

人AFP双抗夹心ELISA检测试剂盒

请在实验前仔细阅读本说明书

产品货号: KE00132
规格: 96T
灵敏度: 0.1 pg/mL
检测范围: 15.6 - 1000 pg/mL
用途: 此试剂盒用于定量检测血清、血浆以及细胞上清中人AFP浓度

本产品仅用于科学研究，不适用于临床诊断

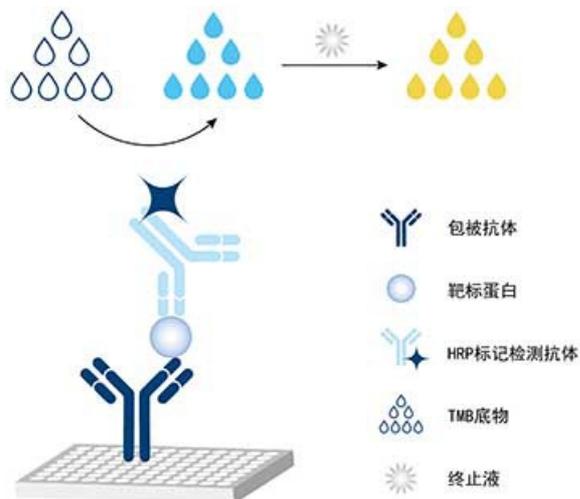
目录

| | |
|------------|---|
| 一：背景信息 | 3 |
| 二：检测原理 | 3 |
| 三：需自备的实验器材 | 3 |
| 四：试剂盒组分及储存 | 4 |
| 五：实验注意事项 | 4 |
| 六：样本准备 | 4 |
| 七：试剂准备 | 5 |
| 八：实验步骤 | 6 |
| 九：实验参数 | 7 |
| 9.1 参考标曲图 | 7 |
| 9.2 精密度 | 7 |
| 9.3 加标回收率 | 7 |
| 9.4 样本值 | 8 |
| 9.5 灵敏度 | 8 |
| 9.6 线性 | 8 |
| 十：参考文献 | 8 |

一：背景信息

AFP（甲胎蛋白）是胎儿中发现的主要血浆蛋白，而在出生后迅速下降。肝癌患者血浆AFP 异常增高，高AFP浓度也与肿瘤细胞生长相关，因此AFP可以作为肝癌标志物。血浆中AFP的检测对于肝细胞癌、胃癌和生殖细胞癌的诊断具有重要意义。

二：检测原理



◀双抗夹心模式图 (检测抗体直标HRP)

按操作顺序形成抗体夹心结构后，加入TMB底物，板孔液体由无色变成蓝色，再加入终止液液体变为黄色后进行吸光度值测定。

三：需自备的实验器材

- 3.1 酶标仪 (可读取450 nm和630 nm双波长);
- 3.2 高精度移液器及一次性移液器枪头;
- 3.3 洗板机 (亦可手动洗板);
- 3.4 EP管 (用于稀释标准品及样本);
- 3.5 吸水毛巾或滤纸 (用于拍干);
- 3.6 烧杯和量筒;
- 3.7 用于ELISA实验的数据分析的统计拟合软件 (推荐四参数拟合方法)，如：Origin，ELISA Calc等。

四：试剂盒组分及储存

| 英文名称 | 中文名称 | 规格 | 数量 |
|---|------------------------|-----------|-----|
| Microplate | 预包被酶标板 - 96孔板 | 8孔 × 12条 | 1 块 |
| Protein standard | 标准品 - 冻干粉状 * | 2000 pg/瓶 | 2 瓶 |
| Detection antibody, HRP-conjugated (100×) | HRP标记检测抗体浓缩液 (100×) ** | 120 µL/支 | 1 支 |
| Sample Diluent PT 1-ef | 样本稀释液 PT 1-ef | 30 mL/瓶 | 2 瓶 |
| Detection Diluent | 抗体稀释液 | 30 mL/瓶 | 1 瓶 |
| Wash Buffer Concentrate (20×) | 浓缩洗涤液 (20×) | 30 mL/瓶 | 1 瓶 |
| Tetramethylbenzidine Substrate (TMB) | 显色底物 TMB | 12 mL/瓶 | 1 瓶 |
| Stop Solution | 终止液 | 12 mL/瓶 | 1 瓶 |
| Plate Cover Seals | 封板膜 | | 4 张 |
| 储存条件： 1：未开启试剂盒可在2-8°C条件下存放6个月或者在-20°C条件下存放1年 2：已开启试剂盒可在2-8°C存放7天 3：每次实验均使用新的标准品,使用后丢弃 | | | |

* 使用对应的样本稀释液对标准品进行复溶，复溶过程避免产生气泡

** 开盖前请离心

五：实验注意事项

- 5.1 避免皮肤接触终止液以及TMB 显色液；
- 5.2 在实验过程中，注意穿戴个人防护装备，如实验服，手套，口罩和护目镜；
- 5.3 请勿将不同批次的试剂进行混用，过期产品请勿使用；
- 5.4 在使用自动洗板机时，板孔加入洗涤液之后，设置30秒的浸泡程序，以提高分析的精确度。

六：样本准备

- 6.1 血清：全血标本室温凝固 30 min后1000×g 离心15 min，取上清立即使用或分装后-20°C存放，避免反复冻融。
- 6.2 血浆：可用EDTA、肝素或柠檬酸盐作为抗凝剂，标本采集后1000×g 离心15 min，立即使用或分装后-20°C存放，避免反复冻融（注意：标本溶血会影响检测结果，因此溶血标本不宜进行检测）。
- 6.3 细胞上清：收集细胞培养液，500×g 离心5 min取上清，立即使用或分装后-20°C存放，避免反复冻融。

七：试剂准备

7.1 洗涤液 (1×)：

如果洗涤液 (20×) 有晶体析出, 37°C加热至晶体全部溶解。按1:20稀释倍数进行稀释: 如取30 mL 浓缩洗涤液 (20×), 加入570 mL 超纯水或去离子水, 得到洗涤液 (1×)。

7.2 HRP标记检测抗体 (1×)：

开盖前瞬时离心, 按1:100比例进行稀释, 稀释前根据预先计算实验所需的总量配制 (100 μL/孔), 实际配制时应多配制0.1-0.2 mL。如10 μL HRP标记检测抗体浓缩液 (100×) 加 990 μL 抗体稀释液进行配制, 轻轻混匀。

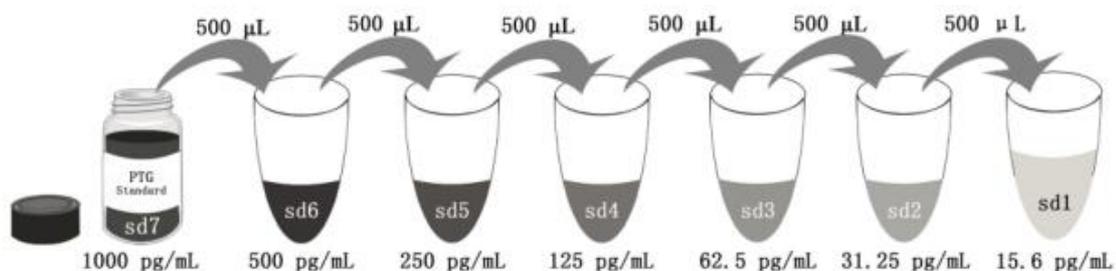
7.3 待检测样本：

不同的样本使用相应的样本稀释液进行稀释, 如果样本检测值超过标曲最高范围, 可将样本进行一定的稀释后再进行实验, 使样本的检测值处于标曲范围内, 不同样本的稀释倍数需自行优化。

稀释比推荐如下: 健康人血清血浆1:4或1:8稀释; 肝癌人血清1:1000稀释。样品采集、处理和储存的差异可能导致测值的改变。

7.4 梯度稀释的标准品：

用2 mL PT 1-ef 样本稀释液复溶标准品, 具体操作如下:



| | | | | | | | |
|---|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Add # μL of Standard diluted in the previous step | — | 500 μL |
| # μL of Sample Diluent PT 1-ef | 2000 μL | 500 μL |
| | "sd7" | "sd6" | "sd5" | "sd4" | "sd3" | "sd2" | "sd1" |

八：实验步骤

实验前,需要将所需试剂在室温平衡20-30 min (HRP标记检测抗体浓缩液不需要平衡室温,即用即取);在进行标准品、样本以及不同试剂加样时,更换枪头,避免接触微孔板的内表面,不同的试剂,使用不同的加样槽。

8.1 根据实验用量,取出需要用到的酶标板条,剩余板条加入干燥剂放入铝箔袋密封后存放于4°C,并于一周之内用完;

8.2 加样,分别设零孔、标准孔、待测样本孔。零孔加样本稀释液100 μL,余孔分别加梯度稀释的标准品或待测样本100 μL/孔,注意不要产生气泡(建议标准品和样本都做复孔,尽量避免实验误差,确保上样不间断,5-10 min完成加样);

8.3 酶标板盖上覆膜,37°C孵育2 h;

8.4 洗涤

1) 揭开封板膜(动作轻柔,避免动作过大导致液体溢出串孔),弃液体,拍干;

2) 洗涤液(1×)洗涤板条,每孔350-400 μL,洗涤后,甩掉液体拍干板条,重复此步骤4次,避免异物进入板孔以及板条干燥;

8.5 每孔加100 μL HRP标记检测抗体(1×)(参照试剂准备部分7.2),盖上封板膜,37°C孵育40 min;

8.6 重复步骤8.4;

8.7 显色:每孔加TMB显色液100 μL,37°C避光显色 15-20 min(如果颜色偏浅,可适当延长显色时间,不超过30 min;保持显色底物始终处于避光状态,显色底物在加样前应是无色透明,如有变色,请勿使用);

8.8 终止:每孔加终止液100 μL,蓝色变黄色。终止液与TMB显色液的加样顺序一致;(注意:眼睛和皮肤避免接触终止液)

8.9 读数:以630 nm为校正波长,用酶标仪在450 nm波长测量各孔的光密度(OD值)。加入终止液后5 min内进行读数,若无630 nm波长,也可直接使用450 nm 波长读数;

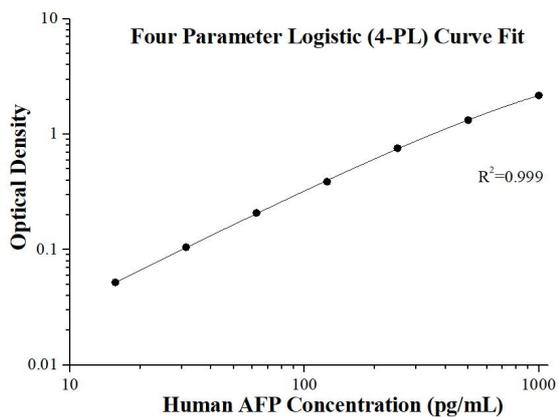
8.10 数据分析:每个标准品和样本的OD值需减去零孔的OD值,设置复孔,取其平均值。以标准品的浓度为横坐标,OD 值为纵坐标,使用专业软件(如Origin、ELISACalc等)进行四参数拟合(4-PL),根据样本的OD值由标准曲线推算出拟合浓度,乘以稀释倍数得到样本的实测浓度。

操作流程如下:

| 步骤 | 试剂 | 体积 | 孵育时间 | 洗涤次数 | 孵育温度 |
|----|--|--------|----------|-------|--------------|
| 1 | 标准品或样本 | 100 μL | 120 分钟 | 4 次 | 覆膜后37°C孵育 |
| 2 | HRP标记检测抗体(1×) | 100 μL | 40 分钟 | 4 次 | 覆膜后37°C孵育 |
| 3 | 显色 TMB | 100 μL | 15-20 分钟 | 不需要洗涤 | 覆膜后37°C孵育,避光 |
| 4 | 终止液 | 100 μL | 0 分钟 | 不需要洗涤 | - |
| 5 | 加入终止液后以630 nm为校正波长,在450 nm处测量OD值,此过程建议不超过5分钟 | | | | |

九：实验参数

9.1 参考标曲图



| (pg/mL) | O.D | Average | Corrected |
|---------|----------------|---------|-----------|
| 0 | 0.015 0.017 | 0.016 | - |
| 15.6 | 0.067 0.069 | 0.068 | 0.052 |
| 31.25 | 0.123 0.118 | 0.121 | 0.105 |
| 62.5 | 0.230 0.217 | 0.224 | 0.208 |
| 125 | 0.412 0.396 | 0.404 | 0.388 |
| 250 | 0.800 0.750 | 0.775 | 0.759 |
| 500 | 1.372 1.315 | 1.344 | 1.328 |
| 1000 | 2.211 2.176 | 2.194 | 2.178 |

9.2 精密度

板内精密度：3个不同浓度的样本在板内重复测定 20次；

板间精密度：3个不同浓度的样本在板间重复测定 24次。

| 板内精密度 (CV内) | | | | |
|-------------|----|-------------|------|---------|
| 样本 | 数量 | 平均值 (pg/mL) | 标准差 | 变异系数CV% |
| 1 | 20 | 471.8 | 13.5 | 2.9 |
| 2 | 20 | 119.0 | 3.8 | 3.2 |
| 3 | 20 | 28.3 | 1.6 | 5.5 |

| 板间精密度 (CV间) | | | | |
|-------------|----|-------------|------|---------|
| 样本 | 数量 | 平均值 (pg/mL) | 标准差 | 变异系数CV% |
| 1 | 24 | 419.3 | 43.3 | 10.3 |
| 2 | 24 | 107.5 | 3.6 | 3.3 |
| 3 | 24 | 26.3 | 1.2 | 4.4 |

9.3 加标回收率

样本稀释后，在标曲范围内选择高、中、低3个浓度，进行人AFP的加标回收率实验，结果如下：

| 样本类型 | 稀释倍数 | 均值 (%) | 范围 (%) |
|------|------|--------|--------|
| 人血浆 | 1:2 | 87 | 75-100 |
| | 1:4 | 85 | 77-95 |
| 细胞上清 | 1:2 | 91 | 77-104 |
| | 1:4 | 96 | 77-107 |

9.4 样本值

应用本试剂盒，检测健康人血清和血浆样本中人AFP的浓度。

| 样本类型 | 均值(pg/mL) | 范围(pg/mL) |
|------------|-----------|---------------|
| 人血浆 (n=24) | 2054.7 | 1058.7-3611.6 |
| 人血清 (n=24) | 3286.2 | 1299.2-5541.0 |

应用本试剂盒，检测肝癌病人血清样本中人AFP的浓度。

| 样本类型 | 均值(ng/mL) | 范围 (ng/mL) |
|-----------|-----------|-------------|
| 人血清 (n=6) | 1095.1 | 53.4-3182.9 |

9.5 灵敏度

用20个重复的零孔平均OD值加上两倍标准差得到的OD值带入标准曲线拟合出对应的浓度值，此试剂盒中人AFP的灵敏度为 0.1 pg/mL。

9.6 线性

细胞上清加入高浓度的人AFP蛋白，梯度稀释后检测样本加标线性；人血清用对应样本稀释液稀释样本，使稀释后的检测值处于标曲范围内，线性数据如下：

(人血清样本预先稀释2倍)

| 稀释倍数 | | 人血清 | 细胞上清 |
|------|--------|---------|--------|
| 1:2 | 均值 (%) | 100 | 92 |
| | 范围 (%) | - | 89-97 |
| 1:4 | 均值 (%) | 104 | 98 |
| | 范围 (%) | 103-104 | 92-102 |
| 1:8 | 均值 (%) | 104 | 99 |
| | 范围 (%) | 102-106 | 92-103 |
| 1:16 | 均值 (%) | 102 | 100 |
| | 范围 (%) | 98-106 | 91-109 |

十：参考文献

1. Wang X. et al. (2018). Can J Gastroenterol Hepatol.2018;9049252. (PMID: 29805966)
2. Başbuğ D. et al. (2017). Ginekol Pol. 2017;88(6):325-330. (PMID: 28727133)