

乱^[3-4];糖尿病患者血脂异常是其血管疾病并发症的主要危险因素^[5-7]。

从表 2 中可以看出,随着血糖水平升高,TC、TG、LDL-C、ApoB 水平也随之升高,而 HDL-C、ApoA1 水平随之降低。TC、ApoB 与血糖水平呈显著正相关。因为胰岛素不仅调控血糖高低还影响脂蛋白酶、肝脂肪酶活性,长期高血糖造成肝脏合成 TG 原料供应增加,清除 TG 脂蛋白酶活性低下,导致 TG 升高;脂蛋白酶活性降低使 HDL-C 生成减少,肝脂肪酶活性增加使 HDL-C 分解增加,是糖尿病患者 HDL-C 降低的主要原因。在糖尿病早期就存在明显脂代谢紊乱,随着病程进展血糖水平不断升高、高胰岛素水平相应降低及胰岛素抵抗的产生,脂代谢紊乱愈加明显,其可能是脂蛋白酶活性降低及胰岛素对 TG 合成与分解代谢影响不平衡的结果,使体内 TC、TG 升高^[8-9]。

本研究结果提示,对于糖尿病患者在监测血糖水平时应及时注意观察血脂各项指标的变化,治疗原发病同时调节脂代谢紊乱,改善胰岛素抵抗,降低心、脑血管病发生率,有利于降低并发症的发生。

参考文献:

[1] 贺岩,李芹.2 型糖尿病脂代谢及凝血指标改变的探讨[J]. 华北煤

• 经验交流 •

炭医学院学报,2009,11(6):798.

- [2] 白洲霞.2 型糖尿病血清载脂蛋白 A1、B、脂蛋白(a)水平观察分析[J]. 国际检验医学杂志,2010,31(10):1146-1147.
- [3] 李玉秀.糖尿病患者血脂血糖指标的联合监测与分析[J]. 中国中医药咨讯,2010,2(33):267.
- [4] 李桂冬,张师梅,高硕.2 型糖尿病肾病患者血脂和同型半胱氨酸的变化及其相关性研究[J]. 国际检验医学杂志,2007,28(9):799-800.
- [5] 潘长江.糖尿病血脂异常患者心血管疾病防治策略[J]. 临床荟萃,2006,20(16):1141.
- [6] 申伟,刘伟.糖尿病患者血脂血糖指标的联合监测与分析[J]. 实用心肺血管病杂志,2010,18(8):1086-1087.
- [7] Weingärther O, Laufs U. Primary and secondary prevent of the acute coronary syndrome[J]. Hamostaseologie, 2006, 26(2):158-166.
- [8] 齐发梅,王怡婷.2 型糖尿病患者血糖与血脂及超敏 C-反应蛋白的相关性分析[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(19):2270-2271.
- [9] 张公民,周增荣,张秧花.2 型糖尿病血浆胰岛素、血糖和血脂分析的临床应用[J]. 放射免疫杂志,2008,21(1):45-46.

(收稿日期:2012-01-08)

临床 II 期左右侧大肠癌患者癌胚抗原检测值差异研究

杨 娟¹, 张 琳^{2#}, 文小霞¹, 刘晓华², 赖长春³, 黎燕玲², 丁伟龙³, 刘玉玲³, 徐邦牢^{1△}

(1. 广州医学院附属广州市第一人民医院检验科, 广州 510002; 2. 中山大学肿瘤防治中心检验科, 广州 510060; 3. 广东医学院东莞校区医学检验学院, 广东东莞 523808)

摘要:目的 探讨肿瘤发生在左大肠和右大肠时 II 期大肠癌术后化疗患者肿瘤标志物癌胚抗原(CEA)表达是否存在差异。方法 对近 10 年中山大学附属肿瘤医院 217 例临床 II 期大肠癌术后化疗患者资料进行回顾性分析。结果 左大肠癌患者 89 例(41%), 右大肠癌患者 128 例(59%)。CEA 左、右侧的阴、阳性率比较, 差异有统计学意义($P=0.029$), 发病年龄比较, 差异有统计学意义($P=0.005$)。结论 临床 II 期左侧大肠癌患者 CEA 阳性率低于右侧。

关键词:肠肿瘤; 肿瘤分期; 癌胚抗原; 临床 II 期; 肿瘤发生部位

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.09.056

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2012)09-1133-02

大肠癌(colorectal cancer, CRC)是人类最常见的恶性肿瘤之一^[1-2]。结、直肠癌规范化诊治指南(试行)尚未明确大肠癌临床 II 期是否给予辅助治疗。大肠癌以脾曲为界分为左、右侧,其中回盲部、升结肠、横结肠为右侧,脾曲、降结肠、乙状结肠及直肠为左侧。有统计数据表明左、右侧大肠癌发病率趋势并不一致,其肿瘤发生的流行病学、危险因素、临床表现、转移规律以及肿瘤发生的分子机制等方面有差异^[3-6]。常用肿瘤标志物癌胚抗原(CEA)在大样本量的 II 期左大肠癌和右大肠癌患者中的检测值及其临床意义国内尚未见报道。本研究通过对近 10 年中山大学附属肿瘤医院 217 例大肠癌临床 II 期根治术后进行化疗患者资料进行回顾性分层分析,探讨不同的肿瘤发生部位 CEA 检测值的差异及其临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 1999 年 8 月至 2002 年 8 月中山大学附属肿瘤医院经临床和病理检查确诊为大肠癌临床 II 期,均进行根治性切除手术和化疗患者 217 例。病理分期参照 1984 年全国大肠癌临床病理分期方案^[7]。右大肠癌患者 128 例(59%),

左大肠癌患者 89 例(41%)。

1.2 仪器与试剂 全自动电化学发光分析仪 E170 为德国罗氏诊断有限公司产品,试剂及质控品均为德国罗氏诊断有限公司试剂盒。CEA 正常值为 0.00~5.00 ng/mL。

1.3 方法 于 2010 年 12 月至 2011 年 4 月随访患者生存情况包括目前健康状况或死亡时间、原因等。随访方式采用电话随访。根据随访资料,用直接法计算患者术后生存时间。获得随访资料 217 例。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行分析,采用 t 、 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

右大肠癌患者 CEA 检测均值为 (12.24 ± 3.32) ng/mL,左大肠癌患者 CEA 检测均值为 (10.67 ± 2.77) ng/mL,二者比较,差异无统计学意义($P=0.199$);左、右大肠癌患者各年龄段比较,差异有统计学意义($P=0.005$)。CEA 检测阴、阳性率比较,差异有统计学意义($P=0.029$);而左、右大肠癌患者性别、局部浸润、肿瘤大体检查、术后复发转移等方面比较,差异

无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 肿瘤发生部位与患者临床特征的关系(n)

组别	CEA		性别		年龄(岁)			局部浸润		肿瘤大体检查			术后复发转移	
	阴性	阳性	男	女	≤40	>40~60	>60	无	有	增值型	溃疡型	浸润型	无	有
右侧	78	50	76	52	11	49	68	117	11	38	69	21	100	28
左侧	67	22	51	38	17	43	29	79	10	27	51	11	69	20
P	0.029		0.781		0.005			0.642		0.705			1.000	

3 讨 论

大量的研究数据表明左、右大肠癌应分属于不同类型的肿瘤包括肿瘤发生的流行病学、危险因素、临床表现、转移规律以及肿瘤发生的分子机制等方面均有差异^[3-7]。本研究结果显示,CEA 在左、右大肠癌表达及发病年龄有差异验证了这种可能。

近年来有报道大肠癌的发病部位右移,即右大肠癌发生率^[3,8]。还有报道解剖分布上无显著差异^[9-10]。本研究结果支持右大肠癌发病率高。大肠癌中老年人高发,而本研究结果显示,左侧中年人高发,右侧老年人高发。此外有报道 CEA 血清含量在早、晚期大肠癌,大肠癌与正常对照组间有显著差异,是临床常用于诊断及预后判断的指标^[11-12]。但没有资料显示左、右大肠癌 CEA 表达是否一致。本研究结果显示,左侧临床Ⅱ期大肠癌患者 CEA 阳性率低于右侧,左侧 CEA 阴性居多($P=0.029$),是左、右大肠癌的差异性标志物,从而给临床医生进行更精确判断,防止左侧 CEA 阴性的临床Ⅱ期患者被临床医生忽视,以指导治疗。临床Ⅱ期大肠癌患者不同部位的 CEA 检测是否为独立预后因素值得进一步研究,

参考文献:

[1] Ferlay J, Autier P, Boniol M, et al. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006[J]. Ann Oncol, 2007, 18(3):581-592.

[2] 王振军, 黄庭庭. 应进一步加强我国结肠癌的基础研究[J]. 中华医学杂志, 2004, 84(9):705-707.

[3] Cheng X, Chen VW, Steele B, et al. Subsite-specific incidence rate and stage of disease in colorectal cancer by race, gender, and age

group in the United States, 1992-1997[J]. Cancer, 2001, 92(10): 2547-2554.

[4] Konopke R, Distler M, Ludwig S, et al. Location of liver metastases reflects the site of the primary colorectal carcinoma[J]. Scand J Gastroenterol, 2008, 43(2):192-195.

[5] Patel K, Hoffman NE. The anatomical distribution of colorectal polyps at colonoscopy[J]. J Clin Gastroenterol, 2001, 33(3):222-225.

[6] McCashland TM, Brand R, Lyden E, et al. CORI Research Project. Gender differences in colorectal polyps and tumors[J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96(3):882-886.

[7] 卿三华. 结、直肠癌临床病理分期系统及其临床意义[J]. 世界华人消化杂志, 2003, 11(11):1760-1763.

[8] 谢正勇, 卿三华. 结直肠癌发病率及解剖部位变化趋势[J]. 世界华人消化杂志, 2003, 11(7):1050-1053.

[9] 谢正勇, 卿三华. 国人青年结直肠癌解剖部位分布及临床病理特点[J]. 世界华人消化杂志, 2003, 11(10):1511-1514.

[10] Chiang JM, Chen MC, Changchien CR, et al. Favorable influence of age on tumor characteristics of sporadic colorectal adenocarcinoma: patients 30 years of age or younger may be a distinct patient group[J]. Dis Colon Rectum, 2003, 46(7):904-910.

[11] 黄正接, 罗琪. 血清 CEA、CA199 水平对结直肠癌术后患者的随访价值[J]. 中国现代医生, 2007, 45(10):19-20.

[12] 吴建民. 对肿瘤标志物的再认识[J]. 中华检验医学杂志, 2005, 28(12):11-13.

(收稿日期:2012-01-08)

• 经验交流 •

丙型肝炎患者病毒载量与 ALT、AST 的相关性研究

戚应杰, 岳 莉, 朱义媛, 陈 苓
(安徽省合肥市传染病医院检验科 230022)

摘 要:目的 研究实时荧光定量聚合酶链反应(PCR)检测丙型肝炎病毒(HCV)载量与生化指标[丙氨酸氨基转移酶(ALT)、门冬氨酸氨基转移酶(AST)]的相关性。方法 采用实时荧光定量 PCR 检测 56 例丙型肝炎患者血清 HCV RNA, 同时用全自动生化分析仪检测 ALT、AST 水平。结果 56 份样本中 HCV RNA 阳性率为 57.1%(32/56), HCV RNA 阳性样本中 ALT、AST 异常率明显高于 HCV RNA 阴性样本。HCV RNA 含量高、低与 ALT、AST 异常率呈正相关, 但与 ALT、AST 水平无关。结论 HCV RNA 定量检测及结合 ALT、AST 检测结果分析有助于了解 HCV 在体内的复制水平和肝脏炎性反应状态, 指导临床用药及观察疗效。

关键词:肝炎病毒属; 病毒载量; 丙氨酸转氨酶; 天冬氨酸氨基转移酶类; 相关性
DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.09.057 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2012)09-1134-02

丙型肝炎病毒(hepatitis C virus, HCV)感染呈全球分布, 我国平均感染率为 3.2%^[1-2]。HCV 感染人体后有近 50% 会转变为慢性肝炎^[3], 严重危害患者生命与健康。HCV RNA 含量可以反映病毒复制情况和患者病情变化, 可为 HCV 感染的