

72 例非活动性 HBsAg 携带者肝脏病理变化及肝脏组织 HBsAg、HBeAg 表达的相关性分析

李惠敏¹ 李卫昆¹ 刘春云¹ 刘立¹ 常丽仙¹ 祁燕伟¹ 李晓非² 王霖³

昆明市第三人民医院 1 肝三科 2 检验科 3 病理科 云南昆明 650041

〔摘要〕目的 探讨非活动性 HBsAg 携带者的肝组织纤维化分期、炎症分级及 HBsAg、HBeAg 表达的相关性分析。方法 选择非活动性 HBsAg 携带者 72 例进行肝穿刺检查, 确定肝组织病理炎症分级、纤维化程度分期, 免疫组化。结果 (1) 肝组织炎症活动程度 (G) 分布中 G0 1 例, G1 26 例, G2 32 例, G3 10 例, G4 4 例; (2) 纤维化程度 (S) S0 3 例, S1 30 例, S2 27 例, S3 9 例, S4 3 例。结论 非活动性 HBsAg 携带者肝组织炎症坏死程度仅有 1 例 G0, 98.6% 均有不同程度炎症表现, 其中 G2~G4 共 45 例占明显优势, 有明显的炎症活动, 极少数 3 例为重度炎症, 纤维化程度 S0 3 例, S1 30 例, S2 27 例, S3 9 例, S4 3 例, 仅有 3 例为 S0, 95.8% 的患者有不同程度肝组织纤维化, S2~S4 共 39 例, 超过半数有 54.2% 的患者有明显的纤维化, 免疫组化 HBsAg 检出率 88.8%, HBeAg 检出率 55.5%, 阳性率高, 提示仅凭外周血 HBV-DNA 作为判断乙肝病毒复制标志是不够的。

〔关键词〕非活动性 HBsAg 携带者; 肝组织病理; 肝脏组织 HBsAg、HBeAg

〔中图分类号〕R512.62 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 07-029-02

1 临床资料与方法

1.1 病例来源

收集 2011 年 9 月至 2018 年 8 月住院病例, 年龄在 18 岁至 60 岁, 平均 (42±8) 岁, 病史在半年以上, 排除丙型肝炎、自身免疫性肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝癌、酒精性肝病等肝病; 符合 2015 年中华医学会肝病学分会、感染病学分会制定的《慢性乙肝防治指南》中的诊断标准^[1], 且 HBsAg 为阳性、HBV-DNA 阴性, 诊断非活动性 HBsAg 携带者 72 例。

1.2 HBVM 检测方法

HBVM 检测方法为罗氏 cobas e601z 全自动化学发光免疫分析法, 试剂采用 Roche 诊断产品 (上海有限公司) 的配套试剂, HBV-DNA 为磁珠法, 试剂为苏州天龙生物科技有限公司生产的。

1.3 肝脏组织病理学检查

在 B 超定位后行经皮肝穿刺活组织检查, 肝组织长度约 15mm-22mm, 内部结构至少包含 3 个完整的汇管区, 取材肝组织用 10% 福尔马林溶液固定, 常规脱水、石蜡包埋, 切片。对切片进行苏木素-伊红 (HE) 染色及嗜银网状纤维染色及免疫组织化学染色。

1.4 病理诊断标准

参考 2000 年 9 月西安全国传染病与寄生虫病会议修订的《病毒性肝炎防治方案》, 根据 Scheuer 法进行肝组织炎症分级和纤维化分期, 其中炎症活动度 (G) 分布中分为 0、1、2、3、4 级; 纤维化程度分期 0、1、2、3、4 期。

表 4: 免疫组化 HBsAg、HBeAg 检出率的情况

肝组织免疫组化	n	HBsAg+	HBsAg++	HBsAg+++	HBsAg-	HBeAg+	HBeAg++	HBeAg+++	HBeAg-
例数 (例)	72	40	18	6	8	32	6	2	32
百分比 (%)		55.5	25	8.3	11.2	44.5	8.3	2.7	44.5

3 讨论

非活动性 HBsAg 携带者病因是感染乙肝病毒, 有的非活动性 HBsAg 携带者临床表现毫无不适感觉。

1.5 统计学方法

对符合纳入标准的问卷录入 Excel 建立数据库, 采用 SPSS 13.0 进行统计分析, 计数资料及率的比较采用卡方检验, P<0.05 为差异具有显著性意义。

2 结果

2.1 非活动性 HBsAg 携带者肝组织炎症分级情况

G1 26 例, G2 32 例, G3 10 例, G4 4 例, G1~G2 共 30 例占明显优势。

表 2: 非活动性 HBsAg 携带者肝组织炎症分级情况

炎症分期	n	G0	G1	G2	G3	G4
例数 (例)	72	1	26	32	10	3
百分比 (%)		1.3	36.1	44.5	13.9	4.2

2.2 非活动性 HBsAg 携带者肝组织纤维化分期情况

纤维化程度 S1 17 例, S2 12 例, S3 32 例, S4 1 例, S1~S2 共 29 例占明显优势。

表 3: 非活动性 HBsAg 携带者肝组织纤维化分期情况

纤维化分期	n	S0	S1	S2	S3	S4
例数 (例)	72	3	30	27	9	3
百分比 (%)		4.2	41.6	37.5	12.5	4.2

2.3 肝组织免疫组化 HBsAg、HBeAg 检出率情况

免疫组化 HBsAg 检出率 88.2%, HBeAg 检出率 55.9%, HBsAg 与 HBV-DNA 无相关性, HBeAg 阳性率也高, 见表 4。

肝组织炎症活动度 (G) 分布中 G0 1 例, G1 26 例, G2 32 例, G3 10 例, G4 3 例, 仅有 1 例 G0, 98.6% 均有不同程度 (下转第 32 页)

进行比较,可以发现研究组各项数据较对照组显著更优 ($P < 0.05$);对两组患者的治疗效果与并发症情况,并未见显著差异 ($P > 0.05$),详见表 1。

3 讨论

重症急性胰腺炎是一种常见的急重症,是胰腺酶被激活后发生的一种炎性反应,在临床上发病几率较高,由于地区的不同,急性胰腺炎的病因也有所差别,但多与代谢异常、Oddi 括约肌功能障碍、胰腺缺血等有关,可基本分类为胆源性胰腺炎与非胆源性胰腺炎。重症急性胰腺炎因其起病急、病程进展快且病情复杂,一直是临床上较为凶险的疾病,如患者不能得到及时救治,还可能引发腹腔感染、胰瘘等并发症,使病情更为复杂。胰腺炎肉眼可见的病理表现为胰腺肿大,且胰腺组织出现广泛出血,出现坏死、肿胀等,出血区域呈现暗红色或蓝黑色,坏死区域则呈现灰白色,胰总管不同程度扩张,且周围的组织也会出现坏死表现。临床上治疗重症急性胰腺炎主要有手术与非手术两种方式,如何选择治疗方式需要根据患者的个体特征决定,具有手术指征且自身有手术意愿者应及时采取手术治疗,以免延误治疗时机^[2]。

急诊外科手术治疗重症急性胰腺炎主要是引流胰酶液体,

并且对病灶坏死组织进行清除,本文主要采用胰腺坏死组织清除术与腹部开放填塞两种,只要患者出现腹腔渗液且腹压居高不下或 CT 显示胰腺病变严重,发生感染就可以进行手术^[3]。研究结果显示,对两组患者的住院时间、胃肠营养开始时间及治疗费用进行比较,可以发现研究组各项数据较对照组显著更优 ($P < 0.05$);对两组患者的治疗效果与并发症情况,并未见显著差异 ($P > 0.05$)。即与保守治疗相比,在治疗效果与并发症方面虽无显著差异,但能够大大缩短了住院时间,加快患者恢复,减轻患者经济负担。

综上所述,急诊外科手术治疗重症急性胰腺炎能够大大缩短住院时间,且胃肠营养开始时间早,并发症几率较低,值得临床推广与应用。

[参考文献]

- [1] 李钧荣. 急诊外科手术在重症急性胰腺炎治疗中的临床应用[J]. 医学信息, 2015, 28(43): 113.
- [2] 张文娟. 急诊外科手术在重症急性胰腺炎治疗中的临床应用[J]. 健康前沿, 2016, 23(2): 24.
- [3] 汪海平, 项和平. CT 引导下经皮穿刺置管引流治疗重症急性胰腺炎 25 例临床分析[J]. 临床医学, 2016, 36(3):3-4.

(上接第 29 页)

度炎症表现,并非真正乙肝病毒携带者,已经是慢性乙肝患者,其中 G2~G4 共 45 例占明显优势,有明显的炎症活动,极少数 3 例为重度炎症,临床需要积极治疗;纤维化程度 S0 3 例, S1 30 例, S2 27 例, S3 9 例, S4 3 例,仅有 3 例为 S0, 95.8% 的患者有不同程度肝组织纤维化, S2~S4 共 39 例,超过半数有 54.2% 的患者有明显的纤维化。由上可见,非活动性 HBsAg 携带者病理检查表明绝大多数有不同程度肝组织炎症。

肝组织免疫组化 HBsAg、HBcAg 检出率情况:免疫组化 HBsAg 检出率 88.8%,与其他文章报道的相近^[4],慢性 HBV 携带者 HBcAg 检出率 55.5%,超过半数,阳性率也高,考虑是 HBVDNA 的灵敏度不够,不是真正意义的阴性,提示仅凭外周血 HBV-DNA 作为判断乙肝病毒复制标志是不够的,

肝组织病理检查也是客观证据,为乙肝研究提供了的循证理论依据;从本文研究结果分析非活动性 HBsAg 携带者其

因病初损害大都轻,相较乙型肝炎而言,患者表象无症状或症状轻,肝功表像正常,容易被忽视,没有引起医务人员重视,没有及时治疗,从而导致部分患者发展至肝硬化、肝癌,希望在临床中对非活动性 HBsAg 携带者加强重视,尽量做肝组织穿刺活检本及 HBV-DNA 高灵敏度检测,以便及早发现病情,早期治疗。

[参考文献]

- [1]: 中华医学会肝病学会感染病分会. 慢性乙型肝炎防治指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2011.19(1):160.
- [2] 中国中医药学会内科肝病专业委员会病毒性肝炎中医辨证标准[J]. 中医杂志, 1992, 33(5), 295.
- [3] 陆伟, 张占娜, 沈芳, 等, 血清 HBSAG 和 HBVDNA 定量水平预测慢性乙型患者肝组织炎症活动度和纤维化程度的评价[J]. 实用肝脏病杂志, 2016, 19(1): 20-25.
- [4] 朱陇东, 袁宏, 陈琳, 等, 慢性无症状乙型肝炎病毒携带者肝组织病理及临床分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2010, (6)

(上接第 30 页)

感染乙肝病毒主要是胎儿时期、分娩时期感染母体乙肝病毒,在出生后有较高的感染乙肝的危险性,幼儿没有良好的免疫能力,在感染病毒后,自身难以清除病毒,这样以来,会威胁机体健康,还会变成新的传染源。

本次研究结果表明,高免疫应答儿童 45 例,占比是 56.25%,低免疫应答儿童 28 例,占比是 35.00%,无免疫应答儿童 7 例,占比是 8.75%。比较 3 个年龄段的结果,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果提示,预防控制儿童乙肝病症最为有效的方法就是接种乙肝疫苗,在开展接种疫苗的工作时,核心工作是保证提供充足的乙肝疫苗,有效提升疫苗抗体水平,有效延长保护性抗体持续时间,只有延长保护性抗体在儿童机体的作用时间,才不会使得伴随儿童年龄增加而致乙肝疫苗作用降低的现象出现,让乙肝疫苗发挥明显预防作用,疾控中心也应积极地承担起公共卫生工作,加强对

乙肝疫苗接种的宣传,采用社区定期咨询、宣传,下乡宣传、体检等方式,提高人群对乙肝疫苗接种重要性的认识,提高接种率,降低乙肝的感染率。

[参考文献]

- [1] 王永恒. 乙肝疫苗接种预防和控制乙肝感染的价值分析[J]. 中外医疗, 2018, 37(23):47-49.
- [2] 宋丽丽. 乙肝疫苗接种控制儿童乙肝感染中的效果分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(04):182.
- [3] 俞世泰. 乙肝疫苗接种控制儿童乙肝感染分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(02):162.
- [4] 董红英. 乙肝疫苗接种控制乙肝感染的价值评估及分析[J]. 中国农村卫生, 2017(18):26.
- [5] 丁自军, 余小冰, 管菜英等. 乙肝疫苗接种控制儿童乙肝感染的效果研究[J]. 世界临床医学, 2016, 10(15):158, 162.