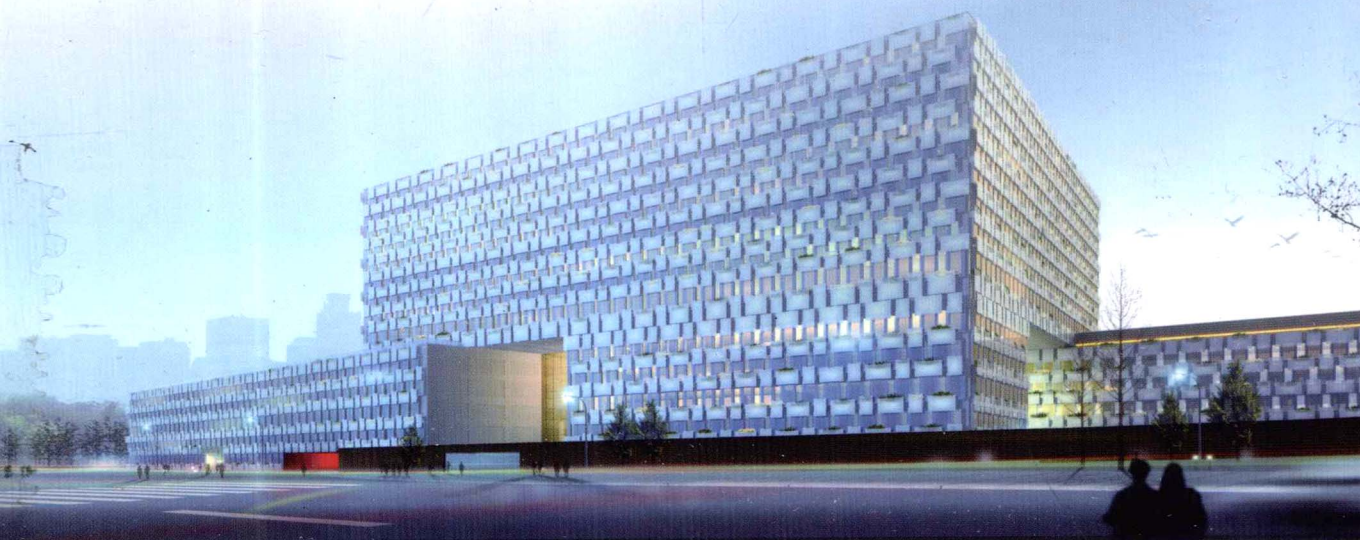


消化疑难病例 诊治分析

主编 徐肇敏 邹晓平



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

消化疑难病例 诊治分析

主 编 徐肇敏 邹晓平
副主编 于成功 诸葛宇征

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化疑难病例诊治分析/徐肇敏等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 8

ISBN 978-7-117-14647-0

I. ①消… II. ①徐… III. ①消化系统疾病: 疑难病—病案—分析 IV. ①R570.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 145553 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

消化疑难病例诊治分析

主 编: 徐肇敏 邹晓平

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 21

字 数: 505 千字

版 次: 2011 年 8 月第 1 版 2011 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14647-0/R · 14648

定 价: 99.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



编委名单

主 编 徐肇敏 邹晓平
副主编 于成功 诸葛宇征
秘 书 陈素玉 彭春艳 徐桂芳

南京大学医学院附属鼓楼医院消化科参编人员(按汉语拼音排序)

艾耀伟 曹 俊 陈隆典 顾 超 贺奇彬 李运红 李振磊
刘明东 卢晓云 吕 瑛 彭春艳 吴 敏 吴毓麟 徐桂芳
徐肇敏 钱 铖 杨 天 杨 健 姚玉玲 于成功 张 明
张建武 张晓琦 诸葛宇征 邹晓平

南京大学医学院附属鼓楼医院其他相关科室参编人员(按汉语拼音排序)

包善华(外科)	蔡后荣(呼吸科)	樊祥山(病理科)
范晓红(老年科)	冯学兵(免疫科)	管文贤(外科)
胡 云(内分泌科)	黄 勤(病理科)	刘宝瑞(肿瘤科)
刘布骏(免疫科)	孟凡青(病理科)	欧阳建(血液科)
潘一明(外科)	钱晓萍(肿瘤科)	仇毓东(外科)
沈山梅(内分泌科)	孙凌云(免疫科)	孙喜太(外科)
田成功(内分泌科)	吴亚夫(外科)	席时富(外科)
谢 敏(外科)	徐天舒(中医科)	曾 平(外科)
张德平(呼吸科)	章宜芬(病理科)	周建新(外科)
朱 斌(放射科)	朱大龙(内分泌科)	

福建省肿瘤医院参编人员

陈素玉

序 一

消化系统疾病机制复杂,临床表现多样,近来细胞分子学、消化内镜学、影像及介入治疗等诊疗技术不断取得新的成果,使过去很难或不能诊疗的疾病获得治疗,但是还有一些消化疑难杂症仍然困扰我们的医护人员,还需要集思广益,深入探索,积累经验,把握正确和完整的病情数据和信息,通过恰当的检查,作出正确的诊断和治疗措施,以挽救患者的生命。

很高兴阅读到南京大学医学院附属鼓楼医院消化科同仁们的书著,他们介绍了自身的临床经验,整理出近年来资料完整的消化疑难疾病的病例,挑选了典型的、有代表性的 70 个病例,这些病例很有特色,如有代表性的肝前性门脉高压的三个门静脉海绵样变性病例,分析不同病因、临床表现以及诊断依据,采取不同的治疗措施;如少见的胰神经内分泌肿瘤的诊断和鉴别诊断;如一个术前、术后都考虑克罗恩病,然后临床表现不支持克罗恩病,因此与病理科一起讨论,比较肠镜下不同表现、临床症状、实验室数据,分析大体和镜下病理特点、进行深入的讨论和鉴别后作出了肠结核诊断;如诊断了较鲜见的自身免疫性胰腺炎、难度较大的肝小静脉闭塞病、下腔静脉肝段缺如病。另外介绍了难度较高的内镜诊断治疗技术,如胰岛素瘤、胃泌素瘤的超声胃镜下定位诊断、胆胰管病变的腔内超声检查和胆胰疾病的支架置入,肝功能失代偿期的 TIPS 支架置入术,以及少见病例,如子宫内膜异位至乙状结肠、梅毒性直肠溃疡和狭窄,因消化系统症状就诊消化科的 POEMS 综合征、继发性淀粉样变性、抗磷脂综合征等。书中所提供的病例都有较完整的临床诊疗资料和疑难疾病讨论记录,包括实验室检查、影像学 and 病理检查和图像。病例讨论较为深入,有病理生理基础和诊疗经验等论述,确实起到了启发交流的作用,对从事消化专业医生有提高业务水平的效果。

我们的许多医务工作者医德高尚,他们勤劳工作,努力钻研着日新月异、飞速发展的先进的诊疗技术。为了达到更高的治疗水平,要求医生们进行数十年的经验积累,在实践中掌握发病机制,以更好的诊疗技术为患者服务。

本人深感编者们在日常工作中可贵的钻研和敬业精神,为此,我乐于为之作序。

张志宏
2011 年 2 月

序 二

对于临床医生而言,正确的临床思维十分重要,只有掌握正确的临床思维才能对疾病作出正确的诊断和治疗;首先医生要有扎实的医学基础知识,努力接受、学习新知识和新技术;其次培养自己的临床思维能力,即如何询问病史、如何倾听患者的陈述,在诊疗过程中尽快地辨明患者的主要症状和症候群,然后根据这些症状提出可能的诊断和鉴别诊断的判断,并进行针对性的询问、体格检查和必要的化验、影像、内镜检查等,即使在当今许多针对消化系统疾病的先进技术、新设备广泛应用,然而临床思维仍然要主宰一切诊断和治疗活动。

医生在诊疗特殊、复杂的疑难病例时,需要依靠有完整的临床资料,正确可靠的病史,仔细的体格检查,临床实验室检查、病情的变化以供分析和推理,寻找发病机制,才能正确诊治各类疾病。所以,要成为医德高尚、技术精湛的医务工作者,必须努力积累经验并具有救死扶伤的精神。

南京大学医学院附属鼓楼医院是一所百年老院,在业内享有盛名。消化科有其相当的业务和技术实力,在2010年被卫生部评为重点临床学科。消化内科同仁们又编写了这本《消化疑难病例诊治分析》手册,体现了他们团队的工作秩序井然,三级查房制度严格,教学有方,有良好的敬业精神。

书中所提供的病例都有较完整的临床诊疗资料和疑难疾病讨论记录,病例讨论较为深入,介绍了他们的诊疗经验;本书与教科书不同,它是锻炼中、青年医生临床思维的好教材,有益于提高临床诊治水平;为此,特为之作序以致读者。

许国铭

2011年2月

前言

南京大学医学院附属鼓楼医院消化科成立于 1953 年,由著名的消化病专家吴锡琛、张志宏教授创建,1954 年建立胃镜室,1960 年起消化科被卫生部认定为全国高级消化医生进修基地。一直以来是江苏省、南京市的消化重点学科。消化科是南京大学、武汉大学、东南大学、南京医科大学、南京中医药大学的博士和硕士培养点,也是中华医学会和中国医师协会认定的消化内镜医生培训基地,2010 年 12 月又被卫生部评定为全国消化临床重点学科。

南京大学医学院附属鼓楼医院消化科拥有专科门诊、病房、消化内镜中心、消化介入治疗中心、B 型超声检查室和消化实验室 6 个部门;分为消化内镜、胃肠病、肝病、胆胰疾病 4 个亚专科。每年收治许多来自各地的疑难病例和完成高难度的内镜下治疗技术,作为教学医院我们严格的执行三级查房制度、定期举行疑难病例讨论会。

本书构思于 2008 年,自 2009 年起我们汇总、整理了消化科的疑难病例,精心挑选了近六年来资料完整、有代表性的消化系统疑难、少见病例共 70 例。收集并整理这些病例,包括较完整的临床诊疗资料,实验室检查、内镜、影像学、病理学检查和图片,较完整的疑难疾病讨论记录,分析诊治过程中的思路和最后的诊断、治疗结果。全书分为 7 个章节,包括胃疾病、肠疾病、肝胆疾病、胰腺疾病、胰相关神经内分泌疾病、腹水和少见疾病;望此书能对消化专业年轻医师有帮助。由于笔者的水平有限,个别病例未得到病理学依据,敦请同道们指正。

在完成本书的书写中,我们得到兄弟科室的支持和帮助,在此衷心的感谢!感谢普外科、病理科、内分泌科、免疫科、肿瘤科、血液科、呼吸科的主任及同仁们对于消化科的帮助和支持以及提供的病例资料;感谢放射科提供的影像图片;感谢病案室的帮助。另外,感谢我消化科的同仁们,没有你们全心全意为患者服务的精神、没有你们对医疗事业的贡献,就不可能完成此书;在此还要感谢本书的工作秘书徐桂芬、陈素玉、彭春艳三位医生为此书作了大量的文字工作。

徐肇敏 邹晓平

2011 年 5 月

目 录

第一章 胃疾病	1
病例 1 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤	1
病例 2 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤	6
病例 3 原发性胃、十二指肠恶性淋巴瘤	11
病例 4 贲门腺癌	16
病例 5 胃窦腺瘤伴高级别上皮内瘤变	18
病例 6 胃间质瘤	22
病例 7 胃神经鞘瘤	27
第二章 肠疾病	31
病例 8 肠恶性 T 细胞淋巴瘤	31
病例 9 原发性肠淋巴瘤, 孕 21 周	36
病例 10 原发性肠淋巴瘤可能, 脾脏多发占位	40
病例 11 鼻型 NK/T 细胞淋巴瘤	44
病例 12 克罗恩病, 病变累及小肠	51
病例 13 克罗恩病, 病变累及回、结肠; 部分结肠切除术后	55
病例 14 克罗恩病, 病变累及幽门-十二指肠	59
病例 15 克罗恩病 英利昔单抗治疗	62
病例 16 溃疡性结肠炎, 慢性乙型肝炎	66
病例 17 肠结核(曾疑诊克罗恩病)	71
病例 18 嗜酸细胞性胃肠炎(浆膜型)	77
病例 19 十二指肠乳头腺瘤伴上皮内瘤变	80
病例 20 肠系膜上动脉栓塞, 急性坏死性小肠炎	84
第三章 肝胆疾病	91
病例 21 原发性胆汁性肝硬化	91
病例 22 肝内胆汁淤积症	95
病例 23 门静脉海绵样变性, 原发性血小板增多症	100
病例 24 门静脉海绵样变性, 先天性门静脉发育异常可能	104

病例 25	继发性门静脉海绵样变性可能;盆腔巨大血管瘤	108
病例 26	食管静脉曲张破裂出血(TIPS 治疗)	112
病例 27	遗传性出血性毛细血管扩张症	118
病例 28	布-加综合征(下腔静脉隔膜型)	123
病例 29	下腔静脉肝段缺如,胃扭转	127
病例 30	肝小静脉闭塞病(服用土三七所致)	131
病例 31	肝小静脉闭塞病	137
病例 32	左肝内胆管黏液性囊腺瘤,伴灶性癌变	142
病例 33	肝外胆管癌	146
病例 34	近肝门部胆管癌	152
病例 35	肝门胆管癌	155
第四章	胰腺疾病	160
病例 36	韦尼克脑病,急性复发性胰腺炎	160
病例 37	急性重症胰腺炎;胰假性囊肿——十二指肠瘘	163
病例 38	胰腺假性囊肿,左侧门脉高压	167
病例 39	先天性胰腺发育不全	171
病例 40	无痛性酒精性慢性胰腺炎	176
病例 41	局限性自身免疫性胰腺炎	181
病例 42	自身免疫性胰腺炎,乳糜腹水	187
病例 43	胰腺导管内乳头状黏液癌,伴双肺转移	192
病例 44	胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤	198
病例 45	胰腺导管内乳头状黏液腺癌	201
病例 46	胰腺腺鳞癌	205
病例 47	胰腺神经内分泌腺癌,浸润脾动脉	209
第五章	胰相关神经内分泌肿瘤	215
病例 48	胰源性左侧门脉高压,无功能性胰岛细胞癌	215
病例 49	胰岛素瘤(超声胃镜定位诊断)	219
病例 50	胰岛素瘤	224
病例 51	胰高血糖素瘤综合征	229
病例 52	胰腺高分化内分泌肿瘤(1b 型)	234
病例 53	胰周胃泌素瘤	240
第六章	腹水	245
病例 54	胰性腹水,特发性慢性胰腺炎	245
病例 55	结核性腹膜炎	249
病例 56	乳糜性腹水	253
病例 57	腹水,缺血性心肌病,陈旧性心肌梗死	257

病例 58	腹水,系统性红斑狼疮	260
病例 59	癌性腹水	264
第七章	少见疾病	268
病例 60	POEMS 综合征	268
病例 61	不完全性 POEMS 综合征	272
病例 62	抗磷脂综合征,结缔组织病	275
病例 63	多发性骨髓瘤,继发淀粉样变性	279
病例 64	成人巨结肠,贲门失弛缓症	283
病例 65	脾静脉阻塞综合征	288
病例 66	乳糜泻	292
病例 67	子宫内膜异位症,异位至乙状结肠	295
病例 68	支气管胆瘘	299
病例 69	梅毒,直肠溃疡伴狭窄	302
病例 70	获得性免疫缺陷综合征	306
附录 1	缩略语(中英对照)	310
附录 2	南京大学医学院附属鼓楼医院检验项目参考值	314

胃 疾 病 第一章

病例 1 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤

难点:胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤(MALT)的诊断,熟悉 MALT 的胃镜、超声胃镜下表现。

一、病历摘要

患者,男,30岁,于2005-12-06入院。

(一) 主诉

反酸1个月。

(二) 现病史

患者1个月来无明显诱因出现反酸,伴上腹隐痛不适,无呕吐、呕血,无食欲下降,体重无明显下降。服用抑酸药后症状缓解。胃镜见胃角前壁约2.0cm×2.5cm的不规则溃疡,周边黏膜皱襞有融合;病理见异型淋巴组织,幽门螺杆菌(+);收住消化科诊治。

(三) 既往史

否认肝炎、结核病史,否认糖尿病、高血压病史、否认长期饮酒史。

(四) 查体

T:36.8℃,P:75次/分,R:20次/分,BP:120/70mmHg。神清,皮肤巩膜无黄染,全身浅表淋巴结未及肿大。心、肺未见异常。腹平软,未见胃肠型及蠕动波,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,Murphy征阴性,肝肾区无叩击痛,移动性浊音(-),双下肢无水肿。

(五) 辅助检查

血常规:WBC $10.1 \times 10^9/L$,RBC $5.35 \times 10^{12}/L$,Hb157g/L,PLT $232 \times 10^9/L$ 。尿常

规、粪常规正常。生化全项:ALT 42.8U/L,GGT 56.9U/L,血糖 6.55mmol/L,其他正常。凝血三项正常。肝炎全项正常。胸片未见异常。

二、入院后诊治经过

1. 入院诊断 胃溃疡性质待定,胃淋巴瘤?

2. 入院后上级医生查房 青年男性,明显反酸 1 个月,伴上腹隐痛、腹胀,无呕血、黑便,查体未见异常,胃镜见胃角前壁处溃疡,中央见黏膜岛,周边黏膜皱襞有融合,病理示异型淋巴组织。患者的镜下溃疡特点为:形态不规则,与常见消化性溃疡的圆形或椭圆形的表现不同,周边皱襞有融合,伴异型淋巴组织;因此考虑胃淋巴瘤的可能性大。原发性胃淋巴瘤病变起源于胃黏膜下淋巴样组织,属于非霍奇金病,其中的胃黏膜相关淋巴瘤(MALT 淋巴瘤)属低度恶性,可长期局限于黏膜下层及固有肌层生长,幽门螺杆菌抗原的存在与其发病有密切的关系,早期 MALT 淋巴瘤应用抗幽门螺杆菌药物治疗可改善病情。患者的胃镜及病理都未能确诊淋巴瘤,为明确诊断,行超声胃镜检查、再取活检组织,目前先予抑酸药和抗幽门螺杆菌治疗。

3. 胃镜、超声胃镜检查 胃角前壁可见一不规则凹陷性溃疡,大小约 4cm×3cm,溃疡表面覆以薄白苔(图 1-1),周边黏膜皱襞融合;超声胃镜:病灶处胃壁明显增厚,以黏膜下层增厚为主(图 1-2),最厚处达 1.1cm,周围无肿大淋巴结,诊断胃淋巴瘤可能。活检病理:见异型淋巴细胞,建议免疫组化检查或者再次胃镜取得活检标本,幽门螺杆菌阳性。

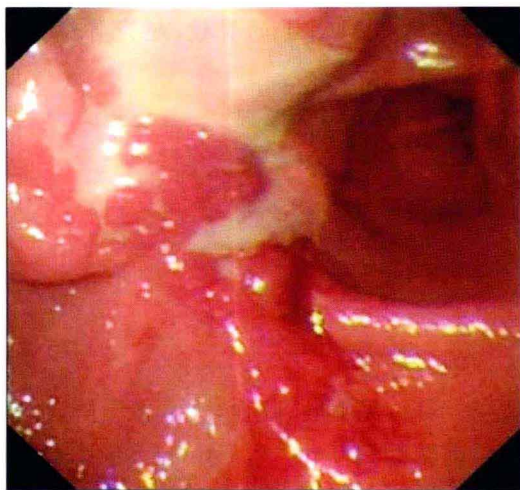


图 1-1 胃镜见胃角溃疡

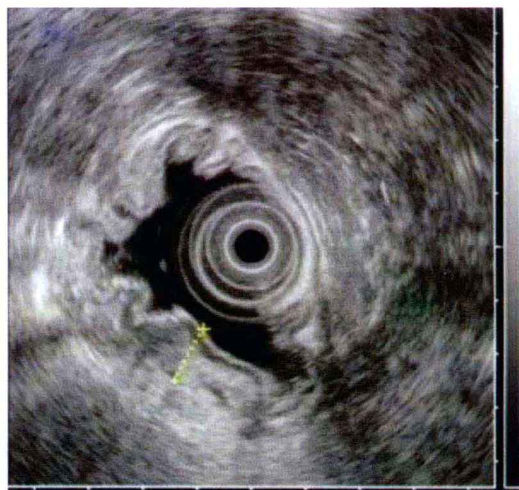


图 1-2 内镜超声见病灶处胃壁明显增厚,以黏膜下层增厚为主

4. 胸腹部 CT 两肺未见异常,两侧胸腔未见积液,增强后无异常强化。肝脏、胆囊、胰腺、脾脏、双肾及肝内外胆管无异常,后腹膜未见肿大淋巴结。胃壁呈波浪状增厚。

5. 胃肠钡餐 胃角前壁一侧充盈缺损,其内见条状龛影,局部胃壁不光整,大弯侧壁光滑,尚柔软,总结 X 线所见并结合临床,符合胃淋巴瘤。

6. 腹部彩超 脂肪肝,胆囊、肝内外胆管、胰腺、脾脏未见明显异常。

7. 外科手术 临床高度怀疑胃淋巴瘤,要求免疫组化检查或者再胃镜取活检标本,患

者坚决要求手术治疗。外科会诊考虑有手术指征,转入外科。胃角前壁可及 2.0cm×2.0cm 浸润性溃疡病灶,界限不清,未侵及浆膜层,胃周、肝十二指肠韧带无肿大淋巴结。肝门及腹腔淋巴结无肿大,腹腔未发现肿瘤转移病灶,脾门淋巴结不肿大。行下半胃切除术(毕Ⅱ术)。术中快速病理诊断:胃近切缘,黏膜组织慢性炎。胃远切缘,黏膜组织慢性炎伴淋巴组织高度增生。术后病理诊断:肿块大小 4.0cm×2.5cm×0.2cm,瘤组织侵及肌层,手术上下切缘、环切及送检吻合圈未见肿瘤组织残留。周围淋巴结 12 枚未见肿瘤细胞转移。免疫组化:CD43(++)、CD5(+),CD45Ro(-),CD20(+++),CD79α(+++),CD10(-),CD21(±)。

8. 术后病理诊断 胃角前壁恶性淋巴瘤,B 系,黏膜相关型(MALT)。

9. 术后病例分析 黏膜相关淋巴组织淋巴瘤,瘤组织侵及肌层,无腹腔淋巴结转移,切缘未见肿瘤组织残留,属于胃 MALT 淋巴瘤分期 I 期,术后不需行化疗治疗。术后给予患者抗幽门螺杆菌治疗,根除幽门螺杆菌。

10. 预后 追踪观察患者病情、复查胃镜,至 2011 年 1 月已 5 年,健康存活。

三、最后诊断及诊治总结

最后诊断:胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤(MALT)。

(一) 病例特点

1. 患者 青年男性,反酸 1 个月。

2. 胃镜 胃角前壁不规则凹陷性 4cm×3cm 的溃疡,周边黏膜皱襞有融合,幽门螺杆菌阳性;超声胃镜:病灶处胃壁明显增厚,以黏膜下层增厚为主,最厚处达 1.1cm,周围淋巴结无肿大。活检病理:异型淋巴细胞。

3. 外科手术 胃角前壁可扪及 2.0cm 大小的浸润性溃疡病灶,界限不清,未侵及浆膜层。术后病理肿块大小 4.0cm×2.5cm×0.2cm,瘤组织侵及肌层。

4. 免疫组化诊断 胃恶性淋巴瘤,黏膜相关型,B 系。12 枚胃周淋巴结未见肿瘤细胞。

(二) 诊治总结

本例患者胃镜表现高度怀疑胃淋巴瘤,但是活检病理仅见异型淋巴细胞;术后病理免疫组化诊断为胃恶性淋巴瘤,黏膜相关型,B 系。由于淋巴瘤病变起源于胃黏膜下淋巴样组织,而胃镜活检钳取的组织量小、深度较浅或者钳取点过少,因此难以得到病理确定诊断和分类,导致胃镜活检病理、术后病理结果不完全相同。

超声胃镜见胃壁全层明显增厚,黏膜下层增厚为主,对于淋巴瘤的诊断有一定意义。

对于幽门螺杆菌阳性的早期 MALT 淋巴瘤治疗可以选择药物根除幽门螺杆菌,部分患者可达到完全缓解目的,但是对于浸润超过黏膜肌层者、特别已经侵及肌层的 MALT 淋巴瘤患者,根除幽门螺杆菌治疗无效或疗效很差。由于患者瘤组织仅侵及肌层、无淋巴结浸润,分期为 I 期,术后不需要化疗,预后良好。

四、点评

1983 年 Isaacson 和 Wright 首先提出黏膜相关淋巴组织(mucosa-associated lymphoid tissue, MALT)概念,胃 MALT 淋巴瘤在病因学、病理学、免疫表型和临床转归上,都有其自身特点。1997 年 WHO 将它命名为黏膜相关性恶性淋巴瘤(MALT)。原发性胃 MALT

淋巴瘤属于非上皮性胃恶性肿瘤,原发于胃黏膜下淋巴组织,与胃癌相比较少见。

(一) 原发性胃 MALT 淋巴瘤病因

目前胃 MALT 淋巴瘤的发病机制尚不十分清楚,但大量研究认为幽门螺杆菌(HP)感染与胃 MALT 淋巴瘤的发病有较强的相关性。正常胃黏膜内缺乏淋巴组织,幽门螺杆菌感染导致黏膜淋巴细胞浸润,并可出现淋巴滤泡,这种获得性的淋巴组织是胃壁发生淋巴瘤的基础。幽门螺杆菌感染后可能通过二条途径导致胃 MALT 淋巴瘤的发生:①通过炎症机制对胃上皮的间接作用;②细菌通过蛋白调控机制和基因调控机制对胃上皮的直接作用。有研究指出胃 MALT 淋巴瘤中幽门螺杆菌的检出率为 88.8%,而且 77.5%的胃 MALT 淋巴瘤可以用根除幽门螺杆菌的方法来治愈。但幽门螺杆菌感染后仅有小部分人才有可能产生 MALT 淋巴瘤,而且 10%~40%的 MALT 淋巴瘤患者没有发现幽门螺杆菌感染。这说明幽门螺杆菌感染并不是胃 MALT 淋巴瘤发生的唯一原因。其他因素如环境、微生物以及遗传等,也在胃淋巴瘤发病中起着重要作用。

(二) 胃 MALT 淋巴瘤临床特点

1. 临床表现 胃 MALT 淋巴瘤的临床症状及体征无特异表现,可出现上腹部胀痛不适、贫血、体重下降、不明原因发热等。

2. 实验室检查 部分患者出现血沉增快,CA125 水平升高、贫血等,血清幽门螺杆菌抗体阳性。

3. 胃镜特点 本病的胃镜所见较为复杂多样,有作者提出分为浅表型、粗大皱襞型、巨大结节型、溃疡型、混合型。认为病变多变,不规则或地图样溃疡多见,溃疡边缘增厚隆起似火山口状,周围有较大皱襞。肿瘤多位于胃体下部和(或)胃窦部,多表现为单个或多个巨大浅表性溃疡。病灶质地偏硬,但大部分患者的黏膜尚可被活检钳拉起,原因是纤维组织增生很少,这也是与进展期胃癌在内镜下鉴别的重点。如患者胃体下部和(或)胃窦部溃疡,经抑酸药物治疗后溃疡不愈合或增大者,需要考虑该病可能。胃镜下活检对诊断该病具有重要价值。胃 MALT 淋巴瘤可由胃镜活检明确,但钳取的组织量小、深度较浅和钳取点过少,常不利于病理分类和确定病变范围。提倡用大口径活检钳,理由是胃淋巴瘤的一些高恶性度成分存在于胃壁深处,常规的小活检钳难于取到。另一方面,胃淋巴瘤呈现多灶性病变,主张多处钳取标本,才能正确判定病变的平面范围或检出多发性病灶,还可避免转化中或已转化的高恶性度病变。

4. 超声胃镜 超声胃镜在评价胃淋巴瘤的侵犯深度以及邻近器官和淋巴结受侵的作用受到推荐,它还是根除幽门螺杆菌后或其他治疗效果评价的主要手段。有学者把淋巴瘤的胃壁浸润分为四型,即表面型、弥漫浸润型、肿块型和混合型,并把胃壁最大厚度和胃壁五层结构的完整性和回声情况综合起来判断病变类型和淋巴结状态,但对诊断胃淋巴瘤的平面范围和多发病灶而言不是一种敏感的方法。

5. 病理特点 形态学特征依次为结节型、多发溃疡和糜烂、表浅凹陷、肥厚增生性黏膜皱襞、黏膜下肿块。病理组织学特点:①中心细胞样(CCL)肿瘤细胞,为最常见类型。该细胞体积较小,核形态轻度或高度不规则,染色体粗块状,无核仁,胞浆比较丰富,染色淡;②淋巴上皮病变,肿瘤性小细胞灶性侵入上皮内,破坏固有腺体,再现了 MALT 起源的肿瘤细胞趋向于黏膜的特性。③淋巴细胞滤泡样增生。表现为滤泡边缘区肿瘤细胞增殖,边缘区扩大,肿瘤细胞侵入和逐渐取代原有滤泡,称为生发中心植入,形成融合的片块。④浆细胞分

化,有时病变中可出现大量反应性浆细胞,一般在黏膜上皮下或肿瘤周围,肿瘤细胞内较少。

(三) 2010 年 NCCN 指南(表 1-1)

表 1-1 胃 MALT 淋巴瘤分期:不同分期系统的比较

胃肠道淋巴瘤的 Lugano 分期系统		适用于胃淋巴瘤的 TNM 分期系统	Ann Arbor 分期系统	肿瘤范围
I 期	局限于胃肠道(单个原发病灶或多个非连续性病灶)	T ₁ N ₀ M ₀	I _E	黏膜、黏膜下层
		T ₂ N ₀ M ₀	I _E	肌层
		T ₃ N ₀ M ₀	I _E	浆膜层
II 期	扩散到腹腔			
	II ₁ :局部淋巴结受累	T ₁₋₃ N ₁ M ₀	II _E	胃周淋巴结
	II ₂ :远处淋巴结受累	T ₁₋₃ N ₂ M ₀	II _E	更远部位淋巴结
II _E 期	突破浆膜层累及邻近器官或组织	T ₄ N ₀ M ₀	I _E	侵及邻近结构
III-IV 期注	弥漫性结外受累或伴有横膈上淋巴结受累	T ₁₋₄ N ₃ M ₀	III _E	横膈两侧淋巴结/远处转移(例如:骨髓或者其他结外部位)
		T ₁₋₄ N ₀₋₃ M ₁	IV	

注:MALT 淋巴瘤中的多个结外部位受累,在生物学上不同于其他淋巴瘤中的多个结外部位受累,前者可以通过分别切除或放射治疗每个结外受累部位,相反的,有弥漫淋巴结受累的 MALT 淋巴瘤的生物学行为,更像淋巴结 MZL 或弥漫性 FL。

(四) 胃 MALT 淋巴瘤治疗和预后

包括抗幽门螺杆菌治疗,手术、化疗、放疗等。

1. 抗幽门螺杆菌治疗 根除胃的幽门螺杆菌感染,能使胃淋巴瘤消退,目前已广泛采用抗幽门螺杆菌治疗作为胃 MALT 淋巴瘤的基础治疗。早期低恶性度 MALT 胃淋巴瘤在根除幽门螺杆菌后,肿瘤的完全消退率达 77%,因而有人主张把抗幽门螺杆菌治疗作为低恶性胃淋巴瘤的首选治疗。但是抗幽门螺杆菌并非对所有原发性胃 MALT 淋巴瘤患者有效,可能存在幽门螺杆菌非依赖型肿瘤。2001 年美国 DDW 会议上发表的一项研究发现:幽门螺杆菌阳性的 MALT 淋巴瘤在根除幽门螺杆菌后 6~18 个月中,56%的淋巴瘤消退,而幽门螺杆菌阴性者无 1 例消退;幽门螺杆菌阳性、超声胃镜未发现肿大淋巴结的患者中,完全消退率 79%,淋巴结受累或肿瘤浸润超过黏膜肌层者,根除幽门螺杆菌治疗几乎无效或疗效很差;胃远端的病灶对根除幽门螺杆菌治疗更敏感;完全消退一般发生在治疗 6 个月,判断无效要在治疗 1 年后才能作出;治疗后的评价主要依据病理组织学。因此是否采用根除幽门螺杆菌治疗,要根据肿瘤范围、浸润深度、有无周围淋巴结肿大、抗幽门螺杆菌治疗的结果等综合考虑,以获得最好的疗效。

2. 手术治疗 手术治疗也是胃 MALT 淋巴瘤的重要方法,对于低度或中度恶性肿瘤,病变小于 10cm,无淋巴结转移,可行标准 D2 胃次全切除术;对淋巴结转移,不主张扩大淋巴结清扫,但术后应辅以化疗。高度恶性 MALT 肿瘤或胃周的淋巴结已受侵犯,应行手术切除附加放疗或化疗。病灶大于 10cm,或累及全胃的多灶性病变,应行全胃切除术,但需要慎重。

3. 化疗 因 MALT 淋巴瘤多为多灶性病变,单纯手术治疗难以切除病灶,需要与化疗相结合,而病变在Ⅲ期和Ⅳ期的患者,化疗作为首选的治疗方法。化疗方案为 CHOP。

(彭春艳 刘明东 张晓琦 徐肇敏)

病例 2 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤

难点:胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤Ⅲ/Ⅳ期的诊断,化疗+全胃切除治疗。

一、病历摘要

患者,女,74岁,于2010-02-08入院。

(一) 主诉

上腹隐痛、消瘦半年。

(二) 现病史

患者半年来无明显诱因出现上腹持续性隐痛,能忍受,进食后稍加重,伴反酸、嗝气,无呕吐、黑便,无发热,服用抑酸药后症状稍缓解,半年来体重下降约10kg;2天前胃镜见贲门稍狭窄,贲门、胃底、胃体至胃角黏膜明显增生、肥厚、多发浅溃疡和结节样隆起(图2-1,图2-2,图2-3),胃窦黏膜光滑,诊断胃淋巴瘤可能;收入老年科。

(三) 既往史

否认肝炎、结核病史,否认糖尿病、高血压病史。有子宫肌瘤史。

(四) 查体

T:36.1℃,P:79次/分,R:18次/分,BP:146/64mmHg。神清,皮肤巩膜无黄染,全身浅表淋巴结未及肿大;心、肺查体未见异常;腹平软,未见胃肠型及蠕动波,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,Murphy征阴性,肝肾区无叩击痛,移动性浊音阴性,双下肢无水肿。

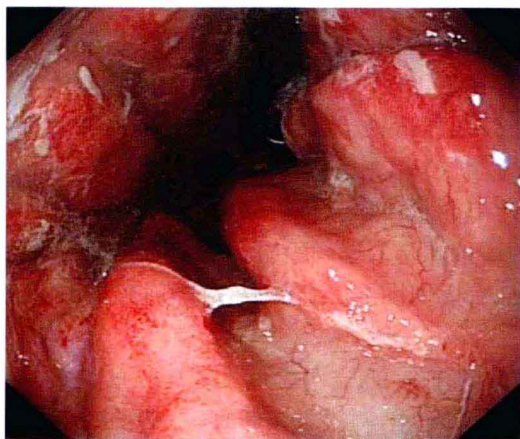


图 2-1 胃体见溃疡和糜烂

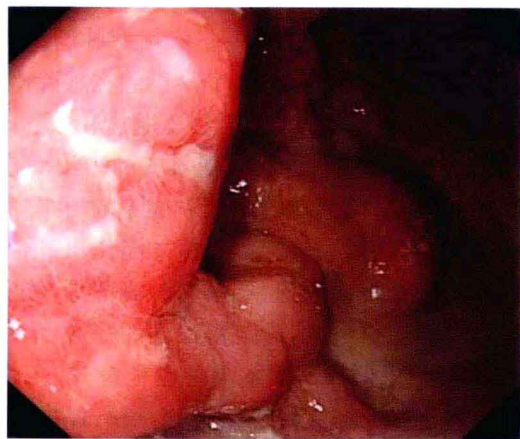


图 2-2 胃角溃疡

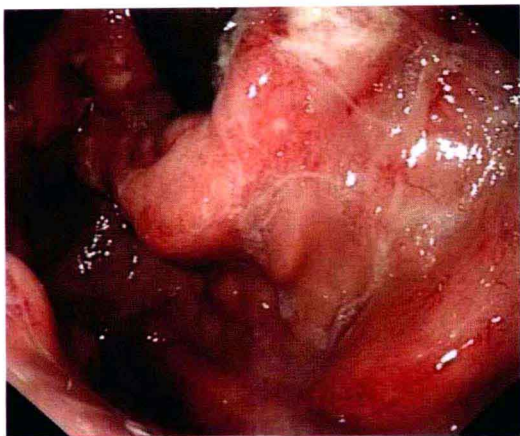


图 2-3 贲门水肿隆起

(五) 辅助检查

血常规:WBC $8.4 \times 10^9/L$, N 83.5%, RBC $3.54 \times 10^{12}/L$, Hb 115g/L, PLT $164 \times 10^9/L$ 。尿常规、粪常规正常;生化全项:ALT 24.7U/L, GGT 236.1U/L, GLU 4.20mmol/L, 其他正常。CA125 61.50U/ml, 凝血四项正常;肝炎病毒全部阴性。超声胃镜:胃壁全层明显增厚, 层次欠清, 可见胃壁外淋巴结。心电图:窦性心动过缓, 室性期前收缩, QT 间期延长。胸片正常。

二、入院后诊治经过

1. 入院诊断 胃淋巴瘤?

2. 入院后上级医生查房 患者为老年女性, 半年来上腹隐痛伴消瘦, 体重明显下降, 查体无阳性体征, 胃镜考虑胃淋巴瘤, 确诊等待病理报告。需与下列疾病鉴别:①胃息肉:本病是胃黏膜上皮良性病变, 表现为结节样隆起;②胃血管瘤:多为血管球瘤, 常见于胃窦部, 由于质地较硬, 易误诊为恶性肿瘤。为明确诊断还需行肿瘤标记、腹部彩超, CT、骨髓涂片检查。腹部彩超:脂肪肝, 胆囊、肝内外胆管、胰腺、脾脏未见异常。肝门部和腹主动脉周围可见多个实质性低回声光团, 境界清晰, 内部回声不均匀, 最大约 $1.78\text{cm} \times 1.71\text{cm}$, 诊断腹腔淋巴结肿大。胃镜病理诊断:黏膜相关淋巴组织淋巴瘤;免疫组化:肿瘤细胞表达:CD20(+), CD79 α (+), CD10(-), CD3(-), CD7(-), CD45Ro(-)CK(-), Bcl-6 散在(+), Bcl-2 散在(+), Ki67 约 10%(+)。

3. 骨髓涂片检验报告 骨髓增生活跃, 粒、红、巨核三系均增生活跃, 可见到形似淋巴瘤细胞占 1.5%。肿瘤标记:CA125 61.50U/ml, 其他正常。

4. 入院后第 5 天肿瘤科、血液科、消化科、老年科会诊意见 ①关于诊断问题:胃镜诊断胃淋巴瘤, 病灶自贲门、胃体至胃角, 病变范围较广, 病理诊断为黏膜相关淋巴组织淋巴瘤。超声胃镜显示胃壁全层明显增厚, 层次欠清, 见胃壁外淋巴结;腹部彩超见腹腔淋巴结肿大;因此可能病变已经发生腹腔转移;骨髓涂片病理见形似淋巴瘤细胞占 1.5%;目前可诊断为黏膜相关淋巴组织淋巴瘤Ⅳ期 B 组。②治疗措施:由于胃内病变范围较大, 伴腹腔淋巴结肿大, 骨髓涂片见形似淋巴瘤细胞, 因此首先行化疗治疗, 新的化疗药物及方案对原发性胃淋巴瘤有较好的治疗效果;但是靶器官的切除也是必要的, 决定根据化疗治疗的反应