

质瘤 18 例,其中男 12 例,女 6 例,年龄 38~81 岁,平均 59 岁。胃底部 4 例,胃小弯 6 例,胃大弯 4 例,胃窦部 4 例;肿块直径 1.5~7.5 cm,平均 4.2 cm;病程 6 个月至 10 年。

1.2 方法 所有标本为手术切除标本,均经 10% 甲醛固定,常规石蜡 4 μm 连续切片,HE 染色,光镜观察,采用 SP 法进行免疫组织化学标志,检测 CD117、CD34、平滑肌肌动蛋白(SMA)、S100 蛋白的表达情况。设阳性及阴性对照,以结构清晰,着色明显高于背景,在相应部位出现棕黄色颗粒者为阳性,不着色或显色强度与背景无差别者为阴性。每例切片随机选择 5~10 个高倍视野(×400)统计阳性细胞数并取其平均值,无着色或小于 10% 为阴性,10%~25% 为阳性(+),26%~50% 为 ++,大于 50% 为 +++。

1.3 病理诊断标准 根据肿瘤形态及免疫组织化学结果,结合肿瘤大小及核分裂活性进行病理诊断及危险度分类。肿瘤直径小于 2~5 cm,核分裂少于 5/50 HP(高倍视野)为低危险性;直径小于 5 cm,核分裂 6~10/50 HP 或肿块 5~10 cm,核分裂少于 5/50 HP 为中度危险性;肿块大于 5 cm,核分裂大于 5/50 HP 或肿块大于 10 cm,核分裂无论多少及任何大小核分裂 10/50 HP 为高危险性^[2]。

2 结 果

2.1 巨检 肿块大部分位于黏膜下层,并向腔内生长形成光滑的突起,部分较大的肿块黏膜表面形成继发性溃疡,体积较小的肿块切面灰白质韧编织状,境界清,有恶性倾向或恶性或肿块较大的切面质嫩、细腻或鱼肉状,常伴有出血坏死或囊性变,境界欠清。

2.2 镜检 光镜下主要有梭形细胞或上皮样细胞组成,梭形细胞排列成束状、旋涡状或栅栏状,细胞丰富时伴有奇异深染核或大细胞,显著的弥漫性血管分布,上皮样细胞表现为圆形或多角形细胞,具有位于中心的细胞核及丰富的嗜酸性或透明胞质,细胞膜界限清楚。

2.3 免疫组织化学 18 例中 CD117 + 6 例,++ 8 例,+++ 4 例;CD34 + 8 例,++ 2 例;+++ 6 例,阴性 2 例;S100 仅有 1 例散在阳性,其余均为阴性,SMA 有 2 例散在阳性,其余为阴性。

2.4 病理诊断 本组低度危险性 6 例,中度危险性 8 例,高度危险 4 例。

2.5 治疗方法 本组病例中行胃楔形切除 13 例,胃大部切除 5 例,术后有 2 例服用甲磺酸伊马替尼(商品名格列卫)治疗。

2.6 预后 本组死亡 4 例,病程最短 6 个月,最长 38 个月。存活者中病程最长已达 10 年,1 例患者进行二次手术,仍存活。由于经济问题仅有 2 例术后坚持服用甲磺酸伊马替尼,均未见复发^[3]。本组低度危险性者均存活,中度危险性者有 7 例存活。

3 讨 论

胃间质瘤是间叶源性肿瘤,明确诊断主要依靠手术切除标本进行病理检查及免疫组织化学分析,其生物学行为表现为从良性到显著恶性,对人体的侵袭性与肿瘤的大小、核分裂数及有无周围组织侵犯和肿瘤性坏死(凝固性坏死)密切相关。通过健康体检,胃镜及影像学检查,可早期发现肿瘤,采取手术切除并尽可能完整切除肿块和保证切缘阴性,对于控制复发,延长患者生命有积极意义^[4]。但胃间质瘤手术治疗后仍有 40%~80% 出现局部复发、腹腔内种植,预后较差^[5]。因此术后需定期行影像学检查,长期严密随访,对复发和转移者应争取再次手术,同时联合分子靶向治疗。

参考文献

- [1] 纪小龙,虞积耀. 胃肠道间质瘤[J]. 诊断病理学杂志, 2000,7(1):3-5.
- [2] 回允中. 外科病理学[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2006:680.
- [3] 杨尚契,李著,杨辛. 987 例妇科阴道炎患者感染病原体的调查分析[J]. 检验医学与临床,2010,7(7):646.
- [4] 卢震海,万德森. 胃肠道间质瘤的外科治疗[J]. 广东医学,2006,25(3):233-235.
- [5] 秦新裕,刘凤林. 胃肠道间质瘤的研究与展望[J]. 中华普通外科杂志,2007,22(8):561-563.

(收稿日期:2011-03-21)

3 种血浆与血清标本检测乙型肝炎病毒标志物结果比较

杨 军,李时芳(四川省自贡市第四人民医院检验科 643000)

【摘要】 目的 探讨 3 种血浆与血清标本检测乙型肝炎(简称乙肝)病毒标志物结果的一致性。**方法** 采用酶免疫检测试剂(深圳月亮湾公司产品),20 例患者同时采集 4 种标本,与常规标本一同检测。**结果** 3 种血浆与血清标本的吸光度值无明显差异。**结论** 可以用 3 种血浆中的任意一种来检测乙肝病毒标志物。

【关键词】 肝炎,乙型; 肝炎抗原,乙型; 肝炎抗体,乙型; 血浆; 血清; 酶联免疫吸附测定

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.050 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2265-02

乙型肝炎(简称乙肝)病毒标志物检测是检验科的常规项目,对于临床诊疗工作有着较为重要的作用,一直以来都是采用血清进行检测。即使在使用促凝胶管的情况下,血清的析出仍然需要一定的时间。当患者就诊较晚时,就不得不让其第 2 天来拿结果。这种情况无疑给患者造成不便,尤其对于远道而来的患者。因此,作者试图用血浆来代替血清进行检测,以方便患者。

1 资料与方法

1.1 标本采集 20 例标本随机取自本院门诊患者,每例患者都留取血清及乙二胺四乙酸(EDTA)、肝素、草酸钾血浆 4 种

标本,与当天的常规标本进行检测。

1.2 试剂与仪器 乙肝病毒标志物(两对半)检测试剂为深圳月亮湾公司产品,酶标仪为英国 DENLEY DRAGON 酶标仪。

1.3 方法 采用酶联免疫吸附试验检测乙肝病毒标志物,结果用本科室自编软件判定。

1.4 统计学处理 采用最小差值(LSD)显著性 *t* 检验,数据分析使用 SPSS16.0 软件。

2 结 果

2.1 4 种标本各项指标光密度(A)值 见表 1。

2.2 4 种标本各项指标 A 值 LSD-*t* 检验 *P* 值 见表 2。如表 2 所示,乙肝病毒标志物 5 项指标 > 4 种标本 A 值差异均无统

计学意义, (*P* > 0.05), 可以认为 3 种血浆与血清标本检测乙肝病毒标志物结果相同。

表 1 4 种标本各项指标 A 值 ($\bar{x} \pm s, n = 20$)

乙肝标志物	血清	EDTA 血浆	肝素血浆	草酸钾血浆
HBsAg	0.194 ± 0.177	0.212 ± 0.195	0.186 ± 0.163	0.194 ± 0.174
抗-HBs	0.084 ± 0.063	0.079 ± 0.073	0.077 ± 0.056	0.076 ± 0.058
HBeAg	0.106 ± 0.132	0.113 ± 0.135	0.114 ± 0.143	0.113 ± 0.138
抗-HBe	0.140 ± 0.110	0.145 ± 0.115	0.138 ± 0.115	0.140 ± 0.112
抗-HBc	0.114 ± 0.092	0.117 ± 0.093	0.109 ± 0.071	0.117 ± 0.084

表 2 4 种标本伍 5 项指标两两比较 A 值 LSD-*t* 检验 *P* 值

乙肝标志物	EDTA 与血清	肝素与血清	草酸钾与血清	EDTA 与肝素	EDTA 与草酸钾	肝素与草酸钾
HBsAg	0.752	0.889	0.994	0.648	0.746	0.895
抗-HBs	0.818	0.737	0.696	0.916	0.873	0.956
HBeAg	0.879	0.858	0.880	0.979	0.999	0.978
抗-HBe	0.890	0.957	0.994	0.847	0.884	0.962
抗-HBc	0.924	0.838	0.912	0.764	0.988	0.753

3 讨 论

血浆和血清的差异在于血浆含有纤维蛋白原以及所采用的抗凝剂成分,而血清不含。影响酶联免疫法的因素有抗原抗体的比例、电解质、温度、酸碱度、酶促底物反应显色^[1]。本实验结果表明,这种成分的差异至少不会使乙肝病毒标志物结果产生具有显著性差异的改变。

王景健和郑有为^[2]的研究认为,血浆和血清的最大区别是血浆含有纤维蛋白原。抗原抗体反应是特异性反应,血浆中虽然存在纤维蛋白原,但其不能与试剂中包被好的抗原抗体反应,因此不会影响检测结果,可见血浆标本代替血清标本检测乙肝病毒标志物是可行的。雷秀霞和陈小辉^[3]采用血浆检测乙肝病毒标志物的结果与采用血清检测乙肝五项的结果符合率为 100%。梁李枝^[4]用血浆检测乙肝病毒标志物,以血清结果作与加吐温用血浆作对比检测的结果为 HBsAg 99.6% (241/240), 抗-HBsAg 99.7% (990/993), HBeAg 98.7% (87/88), 抗-HBe 90% (60/59), 抗-HBc 97.9% (140/143), 其检出

率差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

因此可以得出结论,上述 3 种血浆标本完全可以替代血清标本检测乙肝病毒标志物。

参考文献

- [1] 杨小金, 杨菲菲, 覃云清. ELISA 法对乙肝两对半检测结果影响因素的探讨[J]. 中国健康月刊: 学术版, 2011, 3 (3): 292.
- [2] 王景健, 郑有为. 血浆和血清用作乙肝标志物检测标本的比较[J]. 广东医学, 1998, 19(10): 808.
- [3] 雷秀霞, 陈小辉. 不同血液成分乙肝两对半结果比较[J]. 广州医药, 2003, 34(2): 62-63.
- [4] 梁李枝. 应用血浆检测乙肝两对半的研究[J]. 中国现代医药杂志, 2006, 8(2): 13-14.

(收稿日期: 2011-03-05)

高原地区妊娠晚期胎儿宫内窘迫原因分析及治疗

丛玉华(青海省湟源县人民医院妇产科 812100)

【摘要】 目的 分析高海拔地区妊娠晚期胎儿宫内窘迫的原因,探讨妊娠晚期宫内窘迫的治疗,降低新生儿窒息及缺血性脑病、脑出血的发生率和致残率和病死率。**方法** 对 320 例妊娠晚期宫内窘迫病例进行回顾分析。**结果** 缺氧导致胎盘、脐带、羊水生理病理改变是发生胎儿宫内窘迫最主要的原因。**结论** 在高海拔地区,提高新生儿生命质量,减少胎儿宫内窘迫的发生,做好产前检查、电子胎心监护及早发现异常并及时给予对症治疗是非常必要的。

【关键词】 高海拔; 妊娠末期; 胎儿窘迫; 缺氧

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.051 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)18-2266-02

青海省湟源县地处 2 470~4 898 m 的高海拔地区,氧分压低,空气中氧含量约为平原地区的 60%~70%,在高原活动

要比平原消耗更多氧气。妊娠晚期耗氧量增加可致慢性高原缺氧,尤其是妊娠晚期供氧不足,易出现胎儿宫内缺氧致胎动