

• 诊断研究 •

(文章编号) 1007-0893(2020)22-0079-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.034

血清及胆汁肿瘤标志物对胆道良恶性梗阻的诊断价值

薛永举 燕善军 杨丽 朱玉 邓晓晶 郑海伦

(蚌埠医学院第一附属医院, 安徽 蚌埠 233004)

〔摘要〕 **目的:** 分析血清及胆汁肿瘤标志物对胆道良恶性梗阻的诊断价值。**方法:** 选取 2018 年 2 月至 2019 年 5 月在蚌埠医学院第一附属医院诊治的胆道梗阻患者 78 例, 经病理组织学诊断结果显示, 良性 38 例, 恶性 40 例, 对其均行血清及胆汁肿瘤标志物 [糖类抗原 (CA) 199、CA242、癌胚抗原 (CEA)] 检测, 对两组患者检测结果进行比较, 分析血清及胆汁肿瘤标志物对胆道良恶性梗阻的诊断价值。**结果:** 两组患者的血清 CEA 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 恶性组患者的血清 CA199、CA242 水平均较良性组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 与良性组相比, 恶性组患者的胆汁 CA199、CA242、CEA 均较高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对胆道良恶性梗阻患者进行诊断时, 对其血清及胆汁肿瘤标志物进行联合检测, 能够为临床治疗提供准确的指导依据。

〔关键词〕 胆道梗阻; 血清肿瘤标志物; 胆汁肿瘤标志物

〔中图分类号〕 R 575.7; R 735.8 **〔文献标识码〕** B

胆道梗阻在临床上比较常见, 致死率较高, 包括良性和恶性两种, 不同病情类型的治疗方法也不同。有研究数据显示, 对胆道恶性梗阻患者, 有 80% 左右的患者只能行姑息性内外引流术治疗, 其余 20% 的患者虽然可以行根治性切除手术治疗, 但是患者生存率极低, 5 年生存率不到 8%^[1]。所以, 对胆道梗阻性患者, 尽早诊断极其重要。目前, 临床上对胆道梗阻性患者的诊断主要依靠影像学检查及血清肿瘤标志物筛查为主, 但是对一些早期恶性肿瘤患者的诊断依旧比较困难。为了进一步提高对胆道梗阻性患者的诊断准确率, 可以采用互补性的肿瘤标志物检测方式进行诊断。本研究选取了 2018 年 2 月至 2019 年 5 月在本院诊治的胆道梗阻患者 78 例, 通过对其行血清及胆汁中的肿瘤标志物水平检测, 详细分析了此种检测方式临床应用的价值, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 2 月至 2019 年 5 月在本院诊治的胆道梗阻患者 78 例, 纳入标准: (1) 所有患者均经病理组织学诊断被确诊^[2]; (2) 患者及家属均自愿参与本研究; 排除标准: (1) 合并严重的心、肝、肾等器官功能障碍; (2) 合并恶性肿瘤; (3) 不能配合本研究。病理组织学诊断结果显示, 良性 38 例, 恶性 40 例, 良性组中男 22 例, 女 16 例, 年龄 37~79 岁, 平均年龄 (62.54 ± 5.33) 岁; 恶性组中男 24 例, 女 16 例, 年龄 36~80 岁, 平均年龄 (63.01 ± 5.46) 岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义

($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对其均行血清及胆汁肿瘤标志物 (糖类抗原 (carbohydrate antigen, CA) 199、CA242、癌胚抗原 (carcinoembryonic antigen, CEA)) 检测。患者在入院第 2 天清晨空腹, 检查人员抽取其 5 mL 静脉血送检。对于行外科手术治疗的, 在手术治疗的过程中, 切开胆管时, 抽取其 5 mL 胆汁, 对于行 ERCP 手术治疗的, 插入导管后, 抽取其 5 mL 胆汁然后再注入造影剂, 将收集到的标本置于 -20°C 的冰箱中待检, 采用电化学发光免疫分析仪对标本中的 CA199、CA242、CEA 等水平进行检测。各指标正常值参考范围: $\text{CA199} < 35 \text{ U} \cdot \text{mL}^{-1}$ 、 $\text{CA242} < 35 \text{ U} \cdot \text{mL}^{-1}$ 、 $\text{CEA} < 5.0 \text{ ng} \cdot \text{mL}^{-1}$, 如超出正常参考值范围, 则判断为阳性。

1.3 观察指标

对两组患者检测结果进行比较, 分析血清及胆汁肿瘤标志物对胆道良恶性梗阻的诊断价值。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的血清肿瘤标志物比较

两组患者的血清 CEA 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 恶性组患者的血清 CA199、CA242 水平均较

〔收稿日期〕 2020-09-15

〔基金项目〕 2019 年蚌埠医学院校级项目资助课题 (BYKY1786)

〔作者简介〕 薛永举, 男, 主治医师, 主要研究方向是胆胰疾病及消化道疾病的内镜下诊疗。

良性组高，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者的血清肿瘤标志物比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CA199/U · mL ⁻¹	CA242/U · mL ⁻¹	CEA/ng · mL ⁻¹
良性组	38	32.67 ± 37.25	19.16 ± 24.21	4.11 ± 3.34
恶性组	40	255.17 ± 231.44 ^a	54.82 ± 64.19 ^a	4.97 ± 3.52

与良性组比较，^a $P < 0.05$

注：CA—糖类抗原；CEA—癌胚抗原

2.2 两组患者的胆汁肿瘤标志物比较

与良性组相比，恶性组患者的胆汁 CA199、CA242、CEA 均较高，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者的胆汁肿瘤标志物比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CA199/U · mL ⁻¹	CA242/U · mL ⁻¹	CEA/ng · mL ⁻¹
良性组	38	69.11 ± 66.52	22.03 ± 23.67	4.62 ± 3.91
恶性组	40	506.33 ± 382.22 ^b	215.34 ± 166.37 ^b	18.34 ± 23.81 ^b

与良性组比较，^b $P < 0.05$

注：CA—糖类抗原；CEA—癌胚抗原

3 讨论

临床上比较常见的胆道梗阻性疾病，如胆管癌、胰头癌、壶腹癌等恶性肿瘤患者，在发病早期，并无特异性的临床症状，当明确后大部分已发展到中晚期，此阶段手术治疗效果极低，患者的预后较差。因此，尽早明确胆道梗阻性疾病的良恶性性质对疾病的治疗有着极其重要的意义。随着我国医疗技术及生物学分析技术的不断发展，有学者已经逐步认识到了，机体内部部分细胞发生癌变的过程中，由于受到癌基因异常表现的影响，会产生出一系列的肿瘤标志物，而这些肿瘤标志物在对疾病的诊断中能够发挥出较高的敏感性及其特异性，更重要的是这些肿瘤标志物发生变化的时间比较早^[3]。但是经分析后发现，血清中的肿瘤标志物其检查结果会受到机体其他因素的影响，导致检测结果的敏感度及特异性均比较低。

近年来随着临床研究的逐步深入，有越来越多的研究人员发现，对胆汁中的肿瘤标志物进行直接检测，其检测结果受到机体因素的影响比较少，进而能够较好地提高对胆道恶性梗阻性疾病的诊断水平，另外，对胆汁中的相关肿瘤标志物进行检测，与血清肿瘤标志物检测相比较，前者更加容易在实验室中被检测出来^[4]。

本研究结果显示，两组患者的血清 CEA 比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，恶性组患者的血清 CA199、CA242 水平均较良性组高，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；与良性组相比，恶性组患者的胆汁 CA199、CA242、CEA 均较高，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，可能是因为正常的胆管上皮细胞也会释放出少量的 CA199，这些 CA199 成

分进入到胆汁或血液中，当机体发生胆道梗阻时，此时胆管、胰腺上皮细胞不能正常分泌出 CA199，导致大量的 CA199 被留存在了胆道系统中，在血液循环系统中被回收进了血液中，导致血清 CA199 水平升高。由于胆汁 CA199 诊断胆道恶性梗阻性疾病的特异度高于血清，因此胆汁 CA199 的诊断价值要优于血清 CA199。CA242 主要存在于胰腺腺和结肠中，所以对 CA242 水平检测对结肠癌、胰腺癌的诊断有着较高的价值。在一些胆道良性疾病中，CA242 水平比较低，有研究人员发现^[5]，胆管癌、胰腺癌等恶性胆道疾病患者其 CA242 水平远远高于良性胆道疾病患者，并且恶性胆道疾病患者其胆汁中的 CA242 水平要高于血清中的 CA242 水平。本研究结果也进一步证实了此项结论。CEA 主要来自于肠道、肝胰等器官，其在正常人的血清中含量极低，随着细胞的癌变，分泌量逐渐增多，并且胆汁中的 CEA 灵敏度及特异度均要高于血清中的 CEA。本研究结果也证实了这一点。在临床诊断中，进行单项肿瘤标志物的检测，并不能较好的确证肿瘤的良恶性性质，因为肿瘤细胞和正常组织中就会产生肿瘤标志物，还有存在于机体中的一些活性因子也会对肿瘤标志物的形成造成较大的影响^[6]。同一种肿瘤患者且可能会出现多种肿瘤标志物水平异常，笔者认为，对胆道良恶性梗阻性疾病的诊断，应该全面的对其血清、胆汁中的肿瘤标志物进行联合检测，进而提高临床诊断准确率。

综上所述，对胆道良恶性梗阻患者进行诊断时，对其血清及胆汁肿瘤标志物进行联合检测，能够为临床治疗提供准确的指导依据。

〔参考文献〕

- (1) 刘涛, 罗耀兵, 张家耀. 血清及胆汁 CEA、CA19-9、CA24-2 在胆道良恶性梗阻性疾病中的诊断价值 (J). 临床肝胆病杂志, 2018, 34(2): 327-331.
- (2) 周坤生, 朱先清, 郭新, 等. MRCP 在胆道梗阻诊断中的应用价值及意义 (J). 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(7): 63-65.
- (3) 华军, 王炜. 血清 CEA、CA19-9 在胆管良恶性梗阻中的诊断价值 (J). 中国保健营养, 2017, 27(8): 137.
- (4) 周长升, 苟欣, 黄建钊, 等. CEA 联合 CA19-9 检查在胰腺腺癌诊断中的价值 (J). 肝胆胰外科杂志, 2017, 29(5): 385-388.
- (5) 吴长伟, 孙诚谊, 潘耀振, 等. ERCP 胆道刷检联合肿瘤标志物检测对胆道恶性梗阻诊断价值的研究 (J). 中华消化内镜杂志, 2019, 36(4): 283-287.
- (6) 杨霞, 胡勇, 陈志清, 等. CEA、CA199 及细胞学检查在梗阻性黄疸中的临床意义 (J). 中国医药指南, 2015, 13(35): 38-39.