fracture treatment applying internal stabilization method[J]. Coll Antropol, 2007, 31(4): 1015-1018.
[2] 严 笑, 雷书红, 任占良, 等. 胫骨骨不连的原因分析及治疗[J]. 临床骨科杂志, 2005, 8(4): 345-346.
[3] Sluzalek M, Gazdzik T S, Mrozek S, *et al*. External fixation in the treatment of severe tibial fractures complicated by soft tissue injury[J]. Ortop Traumatol Rehabil, 2004, 6(1): 103-112.
[4] Epari D R, Kassi J P, Schell H, *et al*. Timely fracture-healing requires optimization of axial fixation stability[J]. J Bone Joint Surg Am, 2007, 89(7): 1575-1585.
[5] 艾合麦提·玉素甫, 陈统一, 王晓峰, 等. 应用Ilizarov技术治疗长管状骨缺损性骨不连[J]. 中华骨科杂志, 2006, 26(4): 247-251.
[6] 马树枝, 王序全, 许建中, 等. 骨外固定加压治疗胫骨骨折内固定失败的疗效观察[J]. 中国骨伤, 2005, 18(3): 132-134.
[7] Rohde C, Greives M R, Cetrulo C, *et al*. Gustilo grade ⅢB tibial fractures requiring microvascular free flaps: external fixation versus intramedullary rod fixation[J]. Ann Plast Surg, 2007, 59(1): 14-17.

(编辑 栗 嘉)

# 个案与短篇

文章编号:1000-5404(2008)08-0686-01

## 胃黏膜相关性淋巴组织淋巴瘤1例

宋 强,郑伟刚,卢贺华 (山东德州市立医院普通外科,山东 德州 253012)

### 1 临床资料

患者,男性,68岁,因"上腹部饱胀不适伴烧心1年余,加重1个月余"于2004年1月27日入院。查体:体温36.0 ℃,脉搏80次/min,呼吸18次/min,血压120/75 mmHg,全身浅表淋巴结未触及肿大,腹部查体无明显阳性体征。胃镜检查示:胃窦部可见两处浅表性溃疡周围黏膜可见结节状隆起。术前病理活检诊断为:胃窦黏膜急、慢性炎伴坏死渗出溃疡形成,固有层内多量淋巴细胞、浆细胞浸润聚集。2004年1月30日行远端胃大部切除术,术中所见:胃周未触及肿大淋巴结,胃壁远端弥漫性增厚近胃窦部可触及结节约3.0 cm×2.0 cm大小。沿胃中部纵行切开胃壁,自胃腔内探查见胃远端黏膜均呈小结节类鹅卵石样改变,胃浆膜无异常。术后病理:胃窦部见呈片状浸润的小的异型淋巴细胞,伴浆样分化,肿瘤主要分布于黏膜、黏膜下层,黏膜层见较多浆细胞,并见淋巴上皮病变,结合免疫组化示:肿瘤细胞CD20(+++),CD79a(+++),Bcl-2(+),CD3(-),CD5(-),CD43(-),cyclin D1(-),Ki-67(+ <5%),CD23(-),符合胃黏膜相关淋巴组织型结外边缘带B细胞淋巴瘤,低度恶性,瘤体大小6 cm×5 cm×0.4 cm。肌层未见明确受累。下切缘未见肿瘤。上切缘黏膜、黏膜下层见灶状增生的淋巴组织,其中一块增生的淋巴组织呈片状,细胞形态与肿瘤形态相同,考虑为肿瘤浸润。大、小弯淋巴结未见肿瘤累及(分别为0/13、0/17)。诊断:低度恶性胃MALT淋巴瘤($I_E$期)。术后未行放、化疗,随诊3年无复发表现。

### 2 讨论

胃MALT淋巴瘤属胃原发性恶性淋巴瘤的一类,属于上皮性胃恶性肿瘤,原发于胃黏膜下淋巴组织,本病的诊断标准是患者的临床症状单一或主要表现在胃肠道,病灶局限或原发于胃[1]。该病占胃恶性肿瘤的1.0%~8.0%,占胃肉瘤的80%左右,男性多于女性。胃幽门螺杆菌感染与胃低度恶性MALT型淋巴瘤的发生密切相关。临床表现:多以上腹隐痛为首发表现,上腹痛、体质量减轻和厌食为本病的主要症状,而上腹压痛、肿块和贫血是本病的主要体征。

胃MALT淋巴瘤可发生在胃的任何部位,最常见于胃窦部,其次为体部、贲门、幽门[2]。肿瘤大体类型可分为:①结节型;②溃疡型;③弥漫浸润型。低度恶性:大体上常呈弥漫性浸润,至胃黏膜增厚呈脑回状。组织学上出现淋巴上皮性病变是特征性改变之一。高度恶性:大体上以结节型为主,伴有浅或深溃疡。组织学特点是瘤细胞巨大,类似于大无裂细胞。

影像学检查主要是B超和CT检查,特别是胃部饮水后行螺旋CT检查对原发性胃恶性淋巴瘤的诊断有较大价值[3]。胃镜是目前最主要的诊断方法,尤其是超声胃镜检查。

对$I_E$期MALT单独手术治疗;$Ⅱ_E$期手术+放疗或化疗;$Ⅲ_E$~$Ⅳ_E$期化疗为主。抗HP治疗:甲硝唑、羟氨苄青霉素、果胶铋三联疗法。手术探查包括:争取彻底切除原发病灶,同时清除周围淋巴结;注意避免切缘肿瘤残留,怀疑切缘肿瘤残留应术中行快速冰冻检查;注意病灶是否为多中心性,以免遗漏病灶;对病期较晚的积极行姑息切除,以利术后对残留病灶放化疗。常用化疗方案有COP、CVP、MOPP、CHOP,其中CHOP方案疗效好,毒副反应小,仍是首选方案。

原发性胃恶性淋巴瘤的早期发现率和手术切除率较胃癌高,对放化疗有一定的敏感性,其预后较胃癌好,切除后5年生存率一般可达40%~50%,如切除后合并化疗或放疗则5年生存率可达60%以上。

**关键词**:胃肿瘤;淋巴瘤
**中图法分类号**:R733.4 **文献标识码**:B

### 参考文献:

[1] 张明智,李文才,王瑞林. 恶性淋巴瘤诊断与治疗学[M]. 郑州:郑州大学出版社, 2003: 492-498.
[2] 朱梅刚. 恶性淋巴瘤病理诊断学[M]. 广州: 广东科技出版社, 2003: 218-213.
[3] 王佳蕾,许立功, 施达仁. 粘膜相关淋巴组织(MALT)型淋巴瘤的临床特点和处理[J]. 中国癌症杂志, 2003, 13(6): 591-594,596.

(编辑 王小寒)

**作者简介**:宋 强,男,山东省德州市人,主治医师,主要从事普通外科疾病方面的研究。电话:13969260767,E-mail: dsddzsq@163.com

**收稿日期**:2007-10-10;**修回日期**:2008-01-17