

文章编号:1005-6947(2005)03-0230-02

· 临床报道 ·

原发性胃恶性淋巴瘤 20 例术前误诊探讨

郑孝国, 张勇

(湖南省常德市第一人民医院 普通外科, 湖南 常德 415000)

摘要:笔者回顾性分析 20 例胃原发性恶性淋巴瘤的诊治情况。20 例术前经 X 线或胃镜检查及活检均误诊。手术切除 20 例, 其中根治性切除 15 例, 姑息性切除 5 例。术后并发腹腔脓肿 1 例, 食道空肠吻合口瘘 1 例。虽然胃原发性恶性淋巴瘤误诊率较高, 但其预后比胃癌好, 所以治疗时, 应积极行根治性手术, 辅以化疗或放疗。

关键词:胃肿瘤/诊断; 恶性淋巴瘤/诊断; 误诊

中图分类号:R735.2; R733.4 **文献标识码:**B

胃原发性恶性淋巴瘤(primary gastric malignant lymphoma, PGML)较少见, 临床表现无特异性, 术前诊断比较困难, 误诊率很高, 可达 90%, 治疗方法和胃其他恶性肿瘤及间质瘤有所不同。现将我院 1994~2003 年收治的 20 例 PGML 诊治情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 14 例, 女 6 例; 年龄 15~80(平均 56)岁。病程: 1~8 年, 平均 30.6 个月。主要表现: 上腹痛和脐周痛 16 例, 黑便 5 例, 暖气、返酸 3 例, 腹部包块 12 例。

1.2 辅助检查及诊断

B 型超声检查 14 例, 提示胃癌或胃部包块 11 例, 未见异常 3 例。钡餐 X 线检查 16 例, 诊断为胃癌 16 例。胃镜及活检病理学检查 20 例, 诊断为胃癌 19 例, 胃溃疡 1 例。CT 检查 11 例, 均提示胃癌。本组 20 例术前均被误诊。

1.3 治疗

本组病例均作手术治疗, 术中见病变位于贲门部 2 例, 胃窦部 14 例, 体部 3 例, 胃底 1 例。病灶最小 2 cm, 最大 13 cm, 5 cm 以上 15 例, 其中 10 cm 以上 6 例。按 Ann Arbor 分期标准, 本组 IE 期 16 例(80%), IIE 期 4 例(20%)。手术方式: 近端胃次全切除术 5 例, 远端胃次全切除术 10 例, 全胃切除术 5 例。术后辅助 CHOP 或 COPP 方案化疗 15 例, 放疗 5 例。

2 结果

2.1 组织学及免疫学检查

20 例切除标本均作病理学检查, 均为非何杰金氏淋巴瘤(20 例)。免疫组化检查 20 例, U 细胞型 2 例, B 细胞型 16 例, T 细胞型 2 例。本组病例均符合 Dawson 诊断标准^[1]。

2.2 手术并发症和死亡

术后并发腹腔脓肿 1 例, 经抗感染及支持治疗后痊愈; 食道空肠吻合口瘘 1 例, 经完全胃肠外静脉营养(TPN)、胃肠减压、抗感染等综合治疗半月后痊愈出院。本组手术近期内无死亡病例。

2.3 随访

术后半年内因继续化疗或放疗本组 20 例均在访。治疗结束后以书信和电话方式随访, 16 例在访。结果如下: 术后半年内无死亡病例; 1 年生存率 100%; 3 年时在访的 15 例病例中死亡 3 例, 3 年生存率 80%; 5 年时在访病例 12 例中死亡 3 例, 5 年生存率 75%。

3 讨论

PGML 发病率低, 仅占胃恶性肿瘤中的 2%~8%, 且其临床表现及辅助检查方面缺乏特异性, 故手术前大多被误诊为胃癌^[2]。然而, PGML 和胃其他恶性肿瘤在治疗方法的选择和治疗效果上有明显区别。在临床实践中, 笔者注意到: 虽然腹痛、腹部包块、黑便等缺乏特异性, 但 PGML 患者在症状已有较长时间, 且体重明显下降或上腹部可触及巨大肿块时, 患者的一段健康状况较好, 无明显贫血和恶病质现象。此时就应该考虑有本病的可能。结合下列情况: (1) 典型的 X 线表现为胃黏膜上多数不规则圆形充盈缺损,

收稿日期:2004-09-27; 修订日期:2004-11-29。

作者简介:郑孝国(1963-), 男, 湖南常德人, 湖南省常德市第一人民医院副主任医师, 主要从事普通外科和肾移植临床方面的研究。

通讯作者:郑孝国 电话:13974262128(手机)。

文章编号:1005-6947(2005)03-0231-02

· 临床报道 ·

结肠癌合并急性肠梗阻:附56例报告

郭继雄, 邓维成, 肖翠兰, 丁国剑, 朱金华, 孔国庆

(湖南省血防所附属湘岳医院 外科, 湖南 岳阳 414000)

摘要:为探讨结肠癌并急性肠梗阻的外科处理原则。笔者回顾性分析结肠癌并急性肠梗阻56例临床资料。结果显示,全组Dukes A期4例,B期28例,C期14例,D期10例。行左半结肠切除吻合术32例,右半结肠切除吻合术21例。左半结肠切除吻合术中并发肠梗阻2例,切口感染和腹腔感染各2例,均治愈;右半结肠癌切除术治愈20例,死亡1例,并发吻合口瘘1例,切口感染4例和腹腔感染2例,均治愈。提示充分术前准备,有效的肠道减压,合理围术期处理,无论右半结肠癌还是左半结肠癌所致急性肠梗阻,绝大部份患者选择一期切除吻合术是安全可行的。

关键词:结肠肿瘤/并发症;肠梗阻/病因学

中图分类号:R735.35;R574.2 **文献标识码:**B

结肠癌是胃肠道中常见的恶性肿瘤,结肠癌并急性肠梗阻者约占结肠癌的8%~23%。笔者1994~2004年共收治结肠癌合并急性肠梗阻56例,其中53例采用一期切除吻合术,疗效满意。现报导如下。

收稿日期:2005-01-11; **修订日期:**2005-02-06。

作者简介:郭继雄(1953-),男,湖南祁阳人,湖南省血防所附属湘岳医院副主任医师,主要从事肝胆胃肠方面的研究。

通讯作者:郭继雄 13908406911(手机)。

呈“鹅卵石样”改变^[3];(2)内镜下以胃体部及大弯侧多灶性、多形性及弥漫性的息肉样、溃疡样及浸润性损害;(3)活组织检查时多点、足量、足够深度(因PGML为黏膜下肿瘤)取材^[3],除常规切片染色检查外,并应用免疫组化检查。可大大提高对本病的诊断率,而降低误诊率。特别是内镜下正确取材后的病理检查和免疫组化检查。

PGML的手术切除率和5年生存率均优于胃癌,并且对放疗和化疗均有良好反应。所以,目前大多数学者仍主张以手术为主的综合治疗。笔者亦有同感,从本组资料看,即使瘤体较大,但肿瘤与周围脏器多为非浸润性粘连,多数能被分离切除,即使侵及邻近脏器也可采取联合切除。在本组6例病灶直径大于10cm者中,有2例就顺利切除了病灶,4例因有腹腔内较广泛转移,作了姑息性切除。由于手术切除了胃原发病灶,能避免可能出现的梗阻、穿孔和大出血等并发症。结合术后辅以适当的放射治疗或化学治疗,能获得较长的生存期,即使瘤体大,或IIE期病例,在切除原发灶后辅以放疗或化疗,亦能获得长期生存。本组瘤体大于10cm者6例中,有2例病灶完全切除者和2例只切除原发灶者,经术后辅助性放疗或化疗生存期超过5年,5年生存率为66.7%。较胃的其他恶性肿瘤的5年生

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男38例,女18例,年龄28~73岁,其中60岁以上40例。左半结肠梗阻34例,右半结肠梗阻22例。腺癌52例,其中4例并结肠血吸虫肉芽肿;黏液癌1例,息肉恶变3例。完全性梗阻38例,不完全性梗阻18例。Dukes分期:A期4例,B期28例,C期14例,D期10例。病程1周28例,1~3周19例,3周以上9例。

存期明显为高。在长期随访中笔者注意到对复发灶和转移灶再次手术切除后辅以放疗或化疗,同样获得较长时间的生存。

因此对PGML在术前或术中若能正确诊断,尽可能采取以手术为主的综合治疗,对提高本病的5年生存率和长期生存率是非常重要的,即使对瘤体较大或与周围脏器有粘连,甚至已有较广泛腹腔淋巴转移病例,在尽可能手术切除原发病灶后,辅以术后放疗或化疗也可获得较好效果。对复发或转移病例,情况允许时,可行病灶再切除辅以放疗或化疗,同样可获得较长生存期,不应放弃。

参考文献:

- [1] Dawson IMP. Primary malignant lymphoid tumor of the intestinal tract report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis [J]. Br J Surg, 1961, 49(2): 80.
- [2] 王吉甫. 胃肠外科学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2000. 350-356.
- [3] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 1992. 1107-1108.
- [4] 王舒宝. 胃原发恶性淋巴瘤诊治中的几个问题 [J]. 实用外科杂志, 1993, 13(2): 82-84.