

案($P=0.010$)、化疗周期($P=0.026$)、有无化疗呕吐史($P=0.032$)均对预期性呕吐症状的发生造成极大影响($P<0.05$)。化疗方案中的用药剂量、注射方式、化疗药物类型均会产生极大影响^[5]。预期性呕吐程度与化疗周期、用药剂量和化疗时间成正相关。化疗周期越长,致吐强度越严重,且有化疗呕吐史患者比无化疗呕吐史患者更易发生预期性呕吐现象。另外,性别和年龄因素在一定程度上也产生轻微影响,女性患者心理承受能力相对较弱,情绪方面波动较大,易产生不良情绪,尤其是处于妊娠期的女性更易发生预期性呕吐症状。年龄方面,年龄较大者,呕吐现象较低。年长患者生活经历丰富,心理承受能力强,且体内指标下降,刺激水平低,身体功能衰减,条件反射亦迟钝;而年轻患者阅历少,心理承受能力较低,易产生不良情绪,造成预期性呕吐症状。因此,临床化疗时,医护人员一定要掌握准确的给药时间和给药剂量,并时刻关注患者的药物反应。对于危险性大的因素,医护人员更要密切观察,及时记录患者情况,制定合理化疗方案与止吐方案,减轻患者痛苦。

3.4 预期性呕吐症状的预防及护理:以心理疏导为主,以止吐措施和食疗为辅,对预期性呕吐症状患者进行护理。化疗前医护人员应充分了解患者的年龄、化疗方案、化疗周期、情绪波动等方面,分析对患者产生不良影响的危险性因素,针对各个因素,与患者和家属进行沟通,并对患者做相关心理指导,为患者普及相关化疗知识,使患者保持良好的心理状态。对预期性呕吐症状严重的患者,化疗前可服用地西洋、地塞米松等止吐药物;并指导患者常备有开胃零食如山楂、酸梅等食

物。医护人员要熟练掌握服用止吐药物和化疗药物的时间,合理指导患者用药。化疗期间,应鼓励患者多食清淡,易消化的食物,切忌油腻、甜腻的食物^[6]。同时合理为患者安排饮食比例和饮食时间及休息时间,给患者创造良好的环境和心境。肿瘤患者化疗时,产生预期性呕吐症状的几率极高,且患者的情绪、化疗方案、化疗周期及有无化疗史均对预期性呕吐症状产生影响($P<0.05$),另外,年龄、性别亦对其有一定影响。因此临床上一定要给予高度重视,做好患者和医院两方面工作,减少危险性因素,提高化疗水平。

4 参考文献

- [1] 陈文举,宋金森,方惠娟,等. 肿瘤化疗中止吐药物的合理应用[J]. 中国药事,2013,12(2):209.
- [2] 戴晓阳. 常用心理评估量表[M]. 北京:人民军医出版社,2011:66-125.
- [3] 杜春玲,王学梅,王云. 肿瘤化疗患者预期性恶心呕吐影响因素[J]. 护理学报,2012,10(19):19.
- [4] 兆天欣,马锐,王辉. 肺癌病人化疗期间疾病不确定感对预期性恶心与呕吐相关指标的影响[J]. 护理研究,2013,1(1):25.
- [5] 杨锐,张美敏. 主动应对化疗相关性恶心呕吐[N]. 中国医药报,2013,1:30.
- [6] 周俊芳. 护理干预对肿瘤化疗患者焦虑及胃肠道反应影响的效果观察[J]. 中国现代药物应用,2012,8(16):254.

[收稿日期:2013-10-12 编校:郑英善]

蛋白质芯片与化学发光酶免疫法检测糖尿病自身抗体结果对比分析

曹青梅 (延安大学附属医院,陕西 延安 716000)

[摘要] 目的:探讨化学发光酶免疫法(CLISA)和蛋白质芯片法(PROTEINCHIP)检测血清中胰岛素自身抗体(IAA)、抗胰岛细胞抗体(ICA)、抗谷氨酸脱羧酶抗体(GAD)的敏感性和特异性。方法:用化学发光酶免疫法和蛋白质芯片法同时检测55例糖尿病患者和50例健康对照者血清中的IAA、ICA和GAD,观察其敏感性和特异性,用统计学方法分析两种方法的差异性。结果:蛋白质芯片法IAA、ICA和GAD的阳性率分别为31.4%、13.5%、37.5%,敏感性分别为31.4%、13.5%、37.5%,特异性分别为100%、100%、98%。化学发光酶免疫法IAA、ICA和GAD阳性率分别为33.2%、11.2%、36%,敏感性分别为33.2%、11.2%、36%,特异性分别为99%、100%、97%。两种方法的检测结果比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:化学发光酶免疫法和蛋白质芯片法在检测IAA、ICA和GAD结果上具有较高的一致性,对糖尿病的检测具有较高的实用价值。

[关键词] 糖尿病;化学发光酶免疫法;蛋白质芯片法

不同实验室的血清IAA检测结果差异较大,原因考虑为检测方法不同,不同生产厂家的试剂质量有差别,实验设备性能不一样,实验人员操作技术熟练程度等待不一样等存在密切关系^[1]。探讨化学发光酶免疫法(CLISA)和蛋白质芯片法(PROTEINCHIP)两种方法的敏感性和特异性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:所有患者均为延安大学附属医院内分泌科的确诊患者,均符合世界卫生组织(WHO)1999年的诊断标准。55例患者其中男27例,女28例,年龄22~48岁,平均35岁。健康对照组50例为延安大学附属医院的体检者,男27例,女23例,年龄14~55岁,平均34.5岁。所有对照者空腹血糖均在6.1 mmol/L以下,且所有患者均没有糖尿病家族史和自身

免疫病史。

1.2 检测方法:所有被检标本均是空腹静脉采血2 ml,离心分离血清,分装后置-20℃保存待统一检测,蛋白质芯片法的试剂购置于深圳市赛尔生物技术有限公司。化学发光免疫试剂购置于深圳市新产业生物医学工程有限公司。所有操作均严格按照仪器及试剂说明书操作。

1.3 统计学处理:用SPSS 8.0统计软件对数据进行分析,各组间阳性率比较采用 χ^2 检验。

2 结果

蛋白质芯片法与学发光法检测IAA、ICA、GAD阳性率比较差异无统计学意义,详见表1。蛋白质芯片法与学发光法检测敏感性和特异性均没有统计学意义($P>0.05$),详见表2。

表 1 两种方法检测各组血清结果比较

组别	例数	PROTEINCHIP 阳性率(%)			CLISA 阳性率(%)		
		IAA	ICA	GAD	IAA	ICA	GAD
糖尿病	55	31.4	13.5	37.5	33.2	11.2	36
正常对照组	50	0	0	2	0	0	3

注: $\chi^2 = 2.2, \chi^2(0.05) = 3.84, \chi^2 < \chi^2(0.05)$

表 2 两种方法检测各组血清 IAA、ICA、GAD 的敏感性、特异性比较(%)

项目	蛋白芯片法			化学发光法		
	IAA	ICA	GAD	IAA	ICA	GAD
敏感性	31.4	13.5	37.5	33.2	11.2	36
特异性	100.0	100.0	98.0	99.0	100.0	97.0

3 讨论

本组资料中蛋白芯片法与化学发光酶免疫法检测 IAA 敏感性分别为 31.4%、33.2%，特异性分别为 100%、99%，检测结果与报道基本一致。ICA 阳性预示了 β 细胞的自身免疫损伤，仅作为 DM 的高危指标，其对 T_1 DM 的较高预测性体现在儿童阳性或高水平持续阳性的时候。因此对少年起病的 T_1 DM 早期有较高的诊断价值，而非糖尿病群体中仅有 0.1%~0.5% 存在 ICA。1 型糖尿病患者一级亲属中 5% ICA 阳性，这些个体构成了患 1 型糖尿病的高危人群。ICA 属于针对胰岛自身细胞的一种抗体，免疫反应是在当胰岛细胞抗体和胰岛细胞的表面抗原结合后引起的，同时补体系统被激活，细胞的溶解和死亡随之发生，进而引起 DM^[2]。因此 ICA 的血清学检测是早期诊断 1 型糖尿病强有力的工具。本次试验蛋白芯片法与化学发光酶免疫法敏感性分别为 13.5%、11.2%，特异性分别为 100%、100%；结果差异不大。

抗谷氨酸脱羧酶抗体(GAD)为 1 型糖尿病患者血中存在又一自身抗体， T_1 DM 患者最早出现的抗体是 GAD，该抗体出现在临床症状出现之前的较长一段时间，在初发 T_1 DM 患者血液中其阳性率高达 70%~80%^[3]，在单一抗体阳性中，

T_1 DM 中的 GAD 阳性率高于 ICA 和 IAA，说明 GAD 在糖尿病分型中的价值优于 ICA 和 IAA，是 1 型糖尿病较好的免疫预测和诊断指标。本次试验蛋白芯片法与化学发光法敏感性分别 37.5%、36%，特异性分别为 98%、97%，结果差异不大。因此，GAD、ICA 和 IAA 三种抗体可以作为预测和诊断 T_1 DM 的较好指标，而三种抗体联合检测可以作为 T_1 DM 高危人群流行病学的筛选指标。传统的化学方法每次只能检测单项指标，若进行多指标检测不仅用血量且检测费用昂贵。用血量。蛋白芯片技术把多种纯化的检测蛋白高密度排列在固定支持物表面上，使标本中的靶蛋白特异性地与之结合，通过微加工技术和微电子技术，在固体芯片表面构建微型生物化学分析系统，对靶蛋白进行定性、定量检测^[4-5]，一次试验即可检测出 3 种糖尿病患者自身抗体的血清状况。

从上述两种检测方法的原理和各自的优缺点并结合本次的试验结果可以看出，蛋白芯片法与学发光法的敏感性和特异性相近，无统计学差异，而蛋白芯片法具有省时、高效、高通量平行检测、操作简单、不需要特殊仪器的优点，由此可见，蛋白芯片法优于化学发光法。

4 参考文献

- [1] 吴艺捷. 糖尿病患者自身抗体检测的进展及临床运用[J]. 实习糖尿病杂志, 2004, 3(12): 55.
- [2] 赵成玉. 谷氨酰脱羧酶抗体和胰岛细胞抗体测定的临床意义[J]. 青海医药杂志, 2005, 35(5): 62.
- [3] 朱禧星. 现代糖尿病学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 2000: 1-95.
- [4] Gutstein HB, Morr is JS, Annangud i SP, et a. l M icropoteom ics: ana ly sis o f prote in dive rs ity in sm all sam ples[J]. M ass Spectrom Rev, 2008, 27(4): 316.
- [5] Von Eggeling F, M e lleC, ErnstG. M icrodissecting theproteom e[J]. Pro teom ics, 2007, 7(16): 2729.

[收稿日期: 2013-10-21 编校: 郑英善]

鼻声反射指导下鼻腔扩容术的疗效观察

崔振英, 陈妮娜, 周诗侗, 李 靖, 邓泽海, 后 群 (云南省红河州第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 云南 红河 661000)

[摘要] 目的: 探讨鼻声反射技术在指导鼻内镜下鼻腔扩容术中的作用。方法: 对 49 例以鼻阻塞为主诉的 OSAHS 患者, 在术前及术后 2 个月行鼻声反射检查, 测算鼻腔平均截面积(MNCA)、最小截面积(MCA)、鼻腔容积(NV)和鼻阻力(NR), 指导行鼻腔扩容术, 并进行统计学分析。结果: MNCA、MCA、NV 值术后比术前均显著升高($P < 0.01$), 而 NR 值术后比术前显著降低($P < 0.01$)。结论: 鼻声反射可以作为鼻腔扩容术前评估及术后效果的客观评价指标。

[关键词] 鼻阻塞; 鼻腔扩容术; 鼻声反射

我科从 2010 年 10 月开始在鼻声反射检测指导下对 49 例以鼻阻塞为主要症状的 OSAHS 患者进行鼻腔扩容术, 术后 2 个月再次行鼻声反射测定, 并进行评估。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 收集我院自 2010 年 10 月~2012 年 6 月 49 例以鼻阻塞为主要症状的 OSAHS 患者, 其中男 30 例, 女 19 例, 年龄 15~65 岁, 平均 34.5 岁, 所有患者术前均常规行睡眠呼吸监测, $10 < \text{AHI} < 40$; 鼻窦内窥镜检查, 鼻中隔

偏曲 18 例, 鼻腔黏膜肥厚的 20 例, 中鼻甲反张 14 例; 鼻窦 CT 检查排除慢性化脓性鼻窦炎、鼻息肉、鼻肿瘤患者; 应用鼻声反射仪做鼻声反射检查, 对鼻阻力情况进行充分了解, 测算鼻腔平均截面积(MNCA)、最小截面积(MCA)、鼻腔容积(NV)和鼻阻力(NR)。准确定位引起鼻阻塞的部位及与前鼻孔距离。手术前双侧鼻腔最小横截面积平均值(A. MCA)、鼻阻力(A. NR)、双侧鼻气道前 2 cm 容积平均值(A. V0~2)、双侧鼻气道前 5 cm 容积平均值(A. V0~5)、双侧鼻气道 2~5 cm 段容积平均值(A. V2~5), 手术后的双侧鼻腔最小横截面积平均值(B. MCA)、鼻阻力(B. NR)、双侧鼻气道前 2 cm 容积平均值(B. V0~2)、双