

• 个案与短篇 •

肿瘤标志物联检在诊断消化道肿瘤中的应用

贺望娇

(广西医科大学第四附属医院柳州市工人医院检验科, 广西柳州 545005)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.15.079

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2013)15-2061-02

消化道肿瘤目前在肿瘤发病中占首位,由于肿瘤的演变是较为复杂的病理过程,给临床的诊断及治疗带来一定的局限性。消化道的诊断影像学检查也有一定的局限性,因此,测定血清肿瘤标志物起到了非常重要的作用。对 106 例消化道肿瘤患者进行了癌胚抗原(CEA)、糖类抗原 125(CA125)、糖类抗原 153(CA153)、糖类抗原 199(CA199)、甲胎蛋白(AFP)及铁蛋白(FERRIN)测定,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 胃癌组,30 例,男 25 例,女 5 例,年龄 21~77 岁,平均(62±14.4)岁;大肠癌组 46 例,男 31 例,女 15 例,年龄 33~80 岁,平均(65±12.1)岁;肝癌组 30 例,男 21 例,女 9 例,年龄 32~80 岁,平均(57±15.4)岁。所有患者均为本院住院患者,经 B 超、CT、X 光、血液免疫学及化学等检查疑似为消化道肿瘤,后经病理或手术确诊的患者。3 组间年龄性别比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 上述人群均于清晨空腹抽取静脉血 3~5 mL,分离血清待测。采用电化学发光法分析测定 CEA、CA125、CA153、CA199、AFP 和 FERRIN 水平,仪器采用全自动 Roche Modular E170 电化学发光仪;试剂与标准品均由瑞士罗氏公

司生产,严格按说明书操作。

1.3 正常参考值范围 血清 CEA<3.4 ng/mL、CA125<35 U/mL、CA153<25 U/mL、CA199<27 U/mL、AFP<7 ng/mL 和 FERRIN<400 ng/mL,高于正常参考范围为阳性。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,多组比较采用单因素方差分析;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组间 6 种肿瘤标志物检测结果比较 CA125、AFP、FERRIN 在肝癌组中的水平明显高于胃癌组和大肠癌组($P<0.01$);CEA 在胃癌组和大肠癌组中的水平明显高于肝癌组($P<0.05$),见表 1。

2.2 6 种肿瘤标志物在不同类型肿瘤中阳性率 FERRIN 和 AFP 在肝癌患者中的阳性率明显高于胃癌和大肠癌($P<0.01$);CEA 在胃癌和大肠癌患者中的阳性率明显高于肝癌($P<0.01$);CA125 在胃癌和肝癌患者中的阳性率明显高于大肠癌($P<0.01$);CA153 在肝癌患者中的阳性率高于胃癌和大肠癌($P<0.05$),见表 2。

表 1 3 组 6 种肿瘤标志物检测结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	CEA(ng/mL)	CA125(U/mL)	CA153(U/mL)	CA199(U/mL)	AFP(ng/mL)	FERRIN(ng/mL)
胃癌组	30	85.05±199.15	104.45±134.14	26.42±52.68	220.9±316.92	13.57±46.38	191.40±361.81
大肠癌组	46	102.81±220.44	50.95±86.69	21.19±23.65	150.68±279.91	3.19±1.68	244.79±226.59
肝癌组	30	3.86±3.35 [△]	328.27±491.13*	34.02±45.69	147.16±280.02	850.72±993.79*	636.73±486.81*

*: $P<0.01$,与其他两组比较;[△]: $P<0.05$,与其他两组比较。

表 2 6 种肿瘤标志物在不同类型肿瘤的阳性率比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	CEA	CA125	CA153	CAA199	AFP	FERRIN
胃癌组	30	21(70.0)	18(60.0)	6(20.0)	18(60.0)	5(16.7)	1(3.33)
大肠癌组	46	36(78.3)	18(39.1)*	8(17.4)	25(54.3)	1(2.2)	8(17.4)
肝癌组	30	13(43.3)*	23(76.7)	13(43.3) [△]	21(70.0)	24(80.0)*	19(63.3)*

*: $P<0.01$,与其他两组比较;[△]: $P<0.05$,与其他两组比较。

3 讨论

肿瘤标志物的测定在肿瘤的诊断、疗效评估、检测复发和推测预后等方面起到重要的作用,而对于肿瘤的实验诊断首先是找到一种敏感性高、特异性强的标志物。

CEA 为肿瘤相关抗原,健康人血清 CEA 浓度水平很低多在 2.5 ng/mL 以下,当 CEA 浓度超过 20 ng/mL 时往往提示有消化道肿瘤。本研究中 CEA 在胃癌和大肠癌中增高明显,且阳性率较高,在肝癌中增高不明显,相对胃癌和大肠癌阳性率较低。CA199 为消化道肿瘤细胞分泌,是目前对胰腺癌敏

感性最好的肿瘤标志物,临床应用最广,已成为肠癌、胃癌、肝癌及胆囊癌重要的肿瘤标志物。CA199 在三种肿瘤中有不同程度的增高且有较高的阳性率。CA125 是卵巢癌的特异性肿瘤标志物,在很多非妇科肿瘤有不同程度的增高,从表中可以看出 CA125 在胃癌和肝癌中增高较明显,阳性率也不低,但肝癌的阳性率高于胃癌和大肠癌。这是因为许多肿瘤组织与 CA125 有相同的抗原性^[1]。FERRIN 作为肿瘤标志之一在临床广泛应用,从结果看出,肝癌组增高幅度大且阳性率较高。肝癌 FERRIN 的增高主要是有 FERRIN 中 H 亚基铁蛋白增加所致。FERRIN 水平高低与肿瘤的预后呈负相关。

FERRIN 作为肿瘤标志物可提高诊断的准确率,同时也可作为肿瘤诊断、疗效、预后、复发的判断指标。CA153 是一种乳腺相关抗原,肺癌、结直肠癌、卵巢癌和原发性肝癌等也有不同程度的阳性率。CA153 在胃癌、大肠癌和肝癌中增高不明显,但在肝癌组阳性率相对较高。在条件许可的情况下,对部分消化道肿瘤可以查 CA153 含量。AFP 是有肝脏和卵黄囊合成的一种血清糖蛋白,出生后不久即消失。AFP 到目前为止仍是公认的早期诊断和筛查原发性肝癌的指标^[2]。从结果可以看出 AFP 在肝癌中大幅度升高,阳性率达到 80%,与报道的肝癌的 AFP 阳性率 77.9%^[3] 和 AFP 阳性率 81%^[4] 基本相符。从结果可以看出,AFP 仍是诊断肝癌的最灵敏指标,应作为诊断肝癌的首选肿瘤标志物。但是单项 AFP 检测在临床产生一定的假阳性与漏诊病例,尤其是小细胞肝癌患者 AFP 常呈阴性。

目前常用的肿瘤标志物很多,根据结果,为疑似肝癌者选择 AFP+FERRIN+CA199 或 AFP+FERRIN+CA125,胃癌可选择 CEA+CA12+CA199,大肠癌可选择 CEA+CA199 作为肿瘤标志物检查项目。消化道肿瘤早期症状不明显,相关肿瘤标志物可达到协助诊断的作用,由于单项肿瘤标志物的检测

• 个案与短篇 •

对消化道肿瘤的诊断有一定的局限性,不能满足临床的需要。因此,联合检测多种肿瘤标志物提高检出率,组合的选择要根据患者的临床特点。除选择特异性强敏感性高的主要标志物外,根据情况可同时选择其他与之相关的肿瘤标志物进行测定。进行两种或两种以上标志物有针对性检测是提高消化道恶性肿瘤诊断的重要方法,同时也避免了卫生资源的浪费和加重患者的经济负担。

参考文献

[1] 韦振元,王洁,杨永青. CA 系列对恶性肿瘤诊断临床表达的价值[J]. 放射免疫学杂志,2002,15(2):84-86.
[2] 靳晓亮,杨波,关方霞,等. 肿瘤与肿瘤标志物研究中证据的思考[J]. 医学与哲学:临床决策论坛版,2009,21(2):48-50.
[3] 高立. 联合检测肿瘤标志物对原发性肝细胞癌的诊断价值[J]. 标记免疫分析与临床,2008,15(2):110-111.

(收稿日期:2013-02-08)

以单纯血小板减少为首发表现的急性白血病患者临床分析

陆作洁,农少云
(广西民族医院检验科,广西南宁 530001)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.15.080 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2013)15-2062-02

急性白血病在血常规检查中多以全细胞减少为首表现,但是也有一部分急性白血病患者首发只表现为单纯血小板减少。引起血小板减少的原因很多,单纯血小板减少的疾病多为特发性血小板减少性紫癜(ITP)等,因此往往会因为不镜检或没有进一步做检查而导致漏诊或误诊。现将本院 35 例以单纯血小板减少为首发表现的急性白血病患者报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 1 月至 2012 年 6 月本院门诊及住院初诊单纯血小板减少,且经骨髓穿刺形态学、免疫学等及临床诊断为急性白血病的患者 35 例,其中男 20 例,女 15 例,年龄 20~63 岁,平均 42 岁。

1.2 方法 35 例急性白血病患者初诊血常规检测使用日本 sysmex 公司生产的 XS-2000i 全自动五分类血细胞分析仪,试剂为该公司提供的相关配套试剂。患者血常规检查至少 2 次血小板计数小于 $100 \times 10^9/L$,白细胞、红细胞及血红蛋白均在正常范围内,所有患者外周血均涂片瑞氏染色进行血小板减少的确认及人工分类,所检出的幼稚细胞包括原始粒细胞、早幼粒细胞、原始单核细胞、幼稚单核细胞、原始淋巴细胞、幼稚淋巴细胞。同时进行骨髓细胞学、免疫学等多种检查。急性白血病的诊断标准均以《血液病诊断及疗效标准》^[1] 及《血液病学》^[2] 为指南。

2 结 果

2.1 35 例单纯血小板减少急性白血病患者外周血幼稚细胞检出情况 人工分类 31 例可见幼稚细胞,4 例未见幼稚细胞,5 例急性淋巴细胞白血病(急淋),见表 1。

2.2 35 例单纯血小板减少急性白血病患者血小板数值分布情况 见表 2。

表 1 单纯血小板减少急性白血病患者外周血幼稚细胞检出情况		
确诊疾病类型	<i>n</i>	检出幼稚细胞[<i>n</i> (%)]
M1	6	6(100.00)
M2a	5	4(80.00)
M3	6	6(100.00)
M4	6	5(83.33)
M5	7	6(85.71)
急淋	5	4(80.00)

表 2 35 例以单纯血小板减少急性白血病患者血小板数值分布情况(<i>n</i>)			
确诊疾病类型	$<20 \times 10^9/L$	$(20 \sim <50) \times 10^9/L$	$>50 \times 10^9/L$
M1	2	4	0
M2a	1	3	1
M3	3	3	0
M4	2	3	1
M5	3	2	2
急淋	1	4	0
合计	12	19	4

3 讨 论

引起血小板减少的病因有很多,而且血小板减少症不是一