

于未分化的白血病及一些形态学不典型的白血病,其诊断有一定的局限性。MICM分型则综合了形态学、免疫学、细胞遗传学的优势。其中免疫学分型综合了单克隆抗体高度特异性和流式细胞术高度灵敏性的特点,使急性白血病的诊断准确率提高到90%以上。通过135例AML免疫分型结果发现,髓系相关抗原表达率CD13 > CD33。因此,CD13和CD33是髓系特异性免疫标志。CD34和HLA-DR均为干祖细胞相关抗原,是一非系列相关性抗原,原始细胞表达CD34和HLA-DR,而早幼粒细胞不表达CD34和HLA-DR。本文M3高表达CD13、CD33,而不表达CD34和HLA-DR,余各亚型均不同程度表达CD34和HLA-DR,说明在有髓系抗原表达,而CD34和HLA-DR阴性情况下,要考虑M3的可能。CD14是单核细胞特异表面标志,但灵敏度较差,本文60例M5只有12例(20%)表达CD14。本文资料显示,部分AML可伴CD7、CD19、CD22等淋系抗原的表达,多见于M2、M5,与文献报道一致<sup>[2]</sup>,该群患者的完全缓解率低于不伴有淋系交叉表达的患者群,与文献报道的治疗后缓解率呈负相关的结果一致<sup>[3]</sup>,对预后判断有一定帮助。另外,WHO将急性淋巴细胞

白血病分为前体B-急性淋巴细胞白血病/原始淋巴细胞瘤和前体T-急性淋巴细胞白血病/原始淋巴细胞淋巴瘤<sup>[4]</sup>,而传统形态学不能区分T和B淋巴细胞,必须借助白血病免疫分型,来指导急性淋巴细胞白血病的治疗及预后判断。随着检查方法的迅速发展,白血病的MICM分型已被广泛应用。白血病免疫分型使白血病的诊断客观性、准确率明显提高,更重要的是为预后判断、指导治疗提供了可靠依据。

**参考文献**

[1]刘贵建.急性白血病的MICM分型[J].中华检验医学杂志,2004,27(6):399.

[2]宋建新,苏敏,张芹,等.282例急性白血病流式细胞术与免疫分型分析[J].现代检验医学杂志,2005,20(1):1043-1046.

[3]刘斌,李睿,吴昊,等.急性白血病LY+AML型和MY+ALL型预后因素的临床研究[J].中国实验血液学杂志,2007,15(2):421-442.

[4]张之南,沈彬.血液病诊断及疗效标准[M].第3版.北京:科学出版社,2007,118-119. (2009-10-23收稿,2009-11-04修回)

### 杭州市在押人员乙型肝炎病毒感染调查分析

杭州市预防保健门诊部检验科(310014) 俞慧娟

监狱和劳教所服刑人员属于高聚集特殊人群,为了解杭州市该人群HBV感染现状,为制定特殊人群乙肝防治措施提供依据,我们于2009年5月~6月对482名在押人员进行了HBV感染调查,现将结果报告如下。

#### 1 材料和方法

**1.1 标本来源** 血清标本482份,采集于我市2个不同的监狱和劳教所人员,年龄(20~68)岁,均为男性。

**1.2 检测设备与方法** 采用酶联免疫吸附试验(ELISA),诊断试剂盒由广东中山生物工程有限公司提供。采用紫外连续监测法测定血清ALT,诊断试剂由上海德赛有限公司提供。所有实验按试剂盒说明书操作和判定结果,所有试剂均在有效期内使用。

#### 2 结果

**2.1** 482名在押人员乙型肝炎病毒(HBV)感染情况,见表1。

**2.2** HBsAg阳性伴HBeAg阳性和HBsAg阴性伴HBeAg阴性两种不同模式中ALT异常率,见表2。

**表1 482名在押人员乙型肝炎病毒(HBV)感染情况**

检测项目	结果	人数	阳性率(%)
HBsAg	阳性	64	13.28
HBeAg	阳性	8	1.66
HBeAb	阳性	142	29.46

**表2 两种不同模式中ALT异常率**

模式	n	ALT异常人数	异常率(%)
HBsAg阳性伴HBeAg阳性	8	3	37.50
HBsAg阴性伴HBeAg阴性	418	5	1.20

据杭州市疾控中心关于《杭州市乙肝流行态势与免疫策略探讨的调研》结果显示,杭州市普通人群2006年HBsAg阳性率为6.71%,全国平均水平为9.8%<sup>[1]</sup>。本文调查显示,该人群HBsAg阳性率高达13.28%,远高于杭州市普通人群平均水平( $P < 0.05$ ),也明显高于全国平均水平( $P < 0.05$ ),可能与这部分人群文化素质普遍较低,自制能力较差,卫生防病知识缺乏,生活习惯和自我保护意识普遍较差,乙肝病毒更易在该高聚集人群中密切接触传播有关。

卫生部公布2006年全国人群乙肝血清流行病学调查结果:全国人群乙肝HBsAb阳性率为50.09%,其中(15~59)岁人群为47.38%。本文调查显示,HBsAb阳性率仅为29.46%,远低于我国普通人群平均水平( $P < 0.05$ )。监狱和劳教所服刑人员因家庭关系复杂,生活经历曲折,可能与他们乙肝疫苗接种率低有一定关系。由于该人群环境及行为的特殊性,建议加强该人群乙肝病毒的检测和乙肝疫苗的免疫接种。

本文调查显示,HBsAg阳性率1.66%,HBsAg阳性伴HBeAg阳性8人,ALT异常3人,异常率37.5%。HBsAg阴性伴HBeAg阴性418人,ALT异常5人,异常率1.20%。由此可见,ALT异常率在HBsAg阳性伴HBeAg阳性人群中明显高于HBsAg阴性伴HBeAg阴性人群( $P < 0.01$ )。HBeAg阳性是HBV感染者病毒复制的指标之一,有较强的传染性,ALT的升高与HBV在体内呈持续感染状态及其活跃复制相关。因此,HBeAg检测在观察病情发展,预防人群交叉感染有重要意义。HBeAg携带率与病毒复制水平和

万方数据

ALT异常率之间存在统计学意义,进一步证实了HBeAg阳性是反映HBV复制水平的可靠指标,可作为疾病进展的参考依据。

#### 参考文献

[1]施佰元,李立明,叶冬青,等.流行病学[M].北京:人民卫生出版社,2004,481-485. (2009-10-31收稿)

### fPSA/tPSA 比值对PCa和BPH鉴别诊断的意义

大连医科大学附二院核医学科(116023) 赵明 刘晖 季晓鹏 李会军 宋华 郑萍

前列腺癌(PCa)和前列腺增生(BPH)的患病率呈增长趋势。PCa恶性度高,确诊时,已有部分病人局部或远处转移;BPH不及时治疗可导致肾功能损害甚至衰竭,因而,早诊断、早治疗,至关重要。前列腺特异抗原(PSA)是诊断PCa的有价值的指标。尹伯元<sup>[1]</sup>认为,PSA最大价值是PCa确诊手术后的疗效监测和预后判断。因为血清PSA水平在前列腺腺恶性肿瘤中存在很大重叠现象。有报道<sup>[2]</sup>,BPH病人中有28%~47%其血清PSA水平高于正常。不宜将PSA单纯作为PCa早期诊断的有效筛选指标,而是将PSA和fPSA(游离前列腺特异抗原)联合应用。本文对42例PCa和62例BPH患者进行血清PSA和fPSA检测,现将结果报告如下。

#### 1 材料和方法

筛选了经病理和临床证实PCa患者42例,BPH患者62例,计104例,年龄(36~85)岁,且所有患者血清PSA值均在(5~20)ng/ml范围内。电化学发光检测法血清PSA正常范围为(0~4)ng/ml。

抽取静脉血2ml,并以10%EDTA-Na<sub>2</sub> 25μl抗凝,分离血清待用。仪器采用德国宝灵曼公司的Elecsys2010型电化学发光检测仪(ECL),试剂PSA和fPSA由该公司提供。分别测定血清PSA、fPSA,并计算出fPSA/PSA比值。对PCa组和BPH组的PSA、fPSA、fPSA/PSA进行统计学检验。

#### 2 结果

血清PSA、fPSA及fPSA/PSA比值,见表1。

**表1 PCa和BPH两组血清三项指标比较(±s)**

组别	n	PSA (ng/ml)	fPSA (ng/ml)	fPSA/PSA (%)
BPH组	62	12.88 ± 5.57	1.35 ± 0.56	14.97 ± 4.59
PCa组	42	14.71 ± 4.73 <sup>a</sup>	1.26 ± 0.41 <sup>b</sup>	8.81 ± 2.32 <sup>c</sup>

注:a:t=1.59, P>0.05 无显著差异;b:t=2.27, P<0.05 有显著差异;c:t=4.01, P<0.001 有显著差异

#### 3 讨论

正常及良、恶性前列腺上皮细胞均可分泌PSA,并存在于精液、前列腺液、血液及尿液中。正常血清中PSA含量恒

定且量少,但血清PSA值可明显反映前列腺的状态——正常、增生或癌变等<sup>[3]</sup>。实际临床工作中可发现BPH患者血清PSA>4ng/ml很多见,导致PCa和BPH患者血清PSA水平出现较多的重叠现象,使得PCa诊断出现假阳性。本文有9例BPH病人的血清PSA>15ng/ml。引用血清PSA及fPSA/PSA比值监测,可以明显提高PCa的诊断率,本文42例PCa患者和62例BPH患者,其血清PSA均在(5~20)ng/ml间,测定其fPSA值,求出fPSA/PSA比值,如表1显示,两组间的血清PSA水平无差异( $t = 1.59, P > 0.05$ ),而血清fPSA( $t = 2.27, P < 0.05$ )及fPSA/PSA( $t = 4.01, P < 0.001$ )比值均有显著差异。

有学者认为<sup>[4]</sup>,PCa患者血清中结合态PSA含量远高于BPH者,而血清fPSA水平远低于BPH者,随着PCa患者血清PSA增高,其血清fPSA增高不明显。这使得fPSA/PSA比值成为鉴别PCa和BPH的重要监测依据。PCa早期症状非常隐匿,而PSA属器官特异性抗原,不具备肿瘤特异性。虽然PSA的灵敏度较高,但其特异性较低。有报道<sup>[5]</sup>,血清PSA在(2~20)ng/ml时,其特异性仅为59.3%。同时测定血清PSA、fPSA水平,并求出fPSA/PSA比值,可以提高PCa和BPH的鉴别诊断率及PCa的诊断率,同时fPSA/PSA比值的灵敏度、特异性均优于血清PSA和fPSA的单项测定结果。吴俊渊等证实<sup>[5]</sup>,血清PSA在(2~20)ng/ml时,fPSA/PSA比值的灵敏度和特异性可分别提高到93.6%和88.9%。

#### 参考文献

[1]尹伯元,等主编.标记免疫学[M].北京:原子能出版社,1998,262-263.

[2]钟甘平,等.前列腺增生症对PSA的影响[J].标记免疫分析与临床,2000,7(1):50-51.

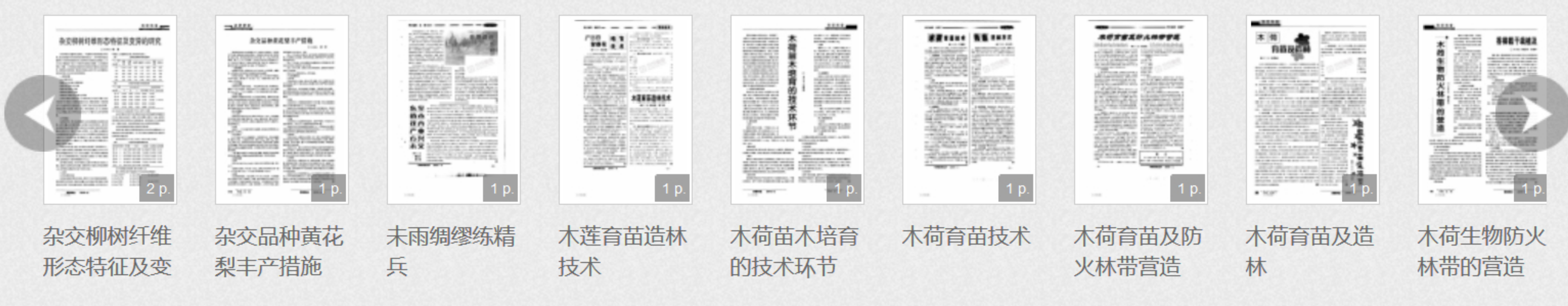
[3]王自正,等.游离前列腺特异抗原在前列腺癌诊断中的应用[J].标记免疫分析与临床,2000,7(2):114-115.

[4]Stenman VH, Leinonen J, et al. A complex between prostate-specific antigen and alpha-antichymotrypsin. Is the major form of prostate specific antigen in serum of patients with prostate cancer: Assay of the complex improves clinical sensitivity for cancer[J]. Cancer Res, 1991, 51: 222-226.

[5]吴俊渊,等.肿瘤标志物fPSA的临床应用及其初步评估[J].标记免疫分析与临床,2002,9(1):30-32. (2009-02-20收稿)

万方数据

该用户还上传了这些文档



发表评论

验证码:  换一张  匿名评论

提交

关于我们

关于道客巴巴  
人才招聘  
联系我们

帮助中心

网站声明  
网站地图  
如何获取积分

关注我们

新浪微博   
腾讯微博



官方公共微信