

联合检测 CA125、β-HCG 和孕酮在异位妊娠治疗中的 临床意义 *

郭文琪 陈尚财 倪小平 林晓丹 王晓唏 温川松 孙爱宣
(浙江省苍南县第二人民医院 苍南 325802)

摘要:目的:探讨联合检测血清糖类抗原 125(CA125)和血绒毛膜促性腺激素(β-HCG)、血清孕酮(P)水平在异位妊娠(EP)治疗中的临床意义。方法:用荧光免疫法对 60 例 EP 患者(分为药物保守组 A 组,手术治疗组 B 组)治疗前后的 CA125、β-HCG、P 水平进行联合检测。结果:异位妊娠(EP)患者治疗前 A 组的 CA125、β-HCG、P 均值低于 B 组,差异有显著性意义。A 组治疗前后比较:β-HCG、P 治疗后均下降,CA125 治疗后升高,差异有显著性意义。B 组治疗前后比较:β-HCG、P 治疗后均明显下降,CA125 治疗后明显升高,差异有显著性意义。结论:CA125、β-HCG、P 联合监测指标在指导异位妊娠治疗方案方面具有重要意义。

关键词:异位妊娠;糖类抗原 125;绒毛膜促性腺激素;孕酮

中图分类号:R 714.22

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0063-02

异位妊娠(EP)是育龄期妇女的常见病,由于感染、宫内节育器和性传播疾病等因素的影响,其发病率呈逐年上升的趋势,与正常妊娠的比例几乎达 1:50,对妇女健康造成威胁。EP 的治疗原则以往以手术治疗为主,随着 EP 早期诊断率的提高,以及患者对保留生育能力的期盼,药物保守治疗日益受到重视,目前 EP 的检测最常用的是血 β-HCG,但是据此单一指标难以对治疗方式做出准确的选择。随着检测技术及高灵敏仪器的发展,早期 EP 诊断标志物有了进一步的发展。本文探讨血清 CA125、β-HCG、P 联合检测在 EP 治疗中的价值,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择 2006 年 2~12 月在我院及苍南县第一人民医院诊断为异位妊娠的患者共 60 例,年龄 19~46 岁。患者一般情况:50 例有停经史,54 例有阴道流血,51 例有下腹痛史。超声显示:(1)宫腔内均未见孕囊回声。(2)附件区可见包块,多数呈混合性包块,界线较清,有的可见原始心血管搏动。本组病例无误诊。

1.2 分组 药物保守治疗者主要根据:患者无药物禁忌证,无明显内出血,血 β-HCG<3 000U/L,并经患者本人同意,其中血 β-HCG 的高低与生命体征的平稳与否是选择药物治疗和手术治疗的关键。异位妊娠甲氨蝶呤(MTX)保守治疗 28 例,年龄(29.5±9.7)岁,为 A 组;MTX 治疗剂量根据患者 50mg/m² 计算,单次肌肉注射,必要时 1 周后重复剂量治疗。手术处理组 32 例,(术中所见及术后病理证实为异位妊娠未破裂 8 例、破裂 14 例、流产 10 例,年龄(30.8±15.2)岁,为 B 组。2 组患者年龄经统计学处理,差异无显著性意义(P>0.05)。

1.3 检测方法 所有患者在手术或药物治疗前及术后或用药后 72h 抽取静脉血,立即分离血清,置 -20℃ 冰箱冻存待检。血清 CA125 及 β-HCG、P 均采用荧光免疫法检测,仪器及配套试剂为法国梅里埃公司生产提供。

1.4 统计学方法 采用 t 检验和 χ² 检验。

2 结果

2 组患者治疗前后血清 CA125、β-HCG 和 P 的水平见表 1。由表 1 可见:(1)A 组与 B 组治疗前比较:2 组血清

β-HCG 比较,差异有极显著性意义(P<0.01);A 组 CA125 及 P 均值低于 B 组,差异有显著性意义(P<0.05)。(2)A 组治疗前后比较:血清 β-HCG、P 治疗后均下降,差异有显著性意义(P<0.05),CA125 在治疗后升高,差异有显著性意义(P<0.05)。(3)B 组治疗前后比较:血清 β-HCG、P 治疗后明显下降,差异有极显著性意义(P<0.01),CA125 在治疗后则明显升高,差异有显著性意义(P<0.01)。所有患者经随访至 β-HCG 转阴,超声检查包块消失。

表 1 三项检测结果的比较 (X±S)

组别	n	β-HCG/U·L ⁻¹		孕酮/ng·mL ⁻¹		CA125/kU·L ⁻¹	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	28	1 689±1 328	556.1±374.2	17.59±10.05	10.90±8.68	20.03±16.19	32.23±19.30
B 组	32	9 689±6 521	276.2±198.6	28.52±19.62	8.23±7.64	30.10±18.72	55.40±32.28
t		6.3706	3.6826	2.6566	1.2218	2.2125	3.3131
P		P<0.01	P<0.01	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P<0.01

注:A 组治疗前后对比:β-HCG:t=4.3449, P<0.01; 孕酮:t=2.6657, P<0.05; CA125:t=2.5626, P<0.05。B 组治疗前后对比:β-HCG:t=8.1616, P<0.01; 孕酮:t=5.4513, P<0.01; CA125:t=3.8353, P<0.01。

3 讨论

3.1 β-HCG 作为胎盘滋养细胞产生的一种糖蛋白激素,一直被用作早孕、异位妊娠、滋养细胞瘤病等的诊断及疗效观察指标,它与妊娠有密切关系。在异位妊娠中,由于输卵管肌层菲薄滋养细胞生长受限、营养不良等原因,患者体内 β-HCG 水平较宫内妊娠为低,且每天升幅度也减少。β-HCG 水平反映了滋养细胞增殖的活跃程度^[1]。

本资料结果表明,β-HCG 值在药物保守治疗组与手术组中的差异有极显著性意义,血清 β-HCG 浓度的高低对手术治疗和药物保守治疗有重要的临床意义。如果发现 β-HCG 值首次测定过高或在药物保守治疗中持续升高,应结合临床症状与体征、超声检查,及时手术治疗。杜成杰^[2]等报道,血 β-HCG 值接近 8 000U/L 的 EP 患者视为有破裂高危的病例,须及时手术。还有研究认为,在一定范围内血清 β-HCG 的高低可预示异位妊娠药物治疗的预后^[3]。本资料研究认为 β-HCG 小于 3 000U/L 时可考虑药物保守治疗。本组 28 例经 MTX 保守治疗后,β-HCG 值逐渐下降,最终均降至正常水平,从而避免手术,与其他报道相同。药物保守治疗中除观察症状、体征变化外,β-HCG 是选择治疗方法、观察病情变化、判断治疗成功与否比较准确和敏感的客观指标。

3.2 血清孕酮(P) 在 EP 早期由于黄体功能本身可能有原

* 浙江省苍南县县级科研基金项目(项目编号:2006S37)

探讨胸腹腔积液高中性粒细胞图文报告模式

徐妍

(浙江省长兴县人民医院 长兴 313100)

摘要:目的:对胸腹腔水细胞图文报告提示高中性粒细胞标本进行评价,了解图文报告对临床的实际指导意义。方法:回顾积液细胞图文报告结果与临床最后诊断,按中性粒细胞比例高低将积液病人分低、中、高 3 组,与最后临床诊断进行比较。结果:原发性中性粒细胞增多以中值组为主,继发性中性粒细胞增多以高值组为主,涂片显示有嗜酸性坏死成分 40 例,真菌孢子 3 例,细菌 9 例,出现核异质细胞 31 例,其中轻度核异质细胞 18 例,中度核异质细胞 6 例,肿瘤细胞 7 例。另外 93 例同期细菌培养标本,阳性 17 例。结论:不同中性粒细胞比例及背景分析对明确高中性粒细胞图文报告模式及临床诊断、治疗及预后均有一定帮助。

关键词:胸腹水;中性粒细胞;图文报告模式

中图分类号:R 561

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0064-02

胸腹腔积液细胞变化十分复杂,加上多年来积液细胞检验质量存在较大漏洞,多数检验科细胞学报告十分简化^[1]。随着检验医学的发展和电脑技术的完善,图文报告成为临床检验的一个新亮点,本文探讨胸腹腔积液高中性粒细胞图文报告模式。

1 材料和方法

1.1 临床资料 标本来自 2002 年 2 月~2005 年 8 月浙江省人民医院的住院病人,计算机图文库有完整资料的积液标本共 1 652 份,搜索到中性粒细胞增多($\geq 50\%$)的病例 147 例,

发缺陷,血清中 P 来源于滋养细胞分泌。而 EP 病人滋养细胞的活力明显低于宫内妊娠,因而 EP 病人孕酮水平较低。这可以协助 EP 与宫内妊娠的鉴别,提高 EP 的早期诊断率,防止误诊、误治。另外,血清 P 水平在孕 5~10 周时相对稳定,只需单次测定,随意取样,临床测定结果可在 1~4h 之内获得,这种快速、简便获得的血清 P 水平为指导选择异位妊娠治疗方法提供了可能。Ransan 等^[4]指出血清 P 大于或小于 10ng/mL 对于预测能否成功药物保守治疗是有价值的。Corsan 等^[5]通过对 44 例接受药物保守治疗的血清 P 水平进行研究后指出,当血清 P ≥ 7 ng/mL 时,可视为保守治疗有高度失败的危险性。龚健^[6]报道,破裂型 EP 与未破裂型 EP 患者 P 水平存在显著性差异,依据 P 水平的高低,恰当地予以处理,可以有效地降低 EP 破裂的发生率。在本组资料中,手术治疗组治疗前 P 值高于药物治疗组, $P<0.05$,有显著性差异,与文献报道相似。2 组治疗前后 P 值的比较,差异有显著性,这说明 P 值高低,对指导 EP 选择不同治疗方案有一定意义,而且又可做为监测病情转归的一项有效指标。

3.3 CA 125 是一种来源于体腔上皮、生殖道黏膜和卵巢上皮细胞表面的衍生肿瘤相关抗原^[7]。妊娠早期 CA125 水平明显升高,妊娠中期后逐渐下降,分娩后又立即升高^[8],这说明蜕膜组织破坏及滋养细胞和蜕膜细胞分离是母体血清 CA125 的主要来源,有研究报道输卵管破裂与未破裂的患者血清 CA125 均明显升高^[9],推测 CA125 是从输卵管黏膜细胞漏出而进入母体血液循环,血清 CA125 水平与输卵管黏膜的破坏程度有关。本文资料 EP 治疗前手术治疗组患者血清 CA125 较保守治疗组高,差异有显著性,且 2 组治疗前后相比 CA125 也升高,尤其是手术治疗组升高更明显,差异有显著性,从而也认为血清 CA125 可以作为预测 EP 治疗效果的标志物,使治疗者对于不同的病人给予恰当的治疗方式。

去除漏出液 22 例,余 125 例。其中胸腔积液 54 例,腹腔积液 71 例;男性 93 例,女性 32 例;年龄 18~85 岁,平均 (54.1 ± 14.7) 岁。

1.2 实验方法 按中性粒细胞多少将标本分成低(50%~69%)、中(70%~89%)、高($\geq 90\%$)3 组。浆膜腔或邻近组织没有感染灶的中性粒细胞增多称之为原发性中性粒细胞增多,反之称继发性中性粒细胞增多。标本制作:用 15% EDT-K2 溶液分散到管壁并烘干加盖备用,取 10mL 积液到该专用抗凝管混匀,加盖后送检;经 1 000~1 500r/min 离心

提示血清 CA125 水平低的 EP 患者可选择保守治疗,避免不必要的手术创伤,同时最大限度保留患者的输卵管功能和生育能力。但并不是所有 CA125 水平低的都可用保守治疗,本组手术治疗组中,CA125 水平低的也有破裂可能,因此单独 CA125 水平不能指导选择合理的临床治疗方案,必须结合 β -HCG、P 水平综合考虑。

综上所述,EP 三项指标联合检测,既可用于诊断,又可作为监测病情转归、判断疗效的指标,三项指标须相互加强,才能合理选择治疗方法,增加 EP 治疗的成功率。

参考文献

[1]刘珠凤,郎景和,黄荣丽,等.MTX 单次肌注治疗异位妊娠[J].中华妇产科杂志,1996,31(8):490
[2]杜成杰,石一复,罗勤,等.血清孕酮及 β -HCG 测定诊断异位妊娠的价值[J].中国实用妇科与产科杂志,1997,13(1):35
[3]董永瑞,王炎.血清 β -HCG、孕酮与异位妊娠药物治疗效果的关系[J].现代医药卫生,2004,20(14):1 357
[4]Ransom MX, Garcia AJ. Serum progesterone as a predictor of methotrexate successn in the treatment of ectopic pregnancy[J].Am J Obstet Gynecol,1997,83(6):1 033
[5]Corsan-GH, Karacan M.Identification of hormonal parameters for successful systemc single dose metrotrexate therapy in ectopic pregnancy[J].Am J Humrepor,1995,10(9):2 445
[6]龚健.血清孕酮水平在诊断异位妊娠中的价值[J].中华妇产科杂志,1993,28(2):100
[7]Brien TJ,Hardin JW,Bannon GA,et al.CA-125 antigen in human amniotic fluid and feual membrane [J].Am J Obster Gynecol,1986,155(1):50~55
[8]Spitzer M,Kaushal N,Benjamin F. Maternal CA-125 levers in pregnancy and puerperium[J].J Repred Med,1998,43(3):387~392
[9]Sadovsky Y,Pindda J,Collins JL. Serum CA-125 levels in women with ectopic and intrauterine pregnancies [J].J Repred Med,1991,36(7):875~878

(收稿日期:2007-01-09)