

2.3 治疗宫颈癌治疗前后 CEA、CA125 含量比较 见表 3。宫颈癌治疗半年后血清 CEA、CA125 含量均较治疗前显著降低($P<0.05$)。

表 3 宫颈癌治疗前后 CEA、CA125 含量比较($\bar{x}\pm s$)			
组别	<i>n</i>	CEA(ng/mL)	CA19-9(U/mL)
治疗前	60	24.8±25.6	42.2±18.7
治疗后	60	1.3±0.3 [△]	18.2±5.1 [△]

注:与治疗前相比, $\Delta P<0.05$ 。

3 讨 论

肿瘤标志物是由恶性肿瘤细胞的癌基因异常表达所产生的一类糖类抗原物质,至今它的应用与研究在肿瘤学中仍是一个引人注目的领域。肿瘤标志物在正常分化的组织和细胞中基本不分泌或极少分泌,反映癌的发生和发展过程及肿瘤相关基因的激活或失活程度。检测血清中糖类抗原物质的表达水平对于恶性肿瘤的诊断有重要意义。肿瘤标记物还具有检查方便、检测快速、便捷、无创、灵敏度高、结果稳定等优点^[2]。其在临床检验中的有着较为广阔的应用前景。

CEA 是一种非特异性肿瘤标志物,由胚胎细胞的有关基因所调控,当某些恶性肿瘤细胞基因调控受到损伤后,其血清含量会显著增高。CEA 在临床上常用于诊断消化道恶性肿瘤,还可用于肺癌、乳腺癌、胰腺癌等的辅助诊断^[3]。CA125 是一种蛋白抗原,与 CEA 不同的是,它与人类卵巢癌细胞上的抗原决定簇相似,能被同一种单核抗体所识别,与卵巢癌密切相关,在宫颈癌中也有一定的阳性率,20%~75%的宫颈腺癌患者可出现血清 CA125 升高,血清 CA125 水平升高越明显,表明肿瘤负荷越大^[4]。后期宫颈癌和复发的宫颈癌往往累及卵巢,可能是 CA125 升高的主要原因。而且 CA125 的水平与瘤体的大小及淋巴结是否转移密切相关^[5]。

本研究共检测了 60 例宫颈癌和 40 例健康妇女的血清 CEA、CA125 水平,结果发现,宫颈癌患者的 CEA、CA125 含量显著高于对照组($P<0.05$)。说明 CEA、CA125 可作为诊断宫颈癌的辅助指标。随着临床分期的增加 CEA、CA125 的阳性率逐渐增加,Ⅲ、Ⅳ期较Ⅰ、Ⅱ期显著增加($P<0.05$)。这说明 2 项指标在其临床分期的判定中有一定的诊断价值,二者浓度的升高可反映病情的恶化。经治疗后宫颈癌的 CEA、CA125 含量均较治疗前显著降低($P<0.05$)。这说明两项指标可作为判定疗效的参照。综上所述,宫颈癌的发生是一个连续的过程,CEA、CA125 的水平在宫颈癌的临床分期、病情和预后评估中有一定的价值,值得临床推广。

参考文献

[1] 刘素春,梁荣伟. 宫颈癌患者联合检测血清 CA125、Cyfra21-1、CA724 及 CEA 结果分析[J]. 中国医药导刊, 2009,11(10):1748-1750.

[2] 童红莉,李娟,温新宇,等. 肿瘤标志物联合检测在宫颈癌诊断中的应用价值[J]. 标记免疫分析与临床,2011,18(3):160-162.

[3] 甘玉杰,熊小英,蔡春芳,等. 血清 SCCA、CA125、CA19-9 与高危型人乳头状瘤病毒在宫颈癌及癌前病变中的表达及意义[J]. 中国计划生育和妇产科,2010,2(4):13-16.

[4] 郭小青,汪琛,肖震宇. 宫颈癌患者血清 CEA、CA125 水平变化及意义[J]. 山东医药,2011,51(50):88-89.

[5] 张晓洁. 鳞状细胞癌抗原与糖类抗原 CA125 检测在宫颈癌诊断中的应用[J]. 中国全科医学,2007,10(21):1813-1814.

(收稿日期:2012-05-25 修回日期:2012-11-19)

• 临床研究 •

妊娠高血压综合征患者 24 h 蛋白尿和血清尿酸水平测定的临床意义

林伟强,邝琳,孙小纯[△],陈晖,欧兴义(广东省珠海市人民医院 519000)

【摘要】 目的 探讨妊娠高血压综合征患者 24 h 蛋白尿(pro/24 h)和血清尿酸水平测定的临床意义。**方法** 根据病情将 94 例妊娠高血压综合征患者分为 A 组(中度患者,47 例)和 B 组(重度患者,47 例),两组均检测并统计孕早期(12 周),孕中期(19 周)和孕晚期(37 周)的 Pro/24 h 和 UA 阳性率及水平。**结果** (1)A 组各期 Pro/24 h 和 UA 阳性率均低于 B 组,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组阳性率均随着孕期延长而逐渐增高;孕晚期 A 组和 B 组阳性率均较高。(2)A 组各期 Pro/24 h 和 UA 水平均显著低于 B 组($P<0.01$)。两组水平均随着孕期延长而逐渐增高。**结论** Pro/24 h 和尿酸检测各有其优势和局限性,同时检测可以提高准确性和特异性,可根据诊断或检测的目的,来决定定性或定量检测。

【关键词】 妊娠高血压综合征; 24 h 蛋白尿; 尿酸

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.01.035 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)01-0070-02

妊娠高血压是临床上妇产科常见病症,可引起一系列综合症状,简称妊高征,导致分娩风险增加,威胁母体和围生儿的生命安全。妊高征多发生于妊娠 20 周和产后 1 d 内,严重者可

导致死亡^[1]。因此及早诊断,并对病情采取严密监测,对于是否需要终止妊娠,以及妊娠过程中采取相关的防治措施,从而提高产妇的围生期安全具有重要意义^[2]。作者采取 24 h 蛋白

[△] 通讯作者, E-mail:175945048@qq.com。

尿(Pro/24 h)和血清尿酸(UA)联合监测,以探讨不同病情上述指标的变化水平,为临床检测和防治妊高征提供参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2009 年 6 月到 2011 年 8 月珠海市人民医院妇产科收治的妊高征患者,共 94 例,均在本院定期检测并持续到分娩出院。患者妊娠前无高血压史、慢性炎症、感染、肝肾系统或心血管系统疾病。参照《Williams Obstetrics》予以确诊和分期:根据血压、蛋白尿和水肿情况,将患者分为 A 组和 B 组。A 组为中度妊高征,血压小于 160/110 mm Hg,尿蛋白+,可伴有水肿或轻度自觉症状,如头晕等。B 组为重度妊高征,血压大于或等于 160/110 mm Hg,或尿蛋白++~++++,伴有水肿。两组患者均为 47 例。年龄 23~37 岁,平均 26.5 岁。年龄方面两组差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 取每位患者 24 h 尿液标本,并抽取空腹静脉血,利用贝克曼 LX20 全自动生化分析仪采用免疫透射比浊法测定 Pro/24 h,酶比色法测定 UA。正常值范围:Pro/24 h 0~120 mg/d,UA 90~420 μmol/L [3]。分别统计孕早期(12 周)、孕中期(19 周)和孕晚期(37 周)的 Pro/24 h 和 UA 阳性

率和具体水平。

1.3 统计学方法 SPSS11.5 软件对相关数据采用进行统计学处理,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。计数资料 χ^2 检验,计量资料 t 检验。

2 结 果

各期 Pro/24 h 和 UA 阳性率统计见表 1,A 组各期 Pro/24 h 和 UA 阳性率均低于 B 组,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。两组阳性率均随着孕期延长而逐渐增高;晚期 A 组和 B 组阳性率均较高。各期 Pro/24 h 和 UA 具体水平统计见表 2,A 组各期 Pro/24 h 和 UA 水平均显著低于 B 组(均 $P<0.01$)。两组水平均随着孕期延长而逐渐增高。

表 1 各期 Pro/24 h 和 UA 阳性率[n(%)]

组别	Pro/24 h 阳性			UA 阳性		
	孕早期	孕中期	孕晚期	孕早期	孕中期	孕晚期
A 组	1(2.1)	43(93.4)	47(100.0)	1(2.1)	33(70.2)	47(100.0)
B 组	2(4.2)	46(97.8)	47(100.0)	1(2.1)	40(85.1)	47(100.0)
χ^2	0	0.284	0	0	2.207	0
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 2 各期 Pro/24 h 和 UA 水平统计($\bar{x}\pm s$)

组别	Pro/24h(mg/d)			UA(μmol/L)		
	孕早期	孕中期	孕晚期	孕早期	孕中期	孕晚期
A 组	84.3±23.8	231.6±68.3	2491.8±626.1	203.3±59.6	324.9±72.4	411.5±101.4
B 组	113.9±35.6	342.5±97.3	3629.4±937.8	238.7±63.5	377.5±95.8	487.2±121.7
t	4.739	6.396	6.917	2.787	3.003	3.276
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨 论

妊高征发病原因复杂,目前还没有统一的认识,一般认为是遗传因素、妊娠因素和环境因素等综合的结果[4]。妊娠晚期病情严重时,以抽搐及昏迷为特点,可并发心力衰竭、肺衰竭、颅内出血、水肿、胎盘早期剥离等[5]。对孕妇来说,只有终止妊娠,才能解除病情。但过早终止妊娠,虽然孕妇的风险得以降低,但不可避免地会失去胎儿,所以临床及时诊断和长期监测对于改善预后非常重要。

尿蛋白是肾小球和肾小管中随尿液排出的蛋白,正常情况下含量很小,但当肾脏发生病变时,其排出量可增多[6]。妊高征也具有高血压的一些病理特征,在高血压状态下,肾脏内灌注压增高,膜系统的滤过性增大,尿中的蛋白排出增多,重吸收减少,出现病理性尿蛋白。由于尿蛋白的水平主要与血压水平有关,因此在妊高征的早期即可检测到,具有非常高的灵敏性[7-8]。

尿酸主要为体内嘌呤核苷酸分解代谢产物,其水平的增高主要为血管缺氧所致[9]。对于妊高征患者来说,一方面由于高血压影响肾脏系统的微血管,导致其血流量下降,尿酸排出受阻,水平增高。另一方面高血压影响胎盘血流量,导致其缺氧,乳酸生成增加,自由基产生量增多,糖酵解作用增强,尿素的合成增加,水平增高[10-11]。由于尿酸的水平一方面是间接受血

压影响,另一方面胎盘是逐渐发育的,其缺氧状态逐渐增强,因此在早期许多妊高征患者的阳性率并不高。

从临床统计来看,若仅仅进行定性监测,那么在早期重型和中型妊高征患者 24 h 尿蛋白和尿酸阳性率差异无统计学意义,这样容易造成漏诊;若同时进行定量监测,则可以看到,在早期重型和中型患者 24 h 尿蛋白和尿酸水平差异已经非常显著,这对于及早引起重视,并采取相关的防治措施是很有意义的。中晚期患者上述指标的阳性率已经非常高,因此仅仅从诊断的角度来说,中晚期患者仅进行定性检测即可,以减少患者的经济负担,但从病情监测来说,可以酌情考虑定量检测,以准确评估病情。总之,作者认为,24 h 尿蛋白和尿酸检测各有其优势和局限性,同时检测可以提高准确性和特异性,可根据诊断或检测的目的,来决定定性或定量检测。

参考文献

[1] 罗淑贞,丁少波,李清,等.妊娠高血压综合征患者血浆总同型半胱氨酸水平检测的临床研究[J].中国基层医药,2005,12(3):290-292.

[2] 袁博.重视妊娠高血压综合征的诊断和临床处理[J].中国医疗前沿,2009,4(3):21-22.

[3] 薛峰,罗红权,叶成燕.24 h 尿蛋白及 UA、(下转第 80 页)

- 1341-1359.
- [2] 黄峻, 陆凤翔. 内科学[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 620-623.
 - [3] Galibert P, Deramond H, Rosat P, et al. Preliminary note on the treatment of vertebral angioma by percutaneous acrylic vertebroplasty[J]. Neurochirurgie, 1987, 33: 166-168.
 - [4] 邓忠良, 程昀, 赵大渝, 等. 经皮穿刺椎体成形术的体外力学性能研究[J]. 重庆医科大学学报, 2003, 28(2): 208-209.
 - [5] 邓忠良, 安洪, 柯珍勇, 等. 椎体严重压缩性骨折的经皮椎体成形术治疗[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(4): 294-296.
 - [6] Dahl OE, Garvik LJ, Lyerg T. Toxic effects of methylmethacrylate monomer on leukocytes and endothelial cells in vitro[J]. Acta orthop Scand, 1994, 65: 147-153.
 - [7] Stallmeyer MJB, Zoarski GH, obuchowski AM. Optimizing patient selection in percutaneous vertebroplasty[J]. J vasc Intery Radiol, 2003, 14: 683-696.
 - [8] Cortet B, Cotten A, Boutry N, et al. Percutaneous vertebroplasty in the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures: an open prospective study[J]. J Rheumatol, 1999, 26: 2222-2228.
 - [9] Gaitanis I, Hadjipavlou AG, Katonis PG, et al. Balloon kyphoplasty for the treatment of pathological vertebral compressive fractures[J]. Eur Spine J, 2005, 14: 250-260.
 - [10] Muto M, Muto E, Izzo R, et al. Vertebroplasty in the treatment of back pain Radiol Med(Torino), 2005, 109: 208-219.
 - [11] Phillips FM, Wetzel FT, Lieberman I, et al. An in vivo comparison of the poteutial for extravertebral cement leak after vertebroplasty and kypboplasty[J]. Spine, 2002, 27: 2173-2179.
 - [12] Diamond TH, Champion B, Clark WA. Management of acute osteoporotic vertebral fractures: a nonrandomized trial comparing percutaneous vertebroplasty with conservative therapy[J]. Am J Med, 2003, 114: 257-265.
 - [13] 阮长耿, 吴德沛, 李建勇, 等. 血液病学[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2004: 380-387.
 - [14] 达万明, 裴雪涛. 现代血液病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 941-948.
 - [15] 李镜发, 邹德环. 89Sr 和 153Sm-EDTMP 治疗多发性骨转移癌止痛疗效的评价[J]. 广州医药, 2006, 37(2): 12-14.
 - [16] 陶中飞, 侯健. 多发性骨髓瘤的靶向治疗药物[J]. 世界临床药物, 2005, 26(8): 473-476.
 - [17] Attal M, Harousseau JL, Stoppa AM, et al. A prospective, randomized trial of autologous bone marrow transplantation and chemotherapy in multiple myeloma. Intergroupe Francais du Myelome[J]. N Eng J Med, 1996, 335(2): 91-97.
 - [18] Cotten A, Dewatre F, Cortet B, et al. Percutaneous vertebroplasty for osteolytic metastases and myeloma: effects of the percentage of lesion filling and the leakage of methylmethacrylate at clinical follow-up[J]. Radiology, 1996, 200: 525-530.
 - [19] 李西成, 郭卫. 多发性骨髓瘤的手术治疗[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(1): 48-51.
 - [20] 张音, 潘骏. 经皮穿刺椎体成形术治疗脊柱多发性骨髓瘤[J]. 浙江创伤外科杂志, 2009, 14(1): 39-40.
 - [21] 何帮剑, 童培建. 经皮椎体后凸成形术治疗老年多发性骨髓瘤[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2009, 15(1): 52-53.
 - [22] 陈杰, 陶惠民. 童培建, 等. 多发性骨髓瘤的外科治疗[J]. 实用肿瘤杂志, 2007, 22(1): 40-43.
 - [23] Durr HR, Wegener B, Krodell A, et al. Multiple myeloma: surgery of the spine. Retrospective analysis of 27 patients[J]. Spine, 2002, 27(3): 320-324.
 - [24] Kremer MA, Fruin A, Larson TC, et al. Vertebroplasty in focal Pagel disease of the spine: case report[J]. J Neurosurg Spine, 2003, 99: 110-113.

(收稿日期: 2012-06-09 修回日期: 2012-11-07)

(上接第 71 页)

- Cr 水平测定对妊娠高血压综合征的价值及肾损害的评估[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(8): 855-856, 858.
- [4] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 398-421.
 - [5] 刘丽琴, 王捷, 袁仕善, 等. 胱抑素 C 与早期肾功能损害的关系[J]. 广东医学, 2010, 31(24): 3256-3258.
 - [6] 罗奇智. 联合测定孕妇尿微量蛋白及 NAG 与妊娠高血压综合征关系的前瞻性研究[J]. 现代检验医学杂志, 2008, 23(2): 50-52.
 - [7] 赵子环, 占时铭, 黄雅萍, 等. 妊娠期高血压疾病患者尿蛋白的形成部位的探讨[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(8): 566-567.
 - [8] 张雪刚, 陈林芳, 沈建芳. 妊高征血清尿酸含量的临床分析[J]. 中国血液流变杂志, 2009, 19(3): 447-448.
 - [9] 曹成波, 陈峰. 高尿酸血症与妊娠高血压的关系研究[J]. 中国实用医药, 2011, 6(30): 11-112.
 - [10] 梁怡, 庞燕, 杨文建, 等. 妊娠期糖尿病患者 C 反应蛋白、血尿酸和血脂水平的临床研究[J]. 河北医药, 2011, 33(10): 1471-1472.
 - [11] 向明, 魏炳华, 董孝平. 联合检测孕妇血清尿酸和钠、氯、钙离子浓度对预测妊高征的临床意义[J]. 中国优生与遗传杂志, 2010, 18(11): 71-72.

(收稿日期: 2012-05-08 修回日期: 2012-11-09)