

见电生理检查方式,具有操作方便、安全、无创以及敏感性高等优势。由于病毒性脑炎合并惊厥患儿脑组织内可出现坏死、水肿以及出血等病理变化,导致脑组织功能障碍与脑神经传导异常,于脑电图上表现为异常脑组织放电频率变异,可在一定程度上反映机体大脑细胞电活动情况^[9]。此外,EEG 异常在该疾病中出现时间较早,可在机体中枢神经受累后 2~15 d 内出现,且随病情改善而好转。MRI 可有效显示病变累及范围、部位、程度以及病灶强化范围、形态等,利于为临床诊治提供有效信息。此外,该疾病病变多累及脑岛、额叶、颞叶内侧等,T1 加权像表现为轻度低信号,T2 加权像表现为高信号,对病毒性脑炎具有较高敏感性,并且病灶可随着患儿病情的好转而逐渐缩小^[10]。综上所述,NSE、EEG、MRI 均可作为预后判定的客观指标,在预后判定中具有一定的价值,为临床诊治提供有效依据。

参考文献

[1]胡文静,杨理明,廖红梅,等.小儿重症病毒性脑炎临床特点、预后及

- 其相关因素分析[J].中国感染控制杂志,2018,17(3):241-246
- [2]王本贞,杨宏,郑成中.以惊厥持续状态、昏迷为突发表现的小儿肺炎支原体脑炎 1 例报道[J].安徽医药,2015,19(8):1530-1531
- [3]李可,胡珍珠,贺琳,等.重症病毒性脑炎合并超难治性癫痫持续状态诊治分析[J].徐州医科大学学报,2018,38(4):257-260
- [4]孙玉梅,王志强.CT 和 MRI 诊断病毒性脑炎的价值对比研究[J].现代诊断与治疗,2017,28(13):2510-2511
- [5]郭育英,廖海燕,谢彩云,等.脑电图监测在病毒性脑炎诊断及预后中的应用价值[J].海南医学,2018,29(9):1303-1304
- [6]苏建红.视频脑电图和 MRI 联合应用在成人病毒性脑炎的早期诊断价值研究[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2018,16(12):41-43
- [7]温建华.小儿病毒性脑炎的早期诊断及临床治疗研究[J].实用中西医结合临床,2016,16(12):27-28
- [8]姜一心,王莉,宋丽芳.咪达唑仑联合亚低温治疗用于重症病毒性脑炎患儿的疗效及对脑脊液 IL-6、NSE、MMP-9 及 AQP4 水平的影响[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(12):1656-1658
- [9]钟亚敏,朱焰.MRI 和 EEG 对病毒性脑炎合并惊厥患儿预后的评估价值[J].中国妇幼保健研究,2018,29(1):70-73
- [10]向旭,殷洁,尤国庆,等.中枢神经系统感染患者 MRI 与 CT 的临床诊断价值分析[J].中华医院感染学杂志,2018,28(7):1016-1019

(收稿日期:2019-06-18)

再生障碍性贫血和低增生性骨髓增生异常综合征外周血中淋巴细胞亚群的表达研究

赵立新

(河南省三门峡市渑池县人民医院检验中心 渑池 472400)

摘要:目的:研究淋巴细胞亚群在再生障碍性贫血和低增生性骨髓增生异常综合征患者外周血中的表达情况。方法:选取 2017 年 3 月~2019 年 1 月收治的再生障碍性贫血患者和低增生性骨髓增生异常综合征患者各 48 例为研究对象,分为 AA 组和低增生性 MDS 组。以四色流式细胞术对两组患者外周血中淋巴细胞亚群进行检测,并进行比较。结果:两组外周血 CD3⁺、CD3⁺CD4⁺、CD3⁺CD8⁺、CD4⁺CD8⁺ 比较无显著性差异($P>0.05$);AA 组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例低于低增生性 MDS 组,CD19⁺B 淋巴细胞比例高于低增生性 MDS 组($P<0.05$);在比值正常组中,AA 组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例低于低增生性 MDS 组($P<0.05$),而两组 CD19⁺B 细胞比例对比无显著性差异($P>0.05$);在比值倒置组中,AA 组 CD19⁺B 细胞比例高于低增生性 MDS 组($P<0.05$),而两组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例对比无显著性差异($P>0.05$);在比值超组中,AA 组与低增生性 MDS 组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例及 CD19⁺B 细胞比例对比无显著性差异($P>0.05$)。结论:淋巴细胞亚群可作为 AA 和低增生性 MDS 鉴别诊断的参考指标。

关键词:淋巴细胞亚群;再生障碍性贫血;低增生性骨髓增生异常综合征

中图分类号:R446

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.067

再生障碍性贫血(AA)是一种由多种致病因素单独或共同导致的骨髓衰竭性疾病,因骨髓造血功能衰竭,不能提供足够的血细胞,从而导致外周血的减少。低增生性骨髓增生异常综合征(MDS)是一组克隆性、异质性疾病,主要由造血干细胞增殖分化障碍所导致,临床表现为骨髓增生异常以及外周血全血细胞数减少^[1]。AA 以及低增生性 MDS 虽然发病机制完全不同,治疗与预后均存在极大的差异,但是两者均以全血细胞减少为主要临床表现,且临床尚无特异性的诊断指标,给两者的鉴别诊断带来较大

的困难。现阶段,大量的临床实验研究已证实,机体免疫异常在 AA 以及低增生性 MDS 发生发展中发挥了重要作用^[2]。本研究对比淋巴细胞亚群在 AA 和低增生性 MDS 患者外周血中表达的差异,以期 AA 和低增生性 MDS 的诊断提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 3 月~2019 年 1 月收治的 AA 患者和低增生性 MDS 患者各 48 例为研究对象,分为 AA 组和低增生性 MDS 组。AA

组中男 28 例,女 20 例;年龄 24~75 岁,平均(45.68±12.37)岁。低增生性 MDS 组中男 30 例,女 18 例;年龄 25~77 岁,平均(45.73±12.33)岁。两组性别、年龄等一般资料比较无显著性差异 ($P>0.05$),具有可比性。所有患者均符合相关血液病诊断标准,对本研究内容知情并签订知情同意书,排除伴有严重的消耗性疾病或恶性肿瘤患者。本次研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 检测方法 以美国 Beckman Coulter 公司生产的 Epics XL 型流式细胞仪检测两组外周血淋巴细胞亚群。检测方法:肝素抗凝管收集患者外周血 3 ml,以全血/髓溶红细胞法制备标本,加单克隆抗体 (FITC/PE/Percp/APC) 标记细胞后测定并计算外周血 T 淋巴细胞亚群 (CD3⁺、CD3⁺CD4⁺、CD3⁺CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)、NK 淋巴细胞 (CD3⁻CD16⁺CD56⁺NK) 及 B 淋巴细胞 (CD19⁺B) 比值。

1.3 观察指标 (1)观察两组外周血 T 淋巴细胞亚群、NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞的分布情况。(2)根据 CD4⁺/CD8⁺ 参考值范围 (1.02~1.95),分别将两组划分为比值超高组 (>1.95)、比值倒置组 (≤1.02) 以及比值正常组,分析 NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞的分布与 CD4⁺/CD8⁺ 比值的 关系。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS20.0 统计学软件处理。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组外周血 T 淋巴细胞亚群、NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞分布情况比较 两组外周血 CD3⁺、CD3⁺CD4⁺、CD3⁺CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 比较无显著性差异 ($P>0.05$);AA 组 CD3⁻CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例低于低增生性 MDS 组,CD19⁺B 淋巴细胞比例高于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组外周血 T 淋巴细胞亚群、NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞的分布情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CD3 ⁺ (%)	CD3 ⁺ CD4 ⁺ (%)	CD3 ⁺ CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺	CD3 ⁻ CD16 ⁺ CD56 ⁺ NK (%)	CD19 ⁺ B (%)
AA 组	48	75.39± 8.37	43.24± 8.46	30.13± 7.41	1.49± 0.87	9.23± 6.82	12.63± 5.67
低增生性 MDS 组	48	75.45± 8.33	43.31± 8.40	30.09± 7.46	1.43± 0.81	12.44± 5.29	10.52± 7.87

2.2 NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞的分布与 CD4⁺/CD8⁺ 比值的 关系分析 在比值正常组中,AA 组 CD3⁻CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例低于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$),而两组 CD19⁺B 细胞比例对比无显著性差异 ($P>0.05$);在比值倒置组中,AA 组 CD19⁺B 细胞比例高于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$),而两组 CD3⁻CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例对比无显著性差异 ($P>0.05$);在比值超高组中,AA 组与低增生性 MDS 组 CD3⁻CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例及 CD19⁺B 细胞比例对比无显著性差异 ($P>0.05$)。见表 2。

难,极易发生误诊^[4]。鉴于 AA 和低增生性 MDS 患者均存在免疫系统异常,而流式细胞术是现阶段在血液病分型诊断中发挥着重要作用的一种检测手段,本研究采用流式细胞术对淋巴细胞亚群在 AA 和低增生性 MDS 患者外周血中的表达进行了检测。

NK 淋巴细胞近年来已被广泛应用于恶性血液疾病的治疗,它是一类在天然免疫中占据重要位置的大颗粒淋巴细胞,能够有效抑制低增生性 MDS 骨髓造血祖细胞。AA 与低增生性 MDS 患者由于全血细胞减少可能导致其相应的大颗粒淋巴细胞低于正常参考值,而低增生性 MDS 向恶性白血病转化的风险更高,可能由于大量恶性细胞的存在,故而反馈性地增加了天然免疫相关的大颗粒淋巴细胞。因此在本研究中,AA 组 CD3⁻CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例低于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$)。B 淋巴细胞往往与 T 淋巴细胞紧密相连,AA 组 CD19⁺B 淋巴细胞比例高于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$),这可能是由于低增生性 MDS 骨髓存在恶性克隆故而导致 B 淋巴细胞增殖受阻。T 淋巴细胞在 AA 与低增生性 MDS 中起着至关重要的作用,大多数学者认为 T 淋巴细胞功能异常是 AA 患者主要发病机制,AA 患者更易检测到 T 淋巴细胞亚群比例异常^[5]。但是本研究中两组 CD3⁺、CD3⁺CD4⁺、CD3⁺CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺

表 2 NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞的分布与 CD4⁺/CD8⁺ 比值的 关系分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CD3 ⁻ CD16 ⁺ CD56 ⁺ NK (%)	CD19 ⁺ B (%)
AA 组	比值正常组 20	8.72± 6.32	11.12± 6.31
	比值倒置组 10	11.26± 6.89	12.79± 7.38
	比值超高组 18	8.89± 6.79	10.69± 6.74
低增生性 MDS 组	比值正常组 19	10.59± 6.87	10.93± 6.74
	比值倒置组 12	11.24± 6.85	8.25± 5.84
	比值超高组 17	9.02± 6.73	10.80± 6.26

3 讨论

AA 发病机制目前尚未明确,可能有多种病理机制参与其中,但体外实验以及免疫抑制治疗的疗效已证实免疫介导的造血干细胞损伤在 AA 发病中发挥了重要作用^[3]。低增生性 MDS 是 MDS 的一种特殊类型,即骨髓增生程度低下,它的临床表现与 AA 的相似,均以外周血细胞计数以及骨髓象增生减少为主,且均存在免疫紊乱现象,临床鉴别诊断较

比较无显著性差异 ($P>0.05$), 这可能是由于本研究样本个体之间存在一定差异。CD4⁺/CD8⁺ 比值对 AA 与低增生性 MDS 都存在重要影响, 故本研究根据其参考值范围对两组患者进行分组比较后发现, 在比值正常组中, AA 组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例低于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$), 而两组 CD19⁺B 细胞比例对比无显著性差异 ($P>0.05$); 在比值倒置组中, AA 组 CD19⁺B 细胞比例高于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$), 而两组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例对比无显著性差异 ($P>0.05$); 在比值超高组中, AA 组与低增生性 MDS 组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例及 CD19⁺B 细胞比例对比均无显著性差异 ($P>0.05$)。这充分说明了在不同 CD4⁺/CD8⁺ 比值条件下, AA 与低增生性 MDS 患者 NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞的差异有不同的表现。综上所述, 淋巴细

胞亚群可作为 AA 和低增生性 MDS 鉴别诊断的参考指标。

参考文献

- [1] 李丽娟, 邵宗鸿. 骨髓增生异常综合征造血细胞增殖分化异常研究进展[J]. 中国实验血液学杂志, 2015, 23(5): 1504-1508
- [2] 张梦颖, 马杰, 孙慧, 等. 低、中危骨髓增生异常综合征和慢性再生障碍性贫血患者外周血淋巴细胞亚群分析及其对早期治疗反应的影响[J]. 中国实验血液学杂志, 2014, 22(2): 377-381
- [3] 范雯, 张阳萍. 淋巴细胞亚群在 MDS 和 AA 患者中的变化和意义[J]. 国际检验医学杂志, 2018, 39(20): 2579-2581
- [4] 汪可, 张晓雅, 高涵, 等. 基于 Logistic 回归模型的低增生性骨髓增生异常综合征和再生障碍性贫血的鉴别诊断研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(1): 52-57
- [5] 冯秀梅, 许洪志, 张婧瑶, 等. 再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征和急性髓系白血病患者 CD4⁺T 细胞亚群转录因子表达的变化及其临床意义[J]. 中国实验血液学杂志, 2014, 22(4): 1038-1042

(收稿日期: 2019-05-11)

胃镜活检在胃癌临床诊断中的应用

陈智慧 谢小平 马美春

(广东省韶关市第一人民医院病理科 韶关 512000)

摘要:目的: 探讨胃镜活检在胃癌临床诊断中的应用效果。方法: 选取 2017 年 1 月~2018 年 8 月收治的 68 例疑似胃癌患者作为研究对象, 术前均行胃镜活检, 术中行快速病理诊断, 术后做外科病理诊断, 将外科病理诊断作为金标准, 分析胃镜活检诊断准确率, 细胞分化程度检出率与病理类型检出率。结果: 68 例疑似胃癌患者术后经外科病理诊断, 确诊 65 例, 非胃癌 3 例。将外科病理诊断作为诊断金标准, 胃镜活检的灵敏度为 83.08%(54/65), 特异度为 66.67%(2/3), 准确度为 82.35%(56/68)。与外科病理诊断比较, 胃镜活检的分化不良型检出率较高, 分化型的检出率较低 ($\chi^2=7.270, P=0.007$)。胃镜活检对管状腺瘤的检出率 5.56% 低于外科病理诊断的 30.77%, 乳头状腺瘤检出率 46.30% 高于外科病理诊断的 27.69%, 黏液腺瘤检出率 44.44% 高于外科病理诊断的 24.62%, 印戒细胞瘤检出率 3.70% 低于外科病理诊断的 16.92%, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 术前胃镜活检对胃癌的诊断准确率虽低于外科病理诊断, 但仍可作为胃癌诊断的重要手段。外科病理诊断对胃癌的诊断准确率较高, 可鉴别细胞分化程度。为进一步提高临床胃癌患者诊断的准确性, 临床可将胃镜活检与外科病理诊断相结合。

关键词: 胃癌; 胃镜活检; 外科病理诊断

中图分类号: R446.8

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.068

随着经济水平不断发展, 人们生活习惯的改变, 胃癌的发病率呈逐年上升趋势。胃癌属于消化道恶性肿瘤, 具有较高的死亡率。该病发病隐匿, 初期临床症状并不明显, 不易引起人们重视, 诊断难度相对较大。随着病情进展, 患者常表现出胃痛、黑便、呕血等较为明显的症状, 此时, 患者通常已经处于胃癌晚期, 生存质量及预后均较差。因此, 早诊断、早治疗对胃癌患者生活质量的提高和预后具有重要意义^[1-2]。本研究探讨胃镜活检在胃癌临床诊断中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2018 年 8 月收治的 68 例疑似胃癌患者为研究对象。其中男 44 例, 女 24 例; 年龄 35~65 岁, 平均 (50.23±4.54) 岁; 病程 5 个月~2 年, 平均 (2.98±1.12) 年。患者及其家

属对本次研究知情且自愿签署知情同意书。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 检测方法 所有入组患者均术前先行胃镜活检, 术后行外科病理诊断。胃镜活检方法如下: 通过导管将内窥镜缓慢置入胃部及肠道等处, 根据患者病情选取黏膜组织, 对于平坦型患者选取中央或四周区域; 溃疡型选取接近内侧区域或四周区域; 隆起型选取基底底部或顶部。选取病理组织时, 为提高病理准确性, 需选取 3~5 块病灶进行活检。外科病理诊断: 取材时需根据患者病情选择不同的取材方式, 病灶直径 ≤1.0 cm 需全部取材; 病灶直径 >1.0 cm 需选择性取材, 应选取较为典型的部位。标本选定后, 采用 10% 的甲醛溶液进行有效固定, 之后用石蜡包埋、切片, 最后用苏木精-伊红染色。由临床经验较为丰富的医师, 在光学显微镜下, 对肿瘤组织的分