

的良恶性,以期取得最好治疗效果,同时可减少患者就诊等待时间,方便边远地方群众。此法的应用对基层医院病理诊断有十分重要的意义。

为了确保制片的质量,在本法操作中要注意以下两点:
(1)由于外检标本的组织结构不同,在本法操作中要根据具体情况对组织块在丙酮中的工作时间进行控制,如乳腺、淋巴结、皮肤及新鲜的组织标本,在丙酮中的作用时间可适当延长,以便制出好的切片。
(2)在本法操作中要注意保持丙酮的浓度,且在操作过程中要使标本完全浸入工作液里,防止因组织固定、脱水、透明、浸蜡不好而难以制成好的切片,影响病理诊断。

参考文献

[1] 楚广民. 超声波快速石蜡切片的制备[J]. 诊断病理学杂志, 2001, 8(2): 366-368.
• 经验交流 •

[2] 中华医学会. 临床操作技术规范: 病理学分册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004: 37-38.
[3] 王强, 王学德, 王勇, 等. 超声微波快速石蜡切片在微小组织中的应用[J]. 诊断病理学杂志, 2004, 4(2): 226-228.
[4] 刘海萍, 王星斗. 常规石蜡切片脱水方案的调整与实验[J]. 实用医技杂志, 2004, 6(4): 427-427.
[5] 徐建勤, 程国平. 含蜡组织块脱水不足的补救[J]. 临床与实验病理学杂志, 2010, 20(3): 378-378.
[6] 谢丽微, 周玲玲, 周伶俐. 不同固定液对延迟处理标本的 HE 制片的影响[J]. 温州医学院学报, 2010, 21(5): 512-513.
[7] 肖军兰, 张功亮. 丙酮在冷冻切片制片中的应用[J]. 赣南医学院学报, 2005, 28(5): 601-601.

(收稿日期: 2015-07-16)

ARCHITECT 化发光免疫分析仪乙肝五项 残余试剂回收与应用

熊锋莉, 黄晓光

(陕西省泾阳县医院检验科, 陕西泾阳 713700)

摘要:目的 探讨 ARCHITECTi1000 化发光免疫分析仪残余试剂回收应用价值, 有效降低检测成本。**方法** 收集乙肝五项残余试剂, 将同一项目, 同一批号试剂合并, 删除仪器原有试剂条码信息, 把回收试剂重新读入仪器使用, 与原装试剂检测低值、高值结果进行比对分析。**结果** 回收试剂与原装试剂检测结果比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 回收同一批号残余试剂, 可用于检测临床标本, 能够有效降低检测成本, 值得推广使用。

关键词: 化学发光; 乙肝五项; 残余试剂; 回收应用
DOI:10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2016. 01. 065 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2016)01-0133-02

雅培 ARCHITECTi1000 化学发光免疫分析仪因无放射性污染、检测灵敏度高^[1]、操作简单等特点越来越广泛的被临床实验室应用于肝炎病毒类、激素类等检测^[2-3]。但该仪器受限于使用厂家配套试剂, 试剂成本高。每套试剂盒测试完后都会有 15% 左右的残余试剂, 为了节约成本合理回收残余试剂, 笔者对残余试剂的回收方法及检测性能作一探讨。

1 材料与方法

1.1 仪器与试剂 ARCHITECTi1000 化学发光免疫分析仪及配套试剂回收试剂 将仪器测试完自动卸下的试剂瓶收集储存于 2~8℃ 冰箱, 同一批号, 同一项目试剂瓶存够 6~8 瓶后按微粒子、吡啶酯、缓冲液分别合并回收至一瓶中使其成为一套“新”试剂样本: 收集由原装试剂测得的低值(阴性、临界值)、高值(阳性)新鲜血清各 20 份, 储存于 -20℃ 冰箱备用。HBsAg、Anti-HBs、HBeAg、Anti-HBe 和 Anti-HBc 0~10 为低值, >10 为高值^[4-5](HBsAg 单位 IU/mL, Anti-HBs 单位 mIU/mL, HBeAg、Anti-HBe、Anti-HBc 单位 S/CO)。

1.2 方法

1.2.1 回收试剂的读入 以“管理员”用户及密码进入程序, 在试剂栏查找与回收试剂盒标签批号相同, S/N 号码相同的试剂盒进行删除(同批号不同 S/N 号码应保留不可全部删除)再将回收试剂放入试剂位, 仪器自动读入并扫描为新试剂“100 test”。

1.2.2 测试项目 HBsAg、Anti-HBs、HBeAg、Anti-HBe 和 Anti-HBc。

1.2.3 测定 取出收集的低值、高值血清室温复融 30 min, 用

回收试剂检测 HBsAg、Anti-HBs、HBeAg、Anti-HBe 和 Anti-HBc, 记录数据。

1.3 统计学处理 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 配对计量资料比较采用 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

原装试剂和回收试剂测得的 20 份低值、高值血清样本结果, 经两两比较, 各项目检测结果差异均无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组试剂检测结果比较					
组别		原装试剂	回收试剂	t	P
HBsAg(IU/mL)	低值	3.78±0.11	3.72±0.13	1.58	>0.05
	高值	80.4±2.5	82.1±2.9	1.99	>0.05
Anti-HBs(mIU/mL)	低值	5.12±0.13	5.18±0.15	1.36	>0.05
	高值	92.4±3.0	94.5±3.4	2.07	>0.05
HBeAg(S/CO)	低值 0~10	5.12±0.16	5.06±0.17	1.15	>0.05
	高值	55.4±6.1	53.2±6.5	1.10	>0.05
Anti-HBe(S/CO)	低值 0~10	0.04±0.01	0.04±0.02	1.20	>0.05
	高值	67.3±2.1	65.9±2.4	1.96	>0.05
Anti-HBc(S/CO)	低值 0~10	5.13±0.18	5.23±0.15	1.91	>0.05
	高值	95.7±2.9	97.4±3.0	1.82	>0.05

3 讨论

随着血清标志物检测方法学的不断发展, 临床对乙肝五项

检测的快速、准确性提出了更高要求^[2,6]。近年来,化学发光免疫分析以其快速、灵敏等特点逐渐被临床实验室接受^[4]。雅培 ARCHITECTi1000 化学发光免疫分析仪原装进口试剂固定人份为 100 test/盒包装,仪器以样本个数记录已测试人份而非用每人份试剂量扣除总试剂量,因此仪器测试完自动卸出试剂盒一般均有 15%左右残余试剂可再回收利用。而回收试剂再次使用时只需将仪器记忆本瓶试剂盒信息删除,保留同批号定标信息就可以直接使用,方法简便并能更好的节省定标费用。通过对患者样本低值、高值检测结果进行比对分析,表明回收试剂与原装试剂检测结果无差异。笔者在近 3 年的使用中发现使用回收试剂所检测项目室内质控数据与原装试剂质控数据分布一致。为了确保回收试剂的稳定性,应注意将卸下试剂瓶盖紧瓶盖储存于冰箱,及时回收,集中使用,不要超过试剂使用期限,并做好回收试剂的标记不可再重新回收。回收试剂主要针对试剂用量较大的项目,残余试剂能够很快回收够一套(约 6~8 瓶),并保证在短时间内使用,避免试剂放置过久、试剂过期及定标曲线过期情况。

感染性标志物的转化是判断疾病进展和转归的重要指标,化学发光法因灵敏度高,在临床检测中经常遇到临界值,给临床判断造成困惑^[5-8]。因此,对回收试剂一定要做好临界值的比对试验,确保与原装试剂无测定差异。雅培 ARCHITECTi1000 化发光免疫分析仪检测乙肝五项回收试剂与原装试剂同样具有较高的准确性和稳定性,且无需重新定标,回收方法

• 经验交流 •

简便,具有回收价值,值得同行借鉴。

参考文献

[1] 安成,程实,李杰,等. HBsAg 化学放光法临界值验证和灰区设定的方法探讨及意义[J]. 中华检验医学杂志,2012,35(11):1045-1047.

[2] 刘立民,李钰,蒙雨明,等. 化学发光微粒子免疫分析技术检测乙肝五项的性能评估[J]. 现代检验医学杂志,2015,30(2):107-109.

[3] 李炎梅,莫思建,梁太英,等. ACCESS 化学发光仪残余试剂的回收价值研究[J]. 标记免疫分析与临床,2011,18(2):111-114.

[4] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:574-576.

[5] 李志艳,刘平,高健,等. 梅毒螺旋体筛查方法的比较性研究[J]. 中华检验医学杂志,2012,35(12):1176-1179.

[6] 王菊英,魏军,张建荣. HCV 抗体反应性标本的 RIBA 确证结果分析[J]. 中华检验医学杂志,2012,34(12):1128-1130.

[7] 朱波,沈伟,黄家勤,等. 雅培 ARCHITECT I2000SR 化学发光 CEA 残余试剂再利用评估[J]. 中国临床新医学,2012,15(1):83-86.

[8] 邓安彦,蔡艳娟,周守容,等. ELISA 法检测 HBsAg(CMIA)低值血清样本的结果分析[J]. 现代检验医学杂志,2015,30(2):123-125.

(收稿日期:2015-07-28)

血清肿瘤标志物 CA125、CEA 联合检测在宫颈癌诊断中的临床价值

闫 慧,薛 冰

(新疆医科大学第五附属医院检验科,乌鲁木齐 830011)

摘 要:**目的** 探讨肿瘤标志物糖链抗原 125(CA125)、癌胚抗原(CEA)在宫颈癌诊断中的临床应用价值,以筛选适合宫颈癌的血清肿瘤标志物组合,用于提高临床诊断宫颈癌的准确率。**方法** 使用罗氏电化学发光免疫分析仪对 181 例宫颈癌患者、196 例宫颈癌良性疾病患者及 200 例健康体检人群进行的肿瘤标志物进行检测,分析单项和多项肿瘤标志物联合检测的差异。**结果** 宫颈癌组 2 种肿瘤标志物平均值均高于宫颈癌良性疾病组和健康对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。宫颈癌组阳性率高于宫颈癌良性疾病组和健康对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。肿瘤标志物联合检测阳性率 69.6%,显著高于任一单项检测,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** CA125、CEA 联合检测在宫颈癌诊断中具有较高的临床应用价值。

关键词:肿瘤标志物; 宫颈癌; 联合检测; CA125; CEA

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.01.066 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2016)01-0134-02

宫颈癌在妇科肿瘤中,发病率居第二位^[1]。美国宫颈癌患者 5 年存活率为 70%,早期确诊的宫颈癌患者存活率上升至约 70%^[2]。目前宫颈癌的确诊主要依靠宫颈刮片、阴道镜等传统检查方式,可能造成宫颈癌的漏诊。近年来,肿瘤标志物逐渐成为临床诊断宫颈癌的常用检测指标。本文对宫颈癌患者肿瘤标记物进行单项和联合检测,将实验结果进行比较,为临床诊断宫颈癌提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月至 2015 年 6 月经病理检查确诊宫颈癌患者(宫颈癌组)181 例,年龄 30~69 岁,平均年龄 45 岁;经 CT 确诊宫颈良性疾病患者(宫颈良性疾病组)196 例,年龄 27~71 岁,平均年龄 48 岁;排除肿瘤性疾病的女性体检人群(健康对照组)200 例,年龄 28~70 岁,平均 46 岁。

1.2 方法 3 组人群空腹抽取静脉血 5 mL,2 500 r/min 离心

5 min,分离血清,运用罗氏电化学发光免疫分析仪检测 2 种肿瘤标志物,试剂为原装试剂,配套校准品及质控品,严格说明书进行操作。参考范围:CA125<35 U/mL,CEA<3.4 ng/mL。

1.3 统计学处理 运用 SPSS 17.0 统计软件进行数据统计分析,计数资料运用 χ^2 检验,计量资料数据均运用用均数 标准差表示,CA125、CEA 2 种肿瘤标志物用阳性率进行比较。

2 结 果

2.1 3 组人群 2 种肿瘤标志物检测结果 见表 1。宫颈癌组 2 种肿瘤标志物水平显著高于宫颈良性疾病组和健康对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。宫颈良性疾病组和健康对照组 2 种肿瘤标志物含量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 3 组人群 2 种肿瘤标志物阳性例数及阳性率 见表 2。宫颈癌组 2 种肿瘤标志物阳性率显著高于宫颈良性疾病组和正常对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 种肿瘤标志物