维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2005)03-0461-02

26 例抗着丝点抗体阳性分析

陈 瀑, 严 立, 祝继华

(重庆医科大学临床学院检验科,重庆 400016)

【摘 要】目的:提高临床对抗着丝点抗体的认识。方法:回顾分析了 26 例抗着丝点抗体阳性患者临床资料。结果:26 例抗着丝点抗体阳性患者中系统性硬化症 10 例(38.4%),系统性红斑狼疮 4 例(15.4%),干燥综合症和类风湿关节炎分别 3 例(11.5%),混合结缔组织病、仅有雷诺现象各 2 例(7.7%),CREST 综合征和不明原因肝脏疾病各 1 例(3.8%)。着丝点抗体可同时出现其它自身抗体。结论:抗着丝点抗体可出现在多种疾病中,着丝点抗体并非 CREST 综合征的特异性抗体,抗着丝点抗体阳性患者最多见临床症状为雷诺现象(53.8%),其次为皮肤硬化(34.6%)。

【关键词】抗着丝点抗体;系统性硬化症;雷诺现象

【中国图书分类法分类号】R446.1 【文献标识码】A 【收稿日期】2004-07-07

Clinical analysis of anticentromere antibodies positive in 26 cases

CHEN Pu, et al

(*Department of Clinical Laboratory, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To comprehend the clinical significance of anticentromere antibodies(ACA)positive in patients. *Methods*: A total of 26 patients with positive ACA were studied retrospectively. *Results*: There were 10 patients with systemic sclerosis(38.4%), 4 patients with systemic lupus erythematosus(15.4%), 3 patients with Sjogren's syndrome and rheumatoid arthritis(11.5%) respectively, 2 patients with mixed connective tissue disease and Raynaud phenomenon(7.7%) respectively, 1 patient with CREST syndrome and 1 patient with liver disease of unknown causes (3.8%). ACA and other autoantibodies were present in serum at the same time. *Conclusion*: ACA is found in many diseases. ACA is not specific for CREST syndrome. The major clinical characteristics of the patients correlated with ACA are Raynaud phenomenon(53.8%) and scleroderma(34.6%).

【Key words】Anticertromere antibodies; Systemic sclerosis; Raynaud phenomenon

自 1980 年 Tan 发现抗着丝点抗体 (anticentromere antibodies, ACA) 以来,长期认为抗着丝点抗体是系统性硬化病的特异性抗体,特别对诊断系统性硬化病中 CREST 亚型有重要意义。近年来国外有文献报道 ACA 不仅出现在系统性硬化病患者中,也可出现在其它自身免疫性疾病患者中,如系统红斑狼疮,类风湿关节炎,干燥综合症等疾病中,而国内少见这方面的实验室资料。为了提高对抗着丝点抗体的认识,本研究回顾分析了 26 例抗着丝点抗体阳性患者临床资料,希望有助于临床工作者加深对着丝点抗体的认识。

1 材料和方法

1.1 一般资料

正常 100 例为本院健康体检者,其中男 40 例,女 60 例,平均年龄 42 岁。2002 年 10 月至 2004 年 7 月间我室检出 26 例抗着丝点抗体阳性患者,其中女 19 例,男 7 例,平均年龄 45 岁,各种疾病诊断均符合我国目前公认的诊断标准。

1.2 方法

以猴肝组织和 Hep-细胞作为基质,采用间接免疫荧光法检测血清抗着丝点抗体,试剂盒由德国欧蒙实验免疫制品有限公司提供,血清经 1:100 稀释后与基质温育,经洗涤,再与异硫氰酸荧光素标记的羊抗人 IgG 温育,洗涤,最后在荧光显微镜下观察结果。荧光显微镜下出现分裂间期细胞呈散在斑点型,分裂期细胞斑点聚集在细胞赤道附近或两侧呈线状排列者,定为 ACA 阳性。阳性血清进一步进行 1:320、1:1000 稀释以确定 ACA 的最终滴度。ACA 检测的同时也进行类风湿因子(RF)检查,RF 采用免疫比浊法,双链 DNA (dsDNA)采用胶体金免疫渗透法,试剂由广州万孚生物有限公司提供。抗 Sm、抗 SSA、抗 SSB、抗 ulRNP、抗 JO、抗 Scl-70 及抗 rRNP 等七种抗体采用免疫印迹法,试剂由广州万孚

作者介绍:陈 瀑(1967-),女,主管技师,
主要研究方向:自身免疫性疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

生物有限公司提供。

2 结 果

2.1 ACA 疾病分布及滴度

100 例健康体检者中没检测出 ACA,ACA 可出现在多种疾病中,ACA 在各种疾病中的分布及滴度见表 1。2 例 ACA 最高滴度(1:3200)出现在系统性硬化症,2 例最低滴度(1:100)分别为干燥综合症和类风湿关节炎,其余 22 例滴度都在 1:320 至 1:1000 之间。

2.2 ACA 与其它抗体关系

26 例 ACA 阳性中 16 例为单独 ACA 阳性,其余 10 例伴有其它自身抗体,与其它抗体的关系见表 2。

2.3 ACA 阳性患者临床特点

分析 26 例 ACA 阳性患者临床特点发现有 14 例患者存在雷诺现象,9 例出现皮肤硬化,2 例出现口眼干,肝功异常 3 例,肺间质变 1 例。ACA 阳性患者最多见临床症状为雷诺现象(53.8%),其次为皮肤硬化(34.6%)。

表 1 26 例 ACA 阳性在各种疾病中的分布

疾病	例数	百分率	滴度范围
系统性硬化症	10	38.4%	1:320～1:3200
系统性红斑狼疮	4	15.4%	1:320～1:1000
干燥综合症	3	11.5%	1:100～1:1000
类风湿关节炎	3	11.5%	1:100～1:320
混合结缔组织病	2	7.7%	1:320
仅有雷诺现象	2	7.7%	1:320～1:1000
CREST 综合征	1	3.8%	1:1000
原因不明肝脏疾病	1	3.8%	1:320

表 2 26 例 ACA 阳性与其它抗体的关系

自身抗体	阳性例数	阳性率
RF	9	34.6%
SSA	3	11.5%
U1RNP	1	3.8%
SSB	1	3.8%
Sm	1	3.8%
dsDNA	1	3.8%
SCL-70	0	0
rRNP	0	0
J0-1	0	0

3 讨 论

着丝点是纺锤丝在染色体上附着点,细胞分裂时染色单体向细胞两极移动,这种移动是由联结在染色体上的着丝点和细胞两极的纺锤丝收缩完成的。抗着丝点抗体(ACA)是抗核抗体的一种,它是针对着丝点抗原而产生的自身抗体。着丝点抗原为着丝点结构相关蛋白,它可分为三种不同的蛋白质:着丝点蛋白 A(分子量 17KD),着丝点蛋白 B(分子量 80KD)和着丝蛋白 C(分子量 140KD),其中主要抗原为着丝点蛋白 B,它能与含有各种着丝点抗体的血清起反应。

虽然着丝点抗体确切的病理作用目前尚不清楚,但长期以来抗着丝点抗体都被认为是对系统性硬化症的诊断起着关键性作用的指标,特别是系统性硬化症中的 CREST 亚型,其它疾病少见着丝点抗体[1]。但目前有资料显示着丝点抗体除可出现在自身免疫性疾病中,也可出在非自身免疫性疾病中,甚至正常人中也有出现[2]。Nakano M 等学者在研究 216 个 SLE 患者中发现 12 个患者出现 ACA,这 12 个患者均接受过类固醇药物治疗,有 ACA 的 SLE 患者多出现雷诺现象,并认为 SLE 患者出现 ACA 比以前想象的要多[3]。Katano k 等在干燥综合症患者中也检测出 ACA,发现有 ACA 的患者多有雷诺现象[4]。Russd K 等人在类风湿关节炎患者也检测出 ACA[5]。

本研究在调察 100 例健康人中无 ACA 阳性,但在系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、干燥综合症、混合结缔组织病,雷诺现象和不明原因的肝脏疾病中均检测出了 ACA。26 例 ACA 阳性患者中仍以系统性硬化症多见,CREST 综合征仅见 1 例,因此不能把 ACA 当作是 CREST 综合征的特异性抗体。ACA 阳性患者临床最常见的症状是雷诺现象,26 例中有 14 例出现雷诺现象(53.8%),其次为皮肤硬化(34.6%)。通常认为 ACA 阳性患者很少累积内脏,但我们发现有 3 例肝功异常,1 例出现肺间质变。本研究中发现 ACA 阳性患者也可同时出现 RF、SSA、U1RNP、SSB、Sm 和 dsDNA 多种自身抗体,ACA 常以较高的滴度出现,26 例中仅 2 例为低滴度 1:100。

自身抗体的临床诊断价值就是从自身抗体的大量流行病学调察中得出的统计学结论。目前国内自身抗体的流行病学资料还很缺乏,不同疾病中自身抗体的发生率,正常人中自身抗体的发生率都需要一一完善,许多详细的自身抗体的流(下转第 484 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)03－0484－01

以鼻咽部侵润为首发表现急性粒细胞白血病 1 例

陈建斌, 胡妮妮, 黄宗干

(重庆医科大学临床学院血液科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R733.7 【文献标识码】B 【收稿日期】2004－08－26

1 临床资料

患者,男,40 岁,因鼻塞、流涕 1^+ 年,颈部包块 2^+ 月入院。1^+ 年前无明显诱因出现鼻塞、流涕,在当地医院诊断鼻窦炎,疗效欠佳。6^+ 月前鼻塞加重、鼻涕带血,在外院 CT 示鼻咽部占位性病变,纤维鼻咽喉镜示鼻咽部及右侧鼻腔新生物,组织病理诊断:小细胞恶性肿瘤,倾向急性粒细胞白血病浸润或粒细胞肉瘤。外周血白细胞 5.93×10^9/L,血小板 72×10^9/L,血红蛋白 119g/L,无幼稚细胞。骨髓涂片未见异常。建议化疗,患者未予采纳。2^+ 月前双侧颈部出现包块并进行性长大。体重无明显降低,既往史无特殊。

查体:T36.5℃,P70 次/min,R14 次/min,BP 110/85mmHg。营养良好,步入病房,神清合作。嘴唇红润,皮肤、巩膜无黄染。双侧颈部颌下区、颈后三角区扪及数个肿大淋巴结,直径 0.5cm×1cm～2cm×3cm 不等,质地中等,边界不清,活动度差。腋下、腹股沟淋巴结未扪及。心肺无异常,肝脾不大,余无特殊。

实验室检查:大便、小便及肝肾功能正常。EB 病毒阴性。胸片:心肺、纵隔无异常。腹部 B 超:实质器官正常,腹腔淋巴结无肿大。颈部 B 超:双侧上段、中段和左侧下段大血管旁多发性实质性占位,部分融合,血供丰富。CT:鼻咽部占位性病变(与 6^+ 月前比较无明显变化),鼻窦炎。外周血白细胞 3.9×10^9/L,血小板 105×10^9/L,血红蛋白 106g/L,幼稚细胞 23%。骨髓穿刺涂片:增生活跃,原始细胞 83%,诊断:急性髓细胞白血病 M2a 型。颈部淋巴结组织病理诊断:急性粒细胞白血病浸润。

2 讨 论

白血病发病急骤或缓慢。大多数白血病起病急骤,因症状明显,经血象及骨髓检查易于诊断。但少数发病缓慢的患者,由于症状无特殊性,往往就诊于其他科室,迁延数月,经多种检查最后才得以确诊。本例患者病程 1^+ 年,以鼻咽部症状为首发并持续存在,一般情况良好,无其他不适,肝脾、淋巴结无肿大,6^+ 月前血象及骨髓检查均正常,就诊于 3 所医院的耳鼻喉科,未能明确诊断。

粒细胞白血病髓外侵润病灶如无基础病诊断基础,单纯病理诊断困难。6^+ 月前该患者鼻腔物组织病理发现小细胞恶性肿瘤,因骨髓检查正常,难以确定诊断,只是倾向于急性粒细胞白血病侵润或粒细胞肉瘤。本次入院外周血发现幼稚细胞,骨髓检查发现大量原始细胞,结合骨髓检查与颈部淋巴结组织病理检查最后才确诊为急性粒细胞白血病浸润。急性粒细胞白血病以髓外侵润为首发表现者少见。因患者一般情况良好,症状无特殊性,常常漏诊或误诊。对组织病理不能确诊者,应密切随访临床、血象及骨髓,争取及早诊断。

作者介绍:陈建斌(1965－),男,副主任医师,博士,
主要研究方向:白血病基础及临床。

(上接第 462 页)行病学资料还需积累。像着丝点抗体这种并不多见的自身抗体,它的临床诊断意义以及诊断价值的大小都还有待于进一步深入细致的研究。

参 考 文 献

[1] 张乃峥.临床风湿病学[M].第 1 版,上海:上海科学技术出版社,1999;279.

[2] Gonzalez－Buitrago JM, Gonzaez C, Hernando M, et al. Antibodies to centromere antigens measured by an automated enzyme immunoassay[J]. Clin Chim Acta, 2003; 328(1－2): 135－138.

[3] Nakano M, Ohuchi Y, Hasegawa H, et al. Clinical significance of anticentromere antibodies in patients with systemic lupus erythematosus[J]. J Rheumatol, 2000; 27(6): 1403－1407.

[4] Katano K, Kawano M, Koni I, et al. Clinical and laboratory features of anticentromere antibody positive primary Sjogren's syndrome[J]. J Rheumatol, 2001; 28(10): 2238－2244.

[5] Russo K, Hoch S, Dima C, et al. Circulating anticentromere CENP－A and CENP－B antibodies in patients with diffusw and limited systemic sclerosis, systemic lupus erythematosus, and rheumatoid arthritis[J]. J Rheumatol, 2000; 27(1): 142－148.