

TAP水平与乳腺癌患者化疗结果相关性

孙颖

(新乡市第一人民医院 病理科, 河南 新乡 453000)

摘要:目的:分析肿瘤异常蛋白(TAP)水平与乳腺癌患者化疗结果的相关性。方法:选取2019-07~2019-12期间接收的150例乳腺癌患者作为试验组,另选同期良性乳腺肿瘤患者96例作为对照组,对比两组TAP水平及阳性率,予以试验组化疗治疗,对比不同化疗疗效中TAP表达状况,并分析TAP水平与化疗疗效相关性。结果:试验组面积大于对照组,TAP表达中阳性+临界型占比86.00%(129/150)高于对照组21.88%(21/96, $P < 0.05$);化疗前后PR的TAP凝聚物面积少于SD、PD,SD少于PD ($P < 0.05$);经Logistic分析,TAP凝聚物面积 $\geq 121\mu\text{m}^2$ 属于化疗疗效危险因素(OR为5.025,95%CI为3.528~7.156, ($P < 0.05$))。结论:乳腺癌患者中TAP表达水平越高,则化疗疗效越差,属于影响化疗疗效独立危险因素,可为临床疗效评估以及治疗方案制定提供科学、有效依据。

关键词: 乳腺癌;肿瘤异常蛋白;化疗疗效;相关性

中图分类号:R730.5

文献标识码: B

文章编号:1673-9388(2021)02-0099-03

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2021)02-0099-03

近年来,随化学因素、生物因素、物理因素、污染等多种因素有大,导致恶性肿瘤发病率逐渐向上攀升,已逐渐变为威胁人类生命与健康的主要疾病之一,属于人类死亡第二大原因。乳腺癌属于女性常见癌症之一,患病后对患者生理与生理产生严重负担,且被认为是化疗最有效一种实体肿瘤,但部分患者化疗敏感低,故如何评估化疗效果,并寻找其它治疗方式极具意义。肿瘤异常蛋白(tumor abnormal protein, TAP)属于癌变初期致瘤因子致原癌基因、抑癌基因突变后分泌糖蛋白、钙组蛋白复合物,且癌细胞的异常增生进展多伴TAP提高^[1]。TAP水平检测为病理学、影像学检测补充诊断方式,在多个癌症早期筛查、疗效评估广泛应用^[2]。本研究选取我院接收的乳腺癌患者150例作为研究对象,旨在分析TAP水平与化疗疗效相关性,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2019-07~2019-12期间接收的150例乳腺癌患者作为试验组,另选同期良性乳腺肿瘤患者96例作为对照组。试验组:年龄35~54岁,平均(44.56 ± 4.70)岁,病程3个月~4年,平均(2.13 ± 0.91)年,临床分期为21例Ⅱ期、82例Ⅲ期、47例Ⅳ期。对照组:年龄34~56岁,平均(45.01 ± 5.47)岁,病程3个月~4年,平均(2.09 ± 0.90)年。两组一般资料均衡可比($P > 0.05$)。

1.2 选例标准

(1)纳入标准:①经病理学证实以及相关影像学诊断为乳腺癌(试验组)或者经病理证实为良性乳腺肿瘤(对照组);②试验组KPS评分 ≥ 70 分;③完整临床资料者;④知情本研究,并签订同意协议书者;⑤实验组首次接受化疗方案治疗;(2)排除标准:①合并其它恶性肿瘤者;②合并严重精神疾病而无法配合者;③伴有风湿病、糖尿病等对TAP检测结果产生影响疾病者;④试验组预计生存期 < 3

收稿日期:2020-10-10;修回日期:2021-01-23

作者简介:孙颖(1980-),女,新乡市第一人民医院病理科主管技师。

个月者。

1.3 方法

1.3.1 检测方法 (1)检测方式:取25 μL末梢血涂血片(2张),晾干后,同间隔滴3滴TAP试剂于每张血片上(6个液斑),2h后,TAP检测图文系统经面积测量功能,测量TAP凝聚颗粒的面积;(2)有效凝聚颗粒为单颗面积不低于81 μm²;若有效颗粒1颗,则面积为此颗粒的实测面积,若有效颗粒不少于2颗,则面积为全部有效颗粒的实测面积和×0.62,若最大颗粒面积少于81 μm²,则面积为最大且最典型颗粒面积;(3)涂片判读:均匀雪花状、树枝状/树轮状等为阴性;边缘完整椭圆形、多边形/不规则团块形的结晶物,且面积超121 μm²,并有折光性为阳性;经测计算面积为121 μm²为临界阳性;有效凝聚颗粒的面积越大,阳性越明显。

1.3.2 治疗方案 予以试验组化疗方案具体如下:取多西紫杉醇(Aventis Pharma S.A.,国药准字J20140039)75 mg/m²,静滴3 h,第1天;吡柔比星(深圳万乐药业有限公司,国药准字H10930106)40 mg/m²,静滴,第1、8天;环磷酰胺(Baxter Oncology GmbH,批准文号H20160468)600 mg/m²,静滴,第1~3天。21天为1个疗程,持续治疗2个疗程。

1.3.3 疗效评估标准 肿瘤完全消失,且1个月内未产生新病灶,并无复发为完全缓解(CR);肿瘤较治疗前显著缩小>50%,且1个月内未产生新病灶为部分缓解(PR);肿瘤较治疗前缩小≤50%,且1个月内未产生新病灶为稳定(SD);肿瘤体积较治疗前增加>25%或有新病灶产生为进展(PD)。

1.4 观察指标

(1)比较两组TAP水平和阳性率,具体包括面积、TAP表达(阳性、阴性、临界型以及阳性+临界型);(2)统计化疗效果;(3)对比不同化疗疗效中TAP表达状况。

1.5 统计学

用SPSS 22.0软件处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示、*t*检验,多组间比较用单因素方差分析,两两比较用LSD-*t*检验;计数资料以(*n*,%)表示、 χ^2 检验;相关性分析用Pearson分析;*P*<0.05表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 TAP水平与阳性率

试验组面积大于对照组,TAP表达中阳性+临

表1 TAP水平与阳性率

组别	<i>n</i>	面积($\bar{x} \pm s, \mu m^2$)	TAP表达(<i>n</i> ,%)			
			阴性	临界型	阳性	阳性+临界型
试验组	150	219.26 ± 25.31	21(14.00)	8(5.33)	121(80.67)	129(86.00)
对照组	96	101.21 ± 22.24	75(78.13)	7(7.29)	14(14.58)	21(21.88)
<i>t</i> / χ^2		37.382				101.156
<i>P</i>		<0.001				<0.001

界型占比86.00%高于对照组21.88%(*P*<0.05)(见表1)。

2.2 试验组疗效

经2个疗程化疗治疗,具体结果为86例PR,38例SD,26例PD。

2.3 不同化疗疗效中TAP表达状况

化疗前后PR的TAP凝聚物面积少于SD、PD,SD少于PD(*P*<0.05)(见表2)。

2.4 TAP水平表达与化疗疗效的相关性

经Logistic分析,TAP凝聚物面积≥121 μm²属于化疗疗效危险因素(OR为5.025,95%CI为3.528~7.156,*P*<0.05)。

3 讨论

乳腺癌属于目前世界范围内最为常见女性恶

表2 不同疗效TAP表达($\bar{x} \pm s, \mu m^2$)

化疗疗效	n	化疗前TAP凝聚物面积	化疗后TAP凝聚物面积
PR	86	139.73 ± 12.08	116.92 ± 9.45
SD	38	152.38 ± 10.96	151.69 ± 10.74
PD	26	170.82 ± 13.94	238.29 ± 14.98
F		68.178	1242.581
P		< 0.001	< 0.001

性肿瘤,2012年WHO调查结果中指出,全球每年新发病例约170万^[3]。国内相关统计结果指出,乳腺癌发病率、病死率位于女性癌症前列^[4]。相关研究报告,多数患者对化疗有高敏感性,少数患者欠佳,且仍缺乏判断化疗敏感性、预测疗效指标^[5]。

在部分地区与国家常用肿瘤标志物(癌胚抗原、CA199、CA153、CA125)辅助检查,但因其与其它胰腺癌、卵巢癌等恶性肿瘤具有共同性,使其缺少特异性,从而促进检验医学持续寻找新肿瘤标志物用于临床诊断。张宇华等^[6]研究报告,早期诊断妇科恶性肿瘤时,TAP升高比影像学早。本研究结果显示,试验组面积大于对照组,TAP表达中阳性+临界型占比86.00%高于对照组21.88%($P < 0.05$),与上述研究结果一致,说明在良性乳腺肿瘤患者体内均存在TAP水平,但乳腺癌TAP水平相对较高。汪萍萍等^[7]指出,治疗后妇科肿瘤预后判断,TAP敏感性高于影像学检查。基于上述研究结果,本研究针对乳腺癌患者予以不同化疗疗效患者的TAP水平予以检测,结果显示,化疗前后PR的TAP凝聚物面积少于SD、PD,SD少于PD($P < 0.05$),与上述研究结果一致,且经Logistic分析,TAP凝聚物面积 $\geq 121 \mu m^2$ 属于化疗疗效危险因素(OR为5.025,95%CI为3.528~7.156, $P < 0.05$),说明乳腺癌患者化疗前TAP水平越低,临床化疗效果越高,反之,化疗前TAP水平越高,化疗疗效越差,预示TAP水平可为临床预后评估提供可参考依据。其原因为:(1)TAP灵敏性:TAP检测不针对某单一的肿瘤标志物,是经20多种不同凝聚素相结合至同一反应体系内多种TAP,而TAP检测越多则凝聚物越大,检出肿瘤几率越高;(2)TAP广谱性:临床常见肿瘤均具有各自相对特异性的肿瘤标志物,而TAP是各种肿瘤共

性物质,不取决于恶性生成物固定位置和组织学结构,可覆盖多种肿瘤;(3)TAP准确性:在TAP内多种凝集素。凝集素可特异性对单一TAP糖基序列予以分辨、结合,如麦胚凝集素能结合bis-GlcNAc,SA;小扁豆凝集素能结合核心为FUc的糖链结构等,检测特异性糖链蛋白所对应恶性肿瘤,从而确保检测结果准确性^[8]。

综上,乳腺癌患者中TAP水平是影响化疗疗效独立危险因素,可为临床疗效评估以及治疗方案制定提供可靠依据。

参考文献

- [1]廖敏,高佳,李燕,等.非小细胞肺癌患者血清肿瘤异常蛋白的表达及其临床意义[J].江苏医药,2017;43(4):248-249
- [2]毛智军,王建华,宋斌,等.胃癌患者血清肿瘤异常蛋白检测的临床意义[J].陕西医学杂志,2017;46(7):976-978
- [3]成琳,杨良根,许凌云,等.乳腺癌患者肿瘤异常蛋白表达的影响因素研究[J].中国现代医学杂志,2018;28(26):60-62
- [4]王勇,朱琳燕.乳腺癌患者新辅助化疗前后血清TAP、CA125水平变化及与疗效的关系[J].河北医药,2019;41(9):1410-1412,1417
- [5]祁洁,邹士涛,李晓庆.肿瘤异常糖链糖蛋白在乳腺癌中的表达及其临床意义[J].中华内分泌外科杂志,2019;13(2):103-106
- [6]张宇华,王晓彬,佟晓晶,等.血清肿瘤异常蛋白联合经阴道超声对早期子宫内膜癌诊断价值分析[J].癌症进展,2019;17(6):675-677,696
- [7]汪萍萍,冯六连.SCCAg、TAP、CEA对宫颈癌新辅助化疗疗效的评估价值[J].国际肿瘤学杂志,2018;45(10):604-609
- [8]李红,尹芳,罗贯虹,等.异常糖链糖蛋白与甲胎蛋白在肝癌诊断及预后评估中的应用价值[J].胃肠病学和肝病杂志,2019;28(11):1221-1224