

淋巴细胞亚群的变化在儿童重症手足口病发病机制中可能起重要作用。

根据淋巴细胞不同的表面抗原性表达与生物学功能,可将机体淋巴细胞分成 NK 细胞、B 淋巴细胞及 T 淋巴细胞。CSF 内的淋巴细胞主要被 T 淋巴细胞占据。CD3⁺CD4⁺ 为辅助性 T 淋巴细胞,辅助其它细胞参与免疫应答,具有激活体内巨噬细胞、促进 NK 细胞与 B 淋巴细胞的功能;CD3⁺ 抗原是成熟 T 细胞的表面标志,代表细胞免疫的总体水平;CD3⁺CD8⁺ 为抑制性 T 淋巴细胞,具有抑制 B 淋巴细胞分化和抗体合成的作用;CD3⁺CD8⁺ 与 CD3⁺CD4⁺ 在体内可起到相互制约与相互调节的作用;CD3⁺CD4⁺/CD3⁺CD8⁺ 比值是重要的机体免疫状态检测指标,其比例的降低是疾病严重程度及预后不良的标志之一^[4-5]。T 细胞是机体免疫系统内的主要效应细胞,能释放大量细胞因子,在细胞免疫中发挥着重要免疫调节与免疫应答作用。文献报道^[6],手足口病患儿外周血 CD3⁺CD8⁺ 细胞 (Ts)、CD3⁺CD8⁺ 细胞 (Th) 及 CD3⁺ 细胞的百分率均明显降低,CD19⁺ 细胞的百分率明显增高,提示手足口病患儿外周血存在免疫紊乱,但外周血免疫改变无法反映中枢神

经系统的免疫变化。从免疫学角度分析,中枢神经系统病症的免疫病理变化主要通过 CSF 反映,而不表现于外周血,其主要因中枢神经系统完全受机体免疫监视,血 CSF 与血脑屏障阻止了淋巴细胞进入大脑,从而给予中枢神经性系统免疫隔离状态。

综上所述,重症手足口病患儿 CSF 存在免疫异常改变,其 CSF 中淋巴细胞亚群改变可用于判断重症手足口病患儿病情。

参考文献

[1]胡小平,陈杰.手足口病并发脑炎患儿免疫功能及与病情严重程度
的关系研究[J].儿科药理学杂志,2014,20(3):7-9
[2]钱同,朱立强,方代华.手足口病并发脑炎患儿外周血淋巴细胞亚群
变化的临床研究[J].临床与病理杂志,2015,35(10):1827-1831
[3]黄循斌,符青松,谢晓彬,等.EV71 型手足口病患儿脑脊液 T 淋巴
细胞亚群测定的临床意义[J].中国热带医学,2016,16(1):66-68
[4]方代华,刘洋,孙浩森,等.外周血不同 T 细胞亚群在 EV71 病毒感
染手足口病患儿中的应用[J].国际检验医学杂志,2017,38(8):1026-
1028
[5]胡泽华,林树林,黄玲玲,等.重症手足口病儿童脑脊液中淋巴细胞
亚群的变化[J].广东医学,2016,37(19):2931-2933
[6]张艳芳,武艳丽,施红梅,等.手足口病患儿 T 淋巴细胞亚群与 NK
细胞和血清白介素、TNF-α 变化的研究[J].中华医院感染学杂志,
2016,26(11):2604-2606

(收稿日期: 2017-07-25)

儿童脑肿瘤病理特点分析

陶菁

(河南省郑州儿童医院病理科 郑州 450000)

摘要:目的:分析总结儿童脑肿瘤的临床病理特征,以提高临床对儿童脑肿瘤的诊治效率。方法:选取 90 例 2013 年 5 月~2016 年 5 月我院收治的脑肿瘤患儿,对其临床资料进行回顾性分析,总结儿童脑肿瘤的临床表现、诊断、治疗以及预后等特征。结果:儿童脑肿瘤临床主要表现为呕吐、头痛、抽搐、步态不稳等症状,本组患儿经诊断后,病理类型主要为星形细胞瘤 23 例 (25.56%),室管膜瘤 18 例 (20.00%),髓母细胞瘤 20 例 (22.22%),生殖细胞肿瘤 8 例 (8.89%),颅咽管瘤 10 例 (11.11%)。74 例实施肿瘤全切,11 例行肿瘤次全切手术,另外 5 例行大部分切除术,术后并发颅内感染 3 例,局部积液 2 例,因呼吸衰竭死亡 2 例,1 例未苏醒,其他均治愈出院。患者的 1 年生存率为 82.22%。结论:儿童脑肿瘤临床表现不具有典型性,可将 MRI 与 CT 作为首选诊断方法,手术治疗效果较佳,通过术后放疗有助于提高患儿的生存期。

关键词:儿童脑肿瘤;病理特点;治疗方法;临床表现

中图分类号:R739.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.076

脑肿瘤可发生于任何年龄段儿童,具有较高发病率,4~9 岁是儿童脑肿瘤发生的高峰期,近年来儿童脑肿瘤发病率具有逐年上升趋势,原发性脑肿瘤成为导致儿童死亡的重要因素。对儿童脑肿瘤病理特点进行分析总结,是提高临床诊治儿童脑肿瘤的关键。因此,本文选取了 90 例 2013 年 5 月~2016 年 5 月我院收治的脑肿瘤患儿,对其临床资料进行了回顾分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共纳入病例 90 例,均为

2013 年 5 月~2016 年 5 月在我院治疗的脑肿瘤患儿,肿瘤部位为幕上 50 例,幕下 40 例。所有患儿符合脑肿瘤诊断标准:临床表现为呕吐、步态不稳、肢体瘫痪、头痛、抽搐、视乳头水肿和进行性视力障碍等症状,CT 或 MRI 影像学检查显示颅缝分离,存在进行性颅内高压,且伴有相关局灶性症状体征时,可判断为脑肿瘤。经 CT 和 MRI 增强扫描肿瘤平均直径为 (4.2± 1.5) cm,其中男 49 例,女 41 例;患儿年龄为 3 个月~13 岁,平均年龄 (7.8± 1.2) 岁;病程为 7 d~5 年,平均病程 (1.9± 0.9) 年。

1.2 临床表现 通过对本组患者的临床资料进行回顾分析发现，幕上肿瘤临床主要表现为呕吐、抽搐、头痛以及肢体瘫痪等症状，50 例幕上肿瘤患儿中有 28 例存在不同程度的呕吐症状，表现为抽搐 22 例，头痛 32 例，肢体瘫痪 24 例，视力下降 9 例。40 例幕下肿瘤患儿主要表现为步态不稳、呕吐以及头痛等症状，其中步态不稳 24 例，头痛 27 例，呕吐 30 例，颅神经受损和视乳头水肿分别为 11 例和 19 例，视力下降 6 例。

1.3 治疗方法 本组患者中 19 例于术前 1 周行 Ommaya 储液囊外引流，有 11 例于术前 1~5 d 行脑室外引流术，于术前 2 周行 V-P 分流术 2 例。根据患儿肿瘤具体情况选择合适手术入路，其中 74 例实施肿瘤全切手术，所占比重为 82.22%，只有 1 例行二期肿瘤全切术，其余术后复查均无肿瘤残余。11 例行次全切手术，占比 12.22%，通过对患者进行术后复查部分患者有少量肿瘤残余。另外 5 例实施大部分切除术，其中 2 例术后复查有肿瘤残余。术后放疗 48 例。

2 结果

临床病理类型：本组患者经诊断后，确诊为星形细胞瘤 23 例 (25.56%)，髓母细胞瘤 20 例 (22.22%)，室管膜瘤 18 例 (20.00%)，颅咽管瘤 10 例 (11.11%)，生殖细胞肿瘤 8 例 (8.89%)，松果体母细胞瘤 3 例 (3.33%)，脉络丛乳头状瘤 2 例 (2.22%)，脑膜瘤 2 例 (2.22%)，原始神经外胚叶瘤 2 例 (2.22%)，少突胶质细胞瘤 1 例 (1.11%)，血管母细胞瘤 1 例 (1.11%)。临床疗效及随访：患者术后并发颅内感染 3 例，局部积液 2 例，经对症处理后均好转。本组患者术后因呼吸衰竭死亡 2 例，1 例未苏醒，其他患者术后均治愈出院。随访 1 年，患者的 1 年生存率为 82.22%。

3 讨论

脑肿瘤是一种儿科常见疾病，可发生于任何年龄段的儿童，其发病率会随着年龄的增长而逐渐下降^[1]。由于儿童的神经系统发育尚不完善，因而其脑肿瘤早期症状很容易被忽视，从而出现误诊或漏诊的情况。有研究报道，将近 70% 的脑肿瘤患儿均会出现头痛、呕吐等症状，在伴有精神萎靡和低热等症状时，很容易被误诊为慢性胃肠炎、脑膜炎等疾病，延误治疗^[2]。

本研究中，通过对 90 例患儿的临床资料进行分析发现，其临床主要表现为头痛、呕吐、步态不稳、抽搐、肢体瘫痪、视乳头水肿等症状，临床在对患儿进行诊断时，对于存在头痛、呕吐等症状的患

儿，应仔细询问患儿的病史和查体，对可疑患儿进行 CT 与 MRI 检查，及时发现脑肿瘤。有研究报道，儿童脑肿瘤以原发性肿瘤为主，其中以星形细胞瘤、髓母细胞瘤等胶质瘤和颅咽管瘤等先天性肿瘤较为常见，不同类型肿瘤的组织形态差异较大^[3]。本研究通过对患儿的肿瘤类型进行分析发现，其星形细胞瘤、髓母细胞瘤、颅咽管瘤以及室管膜瘤等都是占比较大的肿瘤类型，与相关文献报道基本相符。

对于儿童脑肿瘤，手术是最为有效和彻底的治疗方法，在给予患儿手术治疗前应做好充分的术前准备，对于存在梗阻型脑积水的患儿，需要先治疗脑积水^[4]，然后再切除肿瘤，以增强患儿的手术耐受性，减少颅内血肿和术中出血等情况发生，可通过 Ommaya 储液囊外引流以及脑室 - 腹腔分流 (V-P 分流) 等方法解决术前梗阻型脑积水^[5]，如本研究患儿中有 19 例行 Ommaya 储液囊外引流，2 例行 V-P 分流术，11 例行脑室外引流术。对于各种方法的应用效果目前尚无一致结论，但脑室外引流护理难度大，容易发生感染，Ommaya 储液囊外引流操作更为方便，给患儿造成的痛苦小，更容易被患儿及家属接受^[6]。本研究中，通过对 74 例患儿实施肿瘤全切手术，11 例行次全切手术，5 例实施大部分切除术，术后复查 MRI 只有部分有肿瘤残余。术后并发颅内感染 3 例，局部积液 2 例，经对症处理后均好转。术后放疗 48 例。术后 1 年生存率为 82.22%。

儿童脑肿瘤临床应首选 CT 或 MRI 诊断，及时给予有效手术治疗，由于镜下全切仍有复发的可能，术后放疗也是脑肿瘤治疗的一部分，但是放疗会给患儿的中枢神经造成一定损伤，且在婴幼儿中的预后较差，因此化疗虽能在一定程度上提高患儿的生存率，但是应谨慎应用，尽可能减轻对患儿的影响。

参考文献

[1]刘栋梁.儿童脑部肿瘤的临床特点和治疗分析[J].大家健康(下旬版),2014,8(24):83-84
[2]Rosemberg S,Fujiwara D.Epidemiology of pediatric tumors of the nervous system according to the WHO 2000 classification: a report of 1,195 cases from a single institution[J].Childs Nerv Syst,2005,21(11): 940-944
[3]王立峰,王瑞芬,管雯斌,等.儿童脑肿瘤病理学研究进展[J].中国现代神经疾病杂志,2015,15(10):769-776
[4]孟忻亭,马杰,江峰,等.三岁以下低龄儿童原发性脑肿瘤临床回顾与分析[J].中华小儿外科杂志,2012,33(1):5-8
[5]Paugh BS,Qu C,Jones C,et al.Integrated molecular genetic profiling of pediatric high-grade gliomas reveals key differences with the adult disease[J].Journal of Clinical Oncology,2010,28(18):3061-3068
[6]唐雪峰,孔莹琴,郭乔楠.儿童颅内肿瘤 221 例临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2015,31(3):298-301