了 HBsAg 的抗原结构,使其不能与野毒株 HBsAb 反应;(2)接种乙型肝炎疫苗后虽有正常的 HBsAb 应答,却仍能感染 α 决定簇变异的免疫逃逸毒株,从而与 HBsAg 并存^[2-4];(3)前后有不同亚型的 HBV 感染或非典型肝炎感染的早期;(4)由于 HBsAb 能与 HBsAg 构成免疫复合物,所以少数慢性肝病患者可能出现两者同时阳性。

在乙型肝炎急性病程中,HBeAg 持续时间略短于 HBsAg,转为慢性时可能与 HBsAg 一样长期出现阳性,HBeAg 基本上只能在 HBsAg 阳性血清中检测出。第 6、7 种模式均表现为 HBeAg 阳性而 HBsAg 阴性,分析其大多是由于血液 HBsAg 浓度过高产生钩状效应^[7-9],或不同 HBV 的亚型感染有关,这

• 经验交流 •

2 种模式存在一定程度的 HBsAg 漏检;有关报道认为 S 基因的突变不是导致 HBsAg 假阴性的主要原因^[10]。

总之在检测乙型肝炎血清学标志物时,遇到不常见模式一定要进行 2 次以上的复检,最好选用不同厂家的试剂,采用可靠的方法,以排除试剂及操作过程中造成的误差,为临床提供可靠的诊断及治疗依据。

参考文献

[1] 陶其敏.如何看待病毒性肝炎的基因诊断[J].中华检验医学杂志,2002,25(5):69-70.

[2] 吴俊庆,吴俊琪,胡焉凡,等. HBsAg 阴性, HBeAg 阳性乙型肝炎病毒血清表现模式的分析[J]. 检验医学,2005,20(4):331-332.

[3] 刘丽萍.乙型肝炎 5 项特殊模式的分析[J]. 检验医学与临文档,2009,6(9):736.

[4] 程邦宁,张其根,贾扬地. HBV 血清标志物 HBsAg 与 HBsAb 共存的特殊模式分析[J]. 中国感染控制杂志,2004,3(1):8-10.

[5] 孙秀凤.乙型肝炎病毒血清标志物特殊模式的再认识[J]. 临床肝胆杂志,2005,21(1):57-58.

[6] 陈红英.4 253 例乙型肝炎病毒血清标志物定性结果模式分析[J]. 广东微量元素科学,2008,15(7):14-16.

[7] 单桂秋,李秋生,肖韶英.检测乙型肝炎表面抗原的一步法试剂的钩状效应分析[J]. 中华检验医学杂志,2002,35(3):107-108.

[8] 吴俊琪,徐瑞龙,郑昭璟,等.乙型肝炎特殊血清学表现模式的探讨[J]. 中华实验和临床病毒学杂志,2006,20(4):405-406.

[9] 温立鸿,崔慧玲.54 例特殊模式的乙型肝炎病人血清学分析[J]. 河南预防医学杂志,2001,12(6):324-325.

[10] 范金水,庄辉,李远贵,等.我国 8 城市 HBsAg 阳性和阴性乙肝患者的病毒血清性和基因型分析[J]. 中华微生物和免疫学杂志,1998,18(4):88-91.

(收稿日期:2010-05-10)

冠状动脉血管成形术前后缺血性修饰清蛋白变化的临床观察

王 茸¹,陈静乙²

(1. 解放军第四六三医院检验科,沈阳 110042;2. 中国医科大学 93 期,沈阳 110001)

摘 要:目的 应用国内首创使用超滤法改良的清蛋白钴结合实验(ACB)来检测缺血性修饰清蛋白(IMA),利用冠状动脉血管成形术中球囊扩张压迫的人类模型,观察手术前后 IMA 的变化。**方法** 采用超滤方法进行 IMA 的检测。**结果** 术后 5 min 与术前的差异有统计学意义, $P<0.01$ 。**结论** (1)心肌缺血会导致 IMA 升高,IMA 是心肌缺血的敏感指标。(2)在心肌缺血后 5 min 可以检测到 IMA 的上升,这种上升幅度是具有统计学意义的,并且明显高于阳性标准值。(3)在心肌缺血缓解后 4~6 h IMA 恢复正常,说明只要心肌不产生坏死,缺血是可以恢复的。(4)超滤法检测 IMA 是可行的

关键词:血管成形术,经腔,经皮冠状动脉; 心肌缺血; 缺血性修饰清蛋白

DOI:10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2011. 04. 046 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2011)04-0517-02

缺血性修饰清蛋白(ischemia modified albumin,IMA)是近年来临床推出的 1 项新的早期心肌缺血的生化指标^[1]。心肌缺血标志物能在急性冠脉综合征早期可逆阶段检出,有助于对急性缺血性患者进行正确地诊断和及时治疗。IMA 的测定是采用清蛋白钴结合实验(the albumin cobalt binding, ACB),该实验得到了美国 FDA 的认证。目前在国内临床刚刚开始应用。由于冠状动脉血管成形术中球囊扩张压迫(大于 3 min)可引起短暂性的缺血^[2],这就为 IMA 研究提供了很好的人类模

型。本研究应用国内首创使用超滤法改良的 ACB 来检测 IMA,利用冠状动脉血管成形术中球囊扩张压迫的人类模型,观察手术前后 IMA 的变化^[3]。对这个指标在心肌缺血诊断中的作用和改良的实验方法进行评估。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2008 年 1 月间进行冠状动脉血管成形术患者 40 例。

1.2 标本 所有入选患者于手术前 30 min、术后 5 min 和 2、