

前 S1 抗原检测在乙型肝炎病情诊断及预后中的意义

潘继文
(安徽省合肥市第一人民医院 合肥 230061)

关键词:前 S1 抗原;乙型肝炎;诊断;预后

中图分类号:R 512.6*2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)01-0042-02

当前,临床上多采用乙肝标志外物“两对半”来明确被检查者是否感染乙型肝炎病毒(HBV),并通过标志物的各种模式来推断 HBV 在体内感染的状况。我们采用检测血清 Pre-S1 抗原并配套“两对半”,以了解 Pre-S1 抗原这一乙肝标志物新项目在乙肝诊断及治疗中的作用和临床价值。

1 材料与方法

1.1 检测对象 病例均为我院门诊及住院病人。其中 HBsAg(+)、HBeAg(+)、抗 HBc(+)阳性者 78 例,HBsAg(+)、HBeAb(+)、抗 HBc(+)阳性者 54 例,HBsAg(+)、抗 HBc(+)阳性者 62 例,抗 HBc(+)阳性者 35 例,抗 HBs(+)、抗 HBe(+)、抗 HBc(+)阳性者 40 例。

1.2 试剂和方法 Pre-S1 抗原 ELISA 试剂盒由上海复星长征科学医学有限公司提供。“两对半”试剂由上海科华实业有限公司提供。方法:Pre-S1 抗原及乙肝“两对半”均采用 ELISA,按试剂说明书操作。

2 结果 见表 1。

表 1 前 S1 抗原与“两对半”测定结果			
两对半几种不同模式	n	前 S1 抗原	
		阳性数	阳性率(%)
HBsAg(+)、HBeAg(+)、抗 HBc(+)	78	34	47.4
HBsAg(+)、HBeAb(+)、抗 HBc(+)	54	16	29.6
HBsAg(+)、抗 HBc(+)	62	12	19.4
抗 HBc(+)	35	0	0
抗 HBs(+)、抗 HBe(+)、抗 HBc(+)	40	0	0

3 讨论

乙型肝炎前 S1 蛋白(Pre-S1)是 HBV 外膜蛋白中的重要组成部分,是 HBV 基因 S、前 S1 区和前 S2 区所编码的产

物。Pre-S1 蛋白由 108 或 119 个氨基酸组成,它存在于完整的病毒颗粒的表面,与 HBV 复制关系密切,具有高度的免疫原性。Pre-S1 参与 HBV 的组装、分泌和侵入肝细胞内等生物效应,而机体对 Pre-S1 的有效免疫应答可为清除肝细胞内以及阻止病毒侵入肝细胞提供重要的防御作用^[1]。完整的 HBV 病毒颗粒呈圆形,由外壳蛋白和核心成分组成,外壳蛋白由 S、前 S1 和前 S2 组成。核心成分包括 HBcAg、病毒 DNA 和 DNA- 多聚酶,但通常临床检测的 HBsAg,只指 S 蛋白、不包括前 S1 和前 S2 抗原。由于循环内 HBcAg 外面包裹 HBsAg,以及少量游离的 HBcAg 可转化为 HBeAg 或被抗 HBc 结合形成免疫复合物,因此用一般的方法不能从患者血清中测得 HBcAg,而只有在肝细胞中才能检出。e 抗原是一种可溶性抗原,它是由 HBcAg 在肝细胞内经过蛋白酶分解而形成,一般把 HBeAg 作为 HBV 复制的指标之一。由于前 S1 抗原只存在于具有传染性的完整的乙肝病毒颗粒上,所以作为检测乙肝病毒的传染性标志,前 S1 抗原的临床价值大于 HBsAg^[2]。实验表明,HBsAg 阳性是 HBV 感染的指标,前 S1 抗原是 HBsAg 的组成成分之一,因此前 S1 抗原主要存在于 HBsAg 阳性血清中,可作为 HBV 感染的指标。但 HBsAg 不仅存在于完整的病毒颗粒表面,还存在于小球颗粒及管型颗粒,而前 S1 抗原只能在完整病毒颗粒表面有效表达,因此可出现 HBsAg 阳性而前 S1 抗原阴性现象。前 S1 与 HBeAg 密切相关,在反映病毒复制方面有着稳定的高度一致性。有资料报道,前 S1 阴转时间与 HBeAg/HBeAb 血清转换时间相一致,说明前 S1 抗原也是一个反映 HBV 活动性复制及传染性的指标,在反映 HBV 感染者的传染性上它甚至优于 HBeAg。急了放化疗的病例,生存期延长,生活质量提高,与翟仁友等^[2]研究认为支架置入术不影响放疗疗效相符。

总之,食道支架置入术具有损伤轻微、成功率高、见效快、疗效肯定、并发症少等优点,为食道狭窄、梗阻的治疗开辟了新途径,能有效提高生存质量,延长生命,是一种值得推广的新技术。对于有条件进行放化疗的病例应积极综合治疗,可增强食道支架置入术后的远期疗效。选择适宜的支架、准确地定位、适度地扩张是减少并发症发生的关键。

参考文献

[1]杨仁杰,张宏志,黄俊,等.被覆支架成形术在食管癌姑息治疗中的应用[J].中华放射学杂志,1995,29(7):481

[2]翟仁友,戴定可.食管支架治疗食管良恶性狭窄(附 23 例分析)[J].中华放射学杂志,1995,29(7):465~468

(收稿日期:2005-06-27)

度,便于选择适宜长度和类型的支架,支架长度大于病变段长度 2.0cm 以上;透视可以即时了解支架扩张的情况,对扩张不良的病例适度扩张。与 X 线透视导向比较,内窥镜对狭窄段长度的判断有一定的盲目性。所有病例都使用被膜支架,被膜支架对食管壁有压迫作用,可减少出血的发生,同时可防止肿瘤向支架内生长造成再狭窄;被膜支架还可减少食管、气管痿的发生^[4]。对下段食道和吻合口狭窄的病例,选用防反流支架,防止发生反流性食道炎。对病变段食道不宜过度扩张,过度扩张容易导致食道破裂和支架移位。对放疗后狭窄和吻合狭窄的病例,因局部组织纤维化而不是扩张,应对病变段适当地扩张,防止支架张开不良,但球囊道管的直径不应超过选用支架的直径,否则会导致食道破裂和支架移位。对食道癌性狭窄不必扩张,支架的记忆张力可扩开狭窄段,同时可减少出血和食道破裂的发生。支架置入术后进行

了放化疗的病例,生存期延长,生活质量提高,与翟仁友等^[2]研究认为支架置入术不影响放疗疗效相符。

总之,食道支架置入术具有损伤轻微、成功率高、见效快、疗效肯定、并发症少等优点,为食道狭窄、梗阻的治疗开辟了新途径,能有效提高生存质量,延长生命,是一种值得推广的新技术。对于有条件进行放化疗的病例应积极综合治疗,可增强食道支架置入术后的远期疗效。选择适宜的支架、准确地定位、适度地扩张是减少并发症发生的关键。

参考文献

[1]杨仁杰,张宏志,黄俊,等.被覆支架成形术在食管癌姑息治疗中的应用[J].中华放射学杂志,1995,29(7):481

[2]翟仁友,戴定可.食管支架治疗食管良恶性狭窄(附 23 例分析)[J].中华放射学杂志,1995,29(7):465~468

(收稿日期:2005-06-27)

中西医结合治疗肝硬化腹水的体会

赵俐¹ 刘永芬²

(1 广东省东莞市长安医院门诊部 东莞 523843; 2 江西中医学院 2003 级研究生 南昌 330006)

关键词: 腹水; 肝硬化; 中西医结合疗法; 利尿剂; 白蛋白; 温阳利水; 益气活血

中图分类号: R 575.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0043-02

肝硬化腹水临床极为常见, 治疗却颇为棘手。笔者采用中药口服及外敷结合西药治疗能在短期内消退胸腹水, 减少复发, 改善患者预后, 从而达到标本兼治的目的。近年来, 笔者已用此法治疗 10 余例患者而获得长期稳定的疗效。

1 病案举例

许某, 男, 56 岁, 干部, 患血吸虫肝硬化多年。本次因腹胀大、双下肢浮肿、尿少、胸闷气促 2 月, 以“肝硬化失代偿”收入院。入院症见腹大如鼓, 青筋暴露, 脾大平脐, 下肢肿, 畏寒, 面色黧黑, 胸闷气促, 目睛微黄, 尿少而黄, 大便溏软日 2~3 次。查体: T 36.7℃, P 100 次/min, R 25 次/min, BP 98/65 mmHg; 神清, 全身皮肤轻度黄染, 有肝掌及蜘蛛痣, 巩膜轻度黄染, 颈静脉轻度怒张, 肝颈静脉回流征(+); 右侧中下肺呼吸音消失, 左肺呼吸音增粗; 心率 100 次/min; 律齐, 无杂音; 腹部高度膨隆, 腹壁静脉明显曲张, 脾肋下平脐, 质硬, 无触痛, 肝肋下未及, 肝区叩击痛(-), 腹水征(+); 双下肢中度凹陷性水肿。入院查血常规: RBC $2.74 \times 10^{12}/L$, HGB 60 g/L, PLT $65 \times 10^9/L$, WBC $3.0 \times 10^9/L$; 生化检查: 白蛋白 32.1g/L, 球蛋白 38.9 g/L (白/球=0.83), 总胆红素 42.5 μ mol/L, 直接胆红素 13.7 μ mol/L, 间接胆红素 28.7 μ mol/L, ALT 92 U/L, AST 83 U/L, 尿素氮 6.90 mmol/L, 肌酐 112.3 μ mol/L, 尿酸 327.0 μ mol/L, 血糖 4.30mmol/L; 肝纤维化指标: 透明质酸(HA) 532.4ng/mL, 层黏蛋白(LN) 179.1 ng/L, III型前胶原(P III) 183ng/L, IV 型胶原 (IV C) 104.2 μ g/L, 甲胎蛋白 2.3ng/mL。乙肝 5 项: 均阴性; 丙肝抗体: 阴性。B 超示: (1) 肝

弥漫性病变; (2) 腹水(大量), 脾大, 门静脉增宽, 胆囊炎。胸 X 片示: 右侧胸腔积液(大量)。入院诊断: 中医: 鼓胀(脾肾阳虚型)。西医: 肝硬化活动期、失代偿期; 门静脉高压并大量胸水腹水。

入院后西药予限制钠、水摄入, 利尿剂, 保肝, 间断交替静滴白蛋白、全血及血浆以提高胶体渗透压, 交替抽胸腹水等。中药以温阳利水、益气活血方药口服: 制附片 6g、桂枝 10g、赤芍 15g、鳖甲 15g、楮实子 20g、猪苓 15g、葶苈子 15g、茯苓 20g、白术 20g、炙甘草 5g、地鳖虫 15g、黄芪 30g、党参 30g; 配合肉桂 6g、甘遂 10g、冰片 0.3g。共研成细末油调外敷神阙穴, 2d 换 1 料。经上述中西结合治疗 1 月, 患者尿量增加, 胸腹水明显消退, 肢肿消退。B 超示: 少量胸水, 继续服健脾利水中药调理半年, 生活能自理。

2 体会

现代医学认为肝硬化腹水是肝细胞纤维化、门静脉高压、脾功能亢进、肝功能失调、低蛋白血症、水钠潴留、电解质紊乱等因素所致。祖国医学认为肝硬化腹水归于鼓胀病范畴, 是正虚邪实, 正虚为本, 邪实为标, 虚实夹杂。其病机多因酒食不节, 情志郁滞, 虫毒所伤, 使肝、脾、肾三脏功能失调, 阴阳气血亏损导致肝郁气滞血瘀, 脾虚水湿内阻; 清阳不升, 浊阴不降, 延及日久, 损及肾脏; 肾阳亏虚, 不能温暖脾土, 脾气受寒, 运化功能更加受损。因此, 水液停留腹中不能转运于体外而出现腹水。制附子温补脾肾, 以助阳气; 桂枝温阳散寒; 黄芪、党参、白术益气健脾, 扶正固本, 升清降浊; 茯苓、泽

性乙型肝炎时, 前 S1 抗原 HBeAg 平行存在, 比 HBeAg 消失早。这样, 前 S1 抗原可作为病毒清除与病毒转阴的指标, 比测定 HBeAg 更能说明情况^[3]。前 S1 抗原的体液免疫应答常在急性 HBV 的早期出现, HBeAg 阴性并不意味着病毒复制的完全终止。在本实验中 HBeAg 阴性的两组都检出前 S1 抗原, 是因为为逃避宿主免疫反应而常发生变异, pre-c 基因突变不能形成 HBeAg, 结果导致 HBeAg 变异为阴性。但它并不意味着 HBV 复制水平的降低, 病毒仍可复制。前 S1 抗原可避免因 HBeAg 变异而产生的阴性误导。在 HBsAg 阴转而且出现不同抗体者, 在不同抗体组合血清标本中均未检出前 S1 抗原, 表明前 S1 抗原不适合做 HBsAg 阴转后的诊断试验, 建议做前 S1 抗体, 动态观察乙肝恢复情况^[4]。有研究表明前 S1 阴转越早, 疾病预后越好。而且前 S1 与转氨酶也有一致性。提示急性乙型肝炎患者测定前 S1 对临床诊断、治疗和预后具有指导意义。乙型肝炎病毒检测前 S1, 在诊断乙型肝炎患者预后, 以及病毒在机体内复制的重要作用, 应引起重视^[5]。有学者认为, 前 S1 抗原可作为药物疗效和对患者病情预后判

断的一项重要指标。在急性 HBV 感染早期, 前 S1 抗原消失可预示病毒清除, 表示预后良好; 在慢性 HBV 感染中, 前 S1 抗原持续阳性提示病情进展和恶化。有实验认为, 过量的前 S1 多肽表达导致肝细胞持续坏死与再生, 随后出现癌前病变, 最后出现多发性癌病。

参考文献

[1] 黄小珍, 张志哲. 乙型肝炎病毒前 S1 抗原检测意义[J]. 医学文选, 2004, 23 (4): 436~437
[2] 关秀茹, 张莹, 韩玉, 等. 乙型肝炎病毒前 S1 抗原在乙型肝炎病情诊断及预后判断中的应用[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2003, 37 (1): 80~81
[3] 张红兵, 冯福民. 乙型肝炎病毒前 S1 抗原检测方法及其临床意义探讨[J]. 天津医药, 1998, 26 (2): 74~76
[4] 石峻, 殷华, 常玉荣, 等. 乙型肝炎病毒前 S1 抗原与血清标志物关系的临床评价[J]. 华北煤炭医学院学报, 2002, 4 (3): 288~289
[5] 闵福援, 孙桂珍, 王健, 等. 前 S1 蛋白在乙型肝炎诊断及判断预后中的作用[J]. 中华检验医学杂志, 2004, 27 (4): 224~226

(收稿日期: 2005-09-13)